

Тернопільський національний медичний  
університет імені І.Я. Горбачевського  
Міністерства охорони здоров'я України

Соловйова Альона Станіславівна

На правах рукопису

УДК: 616-08-039.75(477.65)

Магістерська робота

**ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ  
НЕВИЛКОВНИМ ХВОРИМ У М. ОЛЕКСАНДРІЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ  
ОБЛАСТІ**

2230.1 – науковий співробітник  
(сестринська справа, акушерство)

Науковий керівник:  
Д. мед. наук, проф. Волкова Н.М.

Тернопіль -2021

<b>ЗМІСТ</b>	2
<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.</b>	3
<b>ВСТУП</b>	4
<b>РОЗДІЛ 1. Сучасний стан паліативної допомоги в Україні</b>	
(огляд літератури).	7
<b>РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи дослідження</b>	13
<b>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ</b>	
<b>ОБГОВОРЕННЯ. ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПД НЕВИЛІКОВНИМ ХВОРИМ</b>	
<b>У М. ОЛЕКСАНДРІЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ.</b>	15
3.1. Організація надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія	
Кіровоградської області.	15
3.2. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області	
інкурабельними хворими.	22
3.3. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області	
родичами невиліковних хворих.	29
3.4. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області	
медичними працівниками.	36
<b>ВИСНОВКИ.</b>	42
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	44
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	45
<b>ДОДАТКИ</b>	55

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ІП – інкурабельні пацієнти

ІХ – інкурабельні хворі

МОЗ - Міністерство охорони здоров'я

ПД – паліативна допомога

СН – серцева недостатність

ХД – хоспісна допомога

ХОЗЛ – хронічне обструктивне захворювання легень

## ВСТУП

Сучасна медико-демографічна ситуація в світі та Україні характеризується прогресуючим постарінням населення. Це супроводжується й прогнозом зростання медико-соціального тягаря хронічних невиліковних недуг – злоякісних новоутворень, серцевої і дихальної недостатності, церебросудинних та нейродегенеративних захворювань, патології опорно-рухового апарату тощо [1].

Зростання потреби в паліативній допомозі, забезпечення гідного догляду за інкурабельними пацієнтами наприкінці їхнього життя, спричинене загальним постарінням населення та розповсюдженням тяжких хронічних захворювань, є викликом для системи охорони здоров'я у багатьох країнах. Останнім часом про паліативну допомогу говорять досить часто й багато — що це, навіщо вона потрібна і хто зрештою її потребує. Водночас практика комунікації з лікарями, досвід пацієнтів та їх близьких свідчать, про глибоке незрозуміння суті паліативної допомоги представниками медичної системи [2].

Відповідно до Закону України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», паліативна допомога (ПД) входить до «зеленого списку» медичних послуг, фінансування яких на первинному рівні здійснюється за державний кошт. Згідно з Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема з розділом 12 про надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, передбачено:

- регулярну оцінку стану тяжкохворого пацієнта та його потреб;
- оцінку ступеня болю та купування больового синдрому;
- призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування при больовому синдромі;
- призначення лікування для подолання супутніх симптомів (запор, нудота, задуха тощо);
- консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом;

•координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта [2, 3, 4].

### **Мета дослідження.**

Враховуючи вищевикладене, метою нашої роботи стало вивчення проблем надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області з метою розробки рекомендацій щодо її покращення.

### **Об'єкт дослідження.**

Об'єктом дослідження стали:

- інкурабельні пацієнти (ІП),
- члени сімей ІП
- медичні працівники, які надають ПД ІП.

### **Завдання дослідження:**

Вивчити проблеми надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області з метою розробки рекомендацій щодо її покращення.

### **Методи дослідження:**

- теоретичні – історико-порівняльний аналіз наукової літератури і нормативних документів
- загальнонаукові методи (аналіз, синтез, індукція, дедукція, абстрагування, систематизація, узагальнення, класифікація та ін.);
- емпіричні – анкетування, бесіда, тестування, самооцінювання;
- експериментальні – констатувальний і формувальний етапи експерименту,
- методи математичної статистики – якісний та кількісний аналіз результатів; їх математична, графічна обробка й інтерпретація.
- Соціологічні методи (аналіз спеціальної літератури, аналіз статистичних показників).

**Наукова новизна:** Вперше проведено аналіз проблем надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області з метою розробки рекомендацій щодо її покращення.

**Практичне значення одержаних результатів:** полягає у розробці практичних рекомендації для надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області.

**Апробація результатів дослідження:** результати роботи доповідалися на підсумкових науково-практичних конференціях ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» та публікувалися у науково-практичному журналі «Медсестринство».

**Структура та обсяг.** Робота викладена на 72 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків, містить рисунки і таблиці.

## РОЗДІЛ 1.

### СУЧАСНИЙ СТАН ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Паліативна допомога — це окремий вид допомоги для людей із серйозними недугами, завданням якої є полегшення симптомів і зменшення страждань, які спричиняє захворювання. Головна мета цієї допомоги полягає в тому, щоб покращити якість життя як пацієнта, так і його сім'ї, рідних та близьких. По суті паліативна допомога — це додатковий рівень, або ж шар медичної допомоги. Вона може бути надана пацієнтам будь-якого віку, на будь-якому з етапів серйозної хвороби і одночасно з радикальною (куративною) терапією.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ): «Паліативна допомога — це підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їх сімей, що стоять перед проблемами, спричиненими хворобою, що загрожує життю, через запобігання і полегшення страждань шляхом ранньої ідентифікації та бездоганної оцінки і усунення болю та інших проблем, фізичних, психосоціальних і духовних.

Паліативна допомога:

- забезпечує полегшення болю та інших неприємних симптомів;
- є життєствердною та вважає смерть нормальним природним процесом;
- не має наміру ані прискорити, ані відтермінувати смерть;
- інтегрує психологічні та духовні аспекти догляду за пацієнтами;
- пропонує систему, яка допомагає пацієнтам вести якнайактивніший спосіб життя до смерті;
- пропонує систему підтримки, яка допомагає сім'ї впоратися із хворобою пацієнта та власним горем втрати;
- використовує командний підхід до задоволення потреб пацієнтів та їх сімей, у тому числі консультивання щодо втрати здоров'я;
- підвищує якість життя і може також позитивно вплинути на хід захворювання;

• застосовується на початку хвороби, в поєднанні з іншими методами лікування, призначеними для продовження життя, такими як хіміотерапія чи променева терапія, а також включає дослідження, необхідні для кращого розуміння та лікування складних клінічних ускладнень [2, 5, 6, 7].

Як зазначає Національна служба здоров'я Великої Британії (National Health Service — NHS), паліативна допомога — це не лише до «кінця життя», пацієнт може отримувати паліативну допомогу й раніше у ході хвороби, отримуючи лікування, спрямоване на тяжке захворювання. Паліативна допомога може полегшити біль та інші тяжкі симптоми, але також включає психологічну, соціальну та духовну підтримку для пацієнта, його рідних чи доглядальників. Тому важливо мислити у цій парадигмі паліативної допомоги, яка передбачає холістичний підхід, що розглядає людину цілісно, а не лише окремі хвороби чи їх симптоми.

Надання паліативної допомоги.

Надавачами цього комплексу послуг має бути підготовлена команда лікарів, медсестер та інших спеціалістів, що працюють разом. Центр розвитку паліативної допомоги (Center to Advance Palliative Care), США, зазначає, що команди спеціалістів паліативної допомоги мають на меті підвищити якість життя, полегшити симптоми та страждання, спричинені серйозними недугами, такими як:

- злоякісні новоутворення;
- хронічна серцева недостатність (СН);
- хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ);
- хвороби нирок;
- цукровий діабет;
- хвороби Альцгеймера та Паркінсона;
- багато інших.

Паліативна допомога полегшує, зокрема, такі симптоми, від яких страждає пацієнт:

- біль (гострий та хронічний);
- депресія;



- задишка, проблеми з диханням;
- втома;
- запор, нудота, втрата апетиту;
- безсоння, тривожність;
- а також інші симптоми, від яких страждає пацієнт [8, 9].

Допомога наприкінці життя.

Паліативна допомога часто асоціюється лише з термінальними хворими, з допомогою в останній період життя невиліковно хворого (що включає, перш за все, знеболення). Але саме поняття (елементом якого є допомога наприкінці життя — end-of-life care) значно ширше. Допомога наприкінці життя має початися тоді, коли пацієнт її потребує, і може тривати кілька днів, кілька місяців або ж кілька років. Період кінця життя визначається високою імовірністю смерті людини протягом наступних 12 міс (хоча, очевидно, це не завжди можна передбачити). Тому, як зазначають фахівці NHS, до людей, що потребують допомоги наприкінці життя, відносять тих, чия близька смерть є очевидною, а також тих, хто:

- має серйозну хворобу, таку як рак, деменція чи захворювання рухового нейрона;
- загалом дуже немічний і має супутні стани, що можуть призвести до смерті протягом наступних 12 міс;
- має високий ризик померти від раптової кризи у наявному стані;
- має гострий, загрозливий для життя стан, спричинений катастрофічною подією — такою як аварія чи інсульт.

Рання ідентифікація, максимально точно визначений діагноз захворювання чи станів, що загрожують життю, — надзвичайно важливі як для лікування хвороби, так і для адекватного планування супутньої паліативної допомоги.

На жаль, розуміння паліативної допомоги, яке побутує в Україні, часто ототожнює її з допомогою наприкінці життя, яка до того ж виключає необхідність надання радикального лікування (наприклад протиракової хіміотерапії) [2, 9].

Є три ключових моменти, які потребують прийняття відповідних рішень

1. Момент встановлення загрозливого для життя діагнозу — початок паліативної допомоги.

2. Момент, коли радикальне (куративне) лікування переходить у фазу підтримувального життя (може продовжити тривалість життя, зменшити набряк, сповільнити метастазування), або паліативного.

3. Момент, коли будь-яке етіотропне лікування (наприклад протиракове) завершується, оскільки шкода від нього починає переважати над користю, і для блага пацієнта (кращого самопочуття) це лікування доцільно припинити.

Проблема адекватного знеболення.

Бюрократичні бар'єри доступу до опіоїдних анальгетиків в Україні подолано, зокрема завдяки Постанові Кабінету Міністрів України (КМУ) від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я», але обсяг їх призначення залишається недостатнім для задоволення потреб пацієнтів [10]. По суті в Україні наявна проблема надання допомоги наприкінці життя, ключовим моментом якої є ефективне знеболення, не кажучи вже про паліативну допомогу в ширшому розумінні [2, 8, 10].

Згідно з Наказом МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги», зокрема з розділом 12 про надання окремих послуг паліативної допомоги, пацієнтам усіх вікових категорій, передбачено:

- регулярну оцінку стану тяжкохворого пацієнта та його потреб;
- оцінку ступеня болю та купування больового синдрому;
- призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування при больовому синдромі;
- призначення лікування для подолання супутніх симптомів (запор, нудота, задуха тощо);

- консультивання та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом;
- координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта [4].

В сучасному світі та зокрема в Україні зростає поширеність соціально значущих невиліковних захворювань і серед осіб працездатного віку, що підкреслює соціально-економічне значення проблеми внаслідок значних витрат на дороговартісне довготривале лікування, соціальну допомогу з боку держави хворим та сім'ям, макроекономічні збитки через інвалідизацію та дочасну смертність тощо [11-15]. Зокрема, науковці відзначають небезпечне «помолодшання» злоякісних новоутворень та серцево-судинних захворювань, тяжкої автоімунної патології, цукрового діабету та інших хронічних неінфекційних захворювань [15, 16].

