

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

Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

На правах рукопису

ШИШАЦЬКА ІРИНА МИКОЛАЇВНА

УДК: 614.2:314.422:616-08-036.887-039.75 (477)

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

**РОЗВИТОК ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В
УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

спеціальність 229 – Громадське здоров'я

22 – Охорона здоров'я

Науковий керівник:

завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Тернопільського національного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
д-р мед. наук, проф. Сатурська Г.С.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ІСТОРИЯ ФОРМУВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. СТАН НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	13
1.1. Історія формування паліативної та хоспісної допомоги в Україні	13
1.2. Україна на шляху забезпечення надання паліативної та хоспісної допомоги згідно засад громадського здоров'я.....	17
1.3. Основні поняття та концепція паліативної та хоспісної допомоги в Україні.....	22
1.4. Стан надання паліативної та хоспісної допомоги на сучасних рівнях забезпечення медичної допомоги. Програма медичних гарантій.....	27
1.4.1. Паліативна допомога в контексті первинної медичної допомоги	29
1.4.2. Мобільна та стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям. Хоспіс.....	30
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	36
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ НАДАЄТЬСЯ ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА, ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ «СИСТЕМА ОЦІНКИ СИМПТОМІВ І ПОТРЕБИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ТА СОЦІАЛЬНІЙ ДОПОМОЗІ ЗА ЧИСЛОВОЮ ШКАЛОЮ».....	41
3.1. Аналіз результатів 1-го блоку опитувальника «Оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою»	43
3.2. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою».....	51
3.3. Аналіз результатів 3-го блоку опитувальника «Оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою»	56
РОЗДІЛ 4 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЗАДІЯНІ В ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.....	61
РОЗДІЛ 5 ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ СІМЕЙ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ.....	76

5.1. Психологічне визнання унікальності кожної особистості і гідності кожного пацієнта, значення якості життя при наданні паліативної допомоги	76
5.2. Психологічна підтримка та турбота про сім'ї та осіб, які здійснюють догляд за хворим	778
ВИСНОВКИ.....	822
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	833
ДОДАТОК 1.....	89
ДОДАТОК 2.....	900

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВАШ – візуальна аналогова шкала
- ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ЄПД – Європейський план дій
- ЄРБ – Європейське регіональне бюро
- ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
- ПХМ – інститут паліативної та хоспісної медицини
- КМУ – Кабінет міністрів України
- КНП – комунальне некомерційне підприємство
- КОР – Кіровоградська обласна рада
- ЛЗ – лікувальний заклад
- МДМБ – мультидисциплінарна мобільна бригада
- МПД – мобільна паліативна допомога
- НПБ – нормативно-правова база
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ОФГЗ – оперативні функції громадського здоров'я
- ПМД – первинна медична допомога
- ПХД – паліативна і хоспісна допомога
- СНІД – синдром набутого імунодефіциту
- СПД – стаціонарна паліативна допомога
- ШВО – шкала вербальної оцінки
- ЮНІСЕФ – дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй (англ. United Nations Children's Fund – UNICEF)
- ЯЖ – якість життя

ВСТУП

Актуальність теми. Світові тенденції старіння населення, що супроводжуються збільшенням поширеності важких захворювань та їх ускладнень, які зазвичай асоційовані з віком захворювань, ведуть до зростання потреби у наданні високоякісної паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) у світовому масштабі та в Україні [1, 6, 8]. Так, за прогнозами вчених, до 2040 р. у світі потреба у ПХД збільшиться на 25-47 % [19].

В Україні спостерігається подібна тенденція, адже значне постаріння населення країни, невинне зростання показників поширення онкологічних захворювань серед усіх верств населення та високі показники смертності від цих захворювань, збільшення кількості пацієнтів із невиліковними захворюваннями й обмеженим прогнозом тривалості життя зумовлюють актуальність і необхідність удосконалення паліативної та хоспісної допомоги населенню України.

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) стверджують [34, 51, 52], що ПХД потребують дорослі, які хворіють на тяжкі інкурабельні захворювання, що загрожують життю або обмежують якість життя. До таких захворювань, що часто у термінальній стадії потребують ПХД, відносяться: хронічні хвороби системи кровообігу (38,5 %), онкологічні захворювання (34,0 %), хронічні респіраторні захворювання (10,3 %), ВІЛ-інфекція/СНІД (5,7 %), цукровий діабет (4,6 %) та ін. [6, 21].

Щодо психологічних аспектів цієї проблеми, то мабуть немає нічого драматичнішого у житті людини, аніж його кінцевий етап – закінчення життя, смерть. Незважаючи на те, що для багатьох людей, які тривалий час страждають від невиліковних захворювань, смерть може бути завершенням страждань, все ж для рідних людей смерть близької людини – це велике горе і душевний біль [29].

Для оцінки потреби у паліативній допомозі [25] дуже важливими є статистичні дані окремих країн та світові показники щодо причин смерті, тривалості протікання важких невиліковних захворювань. Ці дані є вкрай необхідними для аналізу та готовності систем охорони здоров'я до надання паліативної допомоги, розробки державної політики щодо надання цієї допомоги та планування спроможності закладів та кадрового потенціалу цієї сфери медичних та соціальних послуг.

Україна знаходиться серед держав з високим рівнем захворюваності на онкологічні хвороби. Щорічно близько 65 тисяч пацієнтів помирають від раку, а у 140 тисяч діагностують цю хворобу вперше [7].

Більшість пацієнтів з онкологічними та іншими інкурабельними захворюваннями страждають від виражених симптомів болю, задишки та затрудненого дихання, набряків, слабкості та інших фізичних проявів захворювання, а в міру прогресування захворювання їм додатково потрібна психологічна, соціальна та духовна підтримка. Зокрема, австрійські вчені після проведення наукових досліджень з використанням різних підходів та методик прийшли до висновку, що на кінцевій стадії важких захворювань паліативної та хоспісної допомоги потребують 50-89 % усіх пацієнтів. Щодо тривалості надання паліативної та хоспісної допомоги, то цей показник може варіювати від кількох днів або тижнів до місяців і навіть років. Враховуючи сучасні підходи та рекомендації для надання цього виду допомоги, та, використовуючи сучасні високотехнологічні можливості сучасної медицини, паліативна допомога може бути потрібною впродовж більшого періоду часу, а не тільки протягом останнього року життя [1].

Загальновідомо, що традиційна медицина завжди ставить перед собою мету - одужання пацієнта або ж, якщо не можливе повне одужання, то досягнення стійкої ремісії, тоді як ПХД має на меті зменшити до мінімуму страждання невиліковно хворих пацієнтів та покращити якість життя цих пацієнтів та членів їх сімей. Право на ПХД та рівний доступ до закладів і

служб ПХД повинно бути гарантоване населенню України та інших країн. Це також повинно бути доступно у фінансовому аспекті [6, 9].

Наукові дослідження свідчать, що члени сімей хворого, який потребує ПХД, досить часто й самі потребують підтримки і психологічної допомоги, оскільки важка невиліковна хвороба близької людини може спричинити суттєве зниження якості життя усієї родини, психологічні проблеми та ін.

Окрему категорію потребуючих ПХД складають діти з онкологічними, генетичними, гематологічними, орфанними захворюваннями, вродженими вадами розвитку та іншими хронічними інкурабельними хворобами, що становлять загрозу їх життю або обмежують якість життя [21, 31].

Дуже актуальним стоїть питання педіатричної складової паліативної допомоги. Спеціальної програми на рівні держави для паліативних дітей не впроваджено. Дві третини дітей, що вмирають у віці до 18 років, потребують ПХД. Загалом в Україні 17,5 тисяч дітей потребують паліативної допомоги (ПД), але ця цифра відрізняється від розрахунків ЮНІСЕФ, який вважає, що такої допомоги потребують від 39 до 70 тис. українських дітей. Статистичні дані свідчать про понад тисячу випадків онкозахворювань у дітей щороку, які посідають друге місце в структурі дитячої смертності, а після встановлення такого діагнозу виживає лише кожна друга дитина [4].

Рівень та ефективність надання паліативної та хоспісної допомоги є одним із показників високої цивілізації та розвитку держави. Паліативна допомога та хоспісна допомога є не окремими видами допомоги, а співвідносяться між собою як ціле та частина цілого [4].

Створення та розвиток системи паліативної і хоспісної допомоги в Україні [11, 9] на рівні світових стандартів [39, 41, 51, 52] є однією з важливих медико-соціальних завдань нашого суспільства і, зважаючи на значний досвід європейських країн [30, 34] та розвинених країн інших континентів світу [52] у питаннях розвитку паліативної і хоспісної

допомоги, необхідність та важливість виконання цього завдання не викликає сумнівів.

Існує багато хворих, для яких також є необхідною надання ПХД на термінальній стадії таких захворювань, які супроводжуються розвитком хронічної ниркової і печінкової недостатності, ревматоїдному артриті, деяких неврологічних захворюваннях, зокрема при деменції, розсіяному склерозі та інших демієлінізуючих захворюваннях. Іноді ПХД вкрай необхідна хворим після травм, при важких хіміорезистентних формах туберкульозу та ін. (WHO, 2018) [34, 51, 52].

У світових масштабах ця проблема також ще не вирішена, адже на сьогодні у світі понад 25,5 млн. людей помирають від важких інкурабельних захворювань щороку, і ще близько 35 млн. перебувають у термінальних стадіях цих хвороб. Відомо, що велика частка таких пацієнтів страждають через симптоми, які спричинені важкими порушеннями функцій життєво-важливих органів і систем організму, зокрема серцево-судинної, дихальної, травної. Пацієнти, які мають виражені порушення нервової системи, страждають від деменції, депресії та через нестерпний біль. Усе це спричиняє зниження якості їх життя (WHO, 2014, 2018) [34, 51, 52]. Експерти ВООЗ стверджують, що щорічно приблизно 40 мільйонів людей потребують паліативної допомоги, 78% з яких проживають у країнах з низьким та середнім рівнем доходу. Що стосується дітей, то 98% тих, хто потребує паліативної допомоги, проживає в країнах з низьким та середнім рівнем доходу [31, 34, 44,48, 51, 52].

Із вищезазначеного можна стверджувати, що ця проблема набуває все більшої актуальності, і причиною цього є велика кількість об'єктивних і суб'єктивних чинників: соціально-економічних, політичних, демографічних, медичних та морально-етичних [6, 31].

Актуальність висвітлення та наукового дослідження на дану тематику обумовлена й тим, що одним з головних пріоритетів держави на даний час є реформування системи охорони здоров'я України [9]. Впроваджуються

міжнародні тенденції модернізації системи медичних закладів через нову модель фінансування медичних закладів.

На державному рівні відбувається переосмислення реальної доступності медичної допомоги для кожного громадянина. Це в повній мірі стосується і такого виду медичної допомоги населенню України, як паліативна та хоспісна допомога.

Мета дослідження: провести аналіз організації паліативної та хоспісної допомоги на різних рівнях надання медичної допомоги населенню України на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Вивчити історичні аспекти формування паліативної та хоспісної допомоги в Україні.
2. Вивчити основні поняття та концепцію паліативної та хоспісної допомоги в Україні.
3. Провести аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги на сучасних рівнях забезпечення медичної допомоги та надання паліативної допомоги в контексті первинної медичної допомоги.
4. Вивчити особливості мобільної та стаціонарної паліативної допомоги дорослим та дітям.
5. Провести опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою» та проаналізувати результати, зокрема встановити стан оцінки фізичного благополуччя у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, визначити наявність у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, потреб у психологічній допомозі, визначити наявність у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, потреб у соціальній допомозі.
6. Організувати та провести опитування медичних працівників, які задіяні в організації та наданні паліативної допомоги, провести

аналіз результатів, зокрема визначити стан підготовки лікарів та медсестринського персоналу до надання паліативної та хоспісної допомоги.

7. З'ясувати особливості психологічної допомоги пацієнтам та членам їх сімей при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

Об'єкт дослідження: пацієнти, яким надається паліативна допомога на різних рівнях, та медичні працівники, задіяні в організації та наданні паліативної допомоги.

Предмет дослідження: сучасна нормативно-правова база, яка регулює надання паліативної і хоспісної допомоги населенню; паліативна та хоспісна допомога на різних рівнях її надання у структурі Національної служби здоров'я України (НСЗУ), стан оцінки фізичного благополуччя пацієнтів, яким надається паліативна допомога, їх потреби у психологічній допомозі та у соціальній допомозі, стан підготовки лікарів та медсестринського персоналу до надання паліативної та хоспісної допомоги, рівень знань медичних працівників з питань паліативної і хоспісної допомоги; стан оцінки фізичного благополуччя, потреби психологічної та соціальної допомоги у паліативних пацієнтів; стан надання паліативної і хоспісної допомоги населенню.

Методи дослідження: для вирішення поставлених завдань були використані методи системного підходу і системного аналізу, бібліосемантичний, соціологічний (анкетне опитування медичного персоналу та паліативних пацієнтів), медико-статистичний, епідеміологічний, медичного картографування.

Елементи наукової новизни: у даному науковому дослідженні вперше проведено опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою» та проаналізовано результати, встановлено наявність у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, потреб у психологічній та соціальній допомозі. Вперше організовано та

проведено опитування медичних працівників, які задіяні в організації та наданні паліативної допомоги та проаналізовано результати, а також з'ясувано особливості психологічної допомоги пацієнтам та членам їх сімей при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

Практична значущість. Практичне значення наукової роботи полягає у вивченні історичних аспектів формування паліативної та хоспісної допомоги в Україні, основних понять та концепції паліативної та хоспісної допомоги в Україні; у проведенні аналізу стану надання паліативної та хоспісної допомоги на сучасних рівнях забезпечення медичної допомоги та надання паліативної допомоги в контексті первинної медичної допомоги; вивченні особливостей мобільної та стаціонарної паліативної допомоги дорослим та дітям; у проведенні аналізу результатів опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, та медичних працівників, які задіяні в організації та наданні паліативної допомоги, а також у з'ясуванні особливостей психологічної допомоги пацієнтам та членам їх сімей при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

Апробація результатів роботи:

Основні положення науково-дослідної роботи висвітлено в доповіді «Роль центрів громадського здоров'я у розвитку паліативної допомоги в Україні в умовах реформування медичної галузі» на Другому міжнародному україно-німецькому симпозіумі «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах реформування та перспективи розвитку», який відбувся 23 вересня 2020 року. Симпозіум організований та проведений в Тернопільському національному медичному університеті імені І. Горбачевського спільно з Акконським гуманітарним університетом Берліну за підтримки Федерального міністерства охорони здоров'я Німеччини.

Результати дослідження опубліковані у наукових журналах та матеріалах конференцій та наукових симпозіумів:

1. Сучасні аспекти організації паліативної та хоспісної допомоги в Україні в умовах реформування медичної галузі. Г.С. Сатурська, І.М.Шишацька, О.В. Сатурський, Д.М. Коллінс, Н.П. Марків-Буковська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021, №1, С. 33-39.
2. Сатурська Г.С., Шишацька І.М., Коллінс Д.М. Роль центрів громадського здоров'я у розвитку паліативної допомоги в Україні в умовах реформування медичної галузі // Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики сьогодення і перспективи розвитку: матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 верес. 2020 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2020. С. 6-7.
3. Шишацька І.М. Паліативна допомога в контексті первинної медичної допомоги - реалії сьогодення // Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021: матеріали наукової конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів, 15-16 квітня 2021 р., Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. - 202 С. 100с.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІЯ ФОРМУВАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ
ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. СТАН НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА
ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ОРГАНІЗАЦІЇ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Історія формування паліативної та хоспісної допомоги в Україні

Питання потреби та умови створення і розвитку в Україні системи ПХД населенню в умовах реформування галузі охорони здоров'я, шляхи удосконалення даного виду допомоги населенню та пропозиції щодо оптимізації організації надання ПХД різним категоріям пацієнтів на різних рівнях надання медичної допомоги висвітлювалися впродовж останніх років у працях українських провідних спеціалістів та дослідників Ю. В. Вороненко (2016 р.) ,Ю. І. Губський (2016 р.), В. М. Князевич, (2017 р.), Данилюк К.В. (2018 р.), А. В. Царенко (2020 р.)та ін [2].

Після отримання Україною незалежності та вибором орієнтиру на кращі зарубіжні моделі соціального та медичного обслуговування громадян, в Україні почали відкриватися перші хоспіси. Ці процеси відбувалися за сприяння міжнародних організацій. В Україні перші хоспісні установи було відкрито у Львові в 1996 році, у Івано-Франківську в 1997 році, в Коростені в 1998 році, ці заклади й по теперішній час є провідними установами, що надають паліативну і хоспісну допомогу стаціонарно та амбулаторно.

У 1999 р. створено Асоціацію малоінвазійної та паліативної терапії, якою було розроблено Маніфест хоспісного руху в Україні. За підтримки Міжнародного фонду «Відродження» в 2001 році засновано Всеукраїнську благодійну організацію «Рада захисту прав і безпеки пацієнтів». Ця організація першою в країні привернула увагу громадськості до питань з забезпечення прав інкурабельних пацієнтів та їх родин. Постановою Кабінету Міністрів України №14 від 10.01.2002 р. було затверджено

Міжгалузеву комплексну програму “Здоров’я нації” на 2002-2011рр. де передбачено створення мережі хоспісів для симптоматичного лікування онкологічних хворих у термінальній стадії, розширення мережі денних стаціонарів, і стаціонарів вдома, закладів (відділень) медико-соціальної допомоги та хоспісів [5].

Величезну роль в становленні та розвитку ПД відіграли громадські організації. Однією із організацій цього процесу виступала Всеукраїнська благодійна організація «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів». У 2007 р. була створена Всеукраїнська благодійна організація «Асоціація паліативної допомоги». У липні 2008 року, за пропозицією Всеукраїнської громадської організації «Рада захисту прав та безпеки пацієнтів» до МОЗ України, було видано Наказ «Про утворення Інституту паліативної та хоспісної медицини (ІПХМ) МОЗ України. Заклад був визначений як базова (головна) науково-методична та клінічна установа МОЗ України з питань паліативної і хоспісної допомоги.

Окрім цього, з метою створення сучасної системи фахової підготовки кадрів лікарів та медичних сестер для роботи в галузі допомоги невиліковно хворим за ініціативою (ІПХМ) рішенням Вченої ради Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Шупика була створена перша в Україні кафедра паліативної та хоспісної медицини. Також вперше були розроблені та затверджені навчальні програми та плани циклів тематичного удосконалення для різних категорій лікарів, організаторів ОЗ та медичних сестер з надання паліативної допомоги у лікувальних закладах (ЛЗ) України.

У 2010 р. виникає благодійна організація «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги». У 2011 р. до діяльності названих організацій приєдналася «Ліга сприяння розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні». У 2009-2013 рр. відбувалися наукові дослідження, пов’язані з організацією моделі паліативної та хоспісної медицини в Україні, її нормативно-правовому оформленню.

Завдяки наполегливому захисту суспільного інтересу небайдужими активістами та сподвижниками з боку громадських організацій відбувалися зміни: відкривалися хоспіси або відділення паліативного догляду, хворі забезпечувалися лікарськими засобами та медичним обладнанням, фіксувалися порушення прав тяжкохворих, а їх захисники подавали позови до судів, проводилися численні тренінги з різних аспектів ПД [2] .

Країнами-лідерами в розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Європі є Великобританія, Ірландія, Бельгія, Німеччина, Нідерланди, Франція, а серед країн посткомуністичного простору - Польща та Вірменія. В світі лідерами за індексом якості смерті визначаються Великобританія та Австралія. За показниками вказаного індексу ,в світі, визначається рівень розвитку паліативної та хоспісної допомоги. Україна за результатами 2018 року знаходиться на 62 місці серед 80 опитаних держав. В розвинутих країнах Заходу більше переваги надається нестационарній формі надання такої допомоги, яку отримують інкурабельні пацієнти за місцем їх проживання. ПХД надають мобільні бригади кваліфікованих фахівців, спеціально підготовлених волонтерів. Також значну увагу в цих країнах приділяють розвитку педіатричних хоспісів [4, 44].

ПД складається з таких двох частин або компонентів:

1) паліативна медична допомога, спрямована на полегшення страждань інкурабельного хворого протягом усього періоду загрозової для життя хвороби, яка включає і етіопатогенетичне лікування;

2) паліативна медична допомога, спрямована на полегшення страждань пацієнта в останні місяці, дні і години життя хворого (end of life care) [40, 45].

