

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Кучерява Марія Луківна

На правах рукопису

УДК: 614.253.5:614.216:616-039.75

Магістерська робота

**ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР, ЯКІ НАДАЮТЬ
ХОСПІСНУ І ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ.**

223 Медсестринство

Науковий керівник:
канд. мед. наук, доц. Рега Н.І.

Тернопіль -2021

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... | 3 |
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ (огляд літератури)..... | 8 |
| РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ..... | 25 |
| РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ..... | 29 |
| 3.1. Сучасний стан надання паліативної допомоги у Закарпатській області та в Тячівському районі, зокрема..... | 29 |
| 3.2. Дослідження ризику розвитку хронічної втоми і синдрому вигорання у медсестер, які надають паліативну допомогу у КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради..... | 39 |
| ВИСНОВКИ..... | 49 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 51 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ВПХМ – відділення паліативної та хоспісної медицини
- ВХС – виїзна хоспісна служба
- ГО – громадське об'єднання
- ЄС – Європейський Союз
- ЗВМО – заклади вищої медичної освіти
- ЗНУ – злочинне новоутворення
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ІП – інкурабельні пацієнти
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- ПД – паліативна допомога
- ПМСД – первинна медико-санітарна допомога
- ПП – паліативні пацієнти
- ПХД – Паліативна та хоспісна допомога
- ТЦСО – територіальні центри соціального обслуговування населення
- ТУ – тематичне удосконалення
- ХрБС – хронічний больовий синдром
- ЕАРС – European Association for Palliative Care (Європейська асоціація паліативної допомоги)

ВСТУП

Актуальність теми.

В світі щороку сотні мільйонів людей страждають від важких і невиліковних хвороб. Усім їм потрібна кваліфікована медична та психологічна допомога, а часом і просто людська участь, підтримка та співчуття. Раніше ПД переважно надавали люди, які були часто далекі від медицини. Зазвичай це були родичі та друзі пацієнтів, яким на власному досвіді довелося зіткнутися з ситуацією, коли вони опинялися сам на сам з тяжкою невиліковною хворобою. Бажання цих людей змінити ситуацію, що склалася поклало початок розвитку паліативної медицини. Родичі, якщо вони є і готові взяти на себе піклування про недужого, не завжди можуть надати якісну допомогу через те, що вони самі часто знаходяться у тяжкому психоемоційному та матеріальному стані, іноді вони просто не можуть залишити роботу і повністю присвятити себе хворому, іноді не вистачає досвіду і сил.

Людина в період вмирання, як і протягом усього життя, залишається особистістю. Одним з головних досягнень ПХД є твердження її цінності та забезпечення їй гідного життєвого кінця. Невиліковно хвора людина опиняється в стані хронічного стресу, який викликаний не лише хворобою, але і соціальними наслідками: втратою роботи, звичного соціального статусу, великими витратами на медикаменти, появою інвалідності і т. п.

Світовий досвід свідчить, що саме ПХД, застосовуючи комплексний мультидисциплінарний підхід, адекватно реагує на потреби ПХ та членів їхніх сімей, сприяє покращанню якості життя, що зумовлює велике соціально-економічне та гуманітарне значення цього інноваційного напрямку охорони здоров'я та соціального захисту населення.

ПМ, що дозволяє оптимізувати якість життя невиліковних пацієнтів та їхніх родичів, має отримати свій подальший розвиток в структурі охорони здоров'я та соціального захисту населення.

В останні роки одним з пріоритетних напрямків медицини є проблема поліпшення якості життя інкурабельних хворих. Це пов'язано із збільшенням числа онкологічних хворих, а також можливості сучасної медицини підтримувати їх життєздатність так довго, як це можливо. В сучасних економічних умовах в Україні розвиток хоспісного руху та надання ПД інкурабельній категорії хворих більш успішно здійснюється у столичних містах і великих обласних центрах, де більше фінансових та організаційних можливостей, а у невеликих населених пунктах ці проблеми часто залишаються невирішеними.

Система медичної та соціальної допомоги помираючим хворим в нашій країні перебуває в періоді становлення.. Особливе значення тут набуває робота медичної сестри, яка знаходиться в постійному контакті з хворим і повинна не тільки бути уважна до нього, а й готувати до втрати родичів пацієнта.

Об'єкт дослідження: персонал медичних сестер КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради.

Предмет дослідження: специфіка роботи медичних сестер, які надають ПД у КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради.

Мета дослідження - вивчити особливості роботи медичної сестри КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради, яка надає ПД інкурабельним хворим.

Завдання дослідження:

- виявлення проблем хоспісної допомоги в Україні і в Тячівському районі Закарпатської області зокрема;
- дослідження проблем та специфіки сестринської справи в паліативній медицині;
- аналіз наявності синдрому хронічної втоми у медсестер, що надають паліативну і хоспісну допомогу КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради,

- виклад рекомендацій щодо розвитку ПД в Тячівському районі Закарпатської області.

Методи дослідження:

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

Наукова новизна. Автор вперше проаналізувала методи надання паліативної допомоги хворим в Тячівському районі Закарпатської області, провела аналіз ефективності надання хоспісної допомоги, визначила роль медичної сестри в процесі надання хоспісної допомоги хворим на дому та вивчила наявність синдрому хронічної втоми у медсестер, що надають паліативну і хоспісну допомогу КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допомогли проаналізувати психологічні, соціальні та етичні аспекти надання хоспісної допомоги медичними сестрами, наявність синдрому хронічної втоми у медсестер, що надають паліативну і хоспісну допомогу КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради, організацію системи надання допомоги паліативним хворим на регіональному рівні.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на підсумкових науково-практичних конференціях.

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

Обсяг та структура магістерської роботи

Магістерська робота викладена на 57 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, розділу власних досліджень, висновків та списку використаної літератури. Робота містить таблиці і рисунки.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ (огляд літератури)

За дослідженнями ВООЗ, близько 60% хворих у термінальній стадії потребують паліативної допомоги, в Україні близько 480 тис. пацієнтів щороку. А враховуючи, що ця проблема торкається рідних і близьких пацієнта (щонайменше ще двоє людей на кожного). Загалом паліативної допомоги в Україні потребують щороку близько 1,5 млн людей [1].

Протягом останніх 50–60 років у світі спостерігається невпинне зростання кількості паліативних пацієнтів – інкурабельних хворих як похилого, так і працездатного віку, а також дітей, які помирають від онкологічних захворювань і тяжких ускладнень інших хронічних соматичних та інфекційних хвороб, а також вроджених вад розвитку, спадкових та генетичних захворювань, тяжких травм тощо [2]. За даними ВООЗ, щорічно у світі надання паліативної допомоги потребують близько 40 млн людей, з яких 2,1 млн дітей. Найбільшу чисельність потребуючих паліативної допомоги складають хворі на ВІЛ/СНІД, серцево-судинні захворювання, онкологічні захворювання, деменцію. В той же час, фахівцями ВООЗ констатовано, що лише 14% хворих у світі отримують адекватну паліативну допомогу [3]. За даними вітчизняних науковців щорічно в Україні майже 600 тисяч хворих потребують якісної паліативної допомоги, з урахуванням найближчого оточення хворих, цей показник сягає 1 млн 200 тис. людей щорічно. При цьому у наступні 10–15 років очікується зростання потреби у паліативній допомозі у середньому на 20% [4]. За характеристикою демографічної ситуації Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення віком 60 років і старших становить понад 11 мільйонів людей (або 23,9%), кількість людей, старших за 75 років, дорівнює близько 3,5 млн людей, і їх кількість буде невпинно зростати. Постаріння населення в Україні, як і в інших країнах Європи, призводить до збільшення кількості людей, які помирають у старечому віці від хронічних соматичних хвороб, що

супроводжуються важкими фізичними та психічними розладами, і потребують паліативної та хоспісної допомоги [5, 6].

Причини смерті згідно шифрів Міжнародного класифікатора хвороб (десятого перегляду), за якими проводиться оцінка потреби в паліативній допомозі для дорослого населення

- Онкологічні захворювання
- Туберкульоз
- Серцево-судинні захворювання
- Цироз печінки
- Хвороба Альцгеймера
- Хвороба Паркінсона та вторинний паркінсонізм
- Розсіяний множинний склероз
- Хронічні обструктивні захворювання легенів
- Цукровий діабет
- Захворювання нирок
- Ревматоїдний артрит.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА – це вид медичної допомоги, що надається пацієнтам на останніх стадіях перебігу інкурабельних захворювань та включає в себе комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їхніх сімей. Це вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя хворих і членів їх родин (сімей), які стикаються з проблемами інкурабельної хвороби. У той час як специфічне (або етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на фоні прогресуючого захворювання. Раннє виявлення, визнання проблеми і ефективне лікування болю або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем – реквізити для забезпечення якісної паліативної допомоги. підхід, що покращує якість життя хворих та членів їх сімей, у ситуації, пов'язаній із хворобою, що загрожує життю пацієнта, через

попередження та послаблення його страждань шляхом ранньої ідентифікації та точної (бездоганної) оцінки та лікування болю і полегшення інших фізичних, психосоціальних та духовних проблем [7, 8, 9].

Основні завдання паліативної допомоги:

1. Забезпечення гідного завершення земного життя людини.
2. Позбавлення болю.
3. Усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких проявів хвороби.
4. Догляд.
5. Підтримка у недужого прагнення до життя; визнання смерті як природного процесу.
6. Медична, психологічна, соціальна, правова і духовна допомога пацієнту та його рідним, як в умовах спеціалізованого медико-соціального закладу – ПХД, так і вдома.
7. Забезпечення системи заходів, що підтримують у недужого здатність якомога довше активно жити.
8. Піклування про пацієнта та цього близьке оточення під час хвороби, після смерті та протягом трауру (в період горювання).

Законодавчі документи надання паліативної допомоги вдома:

Наказ МОЗ №41 від 21.01.2013 Про організацію паліативної допомоги в Україні. Ним було затверджено:

Порядок надання паліативної допомоги, що додається.

Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги, що додається [10].

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2013 року №41 Порядок надання паліативної допомоги.

Основні терміни та поняття ПД вживаються в такому значенні:

— загальна паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається паліативному пацієнту від моменту встановлення діагнозу інкурабельного

прогресуючого захворювання медичними працівниками відповідно до їх спеціалізації;

— паліативна допомога — вид медичної допомоги, який дозволяє покращити якість життя паліативного пацієнта та допомогти членам його родини шляхом запобігання та полегшення страждань інкурабельно хворої людини;

— паліативне лікування — складова частина паліативної допомоги, яка включає надання адекватного ефективного знеболення, супутньої медикаментозної терапії, медико-психологічної реабілітації, хірургічних, променевих та інших методів лікування, заходів з догляду за хворим;

— паліативний пацієнт — пацієнт усіх вікових груп, хвороба якого не піддається лікуванню, спрямованому на видужання (далі — Пацієнт);

— спеціалізована паліативна допомога — паліативна допомога, яка надається Пацієнту зі складними потребами, які не можуть бути адекватно вирішені на первинному рівні надання медичної допомоги, а потребують спеціалізованої допомоги.