Тобто, серед всіх прошарків населення зростає тягар невиліковних захворювань, що характеризуються хронічним перебігом, часто стають причиною розвитку тяжкого клінічного стану та призводять до порушення елементарних фізичних, психологічних та соціальних функцій. Такі хворі, незалежно від віку, статі та конкретної нозології, страждають від різноманітних, вкрай болісних, суб'єктивних розладів та тяжких функціональних порушень [17-20]. При цьому, за даними зарубіжних та вітчизняних епідеміологічних досліджень, не дивлячись на специфіку перебігу конкретних захворювань, в фінальному періоді життя комплекс симптомів та розладів стає спільним для різних нозологій. Так, близько 80% (від 45 до 100% за різними дослідженнями) хворих страждають від виснажливого больового синдрому, тяжкої астенії, порушень функцій сечового міхура та кишечника, часто прикуті до ліжка, втрачаючи змогу себе обслуговувати. Крім фізичних симптомів, для більшості (біля 60%) важкохворих та інкурабельних пацієнтів притаманні прояви гострої психологічної кризи: розпач, злість, туга, виражені депресія та страх тощо, які можуть поглиблюватися внаслідок соціальної ізоляції, стигматизації та матеріальних утруднень [21-36]. З огляду на сказане, зрозуміло, що з появою в родині людини з важким чи некурабельним захворюванням, постає складний комплекс проблем. На думку міжнародних

експертів, такий хворий, зазвичай, оточений 10-12 умовно здоровими повноцінними членами суспільства, які мають різний ступінь важкості психологічної травматизації. Для них характерні прояви почуття провини перед хворим; інколи агресії до медичних працівників, держави; депресія, в зв'язку з втратою близької людини; канцерофобія; суїцидні думки від почуття страху та приреченості на самотність; загроза втрати робочого місця тощо [37-40].

Разом з тим, на плечі близьких та членів сімей хворого в більшості випадків лягає й тягар повсякденного догляду: від забезпечення його особистої гігієни (миття, допомога при перевдяганні, відправлення фізіологічних потреб, 19 годування) до фізично досить тяжких дій (піднімання, повертання тощо). З часом виконання родичами психологічно та фізично важких обов'язків по догляду за таким хворим може призвести до різкого звуження діапазону їх життєвих можливостей, провникнення суперечливої емоційної реакції на зміну особистості та поведінку хворого, а також до виснаження матеріальних ресурсів та появи нерівності в соціальному благополуччі. На думку ВООЗ, догляд за важкохворими родичами – це важка праця без оплати та підтримки, яка може мати несприятливий вплив на здоров'я (після смерті хворих різко зростає захворюваність та смертність його близьких – до 40%), благополуччя і матеріальну забезпеченість людей, які її здійснюють [41]. Саме для таких хворих та їх родин в багатьох країнах світу і створена служба паліативної та хоспісної допомоги, основним завданням якої є вирішення складного комплексу фізичних, психосоціальних і духовних проблем, що супроводжує невиліковну хворобу [42-46].

За підрахунками вітчизняних експертів Асоціації паліативної та хоспісної допомоги, щороку не менше 500 тисяч осіб в кінці життя, а також біля 2 млн (за різними даними – від 1 до 2,5 млн) членів їхніх родин потребують такої допомоги різного ступеня інтенсивності, що зумовлює велике соціальноекономічне та гуманітарне значення цієї проблеми і ставить завдання розвитку служби ПД в один ряд з найбільш актуальними та значущими медико-соціальними проблемами нашого суспільства [47-59].

## РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

• Матеріалом дослідження слугували результати анкетування пацієнтів, які потребували паліативної допомоги в м. Олександрія Кіровоградської області, результати анкетування членів сімей пацієнтів, які потребували паліативної допомоги в м. Олександрія Кіровоградської області та результати анкетування медичних працівників у м. Олександрія Кіровоградської області,

Як інструменти для оцінки потреби пацієнта у паліативній допомозі ми використали шкали, що дозволяють вимірювати і фіксувати стан пацієнта.

1. Шкала Бартел (Додаток № 9 до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)»). Індекс активності у повсякденному житті.

2. Шкала Карновського та ECOG (згідно з Клінічним протоколом високоспеціалізованої допомоги при хронічному лімфоїдному лейкозі)

3. Шкали для оцінки інтенсивності болю (Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений наказом МОЗ України 25.04.2012 р. № 311):

- а) 5-бальна шкала вербальних оцінок,
- б) Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю,

4. Анкета анонімного медико-соціального обстеження для пацієнта, розроблену кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету.

Як інструмент для оцінки потреби членів сімей пацієнта ми використали анкету анонімного медико-соціального обстеження членів сімей пацієнта, розроблену кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету.

Як інструмент для оцінки потреби надавачів ПД ми використали анкету анонімного медико-соціального обстеження надавачів ПД, розроблену кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

Івано-Франківського національного медичного університету [60] (Додатки А – Є).

В роботі також використані такі методи наукового дослідження:

- теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, моделювання, класифікація, прогнозування);
- епідеміологічний,
- демографічний,
- математичної статистики – для обробки результатів експериментальної роботи, перевірки їх валідності та достовірності.

У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з теми роботи.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили згідно методу варіаційної статистики, а також за допомогою ліцензованої програми Microsoft Office 2019.

## **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.**

### **ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПД НЕВИЛІКОВНИМ ХВОРИМ У М. ОЛЕКСАНДРІЯ КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ.**

У своїй роботі ми спробували висвітлити проблеми надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області.

#### **3.1. Організація надання ПД невиліковним хворим у м. Олександрія Кіровоградської області.**

Базовою лікувально-профілактичною установою міста є Комунальне підприємство «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради (рис. 3.1.1).



Рисунок 3.1.1. Комунальне підприємство «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради.

Це багатопрофільна лікарня, яка надає цілодобово 24/7 кваліфіковану та спеціалізовану лікарську допомогу як планову, так і екстрену, жителям міста та навколишніх районів області за такими напрямками:

- медицина невідкладних станів
- анестезіологія, реаніматологія та інтенсивна терапія
- внутрішня (загальна) медицина (неврологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, гастроентерологія, гематологія,, ендокринологія, інфекційні хвороби);
- хірургія (загальна хірургія, травматологія, ортопедія, урологія, отоларингологія, офтальмологія);
- акушерство та гінекологія;
- педіатрія,
- урологія,
- променева діагностика;
- психічні та поведінкові розлади (можливе залучення спеціалістів з закладів обласного підпорядкування, розташованих на території міста);
- трансфузіологія;
- фізіотерапія та реабілітація;
- лабораторна діагностика, клінічна цитологія, медична біохімія;
- морфологічні та патоморфологічні дослідження.

Стаціонарних відділень – 10, це:

- хірургічне,
- ортопедо-травматологічне,
- терапевтичне,
- гінекологічне,
- урологічне,
- акушерське,
- отоларингологічне,
- офтальмологічне,
- інфекційне,



- неврологічне відділення
- відділення анестезіології з ліжками для інтенсивної терапії.

В структуру лікарні входить поліклініка, в складі якої функціонують: травматологічний пункт 24/7, жіноча консультація, денні стаціонари на 130 ліжок.

Для надання допомоги пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, лікарня виконує 24/7:

- Швидку оцінку стану пацієнтів;
- Медичну допомогу пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані, згідно з клінічними протоколами медичної допомоги у відповідності з клінічними маршрутами пацієнта;
  - Забезпечує надання медичної допомоги міждисциплінарними командами спеціалістів;
  - Реанімаційні заходи та інтенсивну терапію, стабілізацію стану пацієнта для подальшого переведення у заклади вищого рівня спеціалізації;
  - Проведення хірургічних втручань;
  - Переведення пацієнтів у заклади вищого рівня спеціалізації відповідно клінічних маршрутів пацієнта;
  - Координацію з первинною ланкою, службою екстреної (невідкладної) медичної допомоги, іншими закладами охорони здоров'я;
  - Надає повний обсяг екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнтам у невідкладних станах.

Заклад має наступну інфраструктуру в цілодобовому режимі 24/7:

- умови для оцінки тяжкості стану пацієнта, здійснення лікування гострого і невідкладного стану з можливістю проведення діагностики, моніторингу та реанімаційних заходів;
  - проведення рентгенодіагностики та ультразвукової діагностики;
  - проведення ЕКГ, ЕЕГ;

–забезпечення цілодобової доступності до наступних служб (в тому числі з використанням телемедицини): педіатричної, акушерсько-гінекологічної, терапевтичної / кардіологічної;

–надання трансфузійної допомоги пацієнтам;

– забезпечення доступності до вузьких спеціалістів хірургічного профілю цілодобово: отоларинголог, офтальмолог (прибуття до пацієнта в цілодобовому режимі 24/7);

– забезпечення доступності до вузьких спеціалістів не хірургічного профілю цілодобово 24/7;

– проведення лабораторних і діагностичних досліджень;

–надання медичної допомоги пацієнтам, що отримують паліативну допомогу та потребують невідкладної допомоги у зв'язку з іншим станом;

–проведення патологоанатомічних досліджень.

В лікарні діє Центр ранньої діагностики на базі спеціалізованого поліклінічного відділення МЛН№1. Центр обладнано новою сучасною апаратурою:

- Апаратами УЗД;
- Системою холтерівського моніторингу: Холтер-ЕКГ, Холтер-АТ;
- Фіброгастроуденоскопом;
- Лабораторними аналізаторами;
- Мамографом

В складі лікарні функціонують:

- клінічна лабораторія,
- бактеріологічна лабораторія,
- патологоанатомічне відділення,
- відділення функціональної та променевої діагностики,
- фізіотерапевтичне,
- лікувальної фізкультури,
- спортивної медицини.

Стационарна допомога.

Стационар лікарні має достатній кадровий і технічний персонал. Хворі отримують медичну допомогу відповідно до соціальних нормативів. Рівень госпіталізації складає – 15,5 на 100 жителів.

Хірургічна служба. На протязі багатьох років спостерігається стабільна кількість пролікованих та прооперованих хворих з високою хірургічною активністю - 64,0% при середньообласному показнику - 61,2%.

В роботі терапевтичної служби пріоритетним напрямком є надання медичної допомоги хворим з серцево-судинною патологією, з метою зменшення смертності та виходу на інвалідність від даного виду патології.

Для забезпечення сучасної діагностики і лікування гострого інфаркту міокарда в місті впроваджена система «Тредекс»: базова станція – в БІТ терапевтичного відділення МЛ№1 (130 вип. ГІМ), 6 передаючих пристроїв на СШМД. Діагностичний потенціал цієї системи націлений на ранню діагностику гострого інфаркту міокарда.

В 2018 році Міською лікарнею №1 придбано мобільний ангиограф та операційний стіл до нього.

Амбулаторно-поліклінічна допомога.

Поліклініка міської лікарні №1 розташована в центральній частині міста в 2-х корпусах: семиповерховому по вул. Діброви, 77 та чотирьохповерховому по вул. Першотравневій, 36.

Розрахована на 1120 відвідувань за зміну .

З 12.11.2013 року створено міський комунальний заклад – Центр первинної медико-санітарної допомоги м.Олександрія, до складу якого ввійшли 7 амбулаторій та 2 фельдшерсько-акушерські пункти.

В 7 поверховому корпусі розміщено:

- реєстратура,
- терапевтичне відділення,
- відділення профілактики,
- хірургічне відділення,
- неврологічне відділення,
- відділення функціональної діагностики,

- аудіометричний кабінет,
- операційна,
- процедурні кабінети,
- відділення лікувальної фізкультури,
- кабінет зондових процедур,
- бактеріологічна лабораторія,
- кабінет інфекційних захворювань,
- ендоскопічний кабінет,
- флюорографічний кабінет.

Функціонує денний стаціонар поліклініки на 130 ліжок.

В відділенні функціональної діагностики проводиться велоергометрія, ехокардіоскопія, фонокардіографія, електрокардіографія, капіляроскопія, реовазографія, реогепатографія, реоенцефалографія, тетраполярна реографія, визначення тиску в легеневій артерії, внутрішньостравохідна електрокардіостимуляція, медикаментозні проби, спірографія, холтерівське моніторування електрокардіограм та артеріального тиску.

В поліклініці ведеться прийом по 20 профільних спеціалістах.

Кадрове забезпечення:

В лікарні на 01.01.2019р. працювали:

- 113 лікарів,
- 364 середніх медпрацівників,
- 191 молодших медичних працівників
- 121 інших спеціальностей.

На період нестійкої епідемічної ситуації в зв'язку із захворюваністю на коронавірусну інфекцію COVID-19 лікувальний заклад працює в обмежувальному режимі.

На цей період:

• обмежено відвідування пацієнтів у стаціонарних відділеннях лікарні (у разі потреби – відвідувачі обов'язково мають одягти маску медичну та пройти термометрію;

- призупинено планову госпіталізацію хворих та планові оперативні втручання;

- УЗД, лабораторні та функціональні обстеження будуть проводитись виключно за гострої клінічної необхідності;

- призупинено проведення планових медичних оглядів, робота денних стаціонарів, проведення фізіотерапевтичних процедур і ЛФК; буде організовано та забезпечено посилений протиепідемічний режим.

