

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО  
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

На правах рукопису  
УДК: 616-039.75-053.9

**Борух Дарина Ігорівна**

Магістерська робота

**«ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ GERIATYCHHOЇ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ  
НА ОСНОВІ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПОТРЕБ  
ПАЦІЄНТА ПОХИЛОГО ВІКУ»**

223 «Медсестринство»

**Науковий керівник:**  
кандидат медичних наук,  
доцент кафедри  
внутрішньої медицини №1  
Тернопільського національного  
медичного університету імені  
І.Я. Горбачевського МОЗ України  
доц. Радецька Л.В.

**Тернопіль – 2022**

## АНОТАЦІЯ

### **Борух Дарина Ігорівна «Шляхи оптимізації геріатричної паліативної допомоги на основі комплексної оцінки індивідуальних потреб пацієнта похилого віку»**

магістерська робота. – Тернопіль, 2022. 73 с.

Досліджувались медико-соціальні характеристики пацієнтів похилого віку, медичного персоналу, який їх обслуговував та родичів обстежених осіб на базах: первинних центрів медико-санітарної допомоги та відділень інтенсивної терапії та гемодіалізу обласної і міських клінічних лікарень м. Тернополя та Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області.

**Об'єкт дослідження** – індивідуальні потреби пацієнтів похилого віку первинних центрів медико-санітарної допомоги та відділень інтенсивної терапії та гемодіалізу обласної і міських клінічних лікарень м. Тернополя та Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області.

*Шляхом аналізу наукової літератури висвітлено* сучасні проблеми догляду за людьми похилого віку, моделі організації надання паліативної допомоги у світі та Україні, а також особливості спеціальної підготовки медичного персоналу при наданні паліативної допомоги хворим.

*У процесі дослідження* виявлено високі рівні недовіри до медичного персоналу, скарги на байдужість, невдоволення медико-інформаційних та соціально-правових запитів геріатричних хворих на тлі суттєвого зниження якості життя внаслідок невиліковного захворювання, яке проявляється зростанням незадоволеності хворих станом здоров'я, погіршенням матеріального добробуту та стосунків в родині, обмеженням соціальної активності, психологічним дискомфортом через відчуття непотрібності для суспільств і розчарування у житті хворих та невпевненість у майбутньому і тривогу їх родичів.

*Проаналізувавши результати дослідження чітко встановлено, що потреба у паліативній допомозі пацієнтам похилого віку знаходиться на стабільно високому рівні, забезпечення медичним персоналом поки що не відповідають європейським стандартам і не сприяють досягнення основного завдання цього виду допомоги – полегшення страждань пацієнтів та підтримку їх родичів.*

З метою необхідності поліпшення організації надання паліативної допомоги хворим похилого віку *розроблено та впроваджено* для медпрацівників профілактичні рекомендації, які стосуються удосконалення цільової підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів, а також започаткування волонтерського руху для паліативної допомоги серед молоді м. Тернополя.

**Ключові слова:** геріатрія, паліативна допомога, індивідуальних потреби пацієнта, медичні сестри.

## ЗМІСТ

|  |    |
|--|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....   | 4  |
| ВСТУП.....   | 5  |
| РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ.....  | 8  |
| 1.1. Сучасні проблеми догляду за людьми похилого віку, моделі організації надання паліативної допомоги у світі та Україні .....          | 8  |
| 1.2. Особливості спеціальної підготовки медичного персоналу при наданні паліативної допомоги хворим.....                                 | 15 |
| РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....  | 23 |
| РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ.....   | 24 |
| 3.1. Медико-соціальна характеристика невиліковно хворих пацієнтів ..   | 24 |
| 3.2. Медико-соціальна характеристика родичів важкохворих та інкурабельних пацієнтів .....  | 32 |
| 3.3. Модель інтегрованої геріатричної допомоги на прикладі Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області..... | 40 |
| ВИСНОВКИ.....  | 48 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....  | 48 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....  | 49 |
| ДОДАТКИ.....   | 55 |

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

|        |   |
|--------|---|
| ВООЗ   | - Всесвітня організація охорони здоров'я        |
| ЗОЗ    | - Заклад охорони здоров'я                       |
| ЄАПД   | - Європейська асоціація паліативної допомоги    |
| ЛЗП-СМ | - Лікар загальної практики-сімейної медицини    |
| МОЗ    | - Міністерство охорони здоров'я                 |
| МДК    | - Мультидисциплінарна команда                   |
| ОКЛ    | - Обласна клінічна лікарня                      |
| ОКЦПД  | - Обласний клінічний центр паліативної допомоги |
| ПД     | - Паліативна допомога                           |
| ПМСД   | - Первинна медико-санітарна допомога            |
| ПХД    | - Паліативна і хоспісна допомога                |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Згідно з даними фахівців Всеукраїнської громадської організації «Українська ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги», приблизно 1,5 млн. хворих та членів їх родин кожного року потребують паліативної допомоги, головною метою якої є полегшення фізичного страждання хворих та надання їх родинам психологічної та духовної допомоги і підтримки [1, 3, 4]. Проте, сьогоденні реалії свідчать, що задоволення таких потреб українська медицина не може забезпечити в повному обсязі. Це відбувається з декількох причин, серед яких брак працівників, що мають спеціальну підготовку, недостатність спеціалізованих установ, а також недоступність якісних методів знеболення для пацієнтів.

Протягом останніх 30-ти років в Україні чітко простежується негативна демографічна ситуація, характерною особливістю якої є старіння населення і зростання частки осіб, що страждають на тяжкі захворювання, що є невиліковними. Згідно з даними статистики, близько 5% громадян у віці від 60 років мають відчутну потребу у паліативній допомозі (ПД), а у віці від 75 років – частка таких підвищується аж до 60% [1, 3, 4]. Даний показник, звичайно, не враховує відсоток населення працездатного віку та дітей, адже ці категорії також потребують паліативної допомоги при наявності у них тяжких невиліковних хвороб. Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні, як і у цілому світі, характеризується значним постарінням населення, зменшенням загальної його чисельності, зростанням рівнів захворюваності та смертності від тяжких хронічних захворювань з чіткою тенденцією росту в майбутньому. Очевидно, що потреба в ПД і надалі буде зростати.

Відомо, що тяжкі хвороби супроводжуються нестерпними психоемоційними та фізичними стражданнями, особливо в останній період життя людини. Проте, сьогоденні реалії свідчать, що задоволення таких потреб українська медицина не може забезпечити в повному обсязі. Це відбувається з декількох причин, серед яких недостатність спеціалізованих установ, недоступність якісних

методів знеболення для пацієнтів, а також брак працівників, що мають спеціальну підготовку.

Обслуговування інкурабельних хворих, з яким згідно сучасних європейських стандартів стикається кожен медичний працівник [16, 33-34], має свою специфіку та вимагає від медперсоналу спеціальних знань з різних галузей клінічної медицини, психології, фармакології, навичок спілкування з пацієнтом та його близькими, вміння протидіяти та долати наслідки професійного вигорання, працювати в складі мультидисциплінарної команди з фахівцями-немедиками: соціальними працівниками, психологами, волонтерами, священнослужителями і ін.

Таким чином, відсутність в державі комплексної моделі підготовки медичного персоналу для надання паліативної допомоги з урахуванням сучасних світових вимог та рекомендацій, обумовила актуальність дослідження, визначила його мету і завдання.

**Мета дослідження:** визначити шляхи оптимізації геріатричної паліативної допомоги на основі комплексної оцінки індивідуальних потреб пацієнта похилого віку.

**Завдання дослідження** зумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести системний аналіз сучасних поглядів на організацію надання паліативної допомоги в Україні, підготовку медичного персоналу для неї.
2. Провести медико-соціальна характеристику невиліковно хворих пацієнтів.
3. Дослідити медико-соціальні аспекти проблеми надання паліативної допомоги у родинах важкохворих та інкурабельних пацієнтів.
4. Охарактеризувати модель інтегрованої геріатричної допомоги на прикладі Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області.

**Методи дослідження:**

- бібліосемантичний – для аналізу світового і вітчизняного досвіду щодо організації надання ПД, підготовки та підвищення кваліфікації кадрів для неї;
- соціологічний – для вивчення медико-соціальних характеристик об'єктів та суб'єктів ПД;
- статистичний – для збору, обробки і аналізу отриманої під час дослідження інформації.

#### **Практичне значення одержаних результатів:**

- обґрунтування необхідності поліпшення організації надання паліативної допомоги внаслідок удосконалення цільової підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- запропонування започаткування волонтерського руху для паліативної допомоги серед молоді м. Тернополя.

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота викладена на 73 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, огляду наукової літератури, розділу власних досліджень, висновків, списку використаних джерел (всього 40 джерел) і додатків. Робота ілюстрована 6 таблицями та 1 рисунком.



## РОЗДІЛ І. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Сучасні проблеми догляду за людьми похилого віку, моделі організації надання паліативної допомоги у світі та Україні

Задоволення потреб людей похилого віку становить своєрідний виклик для сучасного суспільства, оскільки відношення до проблем цієї категорії населення показує як рівень матеріального, так і духовного суспільного розвитку країни. В Україні щорічно зростає потреба в хоспісах, адже за наявності вибору будь-хто, помираючи, віддає би перевагу підтримці друзів і близьких, а не завершенню життєвого шляху в галасливій лікарняній палаті в оточенні байдужих людей. Саме тому паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального захисту громадян України, вона забезпечує реалізацію прав людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення фізичних і духовних страждань людини.

Одним з основних завдань паліативної допомоги є «створення нової форми медико-соціального забезпечення державно-благодійної медицини». Принципова новизна полягає в сприйнятті хворого не як виключно фізичного організму, в якому відбуваються ті чи інші біохімічні та фізіологічні процеси, а як цілісної особистості. Саме у такому розумінні визначаються стиль і метод роботи хоспісу, підбір контингенту його співробітників, форми його діяльності. Паліативна медицина, що дозволяє оптимізувати якість життя невиліковних пацієнтів та їхніх родичів, має отримати свій подальший розвиток в структурі вітчизняних систем охорони здоров'я та соціального захисту населення.

За характеристикою демографічної ситуації Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком 60 років і старших становить понад 11 мільйонів осіб (або 23,9%), кількість людей, старших за 75 років, дорівнює близько 3,5 млн. осіб, і їх кількість буде невпинно зростати. Постаріння населення в Україні, як і в інших країнах Європи, призводить до збільшення кількості людей, які помирають у старечому віці від хронічних

соматичних хвороб, що супроводжуються важкими фізичними та психічними розладами, і потребують паліативної та хоспісної допомоги [1].

Проблеми паліативної і хоспісної допомоги відображені у статтях Глушко Л.В., Позур Н.З., Сарапук О.Р., Вольф О.О. та ін. Також детальний аналіз актуальних питань паліативної допомоги та аналізу розвитку в Україні висвітлено у наукових публікаціях Інституту паліативної і хоспісної медицини МОЗ України, авторами яких є Губський Ю.І., Царенко А.В., Андріішин Л.І., Злотник Т.В., Панько Н.Я., Сердюк В.Г., Чайковська В.В., Коллякова О.М. та ін..

Люди похилого віку, зважаючи на свій вік, часто мають декілька захворювань, нерідко — психічно-емоційні розлади та соціальні проблеми, що вимагає кваліфікованої, комплексної та мультидисциплінарної допомоги. Реалізація такої допомоги можлива за умови координованої та узгодженої роботи закладів, що належать до різних міністерств і відомств. В Україні через відсутність налагодженої і усталеної системи паліативної допомоги досить часто люди похилого віку залишаються сам на сам зі своїми проблемами: біль, страждання через розлади органів та систем життєдіяльності, відсутність необхідного догляду і психологічної підтримки, самотність та соціальна ізоляція.

Традиційно у вітчизняній науковій літературі основні форми соціальної роботи з людьми похилого віку зводять до реабілітації (медичної чи соціальної, яку часто надають у великих стаціонарних закладах) та соціальної допомоги. При цьому соціальна допомога людям похилого віку досить часто спрямована на задоволення потреб у самообслуговуванні, здійснення якого неможливе або ускладнене внаслідок втрати людиною чи обмеження тих або інших функцій. Однак у світовій практиці існує думка, що загальні форми допомоги повинні орієнтуватися переважно на запобігання втрати здатності до самообслуговування або обмеження негативних наслідків цього.

При організації догляду за людьми похилого (від 60 до 74 років) та старечого (понад 75 років) віку основну увагу приділяють деонтологічним

аспектам. Догляд за хворим похилого віку набагато більш складний, ніж догляд за хворими інших вікових груп, і вимагає більше уваги, психологічних зусиль та часу. При цьому, головним принципом догляду за таким хворим є повага до нього, терпиме ставлення до його фізичних та психічних вад (дратливість, балакучість, іноді — незрозумілі забаганки недоумкуватість тощо).

Хворі похилого віку, як правило, важко переносять зміни звичного життєвого стереотипу і погано пристосовуються до нового для них середовища. Якщо немає категоричних показань до госпіталізації, бажано, щоб людина похилого віку знаходилася дома, в колі сім'ї. При догляді за такими хворими треба бути тактовними та уважними, терпляче від повідати на запитання, які хворий надмірно може повторювати, постійно нагадувати про час приймання ліків та проведення процедур. Має важливе значення також створення оптимального лікувально-охоронного режиму для хворих похилого віку. Часто у них спостерігаються і розлади режиму сну: сонливість і сон вдень та безсоння вночі.

