

©Цветков А.И., Набойченко Е.С., Ходченко И.А.

УДК 364.444:364.264-616-052(045.06)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ И ИХ РОДСТВЕННИКАМ

Цветков А.И. ¹, Набойченко Е.С. ², Ходченко И.А. ²

¹*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ, кафедра Общественного здоровья и здравоохранения*

²*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава РФ, кафедра Клинической психологии и педагогики*

Аннотация. В статье представлен обзор актуальных работ по реализации паллиативного сопровождения: рассмотрены некоторые региональные практики, приведены эффективные методики психофизиологического воздействия на состояние инкурабельных пациентов, обозначено текущее положение системы паллиативного сопровождения.

Ключевые слова: психологическая помощь, медико-психологическое сопровождение, паллиативное отделение, ближайшее окружение пациента, инкурабельный пациент, паллиативная психология.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CARE FOR PALLIATIVE PATIENTS AND THEIR RELATIVES

Tsvetkov A.I. ¹, Naboichenko E.S. ², Khodchenko I.A. ²

¹ *FSBEI HE Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Public Health and Health Care*

² *FSBEI HE Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Clinical Psychology and Pedagogy*

Annotation. The article provides an overview of current work on the implementation of palliative support: some regional practices are considered, effective methods of psychophysiological impact on the state of incurable patients are presented, the current state of the palliative support system is indicated.

Keywords: psychological assistance, medical support, psychological support, palliative department, patient's immediate environment, incurable patient, palliative psychology.

Введение

«Паллиативная медицинская помощь (ПМП) — это подход, который позволяет улучшить качество жизни больных (детей и взрослых), их семей и близких, столкнувшихся с проблемами, которые связаны с опасным заболеванием для их жизни, что может достигаться путем предотвращения и облегчения страданий благодаря

раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и иных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки» [1, С. 31].

Прототипом современных паллиативных центров являются средневековые монастыри, сопровождавшие боевые пути для возможности обеспечения имеющих неудовлетворительные показатели здоровья людей необходимой системой поддержки систем жизнедеятельности и восстановления за счет доступных к тому времени средств [2]. В настоящий момент программы паллиативной поддержки реализуются на базе множества центров, одними крупными и известными из которых являются «Всемирный хосписный альянс паллиативной помощи» (Worldwide Hospice palliative Care Alliance, WHPCA), «Европейская ассоциация паллиативной помощи» (European Association for Palliative Care, EAPC), а также Центра паллиативной помощи клиники медицинского университета в Лидсе (Великобритания).

В 2012 г. был принят Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1343н "Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Гарантирует сопровождение инкурабельных пациентов младшего возраста приказ Министерства здравоохранения РФ № 193-н от 14 апреля 2015 г. «Об утверждении порядка оказания паллиативной помощи детям». Вместе с существующими положениями о гарантиях обеспечения нуждающихся категорий населения паллиативным сопровождением такая возможность может быть реализована частично в силу ограниченного количества инструментального и технического оснащения, минимальной фармацевтической поддержки и вынужденной необходимости амбулаторного лечения за счет средств стороны запроса [3]. «В России сегодня действует более 70 хосписов. Зарубежный опыт показывает, что один хоспис должен обслуживать территорию с населением 300-400 тысяч человек. Таким образом, в России не хватает более 500 хосписов (без учета географических особенностей регионов и плотности населения в некоторых из них)» [4, С. 33]. Организация обществ позволяет реализовать просветительскую деятельность в сфере освещения необходимости организации региональных систем паллиативного сопровождения медико-социальной бригадой [5].

Правовой аспект и выполнение государственного плана относительно обеспечения паллиативной поддержки успешно реализуются и декларируются – в полном объеме (стационарно, амбулаторно и на дому) могут работать около 20% зарегистрированных организаций по сопровождению пациентов с определенным периодом жизнедеятельности общего реестра [6]. Отпускаемое количество заявлений о развитии си-

стемы ухода за инкурабельными пациентами не может обеспечить улучшение качества оказания паллиативного сопровождения. Намечаются тенденции, акцентируются вопросы, нуждающиеся в своем разрешении, и проводятся другие работы по типу мониторингов, при этом свою реализацию разработанные модели находят или точечно, или в указании основного текста статьи.