Структури, які надають ПД в м. Олександрії.

1. Основні обов'язки надання ПД в м. Олександрії покладені на міського онколога, який веде прийом у міській поліклініці і забезпечує надання амбулаторної онкологічної допомоги мешканцям м. Олександрії та Олександрійського райолну.

2. Частково надання ПД здійснюють сімейні лікарі та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини.

3. При появі ургентних станів ПД здійснюється у стаціонарних відділеннях КП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради», найчастіше – у хірургічному відділенні.

З вищевикладеного зрозуміло, що надання ПД у м. Олександрії потребує серйозних змін, зокрема:

- Збільшення кадрового потенціалу,
- Створення стаціонарного хоспісного відділення,
- Створення мобільних бригад з надання ПД.
- Організації волонтерського руху,
- Організація співпраці структур, які надають ПД із центрами ПМСД, волонтерами, громадами та духовенством.

### 3.2. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області інкурабельними хворими.

З метою оцінки якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області нами проведене анкетування 31 інкурабельних хворих (ІХ). Серед опитуваних було чоловіків 16 (51,6%), жінок – 15 (48,4%) (рис. 3.2.1).

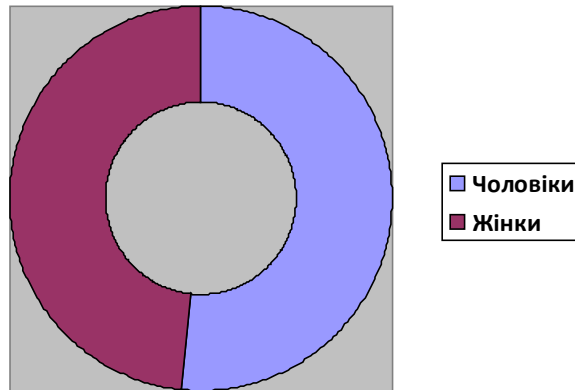


Рисунок 3.2.1. Розподіл респондентів за статтю.

Серед опитаних було мешканців міста – 20 (64,5%), сільських мешканців – 11 (35,5%) (рис.3.2.2).

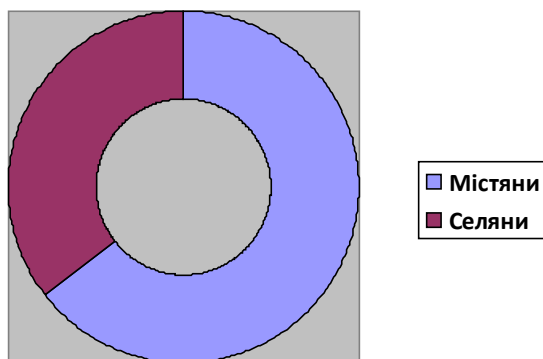


Рисунок 3.2.2. Розподіл респондентів за місцем проживання.

Серед опитаних невиліковно хворих пацієнтів 12 (38,7%) були працездатного віку, що свідчить про значну соціально-економічну проблему.

При суб'єктивній оцінці загального стану 17 респондентів (54,8%) оцінювали власне здоров'я як вкрай незадовільне, 8 (25,8%) – як незадовільне, 5 (16,1%) – як задовільне і тільки 1 (3,2%) – як добре (рис. 3.2.3).

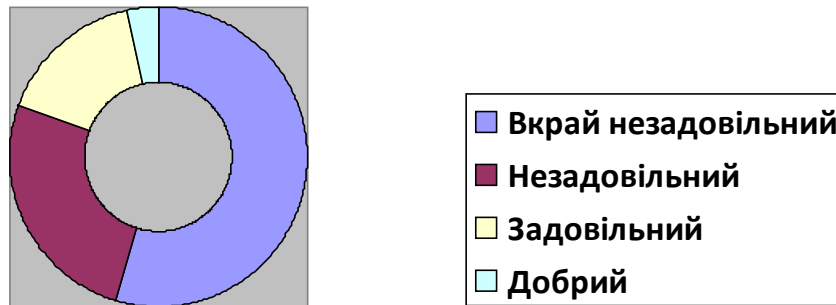


Рисунок 3.2.3. Суб'єктивна оцінка ІІ загального стану здоров'я.

Більшість респондентів визнавали, що захворювання суттєво погіршила якість життя (96,7%).

ІІ часто потребували госпіталізації, пов'язаної з розвитком ускладнень (кровотеча, кишкова непрохідність, виражений набряковий синдром, розвиток застійної пневмонії і т.п.).

Нами проаналізована частота госпіталізації ІІ за останній рік та шляхи цієї госпіталізації. Виявлено, що протягом останнього року 22 пацієнти (70,9%) були госпіталізовані. При аналізі структури шляхів госпіталізації встановлено, що частка поступлень у стаціонар за направленням лікаря досить низька – лише 8 пацієнтів (36,3%). 14 ІІ (63,7%) були доставлені в стаціонар ургентно, з них 12 – бригадою швидкої допомоги, а 2 – доставлені родичами в приймальне відділення лікарні із наполяганням про госпіталізацію (рис. 3.2.4).

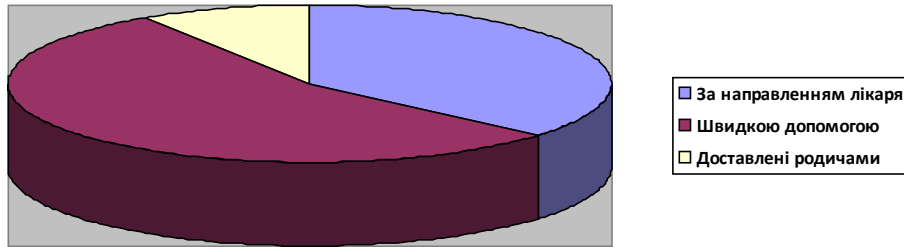


Рисунок 3.2.4. Структура шляхів госпіталізації ІП.

Аналіз шляхів госпіталізації показує, що переважна більшість пацієнтів була госпіталізована ургентно у зв'язку із критичним погіршенням стану здоров'я, тобто госпіталізація була ургентною. Це вказує на те, що сімейні лікарі часто не виконують свою роль як організатора оптимального маршруту лікування ІП, а також про те, що має місце недостатньо налагоджена співпраця між сімейним лікарем та стаціонаром. Участь в ургентній госпіталізації членів сімей пацієнта вказує на їх роль у прийнятті рішень щодо лікування пацієнта в обхід ланки первинної медико-санітарної допомоги.

Наявність важкого довготривалого хронічного захворювання вимагає великих матеріальних затрат на лікування і догляд ІП, які, в умовах загального низького рівня доходів населення в Україні, падають серйозним тягарем не тільки на державний та комунальний бюджети, а й переважно на плечі самих хворих та їх родин. Тому нами проведено опитування щодо матеріальної забезпеченості ІП та їхніх сімей. Результати наведені в таблиці 3.2.1 та на рис. 3.2.5.

Таблиця 3.2.1.

Самооцінка матеріальної забезпеченості ІП та їхніх сімей.

Дохід	Кількість сімей	%
Високий	1	3,2
Середній	12	38,7
Недостатній	18	58,1



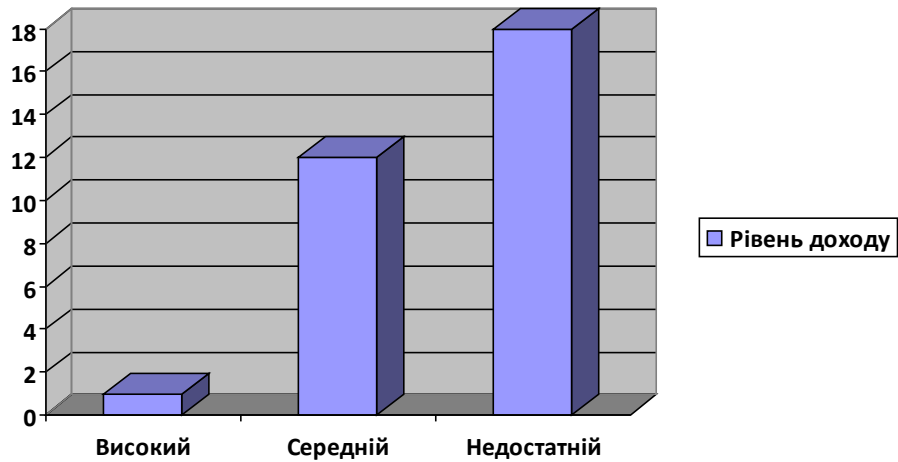


Рисунок 3.2.5.Рівень матеріальної забезпеченості ІІІ та їхніх сімей.

Практично всі респонденти вказували на поглиблення фінансових труднощів з часом.

Нами проведено опитування ІІІ щодо їхнього емоційного стану. Результати опитування наведено в табл. 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

#### Емоційний стан ІІІ

№	Почуття	Число ІІІ	%
1	Почуття непотрібності для суспільства	25	80,6
2	Почуття розчарування в житті	24	77,4
3	Почуття самотності	23	74,2
4	Почуття байдужості до всього	22	71,0
5	Почуття ізоляції від суспільного життя	24	77,4
6	Почуття тягря для родини	21	67,7

Як видно із даних таблиці, переважна більшість ІІІ є у пригніченому стані та відчуває власну непотрібність як суспільству, так і членам своєї родини.

Нами вивчено думку пацієнтів про те, хто саме повинен забезпечувати догляд за ними. Результати опитування наведені в табл. 3.2.3 та рис. 3.2.6.

Таблиця 3.2.3.

№	Здійснювачі догляду за ІІІ	Число ІІІ	%
1	Родичі	7	22,6
2	Лікарі	0	0
3	Середній медичний персонал	11	35,5
4	Молодший медичний персонал	12	38,7
5	Соціальні працівники	1	3,2
6	Волонтери	0	0

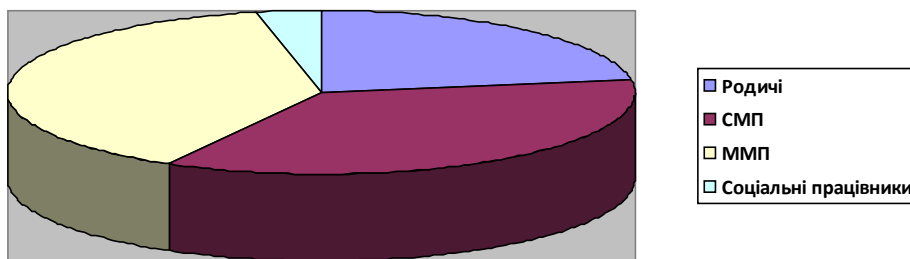


Рисунок 3.2.6. Структура здійснювачів догляду за ІІІ.

Вивчення думки пацієнтів показало, що попри загальновідому суттєву участь членів сімей у цьому, досить низький відсоток ІІІ погоджувались з цим (табл. 3.2.3). Такі відповіді можуть бути як наслідком небажання пацієнтів бути тягарем для своїх рідних, так і недостатньою компетентністю близьких в питаннях догляду. Як видно із рис 3.2.6, основними надавачами послуг респонденти-ІІІ вважали молодший медичний персонал та середній медичний персонал.

При відповіді на запитання, чи повинні ті, хто здійснює догляд за хворими проходити спеціальну підготовку, 29 респондентів (93,5%) ІІІ були в цьому переконані.

Нами проведено опитування ІІІ щодо претензій до надання медичної допомоги. Результати опитування наведено в таблиці 3.2.4.

Проблеми, які викликають незадоволення ІІІ в сучасній системі охорони здоров'я.

Проблема	Число ІІІ	%
Висока вартість медикаментів	30	96,8
Висока вартість медичних послуг	26	83,9
Недостатнє фінансування медичних закладів	27	87,1
Недостатнє обладнання медичних закладів	21	67,7
Відсталість технологій	22	71,0
Некомфортні умови перебування в закладі	23	74,2
Недостатній професіоналізм персоналу	6	19,4
Неналежне ставлення персоналу до пацієнтів	7	22,6
Нескоординованість допомоги	8	25,8
Територіальна віддаленість необхідної допомоги	14	45,2

Як видно із табл. 3.2.4 основні претензії до системи охорони здоров'я лежать в суспільно-економічній площині. Найбільше інкурабельні хворі були невдоволені високою вартістю ліків (96,8%), коштовними медичними послугами (83,9%), недостатнім фінансуванням медичних закладів (87,1%), відсталими технологіями (71,0%) та некомфортними умовами перебування в ЗОЗ (74,2%). Це цілком зрозуміло, враховуючи, що тривале невиліковне захворювання часто фінансово виснажує як самого хворого, так і його близьких, а, більшість інкурабельних хворих вважають себе малозабезпеченими. Наступні претензії респондентів були сфокусовані кадрових проблемах системи охорони здоров'я. Так, значна частина респондентів обурювались неналежним ставленням до них медичних працівників (22,6%), непрофесійними (19,4%), на їх погляд, та нескоординованими (25,8%) діями медичного персоналу.