Основні складові паліативної допомоги:

- попередження та лікування хронічного больового синдрому;
- симптоматична терапія,
- догляд,
- психологічна і духовна підтримка Пацієнта та його родини.

Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, високої якості, безперервності та наступності з урахуванням етичного і гуманного ставлення до Пацієнта та членів його родини.

Паліативна допомога передбачає постійний моніторинг стану Пацієнта та застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів при потребі Пацієнта.

Організація надання паліативної допомоги.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я.

Форми надання паліативної допомоги в стаціонарних, амбулаторних умовах або вдома визначаються залежно від стану Пацієнта та його родини та їх бажання і згоди.

При наданні паліативної допомоги з метою забезпечення адекватного контролю болю лікарі мають право призначати Пацієнту опіїдні анальгетики та інші препарати, що містять наркотичні та психотропні речовини, відповідно до вимог чинного законодавства.

Статус Пацієнта визначається лікуючим лікарем з моменту встановлення діагнозу інкурабельного прогресуючого захворювання з прогнозованою невеликою тривалістю життя.

Підстави для госпіталізації Пацієнта:

- визначений статус Пацієнта, як інкурабельного;
- відсутність можливості здійснення паліативної допомоги вдома.

Рішення про госпіталізацію приймає лікар за умови інформованої згоди Пацієнта або його законних представників (родичів, повірених).

Підстави для виписки Пацієнта із закладу охорони здоров'я:

- наявність показань для надання спеціалізованої медичної допомоги в іншому закладі охорони здоров'я;
- наявність можливості надання паліативної допомоги вдома;
- власне бажання Пацієнта або його законних представників.

Загальна паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

Спеціалізована паліативна допомога надається мультидисциплінарною командою, до складу якої входять медичні працівники, які отримали спеціальну підготовку з надання паліативної допомоги, психологи, соціальні працівники, спеціалісти з надання духовної підтримки (духовенство) та інші фахівці за потребою, а також волонтери, найближчі родичі або законні представники Пацієнта.

Спеціалізована паліативна допомога надається вдома та в закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Ліжковий фонд закладів охорони здоров'я, що надають паліативну допомогу, та адміністративно-територіальна одиниця, що обслуговується цими закладами, визначаються залежно від потреб населення в паліативній допомозі, медико-соціальних, демографічних, географічних та інших особливостей регіону.

Паліативна допомога Пацієнту, хворому на туберкульоз та на ВІЛ-інфекцію/СНІД, надається у відповідних спеціалізованих лікувально-профілактичних закладах.

Перелік медичних показань для надання паліативної допомоги:

Прогресуючі захворювання на останніх стадіях перебігу, що не піддаються лікуванню, спрямованому на одужання, і що супроводжуються хронічним больовим синдромом і значними обмеженнями життєдіяльності при відсутності

— гострих захворювань,

— хронічних захворювань у фазі загострення, що потребують лікування або спостереження в умовах спеціалізованих відділень закладів охорони здоров'я;

— гострих інфекційних і психічних захворювань, які становлять небезпеку для оточуючих і персоналу і потребують лікування в спеціалізованих закладах охорони здоров'я;

— гострих хірургічних станів і станів після оперативних втручань, внаслідок існуючої патології можуть зажадати реанімаційних заходів або зажадати спостереження та лікування в умовах інтенсивної терапії [11].

23.12.2009 р. Верховною Радою України було прийнято Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в якому передбачаються завдання

щодо поліпшення надання паліативної допомоги онкологічним хворим, розширення мережі хоспісів та відділень паліативної допомоги [12].

14.05.2010 р. було видано спільний Наказ МОЗ України та НАМН України №409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в якому передбачено заходи з розвитку паліативної допомоги онкологічним хворим [13].

У 2010 р. було створено Перший Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги («Державний формуляр лікарських засобів». Випуск 2010 Додаток 9). <http://rutracker.org/forum/viewtopic.php?t=3039017> [14].

У 2011 р. — Другий Формуляр лікарських засобів для надання паліативної та хоспісної допомоги («Державний формуляр лікарських засобів». Випуск 2011 Додаток 8) [15], який було затверджено Наказом МОЗ України №159 від 23.03.2011 р. <http://medstrana.com/news/2977> [16].

17 лютого 2010 вийшла постанова Кабінету Міністрів України №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», якою затверджено Основні концептуальні напрями реформування системи охорони здоров'я, що передбачають, зокрема, і створення установ для надання паліативної допомоги (хоспісів). <http://www.apteka.ua/article/28728> [17].

02.07.2010 р. було видано наказ МОЗ України від №531 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо збільшення доступності паліативних хворих з хронічним больовим синдромом в термінальній стадії життя до сучасних високоефективних анальгетичних засобів, включаючи опіоїдні анальгетики». http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=28954 [18].

04.11.2011 р. було видано наказ МОЗ України від №759 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів зі знеболення паліативних хворих з хронічним больовим синдромом». В результаті, до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства

України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011, №3611-VI, вперше було включено окрему спеціальну Статтю 35-4, «Паліативна допомога» [19, 20].

Зараз можна констатувати, що паліативна та хоспісна допомога є складним, багатоаспектним суспільним явищем, організація надання якої детермінована низкою відмінних і водночас взаємопов'язаних між собою факторів, які впливають на процеси та механізми державного управління такою допомогою. Іншими словами, паліативна та хоспісна допомога має різні виміри, зокрема політичний, економічний, соціальний, організаційний, правовий, культурний та ін. На підставі цього можна стверджувати, що державне управління паліативною та хоспісною допомогою є багатовимірним, комплексним процесом, при здійсненні якого доводиться зіштовхуватися, як переконливо свідчить практика, з цілою низкою різнопланових проблем у різних сферах суспільного життя. Звісно, що ефективність вирішення проблем державного управління паліативною і хоспісною допомогою залежить, передусім, від чіткої їх ідентифікації, здійснення всебічного та ґрунтовного аналізу [21].

Є низка факторів, що впливають на здійснення державного управління цією системою в Україні, основними з яких є: політичний; економічний; соціально-демографічний; технологічно-інноваційний; нормативно-правове та організаційно-інституційне забезпечення.

Політичний фактор розглядається важливим, оскільки вищі посадові особи органів державної виконавчої влади та політики є безпосередніми суб'єктами формування, схвалення державної політики в системі паліативної та хоспісної допомоги, відповідних державних програм, заходів, обсягів їх фінансування, а також здійснення належного контролю за їх виконанням. Доводиться констатувати, що рівень політичної волі щодо розвитку системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні є низьким. Багато вітчизняних фахівців і науковців [22, 23] звертають увагу на те, що визнання, оцінка та

підтримка розвитку такої системи з боку уряду, регіональних органів виконавчої влади є недостатніми.

Україна, на жаль, здійснює несистематичну та непослідовну політику з паліативної та хоспісної допомоги. Україну за оцінками експертів Міжнародного альянсу паліативної допомоги при ВООЗ було класифіковано до групи країн з “несистемним забезпеченням паліативної допомоги”, в яких з боку держави бракує підтримки паліативного та хоспісного руху [24]. Державне управління паліативною та хоспісною допомогою можна визначити як неефективне. Так, за даними вітчизняних експертів в Україні: сьогодні приблизно 1 млн. людей хворих з онкологічними захворюваннями; смертність від онкологічних захворювань в Україні в 2 рази більша, ніж в Європі; щороку в Україні помирає понад 700 тис. людей, майже 500 тис. із них потребує паліативної допомоги, кожен другий інкурабельний пацієнт в Україні помирає в перший рік виявлення патології, що в 10 разів перевищує аналогічний показник у розвинених країнах світу [25].

Економічний фактор є не менш важливим за проаналізований вище політичний фактор, оскільки розвиток паліативної та хоспісної допомоги значною мірою детермінований економічним розвитком держави, асигнуванням у цю систему бюджетних коштів та інших ресурсів, раціональним і цільовим їх використанням, створенням в системі паліативної та хоспісної допомоги економічних відносин, ринкових умов та забезпеченням конкуренції, платоспроможністю населення, іншими фінансовими та економічно-господарськими аспектами.

В цілому слід відмітити, що фінансовий механізм державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні є до сьогодні нерегульованим на нормативно-правовому рівні. Так, на практиці суб'єкти, що забезпечують медико-соціальну опіку, надають паліативну та хоспісну допомогу отримують фінансування з державного, місцевого бюджетів, залежно від їх галузевої приналежності чи форми власності. У вітчизняному бюджетному законодавстві не передбачено можливості отримання

бюджетних коштів недержавними суб'єктами, що надають такі послуги такі кошти спрямовуються виключно державним закладам, що надають такі послуги, а недержавні суб'єкти надання таких послуг не можуть отримувати державні соціальні видатки [23]. Такий підхід до фінансування паліативної та хоспісної допомоги призводить до порушення принципів субсидіарності та рівноправності суб'єктів, що надають таку допомогу, конкуренції в її наданні, монополізації ринку, низьких рівнів якості й ефективності соціально-медичних послуг та ін.

Серйозним упущенням з боку держави в частині розвитку такої допомоги та зменшення смертності в Україні є те, що бюджетні кошти виділяються переважно на державні програми лікування онкологічних захворювань, а коштів на їх ранню діагностику, профілактику та запобігання в держбюджеті не передбачено. А відтак, на сьогодні рівень організації роботи з профілактики захворювань на рак є критично низьким. Населення не обізнане з ризиками розвитку цих захворювань, не усвідомлює необхідність, нехтує здійснення самообстеження, профілактичного медогляду, що призводить до діагностики раку на пізніх його стадіях. Тоді як у розвинутих країнах світу значна частка фінансування припадає саме на програми, заходи профілактики, запобігання і ранньої діагностики онкологічних захворювань та паліативної підтримки термінальним пацієнтам. Реалізація такої державної політики, вжиття відповідних заходів є запорукою ефективного лікування захворювань і зменшення показників смертності. Вітчизняні онкологи [24] стверджують, що регулярна профілактика онкозахворювань дасть змогу знизити захворюваність на рак в Україні на 50%.

Соціально-демографічний фактор також у значній мірі впливає на розвиток паліативної та хоспісної допомоги. Соціальний та економічний виміри паліативної та хоспісної допомоги тісно взаємопов'язані між собою, оскільки економічний спад призводить до зменшення видатків на соціальне забезпечення, медицину та досліджувану галузь відповідно. Соціальний

вимір паліативної та хоспісної допомоги визначається, насамперед, показниками заробітної плати, встановленими мінімальними соціальними стандартами, розмірами соціальної допомоги, виплат і пенсій, на основі яких формуються доходи домогосподарств. За оцінками представника програми розвитку ООН в Україні Н. Уокера [26] станом на 01.04.2017 р. 60% українців живуть за межею бідності. Сьогодні за межею бідності проживають майже 23% сімей з пенсіонерами та 38% сімей з 2 дітьми і більше. У 2016 р. Україна посіла 63 місце серед 133-х досліджуваних країн світу [27]. ООН встановлено граничний поріг частки населення, що може проживати за межею бідності в певній країні, який складає 10%. Тобто насправді за межею бідності в Україні проживає в 6 разів більше населення. Експерти Національного інституту стратегічних досліджень [22] також стверджують, що в Україні стрімко відбуваються процеси і тотального зубожіння населення, соціальна підтримка якого є непосильним тягарем для держави.