Цель исследования – оценка текущего состояния системы обеспечения инкурабельных пациентов и их ближайшего окружения, а также сопровождающего медицинского персонала необходимой паллиативной поддержкой в Российской Федерации; изучение зарубежных передовых технологий по оказанию паллиативной поддержки; сравнительный анализ организации паллиативного сопровождения регионов – оценка возможностей по оказанию требуемых манипуляций инкурабельным пациентам в Свердловской области, выдвижение общих рекомендаций по совершенствованию системы оказания паллиативного наблюдения.

Материалы и методы исследования

В основе обзорной статьи – актуальные работы исследователей медицины и психологии, направленные большей частью на духовный аспект инкурабельного пациента и возможности обеспечения ухода за ним, за ближайшие 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

Актуальность разработки программ по реализации кампаний, способствующих развитию отрасли паллиативного наблюдения: социально-медицинского сопровождения, дополняющего профилактические мероприятия амбулаторного режима аспектом ухода как качественного нового вида отношения медицинского персонала к пациенту, - опосредована нацеленностью действующей системы сбережения здоровья граждан на лечение, вылечивание и предотвращение рецидива. Тенденции и запросы здравоохранения находятся в поле обеспечения категорий населения, относящихся к группам с известной продолжительностью жизни, необходимой поддержкой, например: социальной, медицинской, психологической, юридической и другой [7]. К настоящему моменту отрасль паллиативного сопровождения развивается точечно – специализированно, в зависимости от преобладающих запросов регионов: для незначительно населенных территорий не хватает средств, инструментов и человеко-ресурсов [Там же]. Необходимость решения проблемы стимулирует развитие доступных широким слоям населения технологий и систем обучения в рамках основного среднего или высшего образования, а также программ переподготовки; при этом

возрастают нагрузка на финансовую сферу государства и дефицит работников на рынке труда.

Обретение человеком статуса инкурабельного пациента и включение в работу со специалистами опосредует его аксиологические воззрения и представление о себе и мире в общем. Онкологический статус, «который независимо от общественного мнения и социального статуса, без исключения, формирует чувство безысходности, обреченности и беспомощности» [8, С. 238], качественно меняет жизнедеятельность пациента – необходима психосоциальная и юридическая поддержка. Особо важно оказывать паллиативную поддержку на ранних этапах диагностики кризисного состояния пациентов с известным периодом жизни в силу трансформаций личности на фоне субъективно меняющихся условий: определенный круг лиц, частые территории пребывания, потребность-зависимость от действий других и иное. Представляется необходимым включение в работу с данной категорией пациентов клинических психологов.

Московскими экспертами Н. Н. Саввой и Э. В. Кумировой акцентируется внимание на современном положении системы оказания паллиативного ухода: подчеркивается важность образования единой системы, ведущей учет количества, потребностей и оказываемых услуг относительно инкурабельных пациентов, а также отмечается потребность в общем перераспределении материальных, финансовых, духовных и человека-ресурсов для создания необходимых условий оказания паллиативной поддержки нуждающимся категориям населения [9]. При действующих нормативных актах о порядке и гарантиях оказания паллиативной помощи населению существует барьер для нецентральных регионов Российской Федерации в виде ресурсообеспеченности во всех отношениях – актуальна потребность или в модернизации правовой структуры/порядка сопровождения инкурабельных пациентов и их ближайшего окружения, или в создании единой системы паллиативного ухода в качестве структурного подразделения Министерства здравоохранения.

В Российской Федерации отсутствует клиническая специальность по профилю паллиативного оказания помощи – данный аспект обеспечивается за счет программ повышения квалификации, непрерывного образования и их аналогов для лиц, имеющих среднее или высшее медицинское образование; вместе с тем выпущен профессиональный стандарт, регламентирующий профессиональную деятельность специалиста паллиативной отрасли медицины [10]. «Оказывая больным помощь, вписанную

в жёсткие и неразумные законодательные рамки, когда временные и психологические ресурсы медика сильно ограничены, врач вынужден минимизировать внимание и сопреживание пациенту,» [Там же, С. 113] – стигматизация общества инкурабельных пациентов со стороны медицинского персонала в дополнении к социальному отвержению, опосредованному культурно-средовыми факторами, создает дискомфортное положение для первых – реализация паллиативной помощи становится трудноосуществимой.