Одним із основних завдань паліативної допомоги – забезпечення права кожного на достойну смерть. Тому ми провели опитування ІІІ щодо того, де б

вони хотіли закінчити свій життєвий шлях. Результати опитування наведені на рис. 3.2.7

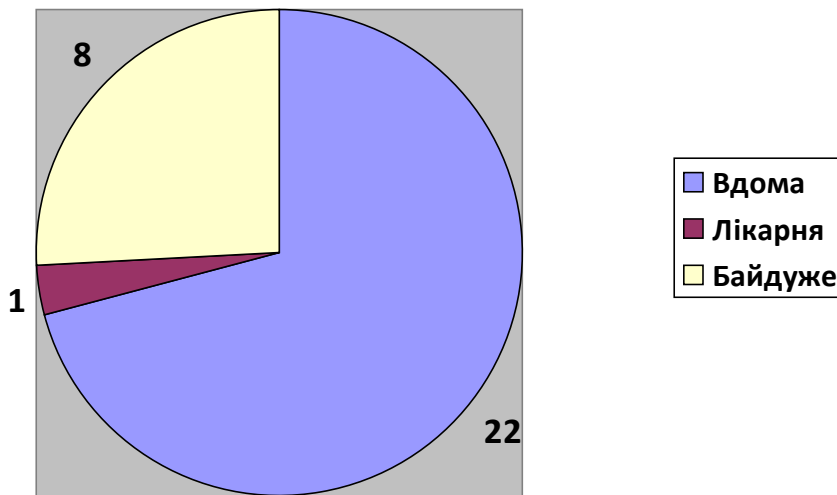


Рисунок 3.2.7. Структура бажаного місця смерті ІІІ.

У дослідженні встановлено, що більшість опитаних невиліковно хворих (71,0%), бажали б померти вдома. Мізерна частка опитаних (3,2%) місцем завершення свого життєвого шляху бачили лікарню. Разом з тим, 25,8% ІІІ місце смерті не турбувало.

З вищевикладеного зрозуміло, що надання ПД у м. Олександрії потребує серйозних змін, зокрема:

- Збільшення кадрового потенціалу,
- Створення стаціонарного хоспісного відділення,
- Створення мобільних бригад з надання ПД.
- Організації волонтерського руху,
- Організація співпраці структур, які надають ПД із центрами ПМСД, волонтерами, громадами та духовенством.

### 3.3. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області родичами невиліковних хворих.

З метою оцінки якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області нами проведене анкетування 30 членів сімей інкурабельних хворих (IX). Серед опитуваних було чоловіків 8 (26,6 %), жінок – 22 (73,4%) (рис. 3.3.1).

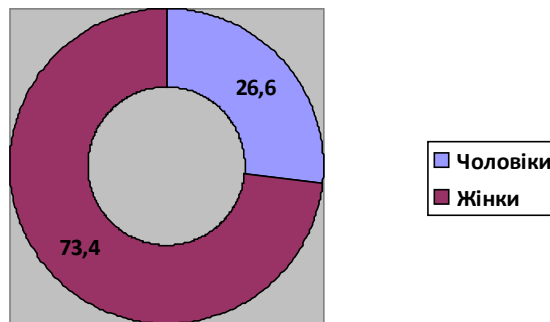


Рисунок 3.3.1. Розподіл респондентів за статтю.

Як виявилось, догляд за хворими родичами переважно здійснюють жінки (73,4% проти 26,6% чоловіків).

Слід вказати, що більшість (91,8±2,3%) опитаних членів сімей невиліковних хворих були працездатного віку. Враховуючи те, що серед опитаних невиліковно хворих пацієнтів 12 (38,7%) були працездатного віку, часто виникали проблеми, пов'язані з необхідністю доглядати за ними, виникали значні психоемоційні навантаження. Тривалість догляду за ПП тривала від декількох місяців до півтора року. За час догляду переважна більшість сімей значно погіршила своє економічне становище, що було пов'язано з такими чинниками:

- Працездатні ПП ставали непрацездатними і дохід сім'ї значно зменшувався (38,7%),
- Частина членів сімей (7 чоловік) інкурабельних хворих була змушена працювати неповний робочий день (21,9%),

• Частина членів сімей (16 чоловік) інкурабельних хворих втратила роботу (53,3%).

Всього не працювали 22 (73,3%) членів сімей ІІІ.

Головні причини незайнятості членів сімей ІІІ наведені на рис. 3.3.2.

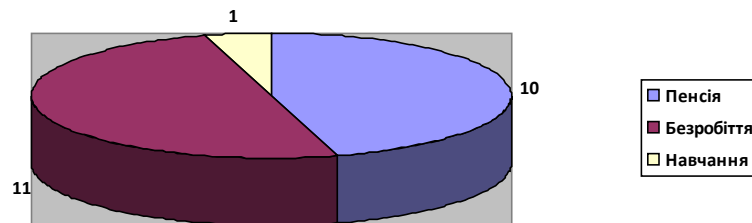


Рисунок 3.3.2. Головні причини незайнятості членів сімей ІІІ.

Звертає на себе увагу та обставина, що практично половина членів сімей ІІІ не працює через необхідність догляду за своїм важкохворим родичем. Також встановлено, що працюючі родичі в зв'язку з необхідністю догляду за важкохворим членом сім'ї часто оформляли листок непрацездатності. Зрозуміло, що це прямі втрати для держави, що свідчить про великі соціально-економічні збитки для держави.

Нами було проведено опитування членів сімей ІІІ щодо матеріальної забезпеченості їхніх сімей. Результати наведені в таблиці 3.3.1 та на рис. 3.3.3.

Таблиця 3.3.1.

#### Самооцінка матеріальної забезпеченості сімей ІІІ.

Дохід	Кількість сімей	%
Високий	1	3,3
Середній	7	23,3
Недостатній	22	73,3

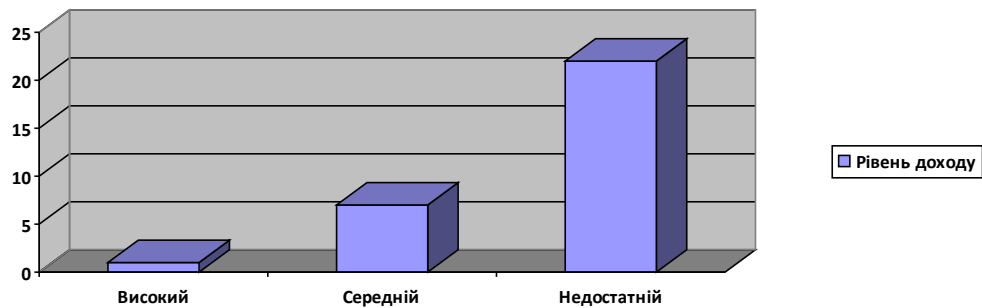


Рисунок 3.3.3. Самооцінка матеріальної забезпеченості сімей ІІІ.

За результатами оцінок опитаними родичами матеріального забезпечення після встановлення діагнозу невиліковного захворювання їх рідним виявлено, що у 16 сімей (53,3%) значно погіршало матеріальне становище, ще у 13 (43,3%) погіршало, і тільки у 1 випадку (3,3%) несуттєво змінилось (див. рис. 3.3.4).

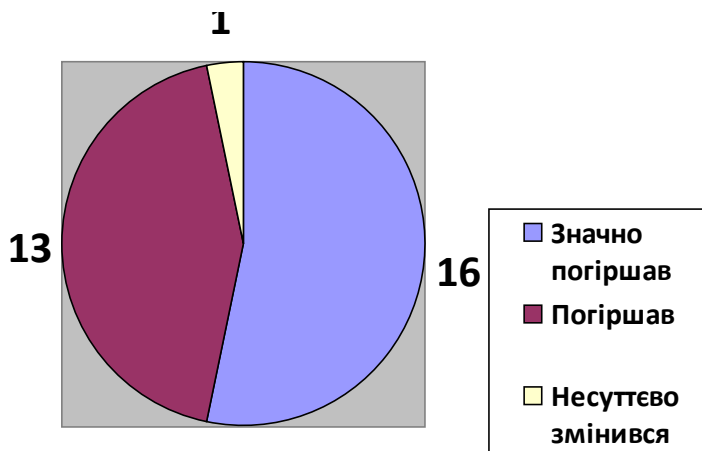


Рисунок 3.3.4. Динаміка забезпечення сімей ІІІ.

Нами проаналізовано рівень освіти членів сімей, які доглядали за ІІІ. Результати наведені на рис. 3.3.5.

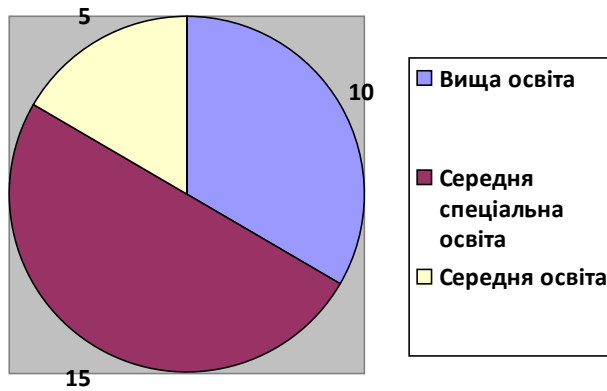


Рисунок 3.3.5. Рівень освіти членів сімей, які доглядали за ІІІ.

Як видно з рисунку, доглядали за ІІІ переважно люди з достатньо високим рівнем професійної освіти, що підтверджує серйозність економічних збитків для суспільства.

Нами було проведення опитування щодо комфортності умов, у яких проживали сім'ї ІІІ. Результати наведені на рис. 3.3.6.

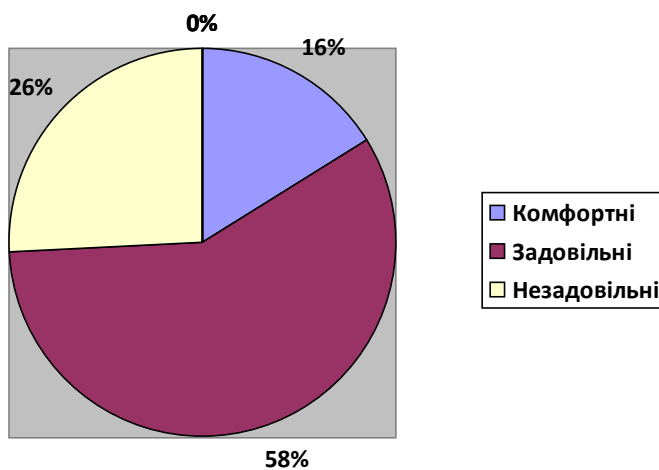


Рисунок 3.3.6. Аналіз умов проживання сімей ІІІ.

В результаті дослідження, встановлено, що лише 16% з опитаних членів сімей інкурабельних хворих проживали в комфортних умовах, більшість



(58%) – у задовільних і чверть (26%) респондентів у незадовільних умовах проживання.

Нами було проведення опитування щодо характеристики внутрішньосімейних стосунків у сім'ях ІІІ. Результати наведені на рис. 3.3.7.

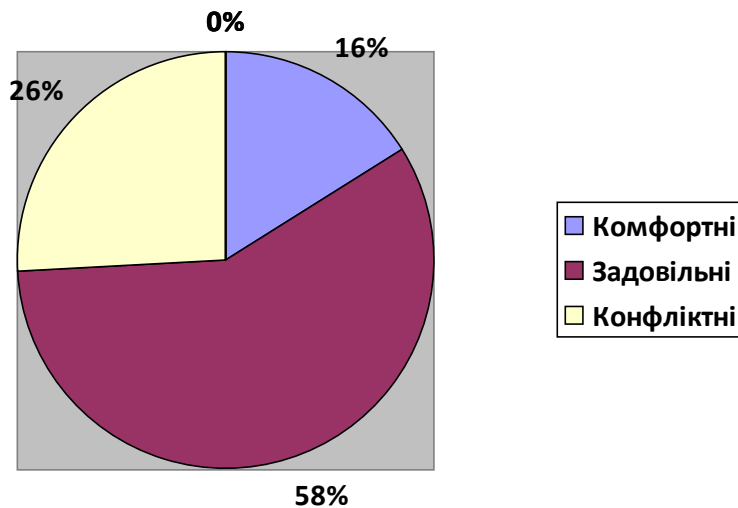


Рисунок 3.3.7. Характеристика внутрішньосімейних стосунків у сім'ях ІІІ.