За даними національних та міжнародних експертів, в Україні щороку близько 500 тисяч осіб потребують паліативної та хоспісної допомоги, зокрема, дорослих і дітей в термінальних стадіях онкологічних і серцево-судинних захворювань, СНІДу і туберкульозу, хворих з важкими травматичними і дегенеративними ураженнями головного і спинного мозку, периферичної нервової системи і опорно-рухового апарату, інвалідів та людей похилого віку тощо. Окрім того, члени сім'ї паліативних пацієнтів також потребують професійної допомоги. Коли в сім'ї з'являється невиліковно хвора людина, особливо впродовж останніх місяців та тижнів перед смертю, це спричиняє зниження якості життя усієї родини та стає причиною важких психоемоційних, соціальних та економічних розладів її функціонування. Тому, окрім спеціалізованої медичної допомоги, такі пацієнти та їхні близькі також потребують відповідної психологічної і духовної підтримки. Все це і становить сутність паліативної допомоги. Якщо до кількості паліативних

хворих додати ще по 1 – 2 родичів, які доглядають за ними, то виходить, що близько 1,5 млн. осіб щороку потребують паліативної та хоспісної допомоги, страждаючи від фізичного та морального болю, від безсилля допомогти рідній людині. Мільйони наших громадян змушені витратити свій робочий час для догляду за помираючими, що завдає державі та сім'ям значних економічних втрат. За попередніми експертними оцінками, в Україні повинно бути не менше 3 тис. стаціонарних ліжок для паліативної і хоспісної допомоги. За підрахунками експертів ВООЗ, потреба в паліативній допомозі становить на 100 тисяч населення в середньому 7 ліжок у стаціонарах і 10 хворих, які потребують паліативної допомоги вдома. Виходячи з цього, в Україні повинно бути не менше 3,7 тисяч паліативних ліжок. Крім цього, близько 85 тисяч хворих щоденно потребують паліативної допомоги вдома [2].

Слід зазначити, що на сьогодні система охорони здоров'я в Україні поки що не може забезпечити доступність паліативної допомоги для більшості людей, які її потребують. Тому реформування систем медичної і соціальної допомоги для населення літнього віку в Україні потребує нових сучасних форм багаторівневої геріатричної підготовки кадрів. Зростання обсягів допомоги людям літнього віку та зміни її структури потребують удосконалення мультидисциплінарної підготовки медичних і соціальних працівників, а також волонтерів і населення.

Науковою базою для геріатричної служби і організації медичної допомоги літнім людям в Україні є Державна установа «Інститут геронтології ім. Д.Ф.Чеботарьова Академії медичних наук України» [3]. До останнього часу геріатрична підготовка на додипломному рівні в Україні не мала обов'язкового характеру, а післядипломне навчання здійснювалося планово для лікарів на єдиній профільній кафедрі Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика (НМАПО) у співпраці з Інститутом геронтології НАМН України, а також, епізодично, в інших закладах для медичних і соціальних працівників.

У межах виконання Україною Мадридського між-народного плану дій щодо старіння, з ініціативи Ін-ституту геронтології та Уряду України за підтримки Програми зі старіння ООН у 2005 р. було створено Державний навчально-методичний геріатричний центр (ДНМГЦ) НМАПО імені П.Л.Шупика, основним завданням якого є організація та координація до- та післядипломної геріатричної підготовки медичних і соціальних працівників, волонтерів і самого населення, надання організаційно-методичної та лікувально-консультативної допомоги геріатричним закладам [4]. Створення Центру і проведення за його участі семінару з проблем старіння у Верховній Раді України були відзначені у доповіді Генерального секретаря ООН серед значних світових досягнень у організації допомоги людям літнього віку. Разом з державними і громадськими організаціями ДНМГЦ розробляє і впроваджує стандартизовані мультидисциплінарні програми підготовки з геріатрії викладачів, медичних і соціальних працівників, волонтерів, військових альтернативної служби, а також програми фізичної і психологічної реабілітації для людей старших вікових груп (програми передпенсійної підготовки, університети третього віку, школи здоров'я тощо) і для працівників системи медико-соціальної геріатричної допомоги. Слід зазначити, що, на думку фахівців ВООЗ, лікарі мають проходити підготовку і підвищення кваліфікації з проблем старіння незалежно від спеціалізації [6].

З кожним роком у нашій країні набуває все більшої актуальності проблема розвитку паліативної та хоспісної допомоги, особливо якщо це стосується самотніх літніх хворих, або тих, близькі яких не можуть забезпечити необхідного догляду. З 2008 року започатковано нідерландсько-український освітній медичний проект МАТРА [5], метою якого є проведення навчання українських медичних сестер та викладачів медичних училищ і коледжів з питань покращання догляду у хоспісах за людьми літнього віку в Україні. За підтримки проекту МАТРА та Фонду ООН в галузі народонаселення (ЮНФПА) разом з Інститутом геронтології розпочато створення в Україні мережі центрів для інформаційної підтримки людей літнього віку та

проведення навчання населення принципам здорового способу життя і активного довголіття.

Підтримка міжнародного фонду «Відродження» та Інституту паліативної медицини (Сан Дієго, США) дала змогу розробити і впроваджувати програми для підготовки викладачів, лікарів і медичних сестер з питань надання паліативної допомоги. Однак в Україні наразі надто великим є розрив між потребою у хоспісних ліжках та реальною їх кількістю: за розрахунками міжнародних експертів цей розрив менше від потреби у 4-5 разів, і ще більша кількість пацієнтів у термінальній стадії захворювань потребують хоспісної допомоги вдома. І це при тому, що ані кількість таких закладів, ані матеріально-технічна база діючих хоспісів і відділень хоспісної допомоги не відповідають міжнародним стандартам, а умови перебування хворих в цих закладах не відповідають сучасним вимогам.

В Україні сьогодні функціонує низка закладів хоспісної допомоги, найбільші з яких знаходяться в Івано-Франківську, Харкові, Львові. Також у деяких регіонах при онкологічних диспансерах відкриті відділення паліативної допомоги, в яких розгорнуто ліжка для паліативних хворих. У 2008 р. була створена Координаційна Рада з паліативної та хоспісної допомоги при МОЗ України, яка 12 червня 2008 р. прийняла рішення «Про план діяльності з розроблення Концепції та Державної програми паліативної та хоспісної допомоги в Україні на 2010-2014 роки». Розроблений за допомогою міжнародних організацій проект Концепції Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010-2014 рр. був рекомендований Координаційною Радою після громадського обговорення та поданий на розгляд до Кабінету Міністрів України [7].

Задля формування в Україні сучасної системи паліативної медицини, спрямованої на надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з невиліковними хворобами та обмеженим строком життя, в якості базового науково-методичного закладу з питань паліативної та хоспісної допомоги створено Державне підприємство «Інститут паліативної та хоспісної ме-

дицини».

Слід зазначити, що 12.04.2013 року вперше на Закарпатті у м. Ужгород була організована конференція «Напрямки, проблеми та перспективи розвитку паліативної та хоспісної допомоги населенню Закарпатської області» та проведений міжнародний семінар «Розвиток волонтерського руху в паліативній допомозі на Закарпатті» у рамках проекту Євро-пейської програми транскордонного співробітництва HUSKROVA ENPI CBC Programme 2007-2013.

Паліативна і хоспісна допомога в Україні, яка започатковується, уже відтепер потребує комплексного підходу, який, на нашу думку, повинен, як мінімум, включити: постійний міжгалузевий науково-експертний моніторинг проблеми; прийняття (вдосконалення) законодавчих і нормативних актів; якісне збільшення обсягів фінансування, у т.ч. для створення лікувального ресурсу в медичних закладах усіх регіонів країни відповідно до потреб; відкриття (розширення) підготовки лікарів, соціальних працівників та молодшого медичного персоналу для потреб паліативної і хоспісної медицини; створення державного фонду грантової підтримки для тих інституцій громадянського суспільства, які опікуються проблемами людей похилого віку в Україні і зокрема – здійснюють волонтерську та іншу благодійну допомогу у сферах паліативної і хоспісної медицини.

Кабінет Міністрів України і зокрема, Міністерство соціальної політики України мали б розробити окрему державну цільову програму, спрямовану як на соціальну підтримку, так і на якісну зміну ставлення у суспільстві до людей похилого віку, яке б базувалось на принципах гуманізму, християнської моралі та відродження національних традицій сім'ї і поваги до старшого покоління.



## 1.2. Особливості спеціальної підготовки медичного персоналу при наданні ПД хворим

На необхідність спеціальної підготовки медичних кадрів, які працюють з невиліковними пацієнтами, звертається увага у ряді наукових джерел та міжнародних документів [3, 20, 31, 33, 36, 40]. Вказується, що відповідний рівень підготовки медичних працівників, поряд з адекватним фінансуванням, стандартизацією послуг, наявністю мережі закладів, є одним з головних чинників розвитку й ефективного функціонування ПД [3].

Особливі вимоги до кадрів та відповідно до їх підготовки визначаються специфічними умовами праці, в першу чергу, значним психоемоційним навантаженням, яким супроводжується надання ПД.

Для більшості представників хелперських (help – допомога, англ.) професій, до яких належать і медичні працівники, особливо актуальними є проблеми психологічного здоров'я. Значне напруження в емоційному плані та активна комунікативна взаємодія в сфері системи «людина – людина» поєднуються з високим ризиком виникнення професійного стресу, наслідком якого часто стає, так званий, синдром емоційного вигорання (СЕВ).

Згідно визначення ВООЗ (2001 р.), синдром емоційного вигорання – це стрес-реакція на жорсткі професійні й емоційні виклики, яка супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням і характеризується погіршенням продуктивності праці, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, розвитком залежності від алкоголю та психоактивних речовин, які вживають з метою поліпшення самопочуття. СЕВ визнаний ВООЗ проблемою, що потребує медичного втручання і у Міжнародній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду отримав шифр Z73.0 – «Стрес, пов'язаний з труднощами підтримки нормального способу життя» (burnout).

Крім цього, праця медичних працівників ПД характеризується постійним контактом з процесом помирання та самою смертю, а це вимагає від них проявів тактовності, співчуття, толерантності як до самого хворого, так і



стосовно членів його родини та водночас вміння справлятися і з власними емоційними реакціями та станами.

Тобто, розвиток вигорання у медичних працівників – це серйозний виклик для медичних закладів, де здійснюють свою професійну діяльність такі фахівці. Внаслідок розвитку СЕВ знижується якість як самого персоналу, так і якість його праці, зростає конфліктність в трудовому колективі і плинність кадрів. За дослідженнями різних авторів, значна частина медичних працівників залишають паліативну сферу після кількох років роботи через негативний вплив професійного стресу на всі сторони їх життя [14, 16].

Тому розробка та запровадження системи заходів профілактики розвитку СЕВ у медичного персоналу, який працює в сфері ПД, на думку науковців, є надзвичайно актуальним завданням. Адже закордонний досвід свідчить, що впровадження антистресових програм психоемоційного розвантаження та реабілітації медичного персоналу (балінтовські групи, тайм-аути, дебрифінги, копінг-стратегії, гештальд-терапія тощо), використання енергозберігаючих моделей виконання професійних обов'язків, формування навичок саморегуляції, створення умов для професійного розвитку та самовдосконалення медичних працівників є достатньо ефективними [29].

Крім навчання вмінь та навичок індивідуального захисту та корекції професійного стресу, значна частина наукових досліджень та міжнародних документів рекомендують застосування міждисциплінарного командного підходу як найбільш оптимального в сфері ПД. Для вказаного стилю роботи притаманні спільна праця з однаковими цілями, комплементарністю дій та, водночас, чітким розподілом завдань, колегіальне прийняття рішень, за результати яких члени команди несуть як загальну, так і індивідуальну відповідальність, виявлення та обговорення недоліків роботи з розробленням шляхів їх усунення [17, 24, 39]. З одного боку, такий розподіл відповідальності у межах єдиної команди є дієвим інструментом запобігання та подолання професійного стресу [33]. З іншого боку, застосування в ПД

міждисциплінарного підходу є необхідним для максимального вирішення комплексу проблем, що постають перед інкурабельним хворим та його близькими, і задоволення потреб у медичній, соціальній, психологічній та духовній допомозі [1-3, 16-17].

Поліпшення і контроль фізичного стану хворого, симптоматичне лікування патологічних проявів хвороби, в тому числі болю, надання консультацій та навчання родичів навичкам, необхідним при догляді за хворим, – основні завдання медичної складової ПД [23, 38].

Необхідність соціального компоненту ПД визначається потребою вирішення інших важливих завдань – підтримати соціальне життя, як хворого, так і його близьких, навчити їх самостійно, по можливості, вирішувати соціальні проблеми, забезпечити задовільні побутові умови, надавати інформацію, необхідну для вирішення складних життєвих ситуацій тощо [23, 18].

Крім того, значна частка пацієнтів мають потребу в безкоштовних юридичних послугах, оскільки більшість їх – літні люди, які погано орієнтуються в законодавстві, часто з низьким рівнем матеріального забезпечення. Зокрема, це може стосуватись питань щодо поновлення документів, з'ясування проблем з нерухомістю, пенсійного забезпечення, спадкування [14]. Також існує можливість зловживання майновими правами інкурабельного пацієнта, залучення до клінічних випробувань без дотримання необхідних етичних правил, нехтування його безпекою. Слід зазначити, що в нашій країні інкурабельні пацієнти та їх родини ще не отримують необхідного обсягу соціального та юридичного обслуговування, а існуюча система «бідна» послугами та кадровим складом і потребує розбудови [20].

Необхідність психологічного компоненту ПД спричинена потребою полегшення психологічних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення, персоналу, залученого до надання допомоги. Завданням психологічної підтримки в

рамках ПД є нормалізація внутрішнього стану хворого, забезпечення психологічної рівноваги між хворим та його близькими на всіх етапах захворювання, під час підготовки хворого до смерті. Складною проблемою для працівників ПД стає й необхідність повідомити хворому та його рідним «погані» новини [20, 35].

Відомо, що майже завжди невиліковно хворі та їх близькі мають потребу у відповіді на екзистенційні і релігійні питання змісту життя тощо. Тому ще одним важливим аспектом ПД повинно бути забезпечення духовної підтримки («spiritual care»), необхідної як віруючим, так і атеїстам; як до, так і після смерті хворого [36]. До прикладу, в Катехизмі Католицької Церкви (1992 р., № 2229) говориться, що паліативна допомога є особливою формою застосування любові та повинна бути підтримана. Для інкурабельних пацієнтів важливим також є забезпечення їм можливості здійснення при потребі релігійних обрядів. Зрозуміло, що найповніше ці запити можуть задовольнити представники релігійних конфесій (за вибором хворого). Однак, деякі дослідники зауважують, що в цьому випадку важливо виключити ризик втручання релігійних організацій в лікувально-діагностичний процес [30].

