

Received: 23-12-2019  
 Accepted: 12-02-2020  
 UDC 614.253.52:616-083



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

## The role of the nurse in the palliative care system

Ayupova Aliya <sup>1</sup>, Rudenko Lyubov <sup>2</sup>, Utenova Aliya <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Senior nurse of the Department of "Kamkor", National Children's Rehabilitation Center of the Corporate Fund «University medical center», Nur-Sultan, Kazakhstan

<sup>2</sup> Deputy Director of Nursing, National Children's Rehabilitation Center of the Corporate Fund «University medical center», Nur-Sultan, Kazakhstan

<sup>3</sup> Senior nurse of the Department of "Balbulak", National Children's Rehabilitation Center of the Corporate Fund «University medical center», Nur-Sultan, Kazakhstan

### Abstract

Based on the analysis of literature data, legislative acts on the organization of palliative care, the authors concluded that the organization of palliative care for patients does not fully satisfy the needs of all those in need. A palliative care nurse is one of the key figures of the multidisciplinary team, which should not only have a full-fledged specialized education, but also have the skills of psychotherapeutic communication.

Key words: nurse, palliative care, multidisciplinary team.

### Ауланың паллиативті көмек жүйесіндегі медбикенің рөлі

Аюпова А.С. <sup>1</sup>, Руденко Л.Н. <sup>2</sup>, Утенова А.Р. <sup>3</sup>

<sup>1</sup> «Қамқор» бөлімінің аға мейіргері, «University Medical Center» Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан

<sup>2</sup> Директордың мейіргер ісі жөніндегі орынбасары, «University Medical Center» Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан

<sup>3</sup> «Балбұлақ» бөлімінің аға мейіргері, «University Medical Center» Корпоративтік қорының Балаларды оңалтудың ұлттық орталығы, Нұр-сұлтан, Қазақстан

### Түйіндеме

Авторлар қолжетімді әдебиет көздерін және паллиативті көмекті ұйымдастыру туралы заңнамалық актілерді талдау нәтижесінде, Қазақстан Республикасында науқастарға паллиативті көмекті ұйымдастыру барлық мұқтаждардың қажеттіліктерін толық қанағаттандыра алмайды деген қорытындыға келді. Паллиативтік көмек көрсететін мейіркелер көп салалы топтардағы маңызды мүшенің бірі, олар толыққанды мамандандырылған білім алып қана қоймай, сонымен бірге психотерапиялық қарым-қатынас дағдыларына ие болуы керек.

Түйін сөздер: мейіргер, паллиативтік көмегі, мультидисциплинарлық топ.

## Роль среднего медицинского работника в системе оказания паллиативной помощи

Аюпова А.С.<sup>1</sup>, Руденко Л.Н.<sup>2</sup>, Утенова А.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Старшая медицинская сестра отделения «Камкор», Национальный центр детской реабилитации Корпоративного фонда «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

<sup>2</sup> Заместитель директора по сестринскому делу, Национальный центр детской реабилитации Корпоративного фонда «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

<sup>3</sup> Старшая медицинская сестра отделения «Балбулак», Национальный центр детской реабилитации Корпоративного фонда «University Medical Center», Нур-Султан, Казахстан

### Резюме

На основании анализа данных литературы, законодательных актов об организации паллиативной помощи авторы сделали заключение, что организация паллиативной помощи больным в РК далека от полного удовлетворения потребности всех нуждающихся. Медицинская сестра паллиативной помощи является одной из ключевых фигур мультидисциплинарной бригады, которая должна иметь не только полноценное профильное образование, но и владеть навыками психотерапевтического общения.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, паллиативная помощь, мульти дисциплинарная команда.

*Corresponding author: Ayupova Aliya, Senior nurse of the Department of "Kamkor", National Children's Rehabilitation Center of the Corporate Fund «University medical center», Nur-Sultan, Kazakhstan.*

*Postal code: 010000*

*Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Turan ave, 36*

*Phone: +7 7016549314*

*E-mail: Tolegen\_g82@mail.ru*

### Введение

По определению Всемирной организации здравоохранения паллиативная помощь (ВОЗ) - это активная всесторонняя помощь больным, чьи болезни больше не поддаются лечению, первостепенной задачей которой является купирование боли и других патологических симптомов и решение социальных, психологических и духовных проблем больных [1,2,3].

В исследовании 2011 года, охватившем 234 страны, территории и района, был сделан вывод о том, что услуги паллиативной медицинской помощи были успешно интегрированы лишь в 20 странах, тогда как в 42% стран они отсутствуют, и еще в 32% стран носят лишь эпизодический характер [4].

Развитие паллиативной помощи (ПП) началось в 70-х годах прошлого столетия, но в нашей стране эта форма медико-социальной помощи населению все ещё развита недостаточно.

**Целью настоящего сообщения** является анализ данных литературы, нормативных документов Министерства здравоохранения

Республики Казахстан (МЗ РК) по оказанию ПП и ознакомления с состоянием оказания этого вида помощи в РК, определение роли среднего медицинского персонала в системе оказания ПП населению.

Предоставление ПП основано на принципе уважения к решениям больных и направлено на оказание практической поддержки членам их семей по преодолению горя в связи утратой близкого человека, как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти больного. «Паллиативный» - от латинского «pallium» (маска, плащ) - сглаживание – сокрытие проявлений неизлечимой болезни и (или) обеспечение «плаща-покрова» для защиты тех, кто остался «в холоде и без защиты» [1].

Целью и задачами ПП являются: обращение к вопросам физического, психологического, духовного и практического плана, связанным с ожиданием чего то страшного и ущемлением надежды [1]; подготовка людей к осознанию конца жизненного пути и процессу умирания; оказание помощи родственникам больного, которым необходимо справиться с горечью потери во время

болезни и после тяжелой утраты; оказывается лицам с любым диагнозом; в любом возрасте; при наличии у них неудовлетворенных потребностей в уходе; на любом этапе лечения заболевания может дополнить его.