Характеризуючи свої внутрішньосімейні стосунки, всього 16% респондентів назвали їх комфортними, більш як половина (58%) оцінювали відносини в сім'ї як задовільні. Проте досить високою була частка тих, що скаржились на конфліктні стосунки в сім'ях – практично кожен четвертий (26%). На наш погляд, однією із можливих причин цього, може бути саме психотравмуючий вплив появи в сім'ї невиліковного хворого.

При аналізі сімейного стану членів сімей ІІІ (рис.3.3.8) виявлено, що більшість опитаних членів сімей невиліковно хворих пацієнтів перебувають в шлюбі (73,3%), кожен п'ятий розлучений (20%), ще 3,3% ніколи не були одружені і 3,3% – овдовілі.

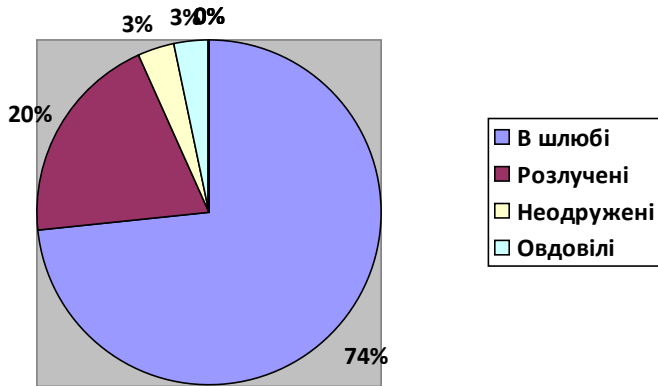


Рисунок 3.3.8. Аналіз сімейного стану членів сімей ІІІ

Нами було виявлено що з встановленням у хворих діагнозу невиліковної недуги більшість їх членів сімей ( $72,5 \pm 3,7\%$ ) змушені були значно змінити свій звичайний спосіб життя, зокрема, значно зменшити свою звичну соціальну активність (відвідування театрів, кіно, гуртків, церкви, зустрічі з друзями, відвідування закладів громадського харчування, відпочинок тощо). Однією із причин цього може бути високий рівень почуття відповідальності за важкохворого члена сім'ї, а також недосконалість системи ПД в нашій державі, коли значну частку обов'язків із догляду за такими хворими змушені на себе брати їх родичі.

Половина (50%) респондентів вказали, що потребують підтримки психолога. Водночас, досить вагома частка (46,6%) опитаних членів сімей просто не знали, де вони можуть отримати допомогу такого роду.

У членів сімей ІІІ часто спостерігались шкідливі звички. Більше третини (36,7%) опитаних членів сімей зазначили, що курять і багато (33,3%) – регулярно (декілька разів у місяць і частіше) вживають алкоголь. Головним чином – це респонденти чоловічої статі.

Внесок спеціально навченого персоналу оцінювався родичами досить тому, що вони з ним не зустрічались на практиці і очевидно не знали про його існування.

Більшість респондентів незадоволені різними складовими медичного обслуговування їх невиліковно хворих рідних (рис.3.3.9). Опитаних членів сімей, як зрештою й самих невиліковних хворих, найбільше турбували проблеми, пов'язані з фінансовим забезпеченням сфери ПД, а саме: незадовільна забезпеченість медикаментами (56,7%) та матеріалами з догляду (46,7%), а також харчуванням (33,3%) і умовами перебування хворих у закладах охорони здоров'я (26,7%).

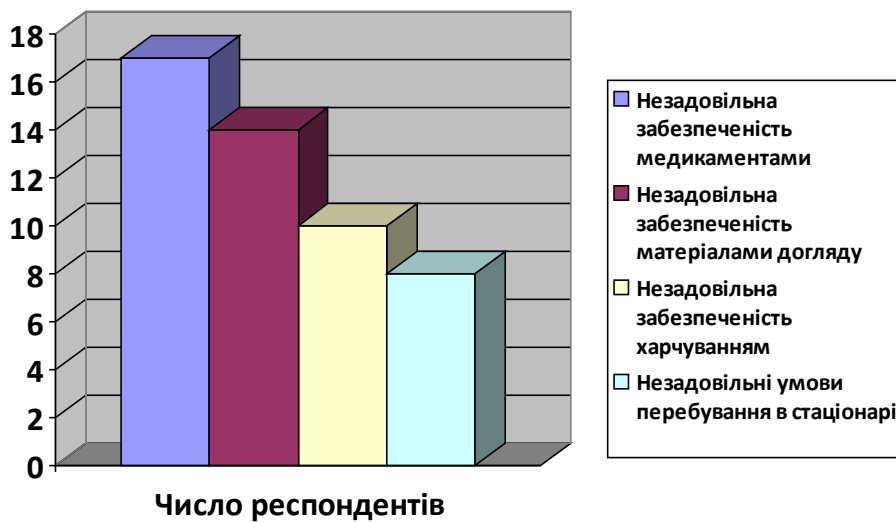


Рисунок 3.3.9. Незадоволеність різними складовими медичного обслуговування.

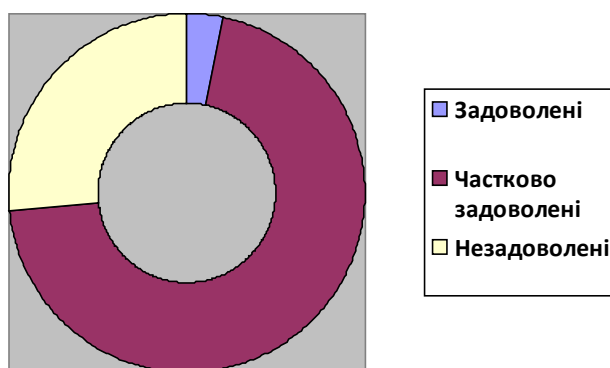


Рисунок 3.3.10. Незадоволеність роботою медичних працівників

Респондентів турбувала неорганізованість в роботі медичних працівників, особливо молодшого медперсоналу (26,7% повністю незадоволених і 70% – частково), який безпосередньо здійснює більшість функцій з догляду за хворим (рис. 3.3.10).

### **3.4. Оцінка якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області медичними працівниками.**

З метою оцінки якості надання ПД м. Олександрія Кіровоградської області нами проведене анкетування 31 медичної сестри Комунального підприємства «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради.

Не зважаючи на те, що паліативна допомога в Україні є лише на етапі формування, для всіх опитаних медичних працівників термін «паліативна допомога» виявився відомим.

В групі медичних працівників тільки половина (53,3%) опитаних часто взаємодіють з ІП.

Нами було проведене опитування серед медичних сестер «Хто на Вашу думку потребує паліативної допомоги?». Виявлено, що контингент людей похилого віку опитаними медичними працівниками дуже мало розглядався як об'єкт ПД (12,9%), що свідчить про недостатню компетенцію медичних працівників практичної охорони здоров'я з питань надання ПД.

Знання цільових груп, яким необхідне паліативне обслуговування, відображено на рис. 3.4.1.

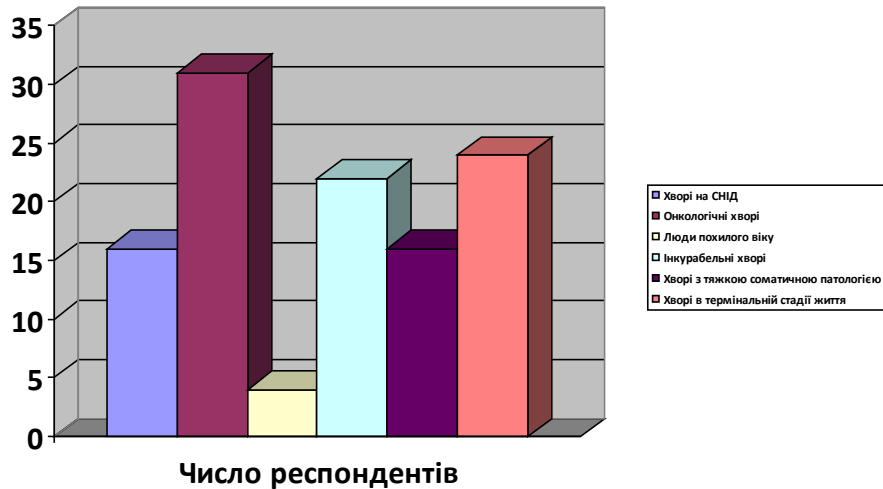


Рисунок 3.4.1. Знання цільових груп, яким необхідне паліативне обслуговування.

Також є низькою частка відповідей щодо пацієнтів з важкою соматичною патологією та хворих на СНІД.

Медичні працівники не мали й знань щодо термінів початку надання ПД. Сьогодні, у відповідності до сучасних поглядів найбільш оптимальним є надання паліативної допомоги з моменту встановлення діагнозу невиліковного захворювання. Однак, менше половини (45,1%) респондентів відповіли правильно, в той час, як третина (35,5%) вважали її допомогою, що надається в останні дні життя.

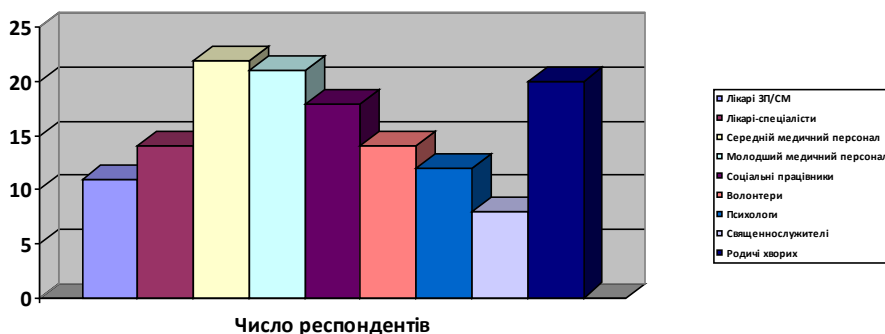


Рисунок 3.4.2. Знання про надавачів ПД.

Нами було проведене опитування серед медичних сестер про основних надавачів ПД. Результати відображено на рис. 3.4.2.

Більшість опитаних медичних працівників цілком слушно основними та найвагомішими постачальниками послуг ПД вважали медичних сестер та молодший медперсонал. Але, роль інших можливих учасників мультидисциплінарної команди, переважно не медиків, всіма опитаними оцінювалась однаково низько, що в черговий раз підкреслює нерозвиненість мультидисциплінарних команд щодо полегшення страждань невиліковно хворих.

При оцінці взаємодії між медичними та соціальними службами більшість опитаних вказали, що така співпраця або відсутня взагалі (51,6%), або є тільки частковою (45,1%) (рисунок 3.4.3).

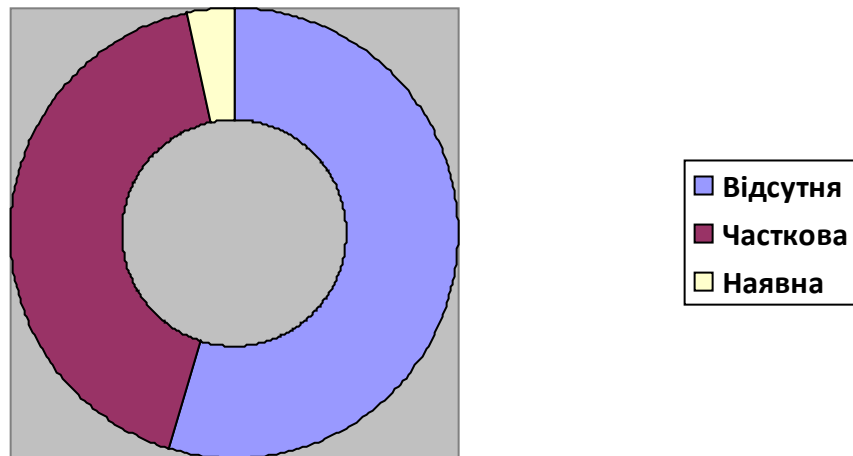


Рисунок 3.4.3. Оцінка взаємодії між медичними та соціальними службами.