Виходячи з цього твердження, основними потребами пацієнтів, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, з боку організації ПХД як інноваційного підходу, не тільки медичного, а й соціального та духовного, є:

- знеболення, в першу чергу - доступне, в другу - достатньо ефективно, із застосуванням і всебічним використанням триступеневої схеми «сходинок» (для лікування болю у дорослих) та двоступеневої схеми знеболення (для дітей), згідно рекомендацій ВООЗ [48,46];

- адекватне симптоматичне лікування, яке включає контроль симптомів порушень функцій органів і систем організму, особливо в стадії декомпенсації порушення функцій органів і систем та у термінальній стадії хвороби;

- безперервність та наступність професійного догляду в умовах стаціонарів або на амбулаторному рівні, в тому числі в домашніх умовах, особливо, коли стан інкурабельного пацієнта зумовлює постійне перебування в ліжку;

- співчуття та моральна підтримка, як ПП так і для всієї родини;

- психологічна допомога: діагностика, профілактика та контроль депресій, зменшення відчуття страху і тривоги, формування адекватної психо-емоційної реакції ПП та їх близького оточення на обмежений прогноз тривалості життя [32];

- соціальна допомога, яка включає елементи побутової, матеріальної, правової або юридичної спрямованості, консультивання пацієнта та родичів, допомога в організації та наданні ритуальних послуг;

- медико-соціальна реабілітація пацієнта та членів його сім'ї з метою максимально можливого продовження їх соціальної активності;

- духовний або релігійний супровід пацієнтів та близьких родичів та їх психологічна підтримка [8].

Основні аспекти паліативної та хоспісної допомоги зображено схематично на Рисунку 1.1, на якому схематично зображено поділ допомоги на етапи: власне паліативна допомога пацієнту, родичам і доглядальникам та кваліфікована допомога родичам і доглядальникам після смерті пацієнта. В свою чергу паліативна допомога пацієнту, родичам і доглядальникам поділяється на три етапи: перший з яких включає постановку діагнозу,

другий – включає лікування, модифікуюче хворобу та паліативну допомогу, і третій етап, який присвячений наданню допомоги наприкінці життя.

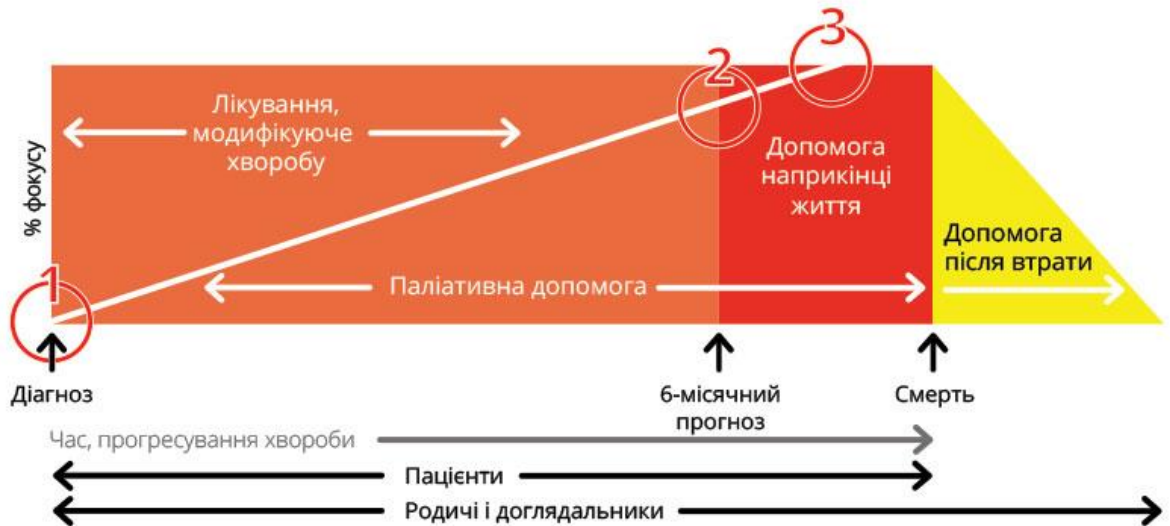


Рисунок 1.1. Схематичне зображення основних аспектів паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) [24].

Підсумовуючи, можна стверджувати, що паліативна та хоспісна допомога - це ще один вид надання медичної допомоги, який надається на будь-якому етапі невиліковної хвороби, пацієнту будь-якого віку, і йде «рука в руку» з радикальною терапією. Таку допомогу повинні надавати спеціально навчені та професійно підготовлені фахівці, у складі мультидисциплінарної команди – лікарів, сестер медичних, психологів, реабілітологів, волонтерів, соціальних працівників, священників та, за потреби, деяких інших спеціалістів [24].

1.2. Україна на шляху забезпечення надання паліативної та хоспісної допомоги згідно засад громадського здоров'я

При дослідженні та аналітичному огляді теми розвитку паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні був здійснений перегляд нормативно-правової бази заданої теми за

останні роки. Здійснено перегляд низки законодавчих актів, які регулюють надання ПД в світі та в Україні.

В 2011 році міжнародна правозахисна організація Хьюман Райтс Вотч (HRW), яка має за мету розслідування випадків порушень прав людини у різних регіонах світу, провела низку розслідувань та інтерв'ю з пацієнтами, які потребують паліативної допомоги та їх родинами, медичними працівниками та представниками влади в Україні, в результаті яких було виявлено велику кількість порушень прав людини в сфері паліативної допомоги. Було встановлено, що в Україні десятки тисяч хворих на рак, на пізніх стадіях, щороку страждають від гострого болю, оскільки не можуть отримати ефективного, безпечного і недорогого знеболення. У своєму звіті HRW зазначили такі основні фактори, які перешкоджали доступу до знеболення пацієнтів, яким надається паліативна допомога в Україні:

- відсутність перорального морфіну;
- відсутність або на низькому рівні наркорегулювання;
- відсутність або на низькому рівні підготовки спеціалістів;
- практично відсутня система надання паліативної допомоги вдома;
- немає протоколів паліативної допомоги та знеболення;
- відсутність можливості ПП отримувати ліки для використання вдома

[37, 53].

Держава Україна отримала рекомендації HRW по ключовим напрямкам, зокрема рекомендації для Уряду України:

1. Забезпечити наявність перорального морфіну – виконано. На сьогодні в Україні на фармацевтичному ринку є виробники перорального морфіну негайного вивільнення, як вітчизняного так і закордонного виробництва;

2. Скасувати вимогу, яка передбачає введення ін'єкційного морфіну та опіоїдних анальгетиків паліативним пацієнтам вдома тільки медичними працівниками – виконано.

Згідно Постанови Кабінету міністрів України (КМУ) № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску,

використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 13 травня 2013 року були змінені правила призначення, відпуску та введення опіоїдних анальгетиків. Згідно пункту 27 Постанови - хворі, які отримують лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, забезпечуються препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів лікувально-профілактичним закладом або за рецептом у фармацевтичних (аптечних) закладах в обсягах, що не перевищують десятиденної потреби, а під час надання паліативної та хоспісної допомоги - що не перевищують п'ятнадцятиденної потреби; пункту 28 - для отримання препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів з метою використання в умовах створеного стаціонару вдома хворий самостійно або особа, яка здійснює за ним догляд (член сім'ї, опікун або піклувальник), подає заяву на ім'я керівника лікувально-профілактичного закладу за формою згідно з додатком 3. Керівник закладу робить відмітку про погодження, після чого заява додається до медичної карти амбулаторного хворого; та пункту 29 - лікар, який призначає препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів для лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома, зобов'язаний поінформувати хворого або особу, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), про правила поводження з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, недопущення їх використання не за медичним призначенням та видавати хворому або особі, яка здійснює за ним догляд (членові сім'ї, опікунові або піклувальникові), інформаційний лист за формою, визначеною МОЗ, про що робиться запис у медичній карті хворого [17].

Наказом МОЗ України № 494 від 07.08.2015 року затверджено Інформаційний лист для хворого або особи, яка здійснює догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника), в якому міститься інформація щодо

техніки проведення ін'єкцій та правил поводження із препаратами наркотичних засобів.

3. Спростити вимоги ліцензування для закладів охорони здоров'я, які розташовані в сільській місцевості - практично не виконано. Для отримання ліцензії на наркотичні засоби та прекурсори потрібно мати спеціально обладнані приміщення, які повинні бути оснащені посиленою сигналізацією та виведені на пульт чергового поліції охорони.

4. МОЗ України повинно заохочувати лікарів усіх ЗОЗ дотримуватися рекомендацій Протоколу знеболення ВООЗ для оцінки рівня болю та лікування згідно принципів доказової медицини - виконано частково.

14 квітня 2016 року МОЗ України затвердило Методичні рекомендації «Розробка локального протоколу ПМД при лікуванні ХБС». Але МОЗ не проводить перевірок ЗОЗ щодо впровадження та дотримання протоколів. Це здійснюється силами неурядових правозахисних організацій за підтримки донорських організацій, зокрема Міжнародного фонду «Відродження».

Система ОЗ України працює та реформується згідно основних принципів державної політики з використанням світового досвіду та рекомендацій міжнародних організацій. У спільній роботі всіх країн Європейським регіональним бюро (ЄРБ) ВООЗ визначено основні цілі - зміцнення здоров'я і благополуччя, досягнення поліпшення здоров'я, у тому числі збільшення числа років здорового життя; підвищення якості життя людей з хронічними та невиліковними хворобами; скорочення несправедливості відносно здоров'я; удосконалення стратегічних напрямів в інтересах охорони здоров'я; використання засад доказової медицини [3, 33].

У 2012 р. ВООЗ прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», який став рушійним у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні [20]. Метою Європейського плану дій (ЄПД) є надання підтримки 53 європейських держав - членів ВООЗ у питаннях поліпшення здоров'я, зменшення ознак та проявів нерівності між верствами населення, а також у

забезпеченні здійснення оперативних функцій закладів громадського здоров'я і основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та загальному рівнях, а також зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я.

В оперативні функції громадського здоров'я (ОФГЗ) включено третинну профілактику в напрямку - здійснення програм реабілітації і купірування хронічного больового синдрому. Заходи третинної профілактики передбачають реабілітацію пацієнтів із вже наявними захворюваннями з метою зменшення можливих інвалідизуючих наслідків і прояву ускладнень, з метою продовження повноцінного життя та з метою покращення якості життя пацієнта, навіть без можливості повного його одужання [20]. 16 травня 2019 року відбулася стратегічна зустріч щодо цілей сталого розвитку, на якій обговорювалися питання щодо стану здоров'я населення України, зокрема, як продовжити тривалість життя та підвищити якість життя, як знизити передчасну смертність від неінфекційних та інфекційних захворювань, знизити захворюваність на ВІЛ/СНІД та туберкульоз.

Цілі сталого розвитку – це орієнтири розвитку країн світу у визначений термін до 2030 року за основними 17 напрямками. Цілі сталого розвитку були затверджені на Саміті ООН у 2015 році. Ці цілі адаптовані відповідно до специфік національного розвитку у кожній країні. Ціль 3 – «Міцне здоров'я і благополуччя». Міністерство охорони здоров'я України разом з міжнародними організаціями у сфері охорони здоров'я планує та здійснює реалізацію основних заходів в Україні щодо цілі сталого розвитку 3 - «Міцне здоров'я і благополуччя». В Україні однією з головних проблем здоров'я населення є високий рівень смертності від неінфекційної патології, яку можна попередити за допомогою ефективних профілактичних дій, особливо серед чоловічого населення країни, адже тривалість життя чоловіків є низькою і викликає особливе занепокоєння. Причинами цього є

погані звички, такі як куріння та вживання алкоголю, поганий контроль за високим артеріальним тиском, недостатнє споживання фруктів та овочів, надлишкова вага, а особливо абдомінальний тип ожиріння тощо. Тому особлива увага має бути направлена на профілактику хвороб, у чому значна роль належить закладам громадського здоров'я [26].

Данилюк К.В. наводить результати проведеного експертами ВООЗ дослідження [4, 5], які визначили і виділили такі фактори, що сприяють виникненню онкології, та встановили їх питому вагу наступним чином: тютюнопаління - 20%; алкоголізм - 5%; недостатність у раціоні харчування овочів і фруктів - 5%; зайва вага та ожиріння - 3%; гіподинамія - 3%; папіломавірусна інфекція - 3%. Тому, зважаючи на вищесказане, можна стверджувати спосіб життя людини має тісний взаємозв'язок з паліативною та хоспісної допомогою кількість випадків онкологічних захворювань і смерті від раку можна суттєво зменшити, якщо вести здоровий спосіб життя. Доказова медицина переконливо стверджує, що популяризація ведення здорового способу життя, яке передбачає не тільки відмову від шкідливих для організму людини звичок (наркоманія, токсикоманія, алкоголізм, тютюнопаління та ін.), а ще і раціональне харчування, фізична активність, загартування та ін. позитивно відображається не тільки на статистичних показниках онкологічних захворювань, смертності від раку, а й на багатьох інших демографічних показниках здоров'я населення.

Наведена інформація свідчить, що розробка та реалізація інформаційно-освітніх державних програм крізь інституцію громадського здоров'я щодо ведення населенням здорового способу життя можна потенційно розглядати ефективним механізмом державного управління паліативною та хоспісної допомогою, попередженням і профілактикою онкологічних та інших захворювань [4].

1.3. Основні поняття та концепція паліативної та хоспісної допомоги в Україні

За даними досліджень Українського центру суспільних даних в Україні паліативної та хоспісної допомоги потребують понад 320 тисяч осіб. Відомо, що медичної та соціальної допомоги та супроводу потребують їхні родичі та близькі [23].

Щодо онкологічних захворювань, то, як стверджує очільник МОЗ України М.В. Степанов «Онкологічні захворювання знаходяться на другому місці в переліку причин смертності в Україні. На обліку в закладах охорони здоров'я зараз перебуває приблизно 1 млн пацієнтів з онкозахворюваннями. Щороку рак стає причиною смерті до 80 000 осіб. Аби контролювати онкологічну захворюваність та смертність, необхідно використовувати стратегічний системний підхід на всіх рівнях» [21].

04.06.2020 року прийнято Наказ МОЗ України № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» [11]. Цей наказ розроблений з метою покращення організації і забезпечення якісного функціонування системи надання паліативної медичної допомоги дорослим і дітям України на базі досвіду передових країн світу, з використанням сучасних підходів до паліативної допомоги.

Мультидисциплінарний підхід є основою надання паліативної допомоги. Це передбачає створення та залучення до надання паліативної медичної допомоги мультидисциплінарної команди, склад якої може бути різним залежно обсягів паліативної допомоги, від стану паліативного пацієнта та від величини території обслуговування мультидисциплінарної команди.

Найважливіші складові паліативної допомоги – це: медична допомога, яка включає симптоматичну терапію, лікування хронічного больового синдрому та його попередження, а також медикаментозну терапію; соціальна допомога, яка включає надання соціальних послуг; духовна і психологічна допомога, яка включає підтримку спеціалістами пацієнта та членів його сім'ї, або осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом.

Основні принципи надання паліативної допомоги - доступність, планування, безперервність впродовж 7 днів на тиждень. Місце вибору лікування та смерті із забезпеченням отримання куративного лікування паралельно з паліативною допомогою надається пацієнту, з урахуванням етичного і гуманого ставлення як до пацієнта так і членів його родини.

Заклад охорони, який надає паліативну допомогу, складає план спостереження пацієнта, який має переглядатися на регулярній основі, в залежності від клінічного стану пацієнта або його побажань.

Паліативна допомога та план спостереження за пацієнтом чітко прописані та винесені окремими додатками до наказу [11]. Ця допомога надається пацієнту відповідно до критеріїв визначення пацієнта, що також передбачено даним наказом.

Пацієнти які мають обмежений прогноз тривалості життя не обов'язково потребують перебування у лікарні, вони мають можливість отримувати паліативну допомогу в себе вдома або в іншому місці перебування. Стаціонар потрібен, у більшості випадків, коли необхідно відкоригувати підтримувальну терапію. Після цього пацієнт за бажанням може повернутися додому під нагляд та патронаж сімейного лікаря, а за потреби, мобільної паліативної служби.

До паліативних пацієнтів відносять осіб різних вікових груп, а не тільки старшого віку. Найчастіше паліативні хворі страждають на злоякісні новоутворення, зокрема у III-IV стадії розвитку хвороби, СНІД, вроджені вади розвитку, захворювання серцево-судинної, нервової, дихальної та травної систем організму, атрофічно-дегенеративні хвороби та післятравматичні стани, особливо якщо ці хвороби не піддаються курації сучасними високо-технологічними науковими методами та препаратами. Така патологія зазвичай супроводжується вираженими больовими відчуттями, розладами життєдіяльності, а пацієнти потребують кваліфікованої медичної паліативної допомоги, медичного догляду, а також психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки. Паліативна

допомога найчастіше є характерною і вкрай потрібною для поліпшення страждань у термінальній стадії хвороби при обмеженому прогнозі життя, або у випадку сумнівного прогнозу одужання чи покращення стану.

При паліативній допомозі застосовується комплексний підхід, метою якого є забезпечення максимально можливої якості життя паліативних пацієнтів. Цей комплексний підхід полягає у запобіганню та полегшенню страждань шляхом раннього виявлення і діагностування симптомів болю та життєво-небезпечних розладів життєдіяльності. Комплексний підхід передбачає проведення адекватних лікувальних заходів, симптоматичної терапії та догляду за пацієнтом, надання психологічної, соціальної, духовної та моральної підтримки. Ще однією особливістю організації паліативної допомоги є рівність пацієнтів у правах на цю допомогу, адже вона повинна надаватися незалежно від виду нозології (захворювання), віку пацієнта, соціального статусу пацієнта та членів родини, їх національності та релігійних переконань тощо.

Основою надання паліативної допомоги є комплексна міждисциплінарна оцінка фізичного стану пацієнта, наявності та ступеня больового синдрому, порушень життєдіяльності, психоемоційних, та культурних особливостей пацієнта. Паліативна допомога передбачає максимально можливе та всебічне врахування потреб і побажань пацієнта та його родини, врахування прогнозу перебігу та можливого прогресування захворювання та прогнозу щодо тривалості життя [11, 37, 47, 48, 49, 50].

На первинному рівні надання медико-санітарної допомоги паліативним хворим в амбулаторно-поліклінічних умовах або вдома надається, так звана, первинна паліативна допомога. Цей вид паліативної допомоги надається медсестрами, лікарями загальної практики-сімейної медицини, дільничними терапевтами та педіатрами, а також лікарями поліклінік.

Ще один вид паліативної допомоги, який надається за потреби паліативним хворим лікарями-спеціалістами відповідно до їхньої спеціалізації в амбулаторних умовах або у стаціонарних відділеннях

закладів охорони здоров'я другого і третього рівня – це загальна паліативна допомога.

Щодо спеціалізованої паліативної допомоги, то цей вид паліативної допомоги передбачає надання комплексної мультидисциплінарної медико-соціальної та психологічної допомоги у хоспісах, або у спеціальних відділеннях та спеціальних палатах паліативної допомоги стаціонарних лікувально-профілактичних закладів. У наданні спеціалізованої паліативної допомоги основне місце займають лікарі, медсестри та молодші медичні працівники, які пройшли спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги. Спеціалізована паліативна допомога може бути надана у пацієнта вдома фахівцями спеціалізованих мультидисциплінарних мобільних бригад паліативної допомоги із залученням психологів, соціальних працівників, волонтерів, найближчих родичів або опікунів паліативного пацієнта.

Паліативна медицина - це галузь наукової медицини та охорони здоров'я, основним завданням якої є забезпечення максимально можливої якості життя паліативних хворих, шляхом запобігання та полегшення страждань, застосування адекватного ефективного знеболення, медикаментозної терапії, хірургічних та інших методів лікування, кваліфікованого медичного догляду за умов, коли можливості спеціалізованого лікування основної хвороби є обмеженими або, з точки зору сучасних наукових уявлень, безперспективними [33, 43].

Обмежений прогноз життя - науково обґрунтоване припущення, що тривалість життя хворого при типовому перебігу захворювання обмежена 12 місяцями.

Хоспіс - це заклад охорони здоров'я особливого типу, фахівці якого одержали спеціальну підготовку і надають паліативну допомогу хворим і членам їхніх родин, здійснюють організаційно-методичну та консультативну допомогу та координацію надання первинної, загальної і спеціалізованої паліативної допомоги на закріпленій території (український,

обласний, міський, районний/міжрайонний), а також інші функції та завдання, які визначені «Положенням про спеціалізований заклад охорони здоров'я особливоготипу "Хоспіс"».

Хоспісна допомога є складовою паліативної допомоги, яка надається паліативним хворим, в першу чергу, в термінальних стадіях захворювання і членам їхніх родин фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги.

Хоспісна медицина - це складова паліативної медицини, основним завданням якої є забезпечити максимально можливу якість життя паліативних хворих в термінальному періоді прогресування захворювання, шляхом своєчасної діагностики больового синдрому та розладів життєдіяльності, запобігання та полегшення страждань методами ад'ювантної терапії, кваліфікованого медичного догляду фахівцями, які одержали спеціальну підготовку з надання паліативної та хоспісної допомоги [11, 37, 42].

1.4. Стан надання паліативної та хоспісної допомоги на сучасних рівнях забезпечення медичної допомоги. Програма медичних гарантій

Паліативна медична допомога, як окремий вид медичної допомоги, в Україні закріплена законодавчо з 2011 року. Але до введення в дію програми медичних гарантій та підписання контрактів з Національною службою здоров'я України, яка є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення України, на пакети медичних послуг в напрямку паліативної та хоспісної допомоги, таку допомогу в нашій країні надавали лише кілька десятків закладів [12]. Запровадження окремого пакету у Програмі медичних гарантій дало поштовх розвитку мережі закладів, які надають паліативну допомогу.