Залучення священнослужителів у команду ПД дозволить зменшити ще одну болючу і невирішену ні юридично, ні етично на сьогодні проблему – евтаназії. На думку науковців, проблема евтаназії активніше дискутується у тих громадах, де відсутня або неналежно організована комплексна ПД.

Специфікою ПД стало також залучення волонтерів для надання допомоги в складі міждисциплінарної команди. Як представники суспільства вони «ресоціалізують» смерть, демонструючи, що це справа не тільки медичних працівників, а й проблема суспільства в цілому [17, 32]. У світі волонтерський рух є добре розвиненим та популярним серед населення. Однак, попри деяке збільшення кількості волонтерів в Україні, проведення ними різноманітних акцій (в т.ч. фандрейзінга – залучення додаткових коштів), в країні досі не проводились системні заходи щодо створення та

підтримки такої ініціативи, відсутні необхідні програми підготовки волонтерів, не проводиться системна робота з формування їх мотивації тощо [20].

Тобто, як зазначають більшість дослідників з цього питання, найпростіша спеціалізована команда ПД може складатись тільки з лікарів та медичних сестер зі спеціальною підготовкою. Однак, для вирішення комплексу проблем і задоволення потреб та запитів пацієнтів і членів їх родин наполегливо рекомендують залучати представників інших дисциплін та професій: соціальних працівників, психологів, фізіотерапевтів, спеціалістів по роботі з людьми в період тяжкої втрати, координаторів з духовної допомоги, священнослужителів, спеціалістів з лікування ран та веденню пацієнтів з лімфатичними набряками, окупаційних терапевтів (новий напрям реабілітації, окупаційна терапія – терапія повсякденними заняттями, форма професійної не лише медичної, а й соціальної роботи), логопедів, дієтологів, фармацевтів, спеціалістів компліментарної (альтернативної, нетрадиційної, народної) медицини, координаторів роботи волонтерів, тренерів, бібліотекарів тощо [8, 17, 22, 36].

За такої кількості можливих надавачів ПД виникає необхідність підбору в кожному конкретному випадку потрібної команди та ефективної координації роботи її учасників як межах міждисциплінарної команди, так і на рівні мережі закладів, які працюють з невиліковними хворими – тобто застосування методики так званого «кейс-менеджменту». При цьому, функції координатора рекомендується покладати на лікаря, що отримав відповідну підготовку з питань надання ПД [1, 17, 19, 25].

Отже, складність окресленої проблеми, нові, не відомі раніше, наукові, організаційні і ресурсні проблеми щодо обслуговування паліативних хворих та їх близьких, вказують на актуальність і суспільну значущість проблеми спеціальної підготовки медичного персоналу з питань надання ПД як в світі, так і в Україні.

Саме тому, провідні експерти ВООЗ, констатуючи поки-що недостатній розвиток спеціальної освіти з питань ПД, наполегливо рекомендують всім країнам забезпечити відповідне навчання медичних працівників на до- та післядипломному рівнях [1-3, 7, 33-34, 40].

При цьому наголошується, що навчальні програми підготовки та вдосконалення, враховуючи розглянуту специфіку надання ПД, повинні передбачати як формування спеціальних знань та вмінь щодо лікування хвороб і догляду за інкурабельними хворими, так і навичок спілкування у складних життєвих ситуаціях з пацієнтами і їх найближчим оточенням, способів протидії професійним стресорам та профілактики СЕВ, навичок роботи у складі мультидисциплінарної команди [31, 33-34].

На сьогодні в світі серед науковців, організаторів охорони здоров'я, працівників практичної медицини існує розуміння нагальної потреби в професійно навчених кадрах для надання ПД. Зокрема, університети, хоспіси, неурядові організації пропонують значну кількість навчальних програм, посібників, клінічних настанов і протоколів [27, 31, 34]. Однак, поряд з таким різноманіттям підходів спостерігається також виражений дефіцит стандартизованих освітніх програм [24, 33-34].

Так, наприклад, на додипломному рівні предмет паліативної допомоги є обов'язковим для вивчення лише у Великій Британії, Австралії та Канаді [3, 33], а з 2013 р. – і в Німеччині. Натомість у більшості країн питання з ПД включені у студентські навчальні програми споріднених медичних дисциплін (онкологія, анестезіологія, неврологія тощо) [30].

У більшому обсязі представлений блок ПД у програмах післядипломної освіти медичних працівників [33]. Програми підготовки медичних сестер та лікарів різних спеціальностей зазвичай включають ряд питань щодо формування спеціальних знань і вмінь з ПД: контроль болю та інших виснажливих симптомів, обговорення з хворим та родичами допомоги перед смертю, повідомлення «поганих» новин, можливості альтернативної

медицини, психологічні та соціальні аспекти допомоги тощо [27, 32]. Проте їх вивчення досить хаотичне, малосистемне та характеризується різноманіттям підходів навіть у межах однієї країни.

Узагальнюючи поки-що небагатий досвід різних країн світу ЄАПД опублікувала ряд документів рекомендаційного характеру, де з метою уніфікації навчальних програм окреслено основні напрями розвитку до- та післядипломної освіти в цій сфері [33-34]. У відповідності з рекомендаціями ЄАПД найбільш оптимальним підходом є не так виділення окремої навчальної дисципліни, як вертикальна модель інтеграції питань з ПД в існуючі системи до- та післядипломної підготовки медичних працівників [33-34].

Вітчизняні вчені також визнають, що одним з головних чинників, який гальмує розвиток ПД, є відсутність системної підготовки кадрів із надання цього виду допомоги на до- та післядипломному рівнях [3]. Слід наголосити, що перші кроки у цьому напрямі вже зроблено. Зокрема, Національною медичною академією післядипломної освіти імені П. Л. Шупика 2010 р. створена перша в державі кафедра паліативної і хоспісної медицини, науковцями якої були розроблені і впроваджені навчальні програми та плани циклів ТУ для різних категорій лікарів (у тому числі сімейних лікарів, онкологів, невропатологів, фтизіатрів, організаторів охорони здоров'я тощо) та молодших спеціалістів з медичною освітою з різних аспектів надання ПД [3, 35, 37-38]. Також питання ПД входять у структуру навчальних програм підвищення кваліфікації лікарів Українського тренінгового центру сімейної медицини Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, на кафедрі сімейної медицини факультету післядипломної освіти ІФНМУ, ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України» [35, 37-38].

Попри це, проведений вітчизняними експертами аналіз навчальних програм додипломної освіти студентів-медиків засвідчив, що інтегрованого курсу вивчення ПД просто не існує, тому підготовка майбутніх лікарів та

молодших спеціалістів з медичною освітою з цих питань є незадовільною, що суттєво обмежує їх професійні можливості в майбутньому [38].

## РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наше дослідження було присвячене вивченню медико-соціальних характеристик пацієнтів похилого віку, їх родичів та медичного персоналу, який обслуговує невиліковно хворих, шляхом проведення анонімного соціологічного дослідження впродовж 2020-2021 рр. за спеціально розробленою програмою (див. додатки). Анкета містила запитання стосовно віку, статі, місця проживання, доходів, рівня освіти, побутових умов, сімейного стану, соціально-психологічних взаємин, поведінкових чинників індивідуального способу життя, самооцінки здоров'я тощо (див. додатки).

Дослідження, засноване на соціологічному опитуванні, яке проводилося без авторизації респондентів з анонімним заповненням анкети та добровільною інформованою згодою на участь в дослідженнях.

Збір даних проводився на базах: первинних центрів медико-санітарної допомоги та відділень інтенсивної терапії та гемодіалізу обласної і міських клінічних лікарень м. Тернополя та Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області. Проведене вибіркове дослідження включало 156 осіб, з них – 86 інкурабельних пацієнтів похилого віку та 70 осіб їх родичів.

У віковому аспекті учасники дослідження були розділені на три вікові групи за класифікацією Європейського регіонального бюро ВООЗ (2015 р.):

- ✘ 60-75 років – похилий вік (46 осіб)
- ✘ 75-90 років - старечий вік (40 пацієнтів)
- ✘ більше 90 років – довгожителі (0 пацієнтів).

Обробка отриманих результатів медико-соціологічних досліджень потребувала формування комп'ютерної бази даних на основі Microsoft Excel, де матеріали групувались за контингентом вивчення (хворі, родичі, медпрацівники різного ступеня контакту з інкурабельними пацієнтами), місцем проживання (міські, сільські мешканці), статтю (чоловіки, жінки) та віком (старші за 60 років).



## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ.

### 3.1 Медико-соціальна характеристика невиліковно хворих пацієнтів

Зі збільшенням віку виникають не тільки зміни у стані здоров'я через різні соматичні захворювання, але й змінюються медико-соціальні потреби, змінюється соціальний статус у сім'ї та в суспільстві та потрібен комплексний підхід у вирішенні проблем літньої людини. Найбільш поширеними соматичними та вікасоційованими захворюваннями осіб старшого віку є артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, когнітивні розлади, деменції та інші фізичні стани як проблеми зору, слуху, опорно-рухових систем [23]. Прогресування тяжкості такого роду захворювань підвищує потребу у медичній паліативній допомозі та медико-соціальній допомозі.

**Таблиця 1. Частота виникнення ізольованих і поєднаних вік-асоційованих захворювань серед учасників дослідження**

| <b>Пацієнти з захворюваннями</b>                                   | <b>%</b> |
|--|----------|
| Артеріальна гіпертензія  | 31,4     |
| Артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця                  | 18,1     |
| Артеріальна гіпертензія та цукровий діабет                         | 4,5      |
| Цукровий діабет  | 5,0      |
| Ішемічна хвороба серця   | 5,5      |
| Інші захворювання  | 33,4     |
| Артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця та цукровий діабет | 2,1      |

У зв'язку з цим, інтерес представляло дослідження частоти появи вік-асоційованих захворювань серед учасників дослідження – людей, старших за 60 років (таб. 1).

Основними факторами, що призводять до залежності людини похилого віку від сторонньої допомоги, є поліморбідність та прогресування тяжкості вік-асоційованих захворювань, що у свою чергу підвищують випадки звернень пацієнтів у ПЦМСД [26]. При дослідженні частоти відвідуваності ПЦМСД у трьох вікових групах виявлено найбільшу кількість звернень (більше 20-ти разів на рік) серед осіб похилого віку до 75 років – 73,7% порівняно з людьми старшими 75 років – 25,4% та старшими за 90 років – 0,65%. Це вказує на те, що зі збільшенням віку потреба у допомозі вдома підвищується. Також визначили, що відсутня залежність між віком та відвідуваністю поліклініки. Вибірку пацієнтів порівню представляли представники жіночої та чоловічої статі (51,0% та 49,0% відповідно).

Наявність невиліковного захворювання – це серйозний виклик як для пацієнта і його родини, так і для системи охорони здоров'я. Так, половина опитаних хворих ( $49,4 \pm 4,1\%$ ) оцінювали власне здоров'я вкрай незадовільно, ще майже половина ( $44,2 \pm 4,2\%$ ) – як задовільне і тільки  $6,4 \pm 2,1\%$  – як добре. Більшість респондентів визнавали, що хвороба суттєво обмежила їх соціальну активність ( $78,2 \pm 3,2\%$ ) та значно погіршила якість життя ( $75,5 \pm 3,2\%$ ).

Важке хронічне захворювання зазвичай триває довго. Більшість опитаних ( $66,4 \pm 4,1\%$ ) відзначили, що хворіють декілька років.

Ще одним аспектом проблеми невиліковних геріатричних хворих є те, що їм часто необхідне стаціонарне лікування. При цьому виявлено, що тільки 45,2% опитаних за останній рік були шпиталізовані один раз.

Решта – значно частіше, у тому числі кожен десятий (10,6%) – чотири і більше разів. Це, у черговий раз свідчить на користь необхідності реформування екстреної медичної допомоги та виділення окремих бригад (не лікарських) для цих потреб.

Також звертає на себе увагу висока частка госпіталізації шляхом звернень пацієнтів ( $17,9 \pm 2,1\%$ ) та за ініціативою їх родичів ( $11,2 \pm 2,6\%$ ). З одного боку, це вказує на специфіку паліативного пацієнта та співучасть

родичів у прийнятті рішень щодо таких хворих. З іншого боку, сукупний аналіз шляхів поступлення у стаціонари демонструє недостатньо налагоджену співпрацю, дискоординацію між різними рівнями надання медичної допомоги, у першу чергу, організаційну недосконалість первинної ланки, яка мала б визначати маршрут пацієнта і виконувати роль координатора забезпечення медичних і немедичних потреб як невиліковно хворого, так і його родини.

Оцінку здоров'я та потреб у паліативної допомоги та залежності від сторонньої допомоги проводили на підставі залежності від суб'єктивних характеристик здоров'я респондентів згідно з використаною анкетною. Опитування показало, що 45% респондентів вважають, що їм необхідна стороння допомога.

Паліативні хворі похилого віку, як відомо, вимагають певних умов для організації догляду за ними не тільки під час перебування у медичних закладах, а й вдома. Проте, тільки  $10,5 \pm 2,4\%$  респондентів проживають повністю комфортно, більшість ( $66,9 \pm 3,2\%$ ) мають задовільні побутові умови, але кожен п'ятий ( $20,1 \pm 3,0\%$ ) інкурабельний хворий, незалежно від віку, статі, місця проживання та медичного закладу, скаржився на незадовільні умови проживання.

Характеристика основних потреб літніх людей у соціально-побутової допомоги вдома показана в таблиці 2. Найбільш затребуваними послугами соціально-побутового характеру вдома та охочих їх оплачувати були такі: допомога у приготуванні їжі –  $84,9\%$  ( $0,5\%$  готові платно отримувати), прибирання приміщення –  $32,3\%$ , здійснення покупок –  $37,9\%$  респондентів, гігієна тіла –  $34,1\%$ , послуги доглядальниці потрібні були  $25,6\%$  опитаних пацієнтів похилого віку, послуги психологічної допомоги потрібні  $29,1\%$  респондентам.