В Україні впродовж останніх 30 років перманентно розгортається демографічна криза, яка зумовлює невпинне зростання попиту на обсяги паліативної та хоспісної допомоги. Експерти Світового банку передбачають, що в найближчі 10-15 років потреби у паліативній і хоспісній допомозі в Україні зростуть щонайменше на 20%, як за місцем проживання пацієнта (вдома), так і стаціонарно [28]. Викликає занепокоєння і те, що тільки 11% народжених дітей є цілком здоровими, інші ж народжуються з певною патологією, що в певній мірі зумовлює потребу в педіатричній паліативній та хоспісній допомозі. Існує ймовірність того, що вроджена патологія в майбутньому може призвести до інвалідності. За даними Мінсоцполітики України [29] чисельність людей з інвалідністю становить майже 2,8 млн. людей або 6,1 % від загальної чисельності населення України.

Демографічна криза в Україні детермінована й інтенсивним постарінням населення. Україна за часткою людей віком 60 років і старше (22,1%), 65 років і старше (15,9%) в загальній структурі населення посідає 11-е місце в світі та належить до «найстаріших» країн світу. Ця несприятлива

демографічна тенденція в Україні ускладнюється зростанням питомої ваги людей похилого віку, які страждають на важкі хронічні інкурабельні хвороби, передусім на злоякісні новоутворення. Значна частка хворих зі злоякісними новоутвореннями діагностуються на інкурабельних стадіях розвитку захворювання, що призводить до того, що понад 90 тис. людей щороку помирають від онкологічних захворювань. Як зазначалося вище, термінальні пацієнти страждають від інтенсивного хронічного болю та потребують професійної мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги [21].

Організаційно-інституціональне забезпечення складає сукупність:

1) інститутів, сформованих на державному і громадському рівнях для здійснення державного управління паліативною та хоспісною допомогою, забезпечення організації надання та належного функціонування цієї системи; важливе місце в цій сукупності відводиться закладам, на які безпосередньо покладається виконання функцій щодо надання паліативної та хоспісної допомоги (хоспіси, спеціалізовані відділення лікарень, амбулаторії тощо);

2) зв'язків і взаємовідносин між суб'єктами системи паліативної та хоспісної допомоги [21].

Слід акцентувати, що дотепер в Україні немає: системи паліативної та хоспісної допомоги та скоординованих зусиль, спрямованих її розвиток; належної міжвідомчої співпраці інститутів на центральному і місцевому рівнях державного управління; міждисциплінарної координації діяльності служб у цій сфері. Відсутні або вкрай слабкими є міжвідомча взаємодія МОЗ України з Мінсоцполітики України, інтеграція інститутів, координація діяльності та співпраці установ, закладів зазначених міністерств, міжсекторальна співпраця недержавних організацій, приватних структур, громадських об'єднань з питань медико-соціальної опіки та паліативної допомоги [23]. Відсутність механізму координації міжвідомчої та міждисциплінарної співпраці щодо надання такої допомоги на центральному та місцевому рівнях є серйозним недоліком, проблемою в цій сфері, що потребує невідкладного вирішення.

Більшість з паліативних хворих помирає вдома, в Україні відсутня розгалужена система догляду інкурабельно хворих хворих за місцем проживання.

В Україні також функціонує 658 теріатричних центрів, у яких обслуговують 1,43 млн людей (у тому числі 820,1 тис. людей у сільській місцевості), при яких створено: 176 відділень, що надають соціально-медичні послуги 160 тис. особам; 771 відділення соціальної допомоги вдома, яке надає соціальні послуги понад 430 тис. людей. Варто відмітити, що кількість вказаних вище закладів і відділень має тенденцію до зменшення упродовж останніх років [30].

Втім, діючи в Україні заклади паліативної та хоспісної допомоги надають катастрофічно мізерні обсяги такої допомоги, попит на яку суттєво перевищує пропозицію, внаслідок чого переважна більшість інкурабельних хворих її не отримують. Відповідно до встановлених ВООЗ стандартів хоспіс (зі стаціонаром на 30 ліжок) розрахований обслуговувати 300-400 тис. людей або 100 місць на 1 млн населення . Наявний в Україні ліжковий фонд стаціонарних закладів, що надають паліативну допомогу в приблизно 300 ліжко-місць розрахований на 3-4 млн. людей населення країни, що складає менше 10 % від встановлених ВООЗ норм. Цей показник співпадає з даними МОЗ України [31, 47-51], які також свідчать, що потреби українців у паліативній допомозі задовольняються на 10 %, а 85% інкурабельних хворих помирають наодинці вдома, страждаючи від болю, депресії, відсутності належного паліативного догляду.

Технологічно-інноваційні фактори детермінують розвиток паліативної та хоспісної допомоги, зокрема матеріально-технічне, інформаційне, кадрове забезпечення, соціально-медичний та інші виміри цієї системи.

Втім доводиться констатувати, що на сьогодні в Україні ні матеріально-технічна база в більшості діючих закладах паліативної та хоспісної допомоги, ні умови перебування в них хворих, не відповідають вимогам і стандартам ВООЗ [32]. Аналіз свідчить, що капітальні витрати в

структурі сукупних витрат на охорону здоров'я впродовж багатьох років складають приблизно 10%. Встановити точні обсяги виділених бюджетних та інших коштів на сферу паліативної та хоспісної допомоги досить складно. Фінансування та можливості для проведення наукових досліджень у сфері паліативної та хоспісної допомоги є мізерними. Паліативні та хоспісні заклади з причин обмеженості в ресурсах незабезпечені необхідними медичним обладнанням і засобами, що негативно позначається на здійсненні паліативного лікування та догляду [23].

Матеріально-технічна база багатьох діючих хоспісів, відділень паліативної та хоспісної допомоги не відповідає міжнародним нормам і стандартам, а умови перебування в них хворих є незадовільними та такими, що порушують їхні права. У МОЗ України визнають [26, 43-46], що недостатній рівень оснащення лікувально-діагностичним обладнанням спеціалізованих онкологічних закладів охорони здоров'я є причинами підвищення захворюваності на рак у державі.

Закономірно, що постійне недофінансування в Україні системи охорони здоров'я, включаючи сферу паліативної та хоспісної допомоги, супроводжувалося поступовим скороченням потужностей медичних закладів, кадрових, матеріально-технічних, інших ресурсів. Такий стан справ матеріально-технічного забезпечення є незадовільним, а нехтування державою науково-інноваційною діяльністю в досліджуваній системі є необґрунтованим і недопустимим явищем.

Аналіз законодавчих, нормативно-правових актів дає підстави зробити висновок, що нормативно-правове забезпечення не врегульовує належним чином питання державного управління паліативною і хоспісною допомогою та механізмів організації її надання в Україні. Незважаючи на те, що ст. 49 Конституції України [33] державою гарантовано кожному громадянину право на охорону здоров'я, медичну допомогу, до Основ законодавства України про охорону здоров'я [34] внесено окремі зміни та доповнення, але системної нормативно-правової бази паліативної та хоспісної допомоги

наразі немає. Як зазначалося вище, не врегульованими в цій системі залишаються: фінансовий механізм; стандартизація і ліцензування такої допомоги; кадрове забезпечення; забезпечення паліативних хворих знеболювальними препаратами, організаційний механізм міжсекторальної і міжвідомчої співпраці; механізм надання послуг такої допомоги благодійниками, волонтерами тощо. Такі прогалини в нормативно-правовому забезпеченні стоять на заваді ефективному функціонуванню, розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні [21, 37-42].

22 липня 2020 р. МОЗ України ухвалило наказ «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Він направлений на створення сучасної системи організації надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям.

Згідно до полдожеєнь цього наказу, паліативну допомогу можуть надавати як комунальні заклади охорони здоров'я, так і приватні, а також фізичні особи-підприємці, які отримали відповідну ліцензію на медичну практику. Для закладів, які надають стаціонарну паліативну допомогу обов'язковою є також ліцензія на діяльність з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Фізичним особам-підприємцям таку ліцензію отримувати не обов'язково, це значно спростить їхню роботу, а пацієнти зможуть отримувати зондове харчування, респіраторну підтримку і т.і.

В основі надання паліативної допомоги стоїть мультидисциплінарний підхід, який передбачає залучення мультидисциплінарної команди. Її склад може бути різним та визначається в залежності від стану пацієнта, обсягів допомоги, розміру території обслуговування. До складу мультидисциплінарної команди крім медичних спеціалістів, можуть входити фахівці з інших галузей: соціальні працівники, психологи, волонтери, юристи, священнослужителі та інші, за потребами пацієнта та його родини.

Надання паліативної допомоги має ґрунтуватися на принципах доступності, планування, безперервності та наступності. Пацієнт сам може

обрати місце надання паліативної допомоги та місце смерті, разом з тим пацієнт має право отримати і лікування паралельно із паліативною допомогою. Пацієнт має право на етичне і гуманне ставлення до себе та до членів своєї сім'ї або інших людей, які здійснюють догляд за ним. Паліативна допомога може надаватись різними шляхами: стаціонарно, мобільними відділами, відділами респіраторної підтримки, в кабінеті лікування хронічного болю.

Склад спеціалізованої групи лікарів, залученої до лікування пацієнта, має відповідати індивідуальним потребам пацієнта (вік, діагноз). Всі лікарі повинні мати підготовку з паліативної допомоги відповідно до вимог МОЗ України.

Також у класифікаторі професій з'явиться нова професія - лікар паліативної допомоги. Наказом передбачена розробка навчально-методичних рекомендацій для підвищення кваліфікації лікарів, які захочуть працювати за цією професією.

Особливості надання паліативної допомоги дітям

Зростання кількості дітей з інвалідністю потребують організації ефективної системи надання медико-соціальної допомоги дітям.

Будуть створені Центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям. Це спеціалізовані заклади охорони здоров'я, що забезпечуватимуть потреби дітей у паліативній допомозі. Вони також надаватимуть консультативну, соціально-психологічну, інформаційну та амбулаторно-консультативну допомогу щодо паліативної допомоги батькам дитини або іншим особам, які доглядають за дитиною, дітям з інвалідністю, дітям з порушеннями розвитку, дітям, які мають інкурабельні захворювання, що прогресують. Дитина має право на перебування у медичному закладі разом із членами своєї сім'ї.

Заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та ФОП, які надають паліативну допомогу дитині, можуть надавати членам її родини або законним представникам лікарські засоби та вироби медичного призначення

для використання вдома, організувати навчання батьків або законних представників дитини працювати з обладнанням, яке застосовується вдома, та навичкам догляду за пацієнтом дитячого віку [35, 36].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою вирішення поставлених завдань були використані наступні методи дослідження:

системного підходу і системного аналізу – для проведення комплексного дослідження стану організації надання ПХД населенню в Україні, визначення основних проблем і перспектив її розвитку;

бібліосемантичний – для вивчення та проведення аналізу досвіду, концепцій, підходів, систем та моделей надання ПХД населенню у країнах світу та в Україні;

соціологічний (анкетне опитування) – з метою отримання релевантної інформації від цільових груп респондентів (медичних працівників), а також визначення стану і проблем надання ПХД населенню в Україні;

Нами розроблена анкета – опитувальник для медичних сестер, які надають ПД в КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради для виявлення симптомів хронічної втоми і вигорання.

Всього було опитано 30 медичних сестер, які надають ПД в КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради.

Таблиця 2.1.

Анкета – опитувальник для медичних сестер, які надають ПД, для виявлення симптомів хронічної втоми і вигорання.

| № з/п | Запитання | Відповідь | | |
|-------|--|-----------|----|---------|
| | | Так | Ні | Не знаю |
| 1 | Чи помічаєте Ви у себе ознаки хронічної втоми? | | | |
| 2 | Чи змінилася Ваша позиція щодо ставлення до роботи за покликанням за час роботи? | | | |
| 3 | Чи була медицина Вашим покликанням під час навчання | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 4 | Чи впливає вік на Ваші психологічні відчуття | | | |
| 5 | Чи вважаєте Ви, що чим більший стаж роботи в медицині, тим більший ризик розвитку хронічної втоми? | | | |

Також було створено опитувальник щодо ставлення медичних сестер, які надають ПД, до смерті пацієнтів.

Таблиця 2.2.

Анкета – опитувальник

Ставлення медичних сестер до смерті пацієнтів

| № з/п | Запитання | Поставте відмітку навпроти обраної відповіді |
|-------|--|--|
| 1 | Не можу змиритися із самим фактом існування смерті | |
| 2 | Намагаюсь усунути від себе страх смерті | |
| 3 | Перекладаю відповідальність на самих пацієнтів | |
| 4 | Питання смерті мене не займає. | |

Також було створено опитувальник щодо того, з якими труднощами стикаються найчастіше медичні сестер, які надають ПД.

Таблиця 2.3.

Анкета – опитувальник щодо того, з якими труднощами стикаються найчастіше медичні сестер, які надають ПД.

| № з/п | Проблема | Поставте відмітку навпроти обраної відповіді |
|-------|----------|--|
| | | |

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Забезпечення контролю психоемоційного стану ПП | |
| 2 | Надання допомоги у термінальній стадії захворювання (агонуючому пацієнту) | |
| 3 | Спілкування з родичами ПП | |
| 4 | Відсутність бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами | |
| 5 | Відсутність матеріальної та моральної мотивації кадрів | |
| 6 | Відсутність спеціальності «Паліативна та хоспісна медицина» | |
| 7 | Недостатній рівень знань і компетентності медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги | |

Враховуючи думку респондентів про проблему недостатнього рівня знань і компетентності медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги, нами в процесі роботи був розроблений опитувальник для вивчення думок медичних сестер щодо вирішення проблем надання ПД.

Таблиця 2.4.

Анкета – опитувальник щодо пропозицій з вирішення проблем надання ПД.

| № з/п | Запитання | Відповідь | |
|-------|---|-----------|----|
| | | Так | Ні |
| 1 | Маю потребу та бажання вдосконалити теоретичні знання, професійні навички і вміння щодо надання мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги. | | |
| 2 | Вважаю, що медичні працівники, які надають | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати підвищені посадові оклади. | | |
| 3 | Вважаю, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати збільшену відпустку. | | |
| 4 | Вважаю, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати пенсійні пільги. | | |

Також використовувались наступні методи наукового дослідження:

медико-статистичний – для збору, обробки та аналізу результатів досліджень;

епідеміологічний – для визначення рівнів захворюваності і смертності населення та потреби у різних видах ПХД у віковому та регіональному аспектах, у містах та сільській місцевості; контент-аналізу – для вивчення чинної національної нормативно-правової бази і міжнародних документів щодо державного регулювання надання ПХД населенню в Україні та розробки шляхів їх вирішення, навчальних програм підготовки медичних працівників з питань ПХД.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

3.1. Сучасний стан надання паліативної допомоги у Закарпатській області та в Тячівському районі, зокрема.

В Закарпатській області ПХД надається у таких лікувальних закладах:

1. Берегівська центральна районна лікарня імені Бертолона Ліннера
2. Великоберезнянська районна лікарня
3. Виноградівська районна лікарня
4. Комунальний заклад "Тячівська районна лікарня"
5. КНП "Мукачівська центральна районна лікарня"
6. Комунальний заклад "Ужгородська районна лікарня"
7. Хустська районна лікарня
8. Обласне клінічне територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія" [34].

Ми порівняли кількість хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році у Закарпатській області і загалом по Україні. Результати наведені в табл. 3.1.1 та на рис. 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Інформація про кількість хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році.

| Загальний розподіл хворих | |
|---------------------------|------------------|
| Область | Кількість хворих |
| Закарпатська | 3360 |
| Всього по Україні | 91162 |

Відповідно до отриманих даних, всього 91 162 хворих в Україні отримували паліативну допомогу у 2019 р. Така «велика» кількість хворих, пов'язана певним чином з тим, що поняття надання медичної допомоги

паліативним хворим доволі незрозуміле, не має чіткого визначення та може трактуватись по-різному. Це може бути як суто «технічне» (тобто перегортати недужого, ставити йому ін'єкції, ампутувати кінцівку та т.і.) так і зовсім не трудомістке виписування необхідних ліків (онкохворим наприклад, або хворим з хворобою Паркінсона і т.п.). Більша частка надання паліативної допомоги у нашому регіоні припадає на первинний рівень надання медичної допомоги, що пов'язано саме з виписуванням рецептів та наданням психологічної допомоги, з тим, що цим пацієнтам здебільшого потрібна «супутня» медична допомога, яка не вимагає постійного нагляду від лікаря і може бути виконана медичними сестрами”.



Рисунок 3.1.1. Інформація про кількість хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році.

Таблиця 3.1.2.

Розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році за віковими групами

| Розподіл хворих за віком | | |
|--------------------------|-----------------------|-------------------|
| Область | Дорослі (18 і старші) | Діти (0-18 років) |
| Закарпатська | 3259 | 101 |
| Всього по Україні | 70961 | 10683 |

Ми також проаналізували розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році за віковими групами у Закарпатській області і загалом по Україні. Результати наведені в табл. 3.1.2 та на рис. 3.1.2.

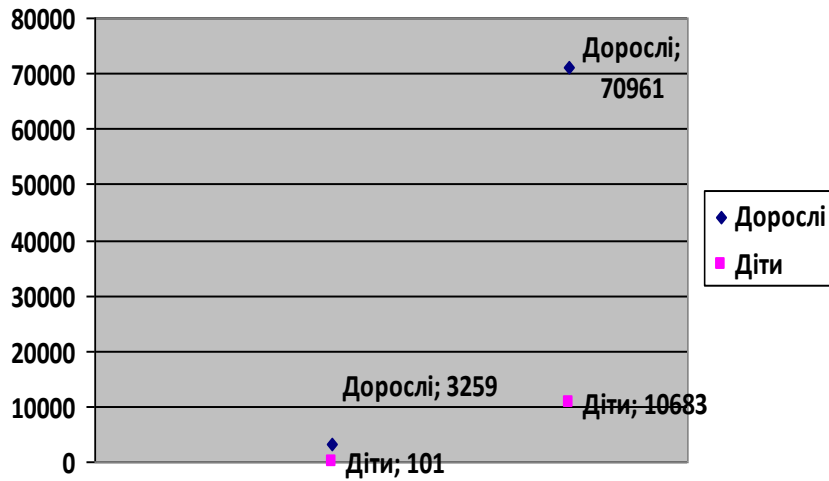


Рисунок 3.1.2. Розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році за віковими групами

Ми також проаналізували розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році за нозологіями у Закарпатській області і загалом по Україні. Результати наведені в табл. 3.1.3 та на рис. 3.1.3.

Таблиця 3.1.3.

Розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2019 році, за нозологіями

| Область | Онкологічні захворювання | Разом психіатричні та неврологічні захворювання | Інші захворювання |
|-------------------|--------------------------|---|-------------------|
| Закарпатська | 2473 | 178 | 682 |
| Всього по Україні | 33410 | 12338 | 28363 |

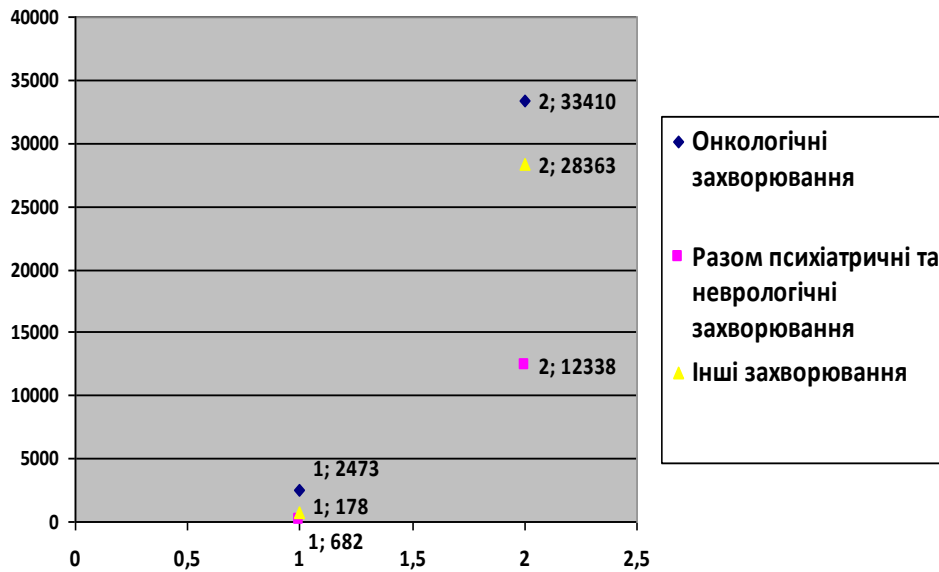


Рисунок 3.1.3. Розподіл хворих, яким надавалась паліативна допомога у 2017 році за нозологіями

В розділі «інші захворювання» містилась також додаткова інформація про кількість хворих із хворобами Альцгеймера, Паркінсона, деменціями, іншими захворюваннями.

Концепція розвитку паліативної та хоспісної допомоги у Тячівському районі.