Висока вартість лікування є великою проблемою для людей із поганим станом здоров'я. Адже крім того, що українці роблять внесок на медицину щороку в розмірі близько 3 млрд. грн. через податки, 640 тис. українських сімей зазнають фінансової катастрофи внаслідок хвороби через необхідність самостійно оплачувати вартісне лікування [9]. Респонденти які мають хронічні захворювання частіше за інших називали високу вартість лікування як причину відмови від звернення до лікаря: 31% порівняно з 15,1% серед тих, хто не має хронічних захворювань. Таку саму проблему вказували і 34% людей з інвалідністю, які не хотіли звертатися до лікаря. Цікаво, що лише 9% людей з інвалідністю назвали причиною довгі черги до лікарів. Але в той же час для людей із ліпшим станом здоров'я важливими були такі причини, як довгі черги до лікаря та недовіра до кваліфікації лікарів [6]. Ці та багато інших факторів, призводять до негативних наслідків для здоров'я населення, поганого фінансового захисту для пацієнтів та низького рівня доступу до деяких медичних послуг [19].

Тому з метою покращення ситуації в медичній галузі, що склалася в Україні за останні десятиріччя парламентом 19 жовтня 2017 року був прийнятий Закон "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", який вступив в дію з 1 січня 2018 року.

Цим законом в Україні запроваджено Програму державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) як перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів.

На думку експертів, впровадження цієї програми в Україні сприятиме покращенню стану здоров'я населення, захисту пацієнтів від значних економічних витрат на охорону здоров'я, забезпечить справедливий розподіл ресурсів, зробить систему охорони здоров'я більш прозорою та ефективною, а також допоможе сконцентрувати ресурси на найбільш потрібних населенню послугах [19].

НСЗУ та МОЗ запропонували медичні гарантії об'єднати в пакети медичних послуг, які є середнім між широкими категоріями медичної допомоги та окремими медичними послугами. Тобто, пакет медичних послуг або група медичних послуг – це перелік медичних послуг та лікарські засоби, необхідні для надання таких послуг, в межах певного виду медичної допомоги [13].

1.4.1. Паліативна допомога в контексті первинної медичної допомоги

Згідно Наказу МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. “Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги” сімейний лікар, терапевт або педіатр, які надають первинну медичну допомогу, в тому числі окремі послуги паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, які включають:

- регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб;
- оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому;
- призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому;
- призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо);
- консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом;
- координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

А також направляють пацієнтів, відповідно до медичних показань, для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД [10].

Сумлінні та добросовісні лікарі будуть опікуватися своїми пацієнтами, в тому числі пацієнтами, які потребують паліативної допомоги, як і прогресивні Центри первинної допомоги візьмуть до уваги наказ № 1308, особливо в частині визначення, як паліативного пацієнта так і його потреб.

Маючи на озброєнні критерії визначення паліативного пацієнта набагато простіше приймати рішення про призначення паліативної допомоги.

1.4.2. Мобільна та стаціонарна паліативна допомога дорослим та дітям. Хоспіс

З 2020 року Програма медичних гарантій запрацювала на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги [13]. Національна служба здоров'я України і надалі продовжує системну роботу над трансформацією системи фінансування охорони здоров'я із урахуванням інтересів пацієнтів та медичних працівників [12].

У програмі медичних гарантій на поточний рік є два пакети послуг - “Мобільна паліативна медична допомога дорослим та дітям” (МПД) та “Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям” (СПД).

У формуванні вимог НСЗУ спирається на національні нормативно-правові акти та міжнародні практики та підходи. Зокрема, на рекомендації ВООЗ, звітів для ВООЗ та стандартів Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE). Для формування вимог на 2021 рік були залучені кращі експерти з цього виду медичної допомоги, а також представники громадських та пацієнтських організацій. НСЗУ оплачує саме медичну складову паліативної допомоги.

У пакеті СПД пацієнт має отримувати безоплатно: лікування симптомів захворювання (фармакотерапевтичні, хірургічні, фізіотерапевтичні та інші методи лікування), лікарське спостереження та цілодобовий мед сестринський догляд, ефективне знеболення (цілодобовий доступ до ненаркотичних та наркотичних препаратів для знеболення), респіраторну (дихання) та нутритивну (медичне харчування) підтримку, план фізичної, психологічної чи психічної адаптації, необхідні обстеження (лабораторні або інструментальні), послуги фізичної терапії та медичної реабілітації, а також

навчання родини та доглядачів особливостям догляду за людиною, запобіганню можливих ускладнень та дотриманню рекомендацій [6, 22].

У пакет МПД, яка надається пацієнту вдома або за місцем перебування входять послуги з оцінки соматичного та психоемоційного стану з подальшим складанням плану спостереження, лікування та попередження хронічного больового синдрому, призначення та виписки рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, призначення ненаркотичних препаратів для знеболення, проведення деяких лабораторних досліджень, забір біологічного матеріалу для проведення аналізів та транспортування їх до лабораторій [22].

Пацієнти які мають обмежений прогноз тривалості життя не обов'язково потребують перебування у лікарні, вони мають можливість отримувати паліативну допомогу у себе вдома або в іншому місці перебування. Стаціонар потрібен, у більшості випадків, коли необхідно відкоригувати підтримувальну терапію. Це може відбуватися протягом 7-14 діб. Після цього пацієнт за бажанням може повернутися додому під нагляд та спостереження сімейного лікаря, а за потреби, мобільної паліативної служби [6].

В 2020 році НСЗУ підписала контракти з 485 медичними закладами для надання паліативної допомоги. Зокрема, в стаціонарних умовах надавали паліативну допомогу - 431 медичний заклад та 203 медичні заклади надавали ПД на умовах мобільних паліативних бригад [14].

Станом на 04.01.2021 року НСЗУ підписала контракти на надання паліативної допомоги дорослим та дітям в стаціонарних умовах з 428 медичними закладами та на умовах паліативних мобільних бригад з 202 закладами охорони здоров'я [38].

Найбільша кількість медичних закладів, що надають паліативну медичну допомогу, серед усіх регіонів України є у Львівській області - 41, Дніпропетровській - 33 та Харківській - 25 [14].

У 2021 році НСЗУ збільшила тарифи на паліативну допомогу. ЗОЗ за надання МПД одному ПП отримає 14066 гр., а за СПД одному ПП отримає 13129 гр.[22].

МОЗ України розроблено та заплановано до реалізації Національну стратегію контролю онкологічних захворювань до 2030 року [22].

В червні 2020 року МОЗ України видало наказ № 1308 «Про удосконалення організації паліативної допомоги в Україні», який дуже довго очікували[11]. Останній наказ який регулював сферу паліативної допомоги був затверджений в 2013 році[8]. Наказ № 1308 дає сучасне визначення паліативної допомоги, яке було прийнято ВООЗ ще у 2014 році, та відповідає міжнародним стандартам. Наразі він має багато позитивних позицій, а саме:

- має сучасне визначення паліативної допомоги. ПД – це комплекс заходів, які спрямовані на покращення якості життя пацієнта із захворюваннями, що обмежують життя чи загрожують йому. Раніше надання ПД стосувалося лише термінальних стадій невиліковних хвороб;

- в основу надання ПД визначено мультидисциплінарний підхід;

- складові ПД - є медичний, соціальний, духовний і психологічний компоненти. Весь цивілізований світ вважає, що паліативна допомога -це допомога, яка включає всі названі складові;

- визначено порядок надання паліативної допомоги з затвердженням клінічних маршрутів пацієнтів всіх вікових категорій для надання ПД;

- надання ПД ґрунтується на принципах доступності, планування, наступності та безперервності, відповідно до побажань пацієнта в виборі місця, як лікування так і смерті;

- окремим розділом передбачено надання ПД дітям, такого ні один попередній нормативний документ не прописував;

- визначення регіонального ЗОЗ, який візьме на себе функції центру з координації регіональної мережі ПД;

- наведено критерії визначення пацієнта та пацієнта дитячого віку, який потребує паліативної допомоги, з конкретно визначеними діагнозами та синдромами, в надзвичайно розширеному переліку;

- розроблено план спостереження пацієнта та пацієнта дитячого віку, який складається в двох примірниках. Перший при виписці залишається в ЗОЗ, а другий видається пацієнту додому і потребує перегляду на регулярній основі;

- ЗОЗ, які надають ПД, можуть надавати лікарські засоби та вироби медичного призначення для використання вдома, організовувати навчання працювати з обладнанням, яке застосовується вдома, та навчати навичкам догляду за пацієнтом (за умови бажання самого пацієнта та/або членів його родини);

- доручено внести до класифікатора професій – «лікар з паліативної медицини»;

- прописані умови облаштування приміщень в ЗОЗ, які надають ПД, з їх використанням для маломобільних осіб відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель та споруд», облаштування палат на перших поверхах одно- або двомісні із власними санітарними кімнатами;

- повинні бути облаштовані кімнати для надання соціальної, психологічної, духовної допомоги, кімната для приватного спілкування, кімната для прощання з померлим, кімната психологічного розвантаження для персоналу;

- при організації надання ПД перевагу надавати організаційним формам, які дозволяють надавати ПД вдома із залученням членів сім'ї або опікуна;

- прописана співпраця з соціальною службою та волонтерським рухом.

Проте деякі позиції даного закону потребують доопрацювання, а саме:

- контингент паліативних пацієнтів, в сучасному вигляді, розширений настільки, що може забракувати коштів, аби покрити всі потреби. І без допомоги може залишитися той, хто потребує її найбільше;

- потребують негайного затвердження стандарти паліативної та хоспісної допомоги на рівні держави;

- наказ регулює тільки загальну (її надають заклади вторинного рівня), та спеціалізовану (діяльність хоспісів, виїзні бригади, відділення паліативної медицини) паліативну допомогу. Не врегульована взаємодія з первинною ланкою, згідно до світових стандартів, на первинній ланці можна забезпечити ПД 80-85 % ПП [11].

- В Україні, наразі, існує єдина кафедра паліативної та хоспісної допомоги на базі НМАПО ім. П.Л.Шупика, що є вкрай недостатнім показником. Вона не в змозі забезпечити підготовку всіх медичних працівників, які будуть залучатися до надання ПД;

- Не звернуто увагу на функціонування та подальше створення закладів або відділень сестринського догляду. Їх в Україні одиниці, але вони потребують затвердження свого статусу. З нагальним браком лікарів, що показала епідемія коронавірусу, величезний прошарок роботи могли б виконувати, відповідно підготовлені, молодші спеціалісти з медичною освітою. Було б доречно внести до Класифікатора професій спеціальність «сестра медична з паліативної медицини»;

Не врегульовано питання реанімаційних заходів паліативних пацієнтів, як вирішувати проблеми верифікації паліативного статусу пацієнта тощо.

Але ж в цілому наказ є достатньо прогресивним. Він узагальнив принципи, завдання, положення надання ПХД на сучасному рівні.

Нагальним завданням є розробка та затвердження державних стандартів та протоколів лікування паліативних пацієнтів, координація та співпраця із закладами соціального спрямування.

Прогресивним та дуже нагальним кроком було б прийняття спеціального закону про паліативну допомогу, який би узагальнив всі аспекти надання ПХД та забезпечив між секторальний та міжвідомчий підхід. Тому, що організація надання паліативної допомоги це справа не тільки МОЗ та Міністерства соціальної політики, а й Міністерства оборони,

зважаючи на те скільки учасників ООС (АТО) та постраждалих громадян в результаті бойових дій на Сході країни, потребують паліативної допомоги[8].

Також потребують навчання волонтери, психологи, соціальні працівники, фахівці немедичних спеціальностей, які можуть співпрацювати з медиками в наданні ПД, а це є робота Міністерства освіти [16,8].

Отже, незважаючи на те, що потреба у створенні та розвитку ПХД в Україні в умовах реформування системи охорони здоров'я, напрямки її удосконалення та пропозиції щодо покращення надання ПХД різним категоріям паліативних хворих вивчалися та обговорювалися у наукових працях українськими дослідниками, зокрема такими як Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Ю. І. Губський, К. В. Данилюк, Н. О. Дацюк, О. З. Децик, Д. Д. Дячук, Ж. М. Золотарьова, В. М. Князевич, І. Р. Кужель, В. М. Лехан, Л. Ф. Матюха, В. М. Михальчук, Р. О. Моїсеєнко, Є. Й. Москвяк, О. О. Ріга, Г. О. Слабкий, А. В. Царенко, О. Г. Шекера, В. В. Чайковська та ін. [8], дана проблематика потребує подальших наукових досліджень і є актуальною для вивчення у даній науковій роботі.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для організації та проведення наукового дослідження по темі наукової роботи нами було використано та застосовано такі методи:

- системного підходу і системного аналізу - для визначення основних проблем і перспектив розвитку ПХД в Україні, медико-соціального обґрунтування концепції системи ПХД населенню в Україні та її функціонально-організаційних моделей;

- бібліосемантичний метод - для з'ясування сучасного стану надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні, розрахунків потреби в наданні паліативної допомоги в Україні та світі через аналіз даних ВООЗ, опрацювання чинних нормативних актів, наказів МОЗ України, літературних джерел, електронних ресурсів;

- соціологічний метод: який, в свою чергу, поділяється на кількісний та якісний методи:

- анкетування (кількісний метод) за допомогою спеціально адаптованого опитувальника - з метою отримання інформації від цільових груп респондентів (медичних працівників, керівників ЗОЗ, паліативних пацієнтів), а також визначення стану і проблем надання ПХД населенню в Україні;

- фокус-групи (якісний метод) (керівний склад центру первинної медико-санітарної допомоги) з метою отримання інформації про стан надання ПД на первинній ланці медичної допомоги населенню, зокрема, в центрах первинної медико-санітарної допомоги, з'ясувати варіанти сприйняття та ставлення до означеної проблеми, мотивацію для медичного персоналу до покращення надання паліативної допомоги, тощо;

- медико-статистичний - для збору, обробки та аналізу результатів дослідження;

- епідеміологічний - для визначення рівнів захворюваності і смертності населення та потреби у різних видах ПХД;

- медичного картографування – для визначення мережі медичних закладів, які надають паліативну та хоспісну допомогу на різних рівнях надання медичної допомоги, та їх відповідність проблемам населення з метою надання рекомендацій щодо підвищення ефективності та забезпечення доступності медичної допомоги населенню.

На першому етапі наукового дослідження проведено аналіз сучасного стану надання паліативної допомоги населенню України на різних рівнях надання медичної допомоги: первинному, вторинному, третинному. Проведено аналітичний огляд літературних джерел з предмету становлення та розвитку паліативної та хоспісної медицини в Україні та світі.

Інформаційною базою наукового дослідження були: Конституція України, законодавство про охорону здоров'я, постанови Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, офіційні дані Державної служби статистики України. В роботі використовувалися такі джерела інформації -теоретичні та методичні розробки вітчизняних і зарубіжних вчених, наукові публікації, періодична література, звітні матеріали наукових досліджень і розробки, результати власних досліджень тощо.

Опрацьовано нормативно-правові акти з питань організації та надання населенню України ПХД за роки реформування системи ОЗ, зокрема постанови КМУ, накази МОЗ України, публікації на сайті НСЗУ, та ін.

Другим етапом дослідження визначено наступне: вибір напряму дослідження, мету, завдання, обґрунтування методів та обсягів дослідження.

Виходячи з розуміння того, що паліативна допомога має за мету полегшувати симптоми, від яких пацієнт має страждання, а саме: больовий синдром, як гострий так і хронічний; задишка, втома, нудота, проблеми з апетитом, проблеми зі сном, тривожність, депресію та інше, нами було модифіковано відомий опитувальник для пацієнтів Edmonton System

Assessment System (ESAS) [18], який включає оцінку симптомів за числовою шкалою. Модифікований нами опитувальник був розроблений для пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, і має назву: «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою».

Опитувальник містить три блоки:

1-й блок - «оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано описати біль, симптом нудоти, сонливості, задишки, апетит та оцінити стан свого фізичного благополуччя;

2-й блок - «оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано оцінити стан депресії, відсутність або наявність хвилювань, турботи та почуття благополуччя, стан емоційного та душевного комфорту;

3-й блок - «оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано оцінити наявність або відсутність матеріальних потреб, відчуття самотності та потребу у спілкуванні з рідними, друзями, знайомими.

Метою було виявити потреби пацієнтів в фізичному благополуччі, виявити симптоми хвороби та оцінити потребу в соціальній та психологічній допомозі.

Виходячи з досвіду спілкування з медичними працівниками, пацієнтами, які потребують паліативної допомоги та їх рідними та близькими, зрозуміло, на жаль, про недостатнє розуміння самої суті та філософії паліативної допомоги, в першу чергу, представниками системи медичної допомоги.

З метою розуміння теперішнього стану обізнаності медичних працівників з основними засадами паліативної допомоги та потреб пацієнтів, які потребують паліативної та хоспісної допомоги, нами розроблено опитувальник для медичних працівників (лікарів, в тому числі

керівників ЗОЗ, молодших медичних працівників з медичною освітою). Медичним працівникам запропоновано назвати посаду, рівень освіти, вказати вік, зазначити наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги, наявність спеціальних знань в сфері паліативної допомоги, як часто медичному працівнику доводиться вирішувати питання про потребу пацієнтів в наданні паліативної допомоги та чи користуються медичні працівники при наданні ПД опитувальниками для оцінки симптомів фізичного благополуччя та симптомів хвороби (яким), потреби у психологічній допомозі (яким), потреби у соціальній допомозі (яким), шкалами для оцінки інтенсивності болю, оцінки симптомів, оцінки потреби у психологічній допомозі, оцінки потреби у соціальній допомозі і якими саме.

Одним із завдань використання даного опитувальника було виявити наявність у медичних працівників спеціалізованих курсів по наданню ПД, спеціальних знань по наданню ПД, чи використовують медичні працівники в своїй роботі з пацієнтами, які потребують паліативної допомоги, опитувальники для оцінки фізичного благополуччя, симптомів хвороби, потреби у психологічній та соціальній допомозі, чи користуються медичні працівники шкалою для оцінки болю, для оцінки симптомів, потреби у психологічній та соціальній допомозі і якими саме - мономерною, візуальною, вербальною, або ж запропонувати свій варіант.

На третьому етапі дослідження проведено збір та обробку отриманої інформації.

Отримано і проаналізовано 38 анкет від пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, з яких було 20 жінок та 18 чоловіків. Вікова категорія опитаних: 30-39 років - 3 пацієнти, у віці 40-49 років - 2 пацієнти, у віці 50-59 років - 7 пацієнтів, у віці 60-69 років - 22 пацієнти та старші 70 років - 4 пацієнти.

30 пацієнтів заповнили опитувальник самостійно, а 8 пацієнтів, за станом здоров'я, заповнювали опитувальник за допомогою медичних працівників.

Також було проведено опитування 87 медичних працівників закладів охорони здоров'я міста Кропивницького, а саме: Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 м. Кропивницького» Міської ради міста Кропивницького», КНП "Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради", КНП «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни КОР», КНП "Обласний клінічний онкологічний центр КОР".

В структуру лікувальних спеціальностей медичних працівників, яких було залучено до даного наукового дослідження і які пройшли опитування, входили:

- Лікар загальної практики - сімейний лікар (ЗПСМ) - 31 особа;
- Лікар-терапевт - 6 осіб;
- Лікар-педіатр - 15 осіб;
- Лікар-невропатолог - 7 осіб ;
- Лікар-онколог - 6 осіб;
- Лікар-анестезіолог - 4 особи;
- Лікар-інтерн - 6 осіб;
- Лікар-ординатор - 1 особа;
- Сестри медичні - 11 осіб.

Віковий склад медичних працівників, які пройшли опитування, становив від 25 до 70 років, серед опитуваних медичних працівників було 65 жінок і 22 чоловіка.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ НАДАЄТЬСЯ ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА, ЗА ОПИТУВАЛЬНИКОМ «СИСТЕМА ОЦІНКИ СИМПТОМІВ І ПОТРЕБИ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ ТА СОЦІАЛЬНІЙ ДОПОМОЗІ ЗА ЧИСЛОВОЮ ШКАЛОЮ»

Для вимірювання інтенсивності симптому використовуються одиничні шкали - цифрові оціночні (numeric rating scale), візуально-аналогові (visual analogue scale), вербально-аналогові, або шкали вербальних оцінок (verbal analogue scale).

Також для оцінювання симптомів використовують опитувальники щодо оцінки симптомів. Опитувальники можуть бути монотипні - для окремого симптома (біль, нудота, задишка та інше) та з багатьма параметрами. Щоб оцінити спектр основних симптомів. Є наступні стандартизовані опитувальники: опитувальник оцінки основних симптомів (M. D. Anderson Symptom Inventory, MDASI); інструмент оцінки симптомів (The Rotterdam Symptom Checklist); Едмонтонська система оцінки симптомів (The Edmonton Symptom Assessment System); шкала оцінки симптомів (Memorial Symptom Assessment Scale) [18].