Общепризнанно, что предоставление поддержки родственникам в период тяжелой утраты является одним из основных компонентов ПП помощи [5,6]. ПП должна быть предоставлена в любое время, когда появляется в ней необходимость, и пациент и его родственники готовы ее принять [7]. В Европе зарегистрировано (по данным ВОЗ) 881 млн. населения. Стандартизированный по возрасту рассчитанный показатель смертности населения составил 9300 случаев на млн. населения. Из этого числа примерно в 1700 случаях причиной смерти был рак и в 6500 случаях – неонкологические заболевания [8]. Группа австрийских исследователей после проведения расчетов с использованием различных подходов и методик пришла к заключению, что в ПП нуждаются от 50 до 89% всех умирающих больных [9]. ПП показана всем пациентам с момента постановки диагноза угрожающего жизни или изнуряющего заболевания [10].

ПП – подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки [11,12].

«Ценность жизни, естественность процесса смерти и осознание того, что и жизнь, и смерть предоставляют человеку возможности для личностного роста и самореализации» должны быть признаны [13].

ПП детям представляет собой особый, хотя и тесно связанный с помощью взрослым, раздел ПП [14]. Совет Европы отмечает, что развитие ПП детям является особенной и важной задачей [11,15]. ПП детям начинается в момент диагностирования заболевания и продолжается вне зависимости от того, получает ли ребенок специфическое лечение по поводу данного заболевания [16]. Объектами оказания помощи являются ребенок и его семья.

Ограничивающим продолжительность жизни у детей называют состояние, при котором обычно наступает преждевременная смерть; например, мышечная дистрофия Дюшена [16]. Угрожающими жизни называют заболевания, при которых велика вероятность преждевременной смерти в связи с тяжестью заболевания, но при которых существует также шанс выживания и ребенок может дожить до взрослого состояния. Например, дети, получающие противоопухолевое лечение, или поступившие в палату интенсивной

терапии после острой травмы. ПП детям характеризуется разнородным спектром состояний, среди которых большую долю, чем в ПП взрослым, составляют неонкологические заболевания. В общих чертах ПП детям и подросткам можно разделить на 4 категории, на основании Руководства по развитию служб ПП детям, подготовленного Ассоциацией детской ПП (АСТ) и Королевской коллегией педиатров и здоровья детей в Великобритании [17].

Группа 1: Угрожающие жизни заболевания, при которых радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов. Использование службы ПП может потребоваться параллельно с попытками радикального лечения и/или при его неудаче.

Группа 2: Состояния, такие как муковисцидоз, при которых преждевременная смерть неизбежна, но длительное интенсивное лечение может увеличить продолжительность жизни ребенка и позволит сохранить его активность.

Группа 3: Прогрессирующие инкурабельные состояния, обычно длящиеся многие годы, когда возможно проведение лишь паллиативной терапии, например, болезнь Баттена (нейронный восковидный липофусциноз/болезнь Тэя-Сакса) или мышечная дистрофия.

Группа 4: Необратимые/неизлечимые, но не прогрессирующие состояния, обуславливающие тяжелую инвалидизацию ребенка, предрасположенность к частым осложнениям, и возможность преждевременной смерти. Примерами могут служить тяжелый церебральный паралич; множественные тяжелые инвалидизирующие последствия кровоизлияний в головной или спинной мозг.

Необходимо функционирование специальных служб ПП детям (педиатрической ПП). Ребенку и членам его семьи должен быть предоставлен полный спектр клинических и образовательных ресурсов в формате, соответствующем возрасту, когнитивным способностям ребенка и способности к обучению [16].

Документ, в котором описаны стандарты педиатрической ПП в Европе, подготовлен Руководящим комитетом рабочей группы ЕАПП по развитию ПП детям и подросткам (ИМРАССТ), подтверждает, что службы ПП детям и их близким недостаточно доступны населению [16]. Например, было отмечено, что служб, оказывающих помощь больному ребенку и его семье на дому, недостаточно, а также существует недостаток служб, предоставляющих «помощь выходного дня». Если это возможно, помощь ребенку должна быть предоставлена на дому. Каждая семья должна иметь возможность пользоваться услугами полной мультидисциплинарной команды паллиативной помощи на дому [16]. В

учреждении, предоставляющем помощь детям, в каждую смену должна работать как минимум одна медицинская сестра, имеющая специализацию по педиатрии.

В Казахстане ПП начала оказываться в специализированных учреждениях лишь в 90-х годах. Первый в Казахстане хоспис был создан в 1999 году в городе Алматы. В 2007 году ГКП «Хоспис» было переименовано в «Городской центр паллиативной помощи Управления здравоохранения г. Алматы». Первоначальные 30 коек были увеличены в 2008 году до 70. Ежегодно в Алматинском городском центре помощь получают до 2 тыс. больных. Во всем Казахстане функционируют только 7 хосписов и несколько больниц сестринского ухода - это в Алматы (2), Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семипалатинске и Кустанае. Но они не удовлетворяют потребность.

Формально нормативно-правовая база утверждена еще в 2009 году, был составлен перечень нуждающихся в подобной помощи, выделены деньги на обучение социальных работников и в последующие годы приняты национальные стандарты ПП в МЗ РК.

В РК нормативно-правовая база службы ПП регламентирована следующими документами:

1. Кодекс РК от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст. 32; 34; 53);

2. Постановление Правительства РК от 26.11.2009 г. № 1938 «Об утверждении перечня категории населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу»;

3. Приказ МЗ РК от 02.11.2009 г. № 632 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»;

4. Приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»;

5. Постановление Правительства РК №366 от 29.03.2012г. утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012- 2016 г.;

6. Постановление Правительства РК №1222 от 20.10.2011г «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения»;

7. Указ Президента РК от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011- 2015гг»;

8. Приказ Министра здравоохранения РК от 14 ноября 2013 года № 657 «Об утверждении стандарта организации оказания паллиативной помощи населению Республики Казахстан», который устанавливает требования к организации оказания паллиативной помощи больным в организациях здравоохранения на амбулаторно-поликлиническом, стационарном уровнях;

9. Приказ Министра здравоохранения РК от 27 сентября 2017 года №730 «Об утверждении Дорожной карты по развитию паллиативной помощи в Республике Казахстан на 2017-2019 годы.

