Царенко А.В.¹, Чайковская В.В.^{1,2}, Максимова З.В.¹

¹ Национальный университет здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

² Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины, Киев, Украина

Tsarenko A.¹, Chaikovska V.^{1,2}, Maksimova Z.¹

¹ Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Institute of Gerontology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kiev, Ukraine

Оптимизация психологической и психотерапевтической помощи паллиативным пациентам пожилого возраста и пациентам с хроническим болевым синдромом в амбулаторных условиях

Optimization of Psychological and Psychotherapeutic Care for Elderly Palliative Patients and Palliative Patients with Chronic Pain Syndrome in Outpatient Conditions

Резюме

В статье представлены результаты исследования путей оптимизации психологической/психотерапевтической составляющей комплексной паллиативной и хосписной помощи (ПХП) для обеспечения надлежащего качества жизни паллиативных пациентов (ПП). Особенно актуально это для ПП пожилого возраста, а также для пациентов с хроническим болевым синдромом (ХрБС), поскольку психологические расстройства существенно ухудшают развитие полиморбидности и снижают качество жизни ПП и их семей. В работе анализируются результаты социологического опроса 456 пациентов в возрасте 60 лет и старше, перенесших инфаркт, инсульт, имеющих стойкую стенокардию, болезнь Паркинсона или онкологическое заболевание, и анкетирования 140 онкологических пациентов в возрасте от 30 до 60 лет и старше с болевым синдромом. Были использованы методы исследования: библиосемантический, контент-анализ, медико-статистический, социологический (анкетного опроса), системного подхода и системного анализа. Результаты исследований свидетельствуют о том, что депрессия у гериатрических ПП характеризуется ангедонией и гипотимией с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своей жизненной ситуации и будущего. Постоянные негативные эмоции на фоне симптомов возрастзависимых патологических изменений органов и систем организма способствуют проявлению депрессии. Оказание своевременной психологической/психотерапевтической помощи, помимо фармакотерапии симптомов, является одним из основных факторов обеспечения психологической и эмоциональной стабильности, профилактики и своевременного контроля депрессий, что способствует обеспечению надлежащего качества жизни как пожилых ПП, так и пациентов с ХрБС. Были выявлены определенные проблемы

оказания ПХП онкологическим пациентам с ХрБС в амбулаторных условиях. В частности, отсутствует координация/взаимодействие между семейными врачами и службами ПХП, психологами/психотерапевтами, что делает невозможным оказание качественной ПХП. Доступная и качественная ПХП в амбулаторных условиях невозможна без участия семейного врача, который должен обеспечить оценку наличия, характера и силы ХрБС и других нарушений функций органов и систем организма, психоэмоционального состояния и психических расстройств, при необходимости организовать внедрение мультидисциплинарного и межведомственного подхода с привлечением выездной службы ПХП, социальных работников, психолога/психотерапевта. Безусловно, это требует соответствующей нормативной правовой базы, специальной профессиональной подготовки медицинских и социальных работников, создания и развития амбулаторной службы ПХП.

Ключевые слова: психологическая/психотерапевтическая составляющая паллиативной и хосписной помощи, оптимизация психологической и психотерапевтической помощи паллиативным пациентам, качество жизни паллиативных пациентов.

