

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО

Воронюк Інна Олегівна

На правах рукопису

УДК: 616-08-039.75+614.216(477.44)

Магістерська робота

**ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ
ДОПОМОГИ У ЖИТЕЛІВ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

223 Медсестринство

Науковий керівник:
кандидат медичних наук, доцент
кафедри внутрішньої медицини №1
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського
Боб А.О.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА В СВІТІ.....	11
1.1. Паліативна і хоспісна допомога – інноваційний вид медичної допомоги населенню України	11
1.2. Сучасний стан паліативної і хоспісної допомоги у світі та в Україні.....	17
1.3. Організація надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні	19
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	21
2.1. Загальна характеристика методів дослідження.....	21
РОЗДІЛ 3 ДИНАМІКА СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ У ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ.....	24
3.1. Соціально-медична характеристика захворюваності і смертності населення України.....	24
3.2. Визначення потреби населення у паліативній та хоспісній допомозі в Україні	30
3.3. Визначення потреби населення у паліативній та хоспісній допомозі на регіонарному рівні Вінницької області.....	34
РОЗДІЛ 4 АНАЛІЗ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	36
4.1. Аналіз забезпеченості населення України паліативною і хоспісною медичною допомогою в регіональному аспекті	36

4.2 Оцінка потреби в паліативній допомозі, організації її надання у Вінницькій області.....41

РОЗДІЛ 5 МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ СФЕРИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ44

5.1 Медико-соціальна характеристика медичного персоналу сфери паліативної допомоги44

5.2 Медико-психологічна характеристика медичного персоналу сфери паліативної допомоги49

ВИСНОВКИ.....62

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....64

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – (WHO) Всесвітня організація охорони здоров'я

ВПХМ – відділення паліативної та хоспісної медицини

ДОЗ – департамент охорони здоров'я

ЗН – злочинні новоутворення

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЛЗ – лікарські засоби

ЛЗП-СЛ – лікар загальної практики-сімейний лікар

МД – мультидисциплінарний

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

МСМО – молодший спеціаліст з медичною освітою

М/П – медичні працівники

НПБ – нормативно-правова база

НСРД – низький та середній рівень доходів

ПД – паліативна допомога

ПП – пацієнти, які потребують паліативної та хоспісної допомоги

ПХД – паліативна та хоспісна допомога

ЕАРС – Європейська асоціація паліативної допомоги

МАНРС – Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги

WPCA – Всесвітній Альянс Паліативної Допомоги

В С Т У П

Актуальність теми дослідження. Починаючи з другої половини 20-го століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) населенню стає однією з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних проблем урядів і суспільства. Ця проблема рік від року набуває все більшої актуальності, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних, морально-етичних тощо [1,6].

У світі щороку понад 25,5 млн. людей помирають від тяжких невиліковних захворювань, і ще 35 млн. осіб живуть, страждаючи від цих захворювань, що разом становить майже 61 млн. осіб [3,7]. На жаль, значна частина таких пацієнтів закінчують своє життя у стражданнях і муках через невгамовний біль, важкі порушення функцій організму, неспроможність до самообслуговування, загальну слабкість, депресії тощо, що спричиняє значне зниження якості життя. За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. до 40 млн. таких пацієнтів потребують ПХД. [4].

За даними експертів ВООЗ, дорослі пацієнти, які потребують паліативної і хоспісної допомоги (ПП), хворіють на хронічні хвороби системи кровообігу (38,5 %), злоякісні новоутворення (ЗН) (34,0 %), хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ-інфекцію/СНІД (5,7 %), цукровий діабет (4,6 %) тощо. ПХД повинна надаватися також при багатьох інших захворюваннях, у т. ч. при хронічній нирковій і печінковій недостатності (ХНН, ХПН), розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, ревматоїдному артриті, важких формах неврологічних захворювань, деменції, вроджених і набутих вадах розвитку, хіміорезистентних формах туберкульозу [2]. Крім того, у світі відбувається швидке постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності асоційованих з віком тяжких хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби у ПХД у глобальному масштабі [5]. Згідно прогнозів деяких

дослідників [16], до 2040 р. у світі потреба у ПХД може збільшитися на 25–47%.

Про гостру і швидко зростаючу потребу населення у ПХД в Україні практичні лікарі та науковці почали говорити в кінці 20-го та на початку 21-го століття у зв'язку з несприятливою медико-демографічною та соціально-економічною ситуацією в країні. Впродовж останніх п'яти років в Україні щороку близько 2 млн. осіб (біля 500 тис. пацієнтів у фінальному періоді життя та близько 1,5 млн. членів їх сімей) потребують кваліфікованої якісної ПХД. Зазначене зумовлює велике медико-соціальне, політичне, економічне та гуманітарне значення проблеми створення та розвитку оптимальної системи ПХД.

Законодавчою базою для розвитку системи ПХД населенню в нашій державі, є, насамперед, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. N 2801-ХІІ, де у 2011 р. Статті 33 «Забезпечення надання медичної допомоги» вперше в історії України було доповнено окремим видом медичної допомоги – «паліативна допомога», а у Статті 35-4 «Паліативна допомога» дано визначення та організаційні засади цього виду медичної допомоги в Україні [4].

Паліативна допомога – це комплекс заходів, спрямованих на поліпшення якості життя пацієнта і членів їхніх родин, запобігання та полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнта, шляхом раннього виявлення і діагностування симптомів болю та розладів життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної підтримки або медико-психологічної реабілітації, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань, місця проживання пацієнта [36]. Надання паліативної допомоги розпочинається від моменту постановки діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання та обмеженого прогнозу життя і продовжується до закінчення періоду скорботи родини [14].

Первинна паліативна допомога – це паліативна допомога, яка надається пацієнту від моменту встановлення діагнозу невиліковного прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації вдома або у закладах охорони здоров'я.

Спеціалізована паліативна допомога – це комплексна мультидисциплінарна медико-соціальна і психологічна допомога, яка надається пацієнту у закладах охорони здоров'я або вдома медичними працівниками, які пройшли тематичні цикли удосконалення з питань паліативної допомоги із залученням медичних психологів, соціальних працівників та інших фахівців, за потребою, а також волонтерів, найближчих родичів або опікунів пацієнта.

Паліативна допомога – це система медичних, соціальних, психологічних заходів, метою яких є забезпечення максимально досяжної якості життя пацієнтів з невиліковними хворобами та обмеженим прогнозом життя і членів їхніх родин шляхом усунення або зменшення розладів життєдіяльності й інших важких проявів захворювань, болю, фізичних та психічних страждань [34]. Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, високої якості, безперервності та наступності, з урахуванням основ деонтології, етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його родини, і передбачає щоденний моніторинг його стану. Оскільки в паліативній медицині основним завданням медичного персоналу є опіка, а не лікування, то й ключовою фігурою у цій сфері виступає саме медична сестра, пріоритетним завданням якої є вирішення проблем, які виникають у пацієнта та членів його сім'ї у зв'язку із захворюванням [31].

Проте, сьогодні в Україні ще не створена система надання ПХД населенню, і ні МОЗ, ні мінсоцполітики України, ні регіональні та місцеві органи влади в багатьох регіонах не забезпечують доступну, якісну та ефективну ПХД інкурабельним хворим як у стаціонарних ЗОЗ, так і в амбулаторних умовах та вдома, відповідно до міжнародних підходів та стандартів [9]. Зазначене вимагає державної підтримки та адекватного

фінансування програм розвитку ПХД на національному, регіональних і місцевих рівнях, що дозволить у процесі трансформації системи охорони здоров'я та соціального захисту населення раціонально перерозподілити наявні інституціональні, технічні та кадрові ресурси, забезпечити їх ефективне використання, досягти рівної доступності населення до якісної ПХД в усіх регіонах України, для усіх видів медичної допомоги та координації і співпраці ЗОЗ та закладів соціальної опіки, а також закладів недержавної форми власності.

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

Окремим питанням є якість надання медичної допомоги для задоволення зростаючих потреб населення у наданні паліативної допомоги. Таким чином, відсутність в державі комплексної моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги з урахуванням сучасних світових вимог та рекомендацій, обумовила актуальність дослідження, визначила його мету і завдання.

Об'єкт дослідження – медичний персонал паліативних відділень, хоспісу, поліклінік та первинних медико-профілактичних закладів Вінницької області, які надають медичну допомогу паліативним хворим.

Предмет дослідження – медична та сестринська діяльність з паліативними хворими та визначення синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу.

Мета: провести статистичний аналіз стану здоров'я населення м. Вінниці та оцінити якість надання паліативно-хоспісної допомоги населенню у Вінницькій області.

Для досягнення поставленої мети були визначені **наступні завдання:**

1. Здійснити аналіз іноземних і вітчизняних наукових джерел з питань організації надання паліативної та хоспісної допомоги населенню.
2. Оцінити динаміку стану захворюваності та смертності населення України та жителів Вінницької області за 2019 та 2020 роки.
3. Проаналізувати стан паліативної та хоспісної допомоги населенню у Вінницькій області, визначити основні проблеми і перспективи її розвитку.
4. Вивчити вплив соціально-економічних та психологічних параметрів якості життя на формування синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу, що обслуговує інкурабельних пацієнтів сфери паліативної та хоспісної допомоги.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних даних; аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; аналіз статистичної звітності; соціологічні дослідження відповідно до розробленого опитувальника.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що при виконанні магістерської роботи вперше у Вінницькій області:

- комплексно оцінено проблемні питання надання ПХД населенню у Вінницькій області і на основі недостатньої результативності обґрунтовано необхідність удосконалення організаційних форм служби із відповідним до міжнародних стандартів;

- обґрунтовано перспективи розвитку ПХД у Вінницькій області з метою забезпечити доступність, якість та ефективність її надання визначеній категорії населення на основі мультидисциплінарного підходу;

- виявлено стан кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД в регіональному аспекті, його невідповідність об'єктивним реальним потребам та фактори, що складають перешкоду формуванню належного його потенціалу.

- визначено вимоги до медичних працівників усіх рівнів системи ПХД та обґрунтовано модернізовані програми і схеми безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань ПХД для покращення якості надання паліативної допомоги населенню;

Практичне значення одержаних результатів полягає у вивченні стану здоров'я населення, зокрема концепції системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги населенню у Вінницькій області.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукові праці у фаховому науковому журналі «Медсестринство».

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 77 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 7 рисунків. Бібліографія включає 87 праці українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА В СВІТІ

1.1. Паліативна і хоспісна допомога – інноваційний вид медичної допомоги населенню України

Україна в умовах реформування системи охорони здоров'я має приділяти особливу увагу питанням створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної паліативної і хоспісної допомоги (ПХД), яку багато авторів визначають як інноваційний вид медико-соціальної допомоги хворим на захворювання, що загрожують або обмежують життя пацієнта, у т. ч. інкурабельним пацієнтам та у термінальних стадіях захворювань, і членам їх сімей. Починаючи з другої половини 20-го століття, у більшості розвинених країн світу створення та розвиток системи або служби ПХД населенню стає одним з пріоритетних медико-соціальних та гуманітарних завдань урядів та суспільства. Рік від року це набуває все більшої актуальності, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних чинників: демографічних, медичних, соціально-економічних, політичних, морально-етичних тощо (ВОЗ, 2014; Ю. В. Вороненко і співавт., 2014, 2016; Н. Г. Гойда і співавт., 2015-2019; Ю. І. Губський і співавт., 2015-2019; О. З. Децик і співавт., 2015; N. Arias-Casais et al., 2019; Е. С. Введенская, 2014; Г. А. Новиков и соавт., 2016, 2018; WHO, 2015, 2016, 2018 та інші).

Ініціатором створення паліативної допомоги (ПД) як допомоги інкурабельним онкологічним хворим була ВООЗ. У зв'язку з швидким зростанням захворюваності на злоякісні новоутворення (ЗН) у всьому світі ВООЗ у 1982 році прийняла рішення про організацію паліативної медицини як самостійної спеціальності та її впровадження у практичну охорону здоров'я. Більш ніж у 40 країнах, провідними серед яких були Австралія, Бельгія, Великобританія, Канада, Нідерланди, США, Франція та Швейцарія особливу увагу було приділено необхідності адекватного знеболення хворих на ЗН [18; 65].

У сучасному розумінні, ПХД розглядається як комплексна система заходів медичного, соціального, психологічного та духовного/релігійного змісту для всебічної підтримки пацієнтів із загрозливими для життя або інкурабельними захворюваннями, коли лікування, що спрямоване на одужання, є неефективним чи безперспективним. ПХД надається дорослим пацієнтам при багатьох хронічних прогресуючих захворюваннях, зокрема: онкологічних (34,0 %), серцево- і церебросудинних (38,5 %), хронічних захворюваннях дихальної системи (10,3 %), ВІЛ-інфекції/СНІД (5,7 %), тяжких ускладненнях цукрового діабету (4,6 %) тощо. ПХД може надаватися при багатьох інших захворюваннях, у т. ч. при дегенеративних і посттравматичних ураженнях нервової системи та опорно-рухового апарату, ХНН і ХПН, розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, ревматоїдному артриті, деменціях, у т. ч. хворобі Альцгеймера, вроджених вадах розвитку, хіміорезистентних формах туберкульозу (МРТБ і РРТБ), вірусних гепатитах «В» і «С» тощо [7,19].

За оцінками експертів, щороку у світі, приблизно, від 26,8 млн. [12] до 40 млн. осіб [6; 13] потребують ПД, з яких майже 80 % проживають у країнах з низьким середнім доходом[60]; понад 67 % ПП становлять люди старші за 60 років і близько 6 % – діти.

ВООЗ зазначає, що «... держави несуть обов'язок поважати право на здоров'я, утримуючись від вживання заходів, що закривають або обмежують рівний доступ усім... до... лікувальних і паліативних послуг охорони здоров'я» [16]. Крім того, у світі відбувається швидке глобальне постаріння населення, що зумовлює збільшення поширеності тяжких асоційованих з віком хронічних захворювань і, відповідно, збільшення потреби в забезпеченні ПХД у всесвітньому масштабі [36]. Згідно прогнозів дослідників [10], до 2040 р. у світі потреба у ПХД може збільшитися ще на 25–47 %.

Результати багатьох досліджень українських та закордонних авторів [31; 39] свідчать, що не лише ПП, але й члени їх сімей та особи, які доглядають за ними/законні представники, стикаються з численними психо-емоційними,

медичними, соціальними і економічними проблемами. Адже, коли у сім'ї з'являється важко або невиліковно хворий, особливо в термінальній стадії захворювання, це спричиняє суттєве зниження якості життя усієї родини та стає причиною погіршення здоров'я, тяжких психологічних, соціальних та економічних розладів її функціонування. В Україні, як і в усьому світі, необхідно впроваджувати міжнародні стандарти надання ПД членам сімей ПП. З метою навчання родичів ПП методам догляду за важкохворими слід організувати при ЗОЗ ПХД консультації та тренінги [26].

У Резолюції Парламентської Асамблеї Ради Європи № 1649 від 28.01.2009 року «Паліативна допомога: модель для інноваційної медичної та соціальної політики» [47] ПД розглядається як зразок інноваційного підходу до охорони здоров'я та соціальної політики і виділяються 4 її напрямки:

- 1) управління/контроль симптомів;
- 2) психологічна, духовна і емоційна підтримка;
- 3) підтримка сім'ї хворого;

4) допомога членам сім'ї у зв'язку зі смертю близької людини. ПД складається з двох великих компонентів: полегшення страждань хворого протягом усього періоду важкої небезпечної для життя хвороби (разом з етіопатогенетичним лікуванням) і паліативна медична допомога в останні місяці, дні і години життя хворого (end of life care) [44].