Бюджет на содержание паллиативного больного имеет несколько составляющих: средства медицинского и социального направления из государственного и местного бюджетов с учетом гарантированного объема ПП, средства благотворительных фондов, другие формы привлечения средств, не запрещенные действующим законодательством.

Для развития ПП ВОЗ считает главными три положения: заинтересованность государства в том, чтобы эта помощь развивалась; обеспечение образования, подготовка специалистов в области ПП и доступность опиоидных анальгетиков для купирования сильной хронической боли. Как указывает Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам, «государства обязаны уважать право на здоровье, воздерживаясь от принятия мер, закрывающих или ограничивающих равный доступ всем к профилактическим, лечебным и паллиативным услугам здравоохранения» [1, 20].

ПП может быть представлена по-разному. В зависимости от местных нужд и ресурсов, в каждой стране или регионе ПП развивается по своему сценарию. Все многообразие форм оказания ПП можно разделить на две основные группы: помощь на дому и в стационарах. ПП может быть оказана в: хосписе, центрах ПП, онкологических больницах (палаты ПП), многопрофильных больницах (палаты ПП), в больнице сестринского ухода, в доме престарелых, в госпитале для инвалидов, в других медицинских учреждениях, на дому (выездные бригады),

Команды ПП должны работать так, чтобы ПП была равно доступна пациентам всех возрастов и социальных групп, с любым диагнозом, во всех медицинских учреждениях (в том числе помощь на дому в сельской местности) и вне зависимости от национальности, этнической принадлежности, сексуальной ориентации и платежеспособности [21, 22].

Службы должны быть одинаково доступны для пациентов в соответствии с их потребностями. Получение помощи не должно определяться способностью пациента заплатить за услуги [23]. Получение ПП высокого качества не должно определяться возможностями пациента или его близких оплатить услуги [21]. Службы должны быть доступны всем пациентам при первой необходимости вне зависимости от того, когда и где потребность возникнет [23, 24]. Непрерывность оказания помощи на всем протяжении заболевания и в различных учреждениях здравоохранения – основное требование при оказании ПП [22]. ПП является интегральной частью всех учреждений системы здравоохранения (больниц; отделений неотложной помощи; домов сестринского ухода,



оказывающих помощь на дому; учреждений для лиц с ограниченными физическими возможностями; амбулаторной службы и нетрадиционных учреждений, таких как школы и места лишения свободы) [21, 24].

По результатам оценки экспертов ВОЗ, на дому может проводиться до 80% всего объема ПП. Учитывая, что большинство больных предпочли пребывание дома стационарному лечению, домашнее пребывание паллиативного больного можно считать приоритетным. Результаты исследований демонстрируют, что около 75% респондентов выражают желание провести последний этап своей жизни дома [25]. Вопрос выбора места оказания помощи и места смерти должен обсуждаться с пациентом и его родными, желание пациента должно быть принято во внимание, необходимые меры должны быть приняты для того, чтобы выполнить предпочтения пациента, если это возможно [26]. Предупреждение развития кризисов в состоянии больного и необоснованных переводов является важным результатом непрерывности ПП [22]. Для удовлетворения всех потребностей пациентов и использования всех возможностей лечения должна быть создана система, состоящая из различных форм учреждений, среди которых должны быть стационарные отделения, отделения помощи на дому и консультативные службы [27]. Публикации экспертов по вопросам качества ПП свидетельствуют о том, что центром региональной сети паллиативной помощи должно быть стационарное подразделение [23,24].

В Рекомендациях Совета Европы говорится о том, что качество помощи в отдельном регионе не должно определяться только качеством оказания помощи в отдельных учреждениях или службах. Оно определяется также координацией деятельности специализированных служб и подразделений первичной медицинской помощи [24]. Если службы организованы в рамках единой региональной сети, это позволит улучшить доступ к ПП и повысит ее качество, а также непрерывность оказания помощи [28-31]. Для того чтобы такая сеть функционировала надлежащим образом, должны быть выполнены два условия: эффективная координация работы и наличие широкого спектра учреждений и служб [21].

ПП на дому осуществляется врачами и медицинскими сестрами, которые дают советы по лечению и уходу, обеспечивают поддержку всей семье. В дневной стационар пациентов привозят и увозят волонтеры. Дневной стационар оказывает социальную поддержку и обеспечивает отдых семье. Там осуществляется сестринский уход и дополнительное обслуживание (водные процедуры, парикмахерские услуги, массаж). Слово «хоспис» латинского происхождения, означает «дом для приюта странников», которые существовали еще во времена средневековья, для оказания помощи заболевшим странникам,

шедшим на поклонение в Палестину к Гробу Господню.

ПП - экономически выгодна как для больных и их семей, так для медучреждений. Если посмотреть опыт развития ПП во всем мире, видно, что даже в самых отсталых и бедных странах можно создать одну или несколько моделей ПП. Организация паллиативной службы на базе стационара, поликлиники, а тем более выездных бригад, не требует больших финансовых затрат для государства.

ПП активно сотрудничает с другими формами ухода. ПП не заменяет другие формы ухода. Она может быть интегрирована в любую больничную программу и должна стать частью помощи, предоставленной каждому человеку с ограничивающим жизнь заболеванием. Так, услуги по химиотерапии и лучевой терапии хорошо обеспечивают лечение болезни, но не очень помогают больным с психосоциальными проблемами: беспокойством, изоляцией, скорбью. Уход на дому часто обеспечивает хорошую моральную поддержку, но слабое купирование боли. ПП может быть «присоединена» к этим лечением, тем самым предоставив человеку комплексный уход.

ПП всегда есть, что предложить больным, даже если их нельзя вылечить [1,3]. Краеугольным камнем ПП является отношение к больному, как к целостной личности, имеющей не только физическое тело со всеми его болезнями, но и душевные переживания, социальные нужды, духовные потребности. Все это не менее важно, чем сама болезнь. Если больной находится в депрессивном состоянии, его физическое состояние тоже может ухудшиться. Задача ПП - помочь больному приобрести душевное равновесие, своевременно облегчать физическую боль, научить родных навыкам ухода и общения с больным, развивать отношение к смерти как к естественному процессу, т.е. развивать способность человека жить комфортно в предлагаемых условиях. Вести максимально активную жизнь, строить реальные планы, решать свои социальные, юридические, духовные проблемы.