Abstract

The article presents the results of the study of the ways to optimize the psychological/psychotherapeutic component of integrated palliative and hospice care (PHC) to ensure the proper quality of life for palliative patients (PP). This is especially true for elderly PPs, as well as for patients with chronic pain syndrome (CPS), since psychological disorders significantly worsen the development of polymorbidity and reduce the quality of life of PPs and their families. In the paper, there are analyzed the results of the sociological survey of 456 patients aged 60 years and older, who had a heart attack, stroke, persistent angina pectoris, Parkinson's disease, or cancer, and the questionnaire survey of 140 cancer patients aged from 30 to 60 years and older with pain syndrome. The following research methods were used: bibliosemantic, content analysis, medical and statistical, sociological (questionnaire survey), system approach and system analysis. Research results indicate that depression in geriatric PPs is characterized by anhedonia and hypothyria with a negative, pessimistic assessment of oneself, one's life situation and the future. Constant negative emotions on the background of symptoms of age-dependent pathological changes in organs and body systems contribute to depression. Providing timely psychological/psychotherapeutic assistance, in addition to pharmacotherapy of symptoms, is one of the main factors in ensuring psychological and emotional stability, prevention and timely control of depression, which contributes to ensuring an appropriate quality of life for both elderly PPs and patients with CPS. Certain problems were identified in the provision of PHC to oncological patients with CPS in outpatient conditions. In particular, there is a lack of coordination/interaction between family doctors and PHC services, psychologists/psychotherapists, which makes it impossible to provide high-quality PHC. Affordable and high-quality PHC in outpatient conditions is impossible without the participation of a family doctor, who should assess the presence, nature and strength of CPS and other disorders of the functions of organs and body systems, psychoemotional state and mental disorders, if necessary, organize the introduction of a multidisciplinary and interdepartmental approach with the involvement of the field service of PHC, social workers, psychologist/psychotherapist. Of course, this requires an appropriate regulatory legal framework, special professional training of medical and social staff, creation and development of the outpatient PHC service.

Keywords: psychological/psychotherapeutic component of palliative and hospice care, optimization of psychological and psychotherapeutic care for palliative patients, quality of life of palliative patients.

■ ВВЕДЕНИЕ

Ежегодно в мире более 25,5 млн человек умирают от тяжелых заболеваний, еще около 35 млн живут с incurable болезнями. К сожалению, значительная часть таких пациентов страдают от хронического болевого синдрома, тяжелых расстройств функций органов и систем организма, депрессий и других психических нарушений и заболеваний и т. п., что вызывает значительное снижение качества их жизни и качества жизни членов их семей и требует оказания комплексной паллиативной помощи [1, 2].

Кроме того, в мире происходит быстрое старение населения, что приводит к увеличению распространенности тяжелых осложнений ассоциированных с возрастом заболеваний и, соответственно, увеличению потребности в паллиативной помощи в глобальном масштабе [1]. По прогнозам исследователей [3], к 2040 г. потребность в паллиативной и хосписной помощи (ПХП) в мире может увеличиться на 25–47%.

Ежегодно в мире примерно от 26,8 млн до 40 млн людей нуждаются в ПХП [4–6], в частности, взрослые с тяжелыми заболеваниями, которые угрожают жизни пациентов или ограничивают ее, из них 38,5% составляют хронические болезни системы кровообращения, 34,0% – онкологические и 10,3% – хронические заболевания органов дыхания, 5,7% – ВИЧ-инфекция/СПИД, 4,6% – сахарный диабет и др. В ПХП также нуждаются пациенты при тяжелом течении и в терминальных стадиях многих других заболеваний, в т. ч. при хронической сердечной, почечной и печеночной недостаточности, рассеянном склерозе, ревматоидном артрите, химиорезистентных формах туберкулеза, посттравматических состояниях, некоторых неврологических и психических заболеваниях, в частности при деменции у пациентов пожилого возраста и болезни Альцгеймера и др. [2, 4–7].

В отличие от традиционной медицины, в частности этиопатогенетического лечения, ориентированного на выздоровление пациента или достижение устойчивой ремиссии, цель инновационного вида медицинской помощи – ПХП – в первую очередь улучшить качество жизни паллиативных пациентов и членов их семей или законных представителей. Право на паллиативную помощь и равный доступ к службам ПХП должно быть гарантировано населению во всех странах, и это не должно предполагать значительных финансовых затрат [1, 2, 8–11].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение и обоснование путей оптимизации психологической и психотерапевтической помощи паллиативным пациентам в амбулаторных условиях.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В статье использованы данные научно-исследовательских работ кафедры паллиативной и хосписной медицины Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика и ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины»; данные медицинской статистики; национальные и зарубежные литературные источники и нормативные правовые акты; результаты социологического опроса