Таким чином, аналіз багатьох документів авторитетних міжнародних організацій дає змогу визначити сучасну пацієнт-сім'я-орієнтовану парадигму системи надання ПХД, яка полягає в тому, що ПП та члени їх сімей мають право і повинні одержати адекватну ПХД, що забезпечить максимально досяжний рівень якості їх життя, а обов'язок урядів усіх держав – забезпечити доступність професійної ПХД усім верствам населення. Виходячи з потреб ПП та членів їх сімей, відповідно до сучасних підходів і стандартів, доступність, якість і ефективність ПХД забезпечується шляхом обов'язкового впровадження

на засадах МД, міжвідомчого і міжсекторального підходів 4 складових, що визначає її інноваційність та відрізняє її від традиційного симптоматичного/паліативного лікування в термінальних стадіях захворювань:

1. Професійна паліативна медична допомога – паліативне/симптоматичне лікування, яку надають М/П різних спеціальностей (зокрема, фармакотерапевтичне, хірургічне, хіміо- і радіотерапевтичне, дієтичне, реабілітаційне/абілітаційне лікування тощо), що забезпечує адекватний контроль ХрБС та важких симптомів захворювань, застосування ефективних ЛЗ та медичного обладнання, професійного догляду за ПП.

2. Професійна психологічна допомога, яка надається фахівцями-психологами або психотерапевтами і стосується також членів сім'ї ПП або його опікунів, що дозволяє зменшити відчуття страху і тривоги, здійснювати профілактику та контроль депресивних станів і стресу у ПП та членів їх сімей/законних представників, а також впроваджувати заходи щодо запобігання синдрому емоційного вигорання у персоналу та волонтерів, залучених до надання ПХД.

3. Соціальна складова, що реалізується соціальними працівниками/робітниками та іншими фахівцями, а також волонтерами НДО, і забезпечує матеріальну підтримку сім'ї ПП/законним представникам, побутові та ритуальні послуги, юридичне консультування в оформленні документів тощо.

4. Духовна/релігійна складова (медичне капеланство) – релігійний та моральноетичний супровід, що здійснюється священнослужителями відповідної релігійної конфесії або церкви, згідно з побажаннями і потребами ПП та членів його сім'ї. [39; 71].

Аналіз вітчизняної наукової літератури засвідчив, що ще наприкінці 20-го – на початку 21-го століття в Україні почали обговорюватися питання про необхідність спеціалізованої медико-соціальної допомоги інкурабельним

хворим на ЗН і особам похилого віку, які втратили здатність до самообслуговування. Це пропонувалося реалізовувати шляхом організації хоспісів, медико-соціальних ліжок у ЗОЗ, а також шляхом перепрофілювання ЗОЗ [7; 8; 54]. Також обґрунтовано необхідність створення відділень/лікарень сестринського/тривалого догляду/геріатричних палат та хоспісів для інкурабельних і термінальних хворих похилого віку з ХНЗ, де пропонувалося застосовувати МД комплексні підходи для вирішення медичних, соціальних та психологічних потреб пацієнтів геріатричного профілю [11, 42]. Крім лікування фізичних симптомів велике значення при наданні комплексної ПХД має вирішення психо-емоційних проблем ПП похилого віку, серед яких переважають дефіцит спілкування та участі сім'ї в житті ПП, недоступність ЛЗ, конфлікти в родині через захворювання, відчуття страху і тривоги, депресії тощо [1, 14]. Особливо актуальними ці проблеми є в паліативній геріатрії, де переважають тривалі медикопсихологічні та соціальні проблеми, що суттєво погіршують розвиток поліморбідності та знижують якість життя ПП та їх родин.

Аналіз вітчизняної і зарубіжної літератури свідчить, що основними потребами ПП, з точки зору організації ПХД як інноваційного медико-соціального підходу, є:

- доступне і адекватне/ефективне знеболення, із застосуванням, при необхідності, наркотичних і психотропних анальгетиків (НПА);
- адекватне симптоматичне/паліативне лікування/контроль симптомів порушень функцій органів і систем організму, особливо при декомпенсації та у термінальних стадіях захворювання;
- професійний догляд (стаціонарний цілодобовий або амбулаторний, у т. ч. вдома), особливо, коли стан ПП зумовлює постійне перебування в ліжку;
- психологічна та психотерапевтична допомога: діагностика, профілактика та контроль депресивних станів, зменшення відчуття страху і

тривоги, формування адекватної психо-емоційної реакції ПП та їх рідних на обмежений прогноз тривалості життя;

- моральна підтримка, співчуття;

- соціальна допомога, у т. ч. матеріальна, соціальна/побутова опіка, правова/ юридична підтримка, консультування, ритуальні послуги тощо;

- медико-соціальна реабілітація для максимально можливого продовження соціальної і професійної активності ПП та членів їх сімей;

- духовний/релігійний супровід та підтримка.

1.2. Сучасний стан паліативної і хоспісної допомоги у світі та в Україні

Контент-аналіз сучасних визначень і термінів, що стосуються ПХД, свідчить, що поняття «паліативна допомога» вперше визначила ВООЗ ще у 1982 році, як систему медичних, соціальних, психологічних заходів, покликаних забезпечити максимально досягну якість життя інкурабельним онкологічним хворим (коли протипухлинне лікування виявляється неефективним) та членам їх родин, [54–57].

Несприятливі медико-демографічні процеси у більшості країн світу зумовили потребу внести зміни у визначення ПД. У 2002 році експерти ВООЗ сформулювали наступне визначення ПД, у якому розширили контингент ПП з інкурабельних хворих до пацієнтів з загрозливими для життя захворюваннями: «Паліативна допомога – це підхід, який покращує якість життя пацієнтів та членів їх сімей, перед якими постали проблеми, що пов'язані із загрозливим для життя захворюванням, шляхом попередження та полегшення страждань, завдяки ранній діагностиці та бездоганній оцінці і лікуванню болю та вирішення інших проблем – фізичних, психологічних і духовних» [26]. Слід також проаналізувати визначення «паліативна допомога», що приведено ЕАРС у рекомендаціях «Біла книга стандартів та норм паліативної допомоги в Європі», частина 1 (2009) [13]. «Паліативна допомога – активна, всеосяжна допомога пацієнтові, який страждає на захворювання, що не піддається лікуванню, спрямованому на одужання. Головним завданням паліативної допомоги є контроль болю та інших симптомів, а також вирішення соціальних, психологічних і духовних проблем. В основі паліативної допомоги лежить міждисциплінарний підхід, до процесу надання допомоги залучаються і сам пацієнт, його рідні та громада. Базова концепція паліативної допомоги – це задоволення потреб пацієнта, де б він не отримував таку допомогу, вдома або в лікарні. Паліативна допомога стверджує життя і ставиться до смерті як до природного процесу; не має намірів ні відтермінувати, ні пришвидшити настання смерті. Вона має на меті забезпечити, наскільки це можливо,

найкращу якість життя пацієнта до самого кінця» [39, 40]. Також у зазначених Рекомендаціях дається визначення «хоспісна допомога»: «Хоспісна допомога надається пацієнту як цілісній особистості, з метою вирішення всіх його потреб – фізичних, емоційних, соціальних і духовних. Вдома, у відділенні денного перебування або в хоспісі, допомога надається пацієнту, який наближається до кінця життя, і тим людям, які його люблять. Персонал та волонтери працюють у складі мультидисциплінарної команди і надають допомогу, основною метою якої є задоволення індивідуальних потреб і вибору кожного пацієнта, прагнучи позбавити його від болю, забезпечити повагу до його гідності, мир і спокій» [19, 49]. Автори зазначених Рекомендацій відзначають, що стосовно визначення хоспісної допомоги існує більше розбіжностей, ніж стосовно ПД. У деяких країнах існує чітке розмежування хоспісної та паліативної допомоги, у той час, як в інших країнах ці терміни використовуються як синоніми. Відмінності, зазвичай, стосуються типу установи: ПД надається в лікарні загального профілю, а хоспісна – у стаціонарному закладі «Хоспіс». У Німеччині, наприклад, відділення ПД як структурний підрозділ лікарні, перш за все, використовується для проведення маніпуляцій в екстрених ситуаціях і проведення терапії з метою стабілізації стану хворого. У стаціонарному хоспісі надається допомога пацієнтам наприкінці життя (коли допомога не може бути надана вдома). В інших країнах такого розмежування не існує [19].

1.3. Організація надання паліативної та хоспісної допомоги населенню в Україні

Аналіз літературних джерел [70, 73] свідчить, що матеріально-технічне забезпечення і умови утримання ПП у багатьох стаціонарних ЗОЗ ПХД в Україні не відповідають міжнародним стандартам, а якість та ефективність надання ПХД у цих закладах є не завжди задовільними. Це зумовлено, зокрема:

- неналежним бюджетним фінансуванням й відсутністю традицій благодійництва в нашому суспільстві, через що ЗОЗ ПХД не отримують достатнього фінансування й «тримаються» («виживають») лише завдяки жертівній праці, самовіддачі, відданості та відповідальності персоналу;
- нераціональним розподілом коштів у більшості ЗОЗ ПХД, де 70–80 % фінансування витрачається на утримання закладу та заробітну плату персоналу і тільки 20–30 % – на лікування і потреби ПП;
- обмеженим асортиментом ЛЗ і товарів медичного призначення для догляду і недоступністю цих засобів для більшості ПП через високу ціну;
- дефіцитом медичних кадрів, які одержали спеціальну підготовку з ПХД, та вкрай недостатнім рівнем матеріальної і моральної мотивації персоналу. Недостатня мережа стаціонарних ЗОЗ ПХД зумовлює значну потребу залучення до надання ПХД і СППД вдома лікарів ЗП-СЛ та М/П ЗОЗ ПМСД, а також працівників територіальних центрів соціального обслуговування населення (ТЦСО), що визначено чинною НПБ України. Також розвиток служби МД виїзних бригад надання ПХД вдома має вирішити проблему доступності населення до спеціалізованої ПХД, як у містах, так і в сільській місцевості, передусім, забезпечення адекватного знеболення ПП та ефективного контролю тяжких симптомів ускладнень захворювань у термінальній або декомпенсованій стадії, з якими лікарі ЗП-СЛ неспроможні упоратись самотужки, а госпіталізація з тих чи інших причин неможлива [70]. Зазначене зумовлює необхідність проведення наукових досліджень з найбільш актуальних

етико-деонтологічних проблем, що виникають при взаємодії М/П, які надають ПХД, з ПП та їхніми родичами/законними представниками, вивчення проблем формування синдрому «емоційного/професійного вигорання», його профілактики і лікування [37]. Слід зазначити увагу ВРУ до проблеми ПХД. Зокрема, 23.06.2016 р. у Комітеті ВРУ з питань охорони здоров'я відбувся «круглий стіл» на тему «Сучасний стан надання паліативної допомоги дорослому населенню, міжнародний досвід та перспективи розвитку в Україні». Учасники «круглого столу» констатували, що в Україні впродовж останніх десятиліть постійно зростає потреба у ПХД.

На жаль, сьогодні в Україні 85% хворих помирають вдома, наодинці, страждаючи від болю, депресії, відсутності належного догляду. Система охорони здоров'я сьогодні не може забезпечити доступність і безперервність надання ПХД ПП та членам їх сімей відповідно до міжнародних підходів і стандартів. Така ситуація потребує особливої уваги з боку держави та суспільства в цілому, оскільки ефективна ПХД та СППД потребують мультидисциплінарного, міжвідомчого та міжсекторального підходу і підтримки на рівні громад [49]. Головною ланкою системи надання ПХД, є хоспіс – спеціалізований заклад для термінальних хворих, в якому під час лікування ПП має застосовуватися комплексний підхід (медичний, психологічний, соціальний, духовний), що вимагає змін у структурі надання медичних і соціальних послуг, технологіях, кваліфікації персоналу, а також потребує удосконалення діючих, розроблення та впровадження адекватних механізмів державного управління ПХД. Комплексні дослідження щодо наукового обґрунтування створення і розвитку системи доступної, якісної та ефективної ПХД в умовах реформування охорони здоров'я і обмежених фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів, і зокрема, медико-соціального обґрунтування системи ПХД населенню, до останнього часу в Україні не проводилися, що стало підставою для вибору теми цього дослідження, визначило його мету і завдання.

РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика методів дослідження

Для досягнення мети дослідження – обґрунтування і розробка концептуальної моделі системи надання паліативної та хоспісної допомоги населенню у Вінницькій області виконувалося дослідження впродовж 2019–2020 років. Програмою дослідження передбачалось його проведення у декілька етапів з використанням адекватних методів. На кожному етапі реалізовувались взаємопов'язані завдання, що дозволило забезпечити системність підходу та отримати репрезентативні дані для оцінки об'єкту дослідження.

Перший етап дослідження присвячений вивченню та соціально-медичному аналізу світового і вітчизняного досвіду організації та надання ПХД населенню в історичному і географічному аспектах. Були проаналізовані особливості організації, змісту і моделей надання ПХД, визначення показань до ПХД і категорій ПП, підбору та підготовки фахівців, які залучені до надання ПХД. Особлива увага зверталась на стан розвитку, організації та надання ПХД у вітчизняній системі охорони здоров'я, зокрема досягнення, актуальні проблеми і недоліки та шляхи їх вирішення, що й в результаті зумовило формування мети, об'єкту та предмету дослідження, визначення завдань, структури та обсягу інформаційної бази даних, обрання методології, розробку методичного інструментарію для досягнення мети дослідження. Інформаційною базою бібліосемантичного методу дослідження слугували 87 джерела наукових праць, у т. ч. 26 – іноземними мовами. Для збору наукової інформації також використовувалися ресурси Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо.

Другий етап присвячено визначенню динаміки та основних тенденцій розвитку стану здоров'я та смертності населення України, і відповідно, у Вінницькій області та визначенні потреби ПХД на місцевому рівні. Визначити

потребу в ПХД в нозологічному, статеві-віковому, що було враховано при обґрунтуванні системи ПХД населенню у Вінницькій області. Використовуючи статистичний метод у динаміці впродовж останніх 2 років (2019-2020 рр.) комплексно проаналізовано структуру і рівні основних показників захворюваності (первинної і загальної) та смертності населення України від найбільш поширених хронічних захворювань у регіональному аспекті (Вінницькій області), які складають найбільшу частку тягаря захворюваності через передчасну смертність та інвалідність.

Третій етап був присвячений системному аналізу стану та динаміки розвитку надання ПХД населенню в Україні та на регіональному рівнях (Вінницькій області). Методологія розрахунку потреби в паліативній допомозі розроблена в Українському центрі суспільних даних, на основі аналізу наявних в Україні статистичних даних. Методика полягає в застосуванні спеціальних коефіцієнтів для кожної хвороби або групи хвороб, відповідно до вікового, гендерного показника та нозології захворювань.

Згідно з рекомендаціями, нормативи для розрахунку потреби населення у спеціалізованій ПХД становлять:

- 10 стаціонарних ліжок для ПП у ЗОЗ ПХД на 100 тис. населення;
- 1 мультидисциплінарна виїзна бригада для надання спеціалізованої ПХД вдома 50 ПП на 100 тис. населення.

Аналіз результатів соціологічного дослідження дозволив здійснити комплексну оцінку стану і проблем організації ПХД, визначити основні перспективні підходи і напрями її оптимізації та подальшого розвитку.

Наступним завданням – четвертим етапом роботи було провести аналіз кадрового забезпечення ЗОЗ ПХД у Вінницькій області та визначення синдрому емоційного вигорання у медичного персоналу який працює з паліативними пацієнтами. Для покращення якості надання медичної допомоги інкурабельним пацієнтам необхідно проводити заходи протидії та подолання наслідків

професійного вигорання серед медичного персоналу. Від реалізації яких очікується значний медичний ефект за рахунок раннього виявлення проявів синдрому емоційного вигорання, зростання задоволеності медперсоналу умовами праці, а пацієнтів і їх родичів отриманими медичними послугами, збільшення доступності психологічної допомоги, поліпшення психологічного клімату в трудовому колективі, зростання мотивації до праці.