**Таблиця 2. Потреба людей похилого віку в послугах соціально-побутового характеру на дому.**

| Види потреб | 60-75 років | 75-90 років |
|-------------|-------------|-------------|
|-------------|-------------|-------------|

|                       | % осіб | готовий отримувати послуги платно, % | осіб % | готовий отримувати послуги платно, % |
|-----------------------|--------|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|
| Приготування їжі      | 88,0   | 5,3                                  | 83,8   | 6,3                                  |
| Здійснення покупок    | 21,1   | 1,6                                  | 20,2   | 4,2                                  |
| Гігієна тіла          | 18,3   | 3,1                                  | 22,6   | 14,5                                 |
| Прання одягу          | 27,9   | 5,8                                  | 28,3   | 4,3                                  |
| Прибирання приміщення | 33,7   | 5,5                                  | 34,2   | 2,8                                  |

Зрозуміло, що наявність важкого довготривалого хронічного захворювання вимагає великих матеріальних затрат, які, в умовах загально низького рівня доходів в країні, падають додатковим тягарем не тільки на державний та комунальний бюджети, а й на плечі самих хворих та їх родин. Тому не дивно, що, незалежно від статі, місця проживання та лікування ( $p > 0,05$ ) тільки  $9,0 \pm 2,2\%$  респондентів відносили себе до матеріально забезпечених. І хоча більшість ( $55,7 \pm 4,0\%$ ) оцінили свої доходи як середні, більше третини ( $34,3 \pm 3,0\%$ ) – відчували суттєві фінансові труднощі, які з віком ще більше поглиблювались ( $p < 0,05$ ).

Відомо, що за умов не сформованості ПД в Україні, значна частка догляду за важкохворими пацієнтами припадає на плечі членів їх родин. У цьому плані показово, що п'ята частина ( $21,5 \pm 3,4\%$ ) опитаних пацієнтів похилого віку проживають самотньо.

Поява невиліковного захворювання часто призводить до напруження стосунків в родині. Так, лише п'ята частина ( $24,1 \pm 2,4\%$ ) опитаних хворих охарактеризували стосунки в своїх сім'ях як доброзичливі, решта – у  $54,8 \pm 4,0\%$  оцінювали їх як задовільні, а кожен п'ятий ( $21,5 \pm 3,2\%$ ) – як

незадовільні та конфліктні. Звертає на себе увагу, що значна частка респондентів ( $21,1 \pm 3,2\%$ ) скаржилися на погіршення сімейних взаємин з появою у них важкого невиліковного захворювання. З іншого боку, частина важкохворих ( $15,1 \pm 4,0\%$ ) вказували на поліпшення стосунків в сім'ї після встановлення несприятливого діагнозу.

Враховуючи сказане зрозуміло, чому лише  $16,9 \pm 3,1\%$  респондентів були вдоволені теперішнім життям повною мірою, незалежно від віку, статі та місця проживання ( $p > 0,05$ ). Решта вказували, що посередньо задоволені ( $54,2 \pm 4,0\%$ ), і майже третина ( $27,8 \pm 3,6\%$ ) – не задоволені.

В результаті дослідження встановлено, що важкий фізичний стан опитаних хворих похилого віку часто супроводжується почуттями непотрібності для суспільства ( $75,2 \pm 3,5\%$ ), розчарування в житті ( $74,5 \pm 3,5\%$ ), самотності та байдужості до всього ( $69,9 \pm 3,7\%$ ), ізоляції від суспільного життя ( $66,3 \pm 3,8\%$ ), тягаря для родини ( $56,6 \pm 4,0\%$ ).

Особливе занепокоєння викликає факт, що  $72,5 \pm 3,7\%$  респондентів констатували байдужість до них зі сторони медичного персоналу.

Подібні співвідношення демонстрували відповіді респондентів щодо їх довір'я медичному персоналу. Тільки  $13,8 \pm 2,9\%$  опитаних інкурабельних геріатричних хворих довіряли повністю, більшість ( $65,5 \pm 3,8\%$ ) – посередньо, а кожен п'ятий ( $17,7 \pm 3,1\%$ ) категорично висловлювався про недовіру. Причому розподіл цих показників чітко залежав від типу закладу ( $p < 0,05$ ).

Найвищий рівень довіри висловлювали пацієнти Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області, а найнижчі – онкодиспансеру, що непокоїть, оскільки, як відомо, пацієнти, які не довіряють лікарям демонструють і нижчий комплаєнс до лікування та мають гірші його результати.

Високі загалом рівні невдоволення ставленням до них медичного персоналу могли бути також спровоковані застарілою патерналістською моделлю комунікацій «медичний працівник-пацієнт», яка не відповідає

сучасній моделі повноправного партнерства та участі пацієнта у процесі прийняття клінічних рішень щодо нього.

Як ілюстрація, лише менше половини респондентів змогли підтвердити, що їх думка була врахована при виборі медичного закладу для лікування ( $41,0 \pm 4,2\%$ ), лікуючого лікаря ( $40,3 \pm 4,8\%$ ), можливого місця з догляду ( $30,9 \pm 4,0\%$ ) та методів лікування ( $22,9 \pm 3,6\%$ ).

Крім того рівні деонтологічно-правових потреб інкурабельних пацієнтів у 2-5 разів вищі від ступеня їх задоволення. Звертає на себе увагу, що рівноцінно важливими для пересічного невиліковно хворого, часто лежачого, виявилися потреби обговорення питань як щодо власного захворювання ( $88,8 \pm 2,4$ ), так і організації догляду за ними ( $87,2 \pm 2,7\%$ ).

Вивчення думки пацієнтів, хто саме повинен забезпечувати різні складові догляду за ними, показало, що попри загальновідому суттєву участь родичів у цьому, досить низький відсоток ( $16,6-44,7\%$ ) інкурабельних хворих похилого віку погоджувались з цим. Такі відповіді можуть бути як наслідком небажання пацієнтів бути тягарем для своїх рідних, так і недостатньою компетентністю близьких в питаннях догляду.

Як видно з таблиці 3, основними надавачами послуг респонденти-пацієнти вважали молодший ( $42,1-66,0\%$ ) медичний персонал, на другому місці – МСМО ( $25,0-38,2\%$ ).

**Таблиця 3. Співвідношення між рівнем деонтологічно-правових потреб невиліковно хворих пацієнтів та ступенем їх задоволення медперсоналом**

| Потреба у роз'ясненні зі сторони медперсоналу щодо: | Рівень потреби (число позитивних відповідей на 100 опитаних) | Ступінь задоволення потреб (число позитивних відповідей на 100 опитаних) |
|---|--|--|
| захворювання  | $88,8 \pm 2,6$   | $59,2 \pm 4,1$   |
| можливостей догляду                                 | $88,2 \pm 2,7$   | $41,8 \pm 4,1$   |
| ускладнень та наслідків захворювання                | $86,9 \pm 2,8$   | $56,5 \pm 4,1$   |

|                                    |          |          |
|------------------------------------|----------|----------|
| своїх прав та обов'язків           | 86,8±2,8 | 41,8±4,1 |
| методів лікування                  | 85,4±2,9 | 42,8±4,1 |
| обслуговуючого медичного персоналу | 82,6±3,2 | 29,5±3,8 |
| соціальних послуг                  | 82,1±3,2 | 19,2±3,3 |
| юридичних послуг                   | 75,5±3,6 | 13,1±2,8 |

**Таблиця 4. Оцінка опитаними пацієнтами розподілу обов'язків із догляду за невиліковним хворим (на 100 опитаних)**

| Складові догляду за інкурабельним хворим похилого віку | Виконавці |      |                            |                              |                      |           |
|--|-----------|------|----------------------------|------------------------------|----------------------|-----------|
|  | родичі    | МСМО | Молодший медичний персонал | спеціально навчений персонал | соціальні працівники | Волонтери |
| Перевдягання   | 44,7      | 33,6 | 48,0                       | 19,1                         | 5,9                  | 16,4      |
| Відправлення фізіологічних потреб                      | 29,6      | 25,0 | 59,2                       | 20,4                         | 7,2                  | 11,2      |
| Проведення туалету                                     | 27,0      | 30,3 | 58,6                       | 22,4                         | 4,6                  | 11,2      |
| Годування  | 39,5      | 38,2 | 42,1                       | 21,7                         | 7,9                  | 17,1      |
| Піднімання   | 30,3      | 27,6 | 53,9                       | 23,7                         | 6,6                  | 13,8      |
| Зміна постелі  | 17,6      | 30,7 | 66,0                       | 17,6                         | 5,9                  | 11,1      |

Зрозуміло, що на відповіді пацієнтів вплинули їх побажання і власний досвід, оскільки роль спеціально навченого персоналу, якого в нас обмаль, респонденти оцінили досить низько (17,6-23,7%).

Очевидно з цих же причин, ще нижче оцінена роль соціальних працівників (4,6-7,9%) та волонтерів (11,1-17,1%), з якими пацієнти у стаціонарних закладах зустрічаються рідше, внаслідок не сформованості мультидисциплінарного підходу в ПД.

Разом з тим, при відповіді на запитання, чи повинні ті, хто здійснює догляд за хворими проходити відповідну підготовку, абсолютна більшість

(94,2±1,9%) невиліковно хворих похилого віку були переконані в необхідності цього.

Відомо, що основним завданням паліативної допомоги є забезпечення якомога вищого можливого рівня життя інкрабельного геріартричного хворого та його родини, у тому числі задоволення їх потреб стосовно медичного обслуговування. Проте, відповіді респондентів з числа невиліковно хворих засвідчили високий рівень невдоволення його складовими.

Основні претензії до системи охорони здоров'я лежать в площині економічних причин. Найбільше інкрабельні геріартричні хворі були невдоволені високою вартістю медикаментів (89,5±2,5%), низьким фінансуванням медичних закладів (79,5±3,3%) та коштовними медичними послугами (76,5±3,5%). Це цілком зрозуміло, враховуючи, що тривале невиліковне захворювання часто фінансово виснажує як самого хворого, так і його близьких, і, як було показано, більшість інкурабельних хворих вважають себе малозабезпеченими.

Наступні за вагомістю претензії респондентів були сфокусовані на, пов'язаних із попередніми, структурно-ресурсних проблемах системи охорони здоров'я. Так, дві третини (65,5±3,9%) пацієнтів висловлювали невдоволення обладнанням медичних закладів, половина опитаних скаржились на некомфортні умови перебування в ЗОЗ (54,4±4,1%), територіальну віддаленість медичного закладу (53,0±4,1%), застарілість технологій (51,7±4,1%).

Вагомий внесок у незадоволеність медичною допомогою спричиняли дії обслуговуючого медичного персоналу. Практично половина респондентів обурювались неналежним ставленням до них медпрацівників (48,3±4,1%), непрофесійними (47,6±4,1%), на їх погляд, та нескоординованими (42,2±4,1%) діями медичного персоналу. Інші скарги були менш значимими, зокрема на неналежну якість харчування (42,0±3,9%), догляд (22,2±3,3%), відсутність емоційної підтримки з боку медперсоналу (18,9±3,2%) тощо.



Одним із основних завдань паліативної допомоги – забезпечення права кожного на достойний відхід з життя. В цьому плані у нашому дослідженні встановлено, що більшість опитаних невиліковно хворих ( $71,1 \pm 3,6\%$ ), зрештою, як і у більшості подібних досліджень, бажали б померти вдома. Мізерна частка опитаних ( $4,6 \pm 1,7\%$ ) місцем завершення свого життєвого шляху бачили лікарню, кожен десятий ( $10,5 \pm 2,5\%$ ) респондент – хоспіс. Причому, як видно на рис. 4, цей показник сформувався, головним чином, за рахунок власне пацієнтів Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області. Разом з тим, кожного п'ятого опитаного хворого ( $22,1 \pm 3,3\%$ ) місце смерті не турбувало.

Преференції пацієнтів щодо місця відходу з життя суттєво відрізнялись у різних типах ЗОЗ ( $p < 0,001$ ). Очевидно, на отримані відповіді вплинули сформовані у суспільстві негативні стереотипи щодо «здачі» родичами в лікарні для помирання невиліковно хворих членів сімей і недостатня поінформованість щодо спеціалізованих закладів – хоспісів, оскільки при наявності досвіду перебування в них, частка хворих, які саме там хотіли б померти, зростає до 36,5%.

### **3.2 Медико-соціальна характеристика родичів важкохворих та некурабельних пацієнтів**

Як уже було показано, родичі невиліковно хворих пацієнтів є вагомими учасниками та об'єктами паліативної допомоги. Опитані 70 респондентів з їх числа, як і опитані пацієнти, у більшості були міськими мешканцями  $67,1 \pm 3,9\%$  проти  $32,9 \pm 3,9\%$  жителів сіл ( $p < 0,001$ ).

Розподіл опитаних за статтю – традиційний для таких життєвих ситуацій. Догляд за хворими родичами, головним чином, здійснюють саме жінки ( $70,5 \pm 3,8\%$  проти  $29,5 \pm 3,8\%$  чоловіків).

При цьому, більшість опитаних мали значний стаж такого догляду:  $46,1 \pm 4,6\%$  респондентів здійснювали його в межах від декількох місяців до року, а  $25,2 \pm 4,0\%$  – взагалі декілька років.

Слід вказати, що більшість ( $91,8 \pm 2,3\%$ ) опитаних родичів невиліковних хворих були працездатного віку. Зрозуміло, що наявність важкохворого члена родини, необхідність доглядати чи організовувати догляд за ним, психологічні переживання, пов'язані з цим, знижують продуктивність праці, а отже поглиблюють соціально-економічні збитки.

Мало того, частина родичів інкурабельних хворих, очевидно, змушена працювати неповний робочий день, а частина – взагалі втрачають роботу. Адже відповіді респондентів свідчать, що лише  $69,2 \pm 3,8\%$  з них працювали, у тому числі кожен десятий ( $8,2 \pm 2,3\%$ ) мав тимчасову роботу. Третина ( $30,8 \pm 3,8\%$ ) респондентів не працювали. Головними причинами їх незайнятості були: пенсійний статус ( $33,3\%$ ), безробіття ( $24,4\%$ ), ще  $22,2\%$  займались веденням домогосподарства,  $8,9\%$  – студенти і  $2,2\%$  – інваліди. Звертає на себе увагу та обставина, що практично кожен десятий ( $8,9\%$ ) незайнятий респондент заявив, що не працює через необхідність догляду за своїм важкохворим родичем.