456 пациентов в возрасте 60 лет и старше, перенесших инфаркт, инсульт, имеющих стойкую стенокардию, болезнь Паркинсона или онкологическое заболевание, которые наблюдались в амбулаториях семейной медицины г. Киева и в поликлиническом отделении ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины», а также анкетирования 140 онкологических пациентов, из которых 26 (18,4%) – мужчины и 114 (81,6%) – женщины, в возрасте 30–39 лет – 16,4%, 40–49 лет – 32,9%, 50–59 лет – 27,1%, 60 лет и старше – 23,6%.

Были использованы следующие методы исследования: библиосемантический, контент-анализ, медико-статистический, социологический (анкетного опроса), системного подхода и системного анализа.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

О глобальной актуальности проблемы ПХП населению свидетельствуют Рекомендации Комитета Министров государств – членов Совета Европы (Res 24) «Об организации паллиативной помощи» (2003), специальная Резолюция Парламентской ассамблеи Совета Европы № 1649 «Паллиативная помощь: модель для инновационной медицинской и социальной политики» (2008), документы ООН (2011, 2017), ВОЗ (2004, 2018, 2019) и других авторитетных международных организаций [12–20]. Как показывает контент-анализ вышеупомянутых документов, показания к ПХП не ограничиваются онкологическими заболеваниями, а включают пациентов всех возрастных групп на основании оценки тяжести течения и прогрессирования заболеваний, которые угрожают жизни пациента или ограничивают ее, прогноза продолжительности жизни ПП, конкретных потребностей пациента и членов его семьи.

В соответствии со стандартами и рекомендациями ВОЗ, Совета Европы и других авторитетных международных организаций создание и развитие служб ПХП является важным условием формирования социально ориентированной государственной политики [1, 2, 4, 8, 9, 12]. Поистине историческое значение имеет первая в истории человечества Глобальная Резолюция «Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения в течение всего жизненного цикла», которая была принята 24.05.2014 на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA 67.19) и которая значительно расширила показания к ПХП [1], что нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения Украины от 04.06.2020 № 1308 «О совершенствовании организации оказания паллиативной помощи в Украине» [7]. Подчеркивая глобальное значение ПХП, ВОЗ определила, что надлежащая организация оказания ПХП населению должна рассматриваться как приоритет национальной политики стран в сфере здравоохранения [1].

Результаты аналитического исследования зарубежной и отечественной научной литературы по вопросам организации эффективных систем и служб ПХП населению, создания и развития системы доступной, качественной и эффективной ПХП в Украине свидетельствуют о том, что главная цель ПХП – улучшить качество жизни путем облегчения физических страданий ПП, устранения или существенного уменьшения боли и других тяжелых симптомов болезни, поддержки и контроля

психоэмоционального состояния, духовного/религиозного сопровождения, а также обеспечения социальных потребностей и улучшения условий жизни паллиативных пациентов и членов их семей. Право на ПХП относится к основным правам человека в современном мире. Равный доступ к службам ПХП должен быть гарантирован населению во всех странах в соответствии с потребностями и независимо от культурных, религиозных и этнических особенностей пациентов. Кроме того, ПХП должна быть экономически доступной, особенно для ПП из малообеспеченных и незащищенных слоев населения [1, 2, 8–10, 14, 20–27].

Помимо лечения физических симптомов, большое значение при оказании комплексной ПХП имеет психологическая/психотерапевтическая помощь, уменьшение или устранение психоэмоциональных проблем паллиативных пациентов, в т. ч. пожилого возраста, среди которых преобладают: ХрБС, недоступность лекарственных средств, дефицит общения и участия семьи в жизни ПП, конфликты в семье из-за заболеваний, чувство страха и тревоги, депрессии и т. д. Особенно актуально это в паллиативной гериатрии, где преобладают длительные медико-психологические и социальные проблемы, которые существенно ухудшают развитие полиморбидности и снижают качество жизни ПП и их семей [28–30].