РОЗДІЛ 3 ДИНАМІКА СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПОТРЕБИ НАСЕЛЕННЯ У ПАЛІАТИВНІЙ ТА ХОСПІСНІЙ ДОПОМОЗІ

3.1. Соціально-медична характеристика захворюваності і смертності населення України

Аналіз та оцінка статистичних даних щодо стану здоров'я, тенденцій і динаміки його розвитку є важливою та необхідною умовою для науково обґрунтованого створення і розвитку системи ПХД. У Рекомендаціях парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні», схвалених постановою ВРУ від 21.04.2016 № 1338-VIII, зазначається, що сучасний стан здоров'я українців характеризується вкрай високими показниками захворюваності, передусім, на ХНІЗ, та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу. Середня тривалість життя в Україні на 9 років нижча, ніж у країнах ЄС [41].

Аналіз причин смерті населення від найбільш поширених хронічних захворювань в Україні [12, 43] засвідчив, що у 2019 р., як і впродовж попередніх 5 років, перші місця посіли:

- 1) хвороби системи кровообігу (384,8 тис. осіб, або 68,3 % від загальної кількості померлих);
- 2) новоутворення (78,3 тис. осіб – 13,6 %);
- 3) зовнішні причини смерті (31,2 тис. осіб – 5,4 %);
- 4) хвороби органів травлення (22,0 тис. осіб – 3,8 %);
- 5) хвороби органів дихання (6,0 тис. осіб – 2,1 %).

Разом з цим, одним з найбільш вагомих чинників, які визначають глобальне зростання потреби у ПХД і СППД, є те, що впродовж останнього пів

століття у більшості розвинених країн світу, у т. ч. і в Україні, відбуваються глибокі демографічні та соціальні зміни, які, за даними ООН, ВООЗ та МОЗ України, характеризуються постарінням населення і накопиченням у популяціях осіб похилого та старечого віку (у середньому – від 20 % і більше) [62]. Постаріння населення в Україні є однією з основних причин, що зумовлюють зростання потреби у ПХД. За часткою осіб у віці понад 65 років у загальній структурі населення (16,8 %) Україна посідає 11-те місце і належить до групи «найстаріших» країн світу. Кількість населення пенсійного віку (60 років і старші) у 2019 р. становило 9,680 млн. осіб, або 22,9 % населення України і за прогнозами експертів, до середини 21-го століття цей показник збільшиться майже удвічі (до 38,1 %), а частка людей у віці 80 років і старше – у 3,5 рази [8, 49].

Аналіз статистичних даних [72] свідчить, що станом на 01.01.2019 р. в Україні більше 6,967 млн. осіб (або 16,5 %) мали вік 65 років і старші, з яких 1,337 млн. осіб (3,2 %) мали вік 70–74 роки, 1,588 млн. осіб (3,8 %) – 75–79 років і 1,678 млн. осіб (4,0 %) – 80 років і старші. Якщо у 2019 р. у загальній структурі населення частка людей старше працездатного віку становила 20,7 %, то у 2020 році цей показник збільшився до 22,9 %, а серед сільського населення – до 23,3 %.

За даними експертної оцінки фахівців ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», більше 22% осіб старших за 70 років потребують щоденної соціально-побутової допомоги, і понад 20 % осіб старших за 80 років потребують спеціалізованої психіатричної та паліативної допомоги через когнітивні розлади: старечу деменцію, хворобу Альцгеймера та хворобу Паркінсона. Сьогодні в Україні проживають близько 3 млн. самотніх людей похилого віку, тобто, кожен 5-й пенсіонер. Потреби літніх людей у медичній допомозі, в цілому, задовольняються на 45 %, у реабілітації та ПХД – на 25% і 15% відповідно (рис.3.1.1).

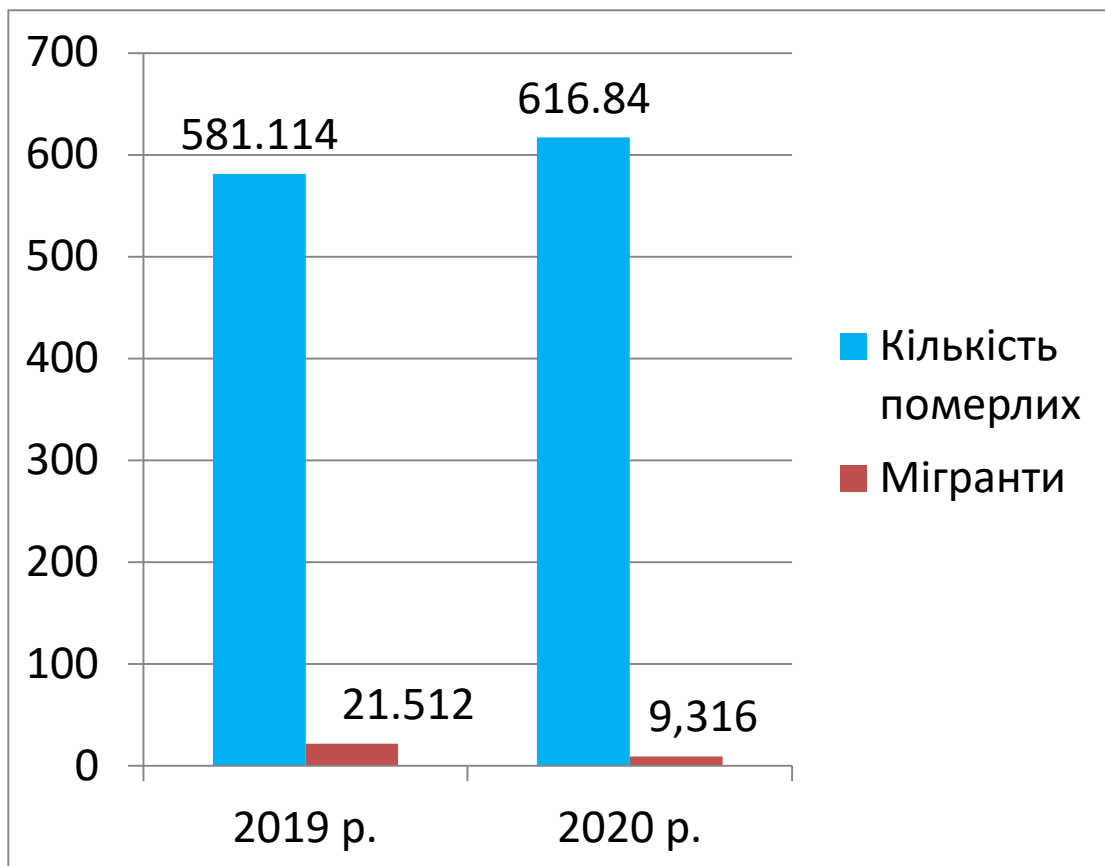


Рис.3.1.1 Причини скорочення населення 2019-2020 рр.

Потреба населення у довготривалій паліативній допомозі та спеціалізованій ПД (СППД), внаслідок інфарктів, інсультів, хвороби Паркінсона, деменції, хвороби Альцгеймера тощо, залежно від віку ПП: 2,7 % – у осіб до 60 років, 11,8 % – у осіб до 60–75 років і 24,3 % – у осіб старше 75 років. Частка населення в Україні, яке має когнітивні розлади і потребує довготривалої паліативної допомоги та СППД, залежно від віку, складає в осіб 60–69 років 8,5 %, а у віці старше 80 років – вже 24,6 % [19, 62].

Результати аналізу регіональних особливостей засвідчили, що найбільша кількість населення у віці 60 років і старші у 2019 р. проживали у Донецькій (1141,3 тис. осіб), Дніпропетровській (752,4 тис. осіб) та м. Києві (601,2 тис. осіб), а найбільша частка населення зазначених вікових груп – у Луганській (27,8 %), у Донецькій (27,2 %) та у Чернігівській (26,5 %) областях.

Такі регіональні особливості слід враховувати при плануванні служби ПХД. Також нагальну потребу населення України у ПХД і СППД зумовлює значний рівень захворюваності та смертності від ЗН – сьогодні Україна посідає 2-ге місце в Європі за темпами зростання захворюваності на ЗН. У 2019 р. було зареєстровано 135,6 тис. нових випадків ЗН, з яких особи працездатного віку становили 49 %.

У регіональному аспекті найбільш несприятлива ситуація у 2019 р. із захворюваністю на ЗН спостерігалася у Кіровоградській обл. (474,9 на 100 тис. населення), у Сумській обл. (422,7) і Черкаській обл. (402,0). Різниця між найбільшим показником у Кіровоградській обл. і найменшим – у Чернівецькій обл. становить 1,96 рази.

Онкоепідемічна ситуація в регіонах України характеризується не тільки високим рівнем захворюваності на ЗН, але й значною кількістю хворих, які виявляються у занедбаних випадках. У 2018 р. серед хворих на ЗН у 34,5 % випадків була діагностована III–IV стадія захворювання. Серед регіонів, де виявляються ЗН у занедбаних випадках, найгірша ситуація у 2018 р. спостерігалася в Закарпатській (43,4 %), Чернівецькій (43,0 %) та Івано-Франківській обл. (42,1 %). Різниця між найбільшим показником у Закарпатській обл. і найменшим – у м. Києві становить 1,84 рази.

За даними Національного Канцер-реєстру, в Україні серед вперше захворілих на ЗН біля 58–60 % жінок виявляються у занедбаних стадіях раку яєчників, понад 20 % – раку молочної залози, 20–21 % – раку шийки матки та близько 12 % – раку тіла матки [26]. Якщо порівняти ці показники з країнами ЄС та США, то частка занедбаних стадій там не перевищує 5–7 %.

Смертність від ЗН в Україні у 2 рази вища, ніж у країнах ЄС, а кожен другий онкохворий помирає впродовж одного року після діагностування ЗН, що в 10 разів перевищує аналогічний показник у розвинених країнах. Стандартизовані показники смертності від ЗН населення працездатного віку в

Україні на 35,6 % перевищують такі показники в країнах ЄС і на 27,3 % – середні показники в Європейському регіоні ВООЗ, в цілому. Найвищий рівень смертності від ЗН спостерігається у Запорізькій, Кіровоградській і Сумській областях. Також значним соціально-економічним тягарем для суспільства, що значно актуалізує проблему створення та розвитку системи ПХД, є поширення і зростання захворюваності та смертності через важкі інкурабельні ХНІЗ.

Зазначене вимагає тривалого дороговартісного лікування, догляду і реабілітації/ абілітації хворих, а також спричиняє значні макроекономічні збитки внаслідок інвалідизації та дочасної смертності тощо [60].

Труднощі визначення статусу ПП і призначення ПХД пацієнтам неонкологічного профілю в Україні зумовлені тим, що сьогодні не існує чітких критеріїв та показань для переходу від етіопатогенетичного лікування, спрямованого на одужання пацієнта з ХНІЗ, до ПХД. Зокрема, в Україні відсутні клінічні протоколи або рекомендації, які затверджені наказами МОЗ України, щодо перевodu хворих на ХНІЗ у категорію ПП. Наприклад, діагностичними критеріями у кардіології, які визначають показання до ПХД, є високий функціональний клас хронічної серцевої недостатності за умови оптимальної фармакотерапії, відповідно до сучасних рекомендацій і клінічних протоколів, та безперспективність хірургічного лікування і device-терапії [4].

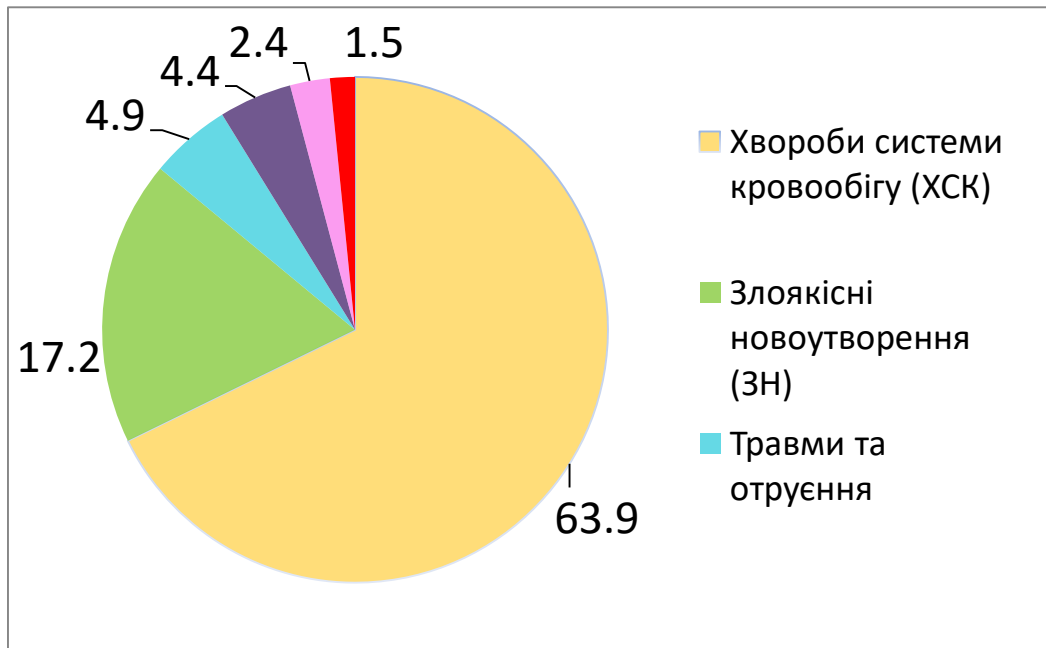


Рис.3.1.2 Причини смерті населення від найбільш поширених хронічних захворювань по Вінницькій області, 2020 р.

Аналіз причин смерті населення від найбільш поширених хронічних захворювань по Вінницькій області засвідчив (рис.3.1.2), що у 2020 р., як і впродовж попередніх років, перші місця посіли: перше місце із питомою вагою 63,9% посіли хвороби системи кровообігу (ХСК), друге – злоякісні новоутворення (ЗН) (17,2%), третє – травми та отруєння (4,9%), четверте – хвороби органів травлення (4,4%), п’яте – хвороби органів дихання (2,4%), шосте – інфекційні хвороби (1,5%). Таким чином, у Вінницькій області сформувався неепідемічний тип смертності населення: хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення складають понад 80% у структурі причин смерті.

3.2. Визначення потреби населення у паліативній та хоспісній допомозі в Україні

У 2009 і 2010 роках ЕАРС оприлюднила надзвичайно важливий, на нашу думку, документ, який представляє її офіційну позицію – Рекомендації «Біла книга стандартів та норм з паліативної допомоги в Європі» [19, 61]. В основу стандартів ПХД покладено цінності, що стверджуються Радою Європи: права людини й права пацієнта, людська гідність, соціальна солідарність, демократія, гендерна рівність, свобода, участь пацієнта у прийнятті рішень і право вибору.

Незважаючи на існуючі відмінності підходів до ПХД у різних країнах є загальні цінності і принципи, що визначають філософію ПД, серед яких більшість країн Європи, США та Австралії визнають наступні: повагу до автономії і гідності пацієнта, спілкування та взаємостосунки ПП і персоналу, ставлення до життя і смерті, необхідність індивідуального планування і прийняття рішень.

Оптимальним є ранній початок надання ПХД, паралельно з етіопатогенетичним лікуванням, задовго до термінальної стадії захворювання. Не існує обмежень щодо тривалості надання ПХД – вона повинна надаватися виходячи з потреб пацієнта, а не лише на підставі діагнозу або прогнозу захворювання. На ранніх етапах інкурабельних захворювань потребують ПХД стільки ж пацієнтів, як і в останній рік життя [42.]. В Україні згідно з чинною НПБ, медичні показання до надання ПХД у дорослих визначаються за наступними критеріями:

1. Невиліковні (інкурабельні) захворювання, що супроводжуються ХрБС та значними обмеженнями життєдіяльності.
2. Важкі прогресуючі захворювання, патологічні стани і функціональні розлади, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання.
3. Обмежений прогноз тривалості життя.