Для проведення нашого дослідження ми вибрали за основу опитувальник Едмонтонської системи оцінки симптомів ESAS (The Edmonton Symptom Assessment System), так як він є найбільш зручним та простим у використанні. Він дозволяє оцінити 9 симптомів, які найчастіше зустрічаються у онкологічних пацієнтів: біль, слабкість, нудота, пригніченість, почуття тривоги, зниження апетиту, сонливість, задишка, загальне самопочуття [18].

Опитувальник був модифікований згідно потреб нашого дослідження. Опитувальник отримав назву - «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою».

Аналіз результатів опитування пацієнтів було поділено на три блоки, відповідно до блоків опитувальника (Додаток 1):

1-й блок - «оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано описати біль, симптом нудоти, сонливості, задишки, апетит та оцінити стан свого фізичного благополуччя;

2-й блок - «оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано оцінити стан депресії, відсутність або наявність хвилювань, турботи та почуття благополуччя, стан емоційного та душевного комфорту;

3-й блок - «оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою». За десятибальною шкалою пацієнтам запропоновано оцінити наявність або відсутність матеріальних потреб, відчуття самотності та потребу у спілкуванні з рідними, друзями, знайомими.

Пацієнтам було запропоновано оцінити кожен з вказаних симптомів за допомогою оціночної числової шкали від 0 до 10 (0 - відсутність симптому, 10 - симптом проявляється настільки сильно, наскільки можна уявити). Запропоновано заповнення опросника пацієнтом самостійно або за допомогою опікуна чи медичного працівника.

Метою було виявити потреби пацієнтів у фізичному благополуччі, симптоми хвороби та оцінки потреби в соціальній та психологічній допомозі.

При проведенні аналізу яскравості ступеню симптому використовують наступну градацію ступеню важкості: 0-3 бали - незначно виражений симптом, 4-6 балів - помірно виражений симптом, 7-10 балів - значно виражений симптом. Якщо симптом має 4 бали, то це означає, що симптом починає явно впливати на життєдіяльність хворого, і потрібно призначити дії для його контролю. Якщо симптом оцінено в 7 балів і вище, то він потребує посиленої уваги до дій за його контролем, і потребує більш активної лікувальної тактики.

3.1. Аналіз результатів 1-го блоку опитувальника «Оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою»

Результати 1-го блоку опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою», а саме «Оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою», в якому взяли участь 38 пацієнтів відображено на Рис. 3.1. та включає суб'єктивну оцінку пацієнтом таких симптомів як болю, втоми, нудоти, сонливості, задишки, стану апетиту та ін.

Провівши опитування ми з'ясували, (Табл. 3.1, Рис. 3.2.) що 44,7 % опитуваних (17 пацієнтів) – зі значно вираженим больовим симптомом (23,7 %) і помірно вираженим больовим симптомом (21 %) потребують дій з боку лікаря з метою усунення симптомів болю. Також зрозуміло, що 23,7 % (9 пацієнтів), що мають значно виражений симптом болю, потребують негайного лікарського втручання та більш активної лікувальної тактики для контролю больового синдрому (зміни схеми лікування, дозування або призначення більш дієвих лікарських засобів). І у 21 % (8 пацієнтів), що мають помірно виражений симптом болю, який вже впливає на життєдіяльність, мають бути лікарські дії на усунення та подальше попередження больового симптому.

Кількість пацієнтів:	38												
Дата заповнення:													
пацієнт:	30												
пацієнт разом з опікуном:													
пацієнт разом з медичним працівником:	8												
"Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою"													
1-ий блок- "Оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою"													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Немає ніякого болю -	5	9	2	5	3	4	1	2	5	2	0		
Нестерпний біль	13,2%	23,70%	5,3 %	13,2 %	7,9 %	10,5 %	2,6 %	5,3 %	13,2 %	5,3 %	%		
Відсутність втоми -	1	2	3	7	7	3	2	4	4	5	0		
Виражене безсилля	2,6 %	5,3 %	7,9 %	18,4 %	18,4 %	7,9 %	5,3 %	10,5 %	10,5 %	13,2 %	%		
Відсутність нудоти -	19	4	1	4	1	0	3	1	3	1	1		
Виражена нудота	50 %	10,5 %	2,6 %	10,5 %	2,6 %	%	7,9 %	2,6 %	7,9 %	2,6 %	2,6 %		
Відсутність сонливості -	4	7	3	2	7	6	2	0	2	4	1		
Дуже сильна сонливість	10,5 %	18,4 %	7,9 %	5,3 %	18,4 %	15,6 %	5,3 %	%	5,3 %	10,5 %	2,6 %		
Наявність дуже хорошого апетиту -	0	5	5	4	4	7	0	3	3	4	3		
Повна відсутність апетиту	%	13,2%	13,2%	10,5 %	10,5 %	18,4 %	%	7,9 %	7,9 %	10,5 %	7,9 %		
Немає ніякої задишки -	10	6	4	3	0	4	1	2	3	4	1		
дуже сильна задишка	26,3 %	15,6 %	10,5 %	7,9 %	%	10,5 %	2,6 %	5,3 %	7,9 %	10,5 %	2,6 %		
"Як Ви себе відчуваєте?" Почуття повного фізичного благополуччя -	0	2	4	6	5	8	2	4	3	2	2		
Повна відсутність почуття фізичного благополуччя	%	5,3 %	10,5 %	15,6 %	13,2%	21 %	5,3 %	10,5 %	7,9 %	5,3 %	5,3 %		

Рис. 3.1. Показники оцінки фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою

Таблиця 3.1

Результати оцінки болю за числовою шкалою

Оцінка болю	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	21	55,2 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	8	21 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	9	23,7 %

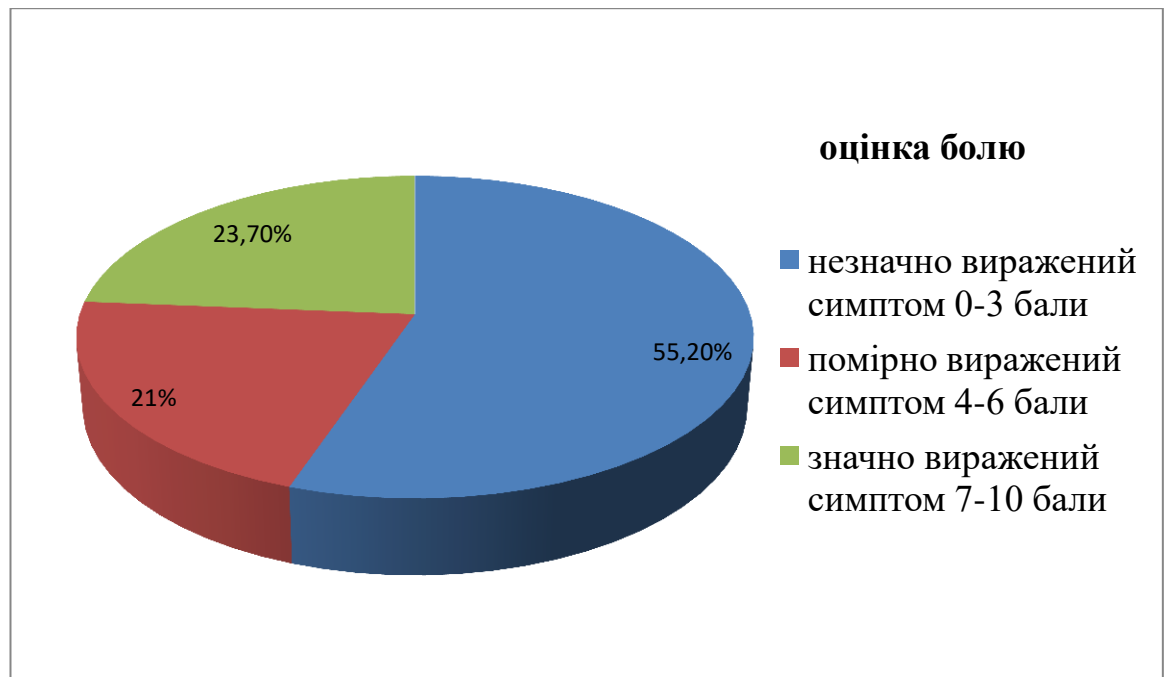


Рис. 3.2. Оцінка болю за числовою шкалою

Згідно результатів опитування (Табл. 3.2, Рис. 3.3.) більша половина опитаних пацієнтів мають проблему із симптомами втоми - 63,2 % (24 пацієнти), зокрема у 31,6 % опитаних цей симптом помірно виражений і у 31,6 % опитаних цей симптом виражений значно. Це може бути як безпосереднім симптомом основної хвороби, так і наслідком лікування, в тому числі хіміотерапевтичними засобами, так і фізичними наслідками супутніх захворювань. Зважаючи на цей результат, слід уважніше ставитися до даного симптому та регулювати пацієнтам режим життєдіяльності, корегувати режим відпочинку.

Таблиця 3.2

Результати оцінки втоми за числовою шкалою

Оцінка втоми	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	13	34,2 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	12	31,6 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	12	31,6 %

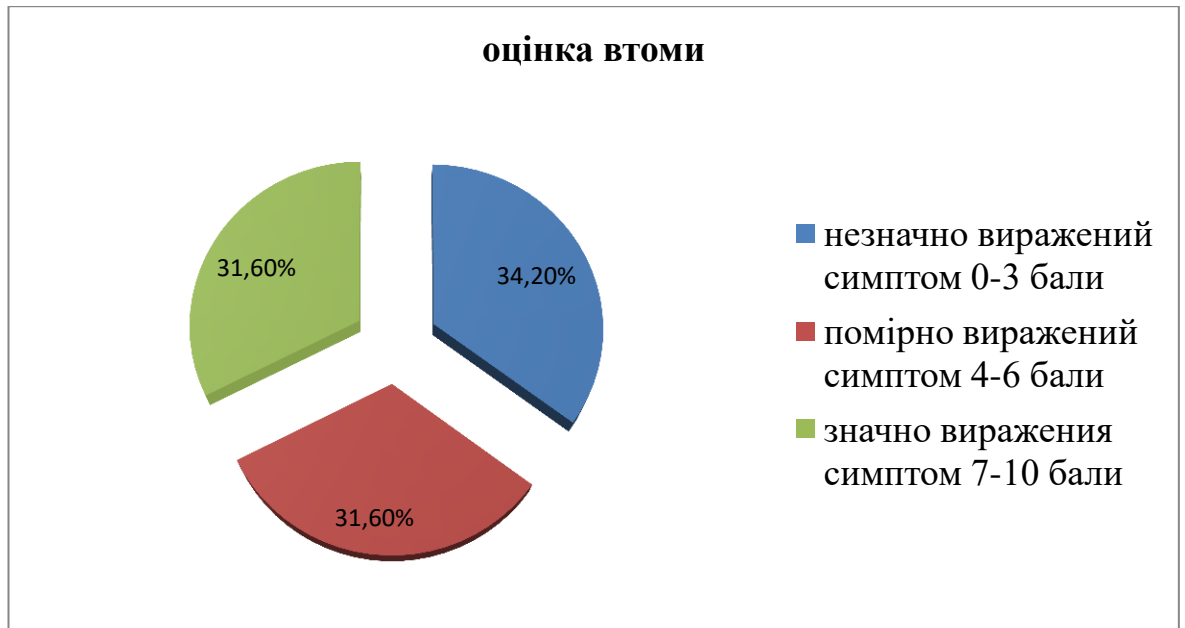


Рис. 3.3. Оцінка втоми за числовою шкалою

Згідно результатів опитування щодо оцінки симптому нудоти (Табл. 3.3, Рис. 3.4.) ми побачили, що 10,5 % (4 пацієнти) мають помірно виражену нудоту та виражену нудоту відчувають 15,6 % (6 пацієнтів). Ці пацієнти потребують додаткових дій з боку лікарів, для усунення даного симптому.

Таблиця 3.3

Результати оцінки нудоти за числовою шкалою

Оцінка втоми	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	28	73,7 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	4	10,5 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	6	15,6 %

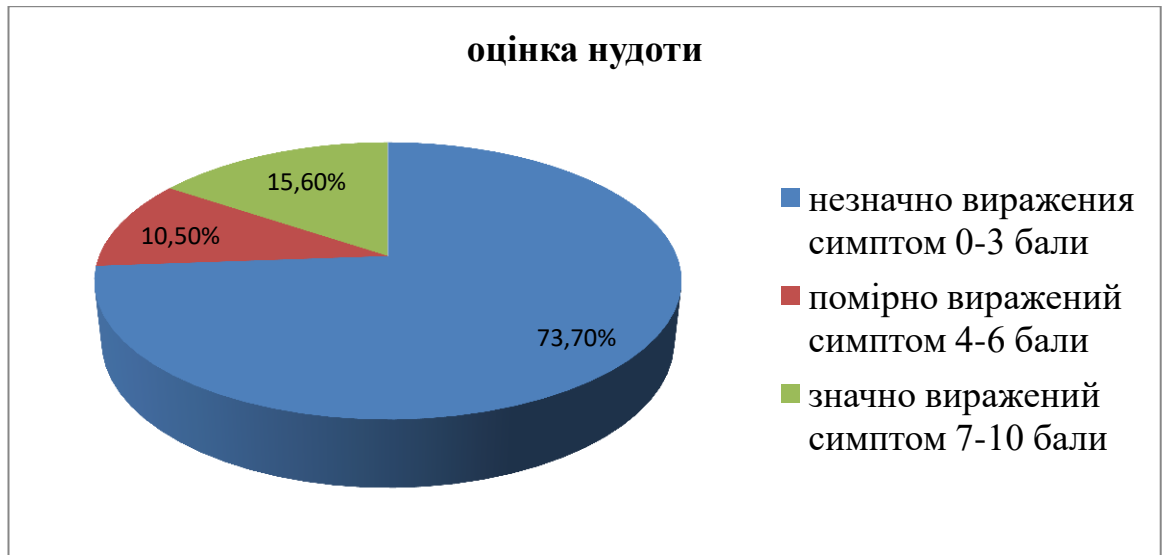


Рис. 3.4. Оцінки нудоти за числовою шкалою

Згідно результатів опитування даного блоку щодо оцінки симптому сонливості (Табл. 3.4, Рис. 3.5.) більше половини респондентів 57,7% (22 пацієнти) мають виражену симптоматику сонливості, який потребує додаткової уваги з боку лікарів.

Таблиця 3.4

Результати оцінки сонливості за числовою шкалою

Оцінка сонливості	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	16	41,9 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	15	39,9 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	7	18,4 %

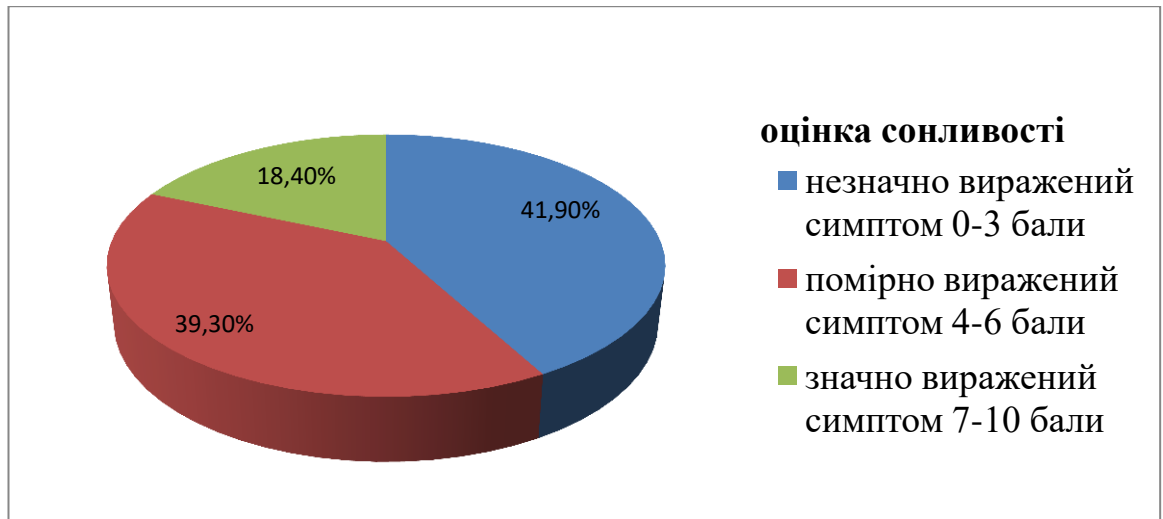


Рис. 3.5. Оцінка сонливості за числовою шкалою

Провівши аналіз результатів данного блоку опитування щодо оцінки апетиту (Табл. 3.5., Рис. 3.6.), ми побачили, що 36,7 % (14 пацієнтів) мають достатній апетит; 28,9 % (11 пацієнтів) мають незначні проблеми з апетитом і 34,2 % (13 пацієнтів) мають виражені порушення апетиту, аж до повної відсутності апетиту. Ця частина пацієнтів потребує якнайшвидшого лікарського втручання та контролю за даним симптомом, оскільки поганий апетит на тлі важкого захворювання швидко призводить до виснаження організму і це може пришвидшити смерть пацієнта.

Таблиця 3.5

Результати оцінки апетиту за числовою шкалою

Оцінка апетиту	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	14	36,7 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	11	28,9 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	13	34,2 %

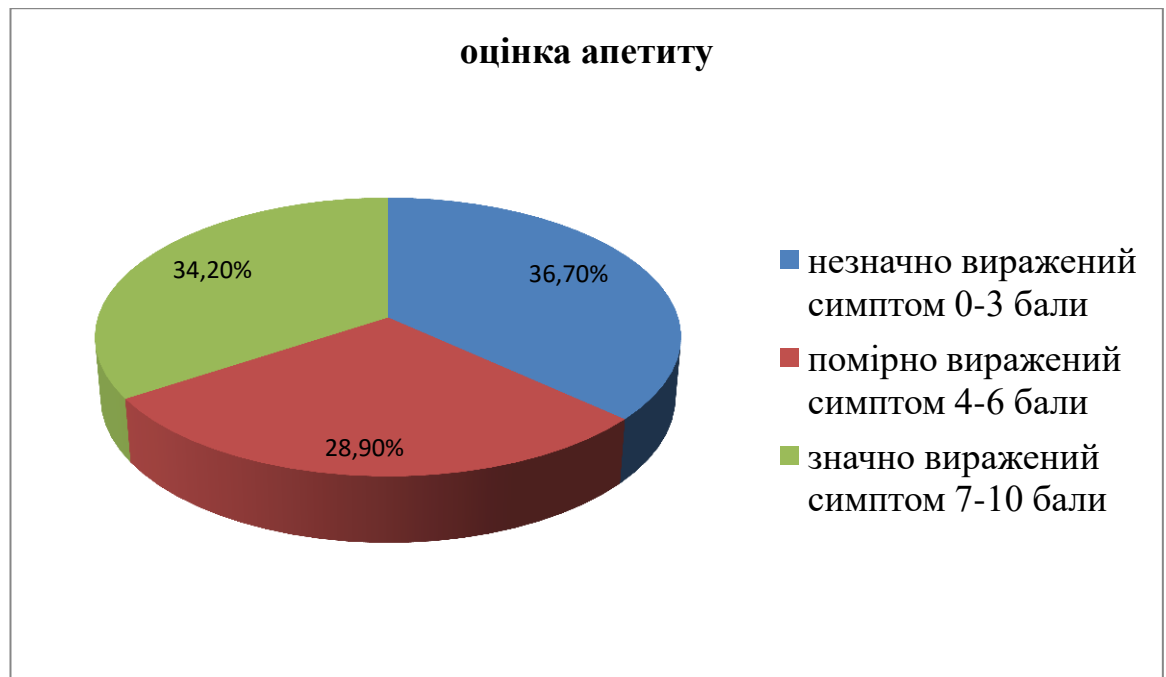


Рис. 3.6. Оцінка апетиту за числовою шкалою

Згідно результатів опитування пацієнтів щодо оцінки пацієнтами симптому задишки (Табл. 3.6., Рис. 3.7.), ми бачимо наступні результати: значно виражена задишка спостерігається у 26,3 % опитаних (10 пацієнтів), помірно виражена задишка спостерігалась у 13,2 % (5 пацієнтів). Ці пацієнти потребують консультації лікаря, корекції в плані лікування, а можливо і призначення неінвазивної респіраторної підтримки.