Абсолютна більшість респондентів (87,1%) визнали, що основний тягар догляду за інкурабельним хворим лягає на плечі його сім'ї. Це свідчить про серйозні проблеми надання командної паліативної допомоги.

Відповіді на запитання «З ким би мали співпрацювати медики для організації надання ПД?» засвідчили недостатність знань опитаних медичних працівників щодо розуміння принципів мультидисциплінарного командного підходу (рисунок 3.4.4).

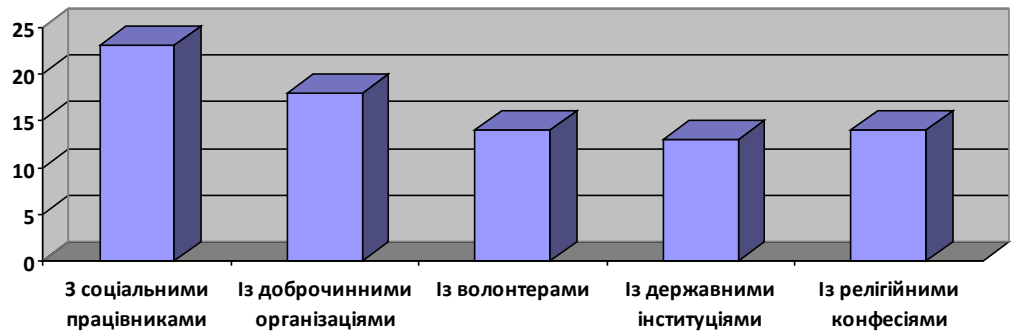


Рисунок 3.4.4. Розуміння принципів мультидисциплінарного командного підходу.

Вказали на необхідність співпраці із соціальними працівниками (74,2%), але про необхідність співпраці із з добродчинними організаціями та фондами (58,0%), волонтерами (45,1%), державними інституціями (41,9%) та представниками різних релігійних конфесій (45,1%) знали набагато менше респондентів.

Вивчення джерел знань про надання ПД і ХД показало, що інформування медичних працівників є недостатнім як на додипломному, так і на післядипломному рівнях. Це свідчить про гостру потребу у спеціальних знаннях та навичках з ПД серед медичних працівників.

Більшість респондентів (87,0%) визнала необхідним набуття спеціальних знань з ПД

Разом з тим, кожен десятий медичний працівник (9,6%) вважав спеціальні знання з надання ПД для всіх медиків зайвими.

Багато респондентів вказували на важливість для надання ПД такі особистісні характеристики медперсоналу, як терпіння (58,0%), доброту (54,8%) і співчуття (54,4%) (рисунок 3.4.5).

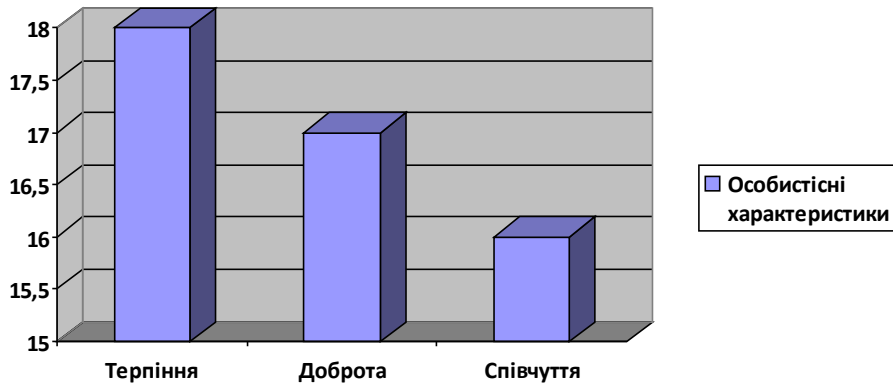


Рисунок 3.4.5. Особистісні характеристики медперсоналу.

На сьогодні спостерігається значний дисбаланс між постійно зростаючою потребою в ПД у суспільстві і небажанням працювати у цій сфері медичних працівників. Тому на даний час потрібна не тільки спеціальна підготовка кадрів, але і їх мотивація. Всім відомо, що в даний час оцінка суспільством роботи медичних працівників взагалі, і в тому числі надавачів ПД є вкрай низькою.

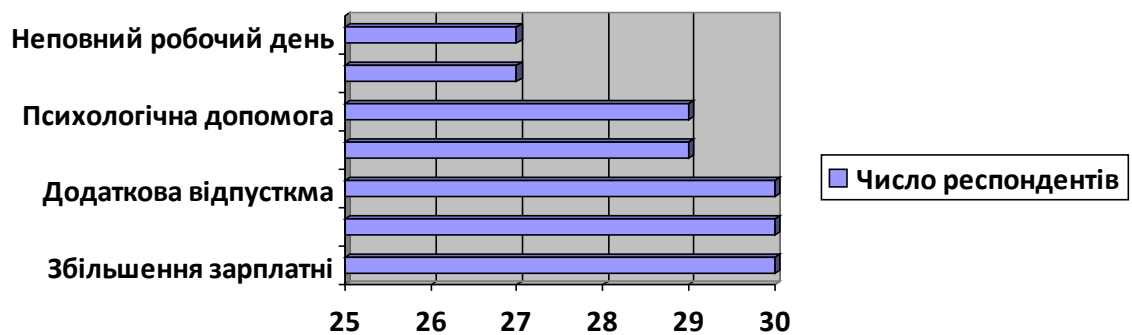


Рисунок 3.4.6. Потреби надавачів ПД.

Підтвердженням цьому є те, що практично всі опитані (96,7%) вважали, що працівники сфери ПД отримують недостатню заробітну плату. Також



багато респондентів вказували на потребу створення належних умов праці (96,7%) для медичного персоналу, який постійно працює з ІХ, надання додаткової відпустки (96,7%), забезпечення санаторно-курортним лікуванням (93,5%) та психологічною допомогою (93,5%). Також багато респондентів (87,1%) висловили думку про потребу пільгової пенсії для персоналу ПД і необхідність неповного робочого дня (87,1%) (рисунок 3.4.6).

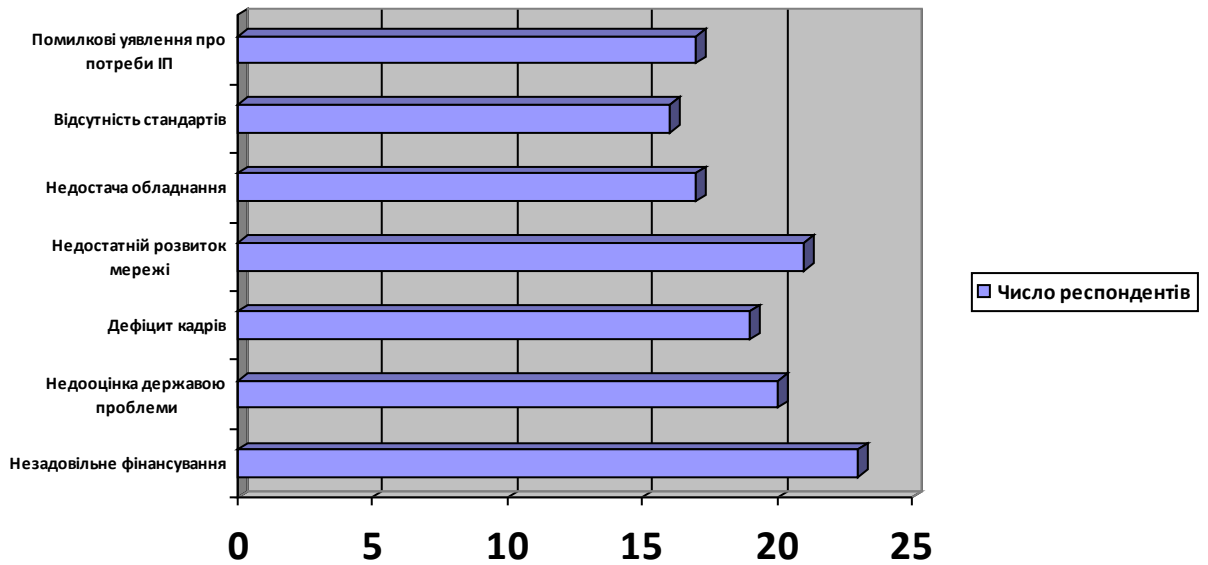


Рисунок 3.4.7. Перешкоди розвитку ПД в Україні.

При опитуванні медичних працівників про наявні перешкоди розвитку ПД в Україні було вказано на незадовільне фінансування (74,2%), недооцінка державою всього масштабу проблеми (64,5%) та дефіцит підготовлених кадрів (61,3%). Також існує недостатній розвиток мережі медичних закладів для надання ПД – хоспісів (67,7%), недостача спеціального обладнання (54,8%); відсутність медичних стандартів і клінічних протоколів (51,6%) та помилкові уявлення про потреби ІП (54,8%).

## ВИСНОВКИ

1. Головні обов'язки надання ПД в м. Олександрії покладені на міського онколога, який веде прийом у міській поліклініці і забезпечує надання амбулаторної онкологічної допомоги мешканцям м. Олександрії та Олександрійського району. Частково надання ПД здійснюють сімейні лікарі та медичні сестри загальної практики – сімейної медицини. При появі ургентних станів ПД здійснюється у стаціонарних відділеннях КП «Центральна міська лікарня м. Олександрії» Олександрійської міської ради», найчастіше – у хірургічному відділенні.

2. Якість надання ПД в м. Олександрії оцінена як недостатня, оскільки відсутнє стаціонарне відділення паліативної та хоспісної допомоги та не створено сітки мобільних бригад її надання.

3. Основні обов'язки з догляду за ІП в м. Олександрії покладені на членів сімей, що веде до значних проблем у сім'ях ІП: погіршення забезпечення, взаємовідносин в родині, соціальної активності членів сімей та зростання кількості шкідливих звичок.

4. Найважливішим в організації догляду і паліативної допомоги більшість респондентів вважають навчання членів сім'ї основам догляду за хворим.

5. Вітчизняний та зарубіжний досвід роботи медичних сестер свідчить про можливість підвищення обсягів та якості надання медичної допомоги вдома людям похилого віку шляхом більш широкого залучення для цієї роботи медичних сестер. Однак, розширення обсягу незалежних медсестринських втручань при наданні паліативної допомоги хворим похилого віку вимагає наявності у медсестер відповідної компетенції. А це, в свою чергу, вимагає підвищення рівня підготовки медичних сестер в питаннях паліативної медицини та геронтології, зміни ставлення лікарів та керівників практичної охорони здоров'я до медичних сестер із вищою медсестринською освітою, не як до сестер милосердя, а як до партнерів у справі розбудови

галузі охорони здоров'я та покращення медичної допомоги населенню України.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Надання ПД у м. Олександрії потребує серйозних змін, зокрема:

- Збільшення кадрового потенціалу,
- Створення стаціонарного хоспісного відділення,
- Створення мобільних бригад з надання ПД.
- Організації волонтерського руху,
- Організація співпраці між структурами, які надають ПД із центрами

ПМСД, волонтерами, громадами та духовенством.

2. В організації догляду і паліативної допомоги слід більшу увагу звернути на вважають навчання членів сім'ї основам догляду за хворим медичними працівниками.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аніщенко О. В. Сучасні завдання по реформуванню галузі охорони здоров'я та розвитку вищої медичної освіти і науки. / О. В. Аніщенко, О. К. Толстанов, В. В. Вороненко, О. П. Волосовець, Т. І. Чернищенко / Вища освіта в медсестринства: проблеми і перспективи матеріали Всеукр. наук.- практ. конф., приуроченої до 135-річниці заснування Житомирського інституту медсестринства, (Житомир, 28-29 квітня 2010 р. ) / [за ред. В. Й. Шатила]. – Житомир : Полісся, 2011. – С. 3-31.

2. Олександр Гузій. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися. WWW.UMJ.COM.UA | УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 2018, 19 вересня [Електронна публікація]. С. 1-7. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/09/PaliativnaMOZ.pdf?upload=>

3. Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення»

4. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»

5. Актуальні питання надання паліативної та госпісної допомоги в Україні. Матеріали Першої науково-практичної конференції // Ред. Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський: Наукове видання. — Київ, 2012. — 280 с.