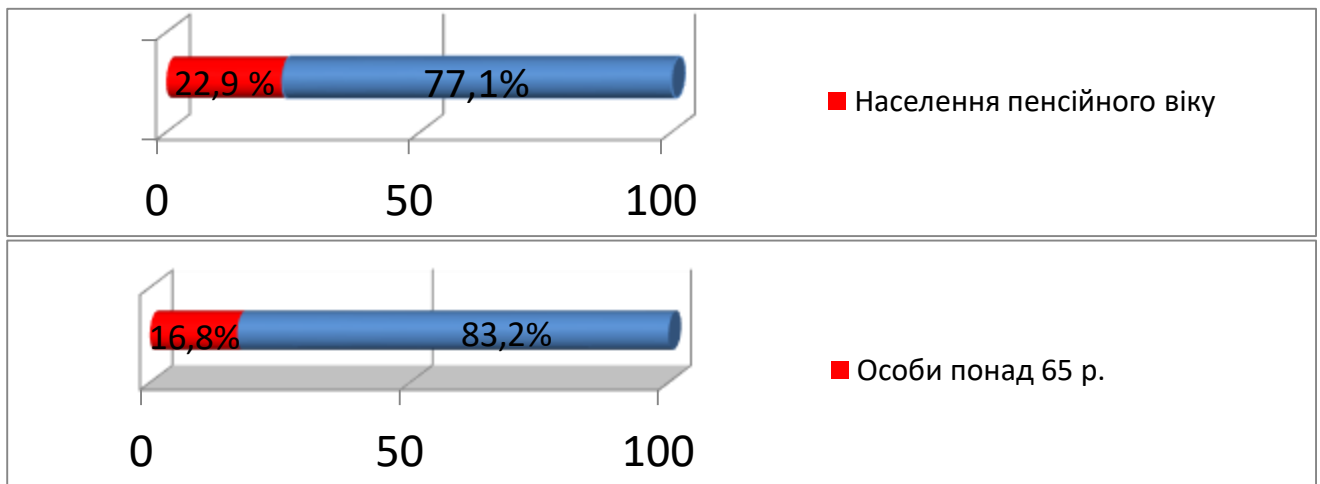


Рис.3.2.1 Загальна структура населення України

Аналіз статистичних даних дозволив визначити потреби у ПХД у віковому та гендерному аспектах, свідчить, що у 2019 р. розрахункова потреба у ПХД (за коефіцієнтом 0,80) від кількості померлих – 457,1 тис. осіб, з яких 78,86 % пацієнтів, які потребують ПХД, це – особи у віці 60 років і старші, з максимальним показником 34,48 % – у віці 80 років і старші(рис.3.2.2).

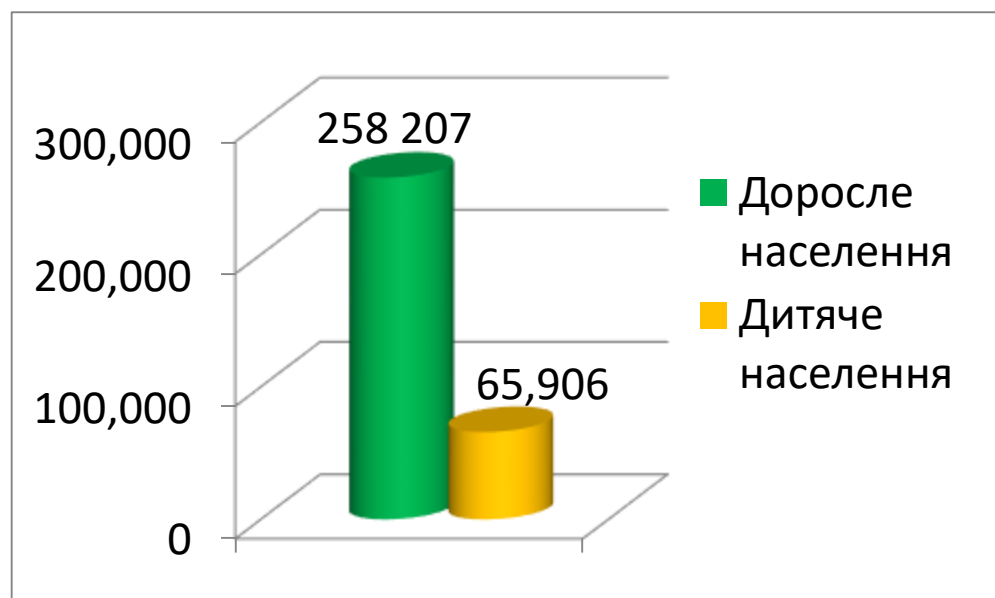


Рис.3.2.2 Потреба в паліативній допомозі населення України

Аналіз розрахункової потреби у ПХД у регіональному аспекті засвідчив суттєву різницю розрахункових потреб населення у ПХД. Так, у 2019 р. найвищі показники на 100 тис. насел. виявлені в Чернігівській (1472,2), що на 36,5 % перевищують середні показники по Україні, Полтавській (1319,9), Кіровоградській (1308,7) областях. У 2014 р.

Для точного і детального розрахунку кількості осіб, що потребують ПХД по відповідним нозологіям, група дослідників Українського центру суспільних даних (А. Горбаль і співавт., 2018) запропонувала методику, яка полягає в застосуванні спеціальних коефіцієнтів для кожної хвороби або групи хвороб [9]. Для окремих хвороб потреба у ПХД розраховується як сума відповідних показників на основі даних із декількох джерел. Так, наприклад, визначення потреби у ПХД для дорослих, хворих на ЗН, здійснюється за формулою:

$$\text{ПП (ЗН)} = (\text{ЗН1} \times 0,8) + (\text{ЗН2} \times 0,25),$$

де: ПП (ЗН) – потреба у ПХД для хворих на ЗН; ЗН1 – кількість дорослих пацієнтів, які померли від новоутворень (коди С00С97, D00-D48 за МКХ-10), у попередньому році; ЗН2 – кількість вперше зареєстрованих випадків дорослих, хворих на ЗН, за виключенням немеланомних ЗН шкіри (коди С44, С46 за МКХ-10) у попередньому році [51]. За статистичними даними, близько 25% осіб, що захворіли на ЗН у поточному році, помирають у наступному, відтак уже потребують ПХД у поточному році, і у той же час не належать до групи тих, хто помер від ЗН у поточному році.

Потреба у ПХД може бути розрахована для країни в цілому, області, району, госпітального округу тощо [19]. Розрахунок потреби у ПХД для дорослих, хворих на ТБ (МКХ-10: А15-А19), здійснюється за формулою: $\text{ПП (Т)} = (\text{T1} \times 0,9) + (\text{T2} \times 1) + (\text{T3} \times 1)$, де: ПП (Т) – потреба у ПХД для хворих на туберкульоз; Т1 – кількість дорослих, які померли від ТБ у попередньому році; Т2 – кількість дорослих пацієнтів, хворих на ТБ, яким призначено паліативне

лікування, у попередньому році; Т3 – кількість дорослих пацієнтів з МРТБ, за винятком тих, кому призначено паліативне лікування, у попередньому році.

Отже, розрахункова потреба у ПХД в Україні у 2019 р. за коефіцієнтом 0,80 становила 457,1 тис. осіб і близько 1,5 млн. членів їх родин/ опікунів (приблизно, 2–3 особи на кожного ПП) – разом майже 2 млн. осіб. Згідно з рекомендаціями ВООЗ [17, 22], розрахункова потреба у стаціонарній ПХД становить 8–10 ліжок на 100 тис. населення.

Отже, потреба у стаціонарній ПХД в Україні (при кількості населення на кінець 2019 р. 42,415 млн. осіб) становить близько 4,25 тис. ліжок. Також, згідно з рекомендаціями ЕАРС [19, 11], на кожні 150 тис. населення має функціонувати 1 виїзна (мобільна) МД бригада/служба паліативної допомоги вдома. Тобто, в Україні необхідно створити понад 280 МД виїзних бригад ПХД вдома. Також МОЗ України слід внести дані про паліативний статус пацієнта у звітні реєстраційні форми медичної статистики та у електронні форми реєстрації пацієнтів (e-Health), тим більше, що у МКХ-10 передбачений окремий код «Z51.50. Паліативна допомога» [12].

3.3 Визначення потреби населення у паліативній та хоспісній допомозі на регіонарному рівні Вінницької області

Аналіз розрахункової потреби у ПХД у регіональному аспекті засвідчив суттєву різницю розрахункових потреб населення у ПХД. Аналіз причин смерті населення від найбільш поширених хронічних захворювань по Вінницькій області засвідчив, що у 2020 р., як і впродовж попередніх років, перші місця посіли: перше місце із питомою вагою 63,9% посіли хвороби системи кровообігу (ХСК), друге – злоякісні новоутворення (ЗН) (17,2%), третє – травми та отруєння (4,9%), четверте – хвороби органів травлення (4,4%), п'яте – хвороби органів дихання (2,4%), шосте – інфекційні хвороби (1,5%). Таким чином, у Вінницькій області сформувався неепідемічний тип смертності населення: хвороби системи кровообігу та злоякісні новоутворення складають понад 80% у структурі причин смерті.

По Україні 324 113 пацієнтів потребують на сьогодні паліативної допомоги: 258 207 дорослого населення та 65 906 дитячого населення.

Методологія розрахунку потреби в паліативній допомозі розроблена в Українському центрі суспільних даних, на основі аналізу наявних в Україні статистичних даних. Методика полягає в застосуванні спеціальних коефіцієнтів для кожної хвороби або групи хвороб, відповідно до вікового, гендерного показника та нозології захворювань. Аналізуючи статистичні дані ми визначили потребу у ПХД у віковому та нозологічному аспектах на регіонарному рівні по Вінницькій області.

Розрахунок потреби у ПХД для дорослих, хворих на ТБ (МКХ-10: А15-А19), здійснюється за формулою: $ПП(T) = (T1 \times 0,9) + (T2 \times 1) + (T3 \times 1)$, де: ПП (Т) – потреба у ПХД для хворих на туберкульоз; Т1 – кількість дорослих, які померли від ТБ у попередньому році; Т2 – кількість дорослих пацієнтів, хворих на ТБ, яким призначено паліативне лікування, у попередньому році; Т3 – кількість дорослих пацієнтів з МРТБ, за винятком тих, кому призначено

паліативне лікування, у попередньому році. У зв'язку з особливістю лікування МРТБ, показник ТЗ формується на основі кількості зареєстрованих випадків МРТБ у позаминулому році [79].

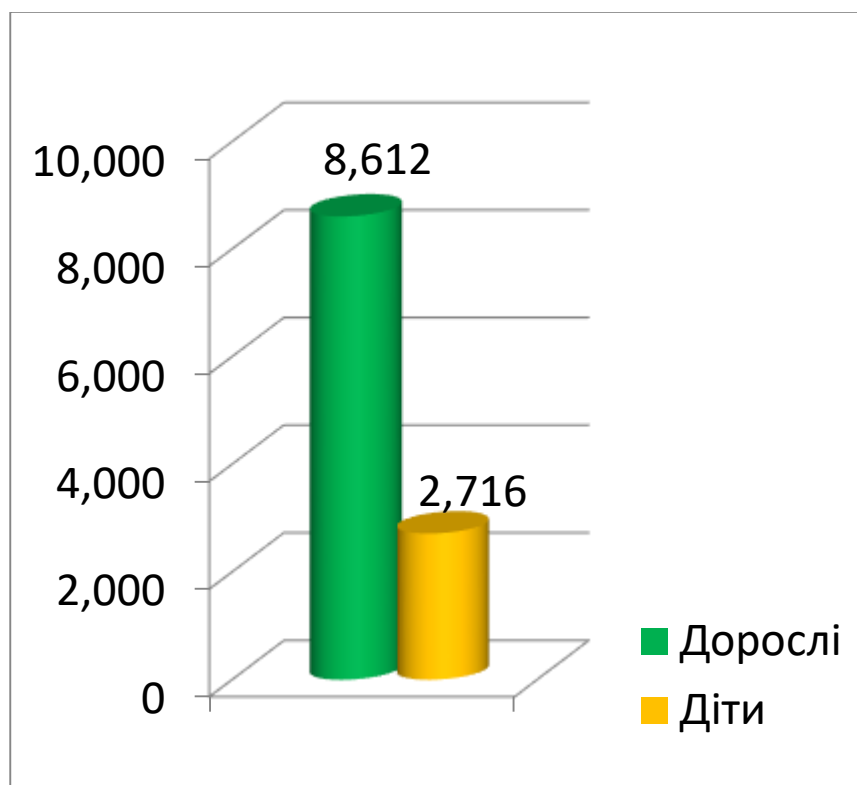


Рис.3.3.1 Потреба в паліативній допомозі населення Вінницької області

Зокрема по Вінницькій області 11 328 пацієнтів потребують на сьогодні паліативної допомоги: 8 612 дорослих та 2 716 дітей (рис.3.3.1).

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ВІННИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

4.1. Аналіз забезпеченості населення України паліативною і хоспісною медичною допомогою в регіональному аспекті

Враховуючи актуальність та велике значення проблеми створення і розвитку системи ПХД населенню в Україні, яка б відповідала кращим сучасним міжнародним стандартам і нормам, очевидною є необхідність розвитку мережі закладів, де надають ПХД та СППД, які підпорядковані як МОЗ України, так і Мінсоцполітики України, а також закладів ПХД та паліативного догляду різних форм власності, у т. ч., які належать приватним структурам, громадським, благодійним та релігійним організаціям. Питання створення, розвитку та функціонування закладів ПХД і служби СППД, а також організації надання ПХД покладено на регіональні і місцеві органи влади.

Вже минуло понад 20 років як в Україні були створені перші хоспіси: у м. Львові (1997 р.), м. Івано-Франківську (1997 р.), м. Коростені, Житомирської області (1997 р.), м. Херсоні (1999 р.), м. Харкові (2000 р.), м. Запоріжжі (2002 р.), м. Луцьку (2002 р.), а також ВПХМ при онкологічних диспансерах (зокрема, у містах Києві, Севастополі, Донецьку, Сімферополі) і лікарнях загального профілю (зокрема, у м. Києві – міські лікарні № 2 і № 10, м. Харкові – міська лікарня № 17, м. Львові – шпиталь імені А. Шептицького і міська лікарня № 4), психіатричних лікарнях (зокрема, у м. Харкові, м. Сміла, Черкаської області, м. Чернігові) та протитуберкульозних диспансерах (зокрема, у м. Севастополі, м. Херсоні), паліативні палати та ліжка у Центрах профілактики та боротьби зі СНІД (зокрема, у м. Києві, м. Полтаві, м. Вінниці) та інші.

У 2013 р. в м. Надвірна, Івано-Франківської області, був створений перший Центр паліативної допомоги для дітей. Ініціативу підтримали органи

охорони здоров'я у містах Харкові, Рівному і Києві, та Вінницькій де у 2016, 2018 і 2019 роках, відповідно, були створені педіатричні центри паліативної допомоги. Згідно з даними МОЗ України і ОДА, впродовж 2009–2019 років нові хоспіси були створені в 9 областях, відділення ПХМ – у 18 областях та м. Києві.

Станом на 01.01.2019 р. спеціалізована стаціонарна ПХД в Україні надавалась у 21 ЗОЗ ПХД: 2 центрах ПХД (у м. Івано-Франківську і м. Харкові) і 17 лікарнях «Хоспіс», як юридично самостійних ЗОЗ, в яких було розгорнуто 622 ліжок для ПП, а також 2 лікарнях сестринського догляду на 35 ліжок.

Крім цього стаціонарна ПХД надавалася у 71 відділенні ПХМ у ЗОЗ різного профілю, в яких було розгорнуто 1546 ліжок, і у 2 відділеннях паліативного догляду в закладах соціального захисту населення – 51 ліжко. Також було розгорнуто 723 ліжка для ПП у ЗОЗ різного профілю. Усього станом на 01.01.2019 р. в Україні функціонували 2977 ліжок для ПП (при мінімальній потребі 4250 ліжок – згідно з рекомендаціями ВООЗ – 8–10 ліжок на 100 тис. населення), що становить 69,9 % від розрахункової потреби. Стаціонарні ЗОЗ ПХД педіатричного профілю були розгорнуті лише у 5 містах України (містах Надвірна, ІваноФранківської обл., Київ, Рівне, Харків) та на базі обласної дитячої клінічної лікарні Вінницької області працює виїзна паліативна мультидисциплінарна бригада, яка обслуговує дітей не лише у Вінниці, але й по районах, така бригада єдина в Україні. Однак для ефективної роботи, необхідна також стаціонарна паліативна допомога.