Имеются три ключевые проблемы, препятствующие развитию ПП в Казахстане. Это неразвитость рынка и фактическое отсутствие услуг ПП на дому, нерешенность вопроса выплат социальных пособий для родственников, ухаживающих за тяжелыми больными и дефицит мест в специальных учреждениях ПП – хосписах и стационарах.

Сегодня весомый вклад в развитие паллиативной помощи в Казахстане вносят неправительственные организации как ОФ «Аман саулық», ОО «Кредо», они ежегодно выполняют социальные гранты по поддержке и развитию ПП в РК.

Одной из первых общественных организаций, инициировавших практические проекты по развитию ПП в нашей стране, была ОО «Кредо». Ее директор - Надежда Козаченко – делится опытом их реализации. Она рассказала, что в Казахстане функционирует лишь 7 хосписов, число паллиативных коек ограничено и в основном они функционируют на базе онкологических диспансеров. Все остальные категории больных, нуждающиеся в ПП, остаются без должного внимания. С учетом данной ситуации и местного менталитета возникла идея оказания ПП на дому. Были сформированы мобильные бригады, состоящие из нескольких специалистов (врача, медицинской сестры, социального работника и психолога), которые выезжают на дом к онкологическим больным и больным СПИДом для оказания ПП. Сегодня можно развивать географию деятельности мобильных бригад, потому что возложить на плечи профессиональных медиков - медсестер и врачей - весь объем оказания ПП просто нереально [19].

С 2008 года Фонд Сорос–Казахстан (ФСК) поддерживает развитие ПП в Казахстане, финансируя проекты, нацеленные на повышение квалификации врачей и медсестер, работающих в области паллиативной медицины.

С 2013 года существует Казахстанская ассоциация паллиативной помощи (КАПП), действующая на всей территории Казахстана, ее основной целью, является консолидация усилий по: продвижению идеологии ПП на всех уровнях казахстанского общества; разработка национального плана действий по развитию паллиативной помощи; участие в совершенствовании законодательства; содействие внедрению стандартов и медицинских протоколов; создание базы данных для научно-исследовательской деятельности и информационно-методической ресурсной базы (веб-сайт, книги, буклеты, видеокурсы, фильмы); представление интересов Казахстана на международной арене.

Президентом КАПП избрана Кунирова Г., которая на республиканских конференциях (Караганда, Алматы) констатировала, что в Казахстане ПП развивается исключительно за счет энтузиазма немногих врачей и общественных деятелей. В сельских регионах республики ее практически нет. ПП следует оказывать по мере возникновения потребностей, до того как симптомы станут неконтролируемыми (то есть боль становится невыносимой). Она не должна быть исключительным приоритетом специализированных бригад или служб ПП, которые предоставляют ее лишь после отмены больному всех остальных видов лечения. Необходимо обеспечить возможность оказания ПП в любых условиях, в качестве неотъемлемой части общей системы медицинского обслуживания. По данным ООН, Казахстан относится к странам с

ускоренными темпами старения, и к 2050 году четверть населения будет относиться к лицам старшего возраста, а значит, будут увеличиваться показатели заболеваемости в пожилом возрасте, онкопатология. В стране всего 435 коек предусмотрено для предоставления ПП, тогда как нужно 1352. По существующему стандарту в стране для оказания этого вида помощи необходимо иметь 30 коек на 400 тыс. населения. Для покрытия существующего дефицита финансирования ПП дополнительно требуется 3,4 млрд тенге в год для оплаты собственно медицинских услуг и около 1 млрд тенге в год для постепенного сокращения дефицита койко-мест в стационарах и хосписах. На выплату социальных пособий для родственников, по оценкам экспертов, может понадобиться еще от 9 до 11 млрд. тенге из государственного бюджета. В Казахстане сегодня на онкологическом учете состоят более 140 тысяч больных, около 25 тысяч больных туберкулезом, около 2 тысяч – СПИДом, также не снижается количество людей с церебральным параличом, с тяжелыми формами инсульта и т.д. [19].

Сегодня только 30% населения старше 60 лет обслуживаются службой ПП, хотя доля лиц пожилого и старческого возраста, нуждающихся в ПП значительно выше. Если доля лиц с онкологической патологией, получивших ПП, составила чуть больше 60%, то лиц с гериатрической патологией лишь 9%, что свидетельствует о необходимости еще большего развития и совершенствования ПП в республике [32].

Потребность людей в паллиативной помощи с каждым годом. Важные вопросы в данной теме – доступность анальгетиков и облегчение боли пациентов. По сведениям многих международных организаций, от 60% до 90% пациентов страдают от сильной и умеренной боли на разных стадиях заболевания.

В сентябре 2018 года подписан приказ МЗ РК «О внесении изменений и дополнения в Правила использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РК». В частности, правила дополнены нормами выписывания рецептов и отпуска из аптек таблетированных наркотических анальгетиков, согласно рекомендациям ВОЗ о необходимости обеспечения тяжелобольных неинъекционными анальгезирующими лекарственными средствами. То есть, для обеспечения тяжелобольных бесплатными неинъекционными анальгезирующими медпрепаратами начато производство наркотического анальгетика морфин в виде таблеток, а ТОО «СК-Фармация» закуплены услуги по лекарственному обеспечению больных опиодными анальгетиками. Обеспечение больных таблетированными наркотическими препаратами станет возможным уже с октября месяца 2018 года.