Таблиця 3.6

Результати оцінки задишки за числовою шкалою

Оцінка задишки	Кількість пацієнтів	%
Незначно виражений симптом 0-3 бали	23	60,5 %
Помірно виражений симптом 4-6 бали	5	13,2 %
Значно виражений симптом 7-10 балів	10	26,3 %

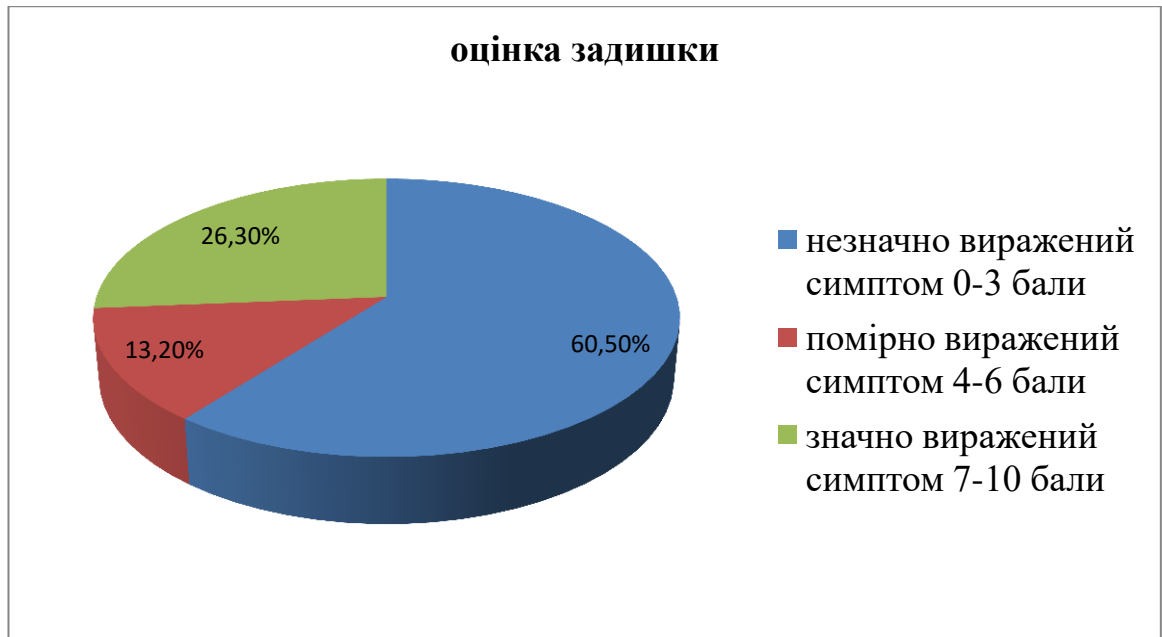


Рис. 3.7. Оцінка задишки за числовою шкалою

У завершенні 1-го блоку опитування нас цікавило питання оцінки фізичного благополуччя пацієнтами, які потребували паліативної допомоги. Результати наведено у (Табл. 3.7., та Рис. 3.8.), з яких видно, що почуття повного фізичного благополуччя не було в жодного опитуваного, 31,6 % (12 пацієнтів) оцінюють свій стан фізичного благополуччя, як нормальний, а 31,6% (12 пацієнтів) - як помірний, на поганий стан фізичного благополуччя вказали 28,9 % респондентів (11 пацієнтів), а про повну відсутність фізичного благополуччя стверджували 5,3 % опитуваних (2 пацієнти).

Таблиця 3.7

Результати оцінки фізичного благополуччя за числовою шкалою

Оцінка фізичного благополуччя	Кількість пацієнтів	%
Почуття повного фізичного благополуччя	0	0
Нормальний стан фізичного благополуччя	12	31,6
Помірний стан фізичного благополуччя	12	31,6
Поганий стан фізичного благополуччя	11	28,9
Повна відсутність фізичного лагополуччя	2	5,3

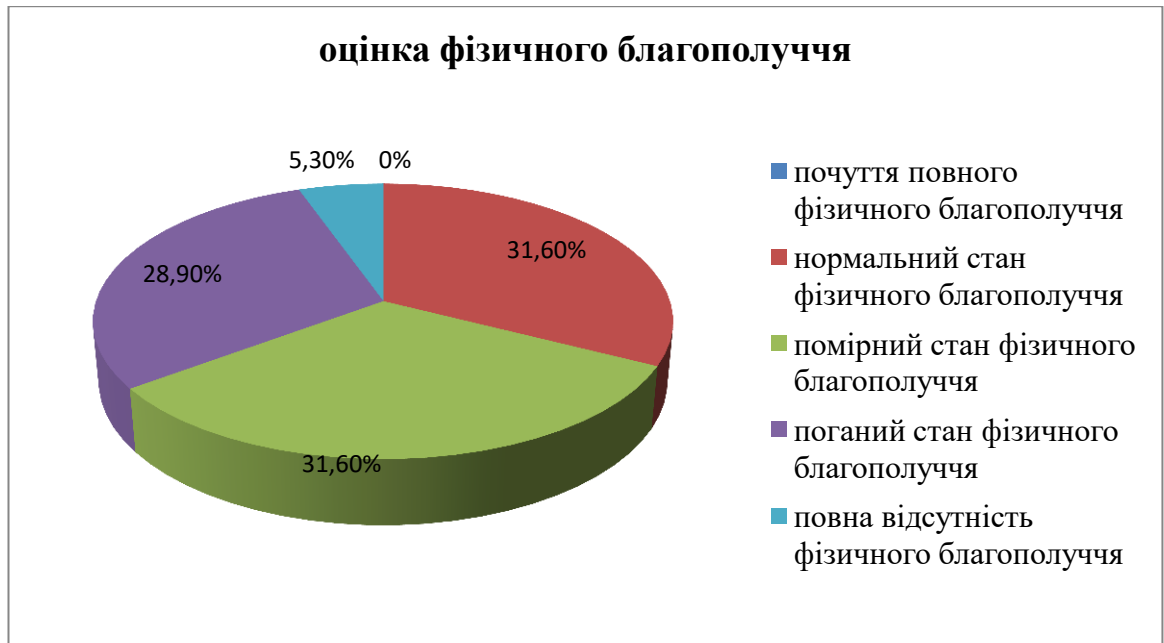


Рис. 3.8. Оцінка фізичного благополуччя за числовою шкалою

Аналіз результатів даного пункту опитувальника показав, що більше 30% опитуваних відчувають себе безсилими та виснаженими, і цей параметр потребує більш ретельної лікарської уваги та додаткових консультацій медичних фахівців.

3.2. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою»

Результати 2-го блоку опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою», а саме «Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою», в якому взяли участь також 38 пацієнтів відображено на Рис. 3.9. та включає такі параметри як наявність чи відсутність симптомів депресії, відчуття зневіри, печалі, хвилювань, турбот, заклопотаності, занепокоїння, почуття емоційного та духовного благополуччя.

2-ий блок - " Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою"											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність депресії - Найсильніша депресія: відчуття зневіри, печалі, безвихо ді, смутку	8	7	3	2	5	3	3	1	2	3	1
	21 %	18,4 %	7,9 %	5,3 %	13,2%	7,9 %	7,9 %	2,6 %	5,3 %	7,9 %	2,6 %
Відсутність хвилювань, турбот - Нервозність, сильне хвилювання, глибока заклопотаність, сильне занепокоєння	3	7	4	2	4	7	0	3	3	4	1
	7,9 %	18,4 %	10,5 %	5,3 %	10,5 %	18,4 %	%	7,9 %	7,9 %	10,5 %	2,6 %
Почуття повного благополуччя, емоційн ого душевного комфорту - Повна відсутність почуття благополуччя, емоційн ого, душевного	1	3	4	6	4	8	4	5	0	2	1
	2,6 %	7,9 %	10,5 %	15,6 %	10,5 %	21 %	10,5 %	13,2%	%	5,3 %	2,6 %

Рис. 3.9. Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою

Провівши опитування, ми побачили (Табл. 3.8., Рис. 3.10.), що 2,6 % опитуваних (1 пацієнт) потребують невідкладної психологічної допомоги, так як відчуває почуття печалі, смутку, зневіри та безвиході. Також консультації спеціалістів – психологів або фахівців з психічного здоров'я потребують 15,8% опитуваних (6 пацієнтів) з вираженою депресією та 7,9 % (3 пацієнти) з відчуттями сильної депресії. Пацієнти з помірним ступенем депресії 21% (8 пацієнтів) та слабким ступенем депресії 31,6 % (12 пацієнтів) потребують нагляду психолога або сімейного лікаря для поточного контролю ситуації та недопущення розвитку патологічного стану. І тільки 21 % опитуваних (8 пацієнтів) мають стабільний психологічний стан і не потребують додаткових консультацій спеціаліста з даного приводу.

Таблиця 3.8

Результати оцінки депресії за числовою шкалою

Оцінка депресії	Кількість пацієнтів	%
депресія відсутня	8	21 %
слабка ступінь депресії	12	31,6 %
помірна ступінь депресії	8	21 %
сильна депресія	3	7,9 %
виражена депресія	6	15,8 %
найсильніша депресія: відчуття зневіри, печалі, безвиході, смутку	1	2,6 %

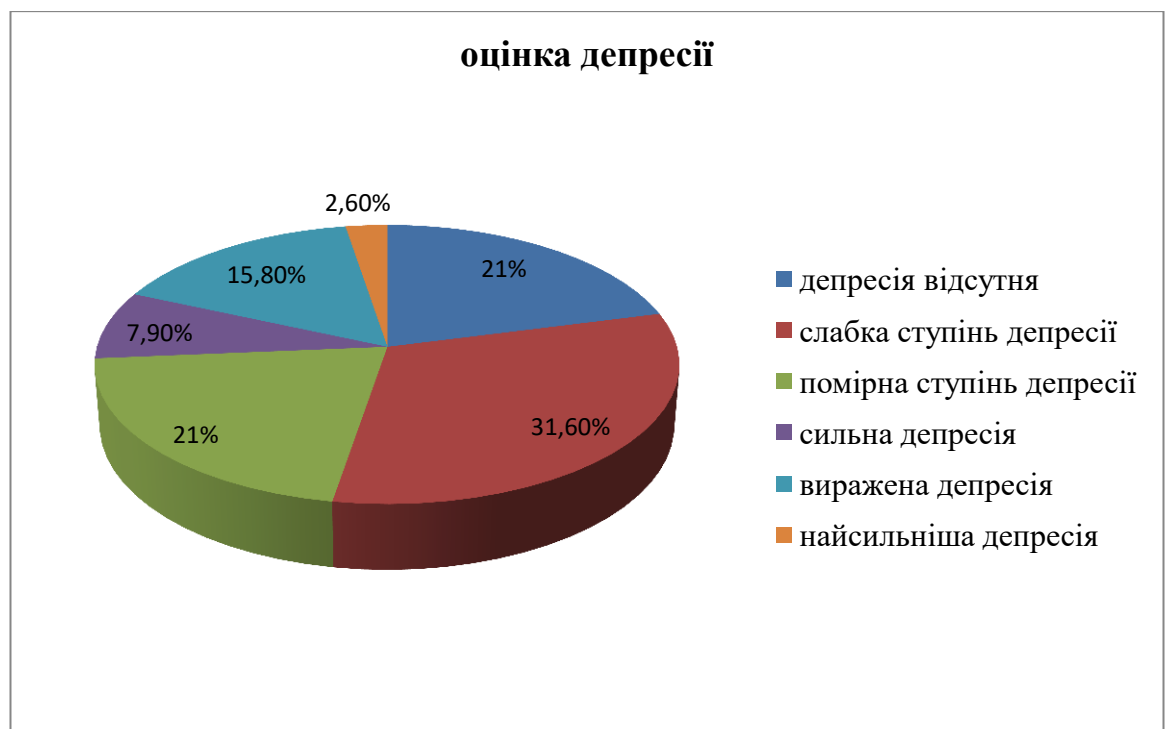


Рис. 3.10. Оцінка депресії за числовою шкалою

За результатами опитування щодо наявності або відсутності хвилювань та нервозності з боку пацієнтів, які потребують паліативної допомоги (Табл. 3.9., Рис. 3.11.) отримано наступні результати: 7,9 % (3 пацієнти) не відчують ознак нервозності та не мають хвилювання. Ще 34 %

опитуваних (13 пацієнтів) вказували на слабке відчуття хвилювання та стану нервозності. Серед опитаних 28,9 % (11 пацієнтів) вказували на помірне відчуття хвилювання, і стільки ж пацієнтів мали відчуття сильного занепокоєння, нервозності та сильного хвилювання. Ці пацієнти, беззаперечно, потребують негайної корекції психологічного стану .

Таблиця 3.9

Результати оцінки хвилювання, нервозності за числовою шкалою

Оцінка хвилювання, нервозність	Кількість пацієнтів	%
відсутність хвилювань,турбот	3	7,9 %
слабке відчуття хвилювання	13	34 %
помірне відчуття хвилювання	11	28,9 %
нервозність,сильнехвилювання,глибока заклопотаність,сильне занепокоєння,	11	28,9 %

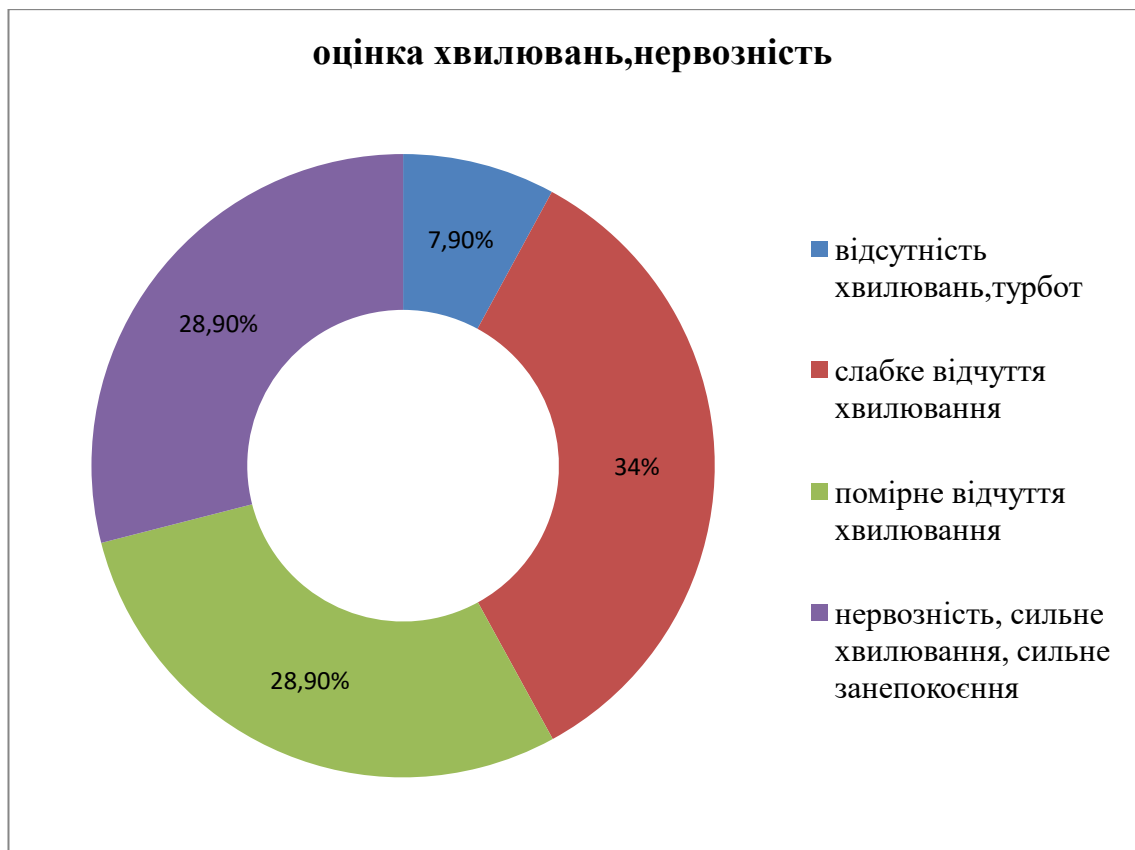


Рис. 3.11. Оцінка хвилювань,нервозності за числовою шкалою.

При проведенні дослідження стану душевного комфорту (Табл. 3.10., Рис. 3.12.) серед опитуваних пацієнтів було з'ясовано, що тільки 2,6 % (1 пацієнт) респондентів відчувають повне духовне благополуччя та знаходяться в стані емоційного і душевного комфорту. Слабке відчуття душевного дискомфорту та помірне відчуття дискомфорту спостерігають, відповідно, 34 % (13 пацієнтів) та 31,6 % респондентів (12 пацієнтів), що потребує певної уваги з боку медичного персоналу. Негайного втручання фахівців потребують 23,8 % опитуваних (9 пацієнтів) з сильним проявом відчуття душевного дискомфорту та 7,9 % (3 пацієнти) з відчуттям повної відсутності благополуччя та душевного комфорту.

Таблиця 3.10

Результати оцінки душевного комфорту за числовою шкалою

Оцінка душевного комфорту	Кількість пацієнтів	%
почуття повного благополуччя, емоційного душевного комфорту	1	2,6
слабке відчуття душевного дискомфорту	13	34
помірна відчуття душевного дискомфорту	12	31,6
сильне відчуття душевного дискомфорту	9	23,8
повна відсутність почуття благополуччя, емоційного, душевного комфорту	3	7,9

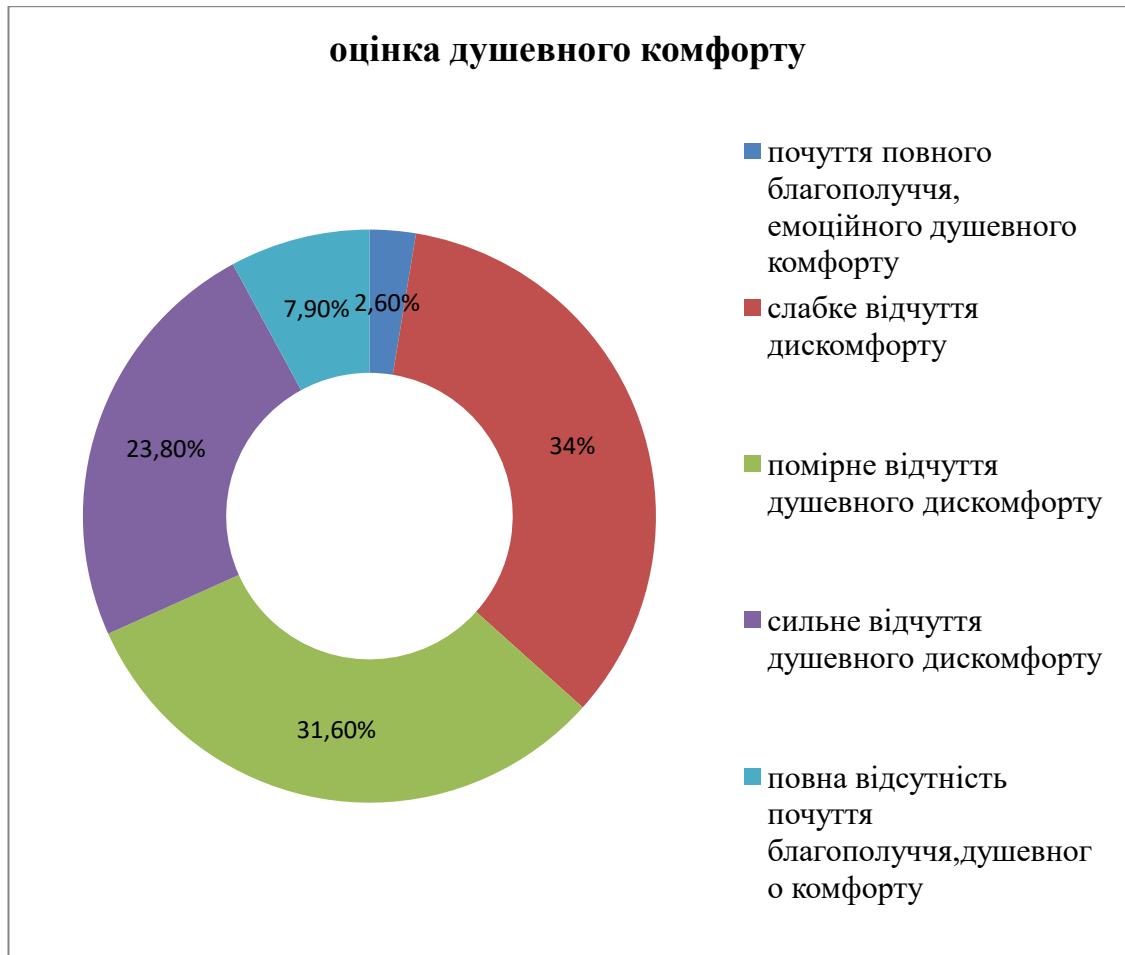


Рис. 3.12. Оцінка душевного комфорту за числовою шкалою

Також пацієнтам, які потребують паліативної допомоги та членам їх сімей, потрібно надавати консультації та проводити навчання з самостійної гармонізації психоемоційної сфери повсякденного життя. Це проводиться за допомогою медитацій, практик з йоги, використання вправ з дихальної гімнастики. Дуже важливо нагадувати про важливість та цінність повноцінного сну для збереження здоров'я, як психічного так і фізичного.

3.3. Аналіз результатів 2-го блоку опитувальника «Оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою»

Результати 3-го блоку опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою», а саме «Оцінка

потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою», в якому взяли участь ті ж 38 пацієнтів, що і попередніх блоків, відображено на Рис. 3.13. та включають такі параметри як відсутність почуття самотності, сильної потреби у спілкуванні з рідними, друзями та знайомими, а також відсутності матеріальних потреб, зокрема, потреби в засобах гігієни, продуктах харчування та ін.