У деяких областях (зокрема у Вінницькій, Кіровоградській, Полтавській, Закарпатській, Львівській та деяких інших) високі показники забезпечення стаціонарними ліжками для ПП досягаються за рахунок створення (відкриття) 1, 2, 3 або 4 паліативних ліжок у терапевтичних або хірургічних відділеннях ЗОЗ різного профілю. Але ж таку незначну кількість ліжок неможливо забезпечити цілодобовим медсестринським постом, не говорячи про дотримання принципів мультидисциплінарності і 4 обов'язкових складових

ПХД. Складається враження, що керівники деяких ЗОЗ роблять це формально для звітності. Якщо впродовж останніх 10 років, кількість стаціонарних ЗОЗ та відділень ПХМ збільшилася у 3,1 рази, а кількість ліжок для ПП зростає, відповідно, у 4,3 рази (з 690 до 2977), то якість надання ПХД у багатьох ЗОЗ є незадовільною, про що свідчать інформація від омбудсменів, представників НДО та ЗМІ, а також результати нашого соціологічного дослідження.

Аналіз даних, які надійшли з регіонів України, засвідчив, що досі не створені обласні хоспіси або центри ПХД у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Закарпатській, Запорізькій, Житомирській, Київській, Кіровоградській, Львівській, Луганській, Одеській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Хмельницькій, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та міській хоспіс або центр ПХД у м. Києві, які б здійснювали крім діагностично-лікувальних функцій, ще й організаційно-методичну роботу на території регіону, підготовку кадрів, наукову діяльність тощо.

У Вінниці відкрито перший Хоспіс на базі Міської клінічної лікарні №3 на 25 ліжок. Заклад надає допомогу важкохворим людям з невиліковними діагнозами та включає в себе медичну, психологічну та духовну підтримку пацієнтам і членам родини. Паліативна допомога надається пацієнтам з невиліковними діагнозами. Вона спрямована не на вилікування хвороби, а на максимальне покращення якості життя хворих.

Діяльність Хоспісу здійснюється відповідно до чинного законодавства України, директивних та інструктивно-методичних документів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства соціальної політики та праці України, управлінь охорони здоров'я й управлінь праці та соціальної політики обласних державних адміністрацій, місцевих органів влади, власного Статуту (Наказ МОЗ України № 41 від 21.01.2013: «Про організацію паліативної допомоги в Україні», Наказ МОЗ України від 07.11.2011р. № 768 «Про затвердження табелів матеріально-технічного оснащення та примірних штатних нормативів закладу охорони здоров'я “Хоспіс”, виїзної бригади з надання паліативної

допомоги “Хоспіс вдома”, паліативного відділення», Наказ МОЗ України від 30.12.2011 року № 1008 «Про затвердження примірних положень про заклади охорони здоров'я», Наказ МОЗ України від 19.08.2011 року № 524 «Про затвердження Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України щодо організації підготовки проектів актів, необхідних для забезпечення реалізації Закону України від 7 липня 2011 року N 3612-VI “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві”, Рішення виконавчого комітету Вінницької міської ради №580 від 06.03.2014 року «Про надання дозволу на проектування «Реконструкції приміщень КЗ ЦПМСД №5 по вул. Маяковського, 138 в м. Вінниця для створення Хоспісу»).

Пацієнтів обслуговує завідуючий відділенням, лікар-терапевт, лікар-психотерапевт, медичні сестри та молодші медичні сестри. Усі вони пройшли спеціалізацію з паліативної медицини.

Палати оснащені системою виклику медичного персоналу, це радіо кнопка, вона знаходиться у зручному місці для пацієнта. При натисканні на таку кнопку йде виклик на браслет медичної сестри, на браслеті вказано з якої палати йде виклик. У палаті також є система відеоспостереження, кожна камера направлена на ліжку, все це виводиться на центральний пост, де на великому екрані зібрана картинка з усіх палат. В кожній палаті знаходиться айпі-телефоніст, є можливість телефонувати по місту і по міжміському зв'язку, через телефон є можливість доступу до мережі Інтернет. Ліжка функціональні, мають електропривід, керувати позу пацієнт може за допомогою пульта, для цього не потрібно нічого крутити і когось викликати. Одним дуже важливим апаратом паліативної допомоги це концентратор кисню який також знаходиться в кімнатах. Головним завданням хоспісу є забезпечення комфорту в найскладніший період життя людини.

Результати наших досліджень свідчать про недостатній розвиток МД виїзних бригад ПХД, фахівці яких разом з лікарями ЗП-СЛ і лікарями ЗОЗ

ПМСД надавали б кваліфіковану ПХД в домашніх умовах. Амбулаторну ПХД населенню в Україні, станом на 01.01.2019 р., надавали лише 13 виїзних бригад ПХД вдома і 5 виїзних бригад паліативної допомоги дітям, 2 кабінети протибольової терапії, які створені при хоспісах, відділеннях ПХМ, центрах ПМСД як державних ЗОЗ, так і при БО та НДО, що становить 6,43 % від розрахункової потреби.

Якщо взяти за основу рекомендації ВООЗ, що одна виїзна (мобільна) бригада/служба ПХД вдома повинна бути створена на кожні 150 тис. населення, то в Україні має бути створено, мінімум, 280 виїзних бригад ПХД. Виїзні бригади ПХД вдома були створені у Вінницькій, Волинській, Закарпатській, Івано-Франківській, Львівській, Миколаївській, Рівненській, Тернопільській, Чернігівській, Харківській та Хмельницькій областях та у м. Києві. У деяких регіонах створені виїзні бригади для знеболення хронічних хворих вдома, у т. ч. ПП. Це – вкрай недостатньо, і зумовлює таку ситуацію, коли мешканці багатьох населених пунктів, особливо в сільській місцевості, поки що взагалі не можуть отримати спеціалізовану ПХД.

Недостатня мережа стаціонарних ЗОЗ ПХД та виїзних служб/бригад надання ПХД вдома зумовлює значну потребу та необхідність залучення до надання ПХД вдома лікарів ЗП-СЛ. Це має вирішити проблему доступності ПХД, як у містах, так і в сільській місцевості. Результати вивчення досвіду організації надання ПХД пацієнтам удома в Німеччині, Нідерландах, Бельгії, Польщі, Словаччині, Молдові, Угорщині, Республіці Білорусь та інших країнах, про що йшлося, засвідчили про значне поширення амбулаторної форми надання ПХД як найбільш доступної та економічно обґрунтованої, що дає змогу організувати взаємодію та співпрацю фахівців ЗОЗ і установ соцзахисту населення, оптимізувати і забезпечити дотримання принципів мультидисциплінарності та стандартів ПХД.

4.2 Оцінка потреби в паліативній допомозі, організації її надання у Вінницькій області

Сучасна медико-демографічна ситуація в Україні, як і в цілому світі, характеризується значним постарінням населення, зменшенням загальної його чисельності, зростанням рівнів захворюваності та смертності від тяжких хронічних захворювань з чіткою тенденцією росту в майбутньому.

Очевидно, що потреба в ПД надалі буде зростати. Проведення розрахунків необхідності ПД базуються на рекомендаціях міжнародних експертів [15, 17], згідно із якими більш як 80% інкурабельних пацієнтів потребують паліативної допомоги. Ці ж рекомендації покладені в основу вітчизняної методики, затвердженої Наказом МОЗ України від 15.07.2011 р. № 420 [38]. У відповідності до неї розрахунки проводяться для пацієнтів з інкурабельними формами серцево-судинних захворювань, СНІДом, онкопатології тощо, а також для осіб старечого віку.

У нашому дослідженні ми теж провели такі розрахунки в динаміці за двохрічний період (2019-2020 рр.). Проте, слід відзначити складність отримання необхідної інформації, оскільки існуюча система державної статистики не дає можливості отримати дані щодо кількості померлих від інкурабельних форм хронічних захворювань. Тому, в основу приблизних розрахунків на рівні України взяли кількість померлих від усіх причин, крім зовнішніх. У 2019 році загальна кількість померлих по Україні становила 741,7 тисяч осіб, з них від зовнішніх причин – 68,5 тисяч, у 2020 р. зменшилась до 663,1 та 41,7 відповідно. Опираючись на ці дані, отримано, що потреба у ПД складала приблизно 540 тисяч осіб 2019 р. і також зменшилась до майже 500 тисяч осіб 2020 р.

Методологія розрахунку потреби в паліативній допомозі розроблена в Українському центрі суспільних даних, на основі аналізу наявних в Україні статистичних даних. Методика полягає в застосуванні спеціальних коефіцієнтів

для кожної хвороби або групи хвороб, відповідно до вікового, гендерного показника та нозології захворювань.

Аналізуючи статистичні дані ми визначили потребу у ПХД у віковому та нозологічному аспектах на регіонарному рівні по Вінницькій області. Зокрема по Вінницькій області 11 328 пацієнтів потребують на сьогодні паліативної допомоги: 8 612 дорослих та 2 716 дітей.

По Вінницькій області паліативна допомога надається стаціонарна і амбулаторна та 1 виїзною паліативною бригадою.

Стаціонарні заклади охорони здоров'я паліативно-хоспісної допомоги на регіональному рівні - Вінницької області:

- КЗ «Козятинська обласна туберкульозна лікарня» м. Козятин – 30 спеціалізованих ліжок фтизіатричного профілю

Відділення паліативної і хоспісної медицини у Вінницькій області:

- Хоспіс на базі міської клінічної лікарні №3 паліативне відділення на 35 ліжок терапевтичного профілю
- паліативні палати та 10 спеціалізованих ліжок для онкологічних хворих у Вінницькому обласному онкологічному диспансері
- паліативна палата та 4 спеціалізованих ліжка для хворих на ВІЛінфекцію/СНІД у Центрі профілактики та боротьби зі СНІД (м. Вінниця);

Виїзна паліативна:

- на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні області працює виїзна паліативна бригада, яка обслуговує дітей та дорослих не лише у Вінниці, але й по районах, фахівці яких разом з лікарями загальної практики–сімейними лікарями та медичними сестрами і лікарями первинної медико-санітарної допомоги надавають кваліфіковану ПХД в домашніх умовах.

Амбулаторна ПХД:

- надається в міських полікліках та центрах первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) лікарями загальної практики-сімейними лікаря та медичними сестрами.

Приватна паліативна допомога:

В Онкологічному центрі Oncohelp Clinic надається приватна паліативна допомога онкологічного профілю.

Розрахунки, які базуються на чисельності осіб похилого віку (старше 60 років), також засвідчили зростання потреби у ПД на Вінничині до майже 13 тисяч осіб, при цьому чисельність населення у Вінницькій області знизилась на 4,4%, з одночасним зростанням вікової групи старше 70 років на 47,3%. Не слід забувати, що крім самих хворих, ПД потребують їх найближчі родичі. З врахуванням цього загальна величина потреби, за рекомендаціями ВООЗ, повинна бути утричі вищою. Розрахунки потреби у загальній та спеціалізованій ПД також базувались на уже згаданих рекомендаціях. Згідно із ними, із всього числа потребуючих ПД 80% становить потреба у загальній амбулаторній допомозі, 20% – у стаціонарній.

Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації паліативної допомоги (2010) нормативи для розрахунку потреби в спеціалізованій ПД становлять: 54 - для стаціонарної допомоги – 80-100 паліативних ліжок на 1 млн. населення; - для забезпечення спеціалізованої домашньої паліативної допомоги – одна мультидисциплінарна команда (виїзна мобільна бригада) на 100 тис. населення.

РОЗДІЛ 5 МЕДИКО-СОЦІОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ СФЕРИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

5.1 Медико-соціологічна характеристика медичного персоналу сфери паліативної допомоги

З метою поглибленого вивчення якості та потреби в спеціальній підготовці медичного персоналу, що працює в сфері паліативної допомоги, виникла потреба в організації та проведенні спеціального медико-соціологічного дослідження з використанням розробленою з цією метою анкети.

Анкети містили питання стосовно соціально-економічних, соціально-психологічних чинників, способу життя тощо, а також адаптований опитувальник В. Бойка для діагностики синдрому емоційного вигорання [21]. Збір даних проводився на базі закладів охорони здоров'я м.Вінниці: обласного онкологічного диспансеру, центральної міської клінічної лікарні №3, обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, міських поліклінік та центрах первинної медико-санітарної допомоги. Проведене вибіркове дослідження включало 28 медичних працівників.

Дизайн дослідження передбачав розподіл медичного персоналу на три групи за ступенем контакту з інкурабельними та важкохворими пацієнтами, у відповідності з яким першу (основну) групу склали (32,92%) медичних працівників, які власне і надають ПД, оскільки мають з такими хворими безпосередній постійний контакт (з них 3 – лікарі, 8– молодші спеціалісти з медичною освітою), другу групу сформували 16 (17,32%) медиків поліклініки та первинної ланки, ступінь контакту яких із інкурабельними хворими можна оцінити як середній (з них 9 – лікарів, 7– молодші спеціалісти з медичною освітою), а третю – 6 (10,45%) організатори охорони здоров'я, які контактують з такими хворими спорадично (рис.5.1.1).

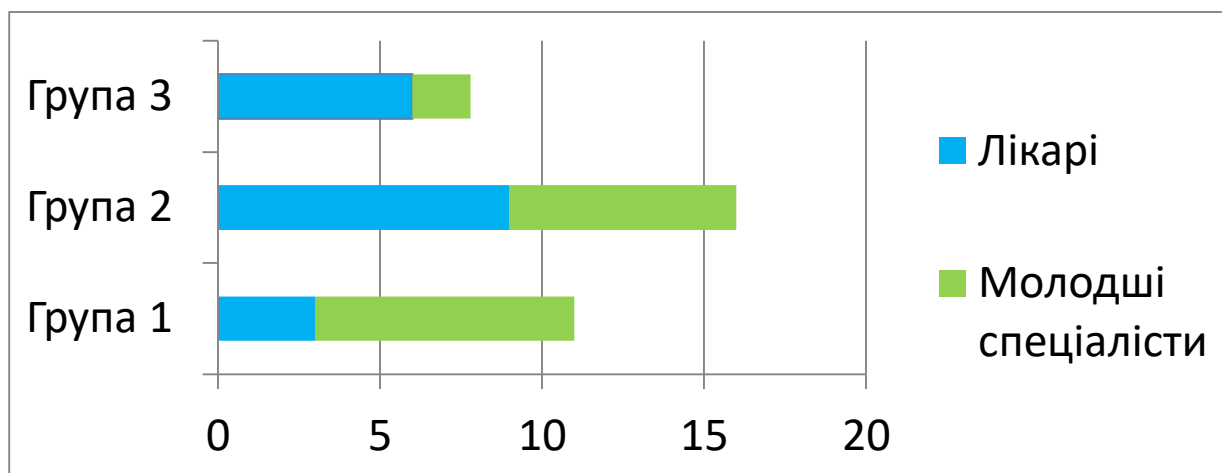


Рис.5.1.1 Дизайн дослідження медичного персоналу за ступенем контакту з інкурабельними та важкохворими пацієнтами

Майже дві третини ($66,8 \pm 3,2\%$) працівників ПД – молоді люди у віці до 40 років, проти $43,2 \pm 4,7\%$ серед працівників ПМСД та $32,8 \pm 5,7\%$ серед керівників закладів охорони здоров'я ($p < 0,001$).