В исследовании состояния медсестер детского хосписа (Г. И. Чуваков, О. А. Чувакова, С. Н. Вебер, 2019) авторы выявили две основные поведенческие стратегии оказания паллиативной поддержки несовершеннолетнего инкурабельного пациента: 1. Реализация мотивации помочь, возникшей от психологического дискомфорта, за счет практических действий (медицинской и/или психологической помощи); 2. Осуществление актов внимания в силу эмоциональной вовлеченности персонала (психологическая поддержка). Согласно результатам исследования, близкие к вере и/или старшего возраста медицинские сестры - более склонные к проявлению эмпатии при работе в детском хосписе [11].

Как отмечает В. В. Пискунова: «Показатели качества смерти кардинально не отличаются от показателей качества жизни, являясь составной частью жизни, но в большей степени зависят от медицинского обслуживания, душевного участия медицинского персонала. Сочувствие, сопреживание и другие проявления эмоционального отклика среднего медицинского персонала — обязательное условие получения высококвалифицированной медицинской помощи» [12]. Младший медицинский персонал оказывается в ситуации, при которой профилактика профессионального выгорания должна быть выстроена индивидуально-специфическим методологическим комплексом внешнего воздействия психологической службой в сжатые сроки при облегченном мониторинге в связи с присутствующим психоэмоциональным напряжением на регулярной основе [13].

В зарубежной практике (США и Великобритания) паллиативный уход за пациентами онкологического профиля с определенной продолжительностью жизнедеятельности реализуется посредством сил младшего медицинского персонала – медицинских сестер, имеющих образование по таким программам, как: практикующая медсестра онкологии, клинический специалист клиники или медицинская сестра с передовой практикой. В отличие от отечественных образовательных траекторий и образова-

тельных программ стран бывшего СНГ зарубежное обучение медицинских сестер включает такую подготовку, которая позволяет выпускникам полностью заменять врача (диагностика, интерпретация результатов, назначение терапии и пр.) [14]. «Существует четыре основных направления специализации, которые получают APN: Практикующие медсестры Nurse Practitioner (NP), сертифицированный анестезиスト – медсестра certified registered nurse anesthetist (CRNA), специалист по клинике clinical nurse specialist (CNS) и медсестра – акушерка certified nurse-midwife (CNM)» [Там же, С. 8]. При всех накопившихся эмпирических данных о значительном улучшении состояний инкурабельных пациентов, которым оказывается паллиативный уход специализированными медицинскими сестрами, страны бывшего СНГ выносят на перспективу в приоритет развития системы здравоохранения совершенствование подготовки специалистов «младшего» медицинского персонала.

Ростовские исследователи Л. М. Попов и К. В. Горохов сообщают о важности соблюдения биоэтических (деонтологических) принципов в работе с пациентами паллиативного профиля в силу существующего предвзятого отношения со стороны общества к лицам с определенным периодом жизнедеятельности [15]. Авторами предложены тезисы, необходимые к включению в каждое взаимодействие специалистов помогающих сфер с инкурабельными пациентами; содержащие следующую основную идею: организация ухода производится на основании необходимых мер и исключает испытательные средства, отношение медицинского персонала к подопечному сохраняется в положительном настрое в течение всего периода сопровождения и может оставаться в той же интенсивности или повышаться, оказываемая поддержка соответствует фактической необходимости и возможностям относительно текущего состояния пациента, психологическая работа ведется и с ближайшим окружением пациента, помочь оказывается во весь период сотрудничества.

При рассмотрении организации паллиативной помощи в Краснодарском крае отмечается ее постепенное развитие с 2012 года: ежегодное формирование – приращение койко-мест для инкурабельных пациентов в возрасте от 3-ех месяцев до 18 лет [1]. После наступления совершеннолетия такие пациенты переводятся педиатром под наблюдение отделением для взрослых. Также обеспечивается возможность амбулаторного сопровождения, в том числе с применением аппаратов искусственной вентиляции легких. Здесь, как и для большинства регионов, паллиативный уход является новым перспективным направлением в системе здравоохранения: за-

ложены программы в развитие края на срок до 2024 года, в течение которого ожидается профилирование существующих медицинских учреждений в рамках запросов населения по части паллиативного сопровождения [16].