3-ій блок "оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою"											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відсутність почуття самотності - Найсильніше відчуття самотності, сильна потреба у спілкуванні з рідними, друзями і знайомими	5	10	2	3	5	5	1	1	0	4	2
	13,2%	26,3%	5,3%	7,9%	13,2%	13,2%	2,6%	2,6%	%	10,5%	5,3%
Відсутність матеріальних потреб - Найсильніше відчуття матеріальних негараздів, потреба в елементарних матеріальних речах(засобах гігієни, продуктах харчування та ін.)	2	7	6	3	5	7	2	2	2	2	0
	5,3%	18,4%	15,6%	7,9%	13,2%	18,4%	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%	%

Рис. 3.13. Оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою

Провівши опитування наших пацієнтів щодо оцінки самотності та потреби у спілкуванні (Табл. 3.11., Рис. 3.14.) ми побачили, що 39,5 % опитуваних (15 пацієнтів) не мають відчуття самотності, цих пацієнтів підтримують рідні та близькі, в них немає проблем в спілкуванні з друзями та знайомими. Але 28,9 % опитуваних (11 пацієнтів) зауважили, що у них часто спостерігається помірне відчуття самотності. Тому цим пацієнтам потрібна допомога фахівця для з'ясування причин такого стану. Негайних заходів щодо покращення відвідування пацієнтів або тривалішого

перебування родичів біля пацієнтів потребують 18,4 % (7 пацієнтів), які вказали на сильне відчуття самотності та дефіциту спілкування.

Таблиця 3.11

Результати оцінки відчуття самотності, потреби у спілкуванні з рідними та близькими за числовою шкалою

Оцінка самотності, потреби у спілкуванні	Кількість пацієнтів	%
Відсутність почуття самотності	15	39,5 %
Помірний стан почуття самотності	11	28,9 %
Найсильніше відчуття самотності, сильна потреба у спілкуванні з рідними, друзями і знайомими	7	18,4%

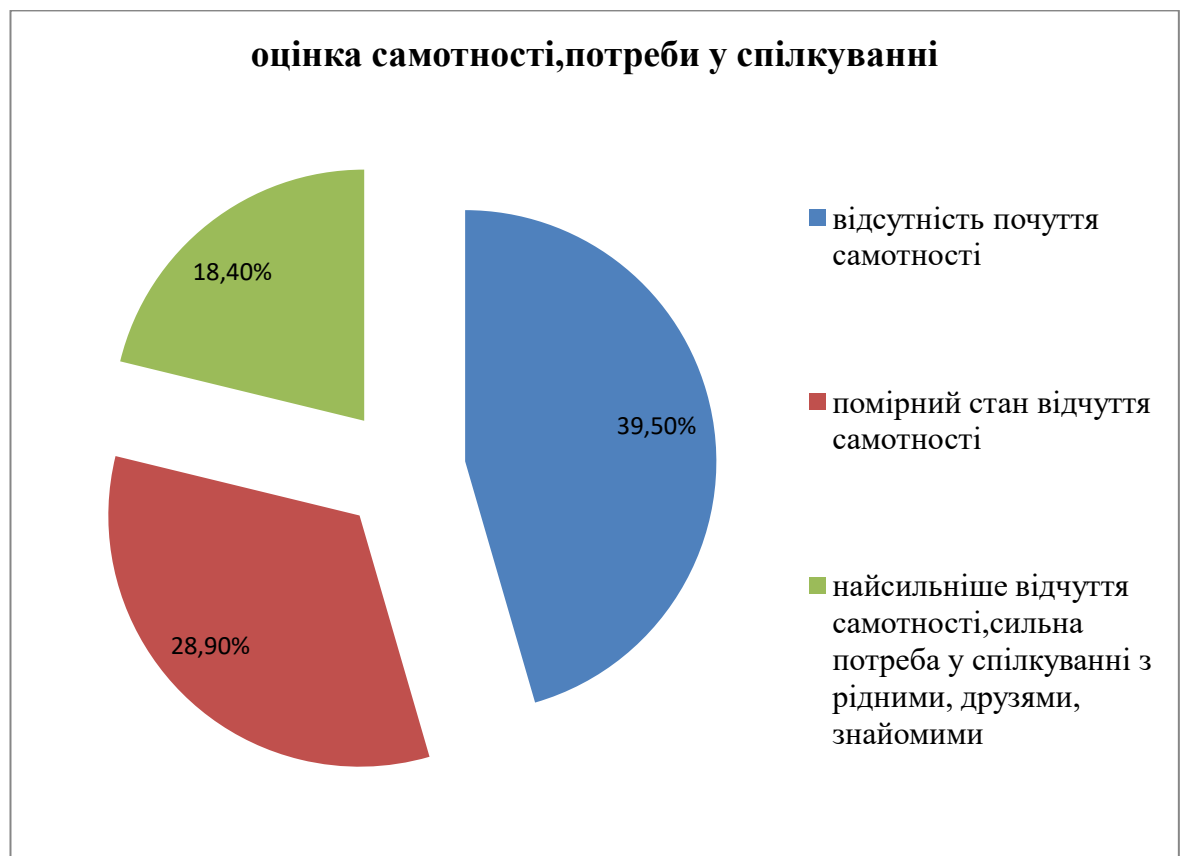


Рис. 3.14. Оцінка самотності, потреби у спілкуванні за числовою шкалою

Згідно нашого опитування щодо оцінки матеріальних потреб (Табл. 3.12., Рис. 3.15.) було з'ясовано наступне матеріальне становище пацієнтів: 47,4 % опитуваних (18 пацієнтів) зазначили відсутність матеріальних проблем та 36,8 % (14 пацієнтів) вказали на помірний стан задоволеності матеріальними благами. Тобто практична більшість опитуваних має засоби для існування, лікування та задоволення нагальних потреб.

Таблиця 3.12

Результати оцінки задоволення матеріальних потреб за числовою шкалою

Оцінка матеріальних потреб	Кількість пацієнтів	%
Відсутність матеріальних потреб	18	47,4 %
Помірний стан задоволення матеріальних потреб	14	36,8 %
Найсильніше відчуття матеріальних негараздів, потреба в елементарних матеріальних речах (засоби гігієни, продукти харчування тощо)	4	10,5 %

Проте слід зазначити, що 10,5 % респондентів (4 пацієнти) зазначили про незадовільне матеріальне забезпечення, потребу в елементарних засобах існування. Інформацію про цих пацієнтів було передано у соціальну службу за місцем проживання, адже такими пацієнтами повинні опікуватися також працівники соціальної служби, а не тільки медичні працівники.

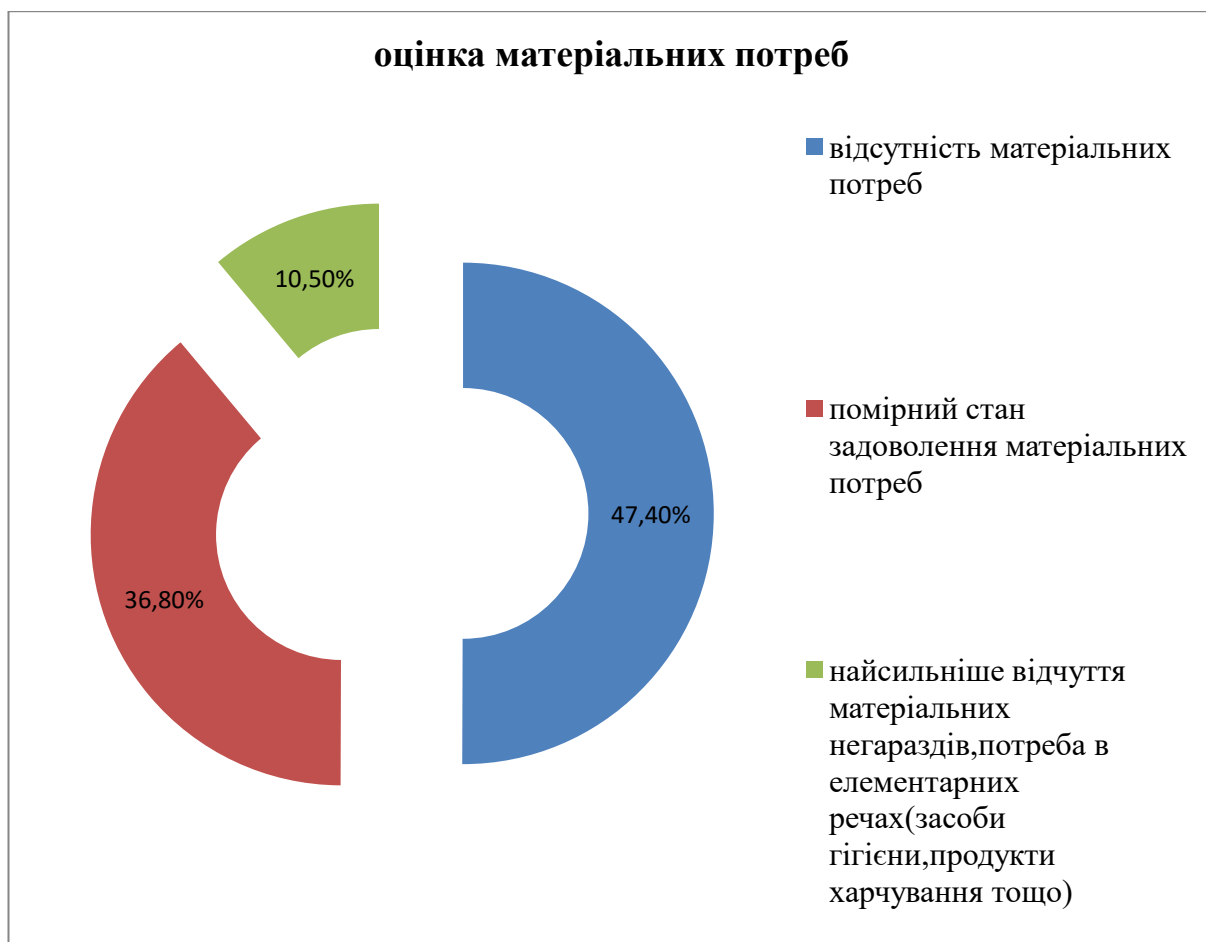


Рис. 3.15. Оцінка матеріальних потреб за числовою шкалою

РОЗДІЛ 4
АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ОПИТУВАННЯ МЕДИЧНИХ
ПРАЦІВНИКІВ, ЯКІ ЗАДІЯНІ В ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННІ
ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

У даній серії наукового дослідження ми провели опитування медичних працівників, які задіяні в організації та наданні паліативної допомоги.

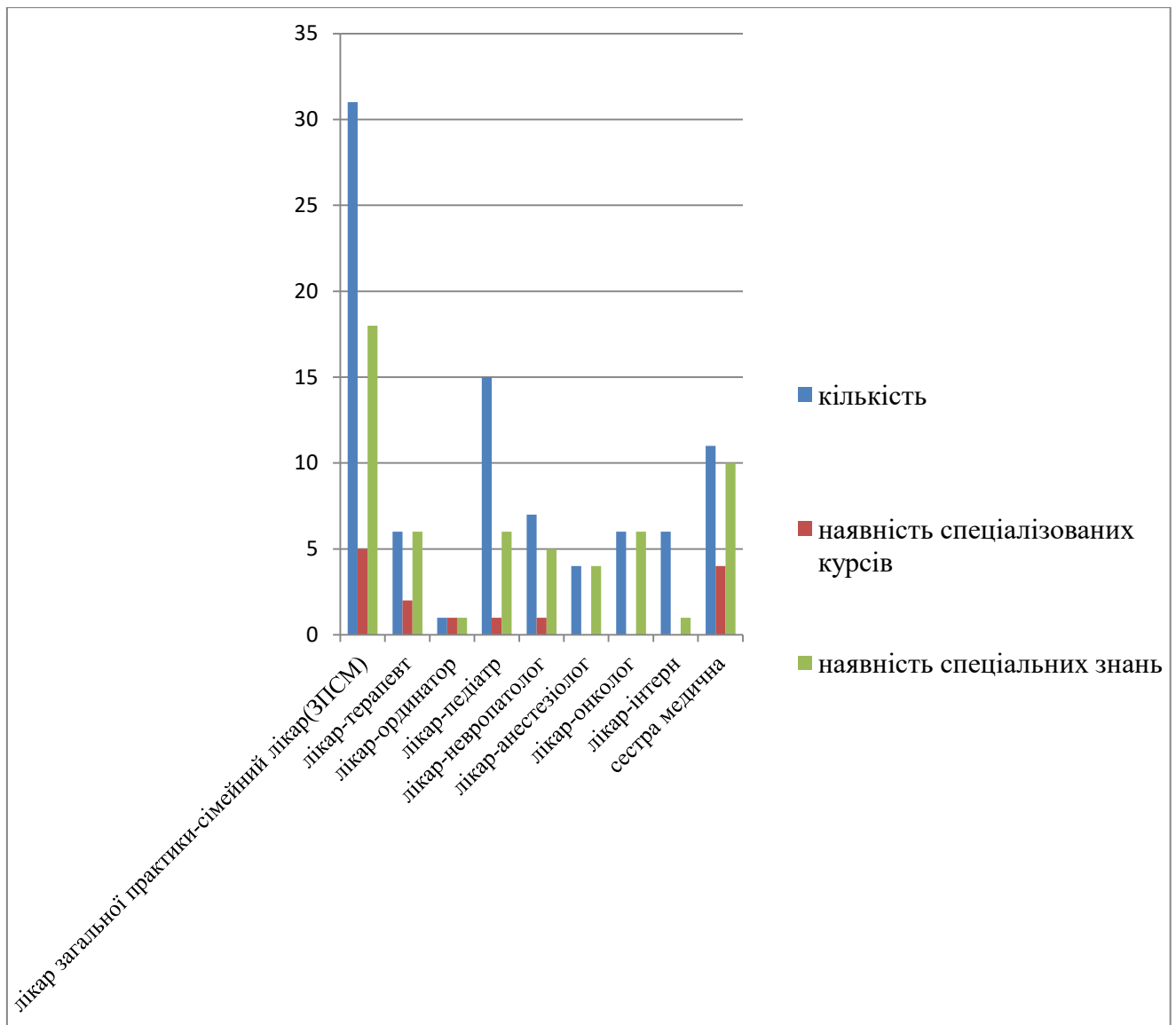


Рис. 4.1. Аналіз респондентів - медичних працівників за посадами. Наявність у медичного персоналу спеціалізованих курсів та спеціальних знань по паліативній допомозі (ПД)

Зокрема, було проведено опитування сімейних лікарів, лікарів – терапевтів, лікарів - ординаторів, лікарів - педіатрів, лікарів - невропатологів, лікарів - анестезіологів, лікарів - онкологів, лікарів - інтернів, сестер медичних за створеним нами опитувальником (Додаток 2). Усі респонденти - медичні працівники таких закладів: Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1 м. Кропивницького» Міської ради міста Кропивницького», КНП "Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради", КНП «Обласний клінічний госпіталь ветеранів війни КОР», КНП "Обласний клінічний онкологічний центр КОР". В загальному у даній серії нашої наукової роботи було проведено опитування 87 медичних працівників закладів охорони здоров'я міста Кропивницького.

При проведенні опитування медичних працівників (Рис. 4.1.) ми виявили, що спеціалізовані курси по паліативній допомозі мають лише 16 % (14 медичних працівників), а 84 % (73 медпрацівники) таких курсів не мають.

Відповідно про спеціальні знання по ПД заявили 65,5 % опитуваних (57 медпрацівників), а про відсутність спеціальних знань по ПД заявили 34,5 % опитуваних (30 медпрацівників). Серед тих, хто заявив про відсутність спеціальних знань, були лікарі-інтерни, які щойно закінчили вищі медичні заклади. Слід зауважити, що у деяких університетах введено окремий предмет з ПД, зокрема з 6 лікарів-інтернів тільки один стверджував, що він отримав спеціальні знання по паліативній допомозі.

Одним із завдань використання даного опитувальника було виявити наявність у медичних працівників спеціальних знань і вмінь по наданню ПД, проходження ними спеціалізованих курсів по наданню ПД, з'ясувати, чи використовують медичні працівники в своїй роботі з пацієнтами, які потребують паліативної допомоги, опитувальники для оцінки фізичного благополуччя, симптомів хвороби, потреби у психологічній та соціальній допомозі, чи користуються медичні працівники шкалою для оцінки болю,

для оцінки симптомів, потреби у психологічній та соціальній допомозі і якими саме - мономерною, візуальною, вербальною, або ж вони мали можливість запропонувати свій варіант.

Результати опитування медичних працівників, з врахуванням їхніх посад, вікової категорії працівників, щодо наявності у них спеціальних знань і вмінь по наданню ПД, проходження ними спеціалізованих курсів по наданню ПД, використання опитувальників для оцінки фізичного благополуччя, симптомів хвороби, потреби у психологічній та соціальній допомозі, використання шкал для оцінки болю, симптомів, потреби у психологічній та соціальній допомозі подано у Табл. 4.1. - Табл. 4.5.

Таблиця 4.1

**Результати опитування медичних працівників: лікарів -
невропатологів, сімейних лікарів, лікарів - інтернів вікової категорії
більше 25-30 р.**

<i>Посада</i>	Лікар-невропатолог	Сімейний лікар	Лікар-інтерн
<i>Освіта</i>	100% опитуваних мають вищу освіту		
<i>Вік</i>	25-30р.		
<i>К-сть опитуваних</i>	5	6	6
Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги	100% опитуваних не має	1 особа з 6 має	100% опитуваних не має
Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги	50 % опитуваних не має	1 особа з 6 має	1 особа з 6 має
Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги?	4 особи з 5 вирішує рідко	5 осіб з 6 вирішують у разі потреби	3 особи з 6 вирішують, в тим 2 – у разі потреби, 1 - інколи
Вирішуючи питання про потребу у наданні паліативної допомоги, чи користуєтеся Ви:			
<i>*опитувальником для оцінки симптомів</i>	100% не використовують	100%не використовують	2 особи з 6 використовують

<i>*опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	3 особи з 5 використовують, в тим 1 - ГТР 7	2 особи з 6 використовують	1 особа з 6 використовує
<i>*опитувальником для потреби у соціальній допомозі</i>	2 особи з 5 використовують	100% не використовують	1 особа використовує загальний огляд, всі інші не використовують
<i>*шкалою інтенсивності болю</i>	4 з 5 осіб використовують, в тим 2 – ВАШ, 1-мономерну, 1-вербальну	5 осіб з 6 використовують, в тим 3 – мономерну, 1 – мономерну, вербальну, 1 – мономерну, візуальну	2 особи з 5 використовують, в тим 1 – мономерна, вербальна, описова
<i>*шкалою для оцінки симптомів</i>	4 особи з 5 використовують, в тим 1 – мономерну, вербальну, 3 - візуальну	3 особи з 6 використовують	2 особи з 5 використовують, в тим 1 – вербальна, описова, візуальна
<i>*шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	4 особи з 5 використовують, в тим 2 –HADS, 1 – візуальну, 1 – візуальну, вербальну	2 особи з 6 використовують	1 особа з 6 використовує візуальну і мономерну, всі інші не використовують
<i>*шкалою для оцінки потреби у соціальній допомозі</i>	2 особи з 5 використовують	2 особи з 6 використовують, в тим 2 – вербальну	1 особа з 6 використовує візуальну і мономерну, всі інші не використовують

Таблиця 4.2

Результати опитування медичних працівників: сімейних лікарів, лікарів- терапевтів, лікарів - ординаторів, лікарів - педіатрів вікової категорії 30-40 р.

<i>Посада</i>	Сімейний лікар	Лікар - терапевт	Лікар - ординатор	Лікар - педіатр
<i>Освіта</i>	100% опитуваних мають вищу освіту			
<i>Вік</i>	30-40 р.			
<i>К-сть опитуваних</i>	6	1	1	5

Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги	2 особи з 6 мають	Ні	Дводенні онлайн курси	4 особи з 5 не мають
Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги	100% опитуваних мають	Так	Так	2 особи з 5 мають
Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги?	5 особи – у разі потреби 1 особа не вирішують	Клінічно	1 раз в 3 місяці	4 особи не вирішують, 1 особа - рідко
Вирішуючи питання про потребу у наданні паліативної допомоги, чи користується Ви:				
<u>*опитувальником для оцінки симптомів</u>	4 особи не використовують 2 особи використовують, з чого 1 - мономерну	Ні	Ні	100% опитуваних не використовують
<u>*опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі</u>	100% не використовують	Ні	Опитувальник на рівень тривожності	100% опитуваних не використовують
<u>*опитувальником для потреби у соціальній допомозі</u>	100% не використовують	Ні	Ні	100% опитуваних не використовують
<u>*шкалою інтенсивності болю</u>	2 особи - вербальну 2 особи - візуальну 2- мономерну	Так	Мономерна	4 особи не використовують, 1 особа – ВАШ, QESTT, TVP
<u>*шкалою для оцінки симптомів</u>	3 особи не використовують, а 3 так, з чого 1 - візуальну	Ні	Ні	100% опитуваних не використовують
<u>*шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі</u>	4 особи не використовують, а дві так, з чого 1 - візуальну	Ні	Ні	100% опитуваних не використовують
<u>*шкалою для оцінки</u>	50% опитуваних	Ні	Ні	100% опитуваних не

<u>потреби у соціальній допомозі</u>	використовують			використовують
--------------------------------------	----------------	--	--	----------------

Таблиця 4.3

Результати опитування медичних працівників: лікарів - невропатологів, лікарів - анестезіологів, лікарів - онкологів, сімейних лікарів, сестер медичних вікової категорії 40-50 р.