На наш погляд, така ситуація може бути пов'язана із притаманною для сфери ПД плинністю кадрів. Особливо це помітно на прикладі молодших спеціалістів з медичною освітою (МСМО), половина з яких ($46,6\%$ проти $24,7\%$ лікарів сфери ПД, $p < 0,05$) – молодь у віці до 30 років. За статевим розподілом основний тягар обслуговування інкурабельних хворих припадає на медичний персонал жіночої статі, яких, як у основній групі, так і в групі працівників ПМСД – абсолютна більшість ($81,0 \pm 2,7$ та $80,2 \pm 3,8\%$) відповідно. Серед організаторів охорони здоров'я частка осіб жіночої статі удвічі нижча – ($44,8 \pm 6,1\%$, $p < 0,001$). На наш погляд, встановлені особливості є ще одним свідченням гендерних стереотипів в цій професії внаслідок фінансової непривабливості, труднощів кар'єрного росту, низького престижу роботи тощо.

Слід також наголосити, що, як було вже показано, обслуговування інкурабельних пацієнтів, крім психологічного навантаження, вимагає значних

фізичних зусиль. Тому дивує, що всі представники молодших спеціалістів з медичною освітою сфери ПД – це особи жіночої статі. За місцем постійного проживання порівнювані групи між собою відрізнялись ($p < 0,05$). Хоча більшість з них ($74,6 \pm 5,3 - 85,6 \pm 3,3\%$) – це міські мешканці, проте майже 40,0% МСМО, які працюють у сфері ПД, жителі сіл – 37,3% проти всього 8,6% лікарів. Аналізуючи рівень кваліфікації та стаж, враховуючи тісну кореляцію цих параметрів між собою та віком опитаних, зрозуміло, чому медичний персонал, який працює в сфері паліативної допомоги, в цілому характеризувався нижчим рівнем кваліфікації ($p < 0,01$) порівняно з іншими медичними працівниками

Так, серед працівників ПД зареєстровані найбільші частки не атестованих ($37,7 \pm 3,4\%$, головним чином за рахунок молодших спеціалістів з медичною освітою – 46,5% проти 26,9% серед лікарів, $p < 0,01$) та осіб з другою кваліфікаційною категорією ($20,3 \pm 2,8\%$) у порівнянні із працівниками первинної ланки – ($31,5 \pm 4,5\%$) і ($12,0 \pm 3,1\%$) та організаторами охорони здоров'я – ($28,4 \pm 5,5\%$) і ($17,9 \pm 4,7\%$) відповідно. І навпаки – з першою кваліфікаційною категорією серед працівників ПД у 1,5-2 разу менше, ніж серед інших: ($16,4 \pm 2,6\%$) проти ($30,6 \pm 4,4\%$) працівників ПМСД і ($25,4 \pm 5,3\%$) керівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ). Разом з тим, частки осіб з вищою кваліфікаційною категорією у порівнюваних групах були практично однакові: $25,6 \pm 3,0\%$, $25,9 \pm 4,2\%$ та $28,4 \pm 5,5\%$ відповідно. Зрозуміло, що провідними причинами розглянутої ситуації можуть бути встановлені вище особливості вікової структури основної групи, більшої частки серед них молодших спеціалістів з медичною освітою, можливо більш вираженої плинності кадрів. Саме тому, очевидно, серед респондентів основної групи, зафіксована й найвагоміша частка тих, хто мали незначний стаж роботи – до 10 років ($43,3 \pm 3,5\%$), в той час як частка персоналу з таким же стажем на первинній ланці та серед організаторів охорони здоров'я значно нижча – $28,6 \pm 4,4\%$ і $27,3 \pm 5,5\%$ відповідно ($p < 0,05$). Також у 1,5-2 разу вища й питома вага серед працівників ПД осіб із стажем роботи 10-19 років: $27,1 \pm 3,1\%$ проти $14,3 \pm 3,4\%$ і

19,7±4,9% відповідно. І навпаки – серед респондентів ПД значно менше осіб із стажем роботи понад 20 років: 29,6±3,2% проти 57,1±4,8% на рівні ПМСД і 53,0±6,1% серед керівників ЗОЗ. Очевидно, це в черговий раз свідчить в користь вибування медичного персоналу ПД з професії.

Подальший аналіз відповідей респондентів показав, що однією із вагомих причин такої плинності кадрів може бути низький рівень оплати праці. Зокрема встановлено, що трохи менше половини опитаних працівників сфери ПД та первинної ланки позиціонували себе як низько забезпечені (40,3±3,4% та 41,8±4,7% відповідно, порівняно з 19,4±4,8% серед організаторів охорони здоров'я, $p<0,05$). Решта – оцінили свої статки як середні. І тільки дві особи з усіх опитаних вважали себе високо забезпеченими. В цілому медпрацівники – жінки частіше скаржилися на низькі доходи (40,5± 2,9% проти 27,3±4,5% чоловіків, $p<0,05$). Разом з тим, встановлена відсутність суттєвої різниці у самооцінці рівня матеріального добробуту серед респондентів різного віку, місця проживання та освіти ($p>0,05$) можливо зумовлена суб'єктивністю таких відповідей та, як правило, порівнянням при цьому власного фінансового забезпечення з аналогічним в своїй соціальній групі. Вивчення об'єктивного рівня матеріального благополуччя показало, що в цілому суб'єктивна оцінка має під собою раціональне підґрунтя. У половини медичного персоналу, який надає паліативну допомогу (48,1±3,9%) та у третини працівників первинної ланки (32,9±5,4%) середньомісячний дохід на одного члена сім'ї є нижчим від прожиткового мінімуму, у порівнянні із 10,7±4,1% організаторів охорони здоров'я ($p<0,001$). І навпаки, дохід, вище середньої по Україні заробітної плати, мають лише 3,1±1,4% працівників паліативної допомоги проти 9,2±3,3% респондентів первинної медико-санітарної допомоги та 14,3±4,7% керівників закладів охорони здоров'я. Об'єктивно рівень матеріального добробуту зростає з віком – частка осіб з середньомісячним доходом на члена сім'ї, нижчим прожиткового мінімуму, знижувалась з 50,6% серед медпрацівників молодших 30 років до 21,1% – старших 50 років ($p<0,001$). З огляду на вже вказані відмінності у демографічних характеристиках різних груп медичних

працівників, зрозуміло, чому найвищі частки осіб з низькими доходами виявились серед респондентів жіночої статі (43,1% проти 19,7% серед чоловіків, $p < 0,001$) та сільських мешканців (56,5% в порівнянні з 31,7% міських жителів, $p < 0,001$).

5.2 Медико-психологічна характеристика медичного персоналу сфери паліативної допомоги

За даними наукових джерел відомо, що постійний контакт із процесом помирання та самою смертю, які завжди супроводжують обслуговування інкурабельних пацієнтів, часто закінчується професійним вигоранням самих медичних працівників. Вивчення цього питання за допомогою методики В. Бойка показало, що більше половини ($54,0 \pm 2,5\%$) всіх опитаних медичних працівників мали сформований синдром емоційного вигорання (СЕВ) середнього ($37,3 \pm 2,5\%$), високого ($7,7 \pm 1,4\%$) та критичного ($9,0 \pm 1,5\%$) рівнів. При чому, у дослідженні не встановлено суттєвої різниці ($p > 0,05$) у частоті СЕВ та його інтенсивності серед порівнюваних за рівнем контакту з інкурабельними пацієнтами груп медичних працівників. Тим не менше, організатори охорони здоров'я (10,4%), рівно як і працівники сфери ПД (10,4%), знаходяться у критичній стадії СЕВ, що удвічі частіше, ніж серед медичних працівників первинної ланки (5,4%). Зрозуміло, що генез цих проявів різний, проте в основі їх – надмірне психоемоційне навантаження (рис 5.2.1).

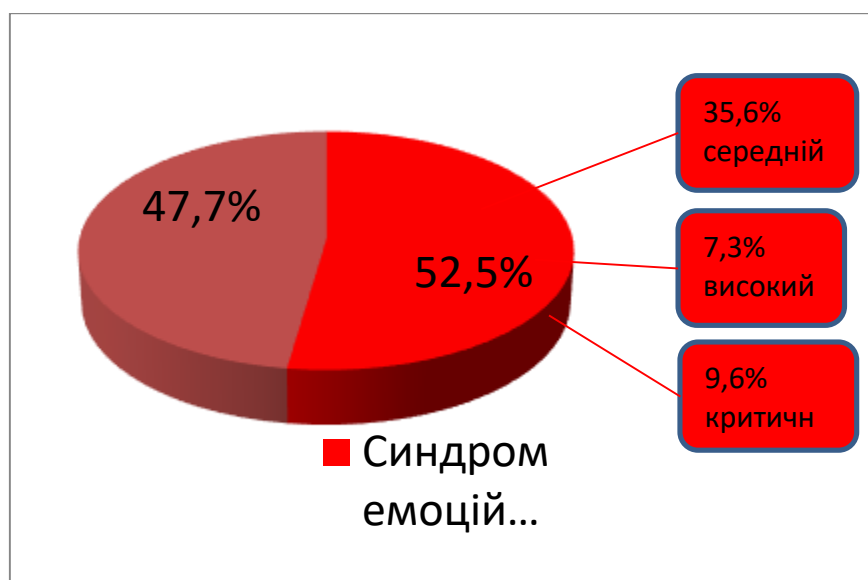


Рис.5.2.1 Частота синдрому емоційного вигорання та його інтенсивність серед медичних працівників за анкетною В. Бойка

У керівників ЗОЗ цей синдром, як правило, виникає внаслідок високої відповідальності, пов'язаної з особливістю виконання управлінських функцій, в той час, як у сфері ПД – це реакція на хронічну психотравму. Підтвердженням сказаному можуть бути отримані у дослідженні суттєві відмінності ($p < 0,05$) у частоті різних проявів СЕВ серед лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою, які постійно контактують із інкурабельними хворими та їх родичами. Встановлено, що серед лікарів поширений у 1,5 разу більше, ніж серед молодших спеціалістів з медичною освітою.

Дві третини опитаних лікарів сфери ПД ($67,7 \pm 4,8\%$ проти $47,5 \pm 4,6\%$ молодших спеціалістів з медичною освітою) мають сформовані ознаки професійного вигорання, у тому числі $15,1 \pm 3,7\%$ і $6,8 \pm 2,3\%$ відповідно) – критичного рівня. Враховуючи вже показану різницю між порівнюваними медичними працівниками за віком, статтю, стажем роботи, рівнем кваліфікації тощо, можна було очікувати, що вказані чинники безпосередньо впливають на виникнення емоційного вигорання. Однак, застосування методики обчислення показника відношення шансів, як в цілому серед опитаного медичного персоналу, так і в групі працівників ПД, не підтвердило гіпотезу щодо розвитку СЕВ в залежності від віку, статі, місця проживання, кваліфікації ($p > 0,05$). Разом з тим доведено, що шанси виникнення СЕВ достовірно зростають при наявності вищої освіти ($p < 0,05$). Очевидно, це пов'язано із відмінністю функціональних обов'язків лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою стосовно обслуговування інкурабельних хворих.

Внаслідок не сформованості сфери ПД в Україні, можливо молодші спеціалісти з медичною освітою ще не виконують такого обсягу завдань, як у країнах, де існують стандарти цього виду допомоги, а тому основний тягар спілкування з пацієнтом та його родиною традиційно припадає на лікарів. З іншого боку, це може бути підтвердженням вже висловленого припущення про плінність кадрів в сфері ПД, особливо за рахунок молодших спеціалістів з медичною освітою. Ще одним аргументом на користь сказаного, на наш погляд,

є відсутність отримання у дослідженні доказів щодо залежності важкості проявів СЕВ від стажу роботи ($p > 0,05$). Мало того, професійна діяльність впродовж понад 25 років суттєво знижує шанси формування синдрому ($p < 0,05$).

Можна припустити, що залишаються у професії ті, хто не має вигорання (ентузіастичної своєї справи, особи з високими адаптаційними можливостями, які володіють методиками протидії дистресам тощо), а інші – вибувають до того часу.

Необхідно нагадати, що окремими складовими, які відображають послідовні етапи розвитку СЕВ, є три фази: напруження, резистенції та виснаження, кожен з яких формують по чотири симптоми. Інтенсивність прояву кожного симптому оцінюється за сумою балів: 0-9 – симптом не сформований, 10-15 – на стадії формування, 16 і більше – симптом сформований, у т.ч. 20 балів і більше – домінуючий. Ступінь сформованості фази визначають за інтегральною оцінкою її симптомів.

В результаті вивчення розповсюдженості окремих фаз та симптомів синдрому виявлено, що перша фаза – напруження, сформована у $15,2 \pm 1,8\%$ респондентів, і ще більш ніж в третини респондентів $37,0 \pm 2,4\%$ – на стадії формування, тобто їх можна віднести до групи ризику за цією ознакою.

При чому звертає на себе увагу, що серед лікарів ПД сформована фаза напруження зафіксована достовірно частіше, ніж серед інших груп обстежених медичних працівників – $19,4\%$ ($p < 0,05$). Слід зазначити, що першу фазу СЕВ складають такі симптоми як: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, відчуття «загнаності в кут», тривога і депресія. Найбільш показовим для опитаного медичного персоналу виявився симптом переживання психотравмуючих обставин, що проявляється спочатку надмірною активністю, співчуттям, відчуттям незамінності, а потім змінюється емоційною спустошеністю, втомою, безсонням, викликаними власною професійною діяльністю, і є сформованим у більшості респондентів

(53,5±2,5%), причому переважно знаходиться уже на стадії домінування (43,4±2,5%), і знову достовірно частіше вражає лікарів ПД – 67,7%. Досить поширені серед респондентів також були тривога та депресія, ознаками яких є постійне почуття провини, підвищена нервозність та неспокій, нерідко алекситимія (неможливість виражати словами свої почуття), пригнічений настрій тощо. Ці прояви сформовані у кожного п'ятого опитаного (20,6±2,0%). Симптоми тривоги та депресії суттєво ($p < 0,05$) частіше зустрічаються у лікарів сфери ПД (28,0%), хоча серед керівників ЗОЗ також досить виражені (23,9%). Звертає на себе увагу і достовірна різниця у частоті відчуття «загнаності у кут», яке характерне для кожного десятого опитаного (9,3±1,5%), в основному, за рахунок лікарів, як сфери ПД (10,8%), так і первинної ланки (14,4%).

Разом з тим, у картині синдрому вигорання опитаного медичного персоналу найпоширенішими виявились симптоми другої фази СЕВ – резистенції (у 28,3±2,3% фаза сформована і ще у 38,6±2,5% – на етапі формування), характерними рисами якої є зменшення емпатії у відповідь на професійний стрес. Ця фаза проявлялась завершеністю та домінуванням всіх її симптомів, зокрема таких як: редукція професійних обов'язків (37,0±2,4%), розширення сфери економії емоцій (36,5±2,4%), неадекватне вибіркоче емоційне реагування (34,4±2,4%) та емоційно-моральна дезорієнтація (25,6±2,2%), яким притаманні емоційна замкненість, байдужість, бажання припинити будь-які комунікації, згортання професійної діяльності, виникнення у працівників відчуття некомпетентності та відсутності позитивних результатів роботи, обмеження емоційної віддачі за рахунок вибіркового реагування тощо. Розвиток цієї фази очевидно зумовлений неможливістю для медичного працівника продовжувати свою діяльність в попередньому режимі і є своєрідним, свідомим чи несвідомим, спротивом особистості у відповідь на дію психотравмуючих професійних факторів. Варто акцентувати, що фаза резистенції знову достовірно ($p < 0,05$) частіше уражає лікарів, що безпосередньо працюють з інкурабельними хворими, порівняно з молодшими спеціалістами з медичною освітою ПД, як в цілому (34,4% проти 22,9% відповідно), так і майже

за всіма складовими. Особливо характерними для лікарів сфери ПД виявились симптоми розширення сфери економії емоції (47,3%) та неадекватного вибору емоційного реагування (43,0%). Хоча слід сказати, що останній симптом також показовий для організаторів охорони здоров'я (43,3%).