В результате старения населения увеличивается количество людей с хронической полиморбидностью и сниженной способностью к самообслуживанию, нуждающихся в медико-социальном уходе и психологической поддержке, растет нагрузка на медицинские и социальные службы. Проведенный нами анализ медико-демографических данных позволил определить расчетную потребность населения Украины в ПХП, которая в 2017 г. составила 457,1 тыс. человек, или 1078,4 на 100 тыс. населения, а также показал существенную разницу в возрастных аспектах: так, 78,9% ПП были лица старше 60 лет, с максимальной потребностью в ПХП в возрасте 80 лет и старше (34,5%) [27].

Признаки депрессии имеют около 40% пожилых людей, которые обращаются за медицинской помощью. Депрессии часто сочетаются с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легких, печени и других органов и систем организма, ухудшая прогноз лечения и реабилитации пациентов [30–32]. Депрессия в пожилом возрасте характеризуется сочетанием тревоги и тоски. Тревога носит часто беспредметный характер, бывает насыщена неопределенными плохими/тягостными предчувствиями, усиливается вечером и ночью. В таких случаях высок риск суицида, связанного с идеями самообвинения, чувством безысходности и одиночества, невозможностью приспособиться к условиям жизни [31]. По данным исследования H.J. Moller [32], более 60% депрессивных пациентов имеют мысли о суициде и 15% из них его совершают.

По исследованиям ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины», потребность населения в долговременной помощи (пациентам после инфаркта, инсульта, с болезнью Паркинсона, болезнью Альцгеймера и т. п.) резко возрастает с увеличением возраста: от 5% среди 60-летних до 24% у 80-летних и старше. Уже сейчас в Украине около 700 тыс. пожилых людей и инвалидов нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи в полном объеме. У большинства таких пациентов наблюдаются длительные (более 2 недель) депрессивные

состояния/настроения и ангедония, что может указывать на развитие стойкой депрессии.

При проведении социологического опроса 456 амбулаторных гериатрических пациентов 57,9% отмечали частую, порой беспричинную, раздражительность; 28,5% – изменения аппетита и вкусовых приоритетов; 53,7% – изменения режима сна; 66,0% – осязаемое снижение запаса энергии, практически постоянную усталость; 48,2% – затруднительное состояние, когда нужно подумать, сосредоточиться и принять решение; 71,1% – чувство собственной не востребованности, беспомощности и отсутствие надежды на лучшее; 22,4% – периодически появляющиеся суицидальные мысли или желание приблизить смерть (рис. 1).

Если проанализировать все возможные этиологические факторы развития депрессии у лиц старшего возраста, то они в основном связаны с хроническим стрессом, кризисными жизненными эпизодами и возрастзависимыми структурными изменениями головного мозга. Так, хронический стресс у пожилых людей вызывается в основном пролонгированным ухудшением состояния здоровья и снижением способности передвигаться, социально-бытовой и финансовой зависимостью от других лиц, ухудшением слуха и зрения, проблемами в когнитивной сфере, переживаниями за проблемы детей и близких родственников, семейными конфликтами, снижением ролевых функций в семье и обществе с переходом на пенсию, необходимостью ухода за больным членом семьи. К кризисным жизненным эпизодам могут быть отнесены также тяжелое заболевание или смерть одного из супругов, разлука с уехавшими детьми и внуками, внезапная потеря места жительства в зоне военных действий на Востоке Украины, пенсионные выплаты ниже прожиточного минимума, развенчание идеалов и приоритетов прошлой жизни и т. п.