Також встановлено, що кожен четвертий ( $24,8 \pm 3,7\%$ ) працюючий родич в зв'язку з необхідністю догляду за хворим членом родини оформляв листок непрацездатності. Зрозуміло, що це прямі втрати для держави.

Крім соціально-економічних збитків для держави, поява невиліковно хворого призводить до значного погіршення матеріального добробуту на сімейному рівні. Все це на фоні загально невисокого рівня благополуччя, коли навіть до появи в сім'ї некурабельного хворого кожен п'ятий ( $21,9 \pm 3,4\%$ ) з респондентів вважав свої статки низькими. За результатами оцінок опитаними родичами матеріального добробуту після встановлення діагнозу невиліковного захворювання їх рідним визначено, що розглянутий показник зріс удвічі – до  $40,4 \pm 4,1\%$ . І навпаки, частки тих, що оцінювали свої доходи до і після появи в

родині важкохворого як середні і вище середніх, знизились з  $73,3\pm 3,7\%$  і  $4,8\pm 1,8\%$  до  $56,2\pm 4,1\%$  та  $3,4\pm 1,5\%$  відповідно.

Опитані родичі, як і пацієнти, також мали досить високий рівень освіти: майже третина ( $29,5\pm 3,8\%$ ) з них мали вищу освіту, середню спеціальну –  $48,6\pm 4,1\%$  та ще п'ята частина ( $21,9\pm 3,0\%$ ) респондентів – середню освіту.

В результаті дослідження, встановлено, що лише  $10,3\pm 2,5\%$  з опитаних родичів інкурабельних хворих проживали в комфортних умовах, більшість ( $80,8,9\pm 3,3\%$ ) – у задовільних і кожен десятий ( $8,9\pm 2,4\%$ ) респондент, незалежно від віку, статі та місця проживання, скаржився на незадовільні умови проживання.

При аналізі сімейного стану показано, що більшість опитаних родичів невиліковно хворих пацієнтів перебувають в шлюбі ( $71,9\pm 3,7\%$ ), кожен десятий розлучений ( $13,0\pm 2,8\%$ ), ще  $8,2\pm 2,3\%$  ніколи не були одружені і  $6,8\pm 2,1\%$  – овдовілі.

Характеризуючи свої внутрішньо сімейні стосунки, третина ( $35,6\pm 4,0\%$ ) респондентів назвали їх доброзичливими, більш як половина ( $56,2\pm 4,1\%$ ) оцінювали відносини в сім'ї як задовільні. Проте досить високою була частка тих, що скаржились на конфліктні стосунки в родині – практично кожен десятий ( $8,2\pm 2,3\%$ ). Однією із можливих причин цього, на наш погляд, може бути саме психотравмуючий вплив появи в сім'ї невиліковного хворого. Адже, половина з опитаних ( $51,4\pm 4,2\%$ ) пов'язували суттєве погіршення сімейних стосунків саме з цією обставиною.

Також, з встановленням у хворих діагнозу невиліковної недуги більшість їх родичів ( $72,5\pm 3,7\%$ ) змушені були згорнути й свою звичну соціальну активність (відвідування театрів, кіно, гуртків, церкви, зустрічі з друзями тощо). Однією із причин цього може бути високий рівень почуття відповідальності за важкохворого члена своєї сім'ї ( $93,8\pm 2,0\%$ ), а також недосконалість системи ПД в нашій державі, коли значну частку обов'язків із догляду за такими хворими змушені на себе брати їх родичі. Як ілюстрація,

більшість (70,5±3,8%) респондентів відчували себе самотніми в боротьбі за життя дорогої для них людини.

Не дивно, що абсолютна більшість (95,9±1,6%) опитаних родичів вказали, що страждають від постійних дистресів. Їх життя стали супроводжувати: страх захворіти (77,1±3,5%), невпевненість у майбутньому (76,4±3,5%), постійна тривога (67,1±3,9%), відчай (55,2±4,2%), побоювання втрати роботи (54,2±4,2%). Для значних часток опитаних їх складна життєва ситуація призводила до відчуття безвиході (41,3±4,1%), вини перед хворим родичем (39,9±4,1%), злості (28,6±3,8%), соціальної ізоляції (26,8±3,7%).

В результаті, майже половина (44,8±4,1%) респондентів вказали, що потребують підтримки психолога. Водночас, досить вагома частка (46,2±4,1%) опитаних родичів просто не знали, де вони можуть отримати допомогу такого роду, яка, як відомо, є важливою складовою паліативної допомоги.

Такий важкий психологічний стан, на фоні практично не сформованої системи психологічної допомоги, культурних стереотипів (психолога плутають з психіатром) тощо, може бути додатковим чинником, що спонукає респондентів шукати шляхи «зняття стресу», зокрема через шкідливі звички. Третина (32,9±3,9%) опитаних родичів зазначили, що курять і майже така ж частка (29,7±3,8%) – регулярно (декілька разів у місяць і частіше) вживають алкоголь. Головним чином – це респонденти чоловічої статі ( $p < 0,001$ ), серед яких курили 76,7±6,4% (проти 14,6±3,5%) і досить часто вживали алкоголь 60,5±7,5% (проти 16,7±3,7%).

Висока стресогенність життєвої ситуації і значне поширення шкідливих звичок є загальновідомими чинниками ризику хронічних захворювань. Вивчення цього питання показало, що більше страждає психологічна складова здоров'я родичів невиліковно хворих. Більшість (61,0±4,0%) респондентів з їх числа негативно оцінювали власне здоров'я. Це виявилось у 1,5 разу частіше, ніж об'єктивна наявність хронічних захворювань (37,3±4,1%). При цьому,

більше половини ( $55,9 \pm 4,2\%$ ) опитаних прямо пов'язували погіршення самопочуття та стану здоров'я саме з появою в родині інкурабельного хворого.

Сказане може бути поясненням, чому абсолютна більшість ( $92,4 \pm 2,2\%$ ) респондентів потребували допомоги по догляду за невиліковним хворим.

У програму дослідження входило також вивчення думки цієї групи респондентів і щодо постачальників окремих складових догляду за інкурабельними хворими. Як видно із даних табл. 5, опитані родичі у переважній більшості випадків ( $40,6-62,2\%$ , крім відправлення фізіологічних потреб та зміни постелі –  $26,2-29,2\%$ ) вважали це своїм обов'язком, що у 1,5-2 рази частіше, ніж попередньо опитані пацієнти. На думку респондентів, крім них, значну частину функцій з догляду повинні забезпечувати молодший медичний персонал ( $39,9-73,1\%$ ) та МСМО ( $22,9-44,1\%$ ).

**Таблиця 5. Оцінка опитаними родичами невиліковно хворих пацієнтів розподілу обов'язків із догляду за невиліковним хворим (на 100 опитаних)**

| Складові догляду за інкурабельним хворим | Виконавці |      |       |                              |                      |           |
|--|-----------|------|-------|------------------------------|----------------------|-----------|
|  | родичі    | МСМО | МСБМО | спеціально навчений персонал | соціальні працівники | волонтери |
| Перевдягання                             | 62,2      | 38,9 | 53,5  | 23,6                         | 2,8                  | 18,8      |
| Відправлення фізіологічних потреб        | 29,2      | 22,9 | 61,1  | 16,7                         | 0,7                  | 8,3       |
| Проведення туалету                       | 40,6      | 32,9 | 55,9  | 21,0                         | 2,8                  | 14,0      |
| Годування                                | 58,7      | 44,1 | 39,9  | 25,9                         | 6,3                  | 20,3      |
| Піднімання                               | 44,4      | 41,7 | 56,9  | 23,6                         | 6,3                  | 18,8      |
| Зміна постелі                            | 26,2      | 35,2 | 73,1  | 17,9                         | 2,8                  | 14,5      |

Внесок спеціально навченого персоналу (табл. 6) оцінювався родичами досить низько ( $16,7-25,9\%$ ), можливо також тому, що вони з ним не зустрічались на практиці і очевидно не знали про існування такого. Адже

абсолютна більшість (95,5±1,5) респондентів при подальшому опитуванні були переконані в необхідності володіння медичними працівниками спеціальними знаннями та навичками з догляду за невиліковними хворими.

Зовсім незначна частка респондентів (табл. 6) знали й про можливу участь в догляді за невиліковним хворим волонтерів (8,3-20,3%) та соціальних працівників (0,7-6,3%). В той же час, більшість (78,5±3,4%) родичів невиліковно хворих визнавали надзвичайну потребу в допомозі зі сторони соціальних служб. І знову – лише третині (36,1±4,0%) респондентів було відомо, де можна її отримати.

Слід акцентувати, що організаційна специфіка паліативної допомоги, зазвичай довготривалої, включає в себе не тільки стаціонарне лікування.

Зрозуміло, що в домашніх умовах, на фоні не сформованої системи ПД, основний тягар догляду падає на плечі родичів. Очевидно тому, більшість (63,2±4,0%) респондентів з їх числа вказали, що мають потребу в спеціальних знаннях із догляду за важкохворими, а 53,5±4,2% хотіли б пройти з цією метою необхідне навчання.

Можливими причинами цього є й те, що, як видно на рис. 1, більшість респондентів не зовсім задоволені або й зовсім незадоволені різними складовими медичного обслуговування їх невиліковно хворих рідних. Опитаних родичів, як зрештою й самих невиліковних хворих, найбільше турбували проблеми, пов'язані з фінансовим забезпеченням сфери ПД, а саме: незадовільна забезпеченість медикаментами (51,8% повністю негативних оцінок) та матеріалами з догляду (46,1%), а також харчуванням (30,5%) і умовами перебування хворих у закладах охорони здоров'я (22,0%). Крім цього, родичі пацієнтів характеризувались досить високим рівнем недовіри до медичного персоналу (18,4% зовсім не довіряли, а 70,9% – частково) і якістю догляду за їх рідними загалом (14,2% та 75,9% відповідно).

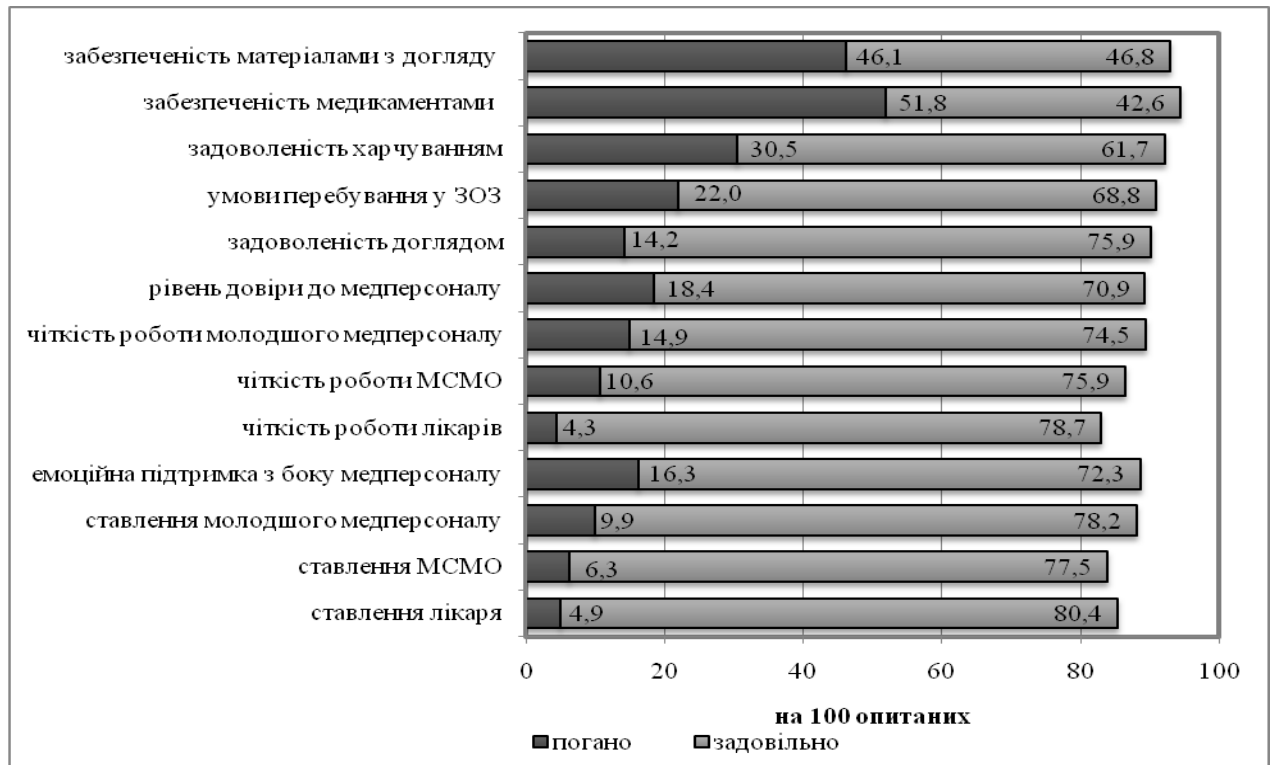


Рис. 1. Задоволеність родичів невиліковних хворих різними аспектами медичного обслуговування своїх рідних

Як уже було показано, родичі невиліковно хворих знаходяться під значним психоемоційним пресом, натомість самі не отримують очікуваної емоційної підтримки з боку медичного персоналу (16,3% – повністю незадоволені її рівнем, 72,3% – частково). Адже повністю негативні оцінки щодо ставлення медперсоналу до їх хворих родичів зустрічались значно рідше (від 4,9% стосовно лікарів до 9,9% – молодшого медперсоналу).

Респондентів частіше турбувала неорганізованість в роботі медичних працівників, особливо молодшого медперсоналу (14,9% повністю незадоволених і 74,5% – частково), який безпосередньо здійснює більшість функцій з догляду за хворим.

Слід зазначити, що оцінки родичів суттєво відрізнялися залежно від місця перебування їх хворих членів сімей ( $p < 0,05$ ). У хоспісі практично не було зовсім негативних оцінок, за винятком незадоволеності харчуванням

(7,0%) та недостатньою чіткістю роботи молодших спеціалістів з медичною освітою (2,3%) та молодшого медперсоналу (2,3%).