В своем выступлении (18.06.2019г.) Министр здравоохранения Биртанов Е. отметил,

что в результате введения в 2020 году двух пакетов гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) планируется повышение тарифов на медицинские услуги до 15%, повышение заработной платы медицинских работников – до 30%. Расходы на оказание медицинской помощи на одного жителя в 2020 году увеличатся на 76% от уровня 2019 года. Таким образом, внедрение ОСМС приведет к постепенному снижению уровня карманных расходов населения на жизненно важные медицинские услуги. Сегодня для получения отдельных медицинских услуг законодательством определено восемь социально уязвимых категорий граждан, в том числе дети, беременные, многодетные матери, пенсионеры и т.д. С 2020 года при внедрении ОСМС законом определены 15 льготных категорий граждан. Эти лица будут застрахованы государством. В рамках внедрения ОСМС расширится финансирование ряда услуг, в том числе дорогостоящих диагностических услуг – по ним финансирование вырастет в 3 раза, стоматологических услуг – в 2,3 раза. Новая модель ГОБМП повышает уровень доступности и качества медицинской помощи для всего населения РК. До 2020 года будут отрабатываться механизмы планирования, закупок, контроля качества и оплаты медицинских услуг, а также совершенствование работы платежных информационных систем и внедрение новой тарифной политики. Предполагается, что эти меры обеспечат полную готовность фонда к работе в условиях ОСМС с 1 января 2020 года.

Для оказания паллиативной помощи, независимо от ее формы, необходима команда, в состав которой входят представители разных специальностей, как медицинских, так и немедицинских. Мультидисциплинарная команда состоит из: врача-специалиста паллиативной помощи, медсестры, социального работника, психотерапевта, священнослужителя, при необходимости - узких специалистов, волонтеров.

Командная работа считается основой ПП [33]. Существуют убедительные доказательства того, что командная работа в паллиативной помощи приносит пациенту больше пользы [24]. Систематизированный обзор литературы по вопросу эффективности работы команд специализированной паллиативной помощи в онкологии, проведенный Hearn и Higginson, показал, что командная работа в паллиативной помощи повышает удовлетворенность, гораздо в большей степени способствует выявлению и удовлетворению потребностей пациента и его родственников, чем обычные формы предоставления помощи [34]. В недавно проведенном обзоре приводится подтверждение того, что работа команд ПП эффективна больше всего в области купирования боли и других тягостных симптомов [35]. В состав

основной команды должны входить преданные делу врачи и медицинские сестры [27]. Врачи и медсестры должны иметь специальную подготовку [36] в учреждениях, аккредитованных национальными профессиональными советами. Команда должна иметь беспрепятственный доступ к другим специалистам, работающих в этой области, в том числе специалистам по оказанию поддержки в период тяжелой утраты, священников, диетологов, терапевтов, онкологов, фармацевтов, физиотерапевтов, психиатров, психологов, социальных работников и логопедов. Всем медицинским работникам должен помогать административный персонал. Члены команды должны иметь возможность проконсультироваться с более опытным специалистом в области паллиативной помощи [21].

В обязанности медицинской сестры входит: оценка состояния больного, выполнение плана лечения, постоянная оценка и адаптация плана лечения, общение с больным и (или) законным представителем/лицом, осуществляющим уход, наблюдение за младшим медицинским персоналом, волонтерами, обучение больного, лица, осуществляющего уход, оказание помощи больным и семье (до и после смерти), ведение первичной медицинской документации.

Медицинские сестры, оказывающие ПП, в течение месяца обучаются необходимым навыкам на рабочем месте, далее в течение трех месяцев проходят стажировку под наблюдением главной медицинской сестры хосписа или врача медицинской организации. Лица, оказывающие ПП, проходят дополнительную подготовку на соответствующих курсах. Начальная подготовка охватывает конкретные темы для повышения их знаний и навыков по вопросам оказания ПП.

Первостепенной задачей всех членов мобильной бригады ПП является проведение комплекса мероприятий, направленных на снижение физических и душевных страданий больного. Прежде всего, это купирование боли и других патологических симптомов, побочных явлений, оказание психосоциальной, духовной поддержки больным и их родным.

Часто неудовлетворенность и жалобы обусловлены общением не достаточным качеством оказываемых услуг, а неэффективным [24]. Было доказано, что эффективное общение улучшает качество оказываемой помощи [37].

Клинический психолог ОФ «Амазонка» Светлана Махмут отмечает психологические и коммуникативные аспекты ПП: «Приходя к тяжело больному, специалист-психолог паллиативной службы должен уметь найти подход к больному и его близким, поставить диагноз духовного состояния семьи и оказать необходимую психологическую поддержку. Факт неизбежности ухода человека из жизни



всегда тяжело воспринимается окружающими, - это огромная психологическая травма для всех. Поэтому нередко медицинские работники, ухаживающие за больными, переживают так называемое «профессиональное эмоциональное выгорание», когда пропадают важные качества, появляется равнодушие к работе». В таком деле, как ПП, по мнению психолога, важно понимать и чувствовать сердцем, что приносишь пользу людям: помогаешь справиться им с несчастьем, облегчаешь страдания. Тогда никакого эмоционального выгорания не произойдет.

С учетом психологических особенностей оказания ПП (синдром эмоционального выгорания) по усмотрению администрации устанавливается коэффициент доплаты персоналу за психоэмоциональную нагрузку.

Еще один важный момент в работе паллиативной команды – это взаимозаменяемость. Как правило, больных всегда много и успеть ко всем порой бывает очень сложно. К примеру, медсестра поставила капельницу и поспешила к следующему больному. Закончить процедуру может психолог, волонтер или другой специалист. Медсестра, в свою очередь, видит, в чем нуждается больной и его родные, каково их психологическое состояние и об этом сообщает коллегам. В этом и заключается мультидисциплинарный подход в ПП.

По расчетам рабочей группы Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК в Казахстане должно быть создано от 1250 до 4225 паллиативных коек против 349 существующих [38]. Сегодня в Казахстане численность людей в возрасте 65 лет и старше составляет более 7% населения. Согласно рекомендациям ВОЗ, 60 - 80% больных пожилого возраста, утративших способность к самообслуживанию, нуждаются в паллиативной помощи. Ежегодно регистрируется 30 тысяч больных раком, на учете состоит около 130 тысяч больных, из которых 75 % - это люди старше 60 лет, без оказания паллиативной помощи ежегодно умирает около 12 тыс. человек [39].