Рис. 1. Проявления психоэмоциональных нарушений у амбулаторных гериатрических пациентов (по результатам социологического опроса)

Fig. 1. Manifestations of psychoemotional disorders in outpatient geriatric patients (according to the results of sociological survey)

Среди основных причин, вызывающих депрессивные настроения и ангедонию у гериатрических пациентов, были: длительное (более 2 месяцев) течение заболевания без улучшения (70,3%), одинокое проживание (34,2%), злокачественное новообразование с наличием метастазов (18,6%), выраженный болевой синдром различного генеза (23,0%), прием более 6 лекарственных средств (44,2%) и другие, часто сочетанные, причины. Наибольшая распространенность депрессивных состояний была отмечена у онкологических пациентов при болевом синдроме (69,6%) или проведении химиотерапии (50,0%) (рис. 2).

Физическая и душевная боль, например горе, социальная изоляция, имеют единые зоны проекции в головном мозге: кору островка и вторичную соматосенсорную область [33]. ХрБС может приводить к нарушениям психологического благополучия, сексуального здоровья, снижению качества жизни и социальной дезадаптации. Постоянная незатихающая боль, в отличие от острой, способствует формированию у пациентов психоэмоциональных нарушений, которые, в свою очередь, способствуют процессу хронизации болевого синдрома.

В рамках исследования нами было опрошено 140 пациентов онкологического профиля. 66,4% респондентов ответили, что онкологическое заболевание сопровождалось постоянной хронической болью, а 33,6% анкетированных отметили кратковременный эпизод острой боли. 40,1% опрошенных отметили подавленное эмоциональное состояние в связи с хронической болью, но у них было желание бороться с болезнью и продолжать лечение; 28,2% респондентов заявили о том, что у них было подавленное эмоциональное состояние, а 31,7% респондентов ответили, что у них были суицидальные мысли и намерение отказаться от лечения (рис. 3).

Рис. 2. Причины, которые вызывают депрессивные настроения и ангедонию у гериатрических пациентов (по результатам социологического опроса)

Fig. 2. Causes of depressive mood and anhedonia in geriatric patients (according to the results of sociological survey)

Рис. 3. Влияние хронического болевого синдрома на эмоциональное состояние пациентов онкологического профиля (по результатам анкетирования)

Fig. 3. The influence of chronic pain syndrome on the emotional state of cancer patients (based on the results of the questionnaire)

Проведенное нами анкетирование выявило определенные проблемы оказания медицинской помощи пациентам с ХрБС в амбулаторных условиях. Так, 62,4% пациентов ответили, что так и не смогли получить адекватную схему обезболивания, 23,4% получили обезболивание от врача паллиативной помощи и всего 14,2% – от семейного врача.

Также 82,9% респондентов ответили, что они не получили психологической/психотерапевтической помощи, 13,6% пациентов пробовали найти психолога/психотерапевта самостоятельно, 2,9% получили такую помощь в паллиативной службе, и всего 0,7% ответили, что им была предложена помощь психолога и психотерапевта по направлению семейного врача (рис. 4).

Учитывая, что ранние проявления депрессий и других психологических нарушений должны выявляться и купироваться на уровне

Рис. 4. Возможность паллиативных пациентов онкологического профиля с ХрБС получить психологическую/психотерапевтическую помощь в амбулаторных условиях (по результатам анкетирования)

Fig. 4. Possibility for palliative oncological patients with CPS to receive psychological/psychotherapeutic assistance in outpatient conditions (based on the results of the questionnaire)