Так само відрізнялись за місцем опитування і преференції родичів щодо майбутнього місця відходу із життя у випадку невиліковного захворювання ( $p < 0,001$ ). В цілому більшість ( $68,1 \pm 3,9\%$ ) респондентів, як і опитані пацієнти, висловили бажання завершити свій життєвий шлях вдома. Практично кожен четвертий ( $17,4 \pm 3,2\%$ ) обрав хоспіс, причому цей показник сформувався знову, головним чином, за рахунок тих опитаних родичів, чиї хворі члени сімей перебували в цьому медичному закладі ( $45,5 \pm 7,5\%$  проти поодиноких випадків у ЦМКЛ та ООД). Лише троє із 146 респондентів хотіли б померти в лікарні, що в черговий раз підкреслює загальну незадоволеність доглядом за інкурабельними пацієнтами у не призначених для цього відділеннях і лікарнях. Слід зазначити, що попри ці всі відповіді тільки для кожного п'ятого ( $20,8 \pm 3,4\%$ ) родича невиліковно хворого місце смерті не мало значення.

Як наслідок, абсолютна більшість респондентів всіх груп ( $87,1 \pm 1,8\%$ ,  $p > 0,05$ ) визнали, що основний тягар догляду за інкурабельним хворим, всетаки, припадає на плечі його родини, констатуючи тим самим винятковий дефіцит командної паліативної допомоги та вкрай обмежену її доступність.

**Таблиця 6. Оцінка опитаними медичними працівниками розподілу обов'язків із догляду за невиліковним хворим (на 100 опитаних)**

| Складові догляду за інкурабельним хворим | Виконавці |       |                            |                               |                      |           |
|--|-----------|-------|----------------------------|-------------------------------|----------------------|-----------|
|  | родичі    | МСМ О | молодший медичний персонал | спеціальний навчений персонал | соціальні працівники | волонтери |
| Перевдягання                             | 59,6      | 23,1  | 53,1                       | 34,7                          | 11,7                 | 22,5      |
| Відправлення фізіологічних потреб        | 47,8      | 16,9  | 62,3                       | 33,5                          | 6,8                  | 18,7      |
| Проведення туалету                       | 51,6      | 28,5  | 52,6                       | 33,9                          | 6,2                  | 18,9      |



|               |      |      |      |      |      |      |
|---------------|------|------|------|------|------|------|
| Годування     | 52,1 | 32,6 | 45,6 | 36,5 | 13,8 | 27,1 |
| Піднімання    | 47,9 | 30,5 | 52,9 | 36,2 | 9,6  | 23,7 |
| Зміна постелі | 30,1 | 16,9 | 76,9 | 26,5 | 9,4  | 19,7 |

Так, як видно з даних табл. 6, на думку респондентів, найбільший тягар відповідальності із догляду за невиліковними хворими повинен припадати на плечі молодшого медичного персоналу (45,6-76,9% відповідей щодо окремих складових догляду) і родичів (30,1-59,6%).

Натомість спеціально навченому персоналу респонденти відвели тільки третє місце (26,5-36,5%), хоча, як свідчить світова практика, саме вони повинні бути основними постачальниками цих послуг. Адже не можуть особи без будьякої медичної підготовки (якими і є молодший медичний персонал в Україні та родичі хворих) здійснювати складний комплекс процедур із догляду за невиліковними хворими, важкий у фізичному і моральному відношеннях. Очевидно, і незнання суті та особливостей догляду в ПД, і дефіцит спеціально підготовлених кадрів, і сучасний стан справ у цій царині в Україні, відобразились на розподілі відповідей.

### **3.3. Модель інтегрованої геріатричної допомоги на прикладі Петриківського обласного геріатричного пансіонату Тернопільської області**

Нами проведено соціологічне дослідження щодо проблем організації догляду осіб похилого віку Петриківського обласного геріатричного пансіонату (анкетування 98 осіб (52 чоловіків, 46 – жінок), а також аналіз діяльності даного закладу. Респонденти – особи з наявністю важких хронічних захворювань.

На території Тернопільської області близько 250 людей похилого віку проживають у геріатричних будинках. У Петриківському обласному геріатричному пансіонаті знаходиться 180 осіб. 48% пацієнтів знаходяться на ліжковому режимі та потребують допомоги. Це переважно люди похилого віку, які мають інвалідність внаслідок хронічних соматичних захворювань.

У процесі опитування встановлено, що 49% респондентів постійно турбують болі, 63% - мають задишку, 19% - мають проблеми з рухами або не можуть самостійно пересуватись. Окрім того, 49,6% опитаних відмічають психологічний дискомфорт (відчуття ізоляції, самотності, паніки, депресії), третина від обстежених відмічали наявність духовних проблем, серед яких переважали страх перед майбутнім та смерті. Серед соціальних проблем 45% опитаних відмічають матеріальні труднощі та відсутність доброго майбутнього.

Виявлені закономірності дозволяють констатувати, що людина похилого віку, яка має важке прогресуюче хронічне захворювання, потребує всебічного якісного догляду, медико-соціальної допомоги, психологічної та духовної підтримки, тобто паліативної допомоги.

Аналіз діяльності Петриківського обласного геріатричного закладу продемонстрував, що важливу проблему в їх роботі становлять кадрові питання: висока плинність кадрів та не достаток навичок надання паліативної допомоги. Окрім того, виникають складнощі з вирішенням соціальних, юридичних, психологічних, духовних проблем та проблем матеріального забезпечення. Все це приводить до необхідності об'єднання зусиль органів і закладів соціального захисту, медичних закладів, суспільних та недержавних організацій. Таке партнерство дає можливість якісніше надавати допомогу людям похилого віку з важкими прогресуючими хронічними захворюваннями. У якості організаційної структури такого партнерства може бути запропоновано створення центру паліативної допомоги.

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, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу,

національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання хворого тощо [4]. Паліативна допомога основана на комплексній міждисциплінарній оцінці фізичного стану пацієнта, ступені больового синдрому та розладів функцій життєдіяльності, психоемоційних, когнітивних та культурних особливостей, максимально можливого та всебічного врахування потреб і побажань пацієнта та його родини, прогнозу прогресування захворювання та тривалості життя.

Виявлені закономірності дозволяють констатувати, що людина похилого віку, яка має важке прогресуюче хронічне захворювання, потребує всебічного якісного догляду, медико-соціальної допомоги, психологічної та духовної підтримки, тобто паліативної допомоги.

З огляду на специфіку геріатричної паліативної допомоги для забезпечення якості життя пацієнта важливою ланкою в системі ПД є ефективна дія мультидисциплінарної команди (МДК) [8, 37-40].

Для МДК основні компетенції, такі [8, 27-28, 36]:

- робота з паліативними пацієнтами та членами їхніх сімей, які перебувають у стані «гострого горя»;
- організація роботи паліативної мультидисциплінарної команди (лікар-геріатр та/або лікар загальної практики, медична сестра, психолог, соціальний працівник);
- реабілітація якості життя паліативних пацієнтів похилого та старечого віку;
- профілактика професійного вигорання персоналу геріатричних та паліативних структур;
- уміння оцінювати стан паліативного пацієнта та якість життя у процесі динамічного моніторингу;
- ведення, усунення болю та виснажливих симптомів паліативного пацієнта похилого та старечого віку;

- консультування та навчання родичів пацієнтів щодо організації догляду за пацієнтами, які втратили здатність до самообслуговування;
- визначення клінічної смерті паліативного пацієнта похилого та старечого віку.

Роль медичної сестри у складі мультидисциплінарної команди є однією з ключових. З одного боку, медична сестра розглядається як партнер лікаря, з іншого, у його завдання входить тісна взаємодія з пацієнтом та його сім'єю. Такі повноваження вимагають безперервного професійного розвитку та підвищення правового статусу медичної сестри.

Медична сестра, беручи участь та організовуючи процес паліативної допомоги, проводить інформаційну підтримку та навчання сімей елементам догляду за тяжко хворими геріатричними пацієнтами, організовує та навчає волонтерський актив. Не лише пацієнти, а й їхні родичі потребують психологічних, соціальних та економічних проблем, спричинених тяжким захворюванням через погіршення якості їхнього життя. Крім того, більше половини із родичів хворих, які надають догляд вдома, не знають основних навичок догляду за тяжкохворими людьми і бажають навчатися цьому 27,5%. Функції лікаря в мультидисциплінарній командній роботі полягають у організації паліативної допомоги вдома, у використанні та організації командної форми роботи. При цьому лікар та медична сестра проводять необхідну роботу у тісній взаємодії за допомогою соціальних працівників з координації з відповідними госпітальними, соціальними та громадськими організаціями.

Роль психологів у складі МДК одна з ключових для ефективної роботи в МДК для забезпечення пацієнт-орієнтованого підходу. Варто зазначити, що участь психолога не менш важлива для учасників мультидисциплінарної команди, оскільки вони також схильні до стресу при наданні паліативної допомоги пацієнтам та їхнім сім'ям.

За даними European Association for Palliative Care паліативний процес, побудований на принципах безпеки, є нерозривним механізмом процедур і взаємовідносин між МДК, пацієнтом і сім'єю пацієнта.

Крім важливості злагодженої роботи учасників команди МДК та пацієнтів із сім'ями, також важливо підтримувати інтеграцію між усіма службами, задіяними у наданні геріатричної паліативної допомоги, куди входять МДК, хоспіси, лікарні та служби первинної медико-санітарної допомоги.

В даний час вчені виділяють 3 рівні інтеграції паліативної допомоги :

- макронаціональний/міжнародний рівень: формування політики;
- мезо-організаційний/інституційний рівень: фінансування та побудова взаємовідносин та/або наступності між службами;
- мікрвзаємодія між пацієнтами, сім'ями та фахівцями у галузі охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Для реалізації мети дисертаційної дослідницької роботи з урахуванням міжнародної успішної практики та поточної ситуації в країні з організації ПД для людей похилого віку розроблено організаційно-функціональну модель надання геріатричної паліативної допомоги вдома. Принципи та організаційно-функціональні підходи в даній моделі спрямовані на інтеграцію паліативної допомоги на мікрорівні згідно з міжнародними рекомендаціями .

Принцип роботи моделі – надання комплексної ПД вдома, заснованої на інтеграції процесу між спеціалістами ПМСП та інших служб охорони здоров'я, соціального забезпечення, громадських неурядових організацій та ін..

У цій моделі важливо зважати на роль сім'ї, родичів пацієнта. Відповідно до моделі, пацієнт та родичі є активними учасниками процесу геріатричної паліативної допомоги вдома. Пацієнт та/або родичі інформують мультидисциплінарну команду (насамперед медсестру або лікаря геріатра/сімейного лікаря) про зміни стану та проблеми, що виникли, та потреби для внесення корекції в процес надання та координації ПД.

Модель організації гериатричної паліативної допомоги враховує індивідуальні потреби пацієнта та його сім'ї, включаючи фізичні можливості, тяжкість захворювання, психологічний статус та соціальні проблеми, надалі, базуючись на виявлених потребах, визначається план надання паліативної допомоги.

Якість наданої паліативної допомоги забезпечується шляхом розробки комплексного плану вдома мультидисциплінарною командою, моніторингу процесу виконання надання комплексної ПД пацієнту та його сім'ї вдома, оцінки результату та задоволеності результатом, надається ПД (оцінює сам пацієнт та її оточення – сім'я).

Згідно з моделлю мультидисциплінарна команда ПД здійснює вдома цілий алгоритм заходів поетапно:

- комплексна оцінка потреби літнього пацієнта у паліативній та медико-соціальній допомозі;
- план надання ПД вдома та медико-соціальної допомоги (мета, пріоритети, можливості);
- процес ПД вдома та медико-соціальної допомоги;
- оцінка результату та моніторинг процесу виконання надання комплексної ПД вдома пацієнту та його сім'ї;
- план середньо- та довгострокового процесу надання медико-соціальної та ПД;
- процес медико-соціальної та ПД.

В основу командної форми обслуговування літніх людей вдома взято основні ключові завдання ПД відповідно до Протоколів ВООЗ та стандартів надання сестринської допомоги паліативному пацієнту, затверджених «Правилами надання первинної медико-санітарної допомоги».

Згідно з моделлю – функції зовнішньої взаємодії при забезпеченні процесу паліативної допомоги координує сімейний лікар (або гериатр) або медсестра у взаємодії з вузькими спеціалістами ПЦМСД.

Сестринський процес грає величезну роль організації мультидисциплінарної командної роботи вдома, оскільки саме від нього залежить у багатьох випадках психологічний клімат пацієнта та сім'ї, що одна із складових якісної організації комплексної геріатричної паліативної допомоги.

До завдань медичної сестри входить надання підтримки пацієнту та членам його сім'ї; виконання сестринських маніпуляцій; навчання членів сім'ї основ догляду за пацієнтом; допомогу лікаря у координації роботи команди.

Зважаючи на ключову позицію медичної сестри в організації мультидисциплінарної командної роботи, докладно зупинимося на її основних завданнях.

Соціальний працівник:

- організовує та проводить медико-соціальне обстеження пацієнтів;
- супроводжує пацієнтів під час відвідування медичних організацій;
- надає соціально-побутові послуги;
- надає консультаційні послуги із соціальних та правових питань;
- навчає членів сім'ї пацієнта основ догляду. Психолог:
- надає психологічну допомогу пацієнту та членам сім'ї;
- надає психологічну допомогу учасникам МКД (зазначимо, що кожен учасник МКД повинен звертати особливу увагу на синдром емоційного вигоряння).

Волонтер:

- надає допомогу у довготривалій реабілітації та догляді та ін.;
- надає підтримку людям, які доглядають пацієнта.

Модель передбачає надання всеосяжної паліативної допомоги пацієнту мультидисциплінарною командною організацією, що координується лікарем загальної практики або лікарем-геріатром ЦПМСД та/або медичної сестри. У роботі мультидисциплінарна команда керується затвердженими «Правилами

надання первинної медико-санітарної допомоги». Організація та надання ПД на рівні ЦПМСД забезпечується відповідно

Всеосяжна ПД – це допомога, координована лікарем загальної практики ЦПМСД та/або лікарем-геріатром та інтегрована між МДК та вузькими спеціалістами ЦПМСД у взаємодії з сім'єю пацієнта.