6. Губський Ю. І., Сердюк В. Г., Царенко А. В., Якименко О. І., Скрипник О. О., Солоп Л. Л., Коноваленко О. А., Винницька М. О. Правове регулювання надання медичної допомоги в Україні. — В кн.: Медичне право в Україні: проблеми становлення та розвитку. Матер. І Всеукраїнської науково-практ. конф. — м. Львів, 19 — 20.04.2007 р. — С.105 —112.

7. Improving the patient safety in palliative care in Ukraine. /A.Tsarenko, A.Wolf, V.Serdiuk, Yu.Gubsky. // Patient Safety Research: shaping the European agenda. International Conference Abstracts. — Porto, 2007, p. 142.

8. Government and NGOs cooperation to improve of palliative care specialists' education and training in Ukraine. /Tsarenko A., Gubskiy Yu., Tchaykovska V., Stadnyuk L., Serdiuk V., Martynyuk-Gres' S. //11th Congress of

the European Association for Palliative Care. 7 — 10.05.2009. Abstracts. — Austria. Vienna, 2009, p.149.

9. Паліативна та хоспісна допомога : підручник / [Вороненко Ю. В. та ін.] ; за ред. акад. НАМН України Ю. В. Вороненка, чл.-кор. НАМН України Ю. І. Губського ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 385 с. : рис., табл. - Бібліогр.: с. 327-336. - ISBN 978-966-382-655-4.

10. Постанова Кабінету Міністрів України (КМУ) від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»

11. Грузева Т. С. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. С. Грузева // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1 (110), вип. 3 – С. 25–33.

12. 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.

13. Семенюк О. А. Причини передчасної смертності та заходи щодо запобігання їй [Електронний ресурс] / О. А. Семенюк // Український медичний часопис. – 2011. – № 6 (86). – Режим доступу: <http://m.umj.com.ua/article/20664/prichini-peredchasnoi-smertnosti-ta-zaxodishhodo-zapobigannya-ij>.

14. Слабкий Г. О. Рейтингова оцінка стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я України за попередніми даними моніторингу 2011 року / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська, Т. П. Самойлова – К. : МОЗ України ДУ УІСД, 2012. – 63 с.

15. Фролков В. В. Сравнительный анализ структуры смертности в хосписе / В. В. Фролков // 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. 235–237.

16. Бондарь Г. В. Онкологическая помощь в Украине / Г. В. Бондарь, Л. Н. Кузнецова // Журн. НАМН України. – 2011. – Т. 17, № 1. – С. 26–29.

17. Гойдик В. С. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги при ВІЛ-інфекції / В. С. Гойдик, В. В. Шухтін, А. І. Гоженко // 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. 136–139.

18. Петренко В. І. Стан паліативної допомоги хворим на туберкульоз – вітчизняний та світовий досвід / В. І. Петренко, Г. В. Радиш // 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. 126–130.

19. Экзархова В. В. Аспекты организации стационарной хосписной помощи постинсультным больным / В. В. Экзархова // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: Всеукраїнська науково-практична конференція, м. Київ, 15-16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 71–76.

20. Return home at the end of life: Patient's vulnerability and risk factors / P. Vassal, P. Le Coz, C. Herve [et al.] // Palliative Medicine. – 2011. – № 25 (2). – P. 139–147.

21. 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).

22. Контроль болю як проблема клінічної і молекулярної фармакології. Біохімічні та імунологічні реакції в розвитку больового синдрому / Ю. І. Губський, Т. А. Бухтіярова, Г. І. Парамонова [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. 115–120.

23. Хобзей М. К. Фармакологічний контроль больового синдрому, доступність опіоїдних анальгетиків в Україні: проблеми та шляхи вирішення / М. К. Хобзей, Ю. В. Губський, О. Є. Бобров // 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. 71–79.

24. Шлапак І. П. Загальні принципи знеболення в паліативній допомозі / І. П. Шлапак, М. М. Пилипенко, О. Є. Доморацький // 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. 80–83.

25. Климчук Л. В. Опыт работы кабинета противоболевой терапии в национальном институте рака / Л. В. Климчук, И. И. Лесной // 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. 84–88.

26. Берізка М. І. Проблема болю в паліативній медицині / М. І. Берізка, У. А. Фесенко // 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. Губський. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 92–97.

27. Губський Ю. І. Розвиток служби паліативної та хоспісної допомоги в Україні як умова покращання доступності та якості медичної допомоги паліативним пацієнтам / Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV, № 1. – С. 26–28.

28. Бабійчук О. М. Нормативно-правова база паліативної допомоги: міжнародний та національний вимір / О. М. Бабійчук // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні: матеріали Першої 193 науково-практичної конференції, м. Київ, 8–9 листопада 2012 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губський. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 159–162.



29. Экзархов В. А. Консолидирующая роль областных центров хосписной помощи в системе паллиативной помощи в Украине / В. А. Экзархов // 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. 180–186.

30. Дмитришина Н. А. Проблемы подготовки персонала закладів паліативної допомоги / Н. А. Дмитришина // 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. 241–249.

31. Мазур Ю. В. Паліативна допомога: поняття та ознаки / Ю. В. Мазур // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медикосоціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 127–132.

32. Шиманська Н. С. Паліативна допомога: поняття, види й ознаки / Н. С. Шиманська // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 297–293.

33. Брацюнь О. П. Участь церков та релігійних організацій у формуванні політики соціальних стандартів у сфері паліативної допомоги та духовній підтримці невиліковно хворих / О. П. Брацюнь // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 32–36.

34. Чернокур Н. С. Вплив доступності до адекватного знеболення на загальний розвиток системи паліативної та хоспісної допомоги / Н. С.

Чернокур // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15-16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 156–161.

35. Современные тенденции в лечении хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. В. Бондарь, Черний, В. Г. Бондарь [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. Губський. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 66–70.

36. Соціальна політика щодо тяжкохворих (невиліковних) [Електронний ресурс] / Матеріали II-ї щорічної науково-практичної конференції, м. Київ, 27 березня 2013р. – Режим доступу: <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Mat-konfl13.pdf>.

37. Кужель І. Р. Система психологічної допомоги сім'ї інкурабельного онкологічного хворого / І. Р. Кужель, О. В. Калачов // 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. 150–152.

38. Кужель І. Р. Система психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими / І. Р. Кужель, М. В. Маркова, О. В. Калачов // 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. 153–155.

39. Пищита А. Н. Право человека на жизнь: эвтаназия или 195 паллиативная медицина / А. Н. Пищита // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 196–200.

40. Воронін А. В. Психологічна підтримка пацієнтів та їхніх родин [Електронний ресурс] / А. В. Воронін, Я. В. Коваленко, З. В. Максимова // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вересня 2012 р. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>.

41. Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study / I. Vedel, V. Ghadi, L. Lapointe, [et al.] // Palliative Medicine. – 2014. – Vol. 28 (9). – P. 1128-1138.

42. 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).

43. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Electronic resource] / WHO. – 2014. – 111 p. – Access mode: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) 138.

44. Part 2: Home-based family caregiving at the end of the life : A comprehensive review of published quantitative research (1998-2008) / L. Funk, K. I. Stajduhar, C. Toyne [et al.] // J. Palliative Medicine. – 2010. – № 24 (6). – P. 594–607. 139

45. Вольф О. О. Роль глобальних, субрегіональних, національних інституцій громадянського суспільства у гуманізації політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф // Вісник 196 Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". Політологія. Соціологія. Право . – 2012. – № 1. – С. 94–102.

46. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / [Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Князевич В. М., Царенко А. В.]. – Соціальна медицина: зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. – № 23 (3). – С. 101–115.

47. Губський Ю. І. Паліативна та хоспісна медицина в Україні: стан та проблеми. Діяльність ДП ПХМ МОЗ України та кафедри ПХМ 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.

48. 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>.

49. 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.

50. Царенко А. В. Актуальність підготовки медичних працівників з 180 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.

51. Діяльність МОЗ України щодо нормативно-правового забезпечення служби паліативної та хоспісної допомоги / З. М. Митник, Ю. В. Губський, А. В. Царенко [та ін.] // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медико-соціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 148–155.

52. Покращення міжвідомчої та міжсекторальної координації та співпраці у галузі паліативної та хоспісної допомоги / Ю. І. Губський, А. В. Царенко, О. О. Вольф [та ін.] // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 3–20.

53. Медико-соціальні проблеми становлення паліативної допомоги в Україні / Н. М. Величко, В. В. Чайковська, Т. І. Вялих [та ін.] // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково- 185 практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 37–43.

54. Вольф О. О. Роль глобальних, субрегіональних, національних інституцій громадянського суспільства у гуманізації політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф // Вісник Національного технічного університету України "Київський політехнічний інститут". Політологія. Соціологія. Право . – 2012. – № 1. – С. 94–102.

55. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / [Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Князевич В. М., Царенко А. В.]. – Соціальна медицина: зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. – 2014. – № 23 (3). – С. 101–115.

56. Формування системи доступної паліативної допомоги в ІваноФранківській області / Л.-О. І. Андрійшин, А. В. Царенко, Л. С. Малофій [та ін.] // Медичне право України: проблеми паліативної допомоги та медикосоціального обслуговування населення: матеріали IV Всеукраїнської (III Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права, м. Львів, 22–23 квітня 2010 р. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2010. – С. 28–31.

57. Застосування системи профілактики синдрому професійного вигорання в Івано-Франківському хоспісі [Електронний ресурс] / Л. І. Андрійшин, І. Б. Овчаренко, Н. В. Галамага [та ін.] // Перший Національний конгрес з паліативної допомоги, м. Ірпінь, 26–27 вересня 2012 р. – Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/p.pdf>.

58. Москвяк Є. Й. Про європейський стандарт щодо дотримання прав і свобод людини/пацієнта в процесі організації та надання паліативної допомоги 197 в умовах медичного закладу «Госпіс» / Є. Й. Москвяк // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 264–267.

59. Вольф О. О. Глобальні процеси та гуманізація політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та Україні / О. О. Вольф, А. В. Царенко // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 21–31.

60. Золотарьова Ж. М.. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги / Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. Івано-Франківськ – 2015.- 287 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А.

Оцінка загального стану пацієнта за шкалою Карновського та ECOG  
(згідно з Клінічним протоколом високоспеціалізованої допомоги  
при хронічному лімфоїдному лейкозі)

Індекс Карновського	Активність %	Шкала ECOG — ВООЗ	Оцінка
Стан нормальний, скарг немає	100	Нормальна активність	0
Здатний до нормальної діяльності, незначні симптоми чи ознаки захворювання	90	Наявні симптоми захворювання, але ближче до нормального стану	1
Нормальна активність із зусиллям	80		
Обслуговує себе самостійно, не здатен до нормальної діяльності чи активної роботи	70	>50% денного часу проводить не в ліжку, але іноді потребує відпочинку	2
Часом потребує допомоги, але здатен самостійно задовольняти більшість своїх потреб	60		
Потребує значної допомоги та медичного обслуговування	50	Потребує перебування в ліжку >50% денного часу	3
Інвалід, потребує спеціальної допомоги, зокрема медичної	40		
Тяжка інвалідність, показана госпіталізація, але смерть не прогнозується	30	Не здатен себе обслуговувати, прикутий до ліжка	4
Тяжкий пацієнт. Необхідне активне лікування та госпіталізація	20		
Смерть	0		

## Шкали оцінки інтенсивності болю

За інтенсивністю розрізняють біль слабкий, середній, сильний/дуже сильний (що позначається також як нестерпний біль). Оцінка інтенсивності болю на підставі суб'єктивного відчуття пацієнта проводиться як до початку, так і в процесі лікування при больовому синдромі для визначення ефективності знеболення.

### 5-бальна шкала вербальних оцінок







Згідно з 5-бальною шкалою вербальних оцінок:

- 0 — відсутність болю;
- 1 бал — слабкий біль;
- 2 бали — помірний біль;
- 3 бали — сильний біль;
- 4 бали — найсильніший біль.

### Візуально-аналогова шкала інтенсивності болю

Ця шкала визначає інтенсивність болю у відсотках (від 0 до 100%), причому пацієнт сам позначає силу власного больового відчуття. Орієнтовну відповідність шкал наведено в таблиці.