первичной медицинской помощи, на это следует обратить внимание медикам первичного звена, и им важно помнить, что в подавляющем большинстве случаев депрессивные состояния можно и нужно снижать, а очень часто и устранять, применяя разнообразные методы и подходы. В первую очередь врач общей практики – семейный врач должен оценить психологический климат в семье, провести анализ качества коммуникации между всеми членами семьи, фокусируя внимание на построении открытых, доверительных отношений, организовать своевременное психологическое консультирование с привлечением членов семьи, с разработкой новых путей и стратегий преодоления психологических расстройств. Семейный врач вместе с клиническим психологом/психотерапевтом могут использовать большой арсенал средств коррекции психического состояния ПП, в частности: проведение ранней комплементарной терапии с использованием методик релаксации, медитации, самовнушения, управляемого воображения, отвлекающих раздражителей, массажа, ароматерапии и физических упражнений, а также фармакотерапии с применением трициклических антидепрессантов, антидепрессантов класса SSRI, психостимуляторов и других психокорректирующих средств [34, 35]. Хотя часто эффективность психотерапии бывает выше при нахождении пациентов в больнице или санатории, чем в домашних условиях. В этих условиях легче формируются ненавязчивые доброжелательные контакты и, соответственно, пациент не чувствует себя одиноким или обузой для близких, отдыхает от домашних проблем. Одновременно члены семьи пациента имеют возможность отдохнуть и обрести психологическое равновесие. Постепенно у пациентов восстанавливается желание жить, помогать по возможности детям, а также более спокойное отношение к возможности повторения депрессивных состояний и собственному состоянию здоровья.

Эти вопросы мы обсуждаем с врачами общей практики – семейными врачами на циклах тематического усовершенствования, которые проводятся на кафедре паллиативной и хосписной медицины НУЗ Украины имени П.Л. Шупика, что является важным условием повышения качества ПХП в амбулаторных условиях. Мы считаем, что оказание ПХП в условиях первичной медицинской помощи должно быть приоритетным направлением развития системы ПХП в Украине, что обеспечит ее доступность и экономическую эффективность при ограниченных финансовых, технических и кадровых ресурсах. В связи с этим необходимо разработать и внедрить систему мотивации медицинских работников учреждений здравоохранения первичной медицинской помощи, в первую очередь семейных врачей, для оказания паллиативной помощи на дому. Считаем, что необходимо разработать и утвердить механизмы мотивации семейных врачей к оказанию паллиативной помощи на дому (повышенный коэффициент за обслуживание каждого паллиативного пациента), создать выездные бригады ПХП, которые будут помогать семейным врачам оказывать ПХП в амбулаторных условиях.

Создание и развитие доступной и эффективной системы ПХП требует участия и координации медицинских работников многих специальностей, в частности врачей общей практики – семейных врачей, участковых терапевтов, участковых педиатров и других специалистов учреждений здравоохранения первичной медицинской помощи,

клинических психологов/психотерапевтов, а также врачей-специалистов учреждений здравоохранения вторичного и третичного уровней. Это требует соответствующей профессиональной до- и последипломной подготовки специалистов, а также утверждения медицинской специализации «паллиативная медицина» для врачей и младших медицинских специалистов. Необходимо ввести в список профессий младших медицинских работников профессию «сиделка», шире привлекать к оказанию социальной услуги паллиативного ухода специалистов учреждений социальной защиты населения. Наличие кафедры паллиативной и хосписной медицины НУЗУ имени П.Л. Шупика будет способствовать разработке и внедрению системы подготовки и непрерывного профессионального развития кадров.

И, конечно, это требует разработки и усовершенствования соответствующей нормативной правовой базы для организации мультидисциплинарного и межведомственного сотрудничества и координации, адекватного финансирования для создания и развития амбулаторной службы ПХП.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, психологическая поддержка и психотерапевтическая помощь являются обязательными составляющими ПХП, которая играет важную роль в обеспечении надлежащего качества жизни паллиативных пациентов и членов их семей.

Результаты исследований свидетельствуют, что депрессия у герiatricеских паллиативных пациентов характеризуется ангедонией и гипотимией с негативной, пессимистической оценкой самого себя, своей жизненной ситуации и будущего. Постоянные негативные эмоции на фоне симптомов возрастзависимых патологических изменений органов и систем организма, осознание беспомощности и зависимости способствуют проявлению депрессии. Правильное понимание сути взаимозависимых процессов, вовремя проведенная оценка состояния и комплексное лечение могут обеспечить психологическую стабильность и надлежащее качество жизни паллиативных пациентов и членов их семей.