Таким чином, паліативна допомога, інтегрована на мікрорівні, вирішує такі завдання з поетапними заходами:

- всеосяжна ПД пацієнту похилого віку та його сім'ї;
- пацієнт-орієнтований підхід на основі комплексної оцінки індивідуальних потреб літнього паліативного пацієнта в ПД (включаючи медичні, соціальні, психологічні, побутові, юридичні та ін.);
- мультидисциплінарна командна організація (лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник та ін.) та надання ПД пацієнтові.



## ВИСНОВКИ

1. Визначено, що потреба у паліативній допомозі пацієнтам похилого віку знаходиться на стабільно високому рівні, забезпечення медичним персоналом поки що не відповідають європейським стандартам і не сприяють досягнення основного завдання цього виду допомоги – полегшення страждань пацієнтів та підтримку їх родичів.

2. Виявлено високі рівні недовіри до медичного персоналу, скарги на байдужість, невдоволення медико-інформаційних та соціально-правових запитів геріатричних хворих на тлі суттєвого зниження якості життя внаслідок невиліковного захворювання, яке проявляється зростанням незадоволеності хворих станом здоров'я, погіршенням матеріального добробуту та стосунків в родині, обмеженням соціальної активності, психологічним дискомфортом через відчуття непотрібності для суспільств і розчарування у житті хворих та невпевненість у майбутньому і тривогу їх родичів.

3. Виявлено, що сестринський процес є одним з найважливіших складових якісної організації комплексної геріатричної паліативної допомоги.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що його результати стали підставою для:

- обґрунтування необхідності поліпшення організації надання паліативної допомоги внаслідок удосконалення цільової підготовки і підвищення кваліфікації медичних кадрів;
- запропонування започаткування волонтерського руху для паліативної допомоги серед студентів м. Тернополя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Palliative care for older people: better practices [Electronic resource] / Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 2011. – 72 p. – Access mode: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf).
2. Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People [Electronic resource] / EAPC Taskforce 2010-2012. Report. – January 2013. – 73 p. – Access mode: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings\\_2013.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf)
3. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні і соціальні аспекти [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Охорона здоров'я і суспільство. – 2014. – № 1 (2). – С. 63–75. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nauipr\\_2014\\_1\\_11.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/nauipr_2014_1_11.pdf).
4. Рингач Н. О. Старіння населення в Україні як стимул змін у національній охороні здоров'я / Н. О. Рингач // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 41–47.
5. Старіюче суспільство України: запити та рішення / В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк, Л. В. Єгорова [та ін.] // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – № 2. – С. 246–251.
6. Чайковська В. В. Сучасні стратегії розвитку медико-соціальної допомоги населенню літнього віку України / В. В. Чайковська // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1. – С. 281.
7. Грузєва Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. С. Грузєва // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), вип. 3 – С. 25–33.
8. Князевич В. М. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич,

З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 55–62.

9. Чепелевська Л. А. Сучасні та прогностичні тенденції захворюваності на туберкульоз і смертності від нього населення України / Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С.10–12.

10. Слабкий Г. О. Моніторинг поведінки студентської молоді м. Києва щодо ВІЛ-інфікування / Г. О. Слабкий // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 5–8.

11. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України: [монографія] / Г. О. Слабкий, О. М. Орда, Л. А. Чепелевська, О. В. Любінець. – К. : [б. в.], 2010. – 180 с.

12. Моїсеєнко Р. О. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання медичної допомоги дітям і матерям : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец.14.02.03. «Соціальна медицина» / Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2013. – 44 с.

13. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2011. – № 3. – С. 16–18.

14. Царенко А. В. Міжнародні стратегії, підходи та стандарти організації системи надання паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Фітотерапія. – 2013. – № 4. – С. 8–12.

15. Palliative Care (Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5) [Electronic resource] / WHO, Geneva. – 2007. – 51 p. – Access mode: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>.

16. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in

Europe [Electronic resource] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // European Journal of Palliative Care. – 2009. – № 16 (6). – P. 278–289. – Access mode:

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.

17. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe [Electronic resource] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // European Journal of Palliative Care. – 2010. – № 17 (1). – P. 22–33. – Access mode:

<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.

18. Вороненко Ю. В. Розвиток паліативної допомоги як інтегральна складова реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 5–8.

19. Губський Ю. І. Паліативна допомога: перші кроки на шляху становлення [Електронний ресурс] / Ю. І. Губський // Аптека. – 2009. – № 706 (36). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/36475>.

20. Князевич В. М. Роль громадськості у становленні та розвитку паліативної допомоги в Україні / В. М. Князевич // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науковопрактичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 16–23.

21. Лехан В. М. Медико-соціальне обґрунтування цільової моделі хоспісної допомоги в Дніпропетровській області / В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2012. – № 3 (53). – С. 40–45.

22. Царенко А. В. Міжнародні підходи щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко // Актуальні питання надання паліативної

та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 168–176.

23. Чайковская В. В. Анализ потребности в помощи пожилым людям в Украине / В. В. Чайковская, Т. И. Вялых, Д. Р. Чайкивська // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медикоюридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали Другої науково-практичної конференції, м. Київ, 20-21 листопада 2013 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : «Талком», 2013. – С. 75–80.

24. Введенская Е. С. Паллиативная помощь – инновационное направление отечественного здравоохранения [Электронный ресурс] / Е. С. Введенская // Медицинский альманах. – 2012. – № 4 (23). – Режим доступа: <http://www.medalmanac.ru/file.php?id=1377>.

25. Хоспис на дому – оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова [и др.] // Экономика здравоохранения. – 2009. – № 7 (139). – С. 15–20.

26. Palliative Care in Dementia: Issues and Evidence / J. Hughes, D. Jolley, A. Jordan [et al.] // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 251–260.

27. Monette M. Palliative care training substandard [Electronic resource] / M. Monette // *CMAJ*. – 2012. – V. 184 (12). – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447069/>.

28. L'erogazione della cure palliative domiciliary / G. Scaccabarozzi, P. L. Aprile, P. Lovaglio [et al.] // *Quaderno di Monitor*. – 2010. – n. 7. – P. 42–63.

29. Stelcer B. Role of a Balint group in hospice practice [Electronic resource] / B. Stelcer // *Prog Health Sci*. – Vol 1, № 1. – P. 171–174. – 2011. – Access mode: [http://progress.umb.edu.pl/sites/progress.umb.edu.pl/files/phs\\_0001/171174%20Stelcer.pdf](http://progress.umb.edu.pl/sites/progress.umb.edu.pl/files/phs_0001/171174%20Stelcer.pdf).

30. Van Aalst-Cohen E. S. Palliative care in medical school curricular: a survey of United States medical schools / E. S. Van Aalst-Cohen, R. Riggs, I. R. Byock // *Journal of Palliative Medicine*. – 2008. – № 11 (9). – P. 1200–1202.

31. Knowledge and attitude of final-year medical students in Germany towards palliative care – an interinstitutional questionnaire-based study [Electronic resource] / M. Weber, S. Schmiedel, F. Nauck [et al.] // *BMC Palliative Care*. – 2011. – V. 10. – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3235960/>.

32. Mapping levels of palliative care development: A global view / M. Wright, J. Wood, M. A. Lynch [et al] // *Journal of Pain and Symptom Management*. – 2008. – № 35 (5). – P. 469–485.

33. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine [Electronic resource] / EAPC. Milano. – 2009. – 44 p. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3d>.

34. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools [Electronic resource] / Report of the EAPC Steering Group on Medical Education and Training in Palliative Care. – 2013. – 24 p. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3D>.

35. Губський Ю. І. Паліативна та хоспісна медицина в Україні: стан та проблеми. Діяльність ДП ІПХМ МОЗ України та кафедри ІПХМ НМАПО імені П. Л. Шупика (2009-2012 рр.) / Ю. І. Губський // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науковопрактичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 5–8.

36. Князевич В. М. Національна стратегія створення та розвитку системи паліативної допомоги в Україні (проект) [Електронний ресурс] / В. М. Князевич, А. В. Царенко, Яковенко І. В. та ін. // Перший Національний конгрес

з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вересня 2012 р. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>.

37. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В.

Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV / 1, № 10. – С. 89–91.

38. Царенко А. В. Актуальність підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги / А. В. Царенко, Ю. В. Губський, О. І. Толстих [та ін.] // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої науково-практичної конференції, м. Київ, 8-9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 58–65.

39. Москаленко В. Ф. Забезпечення здорового старіння в контексті сучасних демографічних процесів / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 204–205.

40. Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: глобальні виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 231–237.

## ДОДАТКИ

### Додаток А 1.

Програми обліку, розроблені для дослідження

Додаток А.1 Анкета анонімного медико-соціального обстеження для пацієнта

### АНКЕТА

#### ШАНОВНИЙ ПАЦІЄНТЕ!

Нас цікавить дещо про Вас і Ваше здоров'я. З метою поліпшення якості паліативної та хоспісної допомоги, будь-ласка, дайте відповіді на запитання (обведіть запропоновані варіанти або впишіть свої дані). Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Інформація, яку Ви надаєте, буде абсолютно конфіденційна.

*Ваші відповіді допоможуть іншим людям!*

Я, що нижче підписався (лась), згідний (а) прийняти участь в соціологічному медичному дослідженні. Я детально інформований (а) про мету та можливі наслідки дослідження. Я мав (ла) можливість поставити запитання про всі аспекти дослідження. Отримавши пояснення, я повністю згідний (а) співпрацювати із лікарем. Я знаю, що відомості про мою участь в дослідженні залишаються строго конфіденційними. Я згідний (а) з тим, що результати дослідження можуть обговорюватися особами, що замовляли дослідження, а також представниками державних структур.

"Прочитав (ла) і згідний (а)" " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_р. Підпис  
учасника \_\_\_\_\_

*Оберіть та позначте варіанти відповіді або впишіть свої дані.*

**ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!**



1. Прізвище **Ім'я По-батькові** (*вказувати не обов'язково*)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Де Ви проживаєте?

1. Місто \_\_\_\_\_ 2. Село \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_

3. Вік (*повних років*) \_\_\_\_\_

4. Стать:

1. Чоловіча
2. Жіноча

5. Освіта:

1. Неповна середня
2. Середня загальна
3. Середня спеціальна
4. Вища, незакінчена вища

6. На скільки Ви задоволені своїм життям в теперішній час?

1. Не задоволений (а)
2. Посередньо
3. Задоволений (а)
4. Повністю задоволений (а)

7. Оцініть рівень Вашого матеріального благополуччя:

1. Низький
2. Середні
3. Вище середнього
4. Високий

8. Оцініть Ваші побутові умови проживання:

1. Незадовільні

2.Задовільні 3.Повністю  
комфортні

**9. Ваш сімейний стан:**

1. Ніколи не перебував (ла) в шлюбі
2. Перебуваю в шлюбі
3. Овдовів (ла)
4. Розлучений (а)

**10. Ви проживаєте:**

1. Один (одна)
2. З чоловіком (дружиною)
3. З батьками
4. З дітьми
5. З онуками

**11. Як Ви оцінюєте взаємовідносини в Вашій сім'ї?**

1. Немає сім'ї
2. Незадовільні
3. Задовільні
4. Доброзичливі

**12. Якщо у Вас є сім'я, то чи змінилися стосунки між членами Вашої родини після того, як Ви захворіли?**

1. Ні
2. Дещо погіршилися
3. Покращилися
4. Не змінилися

**13. Як часто Ви відчуваєте себе :**

|   | Відчуття                          | Ніколи | Іноді | Часто |
|---|-----------------------------------|--------|-------|-------|
| 1 | Самотнім                          |        |       |       |
| 2 | Ізольованим від суспільного життя |        |       |       |

|   |                                  |  |  |  |
|---|----------------------------------|--|--|--|
| 3 | Тягарем для родини               |  |  |  |
| 4 | Зайвим для родини                |  |  |  |
| 5 | Непотрібним суспільству          |  |  |  |
| 6 | Непотрібним медичним працівникам |  |  |  |
| 7 | Байдужим до всього               |  |  |  |
| 8 | Розчарованим в житті             |  |  |  |

**14. Як часто Ви відчуваєте, що Ваші близькі та рідні люблять і потребують Вас?**

1. Немає родини та близьких
2. Ніколи
3. Іноді
4. Часто

**15. Чи відчуваєте Ви потребу в:**

1. Спілкуванні
2. Психологічній підтримці
3. Соціальній допомозі
4. Юридичній консультації
5. Інформації про Ваш стан здоров'я
6. Інше

\_\_\_\_\_

**16. Як давно Ви хворієте?**

\_\_\_\_\_

**17. Скільки разів за минулий рік Ви були госпіталізовані?**

\_\_\_\_\_

**18. В якому медичному закладі Ви лікуєтесь на даний момент**

\_\_\_\_\_

**19. Яким чином Ви поступили на стаціонарне лікування цього разу?**

1. Доставлений каретою швидкої допомоги
2. За направленням лікаря
3. Самостійно звернувся
4. За сприяння родичів

**20. Чи врахували Ваші побажання при виборі:**

1. Методів лікування
2. Закладу охорони здоров'я
3. Місця для догляду (вдома, в лікарні, в хоспісі)
4. Лікуючого лікаря

**21. Чи мали Ви можливість отримати і обговорити з лікарем інформацію про:**

|  | Так | Частково | Ні |
|--|-----|----------|----|
| Ваші права і обов'язки                           |     |          |    |
| Ваше захворювання                                |     |          |    |
| Можливі ускладнення та наслідки захворювання     |     |          |    |
| Методи лікування                                 |     |          |    |
| Можливості догляду (вдома, в лікарні, в хоспісі) |     |          |    |
| Обслуговуючий медичний персонал                  |     |          |    |
| Соціальні послуги                                |     |          |    |
| Юридичні послуги                                 |     |          |    |

**22. Чи відчуваєте Ви потребу в інформації про це?**

|                        | Так | Частково | Ні |
|------------------------|-----|----------|----|
| Ваші права і обов'язки |     |          |    |
| Ваше захворювання      |     |          |    |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Можливі ускладнення та наслідки захворювання     |  |  |  |
| Методи лікування                                 |  |  |  |
| Можливості догляду (вдома, в лікарні, в хоспісі) |  |  |  |
| Обслуговуючий медичний персонал                  |  |  |  |
| Соціальні послуги                                |  |  |  |
| Юридичні послуги                                 |  |  |  |