По данным Всемирного банка, в ближайшие 10 - 15 лет будет наблюдаться рост потребности в паллиативной помощи еще на 20%. Потребность в стационарных койках для паллиативных больных достигнет 100 коек на 1 миллион населения, и увеличится и потребность в предоставлении паллиативной помощи на дому [39].

Все больше людей сегодня живут дольше, доля лиц старше 60 лет в структуре населения увеличилась и будет увеличиваться в течение последующих 20 лет [25]. В связи с увеличением продолжительности жизни причиной смерти чаще будут тяжелые состояния, развивающиеся в результате прогрессирования хронических заболеваний, таких как сердечная недостаточность, сердечно-сосудистые и легочные заболевания, а также рак [21].

Развитие сети учреждений ПП в Казахстане, существенно отстает от потребности и их материально-техническая база не соответствует международным стандартам. Не создана система оказания ПП на дому, практически отсутствуют мобильные бригады ПП. Описанная выше ситуация во многом сложилась из-за нерешенности целого ряда важных проблем [40-42].

«Уникальная функция медицинской сестры заключается в оказании помощи индивиду, больному или здоровому, в выполнении таких мероприятий, содействующих сохранению и восстановлению здоровья или спокойной смерти, которые он мог бы обеспечить себе сам, если бы имел необходимые для этого силы, волю и знания» - Вирджиния Хендерсон 1955 г. [1].

Медицинская сестра паллиативного ухода должна владеть навыками работы с семьей больного: уметь проявлять заботу, эмоции, эмпатию; уметь говорить о вопросах жизни и смерти; владеть техникой активного слушания; тактичного и своевременного обсуждения с родственниками темы неминуемой смерти; знаниями и умениями для обсуждения тактики лечения и медицинских пособий.

Обязанности медицинской сестры в паллиативной помощи: баланс препаратов, прекращение приема, рекомендации на госпитализацию, постоянный контроль за симптомами заболевания, продление рецептов на препараты, внимательное наблюдение за состоянием родственников.

Главный врач Первого московского хосписа Невзорова Д.В. утверждает, что медсестра хосписа или паллиативного отделения обязана знать:

- лечение боли и устранение тягостных симптомов, а также моральная поддержка больного и его семьи;

- семья больного – это также сфера ответственности медсестры. С родственниками надо говорить, надо знать все об отношениях внутри семьи, надо увидеть признаки скорого ухода больного и успеть предупредить его близких. Задача максимум – сделать все, чтобы после смерти матери в хосписе человек чувствовал себя хорошим сыном, который успел все – попросить прощения, простить, получить напутствие и долюбить.

- нельзя навязывать разговоры о смерти, но надо быть готовым ответить на все вопросы родственников и больных об этом. Как оформить документы после смерти человека, к каким ритуальным агентам обратиться, как вести себя в морге – все этим вещи медсестра должна знать и в нужный момент рассказать семье ушедшего больного.

- проявлять инициативность и автономность в принятии решения. Врачи в паллиативных отделениях и хосписах должны давать медсестрам такую возможность. Именно медсестры видят больного чаще других и слышат



отзывы родственников. И именно с медсестрами родственники разговаривают особенно доверительно (Из материалов конференции «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» 12.10.2015) [42].

«Медсестра - это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить» - эти слова Вирджинии Хендерсон можно считать классической метафорой, выразившей миссию, призвание медицинской сестры [1].

Права медицинской сестры ПП: автономия и полномочия для выполнения сложных задач и принятие решений в клинической практике, специализация, уважение к профессии, возможность профессионального роста, повышение зарплаты.

Медсестра играет большую роль в оказании ПП. Врачи и медсестры получают разное образование и подготовку: они, в некотором смысле, с разных сторон смотрят на больного.

Врачи более сосредоточены на медицинских аспектах ухода, а медсестры, как правило, больше ориентированы на целостный подход к помощи и восприятие больного как личности, их задачи гораздо шире, а именно: динамический контроль болевого синдрома; общий уход; контроль над симптомами (анорексия, кахексия, тошнота, рвота, головокружение, запор, диарея, бессонница, спутанность сознания и т. д.); профилактика осложнений, связанных с гиподинамией; психологическая поддержка больного и членов его семьи; обучение больного и членов его семьи методам само- и взаимопомощи [43].

При выполнении этих задач сестринский персонал должен придерживаться основных принципов ПП, рекомендованных ВОЗ. ПП: утверждает жизнь и рассматривает смерть (умирание) как естественный закономерный процесс; не имеет намерений продления или сокращения срока жизни; основной целью определяет обеспечение больному возможности, насколько это реально, активно прожить последние дни; предлагает помощь семье больного во время его тяжелой болезни и психологическую поддержку в период тяжелой утраты; использует межпрофессиональный подход с целью удовлетворения всех потребностей больного и его семьи, в том числе и организацию ритуальных услуг, если это требуется; улучшает качество жизни больного и может также положительно влиять на течение болезни; при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного [1].

Организация сестринской ПП — это, прежде всего, методология ведения инкурабельного

больного в рамках сестринской компетенции. Сестринский персонал должен помочь при наблюдении или беседе с больным определить, что важнее для него в данный момент, и достичь этого уровня качества жизни при оказании ПП путем запланированных независимых, а также зависимых и взаимозависимых вмешательств [43].

Медицинская сестра, осуществляющая ПП, должна иметь не только полноценное профильное образование, но четкую пациент-ориентированную модель сестринской помощи. Это обеспечит полноценное и результативное оказание ПП больному и его родственникам и позволит оценить качество оказанной помощи [43].

Основные службы должны быть доступны для пациентов круглосуточно и 7 дней в неделю [7]. Если есть такая возможность, необходимо создать круглосуточную консультативную помощь по телефону, как для медицинских работников, так и для пациентов и ухаживающих за ними лиц [21]. Предполагается, что сотрудники ПП должны взаимодействовать с различными медицинскими учреждениями, как амбулаторными, так и стационарными [24]. Они работают в тесном сотрудничестве с медицинскими центрами, стационарными отделениями, врачами общей практики, амбулаторными службами сестринского ухода и хосписами, а также с другими заинтересованными службами [44].