Оказание своевременной психологической/психотерапевтической поддержки, помимо фармакотерапии симптомов, является одним из основных факторов контроля хронического болевого синдрома у паллиативных пациентов. 31,7% респондентов были готовы отказаться от лечения (пассивный суицид) или совершить активный суицид ввиду неадекватного лечения хронической боли и отсутствия работы с психологом.

Проведенное нами анкетирование выявило определенные проблемы оказания медицинской помощи онкологическим пациентам с хроническим болевым синдромом в амбулаторных условиях. В частности, отсутствует координация/взаимодействие между семейными врачами и службами паллиативной помощи, психологами/психотерапевтами, что делает невозможным оказание качественной ПХП на дому. Это ухудшает качество и снижает продолжительность жизни пациентов и обуславливает ухудшение эмоционального фона как паллиативных пациентов, так и членов их семей.

Доступная и качественная ПХП в амбулаторных условиях невозможна без участия врача общей практики – семейного врача, который должен обеспечить оценку наличия, характера и силы хронического болевого синдрома и других нарушений функций органов и систем организма, психоэмоционального состояния и психических расстройств, при необходимости организовать внедрение мультидисциплинарного и межведомственного подхода с привлечением психолога/психотерапевта, выездной службы ПХП, социальных работников. Безусловно, это требует разработки и усовершенствования соответствующей нормативной правовой базы для организации мультидисциплинарного и межведомственного сотрудничества и координации, специальной профессиональной подготовки медицинских и социальных работников, адекватного финансирования для создания и развития амбулаторной службы ПХП.

Вклад авторов: исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

Authors' contribution: the study was not sponsored. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript to print. All authors took part in the development of the concept of the article and writing the manuscript. The final version of the manuscript was approved by all authors.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. WHO (2014) *Strengthening palliative care as a component of comprehensive care throughout the life cycle. Resolution of the 67th World Health Assembly № A67/31 from 4 April 2014*, p. 11. Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf.
2. WHO (2018) *Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers*. Geneva, Switzerland, 88 p.
3. Etkind S.N., Bone A.E., Gomes B. (2017) How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Med.*, vol. 15, no 1, p. 102. Available at: <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0860-2>.
4. WHPCA and WHO (2014) *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Edited by Connor S.R., Bermedo M.C.S., 111 p.
5. Arias-Casais N., Garralda E., Rhee J.Y. (2019) *EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019*. Vilvoorde: EAPC Press, 189 p.
6. Centeno C., Sitte T., De Lima L. (2019) *White Book for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from the PAL-LIFE expert advisory group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City*. Libreria Editrice Vaticana, 103 p.
7. (2020) *Decree of the Ministry of Health of Ukraine from 04.06.2020 № 1308 "About improving of organization of palliative care services in Ukraine"*. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#Text>.
8. EAPC (2013) *Palliative Care in Long-Term Care Settings for Older People*. EAPC Taskforce 2010–2012, 73 p. Available at: http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Long%20term%20care%20settings/FinalReportLongTermCareSettings_2013.pdf.
9. Lohman D., Amon J.J. (2015) Evaluating a human rights-based advocacy approach to expanding access to pain medicines and palliative care: global advocacy and case studies from India, Kenya, and Ukraine. *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, no 2, pp. 149–165. Available at: <http://files.eapcnet.eu/library/Evaluating-a-Human-Rights-Based-Advocacy-Approach.pdf>.
10. Gomez-Baptiste X., Connor S. (2017) *Building Integrated Palliative Care Programs and Services*. Barcelona: Liberdúplex, 384 p.
11. Hughes J., Jolley D., Jordan A. (2007) Palliative care in dementia: issues and evidence. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, pp. 251–260.
12. Council of Europe (2004) *Recommendations of the Council of Europe's Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care*, p. 89.