**23. Хто на Вашу думку повинен здійснювати догляд за хворими у таких випадках (поставте відмітки):**

| Випадок                           | Родичі | Лікарі | Середній медичний персонал | Молодший медичний персонал | Соціальні працівники | Волонтери | Спеціально підготований персонал |
|-----------------------------------|--------|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------|-----------|----------------------------------|
| Перевдягання                      |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Відправлення фізіологічних потреб |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Проведення туалету                |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Годування                         |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Піднімання                        |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Зміна постелі                     |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |
| Прибирання в палаті               |        |        |                            |                            |                      |           |                                  |

**24. Як Ви вважаєте, чи повинен медичний персонал, який працює з важкохворими, володіти спеціальними знаннями та навичками?**

1. Ні
2. Так

**25. Чи Ваш фізичний стан або медичне втручання впливають на Ваше сімейне життя?**

1. Ні
2. Іноді
3. Так

**26. Чи Ваш фізичний стан або медичне втручання впливають на Вашу соціальну активність?**

1. Ні
2. Іноді
3. Так

**27. Оцініть, будь-ласка, стан Вашого здоров'я в цілому:**

1. Незадовільний
2. Задовільний
3. Добрий

**28. Оцініть, будь-ласка, за п'ятибальною шкалою проблеми, які викликають Ваше найбільше незадоволення в сучасній системі охорони здоров'я (від 0 - неважливо до 5 - дуже важливо) :**

| Проблема                                       | Оцінка в балах |
|--|----------------|
| Висока вартість медикаментів                   |                |
| Висока вартість медичних послуг                |                |
| Недостатнє фінансування медичних закладів      |                |
| Недостатнє обладнання медичних закладів        |                |
| Відсталість технологій                         |                |
| Некомфортні умови перебування в закладі        |                |
| Недостатній професіоналізм персоналу           |                |
| Неналежне ставлення персоналу до пацієнтів     |                |
| Нескоординованість допомоги                    |                |
| Територіальна віддаленість необхідної допомоги |                |

**29. Оцініть, будь-ласка, надану Вам в цьому закладі медичну допомогу за наступними параметрами:**

|  | Дуже погано | Погано | Добре | Дуже добре |
|--|-------------|--------|-------|------------|
| Ставлення та повага до Вас з боку лікаря                                   |             |        |       |            |
| Ставлення та повага до Вас з боку середнього медичного персоналу           |             |        |       |            |
| Ставлення та повага до Вас з боку молодшого медичного персоналу            |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби з боку лікарів                        |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби з боку середнього медичного персоналу |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби з боку молодшого медичного персоналу  |             |        |       |            |
| Емоційна підтримка з боку медичного персоналу                              |             |        |       |            |
| Задоволеність лікуючим лікарем   |             |        |       |            |
| Задоволеність роботою середнього медичного персоналу                       |             |        |       |            |
| Задоволеність роботою молодшого медичного персоналу                        |             |        |       |            |
| Чіткість і організованість у роботі лікуючого лікаря                       |             |        |       |            |
| Чіткість і організованість у роботі середнього медичного персоналу         |             |        |       |            |
| Чіткість і організованість у роботі молодшого медичного персоналу          |             |        |       |            |
| Рівень довіри до медичного персоналу                                       |             |        |       |            |
| Якість догляду   |             |        |       |            |
| Умови перебування в медичному закладі                                      |             |        |       |            |
| Якість харчування  |             |        |       |            |
| Забезпеченість медикаментами   |             |        |       |            |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Забезпеченість обладнанням та матеріалами для догляду |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|

**30. Якби у Вас був вибір, де б Ви хотіли закінчити свій життєвий шлях:**

1. Вдома, поруч з родиною
2. Вдома, поруч з медичним працівником
3. В хоспісі
4. В стаціонарі лікарні
5. Для мене це немає значення
6. Інше \_\_\_\_\_

**ДЯКУЮ ЗА СПІВПРАЦЮ!!!**

Додаток А.2

Анкета анонімного медико-соціального обстеження родичів пацієнта

**АНКЕТА**

**ЗАПОВНЮЄТЬСЯ РОДИЧАМИ ПАЦІЄНТА!**

Нас цікавить дещо про Вас і Ваше здоров'я. З метою поліпшення якості паліативної та хоспісної допомоги, будь-ласка, дайте відповіді на запитання (обведіть запропоновані варіанти або впишіть свої дані). Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Інформація, яку Ви надасте, буде абсолютно конфіденційна.

*Ваші відповіді допоможуть іншим людям !*

Я, що нижче підписався(лась), згідний(а) прийняти участь в соціологічному медичному дослідженні. Я детально інформований(а) про мету та можливі наслідки дослідження. Я мав(ла) можливість потоворставити запитання про всі аспекти дослідження. Отримавши пояснення, я повністю згідний(а) співпрацювати із лікарем. Я знаю, що відомості про мою участь в дослідженні залишаються строго конфіденційними. Я згідний(а) з тим, що результати



дослідження можуть обговорюватися особами, що замовляли дослідження, а також представниками державних структур.

"Прочитав(ла) і згідний(а)" "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. Підпис  
учасника \_\_\_\_\_

*Оберіть та позначте варіанти відповіді або впишіть свої дані.*

## **ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!**

**1. Прізвище Ім'я По-батькові (вказувати не обов'язково)**

\_\_\_\_\_

**2. Де Ви проживаєте?**

1. Місто \_\_\_\_\_

2. Село \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ **3. Вік (повних**

**років)** \_\_\_\_\_

**4. Стать:**

1. Чоловіча

2. Жіноча

**5. Освіта:**

1. Неповна середня

2. Середня загальна

3. Середня спеціальна

4. Вища, незакінчена вища

**6. Чи працюєте в даний час?**

1. Ні

2. Так, за спеціальністю

3. Так, не за спеціальністю

4. Маю непостійну роботу

**7. Якщо не працюєте, то чому?**

1. Безробітний

2. Займаюсь домогосподарством

3. Пенсіонер

4. Інвалід

5. Студент

6. Змушений доглядати за хворим родичем

7. Інше \_\_\_\_\_

**8. Чи доводилось Вам оформляти листок непрацездатності або брати відпустку за власний рахунок для догляду за важкохворим дорослим членом родини?**

1. Ні

2. Так, на \_\_\_\_\_ днів впродовж останнього року

**9. Наскільки Ви задоволені своїм життям в теперішній час?**

1. Не задоволений(а)

2. Посередньо

3. Задоволений(а)

4. Повністю задоволений(а)

**10. Назвіть в середньому за місяць суму доходу (в грн.) на одного члена Вашої сім'ї \_\_\_\_\_**

**11. Оцініть рівень Вашого матеріального благополуччя:**

| № | Рівень          | До появи в сім'ї важкохворого | Після появи в сім'ї важкохворого |
|---|-----------------|-------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Низький         |                               |                                  |
| 2 | Середній        |                               |                                  |
| 3 | Вище середнього |                               |                                  |

|   |         |  |  |
|---|---------|--|--|
| 4 | Високий |  |  |
|---|---------|--|--|

**12. Оцініть Ваші побутові умови проживання:**

1. Незадовільні
2. Задовільні
3. Повністю комфортні

**13. Сімейний стан:**

1. Ніколи не був(ла) у шлюбі
2. Перебуваю у шлюбі
3. Овдовів(ла)
4. Розлучений(а)

**14. Ви проживаєте:**

1. Один (одна)
2. З чоловіком (дружиною)
3. З батьками
4. З дітьми
5. З онуками

**15. Як Ви оцінюєте взаємовідносини в Вашій сім'ї?**

1. Немає сім'ї
2. Незадовільні
3. Задовільні
4. Доброзичливі

**16. Поява в Вашій сім'ї важкохворого(ї) змінила взаємовідносини між членами родини?**

1. Ні
2. Частково
3. Значно погіршила та ускладнила
4. Повністю зруйнувала

**17. Як часто Ви відчуваєте, що Ваші близькі та рідні люблять і потребують Вас?**

1. Ніколи
2. Іноді
3. Часто

**18. Як часто Ви відчуваєте самотність?**

1. Ніколи
2. Іноді
3. Часто

**19. Чи вели Ви активне громадське життя (регулярно зустрічалися з друзями, родиною, чи належали до якогось об'єднання, гуртка, товариства, відвідували церкву, релігійну громаду тощо) до появи в сім'ї важкохворого (ї)?**

1. Ніколи
2. Іноді
3. Часто

**20. Оцініть за п'ятибальною шкалою проблеми, які турбують Вас на даний час (від 0-не важливо до 5 –дуже важливо):**

| № п\п | Проблема              | Оцінка в балах |
|-------|-----------------------|----------------|
| 1.    | Тривога               |                |
| 2.    | Відчай                |                |
| 3.    | Безвихідь             |                |
| 4.    | Соціальна ізоляція    |                |
| 5.    | Страх перед майбутнім |                |
| 6.    | Страх захворіти       |                |
| 7.    | Страх втратити роботу |                |
| 8.    | Злість                |                |
| 9.    | Вина перед хворим     |                |

|     |      |  |
|-----|------|--|
| 10. | Інше |  |
|-----|------|--|

**21. Чи змінилась Ваша соціальна активність з появою в сім'ї важкохворого(ї)?**

1. Ні
2. Частково
3. Значно змінилась
4. Практично відсутня

**22. Як часто стресові ситуації зустрічаються в Вашому житті?**

1. Ніколи
2. Іноді
3. Часто

**23. Чи відчуваєте Ви потребу в психотерапевтичній консультації?**

1. Ні
2. Іноколи
3. Так

**24. Чи знаєте Ви, де можна її отримати?**

1. Ні
2. Так

**25. Чи курите Ви тютюн?**

1. Ніколи не кутив(ла)
2. Кутив (ла), але зараз не палю
3. Не кутив (ла), але зараз курю
4. Так, курю регулярно

**26. Чи вживаєте Ви алкоголь?**

1. Ніколи не вживаю
2. Рідше одного разу в місяць
3. 1-2 рази на місяць

4. 1-2 рази на тиждень
5. Щодня або майже щодня

**27. Як би Ви оцінили свій стан здоров'я?**

1. Незадовільний
2. Посередній
3. Добрий
4. Відмінний

**28. Чи є у Вас хронічні захворювання?**

1. Ні
2. Так
3. Не знаю

**29. Якщо —так», то вкажіть які \_\_\_\_\_**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**30. Як Ви вважаєте, чи погіршився Ваш стан здоров'я з появою в сім'ї  
важкохворого(ї)?**

1. Ні
2. Частково
3. Так

**31. Як довго Ви доглядаєте за важкохворим \_\_\_\_\_**

**32. Чи відчуваєте Ви потребу в допомозі по догляду за важкохворим?**

1. Ні
2. Іноді
3. Так

**33. Хто на Вашу думку повинен здійснювати догляд за хворими у таких  
випадках (поставте відмітки):**

| Випадок                           | Родичі | Лікарі | Середній медичний | Молодший медичний персонал | Соціальні працівники | Волонтери | Спеціально підготований персонал |
|-----------------------------------|--------|--------|-------------------|----------------------------|----------------------|-----------|----------------------------------|
| Перевдягання                      |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Відправлення фізіологічних потреб |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Проведення туалету                |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Годування                         |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Піднімання                        |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Зміна постелі                     |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |
| Прибирання в палаті               |        |        |                   |                            |                      |           |                                  |

**34. Як Ви вважаєте, чи повинен медичний персонал, який працює з важкохворими, володіти спеціальними знаннями та навичками?**

1. Ні
2. Так

**35. Чи відчуваєте Ви потребу в спеціальних знаннях та навичках по догляду за важкохворим?**

1. Ні
2. Так

**36. Чи хотіли б Ви пройти курс підготовки по догляду за важкохворим?**

1. Ні
2. Так

**37. Чи потребуєте Ви допомоги з боку соціальних працівників?**

1. Ні

2. Частково

3. Так

**38. Чи відомо Вам, який соціальний пакет послуг може отримати важкохворий (а) та його родина?**

1. Ні

2. Частково

3. Так

**39. Чи знаєте Ви, де можна отримати соціальну допомогу?**

1. Ні

2. Так

**40. Оцініть цінність для Вас наступних проблем (від 0-не важливо до 5-дуже важливо):**

| Проблеми  | Дуже погано | Погано | Добре | Дуже добре |
|---|-------------|--------|-------|------------|
| Ставлення та повага до хворого і до Вас з боку лікаря                                 |             |        |       |            |
| Ставлення та повага до хворого і до Вас з боку середнього медперсоналу                |             |        |       |            |
| Ставлення та повага до хворого і до Вас з боку молодшого медперсоналу                 |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби та хворого з боку лікарів                        |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби та хворого з боку середнього медичного персоналу |             |        |       |            |
| Швидкість реагування на Ваші потреби та хворого з боку молодшого медичного персоналу  |             |        |       |            |
| Емоційна підтримка з боку медичного персоналу   |             |        |       |            |
| Задоволеність лікуючим лікарем  |             |        |       |            |



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| Задоволеність роботою середнього медичного персоналу               |  |  |  |  |
| Задоволеність роботою молодшого медичного персоналу                |  |  |  |  |
| Чіткість і організованість у роботі лікуючого лікаря               |  |  |  |  |
| Чіткість і організованість у роботі середнього медичного персоналу |  |  |  |  |
| Чіткість і організованість у роботі молодшого медичного персоналу  |  |  |  |  |
| Рівень довіри до медичного персоналу                               |  |  |  |  |
| Якість догляду   |  |  |  |  |
| Умови перебування в медичному закладі                              |  |  |  |  |
| Якість харчування  |  |  |  |  |
| Забезпеченість медикаментами                                       |  |  |  |  |
| Забезпеченість обладнанням та матеріалами для догляду              |  |  |  |  |

**41. У випадку невиліковного захворювання, де б Ви хотіли закінчити свій життєвий шлях:**

1. Вдома
2. В хоспісі
3. В стаціонарі лікарні
4. Для мене це не важливо
5. Ваш варіант \_\_\_\_\_

**ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!!!**