Складена Угода «Про співпрацю райцентру соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді та виїзної бригади з надання паліативної допомоги, предметом якої є взаємна співпраця сторін, які здійснюють спільну діяльність щодо підтримки людей, членів їх сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, потребують сторонньої допомоги, шляхом надання їм психологічних, юридичних послуг на безплатній основі.

Виконання даної програми дає змогу:

- формувати систему ефективної паліативної допомоги в районі відповідно до потреб населення та міжнародних стандартів

- забезпечити на даному етапі потребу громадян у паліативній допомозі

– збільшити та урізноманітнити форми та методи паліативної допомоги та догляду, що надасть можливість підвищити її доступність, охопити паліативною допомогою всіх потребуючих незалежно від захворювання.

– сформувати ефективну систему підготовки з питань паліативної та хоспісної допомоги.

На виконання заходів Програми по відділу охорони здоров'я райдержадміністрації з районного бюджету кошти не виділялися.

В КЗ "Тячівська районна лікарня" розгорнуто чотири стаціонарні ліжка з метою надання паліативної допомоги.

Виконання даної програми дає змогу:

– формувати систему паліативної допомоги в Виноградівському районі відповідно до потреб населення та міжнародних стандартів;

– забезпечити на даному етапі потребу громадян у паліативній допомозі ;

– збільшити та урізноманітнити форми та методи паліативної допомоги та догляду, що надасть можливість підвищити її доступність, охопити паліативною допомогою всіх потребуючих незалежно від захворювання;

– сформувати ефективну систему підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги;

– підвищити громадянську активність населення та активність недержавних організацій , розвиток благодійництва та волонтерства у цій сфері.

Враховуючи потребу громади у ПД пропонується створення мобільних бригад паліативної допомоги на дому за прикладом таких у Виноградівській громаді.

Паліативна допомога — це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих і членів їх родин, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню симптомів болю та розладів функцій життєдіяльності, проведення адекватних лікувальних заходів,

симптоматичної (ад'ювантної) терапії та догляду, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки, незалежно від захворювання, віку, соціального статусу, національності, релігійних та політичних переконань. Організація паліативної допомоги має різні форми. Потрібно взяти до уваги, що більшість інкурабельних хворих хотіли б отримувати відповідну допомогу вдома. Тому, є доцільним створення виїзної служби паліативної допомоги «Хоспіс вдома».

Основними напрямками роботи виїзної бригади паліативної допомоги на дому є:

- Усунення больового синдрому, дотримання особистої гігієни недужого, догляд за відкритими ранами, огляд лікарів, призначення лікарських засобів, додаткових (при необхідності) медичних дообстежень, виконання медичних маніпуляцій з дотриманням правил асептики, рекомендацій по харчуванню тощо.

- Усунення стану стресу, викликаного розвитком захворювання, шляхом налагодження спілкування з психологом, постійним доглядом медперсоналу, повагою до особи.

- Духовна підтримка — допомога священнослужителів в залежності від віро сповідання та належності до тої чи іншої конфесії.

- Забезпечення соціальної підтримки. Запобігання розвитку синдрому психологічного вигорання медперсоналу.

- Систематичне навчання персоналу.

- Волонтерство.

В функціональні обов'язки однієї медсестри вміщується виконання функцій старшої мед. сестри, диспетчера-консультанта, статистика.

Тривалість робочого часу — пропонується 742 години.

Тривалість обслуговування паліативного пацієнта - пропонується 60–80 хвилин в залежності від важкості стану та об'єму необхідних послуг.

В робочий день, при наданні повного об'єму послуг паліативної допомоги, пропонується навантаження від 5 до 6 хворих.

Першочерговим завданням на початку роботи мобільної бригади є встановлення статусу пацієнта та проведення кваліфікованого відбору.

Паліативна допомога надається пацієнтам і з неонкологічними захворюваннями, захворюваннями хронічними прогресуючими, що призводять до вираженого порушення функцій, втрати самообслуговування — серцева декомпенсація, печінкова, ниркова недостатність, важкі порушення мозкового кровообігу, опірно-рухового апарату, що не піддаються лікуванню сучасними методами.

Протипоказаннями для надання паліативної допомоги є:

— Гострі захворювання, хронічні захворювання в стадії загострення, що потребують нагляду в умовах спеціалізованих відділеннях, некомпенсовані захворювання, що потребують спеціалізованого лікування.

— Гострі інфекційні та психічні захворювання, що становлять небезпеку для оточуючих і потребують лікування в спеціалізованих ЛПЗ.

— Гострі хірургічні стани, стани після оперативного втручання, що можуть потребувати реанімаційних заходів.

— Відсутність згоди пацієнта.

Паліативна допомога надається у співпраці з сімейними лікарями, в межах діяльності яких перебуває пацієнт.

Паліативна допомога повинна починатися з моменту встановлення інкурабельного прогресуючого захворювання.

Надання паліативної допомоги вдома здійснюється за згодою керівника мобільної бригади при наявності скерування сімейного лікаря, який подає інформацію про пацієнта диспетчеру-консультанту (старшій медсестрі), та одночасно розпочинає заходи для зменшення больового синдрому (при його наявності) на первинному рівні. В поодиноких випадках скерування можуть здійснювати профільні спеціалісти, або хворий береться на облік при зверненні родичів.

Обслуговування починається при наявності письмової згоди пацієнта на обслуговування та згоди на обробку персональних даних. Старша медсестра

має готувати робочу документацію, в яку вносить анкетні дані пацієнта. Це: амбулаторна карта пацієнта (яка після смерті недужого додається до первинної амбулаторної карти ф-025-0 і здається в архів медичної документації), заповняє журнал обліку хворих. Після огляду недужого в перший день керівником та сімейним лікарем має заповнитися протокол первинного огляду, оцінюватися ступінь виразності больового синдрому по 5-ти бальній шкалі (фізичного та переваги емоційного, соціального чи психологічного) на день огляду з подальшим його моніторингом. Керівником сумісно з старшою медсестрою розробляється план-об'єм надання паліативної допомоги лікарями, медсестрами та молодшими медсестрами, визначається провідний лікар, що веде постійний нагляд. Надання паліативної допомоги здійснюється щоденно, згідно графіку. Після виїзду заповнюється карта обліку візитів, журнал маніпуляцій та розхідних матеріалів, проводиться знезараження використаних матеріалів. Лікарські огляди проводяться регулярно по потребі, але не рідше 1 разу на тиждень. При необхідності проведення спеціалізованих оглядів залучаються лікарі-консультанти відповідного профілю, при потребі проводяться доступні лабораторні та інструментальні методи дообстеження вдома. Заповнюється листок призначень. Аналізується робота бригади з обговоренням можливих недоліків на оперативній нараді. Щоквартально робота моніторinguється (звіти, аналіз роботи). Посмертні епікризи заповнюються сімейними лікарями чи профільними спеціалістами, що спостерігають недужого до направлення до мобільної бригади.

Припиняється обслуговування хворих на дому мобільною бригадою в разі:

— Наявності медичних показань для направлення до стаціонарного відділення ЛПЗ або стаціонарного ПХД (різке погіршення стану здоров'я, що потребує цілодобового медичного нагляду, тривала відсутність родичів, видане бажання недужого).

— Зміни місця проживання.

— Систематичного грубого ставлення до персоналу (перешкоджання роботі, тощо).

— Смерті пацієнта.

По припиненні обслуговування робиться відмітка в журналі обліку з датою, підписом завідувача.

Візди бригади пропонується в складі однієї медсестри та двох молодших медсестер. Виконуються медичні маніпуляції (внутрішньовенні, внутрішньовенні краплинні, внутрішньом'язеві тощо), профілактика обробка пролежнів, перев'язки, промивання катетерів, догляд за стомами, дренажами, постановка очисних клізм, тренування (ходьба, сидіння, вставання, допомога при ходьбі, розтирання, легкий масаж), контроль життєвих показників — пульс, тиск, дихання, вимірювання температури тіла. Медична сестра повинна володіти навиками консультативної роботи, в межах своєї компетенції, рекомендаціями щодо раціонального харчування. Молодший персонал проводить санітарно-гігієнічний догляд — вмивання, догляд за порожниною рота, миття голови, купання, обтирання тіла, обрізання нігтів, зміна натільної та постільної білизни, підгузників тощо. Персонал працює в медичних костюмах, масках, рукавицях, бахілах. Медичні сестри не обмежуються медичними маніпуляціями, але виконують і не властиві їм функції психолога, оскільки спілкуються щодня з пацієнтами і з часом приймаються як члени родини. Інший аспект роботи медсестер це навчання членів сім'ї правилам догляду. Огляд лікарів забезпечує корекцію призначень, контроль ступеня вираженості больового синдрому, навчання середнього медперсоналу. Знеболення при онкозахворюваннях здійснюється під контролем районного спеціаліста за 3-ступеневою системою на підставі контролю динаміки больового синдрому. Статус пацієнта має погоджуватися із службою соціального захисту. Є поодинокі випадки, коли лікарі вважають паліативними хворими — одиноких перестарілих людей, які повинні обслуговуватися службою соціального захисту населення. Існує взаємозв'язок медичних працівників мобільної бригади з службою

соціального захисту, яка є ваговою допомогою при обслуговуванні важко хворих. Соціальний працівник надає послуги по закупівлі продуктів, ліків, організації харчування, годування тощо. Однією з важливих проблем в наданні паліативної допомоги вдома є наявність психологічної підтримки, яка виражається в роботі психолога протягом всього періоду нагляду. Психолог повинен працювати по індивідуальній програмі з кожним пацієнтом, який потребує психологічної допомоги. Основні психологічні проблеми, притаманні важко хворим: страх перед болем, тривога, страх смерті, нудьга, депресивний стан, відчуття тягаря для родини, відчуття самотності перед стражданнями. Робота психолога необхідна у випадках захворювання невіруючих людей, які на жаль відмовляються від допомоги священнослужителя. Всі вищенаведені психологічні проблеми пом'якшуються при роботі з пацієнтами духовних наставників, які запрошуються до хворих за його згодою чи бажанням, враховуючи віросповідання, належність до тієї чи іншої конфесії. Більшість хворих мають свого духовного наставника, якого можуть запросити родичі. Відвідини духівників, молитви, сповідь є суттєвою підтримкою хворим.

Медичний персонал із надання паліативної допомоги важко хворим перебуває в стані постійної фізичної та емоційної напруги. Це і професійна і людська відповідальність перед хворим і його оточенням, сприйняття та переживання власної безпорадності, відчуття недостатньої своєї роботи. Важко відповісти на запитання «Коли мені буде краще?».

Одна з функцій медичної сестри з надання паліативної допомоги це робота з волонтерами.

Проблемні питання в роботі спеціалізованої мобільної бригади з надання паліативної допомоги:

1. Недопрацьована нормативно-правова база, що регламентує функціонування служби по наданню паліативної допомоги вдома, відсутність методичних плюдейників.

2. Відсутні уніфіковані форми робочої документації.

3. Відсутні реальні нормативи по об'єму надання паліативної допомоги вдома, що не дає можливості сформувавши необхідний штатний розпис бригади.