Воронежская область отличается эффективно функционирующей системой оказания паллиативной поддержки нуждающимся категориям населения: приказом №94 от 25.06.2016 «О правилах организации ПМП взрослому населению на территории Воронежской области» департамента здравоохранения утверждены правила оказания паллиативной помощи, схема маршрутизации пациентов, правила взаимодействия медицинских организаций с различными структурами и другое [17]. Центром координации медицинского персонала является или врач-терапевт (при первичном обращении), или врач-онколог (при наличии онко-статуса у пациента), центром координации социальной работы – «Управление социальной защиты населения». Психологическая служба отдельно не выделяется. Отмечаются противопоказания для направления в отделения сестринского ухода, что представлено заразными формами патологий (активная форма туберкулеза, венерические заболевания, острые инфекционные заболевания) или общественно-опасными действиями (психические заболевания). Количество коек позволяет разместить большое количество пациентов в течение всего календарного года.

В исследовании состояния инкурабельных пациентов (25 человек) Ставропольского края посредством интервью были выявлены следующие проблемные аспекты получения паллиативной поддержки: сложность в доставлении обезболивающих препаратов (подразумеваются наркотические фармацевтические средства медицинского назначения) в силу опасения врачей совершить уголовное преступление по выписке рецептурного препарата, невысокие финансовые возможности обеспечения нуждающихся указанного природы и действия лекарствами, нахождение в состоянии разработки просветительских программ общественности, в частности института семьи, о путях оказания паллиативного ухода на дому [18]. При возрастающей необходимости населения в паллиативном сопровождении отдельные регионы получают преимущество в силу обеспеченности различными ресурсами, когда оставшиеся – вынуждены задействовать имеющиеся человеко-ресурсы в не полностью свойственном применении, что приводит к оттоку молодых специалистов из отрасли паллиативного сопровождения и рискам профессионального выгорания.

В практике Московского региона и Пермского края по оказанию сопровождения пациентов паллиативного профиля активно функционируют общественные негосударственные фонды, обеспечивающие необходимый уход на дому или помогающие в реализации амбулаторного или стационарного наблюдения, а также - в реализации доступа к назначенным лекарственным средствам [19]. Система поддержки инкурабельных пациентов на данных территориях за счет средств общественных организаций модернизируется согласно результатам обширных мониторинговых исследований: ресурсы распределяются в соответствии с количеством и качеством запрашиваемых услуг со стороны населения. Работа проводится не только с непосредственно инкурабельным пациентом, но и с представителями его ближайшего окружения, например родственниками, а также с персоналом, оказывающим паллиативное сопровождение: в качестве профилактики профессионального выгорания и сохранения духовных ресурсов.

Согласно прогнозам Санкт-Петербургских исследователей, на 2026 год доля городского населения для данной территории будет представлена пожилыми жителями в соотношении 29% от общей численности, что вызывает необходимость в совершенствовании функционирующей системы паллиативного сопровождения посредством организации кабинета первичной клинико-паллиативной помощи [20]. Функционирование кабинета аналогично работе терапевта в многопрофильной больнице – регулирует входные и выходные данные о состоянии пациента, реализует доступ к необходимым лекарственным средствам, направляет в стационар по показаниям и другое. Образование подобных структур в других регионах может быть полезным в случаях разветвленных и слабо сообщенных систем оказания паллиативного ухода: предложенная модель обеспечивающая более полный контроль над отраслью паллиативного ухода.