Апофеозом розвитку синдрому емоційного вигорання є фаза виснаження, основні прояви якої – психофізична перевтома, нівелювання власних професійних досягнень, розвиток цинічного ставлення до колег і хворих. У нашому дослідженні така фаза виявилась повністю сформованою у достатньо високого відсотку опитаних – у $14,4 \pm 1,8\%$, і ще у $27,8 \pm 2,3\%$ знаходилась на стадії формування. Суттєвих відмінностей в порівнюваних групах медичних працівників не встановлено ($p > 0,05$). У всіх опитаних одним з найвагоміших симптомів цієї фази був емоційний дефіцит ($17,5 \pm 1,9\%$), що характеризується мінімізацією емоційного внеску в роботу, автоматизмом та спустошенням людини на тлі розвитку негативних емоцій. Крім того, у $16,7 \pm 1,9\%$ респондентів виявились психосоматичні та психовегетативні порушення. Ці ознаки зазвичай формують погіршення фізичного самопочуття і такі дисфункції, як: розлади сну, головний біль, зниження імунітету, переїдання чи анорексію, а також можуть провокувати проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних захворювань.

Майже з такою ж частотою зустрічаються серед опитаного медперсоналу і прояви емоційного ($15,7 \pm 1,8\%$) та особистісного відчуження ($14,9 \pm 1,8\%$), які можуть виражатися в формальному виконанні своїх професійних обов'язків, критиці і навіть засудженні особистісних та фахових цінностей, бажанні відсторонитися як від близьких, так і колег, пацієнтів, формуванні негативістської життєвої позиції, відчутті втрати сенсу життя тощо. Досить часто саме в цій фазі з'являється потреба якимось чином «зняти» стрес і такими засобами, на жаль, стають психотропні середники, алкоголь, тютюн, азартні ігри тощо.

Зокрема, попри те, що половина всіх респондентів ($53,7 \pm 2,5\%$) скаржились на постійні дистреси у житті, найбільш вразливими серед порівнюваних професійних груп виявились лікарі сфери ПД ($66,7 \pm 4,9\%$, $p < 0,01$) та, особливо, медичні працівники із високим та критичним рівнями СЕВ ($83,3-85,7\%$, $p < 0,001$). Доведено, що при наявності професійного вигорання шанси страждання від дистресів у 2,5-6 разів вищі ($p < 0,001$). Частіше скаржилися на постійні стреси опитані медичні працівники чоловічої статі ($64,6 \pm 4,8\%$ проти $50,5 \pm 2,9\%$ жінок, $p < 0,05$) та мешканці міст ($58,2 \pm 2,8\%$ проти $37,6 \pm 5,3\%$ сільських жителів, $p < 0,01$). На наш погляд, той факт, що нарікання на дистреси, головним чином поширені серед медпрацівників у віці 40-59 років ($65,0-68,8\%$, $p < 0,01$), тобто на вершині професійних досягнень, є черговим доказом взаємозв'язку розглянутого чинника із специфічними умовами трудової діяльності.

Важливим параметром якості життя є повнота самоактуалізації, яка відображає міру досягнення життєвих мрій, цілей, сподівань. Зрозуміло, що таких осіб, які повністю задоволені рівнем самореалізації у соціумі небагато. В нашому дослідженні – це лише $5,7 \pm 1,2\%$. Більшість опитаних медичних працівників оцінили його як частковий ($79,3 \pm 2,1\%$). Проте, досить високою ($15,0 \pm 1,8\%$), незалежно від статі, місця проживання та роботи, виявилась частка респондентів, які вважали, що взагалі не досягли успіху в житті. Кризовою віковою групою у цьому плані виявився вік 30-39 років ($21,9 \pm 4,2\%$, $p < 0,05$), який, як відомо, є часом найбільших соціальних та професійних амбіцій. Очевидно їх невідповідність реальній сфері зайнятості та життєвим цілям може бути ще одним додатковим чинником виникнення емоційного вигорання. Адже кожен четвертий – п'ятий респондент з високим та критичним рівнями емоційного вигорання ($20,0-28,6\%$ проти $7,9\%$ осіб з несформованим СЕВ, $p < 0,01$) вважав, що зовсім не досяг успіху у житті.

При цьому доведено, що шанси виникнення СЕВ достовірно зростають саме у тих респондентів, які відносять себе до невдах ($p < 0,01$). Високий рівень

емоційного вигорання серед медичних працівників негативно впливає й на особисте життя. Так, вивчення сімейного стану обстежуваних груп показало, що більшість з опитаних ($70,3 \pm 2,3\%$), незалежно від статі, місця проживання та місця роботи, перебували у шлюбі. Однак, решта – майже третина, не мали супутника життя: $15,0 \pm 1,8\%$ ніколи не були одружені, ще $11,9 \pm 1,6\%$ були розлучені та $2,8 \pm 0,8\%$ – овдовіли. Розглянуті показники відрізнялися в окремих вікових ($p < 0,001$).

Про можливий взаємозв'язок між напруженими умовами праці та складними сімейними стосунками свідчить найвища частота розлучених серед осіб із СЕВ високого та критичного рівнів ($23,3-25,7\%$ проти $9,0\%$ у респондентів без ознак вигорання, $p < 0,05$).

Крім негативного впливу на сімейні стосунки розглянуті особливості професійної діяльності відбиваються й на інших характеристиках соціально-психологічної адаптації, якості життя та соціального благополуччя індивідуума, зокрема на його громадській активності. Загалом тільки менше половини опитаних ($45,5 \pm 2,5\%$) визнали, що регулярно зустрічаються з друзями, родиною, відвідують різні гуртки, секції, театр, церкву тощо. Ще приблизно така ж частка ($48,6 \pm 2,5\%$) роблять це зрідка, а $5,9 \pm 1,2\%$ – зовсім не беруть участь у громадському житті. Причому, найбільш поширена соціальна апатія серед чоловіків ($11,1 \pm 3,2\%$ проти $4,1 \pm 1,2\%$ жінок, $p < 0,05$) і характерна для молодого та зрілого віку – 30-49 років ($10,0-11,5\%$, $p < 0,01$). Це знову наштовхує на думку, що саме ці вікові категорії можна розглядати як групи ризику у плані психологічного напруження та виснаження. Високий відсоток медичних працівників, які постійно зайняті у суспільному житті, серед осіб у віці понад 50 років ($54,5-66,7\%$) у черговий раз показує, що в професії очевидно залишаються психологічно адаптовані, про що свідчить їх активна громадська позиція. Всередині порівнюваних професійних груп встановлено, що найменш соціально активні респонденти, які постійно працюють з інкурабельними хворими, головним чином – лікарі ($12,9 \pm 3,5\%$, $p < 0,01$). Крім того, виявлено, що

серед осіб з високим та критичним рівнями емоційного вигорання частки тих, хто зовсім не бере участі у громадському житті, ще суттєвіші (13,317,1%), а питома вага соціально активних осіб значно менша (22,9-30,0%, $p < 0,001$). Доведено, що при вираженому СЕВ шанси низької громадської активності достовірно вищі ($p < 0,001$). У дослідженні також встановлено, що розглянуті особливості професійної діяльності негативно впливають на психологічний мікроклімат в робочих колективах, а отже і на якість трудових ресурсів. Так, лише $37,9 \pm 2,5\%$ опитаних медичних працівників оцінили свої взаємини з колегами як доброзичливі, а більшість ($62,1 \pm 2,5\%$) висловили невдоволення ними, причому $3,9 \pm 1,0\%$ з них визнавали наявність постійних конфліктів. Найгірше оцінювали взаємовідносини в колективі також респонденти 40-49 років (76,3%), з яких кожен десятий (8,8%) характеризував ситуацію на роботі як конфліктну ($p < 0,01$). На противагу очікуваному, стосунки в колективах медиків, які обслуговують інкурабельних хворих, виявились відносно найкращими. Респонденти цієї групи частіше від інших давали доброзичливі оцінки взаєминам із своїми колегами ($41,7 \pm 3,4\%$ проти майже рівних часток персоналу міських поліклінік і організаторів охорони здоров'я – $34,5 \pm 4,6\%$ та $31,3 \pm 5,7\%$ відповідно, $p < 0,05$). Очевидно через високу відповідальність в ході виконання управлінських функцій, найбільш проблемні професійні стосунки встановлені у організаторів охорони здоров'я, де кожен десятий оцінив їх як стабільно конфліктні ($9,0 \pm 3,5\%$ проти $3,8 \pm 1,3\%$ працівників ПД та $0,9 \pm 0,9\%$ працівників первинної ланки). В цілому кращий мікроклімат у робочих колективах медичних працівників сфери ПД можна пояснити комплексом факторів: відносно молодший вік працівників (особи до 30 років найкраще оцінюють робочу атмосферу – 46,1-50,0%), можливо природній професійний відбір – на цих місцях працюють особи з відповідним складом характеру і психологічними характеристиками, а ті, для кого це надзвичайно важко, як уже було показано, вибувають із професії. З іншого боку, у цю групу респондентів входили медичні працівники Вінницького хоспісу, у якому з моменту його заснування діють постійні тренінги з профілактики професійного вигорання та

з навичок командної роботи. Очевидно ця обставина значною мірою вплинула на отримані результати, адже в дослідженні встановлено, що серед осіб з високим та критичним рівнями СЕВ абсолютна більшість (76,7-80,0%, $p < 0,001$) незадоволені взаєминами в робочому колективі, тобто наявність емоційного вигорання у 2-7 разів збільшує шанси ускладнених професійних стосунків з колегами ($p < 0,05$). Інтегральна оцінка розглянутих соціально-психологічних чинників, які достовірно збільшують шанси емоційного вигорання, та співставлення її із поширеністю СЕВ високого і критичного рівнів дозволила встановити, що між ними існує прямий сильний достовірний кореляційний взаємозв'язок ($r_{xy} = 0,99$; $p < 0,001$) та виділити групи підвищеного ризику за професійною належністю та віком. Так, серед опитуваних професійних груп медичних працівників виділяються лікарі, задіяні у сфері ПД, для яких характерні найвищі рівні соціально-психологічних проявів (40,6%) та частоти СЕВ високого і критичного рівнів (22,6%). Співставлення цих же даних по окремих вікових групах дозволило підтвердити висловлену раніше гіпотезу, що найкритичнішим віком виникнення і розвитку СЕВ є вік 40-49 років, де розглянуті параметри сягали пікових значень (42,4% та 61,0% відповідно).

Встановлені соціально-психологічні особливості та висока стресогенність професійної діяльності респондентів, як уже вказувалось, може спонукати їх шукати вихід через сурогатні адаптогени – алкоголь, куріння, «заїдання» стресу тощо. Вивчення у цьому зв'язку параметрів індивідуального способу життя контингенту спостереження показало, що серед медичних працівників, які дуже добре поінформовані про ризики куріння, майже третина респондентів ($27,0 \pm 2,3\%$), не залежно від місця проживання, мали цю шкідливу звичку, з яких тільки $7,7 \pm 1,4\%$ змогли її позбутися, а $19,3 \pm 2,0\%$ курять регулярно. Мало того, дві третини курців ($68,5 \pm 6,3\%$) мають значний його стаж – понад 10 років, майже 40% з них ($37,0 \pm 6,8\%$) – викурюють понад 10 цигарок у день. Частіше куріння поширене серед медичних працівників у віці 40-59 років ($32,5$ - $37,7\%$, $p < 0,01$) та, цілком очікувано, серед чоловіків ($64,6 \pm 4,8\%$ проти $14,1 \pm 2,0\%$ жінок, $p < 0,001$). Відповідно до цього, при порівнянні професійних

груп встановлено найбільші частки курців серед організаторів охорони здоров'я (47,8%) та лікарів сфери ПД (41,9% проти 10,2% молодших спеціалістів з медичною освітою та 19,8% медиків первинної ланки, $p < 0,001$), що, очевидно, значною мірою можна пояснити особливостями статевого розподілу в групах. Найбільший стаж куріння (понад 10 років) так само мали організатори охорони здоров'я (90,0% з числа тих, хто курить, $p < 0,05$), а також лікарі сфери ПД (77,8%) у порівнянні із медпрацівниками ПМСД (57,1%) та молодшими спеціалістами з медичною освітою ПД (30,0%). За інтенсивністю куріння відмінності між професійними групами достовірні ($p < 0,05$), за рахунок того, що приблизно половина курців (42,9-50,0%) з числа організаторів охорони здоров'я, лікарів ПД та первинної ланки викурюють у середньому понад 10 цигарок у день, в той час як серед курців з числа МСМО ПД таких не було жодної особи. Не встановлено суттєвих відмінностей у поширеності, тривалості та інтенсивності куріння в залежності від рівня сформованості СЕВ ($p > 0,05$).

Інша шкідлива звичка – вживання алкоголю, також досить поширена серед контингенту спостереження. Досліджуючи її розповсюдженість серед медичних працівників встановлено, що тільки близько 40% респондентів характеризуються відносно безпечною моделлю вживання алкоголю – $10,5 \pm 1,6\%$ зовсім не вживають алкоголь і $34,2 \pm 2,4\%$ роблять це епізодично (рідше 1 разу на місяць). Ще $39,6 \pm 2,5\%$ – випивають спиртне помірно (1-2 рази на місяць), хоча за даними наукової літератури ця модель вживання алкоголю уже характеризується потенційним ризиком шкідливих наслідків.

Натомість, одному із найкращих факторів боротьби із дистрессами – фізичній культурі та спорту, опитані медичні працівники приділяють недостатньо уваги. Так встановлено, що лише $15,7 \pm 1,8\%$ з них займаються фізичними вправами систематично, ще $32,2 \pm 2,5\%$ – епізодично, але практично половина респондентів ($45,1 \pm 2,5\%$), незалежно від віку та місця проживання – взагалі не практикують такі заняття. Частка осіб, цілком байдужих до фізичної

культури, значно вища серед респондентів-жінок ($50,5 \pm 2,9\%$ проти $30,3 \pm 4,6\%$ чоловіків, $p < 0,01$). Найнижчу фізичну активність демонстрували медичні працівники ПД, більше половини з яких взагалі не займаються фізичними вправами ($55,7 \pm 2,4\%$ проти $33,3 \pm 4,5\%$ працівників первинної ланки і $31,3 \pm 5,7\%$ організаторів охорони здоров'я, $p < 0,001$), причому частіше – це молодші спеціалісти з медичною освітою ПД ($64,1 \pm 4,4\%$ проти $45,2 \pm 5,2\%$ лікарів ПД, $p < 0,05$). Проте, залежності між рівнем практикування фізичних вправ і вираженістю СЕВ у нашому дослідженні не встановлено ($p > 0,05$).

Важливим чинником здорового способу життя є культура та якість харчування. При аналізі характеру харчування обстежених встановлено, що більшість з них ($75,0 \pm 2,2\%$), незалежно від статі, місця проживання та місця роботи, харчуються нерегулярно. При цьому, третина респондентів ($32,0 \pm 2,4\%$) заявили, що у них взагалі відсутній будь-який режим харчування. Особливо високим цей відсоток спостерігався серед лікарів ПД ($46,7\%$, $p < 0,05$). Найбільш дисциплінованими виявились особи старше 60 років ($42,9\%$ з них повністю дотримувались режиму прийому їжі), а найменше уваги приділяє цьому – молодь до 30 років (тільки $17,4\%$ з них харчуються регулярно, $p < 0,01$). Варто наголосити, що серед осіб з критичним та високим рівнями емоційного вигорання, абсолютна більшість харчується безсистемно ($82,9-86,7\%$, $p < 0,001$). Мало того, доведено, що при наявності СЕВ шанси нерегулярного харчування суттєво вищі ($p < 0,001$). Незважаючи на те, що наші обстежувані здавалось би повинні бути добре обізнані в питаннях здорового харчування (адже вони медичні працівники), практично кожний десятий респондент ($12,7 \pm 1,7\%$) вказав, що постійно вживає жирну їжу та фастфуд, причому чоловіки втричі частіше вживають таку їжу, порівняно з жінками ($26,5 \pm 4,5\%$ проти $8,0 \pm 1,6\%$, $p < 0,001$). Також ще майже 60% медичних працівників ($59,7 \pm 2,5\%$) вживають таку їжу періодично і лише чверть медиків ($27,5 \pm 2,3\%$) не включають її в свій раціон. В порівнювальних професійних групах найгірша ситуація серед організаторів охорони здоров'я, четверта частина з яких зловживає жирною їжею та фастфудом ($25,4 \pm 5,3\%$ проти $11,1 \pm 2,2\%$ працівників ПД та $8,2 \pm 2,6\%$

працівників первинної ланки, $p < 0,01$). Крім того, знову ж таки, лікарі сфери паліативної допомоги майже в 2,5 разу частіше вживали їжу вказаного ґатунку, ніж МСМО ($16,3 \pm 3,9\%$ проти $6,9 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$).