4. Відсутні стандарти, протоколи щодо надання паліативної допомоги вдома.

5. Недостатнє матеріально-технічне забезпечення.

6. Відсутня програма підготовки волонтерів.

7. Відсутня система мотивації і заохочення кадрів, що надають ПД.

3.2. Дослідження ризику розвитку хронічної втоми і синдрому вигорання у медсестер, які надають паліативну допомогу у КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради.

Ми спробували виявити розвиток хронічної втоми і вигорання в колективі медичних сестер, які працюють з інкурабельними хворими, в КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради. Симптоми втоми ми спробували виявити за допомогою анкетування.

Всього було опитано 30 медичних сестер, які надають ПД в КНП «Тячівська міська лікарня» Тячівської міської ради. Результати опитування наведені в табл.

Таблиця 3.2.1.

Анкета – опитувальник для медичних сестер, які надають ПД, для виявлення симптомів хронічної втоми і вигорання.

| № з/п | Запитання | Відповідь | | |
|-------|--|-----------|----|---------|
| | | Так | Ні | Не знаю |
| 1 | Чи помічаєте Ви у себе ознаки хронічної втоми? | 12 | 4 | 14 |
| 2 | Чи змінилася Ваша позиція щодо ставлення до роботи за покликанням за час роботи? | 13 | 16 | 1 |

| | | | | |
|---|--|----|----|---|
| 3 | Чи була медицина Вашим покликанням під час навчання | 24 | 5 | 1 |
| 4 | Чи впливає вік на Ваші психологічні відчуття | 12 | 17 | 1 |
| 5 | Чи вважаєте Ви, що чим більший стаж роботи в медицині, тим більший ризик розвитку хронічної втоми? | 25 | 5 | 0 |

Чи помічаєте Ви у себе ознаки хронічної втоми?

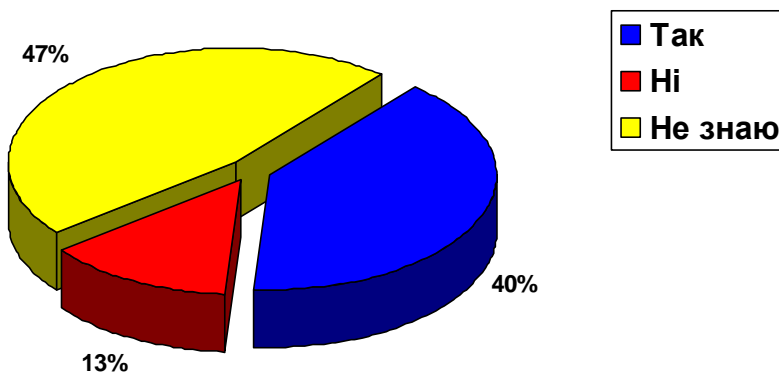


Рисунок 3.2.1. Відповідь на запитання «Чи помічаєте Ви у себе ознаки хронічної втоми?»»

При оцінці отриманих даних анкетування виявилось, що поширеність хронічної втоми склала 40%, тобто більш ніж кожна третя медична сестра виявила у себе ознаки хронічної втоми і потребує допомоги фахівця-психолога (рис. 2.3.1).

Аналіз відповідей на питання: "Чи змінилася Ваша позиція щодо ставлення до роботи за покликанням за час роботи?" показав зниження числа медсестер, які працюють без професійного інтересу. Практично майже

половина медсестер перебуває на межі професійного вигорання і потребує допомоги фахівця-психолога (рис. 3. 2.2).

Чи змінилася Ваша позиція за покликанням за час роботи?

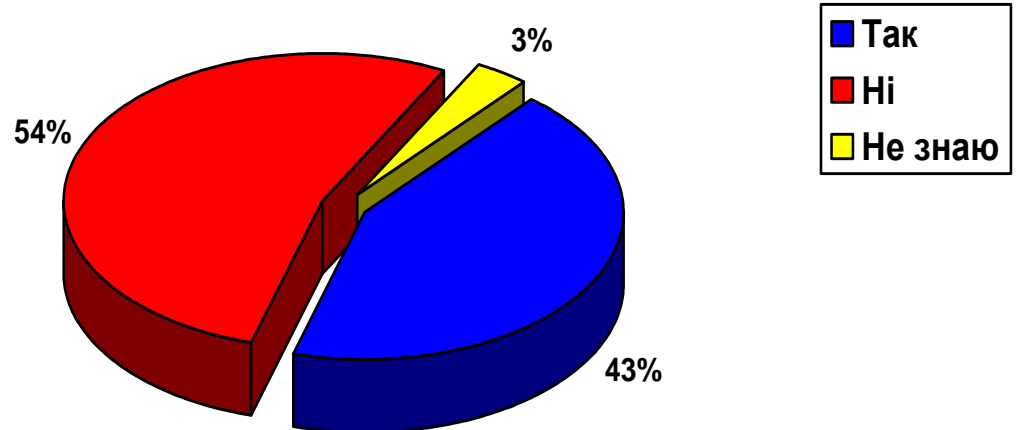


Рисунок 3.2.2. Відповідь на запитання «Чи змінилася Ваша позиція щодо ставлення до роботи за покликанням за час роботи?»



Рисунок 3.2.3. Відповідь на запитання «Чи була медицина Вашим покликанням під час навчання?»

Як ілюструє рис. 3.2.3, більшість медичних сестер (80 %) під час навчання вважали медицину своїм покликанням

Це, безсумнівно, важливий момент для настільки специфічної сфери діяльності. Співчуття, бажання допомогти ближньому разом з професійною

підготовкою фактично необхідна умова для медсестер, що надають паліативну і хоспісну допомогу. Однак, з часом роботи знизився інтерес до улюбленої справи, що насторожує і вимагає негайних заходів, зокрема:

- Покращення умов праці,
- Моральної і матеріальної стимуляції,
- Психологічної допомоги.

Нам було цікаво зв'язок віку медичної сестри з її психологічними відчуттями. Відповідь на запитання «Чи впливає вік на Ваші психологічні відчуття» наведена на рис. 3.2.4.



Рисунок 3.2.4. Відповідь на запитання «Чи впливає вік на Ваші психологічні відчуття?»

Виявлено, що більшість опитаних медсестер (57 %) вважають, що розвиток хронічної втоми практично не залежить від віку.

Нас також зацікавив зв'язок стажу роботи в медицині з ризиком розвитку хронічної втоми у медичної сестри. Відповідь на запитання «Чи вважаєте Ви, що чим більший стаж роботи в медицині, тим більший ризик розвитку хронічної втоми?» наведена на рис. 3.2.5.

Чи вважаєте Ви, що чим більший стаж роботи в медицині, тим більший ризик розвитку хронічної втоми

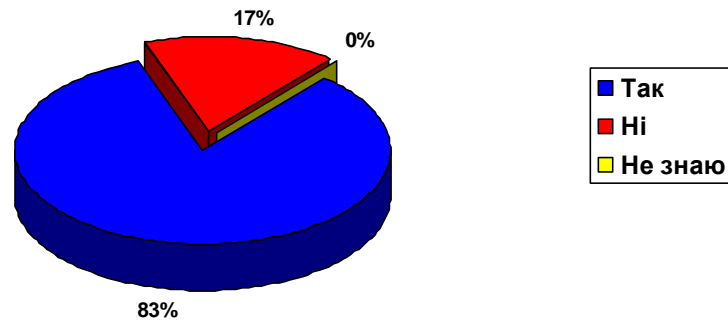


Рисунок 3.2.5. Відповідь на запитання «Чи вважаєте Ви, що чим більший стаж роботи в медицині, тим більший ризик розвитку хронічної втоми?»

Як видно із рисунку, більшість опитаних медсестер вбачали пряму залежність розвитку хронічної втоми від стажу професійної діяльності.

При особистому інтерв'ю виявилось, що з числа медсестер, що зберегли або набули інтерес до професії, ознаки втоми проявила кожна четверта, а з числа тих, хто зберегли негативне ставлення або розчарувалися в професії, ознаки втоми - кожна третя. Таким чином, видно, що розвиток втоми залежить від наявності або відсутності професійної мотивації.

На підставі всього вище сказаного у можна зробити головний висновок - важливою проблемою медичних сестер, які надають ПД є ризик розвитку хронічної втоми, що приводить до плинності кваліфікованих кадрів.

Також нами було запропоновано 30 медичним сестрам, відповісти опитувальник щодо ставлення медичних сестер, які надають ПД, до смерті пацієнтів. Результати опитування наведені в табл.3.2.2

Таблиця 3.2.2.

Результати опитування
ставлення медичних сестер до смерті пацієнтів

| № з/п | Запитання | Число відповідей |
|-------|-----------|---------------------|
| | | |

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Не можу змиритися із самим фактом існування смерті | 13 |
| 2 | Намагаюсь усунути від себе страх смерті | 5 |
| 3 | Перекладаю відповідальність на самих пацієнтів | 6 |
| 4 | Питання смерті мене не займає. | 10 |

Також результати оцінки частки медичних сестер, які надають ПД, щодо ставлення до смерті пацієнтів наведені на рис. 3.2.6.

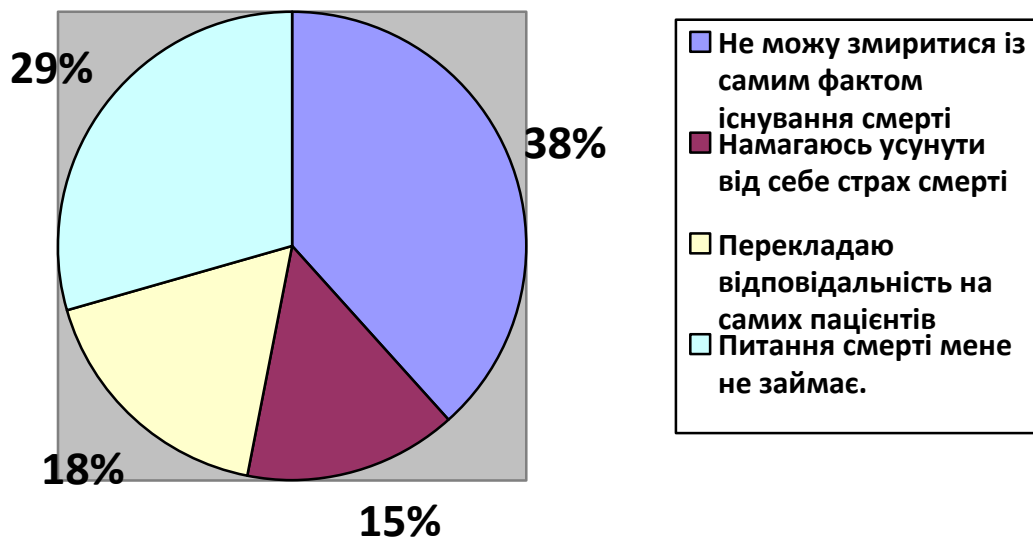


Рисунок 3.2.6. Результати оцінки частки медичних сестер, які надають ПД, щодо ставлення до смерті пацієнтів.