На территории Санкт-Петербурга функционирует с 2003-го года СПб ГАУЗ «Хоспис (детский)», обеспечивающий в полной мере поддержкой паллиативного профиля несовершеннолетних инкурабельных пациентов и их ближайшее окружение [21]. Хоспис имеет богатый опыт по разработке программ паллиативного ухода и их реализации - готов его передавать регионам при налаживании системы межведомственного взаимодействия, разработке этических принципов оказания помощи паллиативного профиля, а также вынес предложение о начале проведения образовательных траекторий для подготовки специалистов по оказанию паллиативной помощи в учеб-

ных учреждениях высшего и среднего уровней образования на собственной территориальной базе. На данный момент его техническая оснащенность позволяет обеспечить необходимой поддержкой следующие категории пациентов: онкологического профиля, неврологического профиля (врожденные или приобретенные аномалии здоровья нервного характера вследствие травматических событий), генетического профиля, ортопедического профиля (нервно-мышечные аномалии здоровья).

На базе ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (г. Благовещенск) «проводятся циклы тематического усовершенствования по паллиативной медицине в рамках непрерывного медицинского образования для врачей (36 часов)» [22, С. 108]. В программу входят следующие модули: базовые понятия об оказании паллиативной помощи, диагностика и лечение хронических болей, паллиативная помощь онко- и неонкологического профиля пациентам, психо-социальные и духовные основания паллиативной помощи. Форматами программы являются лекции, семинары, тренинги и практика (на клинической базе).

Т. М. Абдирова рассматривает систему оказания паллиативной помощи на примере города Астана (Казахстан): отмечается необходимость во внедрении аспекта сопровождения и поддержки в качестве комплекса мероприятий не профилактической направленности, а по уходу в силу нацеленности существующей системы, обеспечивающей население доступом к здоровье-сберегающим ресурсам и услугам, на лечение и вылечивание, но не присмотр в аспекте социально-медицинского попечения [23]. Автором акцентируется внимание на образовательной траектории медицинских направлений среднего и высшего образования – будущие специалисты осваивают методы и способы оказания ухода за пациентом в рамках стационара в полной мере и в меньшей – амбулаторно. В частности, медицинский персонал по меньшей мере ознакомлен с техниками активного слушания пациента для обеспечения оказания психологической помощи, что сказывается на потенциале профессионала, включенного в рабочие условия, – иррациональное распределение духовных ресурсов и – риски скорейшего выгорания. Для совершенствования оказания паллиативной помощи неоонкобольным категориям населения пожилого возраста Т. М. Абдирова предлагает организационно-функциональную модель комплексной медико-социальной помощи, реализующуюся следующим образом:

- при обращении в центр паллиативной помощи пожилого пациента самостоятельно и/или по направлению семьей первым, кто начинает работу с ним, является

гериатр с командой: медицинской сестрой, социальным работником, психологом, волонтером;

- После чего проводится комплексная оценка заявленных и действительных потребностей пациента в медико-социальной помощи, намечается план;
- Реализация намеченного плана проходит периодическую оценку и корректировку до того момента, как будут учтены все факторы, влияющие на неполное понимание потребностей пациента и не позволяющие выстроить полезное взаимодействие обратившегося человека и откликнувшейся команды специалистов;
- Намечается и реализуется долгосрочный план, конечная оценка которого представляется пересмотром удовлетворённости потребностей, имевших проблемное поле до начала работы – при первичном обращении в центр.

На всех этапах подключаются такие службы, как: центры региональных специализированных социальных услуг, частные организации, региональные советы ветеранов, общественные организации, МСУ, мобильные бригады хосписа и онкослужбы.

В результате исследований в Таджикистане оценки интенсивности симптомов по числовой шкале Эдмонтона (87 онкобольных на различных стадиях) было выявлено достоверное ($p<0,001$) снижение выраженности (ощущимости) симптома-комплекса патологического процесса у обследуемых по прошествии паллиативных мер сопровождения [24]. Процедура включала активную работу бригады врачей и психологов с пациентом в течение 25-60 минут на базе избранного медицинского учреждения. По результатам исследования были вынесены суждения о том, что паллиативное сопровождение оказывает положительное воздействие на состояние инкурабельных пациентов и что шкала Эдмонтона позволяет оценить состояние таких людей и скорректировать направленность внимания бригады поддержки.