<i>Посада</i>	Сестра медична	Лікар - невропатолог	Сімейний лікар	Лікар - анестезіолог	Лікар - онколог
<i>Освіта</i>	21 опитуваних осіб з 24 мають вищу освіту				
<i>Вік</i>	40-50 р.				
<i>К-сть опитуваних</i>	5	2	7	4	6
Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги	1 особа з 5 має	50% опитуваних мають	2 особи з 7 мають	100% опитуваних не мають	100% опитуваних не мають
Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги	4 особи з 5 має	100% опитуваних мають	6 осіб з 7 має	100% опитуваних мають	100% опитуваних мають, в тим 4 особи - знеболювання
Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги?	2 особи – рідко 1 особа – у разі потреби 1 особа – 1 раз на 3 міс. І 1 особа не вирішує	у разі потреби	6 осіб з 7 вирішує, у тим: 3 – нечасто 2 – у разі потреби 1 - щомісяця	50% опитуваних – часто, 50% - іноді	100% опитуваних вирішують, в тим: 4 особи – 1-3 рази на тиждень 2 - рідко
Вирішуючи питання про потребу у наданні паліативної допомоги, чи користуєтеся Ви:					
<i>*опитувальником для оцінки симптомів</i>	Використовує 1 особа з 5	2 -Так	1 особи з 7 користуються	100% опитуваних не використовують	100% опитуваних не

					використовують
<i>*опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	3 особи не використовують, а 2 - візуальну	2 - ГТР7	2 особи з 7 користуються, в тим 1 – ГТР7	100% опитуваних не використовують	100% опитуваних не використовують
<i>*опитувальником для потреби у соціальній допомозі</i>	3 особи не використовують, а 2 - візуальну	Ні	1 особа з 7 користуються	100% опитуваних не використовують	100% опитуваних не використовують
<i>*шкалою інтенсивності болю</i>	2 особи використовує-візуальну, 1 – мономерну, 1 – ВАШ, а 1 не використовує	ВАШ – 2	5 осіб з 7 користуються, в тим: 2 - мономерною 1 – ВАШ, 1 - вербальною	50 % опитуваних - мономерна, вербальна, 50% -ВАШ	100% опитуваних використовують, в тим 4 особи - мономерну, 1 - ВАШ, 1 - вербальну, ВАШ
<i>*шкалою для оцінки симптомів</i>	2 особи використовує-мономерну, 1 – вербальну, 1 – ВАШ, а 1 не використовує	Ні	4 особи з 7 користуються, в тим: 2 - візуальною	50 % опитуваних – вербальна, 50% - ВАШ	4 особи з 6 використовують, в тим 2 – вербальну, 2 - мономерну
<i>*шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	3 особи використовують – вербальну, а 2 не використовують	HADS – 2	1 особа з 7 користуються, в тим: 1 - HADS	50 % опитуваних – вербальна, 50% - не використовують	100% опитуваних не використовують
<i>*шкалою для оцінки потреби у соціальній допомозі</i>	2 особи – вербальна, 1 – вербальна і візуальна, 2 особи не використовують	Ні	1 особа з 7 користуються	50 % опитуваних – вербальна, візуальна 50% - не використовують	100% опитуваних не використовують

Таблиця 4.4

**Результати опитування медичних працівників: лікарів -
терапевтів, лікарів - анестезіологів, лікарів - педіатрів, сімейних
лікарів, сестер медичних вікової категорії 50-60 р.**

<i>Посада</i>	Сімейний лікар	Лікар - терапевт	Лікар - педіатр	Сестра медична
<i>Освіта</i>	16 осіб з 22 мають вищу освіту			
<i>Вік</i>	50 - 60 р.			
<i>К-сть опитуваних</i>	6	5	5	6
Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги	100% опитуваних не мають	2 особи з 5 мають	100% опитуваних не мають	50% опитуваних - мають
Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги	5 осіб з 6 має	100% мають	100% опитуваних не мають	100% опитуваних мають
Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги?	100% опитуваних вирішують, в т.ч. 3 особи – рідко, 2 – у разі потреби	100% опитуваних вирішують, в тим 2 особи – рідко, 1 – у разі потреби	100% опитуваних не вирішують	Не вирішують
Вирішуючи питання про потребу у наданні паліативної допомоги, чи користуєтеся Ви:				
<i>*опитувальником для оцінки симптомів</i>	1 особа з 6 використовує	100% не використовують	100% опитуваних не використовують	Ні
<i>*опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	1 особа з 6 використовує	100% не використовують	100% опитуваних не використовують	Ні
<i>*опитувальником для потреби у соціальній допомозі</i>	100% опитуваних не використовують	100% не використовують	100% опитуваних не використовують	Ні

<u>*шкалою інтенсивності болю</u>	100% опитуваних використовують, в тим 2 особи – мономерну, 3 – ВАШ, 1 - вербальну	100% опитуваних використовують, в тим 1 особа – мономерну, 1 – ВАШ, 3- вербальну	100% опитуваних не використовують	Ні
<u>*шкалою для оцінки симптомів</u>	5 осіб з 6 використовують, в тим 3 – візуальну, 1 – вербальну, візуальну, 1 - вербальну	2 особи з 5 використовують вербальну	100% опитуваних не використовують	Ні
<u>*шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі</u>	1 особа з 6 використовує вербальну, 5 осіб – не використовують	2 особи 5 використовують, в тим 1 - HADS	100% опитуваних не використовують	Ні
<u>*шкалою для оцінки потреби у соціальній допомозі</u>	100% не використовують	100% не використовують	2 з 5 опитуваних використовують - вербальну	Ні

Таблиця 4.5

Результати опитування медичних працівників: лікарів – педіатрів, сімейних лікарів вікової категорії більше 60 р.

<i>Посада</i>	<i>Лікар ЗПСМ</i>	<i>Лікар - педіатр</i>
<i>Освіта</i>	100% опитуваних мають вищу освіту	
<i>Вік</i>	60+	
<i>К-сть опитуваних</i>	5	5
Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги	100% не мають	100% не мають
Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги	100% опитуваних має	4 особи з 5 має
Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги.?	100% опитуваних вирішують, в тим 1 особа – часто, 1 – іноді, 3 – у разі потреби	3 особи з 5 вирішує, в тим 1 – рідко, 2 – у разі потреби

Вирішуючи питання про потребу у наданні паліативної допомоги, чи користуєтеся Ви:		
<i>*опитувальником для оцінки симптомів</i>	50% опитуваних використовують мономерну, 50% - не використовують	3 особи з 5 використовують
<i>*опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	100% - не використовують	2 особи з 5 використовують
<i>*опитувальником для потреби у соціальній допомозі</i>	100% - не використовують	2 особи з 5 використовують
<i>*шкалою інтенсивності болю</i>	50% опитуваних використовують мономерну, 50% - візуальну	3 особи з 5 використовують в тим 2 – ВАШ, 1 - мономерна
<i>*шкалою для оцінки симптомів</i>	100% опитуваних використовують вербальну	2 особи з 5 використовують, В тим 1 – вербальну, візуальна, 1 - вербальна
<i>*шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі</i>	50% опитуваних використовують вербальну, 50% - візуальну	2 особи з 5 використовують
<i>*шкалою для оцінки потреби у соціальній допомозі</i>	100% опитуваних не використовують	2 особи з 5 використовують

Отримані дані було зведено у таблицю (Табл. 4.6) і проаналізовано. Згідно проведеного опитування видно (Рис. 4.2), що з усіх 87 медичних працівників питання ПД не вирішують 25 медичних працівників, що становило 28,7 %, а 62 медичних працівники (71,3 %) активно займаються питаннями паліативної допомоги.

Серед тих, хто часто займається питаннями організації та надання ПД, з'ясовано, як часто вони вирішують питання ПД. Було отримано наступні результати: у разі потреби - 26 осіб, рідко (нечасто, інколи) - 23 особи, щомісяця (клінічно) - 1 особа, часто (1-3 рази на тиждень) - 6 осіб, 1 раз на 3 місяці - 1 особа та не визначилися з відповіддю - 5 осіб (Табл. 4.6, Рис. 4.2).

Таблиця 4.6

**Медичні працівники в розрізі вирішення питання про надання
паліативної допомоги**

посада	К-сть	не вирішують питання ПД	вирішують питання ПД	у разі потреби	рідко, не часто, інколи	щомісяця, клінічно	часто, 1-3 рази на тиждень	1 раз на 3міс.	не визначилися
Лікар-ЗПСМ	31	3	28	16	7	1	-	-	3
Лікар-терапевт	6	-	6	1	2	1			2
Лікар-ординатор	1	-	1	-	-	-	-	1	-
Лікар-педіатр	15	11	4	3	1	-	-	-	-
Лікар-невропатолог	7	1	6	2	4	-	-	-	-
Лікар-анестезіолог	4	-	4	-	2	-	2	-	-
Лікар-онколог	6	-	6	-	2	-	4	-	-
Лікар-інтерн	6	3	3	2	1	-	-	-	-
Сестра медична	11	7	4	2	2	-	-	-	-
Загальна кількість	87 (100%)	25 (28,7%)	62 (71,3%)	26	23	2	6	1	5

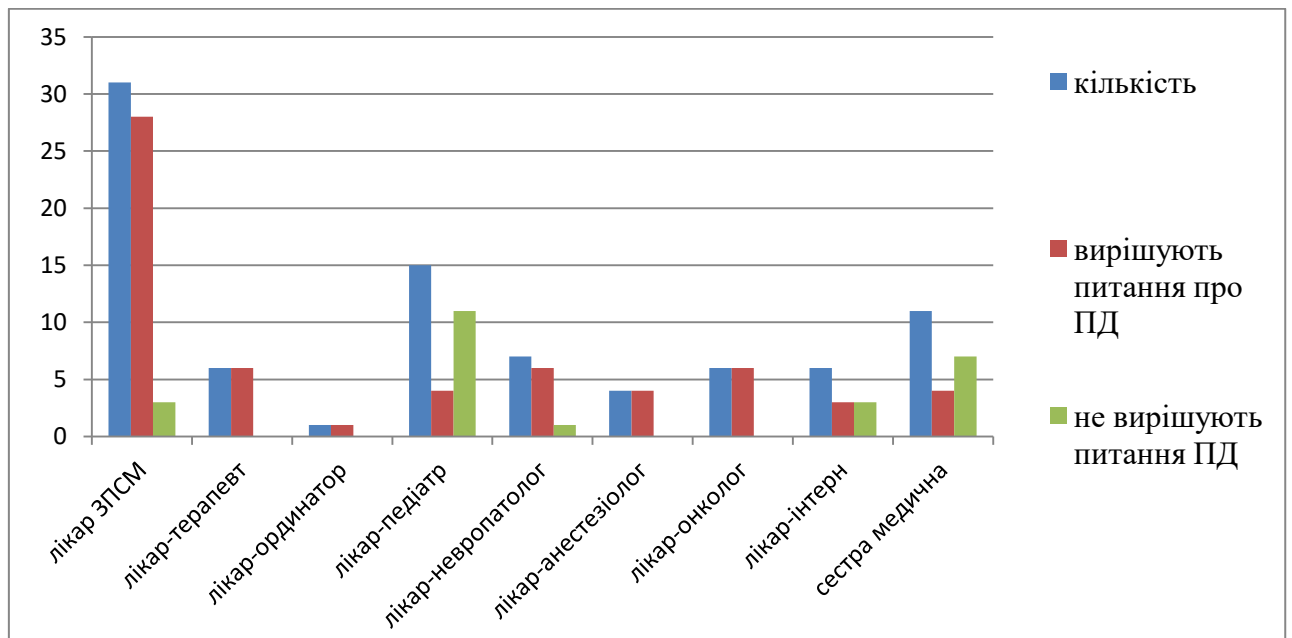


Рис. 4.2. Кількість медичних працівників за посадами. Медичні працівники в розрізі вирішення питання про надання ПД

Отже, виникають питання щодо результатів опитування сімейних лікарів та педіатрів, що визначилися, як такі, що не займаються питаннями паліативної допомоги, тому що практично в кожного сімейного лікаря є підписані декларації з пацієнтами, які мають невиліковні, в тому числі онкологічні, захворювання. Виникають певні сумніви в розумінні лікарів-педіатрів сутності паліативної допомоги, так як, практично кожен педіатр має заключені декларації з дітьми з інвалідизуючими патологіями.

В процесі проведення дослідження стану підготовки та обізнаності лікарів та сестер медичних засадам паліативної допомоги нами було встановлено (Таб. 4.7), що 13,8 % (12 медпрацівників) використовують опитувальник для оцінки симптомів, а 84 % (73 медпрацівники) - не використовують. Опитувальник для виявлення потреби в психологічній допомозі використовують 16,7 % (14 медпрацівників), а 80,5 % (70 медпрацівників) - не використовують.

Таблиця 4.7

Використання медичними працівниками опитувальників для оцінки симптомів, психологічної допомоги, соціальної допомоги

посада	К-сть	Чи використовують опитувальник для оцінки симптомів		Чи використовують опитувальник для психологічної допомоги		Чи використовують опитувальник для соціальної допомоги	
		так	ні	так	ні	так	ні
Лікар-ЗПСМ	31	7	24	5	26	1	30
Лікар-терапевт	6	-	6	-	6	-	6
Лікар-ординатор	1	-	1	1	-	-	1
Лікар-педіатр	15	3	12	2	13	2	13
Лікар-невропатолог	7	2	5	5	2	2	5
Лікар-анестезіолог	4	-	4	-	4	-	4
Лікар-онколог	6	-	6	1	5	1	5
Лікар-інтерн	6	2	4		3		2
Сестра медична	11	-	11	-	11	-	11
Загальна кількість	87 (100%)	12 (13,8%)	73 (84%)	14 (16,7%)	70 (80,5%)	6 (6,9%)	77 (88,5%)

Медичні працівники, які в своїй роботі використовують опитувальники для виявлення потреби в психологічній допомозі вказали, що це опитувальник на рівень тривожності та ГТР-7. Також з'ясовано, що 6,9 % (6 медпрацівників) використовують в роботі опитувальник для виявлення потреб в соціальній допомозі, а 88,5 % (77 медпрацівників) - стверджували, що не використовують подібні опитувальники (Таб. 4.7).

При проведенні дослідження ми виявили, що (Таб. 4.8) шкалою інтенсивності болю користуються 70,1 % (61 медпрацівник). Більшість опитуваних користується візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) - 28 медпрацівника, 23 - мономерною, 7 - вербальною, 1 - мономірною і вербальною, 1 - ВАШ і вербальною.

Шкалою для оцінки болю користуються 49,4 % респондентів (43 медпрацівники), з них 14 медпрацівники використовують візуальну шкалу, 14 - вербальну, 1 - вербальну, описову, візуальну, 2 - візуальну та вербальну, 3 - ВАШ і мономерну, 6 - не вказали шкалу, якою користуються.

Шкалою для оцінки потреби в психологічній допомозі користуються тільки 33,3 % (29 медпрацівників), що пояснює значну потребу пацієнтів у наданні їм психологічної допомоги, отже медпрацівники повинні звернути на це увагу і організувати консультації психолога таким пацієнтам.

Шкалою для оцінки потреби в соціальній допомозі пацієнтам, які потребують паліативної допомоги, користуються 21,8 % опитаних (19 медпрацівників).

При спілкуванні в форматі фокус-групи, було з'ясовано тенденцію, що наданням соціальних послуг, як і з'ясуванням їх потреби у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, повинні займатися соціальні служби. Тобто до повного розуміння сутності і філософії надання такої допомоги, як паліативна, з боку представників медичної спільноти як первинного рівня надання допомоги, так і вторинного, ще необхідно приділити багато уваги і можливостей спілкування у форматі медичних конференцій, курсів післядипломної освіти, роз'яснень фахівців, інформації в телевізійних та

інтернет ресурсах тощо. Це питання потребує більшої уваги з боку громадських організацій з прав пацієнтів, спеціалістів центрів громадського здоров'я, соціальних служб, органів місцевого самоврядування.

Таблиця 4.8

Використання медичними працівниками шкал для оцінки симптомів інтенсивності болю, оцінки симптомів, психологічної та соціальної допомоги

посада	кількість	Чи використовують шкалу інтенсивності болю		Чи використовують шкалу для оцінки симптомів		Чи використовують шкалу для оцінки потреби у психологічній допомозі		Чи використовують шкалу для оцінки потреби у соціальній допомозі	
		так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
Лікар-ЗПСМ	31	28	3	21	10	12	19	6	25
Лікар-терапевт	6	6	-	2	4	2	4	-	6
Лікар-ординатор	1	1	-	-	1	-	1	-	1
Лікар-педіатр	15	4	11	2	13	2	13	4	11
Лікар-невропатолог	7	6	1	4	3	6	1	2	5
Лікар-анестезіолог	4	4	-	4	-	2	2	2	2
Лікар-онколог	6	6	-	4	2	-	6	-	6
Лікар-інтерн	6	2	4	2	4	1	5	1	5
Сестра медична	11	4	7	4	7	4	7	4	7
Загальна кількість	87 (100%)	61 (70,1%)	26 (29,8%)	43 (49,4%)	44 (50,6%)	29 (33,3%)	58 (66,7%)	19 (21,8%)	68 (78,2%)

З огляду на проведення дослідження щодо розвитку паліативної та хоспісної допомоги в Україні в розрізі знань медичного персоналу, як з вищою освітою так і молодших спеціалістів з медичною освітою можна стверджувати, що рівень знань в цьому напрямку медичної допомоги бажає бути кращим, отже потрібно його підвищувати. Також слід зауважити, що

1/16 частина опитуваних з числа медичних працівників переймається психічним або психологічним станом паліативних пацієнтів і ці медичні працівники готові провести аналіз, опитування, огляд, спостереження поточного стану пацієнтів і запропонувати необхідну допомогу.

Рівень розуміння нагальної потреби покращення надання паліативної допомоги серед медичного персоналу, який займається і приймає участь в наданні паліативної допомоги, значно виріс в порівнянні з попередніми роками. Лікарі та сестри медичні впроваджують в свою роботу спеціальні опитувальники, новітні методи аналізу стану пацієнта, намагаються, по можливості, удосконалити свій професійний рівень, отримувати нові знання в даній сфері медичної допомоги, проходять онлайн-курси, вивчають додаткову літературу, відвідують тренінги по наданню паліативної допомоги.

Вважаємо, що зростання інтересу та зацікавленості медичного персоналу, центрів громадського здоров'я та соціальних служб до пошуків нових методів та удосконалення організації та надання паліативної допомоги, зростання загальної суспільної свідомості щодо стану надання кваліфікованої та доступної паліативної допомоги говорить про важливість цієї проблеми.

Центри громадського здоров'я проводять профілактичну роботу, організаційну та просвітницьку діяльність у громадах, з метою покращення ситуації з надання паліативної та хоспісної допомоги населенню України та підвищення рівня обізнаності та свідомого ставлення до паліативних пацієнтів з боку медичних працівників, соціальних служб, громадських організацій та суспільства в цілому.

РОЗДІЛ 5

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ СІМЕЙ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

5.1. Психологічне визнання унікальності кожної особистості і гідності кожного пацієнта, значення якості життя при наданні паліативної допомоги

При визначенні особливостей психологічної допомоги пацієнтам та членам їх сімей при наданні паліативної та хоспісної допомоги слід зазначити визнання цінності та унікальності кожного пацієнта, налагоджувати роботу в команді на принципах поваги пацієнта як унікальної особистості. Паліативна допомога має право на існування тільки у випадку, коли хворий та його родичі готові її прийняти, обрати місце надання цієї допомоги, обрати або погодитися із запропонованими методами лікування, при потребі узгодити зі спеціалістами отримання спеціалізованої паліативної допомоги. Також паліативна допомога має право на існування тільки у випадку, коли хворий та його родичі мають вичерпну інформацію про діагноз, можливі види лікування, можливий прогноз перебігу захворювання.

Щодо етичної сторони питання, то вкрай важливо не допустити моменту, коли вже втрачені можливості приймати рішення пацієнтом, або він не бажає цього робити. В такому випадку прийняття рішення перекладається на відповідальність родичів або медичних працівників і це може призвести до певних етичних проблем. В деяких країнах Європи та світу перенесення відповідальності про рішення щодо надання паліативної допомоги на родичів з пацієнта відбувається частіше.