«Медицинская сестра должна иметь квалификацию тройкого рода: научную - для понимания болезни, сердечную - для понимания больного, техническую - для ухода за больным» - Флорес Найтингел [1].

При оказании помощи больным на последнем этапе жизни медсестра должна обладать рядом качеств, без которых просто невозможно быть рядом с больным: это милосердие, доброта и отзывчивость на чужое горе, чувство сострадания и способность к сопереживанию. Этому нельзя научиться! Это должно быть в сердце каждого, кто выбрал для себя нелегкий труд медсестры. В сестринском деле при оказании паллиативной поддержки должны принимать участие не просто сотрудники, имеющие соответствующее образование, но и хорошо владеющие навыками психотерапевтического общения, то есть это далеко не те медработники, которые являются помощниками врача и имеют ограниченную профессиональную самостоятельность.

ВОЗ настоятельно советует политикам поверить, что ПП является неотъемлемой частью всех медицинских услуг и не рассматривается только как «дополнение или излишество» [25]. Это соответствует рекомендациям Совета Европы государствам-членам ЕС, что ПП - неотъемлемая и составная часть здравоохранения [21]. Поэтому в стратегии развития здравоохранения всех

стран должны входить меры, направленные на развитие и функциональную интеграцию ПП [24]. Учреждения здравоохранения должны быть вознаграждены за повышение качества оказываемой помощи. Партнерские отношения должны быть установлены между специалистами гериатрических служб, домов для престарелых и инвалидов и персоналом службы ПП. ЕАПП поддерживает рекомендации ВОЗ, предназначенные для политиков и лиц, принимающих решения, которые приведены ниже [21,25]:

- Признать неотвратимость последствий старения населения для общественного здоровья;

- Провести аудит качества услуг паллиативной помощи;

- Финансировать создание системы по сбору

основной информации;

- Обеспечить проведение аудита и внедрение методов для улучшения качества помощи/вознаграждение участвующих в этих процессах организаций здравоохранения;

- Обеспечить надлежащее финансирование, вознаграждение и поддержку междисциплинарных служб;

- Обеспечить выделение достаточного количества часов для подготовки медицинских работников по вопросам ПП, а также процесс постоянного повышения их квалификации в ногу со временем;

- Действовать вопреки стереотипам, в соответствии с которыми пожилым людям не предлагают услуги ПП, в то время как она им необходима.

## Заключение

Состояние паллиативной помощи зависит от экономики стран, она интегрирована в 20 странах с развитой экономикой, отсутствует в менее, чем 1/2 стран и эпизодически оказывается в 1/3 стран. Оказание паллиативной помощи детям только развивается.

Паллиативная помощь является составной частью услуг, оказываемых населению здравоохранением, разработаны теоретические основы, нормативы оказания, программы по подготовке врачей и средних медицинских работников по оказанию паллиативной помощи; Всемирная организация здравоохранения пристально следит за развитием паллиативной

помощи в странах, разрабатывает рекомендации по её развитию и улучшению.

Паллиативная помощь в Республике Казахстан является составной частью гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и должна быть обеспечена государством, в ее обеспечении участвует мультидисциплинарная бригада и медицинская сестра в ее составе играет одну из ключевых ролей, которая имеет не только полноценное профильное образование, но владеет навыками психотерапевтического общения.

**Конфликт интересов:** отсутствует.

## Литература

1. Prail D., Pahl N. *The worldwide palliative care alliance: networking national associations. Journal of pain and symptom management.* 2007; 33(5): 506-508.
2. Knaut F.M., Farmer P.E., Krakauer E.L. et al. *Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief - an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet,* 2018; 391(10128): 1391-1454.
4. Lynch T., Connor S., Clark D. *Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of Pain and Symptom Management,* 2013; 45 (6): 106-1094.
5. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Website. [Cited January 10, 2020]. Available from URL: <https://www.coe.int>.*
6. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004.*
7. Ferris F. D., Balfour H. M., Bowen K. et al. *A model to guide patient and family care: based on nationally accepted principles and norms of practice. J Pain Symptom Manage,* 2002; 24: 106–123.
8. *Mortality indicators by 67 causes of death, age and sex (HFA-MDB). Website. [Cited January 10, 2020]. Available from URL: <https://www.euro.who.int>.*
9. McNamara B., Rosenwax L. K., Holman C. D. *A method for defining and estimating the palliative care population. J Pain Symptom Manage,* 2006; 32: 5–12.
10. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Website. [Cited January 20, 2020]. Available from URL: <https://www.nationalcoalitionhpc.org>.*
11. Radbruch L., Payne S. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. European journal of palliative care.* 2009; 16(6): 278-289.
12. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. *Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage,* 2002; 24: 91–96.
13. Lunder U. *Identifying effective ways of implementation of palliative care into Slovene health care system. Research Paper. Budapest: Center for Policy Studies, Open Society Institute, 2005.*
14. *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative*

care. Website. [Cited January 11, 2020]. Available from URL: <https://www.coe.int>.

15. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003.

16. Craig F., Abu-Saad Huijjer H., Benini Fetal; Steering Committee of the EAPC Task Force on Palliative Care for Children and Adolescents. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 2007; 14: 109–114.

17. A guide to the development of children's palliative care services Association for Children's Palliative Care (ACT), Royal College of Paediatrics and Child Health, 1997.

18. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы принята Указом Президента Республики Казахстана № 1113 от 29 ноября 2010 года.

Gosudarstvennaja programma. «Salamatty Қазақстан» (The State Program for the Development of Health Care of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011-2015 was adopted by Decree) [in Russian] prinjata 29 nojabrja 2010 god, № 1113.

19. Козаченко Н.В. Оказание паллиативной помощи на дому / Н.В. Козаченко, Г.Ж. Кунирова // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 9-11.

Kozachenko N V., Kunirova G. Zh. Okazanie palliativnoj pomoshhi na domu / Palliativnaja medicina i reabilitacija (Palliative care at home) [in Russian]. *Palliative medicine and rehabilitation*, 2014; 3: 9 -11.

20. Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка 14, п. 34. Komitet po jekonomiceskim, social'nyim i kul'turnym pravam (Committee on Economic, Social and Cultural Rights) [in Russian]. *Zamechanie obshhego porjadka* 14, p. 34.

21. Radbruch L., Payne S. *White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2*. *European Journal of Palliative Care*. 2010; 17(1): 22-33.

22. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Website. [Cited January 20, 2020]. Available from URL: <https://www.nationalcoalitionhpc.org>.

23. Mid-Western Health Board. Report on the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children. Website. [Cited January 22, 2020]. Available from URL: <http://hdl.handle.net>.

24. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, 2003.

25. Davies E., Higginson I.J. (eds). *Better Palliative Care for Older People*. World Health Organization Regional Office for Europe, 2004.

26. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. National Institute for Health and Clinical Excellence. The manual. Website. [Cited January 28, 2020]. Available from URL: <http://www.nice.org.uk>.

27. Nemeth C., Rottenhofer I. *Abgestufte Hospiz - und Palliativversorgung in Osterreich*. Wien: Osterreichisches Bundesinstitut fur Gesundheitswesen, 2004.

28. Ellershaw J., *Care of the dying: what a difference an LCP makes!*. *Palliat Med*, 2007; 21: 365– 368.

29. Eelsey B., McIntyre J. *Assessing a support and learning network for palliative care workers in a country area of South Australia*. *Aust J Rural Health*, 1996; 4: 159–164.

30. Mitchell G., Price J., *Developing palliative care services in regional areas. The Ipswich Palliative Care Network model*. *Aust Fam Physician*, 2001; 30: 59–62.

31. Schroder C., Seely JF., *Pall-Connect: a support network for community physicians*. *J Palliat Care*, 1998; 14: 98–101.

32. Егорова Л.В., Чайковская В.В., Величко Н.Н., Вялых Т.И. Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор). 2015. – № 1(2). – С. 41 – 49.

Egorova L.V., Chajkovskaja V.V., Velichko N.N., Vjalyh T.I. Analiz potrebnostej i organizacija mediko-social'noj pomoshhi ljudjam pozhilogo vozrasta (analiticheskij obzor) (Needs analysis and organization of medical and social assistance to the elderly (analytical review) [in Russian]. 2015; 1(2): 41- 49.

33. Jünger S., Pestinger M., Elsner F., Krumm N. et al. *Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams*. *Palliat Med*, 2007; 21: 347–354.

34. Hearn J., Higginson IJ., *Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review*. *Palliative Medicine*, 1998; 12: 317–332.

35. Higginson IJ., Finlay IG., Goodwin DM. et al. *Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers?* *J Pain Symptom Manage*, 2003; 25: 150–168.

36. European Association of Palliative Care – onlus. *Рекомендации Европейской Ассоциации паллиативной помощи по разработке образовательных программ по паллиативной медицине в европейских медицинских Вузах // EAPS. - 2013. – 26с.*

European Association of Palliative Care – onlus. *Rekomendacii Evropejskoj Asociacii palliativnoj pomoshhi po razrabotke obrazovatel'nyh programm po palliativnoj medicine v evropejskih medicinskih Vuzah (Recommendations of the European Association of Palliative Care for the development of educational programs in palliative medicine at European medical universities) [in Russian]. EAPS, 2013: 26p.*

37. *Effective Health Care. Informing, communication and sharing decisions with people who have cancer*. University of York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2000.

38. Абдирова Т.М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Вестник АГИУВ. 2018; - №1. – С.51- 62.

Abdirova T.M. Organizacija palliativnoj pomoshhi v geriatricheskoj praktike Respubliki Kazahstan (obzor) (Organization of palliative care in geriatric practice of the Republic of Kazakhstan (review)) [in Russian]. *Vestnik AGIU.V*. 2018, 1: 51- 62.

39. Сидоренко А.В., Ешманова А.К., Абикулова А.К. Старение населения в Республике Казахстан. 2.

Меры государственной политики. //Успехи геронтологии. - 2017. -Т. 30. - №5. - С.644-651.

Sidorenko A.V., Eshmanova A.K., Abikulova A.K. Starenie naselenija v Respublike Kazahstan. (Aging of the population in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. 2. Mery gosudarstvennoj politiki. Uspehi gerontologii, 2017; 30 (5): 644-651.

40. Мовчун Н.А., Чайковская В.В., Ешманова А.К. // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2015. – № 1 – 2. – С.35 – 40.

Movchun N.A., Chajkovskaja V.V., Eshmanova A.K. Aktual'nye problemy teoretichnskoj i klinichkoj mediciny (Actual problems of theoretical and clinical medicine) [in Russian]. 2015; 1(2): 35 – 40.

41. Чайковська В.В., Вялих Т. І., Чайківська Д.Р. Допомога в дома особам похилоговіку: форми і методи (оглядлітератури) // Проблеми старения и долголетия №1-1. Том 26. - 2017. - С.72-105.

Chajkovs'ka V.V., Vjalih T.I., Chajkivs'ka D.R. Dopomoga v doma osobam pohilogoviku: formi i metodi (ogljadliteraturi) (Problems of aging and longevity) [in Russian]. Problemy starenija i dolgoletija, 2017; 1-1(26): 72-105.

42. Невзорова Д.В. // Материалы конференции «Роль медицинской сестры в паллиативной помощи» 9 и 10 октября – 2015 – М.

Nevzorova D.V. // Materialy konferencii «Rol' medicinskoj sestry v palliativnoj pomoshhi» (Materials of the conference “The role of the nurse in palliative care”) 9 i 10 oktjabrja 2015; – М.

43. Соколова М.Г. Роль среднего медицинского персонала в оказании паллиативной помощи // Вестник уральского государственного медицинского университета. - Выпуск 1–2. - 2016. – С. 115 -118.

Sokolova M.G. Rol' srednego medicinskogo personala v okazanii palliativnoj pomoshhi (The role of nursing staff in palliative care) [in Russian]. Vestnik ural'skogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta, 2016; 1–2: 115 -118.

44. Jaspers B, Schindler T. Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Gro.britannien, Niederlande, Norwegen, Osterreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien). Berlin: Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin', 2005.