В цілому комплексна поєднана оцінка і співставлення частоти соціально-психологічних проявів, розвинених стадій синдрому емоційного вигорання та чинників нездорового способу життя підтвердила їх взаємопов'язаність, особливо виражену серед вже виділеної групи ризику – лікарів сфери ПД, де рівні всіх вказаних інтегральних показників виявились найвищими. На нашу думку, це підтверджує висловлену гіпотезу про пошук сурогатних адаптогенів високого психоемоційного навантаження саме серед лікарів, що обслуговують інкурабельних пацієнтів. Адже високий сумарний коефіцієнт нездорового способу життя серед організаторів охорони здоров'я перевищує рівні психоемоційних проявів і очевидно залежить від гендерних (переважно чоловічий склад) та особливостей професійної управлінської діяльності. І навпаки, МСМО ПД та працівники ПМСД (за складом переважно жінки) характеризуються більш здоровим способом життя на фоні еквівалентних до організаторів охорони здоров'я рівнів соціально психологічних проявів та поширеності СЕВ.

Поширеність хронічних хвороб не відрізнялась за статтю і місцем роботи, але зростала з віком та, очевидно, головним чином внаслідок цього, була вищою серед міських мешканців. Частота хронічних захворювань зростає при наявності емоційного вигорання. В структурі хронічної патології переважали хвороби шлунково-кишкового тракту ($33,8\%$), дихальної ($22,5\%$) та серцево-судинної систем ($16,5\%$), з яких тільки останні зростали з віком. Попри показану значну поширеність хронічних захворювань і незадоволеність станом здоров'я, більшість медиків, незалежно від статі, віку, місця проживання та роботи, безвідповідально відносяться до нього. Зокрема, половина ($51,7 \pm 2,7\%$) респондентів з числа тих, що мають хронічні хвороби визнали, що за останній рік зовсім не зверталися за медичною допомогою з приводу них. Більшість

респондентів ($69,3 \pm 2,8\%$) не зверталися за медичною допомогою і при гострих станах. Причиною цього може бути самолікування медичних працівників. Проте, непокоїть, що майже третина респондентів ($28,4 \pm 2,4\%$) підтвердили, що не проходили протягом останнього року профілактичного медичного огляду, наражаючи на небезпеку як себе, так і своїх пацієнтів. Найменш відповідально відносяться до свого здоров'я медики чоловічої статі, які удвічі частіше уникали медичних оглядів у порівнянні із колегами-жінками ($40,2 \pm 5,3\%$ проти $24,4 \pm 2,7\%$ відповідно, $p < 0,05$). Слід зазначити, що тільки третина ($31,3 \pm 2,4\%$) опитаних медичних працівників вказали, що задоволені медичною допомогою, яку їм доводилось отримувати. Більше половини ($57,1 \pm 2,5\%$) оцінили її як середню, а кожен десятий ($11,6 \pm 1,6\%$) висловлював повне незадоволення вітчизняною системою охорони здоров'я. Частка частково чи повністю незадоволених медичною допомогою виявилась вагомішою серед медичних працівників жіночої статі – $71,4 \pm 2,7\%$ проти $60,8 \pm 5,0\%$ респондентів-чоловіків ($p < 0,05$). Різниці отриманих даних в залежності від віку, місця проживання та належності до певної професійної групи не виявлено ($p > 0,05$). Проте, серед осіб з високим та критичним рівнями синдрому емоційного вигорання повністю незадоволених медичним обслуговуванням виявилось значно більше ($25,7$ - $26,7\%$, $p < 0,01$).

Абсолютна більшість ($96,9 \pm 0,9\%$) респондентів, незалежно від віку, статі, місця проживання, роботи та вираженості СЕВ, визнали, що ніколи не звертались за психотерапевтичною допомогою. На наш погляд, це є наслідком не стільки байдужого відношення медиків до власного психічного благополуччя, скільки низькою структурно-функціональною доступністю психотерапевтичної служби через невідповідність її реальної наявності зростаючим потребам, психологічній упередженості в суспільстві, плутанні понять психіатричної та психологічної допомоги тощо. В результаті більше третини ($36,0 \pm 2,4\%$) опитаних медиків банально навіть не знали, де можна отримати необхідну психотерапевтичну консультацію.

Висновки.

1. Потреба у паліативній та хоспісній допомозі зумовлена низкою негативних тенденцій в медико-демографічній ситуації та стані здоров'я населення України, зокрема: постаріння населення – частка населення старшого віку збільшилася, зберігається високий рівень смертності та низький рівень народжуваності: на 100 померлих припадає лише 48 новонароджених, тобто різниця становить понад 50%.
2. Виявлено невідповідність існуючого стану надання паліативної та хоспісної допомоги потребам у ній населення та вимогам міжнародних стандартів і норм, потреба у паліативній допомозі за останні роки у Вінницькій області знаходиться на стабільно високому рівні – близько 11 328 пацієнтів потребують паліативної допомоги: 8 612 дорослих та 2 716 дітей.
3. Існуюча мережа та потужність закладів охорони здоров'я Вінницької області, які надають паліативну та хоспісну допомогу, є недостатньою: станом на 01.01.2021 р. у 2 стаціонарних закладах охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги функціонувало 65 ліжок, 14 ліжок у багатoproфільних і спеціалізованих закладах охорони здоров'я, амбулаторних закладах та 1 виїзна бригада.
4. 52,3% всіх опитаних медичних працівників які надають паліативну допомогу мали сформований синдром емоційного вигорання (СЕВ) середнього (35,6%), високого (6,3%) та критичного (9,1%) рівнів.
5. Доведено, що наявність високого та критичного рівнів професійного вигорання негативно впливає на якість надання медичної допомоги, соціально-психологічну дезадаптацію, яка проявляється скаргами на постійні стреси, незадоволеність рівнем досягнення життєвих цілей, конфліктних робочих стосунків, збільшує шанси розвитку хронічних захворювань.
6. Необхідно проводити заходи протидії та подолання наслідків професійного вигорання серед медичного персоналу. Від реалізації яких

очікується значний медичний ефект за рахунок раннього виявлення проявів синдрому емоційного вигорання, зростання задоволеності медперсоналу умовами праці, а пацієнтів і їх родичів отриманими медичними послугами, збільшення доступності психологічної допомоги, поліпшення психологічного клімату в трудовому колективі, зростання мотивації до праці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

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

8. Князевич В. М. Паліативна та хоспісна медицина: концепція, складові, розвиток в Україні (за даними наукової літератури) / В. М. Князевич, З. М. Митник, Ю. І. Губський // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 3 (11). – С. 55–62.

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

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

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

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

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

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

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

16. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe [Electronic resource] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part I // European Journal of Palliative Care. – 2009. – № 16 (6). – . 278–289.–Accessmode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.

17. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe [Electronic resource] / Recommendations from the European Association for Palliative Care. Part II // European Journal of Palliative Care. – 2010. – № 17 (1). – P. 22–33. – Access mode: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=f63pXXzVNEY%3D&tabid=735>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

35. Губський Ю. І. Паліативна та хоспісна медицина в Україні: стан та проблеми. Діяльність ДП 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.

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

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

37. Царенко А. В. Актуальні проблеми післядипломної підготовки медичних працівників з питань паліативної та хоспісної медицини / А. В. Царенко // Медичні перспективи. – 2010. – Т. XV / 1, № 10. – С. 89–91.

38. Царенко А. В. Актуальність підготовки медичних працівників з 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.

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

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

41. Better Palliative Care for Older People [Electronic resource] / Edited by Elizabeth Davies and Irene J Higginson. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. – 43 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf.

42. Москаленко В. Ф. Сучасні реалії постаріння населення у світовому вимірі / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця. – 2009. – № 1. – С. 44–54.

43. Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків : [колективна науково-аналітична монографія] / За ред. Лібанової Е. М. – К. : Ін-

т демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, Держкомстат України, 2010. – 496 с.

44. Чайковська В. В. Проблеми та перспективи медико-соціальної реабілітації в умовах територіального центру соціального обслуговування пенсіонерів / В. В. Чайковська, Л. В. Єгорова // Охорона здоров'я України. – 2009. – № 1 (33). – С. 179–180.

45. Галієнко Л. І. Проблема охорони здоров'я населення старших вікових груп у світлі нової європейської політики «Здоров'я – 2020» / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. – 2012. – № 1 (17). – С. 110–111.

46. Постаріння населення як один з чинників запровадження нових підходів до організації медичного обслуговування / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко, О. А. Мендрік [та ін.] / Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 143–144.

47. Проблеми медико-соціального захисту населення похилого віку / Л. О. Прус, А. П. Чуйко, Н. М. Захарова [та ін.] // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 230–231.

48. The Solid Facts. Palliative Care [Electronic resource] / Edited by Elizabeth Davies and Irene J Higginson. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. – 35 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf.

49. Kurtz R. Who is considered an old person? [Electronic resource] / Speech at the EURAG Congress, Spain. – 2008. – Access mode: <http://generationen.oehunigraz.at/files/2012/07/Who-is-considered-an-oldperson.pdf>.

50. Москаленко В. Ф. Постаріння як глобальна проблема сучасності / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2008. – № 3 (3). – С. 83–91.

51. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : [монографія] / В. Ф. Москаленко // К.: Книгаплюс, 2008. – 320 с.

52. Creating Healthy Communities for an Aging Population [Electronic resource] / A report of a Joint Rural Health Advisory Committee and State Community Health Services Advisory Committee Work Group // MDN. – 2006. – 19 p. – Access mode: <http://www.health.state.mn.us/divs/orhpc/pubs/healthyaging/hareportnofs.pdf>.

53. The Solid Facts. Home Care in Europe [Electronic resource] / Edited by R.Tarricone, Agis D. Tsouros. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. – 46 p. – Access mode: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.

54. Мельничук Р. The role of non-governmental organizations in UK hospice care provision / Роман Мельничук // Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Київ, 15-16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 87–94.

55. Гойда Н. Г. Роль сімейного лікаря в наданні палативної допомоги / Н. Г. Гойда // 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. 177–179.

56. Пархоменко Г. Я. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішення / Г. Я. Пархоменко, В. М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 1 (17). – С. 45–49.

57. Характеристика стану здоров'я населення України / В. Ф. Москаленко, Ю. В. Вороненко, Г. О. Слабкий [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010. – К., 2011. – 34 с.

58. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України [Електронний ресурс] / Аналітична записка. – 2012. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/starinnyace44a.pdf>.

59. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко [та ін.] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.

60. Вороненко Ю В. Паліативна допомога, як інтегральна складова розвитку та реформування системи охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко // Актуальні питання надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медико-юридичні та фармацевтичні аспекти: матеріали Другої науково-практичної конференції, м. Київ, 20–21 листопада 2013 р. // Ред. Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – К. : «Талком», 2013. – С. 5–10.

61. Шляга І. В. Клінічні аспекти лікування астеничного синдрому в паліативній онкології / І. В. Шляга // 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. 146–149.

62. Воронін А. В. Організація та надання паліативної медичної допомоги в умовах багатoproфільної клінічної лікарні / А. В. Воронін, З. В. Максимова, Я. В. Коваленко [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. 212–215.

63. Бачинський В. І. Хоспісна допомога на Волині, стан розвитку за 2003-2011 роки / В. І. Бачинський // 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. 216–223.

64. Галієнко Л. І. Регіональні особливості захворюваності населення непрацездатного віку в Україні / Л. І. Галієнко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої Всесвітньому дню здоров'я 2012 р. – 2012. – № 1 (17). – С. 111–112.

65. Заблоцька І. М. Особливості роботи сімейної медсестри з пацієнтами похилого і старечого віку / І. М. Заблоцька, О. І. Антонишин // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я (спеціальний випуск): матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організації охорони здоров'я України, м. Житомир, 11–12 жовтня 2012 р. – 2012. – С. 40–41.

66. Чайковська В. В. Психоемоційна реабілітація пацієнтів літнього віку з соматичною патологією на первинному рівні медичної допомоги / В. В. Чайковська, О. О. Стойка, Л. Г. Матвієць // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 282–283.

67. Басалаева Н. В. Психологические особенности людей, имеющих онкологические заболевания / Н. В. Басалаева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 87–88.

68. Клименко В. І. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації психіатричної допомоги населенню похилого і старечого віку в умовах реформування загальної системи охорони здоров'я / В. І. Клименко, А. Ю. Діхтяр // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 1 (17). – С. 165–166.

69. Хронічні неінфекційні захворювання як складова загального тягаря хвороб в Україні та інших країнах Європейського регіону / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузєва. Л. І. Галієнко [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010. – К., 2011. – С. 160–175.

70. 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.

71. 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.

72. 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-практичної конференції, м. Київ, 15–16 березня 2012 р. – К. : Університет «Україна», 2012. – С. 37–43.

73. What are palliative care needs of older people and how might they be met? [Electronic resource] / Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. – 16 p. – Access mode: <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.

74. Губський Ю. І. Оптимізація медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні шляхом розвитку паліативної та хоспісної допомоги: тези V Національного конгресу геронтологів і гериатрів / Ю. І. Губський, В. В.

Чайковська, А. В. Царенко // Проблемы старения и долголетия. – 2012. – Т. 19, № 3. – С. 310.

75. Рак в Україні, 2010-2011. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / З. П. Федоренко, А. В. Гайсенко, Л. О. Гулак [та ін.] / за ред. І. Б. Щепоніна // Бюл. нац. канцерреєстру України № 13. – К. : Національний інститут раку, 2012. – Режим доступу: <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/index.htm>. 7

76. Устинов А. В. Рівень надання паліативної допомоги – показник цивілізованості держави та гуманності суспільства [Електронний ресурс] / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2010. – № 6 (80). – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/8338/riven-nadannya-paliativnoy-dopomogi-pokaznik-civilizovanosti-derzhavi-ta-gumannosti-suspilstva>.

77. Стан, проблеми і перспективи впровадження Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко [та ін.] // Фітотерапія. – 2013. – № 4 – С. 4–8.

78. 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.

79. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я : дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : 14.01.16 / Пінчук Ірина Яківна. – К., 2011. – 418 с.

80. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care [Electronic resource] / Council of Europe.

– 2003. – 81 р. – Access mode:
[http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).

81. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні / С. І. Табачніков, В. В. Чайковська, В. Г. Черкасов [та ін.] // *Медицинские исследования*. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. – 21–22.

82. Palliative care for the elderly – developing a curriculum for nursing and medical students [Electronic resource] / J. M. Just, C. Schulz, M. Bongartz [et al.] // *BMC Geriatr.* – 2010. – V. 10. – Access mode:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2955033/>.

83. Венедіктова І. В. Реалізація публічного інтересу в наданні паліативної допомоги / І. В. Венедіктова // *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. 52–56.

84. Москвяк Є. Й. Медико-соціальне обґрунтування створення закладів паліативної медицини : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина та охорона здоров'я» / Є. Й. Москвяк. – К., 2007. – 28 с.

85. Вольф О. О. Соціальна робота щодо допомоги тяжко хворим громадянам у кінці їх життя в умовах діяльності глобальних організацій, лібералізації і приватизації ринку охорони здоров'я. Перспективи для України / О. О. Вольф // *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. 187–192.

86. Головня Т. В. Досвід роботи та інноваційні підходи в наданні паліативної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я Донецької

області / Т. В. Головня, А. Я. Портних // 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. 206–211.

87. Линник С. О. Сучасні проблеми управління національної системи охорони здоров'я та шляхи їх подолання / С. О. Линник, Н. П. Кризина, Г. Я. Пархоменко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я