### Орієнтовна відповідність візуально-аналогової, вербальної та мімічної шкал

Візуально-аналогова шкала	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	↓		↓		↓		↓		↓		↓
Вербальна шкала	Немає		Слабкий		Терпимий		Сильний		Дуже сильний		Нестерпний
	↓		↓		↓		↓		↓		↓
Мімічна шкала											
	Ні		Трохи		Терпимо		Погано		Дуже сильно		Гірше не може бути

Джерело: Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затверджений наказом МОЗ України 25.04.2012 р. № 311



**Шкала Бартел (Додаток № 9 до Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Інсульт ішемічний (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)». Індекс активності у повсякденному житті**

*Прийом їжі*

0 — повністю залежить від допомоги оточуючих (необхідне годування зі сторонньою допомогою)

5 — частково потребує допомоги, наприклад при розрізанні їжі, намащуванні масла на хліб тощо, при цьому приймає їжу самостійно

10 — не потребує допомоги (здатний їсти будь-яку нормальну їжу, не тільки м'яку, самостійно користується всіма необхідними столовими приборами; їжа готується і сервірується іншими особами, але не розрізається)

*Прийом ванни*

0 — залежний від оточуючих

5 — незалежний від оточуючих: приймає ванну (входить і виходить з неї, миється) без сторонньої допомоги, або миється під душем, не потребуючи нагляду чи допомоги

*Персональна гігієна* (чищення зубів, маніпуляція з зубними протезами, зачісування, гоління, вмивання лица)

0 — потребує допомоги при виконанні процедури особистої гігієни

5 — незалежний від оточуючих при вмиванні лица, зачісуванні, чищенні зубів, голінні

*Одягання*

0 — залежний від оточуючих

5 — частково потребує допомоги (наприклад при застібанні гудзиків), але більше половини дій виконує самостійно, деякі види одягу може вдягати повністю самостійно, затрачаючи на це розумну кількість часу

10 — не потребує допомоги, в тому числі при застібанні гудзиків, зав'язуванні шнурків тощо, може вибирати і одягати будь-який одяг

*Контроль дефекації*

0 — нетримання калу (або потребує застосування клізми, яку ставить особа, що доглядає)

5 — випадкові інциденти нетримання калу (не частіше одного разу на тиждень) або необхідна допомога при використанні клізми, свічок

10 — повний контроль дефекації, за необхідності може використовувати клізму або свічки, не потребує допомоги

*Контроль сечовипускання*

0 — нетримання сечі або використовується катетер, користуватися яким хворий самостійно не може

5 — випадкові інциденти нетримання сечі (максимум один раз за 24 год)

10 — повний контроль сечовипускання (в тому числі й випадки катетеризації сечового міхура, коли хворий самостійно справляється з катетером)

*Користування туалетом* (переміщення в туалеті, роздягання, очищення шкірних покривів, вдягання, вихід із туалету)

0 — повністю залежний від допомоги оточуючих

5 — потребує деякої допомоги, проте частину дій, в тому числі персональні гігієнічні процедури, може виконувати самостійно

10 — не потребує допомоги (при переміщеннях, вдяганні та роздяганні, виконанні гігієнічних процедур)

*Переміщення* (з ліжка на крісло і назад)

0 — переміщення неможливе, не здатний сидіти (втримувати рівновагу), для підняття з ліжка потрібна допомога двох осіб

5 — при вставанні з ліжка потрібна значна фізична допомога (однієї сильної/особи з навичками або двох звичайних людей), може самостійно сидіти на ліжку

10 — при вставанні з ліжка потрібна незначна допомога (однієї особи), або потрібний догляд, вербальна допомога

15 — незалежний від оточуючих (не потребує допомоги)

*Здатність до пересування по рівній площині* (переміщення в межах дому/палати і поза домом; можуть використовуватися допоміжні засоби)

0 — не здатний до переміщення або долає менше 45 м

5 — здатний до незалежного пересування в інвалідному візку на відстань більше 45 м, в тому числі оминати кути і користуватися дверима та самостійно повертати за ріг

10 — може ходити з допомогою однієї особи або двох осіб (фізична підтримка або нагляд і вербальна підтримка), проходить понад 45 м

15 — не залежний від оточуючих (але може використовувати допоміжні засоби, наприклад ціпок), долає самостійно більше 45 м

*Подолання сходів*

0 — не здатний підніматися по сходах, навіть із підтримкою

5 — потрібна фізична підтримка (наприклад, щоб піднести речі), нагляд або вербальна підтримка

10 — незалежний

При оцінюванні слід реєструвати лише те, що хворий дійсно робить, а не те, що він міг би зробити. Основна мета використання шкали — встановлення ступеня незалежності від будь-якої допомоги, фізичної чи вербальної, хоча б навіть і мінімальної, і з будь-якої причини. Під потребою в нагляді слід розуміти, що хворого не можна вважати незалежним. Здатність хворого до тієї чи іншої активності слід оцінювати за найбільш достовірними даними. Зазвичай джерелом інформації є опитування хворого, його рідних або друзів, медичного персоналу, також важливі результати безпосереднього спостереження і здоровий глузд, однак необхідності в цілеспрямованому дослідженні функції немає. Зазвичай важливою є оцінка функціональності хворого в попередні 24–48 год, але за більш тривалий період — не буває доцільною. Середні категорії оцінок означають, що внесок хворого у здійснення оцінюваної активності перевищує 50%. **Пацієнт може потребувати паліативної допомоги наприкінці життя, якщо сумарний індекс за шкалою Бартел <25 .**

Анкета анонімного медико-соціального обстеження для пацієнта, розроблена кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету

### 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. Середній 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

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 змінились стосунки між членами Вашої сім'ї після того, як Ви захворіли?

1. Ні 2. Дещо погіршились 3. Покращились 4. Не змінились

13. Як часто Ви відчуваєте себе :

Відчуття	Ніколи	Іноді	Часто
1 Самотнім			
2 Ізольованим від суспільного життя			
3 Тягарем для сім'ї			
4 Зайвим для сім'ї			
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 сім'ї та близьких 2. Ніколи 3. Іноді 4. Часто

15. Чи відчуваєте Ви потребу в:

1. Спілкуванні

2. Психологічній підтримці

3. Соціальной 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 членів сімей

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	Молодші медичні працівники	Соціальні ери	Волонтери	Спеціальний підготовлений 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	Бали
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!!!

Анкета анонімного медико-соціального обстеження членів сімей пацієнта. розроблена кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету  
**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 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! 250**

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 сім'ї?

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 сім'ї? 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):

Проблема	Оцінка в балах
Тривога	
Відчай	
Безвихідь	
Соціальна ізоляція	
Страх перед майбутнім	
Страх захворіти	
Страх втратити роботу	
Злість	
Вина перед хворим	
Інше	

21. Чи змінилась Ваша соціальна активність з появою в сім'ї важкохворого(ї)? . 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 254 2. Так

25. Чи курите Ви тютюн?

1. Ніколи не курив(ла) 2. Курив (ла), але зараз не палю 3. Не курив (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 персонал	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. О

цініть цінність для Вас наступних проблем (від 0-не важливо до 5- дуже важливо):

	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				

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!!!**

Анкета анонімного медико-соціального обстеження медичного працівника, розроблена кафедрою соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету

### АНКЕТА ЗАПОВНЮЄТЬСЯ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ!

1. Чи розумієте Ви термін —паліативна допомога?

1. Так 2. Ні

2. Хто на Вашу думку потребує паліативної допомоги?

1. Хворі на СНІД

2. Онкологічні хворі

3. Люди похилого віку

4. Інкурабельні хворі

5. Хворі з тяжкою соматичною патологією

6. Хворі в термінальній стадії життя

7. Інше \_\_\_\_\_

3. Чи знаєте Ви, хто такі —інкурабельні хворі?

1. Ні 2. Частково 3. Знаю

4. Як часто доводиться Вам контактувати з інкурабельними пацієнтами?

1. Ніколи 2. Іноколи 3. Часто 4. Постійно

5. Чи хочете Ви працювати з інкурабельними пацієнтами?

1. Ні 2. Так 3. Не знаю

6. Оцініть за п'ятибальною шкалою внесок даних осіб у паліативну допомогу інкурабельним хворим (від 0-не важливий до 5-дуже важливий)?

Надавачі паліативної допомоги	Оцінка у балах
Лікарі ЗП/СМ	
Лікарі-спеціалісти	
Середній медичний персонал	
Молодший медичний персонал	
Соціальні працівники	
Волонтери	
Психологи	
Священнослужителі	
Родичі хворих	

7. Якими якостями на Вашу думку має володіти медичний персонал, зайнятий в сфері паліативної допомоги?

1. Спеціальними медичними знаннями з паліативної допомоги

2. Терпінням

3. Добротою

4. Співчуттям

5. Спеціальними знаннями із догляду за інкурабельними пацієнтами

6. Інше \_\_\_\_\_

8. Як Ви думаєте, коли має надаватися паліативна допомога?

1. З моменту встановлення діагнозу

2. Паралельно з лікуванням основного захворювання

3. Після радикального лікування
4. В останні тижні життя
9. З ким, на Вашу думку, мають співпрацювати заклади охорони здоров'я для організації паліативної допомоги?
1. Соціальні служби
  2. Церква
  3. Волонтери
  4. Добровільні організації
  5. Державні інститути влади
10. Як Ви вважаєте, чи налагоджені чіткі взаємозв'язки між закладами охорони здоров'я та соціальними службами з метою забезпечення надання паліативної допомоги населенню?
1. Так, в повному обсязі
  2. Частково
  3. Ні
11. Чи потрібна окрема посада координатора (провідного спеціаліста, куратора) в лікувально-профілактичних закладах, який би забезпечував організацію паліативної допомоги населенню території обслуговування?
1. Так
  2. Ні
12. Чи мали Ви власний досвід по догляду за інкурабельним членом своєї сім'ї?
1. Так
  2. Ні
3. Якщо — так, то скільки часу? \_\_\_\_\_
14. Чи володієте спеціальними знаннями і навичками з надання паліативної допомоги:
1. Ні
  2. Частково
  3. Так
15. Якщо — так, то де Ви їх набули:
1. Під час до дипломного навчання
  2. Під час навчання в інтернатурі
  3. На курсах спеціалізації
  4. На курсах підвищення кваліфікації
  5. На курсах тематичного удосконалення
  6. На спеціальних тренінгах, семінарах
  7. Самостійно цікавився спеціальною літературою
  8. З власного досвіду
  9. Інше \_\_\_\_\_ 1
6. Якщо — ні, то чи відчуваєте потребу в спеціальних знаннях?
1. Ні
  2. Частково
  3. Так
17. Хто на Вашу думку повинен здійснювати догляд за інкурабельними 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							

18. Який соціальний пакет, на ваш погляд, повинен отримати медичний персонал, зайнятий в паліативній допомозі? Оберіть свій варіант відповіді

	Не потрібна(е)	Інколи	Потрібна(е)	Необхідна(е)
Додаткова відпустка				
Збільшена оплата праці				
Пільгове пенсійне забезпечення				
Неповний робочий день				
Консультації психолога				
Консультації юриста				
Належні умови праці				
Можливість отримувати нові знання з паліативної допомоги				
Санаторно-курортне лікування				
Інше				

19. Якщо відчуваєте потребу, то де, на Ваш погляд, необхідно отримувати таку підготовку:

1. Під час до дипломного навчання
2. Під час навчання в інтернатурі
3. На курсах спеціалізації
4. На курсах підвищення кваліфікації
5. На курсах тематичного удосконалення
6. На спеціальних тренінгах, семінарах
7. Інше \_\_\_\_\_

20. Де б хотіли Ви закінчити свій життєвий шлях у випадку невиліковного захворювання?

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

21. Оцініть за п'ятибальною шкалою, що з перерахованого є найбільш вагомим у недостатній ефективності організації паліативної допомоги?

Проблема	Оцінка в балах
Відсутність чіткої політики в державі	
Недостатнє фінансування відповідних програм	
Недостатня інтеграція і координація допомоги між різними службами	
Відсутність спеціальної підготовки кадрів	
Відсутність чітких стандартів надання допомоги	
Недостатня мережа хоспісів	
Відсутність мережі лікарень сестринського догляду	
Брак спеціального обладнання	
Дефіцит традицій надання паліативної допомоги	

Недооцінка масштабів проблеми боку органів влади	
Помилкові уявлення про потреби інкурабельних хворих	
Інше	

ДЯКУЄМО ЗА СПІВПРАЦЮ!