При наданні паліативної допомоги працівникам рекомендовано брати до уваги персональну систему цінностей пацієнта, його особистісні

особливості, культурні та релігійні цінності, слід ставитися до паліативного пацієнта відкритістю, чуйністю і повагою.

Якість життя пацієнта та його гідність є важливими складниками індивідуальної характеристики кожного паліативного пацієнта. Беручи до уваги, що поняття гідності слід розглядати як невід'ємну властивість кожної особистості, можна вважати, що одним із завдань паліативної допомоги є забезпечення такої допомоги, при якій непорушними є повага до гідності пацієнта та його психологічна підтримка.

Психологічні особливості взаємовідносин між медичним персоналом і пацієнтом. У процесі планування паліативної допомоги та її здійснення, а також при проведенні усіх заходів медперсоналу необхідно розвивати довірчі відносини з пацієнтами та їх родичами, оскільки вони є важливими партнерами, і добре, коли у данному процесі використовуються усі можливості. Зважаючи на це, сформувався нове бачення, що усі учасники надання паліативної допомоги повинні сприяти розвитку у пацієнта стійкості щодо можливості життя з невиліковною хворобою і подолання проблем, обумовлених хворобою. Пацієнт повинен бути налаштованим на прийняття необхідності зміни планів на майбутнє.

Задоволення психологічних і духовних потреб. Паліативна допомога передбачає пошук способів пом'якшення соціальних страждань, включаючи постачання продуктами, допомога в отриманні житла та заходи по боротьбі зі стигматизацією та дискримінацією.

До духовним і екзистенційним страждань необхідно ставитися з такою ж серйозністю і пріоритетністю, як і до психосоціальних і фізичних страждань або болю. Підтримка може включати участь духовного наставника. Якщо є така можливість, в рамках надання допомоги слід застосовувати підходи, спрямовані на збереження гідності, формування наступності, керовану візуалізацію, медитативне зосередження, йогу та інші психосоматичні впливи, арт-терапію, ведення щоденника.

Одним з основних компонентів паліативної допомоги є підтримка осіб, які зазнали важку втрату. Пацієнти та члени їх сімей часто потребують емоційної підтримки, щоб впоратися з переживаннями, пов'язаними з вмиранням і втратою близької людини, при цьому у деяких членів скорботної сім'ї розвивається ускладнена реакція горя, що вимагає лікування. Для підтримки родичів покійного нерідко можна залучати членів місцевої громади, а в тих випадках, коли важко організувати направлення на консультацію до психотерапевта, сімейний лікар або терапевт може навчитися діагностувати і лікувати ускладнену реакцію горя.

Надання психосоціальної допомоги вимагає великих сил від працівників охорони здоров'я. Організації повинні проводити політику заохочення стратегій самодопомоги та підтримки персоналу, таких як регулярний обмін інформацією про складних випадках, меморіальні служби в пам'ять померлих пацієнтів, регулярні соціальні заходи для членів бригад паліативної допомоги, регулярні фізичні вправи і надання необхідного вільного часу.

5.2. Психологічна підтримка та турбота про сім'ї та осіб, які здійснюють догляд за хворим

Підтримка членів сім'ї, які здійснюють догляд за хворим, є одним з основних аспектів надання паліативної допомоги. Вкрай важливо оцінити потреби членів сім'ї, які здійснюють догляд, і скласти відповідний план догляду.

Існує безліч причин для того, щоб провести оцінку потреб членів сім'ї, які здійснюють догляд, і запропонувати їм психосоціальну допомогу. Як правило, потребам і проблемам цих людей не приділяється належної уваги. Наприклад, вони схильні до фізичних і психологічних захворювань, при цьому половина всіх, хто доглядає за хворими, не відповідає нормам

фізичного здоров'я для населення і, згідно з наявною інформацією, рівень потенційної депресії і тривожності серед них становить від 30% до 50%.

Особи, які здійснюють догляд, відповідають за виконання безлічі завдань, часто фінансово не забезпечені і нерідко знаходяться в положенні соціальної ізоляції. Фактично у багатьох осіб, які здійснюють догляд, потреб стільки ж, скільки у пацієнтів, а іноді і більше. Їх скрутне становище часто ускладнюється тим, що вони безпосередньо не стикалися з ситуацією вмирання і зі смертю, не отримують інформації і не беруть участь в плануванні лікування, так що відчують себе не готовими до виконання такої ролі.

Проте, у осіб, які здійснюють догляд, є потенціал (при відповідній підтримці) для досягнення позитивних результатів і отримання користі від своєї ролі.

Деякі члени сім'ї, які здійснюють догляд за хворим, приймають на себе цю роль не тому, що хочуть, а тому, що відчують себе зобов'язаними це зробити. Потреби і очікування пацієнтів і членів сім'ї, які здійснюють догляд, можуть не збігатися. Тому медичним і соціальним працівникам важко визначити, чиї потреби є пріоритетними. Необхідно враховувати також культурні та духовні аспекти.

Неприйнятний єдиний підхід до надання підтримки члену сім'ї, який здійснює догляд, що не враховує індивідуальних особливостей.

Проте, існує ряд поширених очікувань, властивих всім особам, які здійснюють догляд:

- їм надаватимуть інформацію (в письмовій та усній формі) про те, що їх чекає в якості особи, яка здійснює догляд;
- симптоми пацієнта будуть під контролем;
- будуть поважати цінності пацієнта;
- надаватиметься, в разі необхідності, допомога при підготовці до смерті пацієнта;

- будуть прийматися всі заходи для того, щоб пацієнтові надавалася допомога і здійснювався догляд в тому місці, яке він вважатиме за краще. Якщо пацієнт хоче залишатися вдома, будуть прийматися, в разі необхідності, заходи з надання допомоги членам сім'ї, які здійснюють догляд на дому;

- рішення про цілі допомоги будуть обговорюватися спільно працівниками охорони здоров'я та пацієнтом і / або здійснюють догляд за ним членом або членами сім'ї, в залежності від ситуації;

- надаватиметься підтримка особам, які зазнали важку втрату.

В цілому, можна зауважити, що відносно новий вид медичної допомоги - паліативна допомога має відмінності від так званої традиційної медицини. Традиційна медична допомога має орієнтир на процес одужання пацієнта або введення його в стійку ремісію. Паліативна допомога, в свою чергу, має мету покращити якість життя невиліковних хворих та членів їх родин. Для цього повинні бути залучені всі наявні ресурси з використанням принципів доказової медицини, мультидисциплінарного підходу, який забезпечує поєднання медичної, соціальної, психологічної, духовної допомоги, гуманне ставлення спільноти до проблем невиліковних пацієнтів, залежно від віку, статі, релігійних переконань тощо.

Україна зробила чимало позитивних кроків в плані становлення та організації паліативної та хоспісної медицини, взявши до уваги рекомендації та зауваження світової спільноти. В Україні на сучасному етапі реформування усієї медичної галузі, створюється європейська модель паліативної медичної допомоги, яка включає три ланки: «сімейний лікар - мобільна служба - стаціонарна допомога (хоспіс)».

Можна стверджувати про певні позитивні зміни в плані розвитку мережі медичних закладів, які надають паліативну та хоспісну допомогу. В структуру мережі закладів системи охорони здоров'я, які підписали контракти на надання паліативної допомоги входять: багатопрофільні лікарні, інфекційні, протитуберкульозні заклади ОЗ, дитячі лікарні,

онкологічні центри, Центри з лікування ВІЛ/СНІДу, поліклінічні об'єднання, госпіталі, монопрофільні хоспіси.

Вивчаючи та аналізуючи чинну нормативно-правову базу (НПБ), яка регулює питання ПХД населенню в Україні, виявлено як велику кількість позитивних зрушень, так і наявність деяких недоліків та невідповідностей міжнародним стандартам і рекомендаціям, потребують удосконалення механізми контролю і моніторингу щодо неадання паліативної допомоги згідно вимог державних і галузевих нормативно-правових актів.

ВИСНОВКИ

1. Вивчено історичні аспекти формування паліативної та хоспісної допомоги в Україні.
2. Вивчено основні поняття та концепцію паліативної та хоспісної допомоги в Україні.
3. Проведено аналіз стану надання паліативної та хоспісної допомоги на сучасних рівнях забезпечення медичної допомоги та надання паліативної допомоги в контексті первинної медичної допомоги.
4. Вивчено особливості мобільної та стаціонарної паліативної допомоги дорослим та дітям.
5. Проведено опитування пацієнтів, яким надається паліативна допомога, за опитувальником «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою» та проаналізовано результати, зокрема встановлено стан оцінки фізичного благополуччя у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, визначено наявність у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, потреб у психологічній допомозі, визначено наявність у пацієнтів, яким надається паліативна допомога, потреб у соціальній допомозі.
6. Організовано та проведено опитування медичних працівників, які задіяні в організації та наданні паліативної допомоги, проведено аналіз результатів, зокрема визначено стан підготовки лікарів та медсестринського персоналу до надання паліативної та хоспісної допомоги.
7. З'ясовано особливості психологічної допомоги пацієнтам та членам їх сімей при наданні паліативної та хоспісної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе: часть 1 (White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1) Режим доступа: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=W5xHFsvIvgE0%3D&tabid=73>
б)
2. Громадський простір. Паліативна та хоспісна допомога в Україні. Минуле.06.06.2019 Режим доступа: <https://www.prostir.ua/?news=paliativna-ta-hospisna-dopomoha-v-ukrajini-mynule>
3. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко та ін. 3-тє вид. Вінниця: Нова книга, 2013. 560с.
4. Данилюк К. В. Організаційний механізм державного управління паліативною та хоспісною допомогою: дис..канд.наук з держ.управління:Київ, 2018.242с. Режим доступа: http://ipk.edu.ua/wp-content/uploads/2019/05/Disser_DANYLYUK.pdf
5. Дубич К.В. PESTL-АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПАЛІАТИВНОЮ ТА ХОСПІСНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ / Дубич К.В., Данилюк К.В./ [Електронний ресурс Державне управління: удосконалення та розвиток № 5, 2017] Режим доступа: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1075>
6. Звіт “Індекс здоров'я. Україна - 2019”. - Режим доступа: http://health-index.com.ua/НІ_Report_2019_Preview.pdf
7. Міністерство охорони здоров'я України. Які заходи вживає Україна для попередження виявлення онкозахворювань. Режим доступа: <https://moz.gov.ua/article/news/jaki-zahodi-vzhivae-ukraina-dlja-poperedzhennja-ta-rannogo-vijavlennja-onkozahvorjuvan>.

8. Медико-соціальне обґрунтування системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Режим доступу: https://nmapo.edu.ua/zagruzka2/DrAr/Dr_Carenko.pdf
9. Медична реформа. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
10. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги" Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi>
11. Наказ МОЗ України від 04.06.2020 № 1308 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>
12. Національна служба здоров'я України. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>) <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
13. Національна служба здоров'я України. Вимоги програми медичних гарантій 2020. Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>
14. Паліативну медичну допомогу за Програмою медичних гарантій надають понад 480 медичних закладів, – НСЗУ. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/paliativnu-medichnu-dopomogu-za-programou-medichnih-garantij-nadayut-ponad-480-medichnih-zakladiv-nszu>
15. Паліативна та хоспісна допомога хворим на туберкульоз [Текст]: навчальний посібник / Ю.І. Фещенко, В.М. Князевич, О.М. Разнатовська, Н.А. Гріцова. – Київ. ВСВ «Медицина», 2017. 126 с.
16. Паліативна допомога: на які зміни чекати лікарям та пацієнтам? | Ваше здоров'я. Режим доступу: <https://www.vz.kiev.ua/chy-vidpovidaye-novuj-poryadok-nadannya-paliativnoyi-dopomogy-svitovym-standartam/>.
17. Постанова КМУ від 13.05.2013р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах

охорони здоров'я». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text/>

18. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных. Цитирование: Ионова Т. И., Никитина Т. П., Новик А.А. Практические рекомендации по оценке качества жизни у онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2015. – №. 4, спецвыпуск. – С. 439–443. Режим доступу: <https://rosoncoweb.ru/standarts/RUSSCO/2015/2-17>

19. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf

20. Слабкий Г. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г. О. Слабкий, В. І. Миронюк, Л. О. Качала // Україна. Здоров'я нації. - 2017. - № 3. - С. 24-31. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8

21. Степанов М. МОЗ розробило Національну стратегію контролю онкозахворювань до 2030 року. / М. Степанов. Режим доступу: <https://moz.gov.ua/article/reform-plan/maksim-stepanov-moz-rozrobilo-nacionalnu-strategiju-kontrolju-onkozahvorjuvan-do-2030-roku>

22. Суспільне/ Новини. МОЗ збільшив тарифи за надання паліативної допомоги. Режим доступу: <https://suspilne.media/119703-moz-zbilsiv-tarifi-za-nadanna-paliativnoi-dopomogi/>

23. Український центр суспільних даних. Режим доступу: <https://socialdata.org.ua/prinaymni-320-tisyach-osib-v-ukraini-mozhut/>

24. Український центр суспільних даних Паліативна допомога - що це таке. Режим доступу : <https://socialdata.org.ua/paliativna-dopomoga-shho-ce/>

25. Український центр суспільних даних. Просто цифри. Хто, де, і від чого помирає в Україні. Режим доступу: https://socialdata.org.ua/prosto_cyfry/

26. Урядовий портал. МОЗ України разом з міжнародними партнерами обговорили орієнтири розвитку до 2030 року. Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ukrayini-razom-z-mizhnarodnimi-partnerami-obgovorili-orientiri-rozvitku-do-2030-roku>
27. A Summary of Pediatric Palliative Care Team Structure and Services as Reported by Centers Caring for Children with Cancer / M.S. Weaver, A.R. Rosenberg, J. Tager, et al. // *J Palliat Med.* 2018 Apr 1;21(4): 452–462.
28. Al-Mahrezi A. Palliative Care: Time for Action. / Al-Mahrezi A, Al-Mandhari Z. // *Oman Med J.* 2016;31(3):161-163.
29. Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing: A Concept Analysis. *Cross LA. J Hosp Palliat Nurs.* 2019 Feb;21(1):21-28.
30. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. Houston: IAHPC Press, 2007.
31. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers B. Gomes, N. Calanzani, V. Curiale, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 6;(6): 1–279.
32. Establishing psychosocial palliative care standards for children and adolescents with cancer and their families: An integrative review. Weaver MS, Heinze KE, Bell CJ, Wiener L, Garee AM, Kelly KP, Casey RL, Watson A, Hinds PS; Pediatric Palliative Care Special Interest Group at Children's National Health System. *Palliat Med.* 2016 Mar;30(3):212-23.
33. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. *Palliat Med.* 2014 Feb;28(2):130-50.
34. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. *Palliat Med* 2007; 21: 463– 471.
35. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates / Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, et al. // *J. Palliat Med* 2014. Jan;28(1):49-58.

36. Howie L. Early palliative care in cancer treatment: rationale, evidence and clinical implications./Howie L., Peppercorn J. // *Ther Adv Med Oncol*2013. Nov;5(6):318-323.
37. Introduction to Hospice and Palliative Care. Roth AR, Canedo AR. *Prim Care*. 2019 Sep;46(3):287-302.
38. Lunder U. Evidence-based palliative care: beliefs and evidence for changing practice. / Lunder U, Sauter S, Fürst CF. // *Palliat Med* 2004; 18: 265–266.
39. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 2004. Pittsburgh, 2004.
40. PACE. Palliative care: a model for innovative health and social policies: The Resolution No. 1649 (2009) adopted on 28 January 2009 (6th Sitting) by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe. – [Electronic resource]. – Access Mode: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17707&lang=en>.
41. Palliative care: the World Health Organization’s global perspective./ Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A.// *J Pain Symptom Manage*2002. Aug;24(2):91-96.
42. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Evangelista CB, Lopes ME, Costa SF, Batista PS, Batista JB, Oliveira AM.*Rev Bras Enferm*. 2016 Jun;69(3):591-601.
43. Palliative Care Interventions for Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. Diop MS, Rudolph JL, Zimmerman KM, Richter MA, Skarf LM.*J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1):84-92.
44. Palliative care in initiation in pediatric oncology patients: A systematic review.Cheng BT, Rost M, De Clercq E, Arnold L, Elger BS, Wangmo T.*Cancer Med*. 2019 Jan;8(1):3-12.
45. Palliative Care of Adult Patients With Cancer.Bausewein C, Simon ST, Pralong A, Radbruch L, Nauck F, Voltz R.*Dtsch Arztebl Int*. 2015 Dec 11;112(50):863-70.

46. Palliative care in cancer: managing patients' expectations. Ghandourh WA. *J Med Radiat Sci.* 2016 Dec;63(4):242-257.
47. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. Gijssberts MHE, Liefbroer AI, Otten R, Olsman E. *Med Sci (Basel).* 2019 Feb 7;7(2):25.
48. United Nations. General Assembly: 217 A (III). Universal Declaration of Human Rights. [cited 2016 April 09]. Available from: <http://www.un-documents.net/a3r217a.htm>.
49. Understanding Palliative Care and Hospice: A Review for Primary Care Providers. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. *Mayo Clin Proc.* 2017 Feb;92(2):280-286.
50. Update in Hospice and Palliative Care. Taylor RA, Smith CB, Coats H, Gelfman LP, Dionne-Odom JN. *J Palliat Med.* 2017 Nov;20(11):1189-1194.
51. World Health Organization. Insufficient access to palliative care. [cited 2020 August 05]. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/palliative-care>.
52. World Health Organization. Palliative care. [cited 2016 April 09]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en>.

ДОДАТОК 1

Опитувальник для пацієнтів «Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою»

Ім'я пацієнта: _____

Дата заповнення: _____ Час: _____

Заповнив: (вибрати відповідне)

 пацієнт пацієнт разом з опікуном пацієнт разом з медпрацівником

«Система оцінки симптомів і потреби у психологічній та соціальній допомозі за числовою шкалою»:

1-й блок - «Оцінка фізичного благополуччя та симптомів хвороби за числовою шкалою»

Будь ласка, обведіть кружком цифру, яка найкращим чином описує наступне:

Немає ніякого болю - Нестерпний біль (при потребі під шкалою деталізувати особливості)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність втоми - Виражене безсилля

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність нудоти - Виражена нудота

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність сонливості - Дуже сильна сонливість

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Наявність дуже хорошого апетиту - Повна відсутність апетиту

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Немає ніякої задишки - Дуже сильна задишка

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Правдиво дайте відповідь на питання: "Як Ви себе почуваєте? "

Почуття повного фізичного благополуччя: - Повна відсутність почуття фізичного благополуччя.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2-й блок - «Оцінка потреби у психологічній допомозі за числовою шкалою»

Відсутність депресії - Найсильніша депресія: відчуття зневіри, печалі, безвиході, смутку.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність хвилювань, турбот - Нервозність, сильне хвилювання, глибока заклопотаність, сильне занепокоєння

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Почуття повного благополуччя, емоційного і душевного комфорту - Повна відсутність почуття благополуччя, емоційного і душевного комфорту.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3-й блок - «Оцінка потреби у соціальній допомозі за числовою шкалою»

Відсутність почуття самотності – Найсильніше відчуття самотності, сильна потреба у спілкуванні з рідними, друзями і знайомими.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Відсутність матеріальних потреб – Найсильніше відчуття матеріальних негараздів, потреба в елементарних матеріальних речах (засобах гігієни, продуктах харчування та ін.).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ДОДАТОК 2

Опитувальник для медичних працівників

Опитувальник для мед працівників

Ваша посада _____

Ваша освіта _____

Ваш вік _____

Дата заповнення: _____

Наявність спеціалізованих курсів по наданню паліативної допомоги _____

Наявність спеціальних знань по наданню паліативної допомоги _____

Як часто Ви вирішуєте питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги?

Вирішуючи питання про потребу пацієнта у наданні паліативної допомоги, чи користуєтеся Ви:

- опитувальником (анкетуванням) для оцінки симптомів Так (вказіть яким) _____ Ні

- опитувальником для оцінки потреби у психологічній допомозі Так (вказіть яким) _____
Ні

- опитувальником для оцінки потреби у соціальній допомозі Так (вказіть яким) _____ Ні

- шкалою інтенсивності болю Так (вказіть якою*) _____ Ні

- шкалою для оцінки симптомів Так (вказіть якою#) _____ Ні

- шкалою для оцінки потреби у психологічній допомозі Так (вказіть якою#) _____ Ні

- шкалою для оцінки потреби у соціальній допомозі Так (вказіть якою#) _____ Ні

*Мономерна шкала включає шкалу з цифровою оцінкою (наприклад, від 0 до 10), шкалу з вербальної описової оцінкою (наприклад, «відсутність болю», «незначний біль», «помірний біль» або «сильний біль») або візуальну аналогову шкалу (наприклад, лінію довжиною в 10 см з такими маркерами, як «відсутність болю» зліва, і «сильний біль» праворуч; пацієнт вказує місце на лінії, яка найточніше відображає інтенсивність його болю).

Мономерна, вербальна, візуальна шкала