13. United Nations (2009) *Human Rights Council. Report by Manfred Nowak, Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, A/HRC/10/44, 14 January 2009*. Available at: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>.
14. Council of Europe (2014) *European Declaration on Palliative Care*. Launched in Brussels, October 2014. Available at: <http://palliativecare2020.eu/declaration/>.
15. PACE (2009) *Palliative care: a model for innovative health and social policies: The Resolution No. 1649 adopted on 28 January 2009 (6th Sitting) by the Parliamentary Assembly of the Council of Europe*. Available at: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17707&lang=en>.
16. United Nations (2011) *UN Human Rights Council, Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older Persons by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, UN Doc.
17. United Nations (2017) *World Mortality 2017 – Data Booklet*, 24 p. Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/pdf/mortality/World-Mortality-2017-Data-Booklet.pdf>.
18. WHO (2004) *What are palliative care needs of older people and how might they be met?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 16 p. Available at: <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.
19. WHO (2019) *Palliative care for noncommunicable diseases. A global snapshot*. Available at: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/PC-infographic-rev-2018-final-for-web.pdf?ua=1>.
20. Wodarg W. (2008) *Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008*. Available at: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link/Documents/WorkingDocs08/EDOC11758.htm>.
21. Connor S.R., Downing J., Marston J. (2017) Estimating the Global Need for Palliative Care for Children: A Cross-sectional Analysis. *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 53, no 2, pp. 171–177. doi: 10.1016.
22. EAPC (2014) Specialization in Palliative Medicine for Physicians in Europe – presenting a new EAPC publication. *Europ. J. of Palliative Care*, vol. 21, no 6. Available at: [http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21\(6\)_Centeno.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Clinical/Publications/EJPC21(6)_Centeno.pdf).
23. WHO (2004) *What are palliative care needs of older people and how might they be met?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 16 p. Available at: <http://www.euro.who.int/document/E83747.pdf>.
24. Voronenko Yu.V., Gubsky Yu.I., Tsarenko A.V. (2014) Establishment of the palliative and hospice care system in the minds of the health care reform in Ukraine: medical and social aspects. *Science and Practice. Interdisciplinary medical journal*, vol. 2, no 1, pp. 63–75.
25. Mykhalchuk V.M., Goida N.G., Tsarenko A.V. (2020) Professional postgraduate training of family doctors – an important part and condition of the optimal palliative and hospice care system implementation in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, vol. 73, no 5, pp. 525–530.
26. Shekera O.G., Tsarenko A.V. (2019) Medical and social grounds for the functional and organizational model of palliative and hospice care system at the primary health care level in Ukraine. *Sănătate Publică, Economie și management în Medicină. Chișinău*, vol. 82, no 4, pp. 239–245.
27. Tsarenko A.V. (2020) *Medico-social substantiation of the Palliative and Hospice Care System in Ukraine* (PhD Thesis), Kyiv: Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, 43 p.
28. Kuzhel I.R. (2011) *Medical and psychological assistance to persons caring for incurable cancer patients in palliative medicine* (PhD Thesis), Kharkiv, 24 p.
29. Pinchuk I.Y., Mishakivska O.M., Koloduzhnyi O.V. (2017) A new model of providing outpatient assistance to patients with dementia (Methodical recommendations). *Rehabilitation and palatial medicine*, vol. 5–6, no 1–2, pp. 44–52.
30. American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV TR*. Washington: APA.
31. Lépine J.P. (2000) Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, vol. 62, no 13, pp. 4–10.
32. Moller H.J. (2003) Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, vol. 418, pp. 73–80.
33. Takahashi H., Kato M., Matsuura M. (2009) When Your Gain Is My Pain and Your Pain Is My Gain: Neural Correlates of Envy and Schadenfreude. *Science*, vol. 323, no 5916, pp. 937–939.
34. (2020) *New clinical protocols: Psychiatry (Finnish version)*. Kyiv: Prof. edition. Ukraine, p. 265.
35. (2007) *Order of the Ministry of Health of Ukraine dated 05.05.2007 № 59 "On approval of clinical protocols for medical care in the specialty "Psychiatry"*.

Подана/Submitted: 05.08.2021

Принята/Accepted: 10.10.2021

Контакты/Contacts: profmvdvua@gmail.com