Обробка даних показала, що значна частина опитаного середнього медичного персоналу (38%) не можуть примиритися із самим фактом існування смерті. Головне питання, на яке вони намагаються знайти відповідь можна сформулювати так - "Чому люди повинні вмирати?". Це, на нашу думку медичні сестри, у яких з'являється хронічна втома тому, що головною причиною її розвитку є психологічна, душевна перевтома.

15 % медичних сестер намагається усунути від себе страх смерті, як тільки пацієнта стосується подих смерті. 18% раціонально мислячих медичних сестер роблять спроби перекласти відповідальність на самих

хворих. У даному випадку, на наш погляд, інтерес представляє логічні судження медсестер: пацієнт може бути сам винен у своїй смерті ("Чому не дотримувався призначень лікаря?", "Чому не вів здоровий спосіб життя?", "Чому мав шкідливі звички?" і т. д.) . І, нарешті, найцікавіший факт, на нашу думку полягає в тому, що 29% медичних сестер взагалі не займає питання страху смерті, вони «ніколи не відчували», цього страху. У даних медичних сестер є виражені ознаки реакції заперечення на психотравмуючу ситуацію.

Таким чином, проведені дослідження показали, що у більшості сестер дуже сильні негативні враження, відчуття, пов'язані з вмираючими хворими і самим фактом їх смерті. Це дослідження підтвердило, що все, що пов'язано зі смертю хворих, становить серйозну психотравмуючу ситуацію для медичних сестер. Причому вони по-різному реагують на смерть хворих, що викликає сильне психічне напруження.

Також нами опитано 30 медичних сестер, з якими труднощами стикаються найчастіше медичні сестри, які надають ПД. Результати опитування наведені в табл.3.2.3 та проілюстровані на рис. 3.2.7.

Таблиця 3.2.3.

Результати опитування

щодо того, з якими труднощами стикаються найчастіше медичні сестри, які надають ПД.

| № з/п | Проблема | Число відповідей |
|-------|---|------------------|
| 1 | Забезпечення контролю психоемоційного стану ПП | 16 |
| 2 | Надання допомоги у термінальній стадії захворювання (агонуючому пацієнту) | 12 |
| 3 | Спілкування з родичами ПП | 15 |
| 4 | Відсутність бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами | 11 |
| 5 | Відсутність матеріальної та моральної мотивації кадрів | 30 |
| 6 | Відсутність спеціальності «Паліативна та хоспісна | 14 |

| | | |
|---|---|----|
| | медицина» | |
| 7 | Недостатній рівень знань і компетентності медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги | 22 |

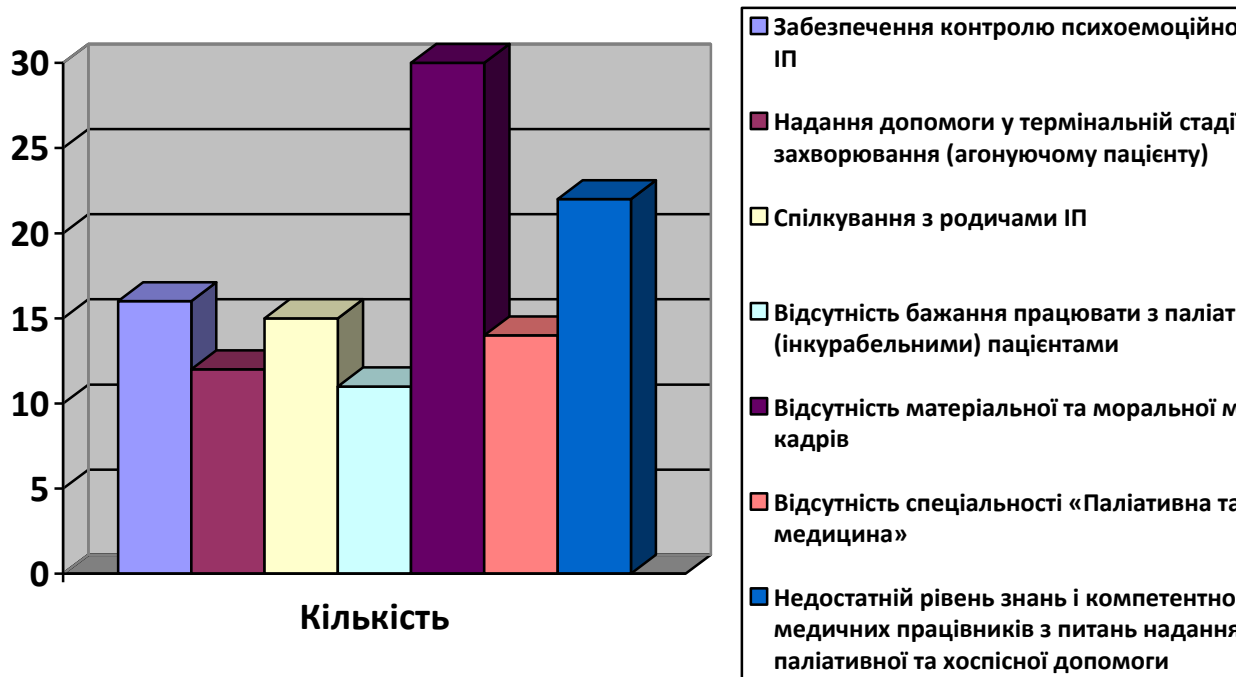


Рисунок 3.2.7. Результати опитування щодо того, з якими труднощами стикаються найчастіше медичні сестри, які надають ПД.

Результати нашого дослідження засвідчили, що практично найбільші труднощі при наданні ПД медичні сестри відчували щодо: забезпечення контролю свого психоемоційного стану (53,3 %); також труднощі у наданні допомоги у термінальній стадії захворювання чи агонуючим пацієнтам мали 40 % медичних сестер; проблеми у спілкуванні з родичами ПП відзначали 50 % респондентів. Вказали, що не мають особливого бажання працювати з паліативними (інкурабельними) пацієнтами 36,7 %. Всі опитані вказують на повну відсутність матеріальної та моральної мотивації кадрів, які надають ПД. 46,7 % респондентів відчувають потребу у створенні окремої спеціальності «Паліативна та хоспісна медицина», де буде проводитись підготовка фахівців на додипломному рівні. Про недостатній рівень своїх

знань і компетентності з питань надання паліативної та хоспісної допомоги вказали 73,3 %, що визначає негайну потребу в підготовці медичні сестер, які надають ПД на післядипломному рівні (курси спеціалізації, тренінги, семінари).

Враховуючи думку респондентів про проблему недостатнього рівня знань і компетентності медичних працівників з питань надання паліативної та хоспісної допомоги, нами проведено вивчення думок медичних сестер щодо вирішення проблем надання ПД. Результати опитування наведені в табл.3.2.4.

Таблиця 3.2.4.

Результати опитування щодо пропозицій з вирішення проблем надання
ПД.

| № з/п | Запитання | Відповідь | |
|-------|---|-----------|----|
| | | Так | Ні |
| 1 | Маю потребу та бажання вдосконалити теоретичні знання, професійні навички і вміння щодо надання мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги. | 24 | 6 |
| 2 | Вважаю, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати підвищені посадові оклади. | 30 | 0 |
| 3 | Вважаю, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати збільшену відпустку. | 30 | 0 |
| 4 | Вважаю, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати пенсійні пільги. | 30 | 0 |

За результатами опитування встановлено, що вирішення проблем забезпечення закладів охорони здоров'я паліативної та хоспісної допомоги

кваліфікованими медичними працівниками вимагають впровадження в першу чергу комплексу заходів матеріальної та моральної мотивації кадрів. Васі опитані респонденти вважали, що медичні працівники, які надають паліативну та хоспісну допомогу, повинні мати підвищені посадові оклади, збільшення відпустку та пенсійні пільги.

80 % опитаних медичних сестер мають потребу та бажання вдосконалити теоретичні знання, професійні навички і вміння щодо надання мультидисциплінарної паліативної та хоспісної допомоги. Зазначене актуалізує питання підготовки кадрів, що реалізується удосконаленням навчальних програм та запропонованою системою безперервного професійного розвитку медичних працівників з питань паліативної та хоспісної допомоги.

ВИСНОВКИ

Таким чином, підсумовуючи усе викладене вище, можна зробити наступні висновки щодо реального стану надання паліативної і хоспісної допомоги інкурабельним хворим в Тячівському районі Закарпатської області:

1. Хворий з обмеженим прогнозом на життя знаходиться в стані постійного стресу, що руйнує звичні стереотипи поведінки, змінює систему цінностей, перебудовує особистість і змушує його адаптуватися до нових умов життя. Шляхом забезпечення доступності та вибору різних форм паліативної допомоги для усіх громадян, які її потребують, інтеграції паліативної допомоги в існуючу систему медичної та соціальної допомоги, розширення мережі спеціалізованих закладів, в тому числі комунальних та недержавних, впровадження виїзної служби паліативної допомоги вдома можна досягти вирішення цих проблем.

2. Серед найбільш серйозних проблем паліативної та хоспісної допомоги інкурабельним хворим в Україні є наступні:

- Недостатнє визнання актуальності проблеми паліативної та хоспісної допомоги хворим і невідповідна підтримка з боку центральної, регіональної та місцевої влади; обмежене фінансування з бюджету, що гальмує розвиток паліативної допомоги як нової галузі охорони здоров'я.

- Недостатня доступність опіоїдних анальгетиків для паліативних хворих, особливо за умови амбулаторної ПХД, в тому числі, занадто складна та недосконала нормативно-правова база в цьому сегменті.

- Брак підготовленого персоналу в закладах паліативної та хоспісної допомоги, що вже надають ПХД хворим; відсутність спеціалізації медперсоналу з паліативної та хоспісної медицини; до- і післядипломна підготовка фахівців з проблем ПХД знаходиться на стадії становлення і не може на сьогоднішній день якісно і кількісно забезпечити потреби в кадрах.

- Не вирішено питання про включення спеціальності "Паліативна медицина" до номенклатури спеціальностей і посад лікарів і середнього

медперсоналу. В результаті не вирішуються питання спеціалізації лікарів та середнього медичного персоналу з паліативної медицини, сертифікації їх за цією спеціальністю, формування атестаційних комісій з присвоєння кваліфікаційних категорій.

- Нестача обладнання для здійснення паліативного лікування та догляду.

- Потребує розв'язку і питання розвитку служби волонтерів та гідне матеріальне забезпечення середнього медичного персоналу.

2. Необхідність створення в кожній області України системи паліативної допомоги, яка дозволить забезпечити ранню діагностику та допомогу пацієнтам, які потребують паліативної допомоги, дільничними та сімейними лікарями, а також формування мережі мобільних міждисциплінарних бригад для забезпечення паліативної допомоги та догляду вдома.

3. Щодо особливостей роботи середнього медичного персоналу, який надає паліативну допомогу, то вони обумовлюються необхідністю виконання соціальних послуг: догляду; організацією харчування; сприяння в отриманні медичної, правової, соціально-психологічної та інших видів допомоги; організації дозвілля; сприяння в організації ритуальних послуг та інших послуг, які надаються громадянам не залежно від форм власності.

4. Робота середнього медичного персоналу, який надає паліативну допомогу, повинна носити багатоаспектний характер, який передбачає не лише високий рівень освіти медичної сестри, обізнаність у законодавстві, а й наявність відповідних особистісних якостей, що дозволяють інкурабельним хворим і їх родичам довірливо ставитися до цієї категорії медичних працівників.

5. Ключовими проблемами в роботі середнього медичного персоналу є ризик розвитку хронічної втоми, відсутність мотивації кадрів та недостатня підготовка медичних сестер з питань надання паліативної допомоги інкурабельним хворим на додипломному і післядипломному рівнях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Проект Концепції Державної програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні на 2010–2014 роки, http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080627_0.html.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
3. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care [Electronic resource]. – The Resolution of the 67-th World Health Assembly. WHO. World Health Assembly, 2014. – Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_R7-en.pdf.
4. Князевич В.М. Стан, проблеми і перспективи впровадження «Національної стратегії розвитку системи паліативної допомоги в Україні до 2022 року» [Текст]: мат. наук.-пр. конф. / В. М. Князевич, А. В. Царенко, І. В. Яковенко // Паліативна допомога в Україні: складові та шляхи розвитку. – Х., 2014. – С. 5–13.
5. Звіт представників Інституту демографії і соціальних досліджень НАН України. Доповідь на конференції «Демографічний розвиток України і пріоритетні задачі демографічної політики». – Київ, 20-21 жовтня 2005 р. – с. 34.
6. Миронюк І.С., Слабкий Г.О. Оцінка динаміки потреби дорослого населення Закарпатської області в паліативній допомозі // Україна. Здоров'я нації. - 2018. - № 4 (52). - С.32-36.
7. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. (ч.1 ст. 35-4).
8. Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затверджений Міністерством Охорони Здоров'я України від 03.07.2007 р.

9. Визначення паліативної допомоги запропоноване ВООЗ, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №41 від 21.01.2013 Про організацію паліативної допомоги в Україні.- Київ
11. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2013 року №41 Порядок надання паліативної допомоги.
12. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року». Режим доступу: <http://crimealawyers.com/z-k-o-n-u-k-r-i-n-y-ob-utverzhdenniobshchegosudarstvennoi-programmy-borby-s-onkologicheskimi-zabole>.
13. Спільний Наказ МОЗ України та НАМН України №409/36 «Про виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року». Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ11323.html.
14. Державний формуляр лікарських засобів. Випуск 2010 Додаток 9). <http://rutracker.org/forum/viewtopic.php?t=3039017>.
15. Державний формуляр лікарських засобів». Випуск 2011 Додаток 8.
16. Наказ МОЗ України №159 від 23.03.2011 р. <http://medstrana.com/news/2977>.
17. Постанова Кабінету Міністрів України №208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я» від 17 лютого 2010 р.
18. Наказ МОЗ України від №531 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів щодо збільшення доступності паліативних хворих з хронічним больовим синдромом в термінальній стадії життя до сучасних вискоєфективних анальгетичних засобів, включаючи опіодні анальгетики». http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=28954

19. Наказ МОЗ України від №759 «Про створення робочої групи з питань удосконалення нормативно-правових актів зі знеболення паліативних хворих з хронічним больовим синдромом».

20. ПЛЮДЕЙНИК по службах паліативної допомоги вдома в Україні та за кордоном / Авторський колектив. - 2013 р. - 136 с.

21. Дубич К. В. PESTL-аналіз сучасного стану державного управління паліативною та хоспісною допомогою в Україні //Електронний журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток» № 5, 2017. <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1075>

22. Власюк О.С. Національна безпека України: еволюція проблем внутрішньої політики: вибрані наук. праці / О.С. Власюк. – К.: НІСД, 2016. – 528 с.

23. Вороненко Ю.В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю.В. Вороненко, Ю.І. Губський, А.В. Царенко // Наука і практика: міжвідомчий мед. журн. 2014. № 1 (2). С. 63-75.

24. Карп'як О. Паліативна допомога в Україні: як відпустити чашку з окропом: [Електронний ресурс] / Олег Карп'як // ВВС Україна: веб-сайт Української служби Британської телерадіомовної корпорації. 2015. 6 лист. Режим доступу: <http://ligalife.com.ua/208>.

25. В Одессе построят первый в Украине православный хоспис: [Электронный ресурс] // СПЖ: веб-сайт. 2017. Режим доступа: <http://uoj.org.ua/novosti/blagoe-delo/v-odesse-postroyat-pervyyu-v-ukraine-pravoslavnyu-khospis>.

26. Івасюк П. Регулярна профілактика онкозахворювань зменшить захворюваність на рак у країні вдвічі онкологи / П. Івасюк // Інформ. агентство «Українські Національні Новини»: веб-сайт. 2017. 21 лют. Режим доступу: <http://www.unn.com.ua/uk/news/1646042-regulyarna-profilaktika-onkozakhvoryuvan-zmenshit-zakhvoryuvanist-na-rak-u-krayini-vdvichi-onkologi>.

27. ООН: 60% українців – за чертою бідності: [Електронний ресурс] // РІА Новини Україна: веб-сайт. – 2016. – 11 апр. – Режим доступу: <http://rian.com.ua/press/20170411/1023106041.html>.

28. Напрями удосконалення сфери охорони здоров'я в умовах постаріння населення України: аналітична записка // Нац. ін.-т стратег. досліджень: веб-сторінка. 2017. Режим доступу: www.niss.gov.ua/articles/934.

29. . Про становище людей з інвалідністю в Україні: національна доповідь / К.: Мінсоцполітики України, ДУ н.-д. ін.-т соц.-труд. Відносин; [б. в.], 2013. 197 с.

30. Система надання паліативної та хоспісної допомоги громадянам України потребує негайної розробки єдиних стандартів: [Електронний ресурс] // Секретаріат Уповноваженого Верховної Ради України по правам людини: веб-сайт. 2015. 30 бер. Режим доступу: <http://www.ombudsman.gov.ua/ru/all-news/all-activity/30315-yl-sistema-predostavleniya-palliativnoj-i-xospisnoj-pomoschi-grazhdanam-u>.

31. Проект Концепції Державної цільової програми розвитку паліативної та хоспісної допомоги на 2010 – 2014 роки // Міністерство охорони здоров'я України: веб-сайт. 2016. Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080627_0.html.

32. Губський Ю.І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю.І. Губський, Н.Г. Гойда, А.В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина: наук. практ. журн. 2015. № 1. С. 68-74.

33. Конституція України: [Закон України від 28.06.1996 № 254 к/96-ВР (із змінами, внесеними 4 Законами України в 2004-2014 рр.)] // Офіц. вісн. України. – 2010. – 1 січ. (№ 72/1 Спец. випуск). – С. 15. – Ст. 2598.

34. Основи законодавства України про охорону здоров'я: [Закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-ХІІ (із змінами, внесен. згідно із 40 Законами в 1993-2015 рр.)] // Відом. Верховної Ради України: офіц. вид. – 1993. – 26 січ. (№ 4). – Ст. 19.

35. Інформація зі спеціальної доповіді Уповноваженого ВРУ з прав людини <https://non-scary.org/wp-content/uploads/2020/02/informacziya-zi-speczialnoyi-dopovidi-upovnovazhenogo-vru-z-prav-lyudyny-lyst1.pdf>
36. Паліативна допомога: в Україні будуть створені Центри медичної реабілітації та паліативної допомоги дітям. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/health/paliativna-dopomoga-v-ukraini-budut-stvoreni-centri-medichnoi-reabilitacii-ta-paliativnoi-dopomogi-ditjam> - Назва з екрану.
37. Царенко А. В. Обґрунтування функціонально-організаційної моделі спеціалізованої паліативної і хоспісної допомоги населенню в Україні // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 5. – С. 204–214.
38. Царенко А. В. Обґрунтування концептуальної моделі системи паліативної і хоспісної допомоги населенню на рівні первинної медичної допомоги / А. В.Царенко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський // Здоров'я суспільства. – 2019. – Т. 8. – № 2. – С. 49–57.
39. Гойда Н. Г. Соціально-медичні аспекти розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я / Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2–3 (1). – С. 23–30.
40. Вороненко Ю. В. Питання підготовки кадрів та розвиток наукових досліджень з паліативної медицини, як передумова створення сучасної системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 2-3 (1). – С. 59.
41. Царенко А. В. Організаційна модель залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам геріатричного профілю / А. В. Царенко // Здоров'я суспільства. – 2016. – Т. 5. – № 3–4. – С. 87–95.

42. Моїсеєнко Р. О. Оцінка якості діяльності сімейних лікарів з надання паліативної допомоги / Р. О. Моїсеєнко, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // Сучасні медичні технології. – 2018. – № 1. – С. 29–36.

43. Shekera O. G. Medical and social grounds for the functional and organisational model of palliative and hospice care system at the primary health care level in Ukraine. / O. G. Shekera, A. V. Tsarenko // Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău. – 2019. – № 4 (82). – P. 239–245.

44. Царенко А. В. Організація міжвідомчої співпраці сімейних лікарів при

наданні амбулаторної паліативної допомоги пацієнтам похилого віку / А. В. Царенко, Ю. І. Губський // Сімейна медицина. – 2013. – № 1 (45). – С. 14–17.

45. Tsarenko A. V. Medical-social analysis of the normatively-legal basis of Ukraine and some international documents about palliative and hospice care providing // Здоров'я суспільства. – 2018. – Т. 7. – № 2. – С. 31–45. 38

46. Shekera O. G. The Health Education of Palliative Care Medical Professionals to Prevent of Professional Burnout Syndrome / O. G. Shekera, A. V. Tsarenko // Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău. – 2016. – №3 (67). – P. 79–82.

47. Царенко А. В. Участие врачей общей практики-семейной медицины в оказании паллиативной помощи онкологическим пациентам на дому / А. В. Царенко, О. Г. Шекера, Ю. И. Губский // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2015. – № 3 (2). – С. 111–119.

48. Царенко А. В. Особливості організації і надання паліативної та хоспісної

допомоги в умовах пандемії COVID-19 / А. В. Царенко, В. В. Чайковська, Н. Є. Кожан [та ін.] // Здоров'я суспільства. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 24–30.

49. Паліативна та хоспісна допомога: підручник / За ред.: Ю. В. Вороненка, Ю. І. Губського. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 392 с.

50. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря: Навч. плюдейник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / За ред. Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Ю. І. Губського. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2017. – 208 с.

51. Царенко А. В. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – «Охорона здоров'я»). – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, спеціалізована вчена рада Д 26.613.07. – Київ, 2020.