В Белгородской области реализуется проект «Школа пациента», оказывающий паллиативный уход пациентам генологического профиля. По результатам исследований НИУ «БелГУ», где были использованы шкала G. Sterkstein et al. (1990) и шкала Бека для оценки состояния инкурабельных пациентов, с моделью школы пациента, оказывающей положительное влияние на благополучие подопечных-обследуемых. Авторами модель школы пациентов описывается как многозвеневая - при работе с пациентом и его окружением учитываются такие аспекты, как: Plan (цель и задачи), Check (отчетность и контроль качества помощи), Act (оценка качества реализации программы) и Do (единая сервисная карта и мобильное образовательное приложение).

ние) [25, С. 44]. Ясная структура заключает в себе многоуровневую процедуру организации оказания паллиативного сопровождения, что может быть применено в практическом использовании и другими регионами для создания условий, способствующих реализации паллиативного ухода за инкурабельным пациентом.

В системе совершенствования оказания паллиативной поддержки Свердловской области приоритетной задачей на 2021 г. является организация образовательного процесса в качестве учебных дисциплин для 6-ых курсов лечебного дела и новой образовательной траектории – вариант обучения по паллиативному направлению высшего образования «сестринское дело» - на базе Уральского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения: в составлении программы примет участие команда представителей медицинской, психологической и социальной сфер. К 2021 г. в период руководства Андрея Игоревича Цветкова в статусе министра здравоохранения Свердловской области были реализованы проекты по образованию специализированных центров по оказанию паллиативного сопровождения инкурабельных пациентов: организовано на различных медицинских базах 401-но койко-место, стабильно функционируют 18 выездных патронажных бригад, проводится освещение актуальных задач в СМИ и науке, модернизируются текущие и внедряются инновационные методы оказания поддержки, совершенствуются условия ее оказания. Перспективные направления Свердловской области в данной сфере основываются на разнице в прогнозируемом количестве нуждающихся в медицинском наблюдении инкурабельных пациентов и фактическом материале о зарегистрированных пациентах, получающих указанное сопровождение, а также – на общих трендах к совершенствованию системы оказания помощи паллиативного профиля.

Медико-психологическим сообществом «боль» избирается как предмет, испытывающим основное влияние в процессе паллиативной поддержки боль инкурабельных пациентов. Существуют методологические поливариативности в определении «качества боли», систематизацией которой и приведением к общей системе оценивания занимался автор А. И. Чулошников. В ходе работы А. И. Чулошникова была разработана многофункциональная модель оценивания боли, включающая категории интросубъективного и субъектно-контекстуального полей восприятия как решающие параметры в диагностике интенсивности текущего переживаемого дискомфортного ощущения [26]. При этом сохранились социокультурные, территориально-географические и индивидуальные ограничения при интерпретации автобиографи-

ческого материала посредством контент-анализа: влияние опыта на понимание и классификацию воспринятого. А. И. Чулошниковым была выделена сложность феномена боли в связи с множеством факторов, оказывающих прямое и/или косвенное влияние на дискомфортное восприятие [Там же], часто ассоциирующееся у субъекта с угрозой собственному здоровью.

При существующих в научных кругах дискуссиях о достоверной методической последовательности в идентификации (различении) боли и в ее качестве интерпретации этого сенсорного понятия обусловлено теми социально-общественными мыслительными школами, оказывающими большее влияние в конкретном регионе [27]. Отмечается приверженность русского общества к наиболее детальному психофизиологическому восприятию болевого синдрома, что объясняется христианской философией данной территории [Там же]. Биоэтические воззрения ученых русской культуры способствуют проведению исследований боли на качественно отличном от иных культур уровне – выявлению специфических сторон подобного ощущения.

Эффективным инструментом работы с состояниями инкурабельных пациентов зарекомендовала себя музыкальная терапия. Музыкальная терапия аналогична средним (общим, неспециализированным) программам реализации ухода за указанной категорией пациентов с тем лишь отличием, что включает обязательный компонент – «сеансы музыки», представляющие собой прослушивание пациентом композиций в порядке, установленном музыкальным терапевтом. Данный вид терапии способен обеспечить полезное развитие следующих аспектов:

- *Обезболивающий эффект:* доказано, что прослушивание индивидуально подобранных звуковых отрезков позволяет постепенно снизить привет наркотических анальгетиков или даже окончательное отойти от их использования;
- *Нормализация психологического состояния:* прослушивание инкурабельным пациентом согласованных в настроении с его духовным состоянием аудиодорожек способствует неспецифической вербализации скрытых чувств и эмоций и создает ощущение возобновленной включенности в социальную жизнь, что облегчает переживание текущего положения и позволяет войти в процесс работы с командой паллиативной поддержки в более доверительные взаимоотношения;
- *Нейровегетативное и нейрохимическое влияние музыки:* влияние музыки на гемодинамику, продукцию нейромедиаторов и другие физиологические процессы;

- *Улучшение качества жизни пациента хосписа:* музыкальная терапия облегчает адаптацию инкурабельных пациентов к условиям центров, оказывающих паллиативное сопровождение, в частности помогает нормализовать сон;
- *Возможность коррекции психоэмоционального состояния медицинского персонала и родственников пациентов паллиативной помощи:* эмоциональное вовлечение близкого окружения и сотрудников сопровождающей службы в положение пациентов с определенным периодом жизнедеятельности является фактором развития хронического стресса в силу долгосрочных личностных переживаний за состояние подопечного во время реализации плана обеспечения ухода за ним [2].

И. В. Винярская предлагает следующие меры по обеспечению особых потребной при оказании паллиативного сопровождения: формирование гуманного отношения общества, фактическое право на обезболивание, обеспечение необходимым оборудованием и ресурсами, социальную передышку и работу с семьей и сиблиингами [3]. Уникальным предложением из перечня является социальная передышка – комплекс мероприятий, нацеленный на сохранение такого социального института, как семья, что обеспечивается (в теории) специализированными центрами путем отстранения супружеской пары от исполнения обязанностей по уходу за ребенком на определенный период, уходом за пациентом в это время занимается команда специалистов. Такая практика позволяет качественнее проводить мониторинг состояния пациента с определенным периодом жизнедеятельности в силу регулярных длительных встреч и сохранить институт семьи для пациента.

В Таджикистане проводилось исследование 87 пациентов с генерализированным опухолевым процессом с целью выявления влияния психокорректирующего воздействия на их состояние, в качестве оценки измерения состояния использовалась шкала Эдмонтона [28]. Результаты свидетельствуют в пользу психологической коррекции и психотерапии как эффективных методов оказания паллиативной помощи на фоне увеличения силы эффекта действия фармацевтических препаратов, назначенных наблюдающим врачом, в сравнении с периодом «до психологического вмешательства». Однако вызывает настороженность положение о том, что «веру [в хороший исход у больного] поддерживает и лечащий психолог, скрывая от пациента истинные причины плохого состояния, настраивая его на хороший лад,» [Там же, С. 18] – данные действия относятся к немировым этическим стандартам оказания психологической помощи населению, поэтому следует провести дополнительные иссле-

дования, разрешившие бы вопрос о роли внушения инкурабельным пациентам силами психолога позитивных установок (их влияние на качество жизни пациентов).

Е. А. Евстифеева и С. И. Филиппченкова описывают экзистенциально-психологическую модель врачевания в онкологической практике как вектор в отношениях вида «врач-пациент» [29]. В качестве основной идеи данная модель заключает необходимость в осознанности как со стороны, оказывающей поддержку, так и стороны, получающей эту поддержку. Под осознанностью авторами понимается такое отношение к жизни, что в любой момент учитывается аспект конечности существующего – формирование личной ответственности за выбор активности всех субъектов взаимодействия с целью достижения «всеблагого блага». Предложенный подход в общих чертах подводит к необходимости реализации программ пере- или дополнительной квалификации работников медицинских специальностей и включения психолого-социальные службы [4].

Выделяют 3 уровня оказания первичной медико-социальной помощи: на первом уровне оказывается экстренная медицинская помощь, на втором – лечение и адаптация, на третьем – профилактика и ресоциализация [30]. При таком рассмотрении паллиативного сопровождения большая роль отводится медицинским манипуляциям и в меньшей – психолого-социальной, что не может позволить отличить предложенный подход от существующих практик диагностики, лечения и выписки людей в общем. Под паллиативным подходом предполагается отведение особой значимости аспекту известности границ периода жизнедеятельности и необходимости при этом поддерживать стабильное функциональное состояние организма на максимально возможном продуктивном уровне – медикаментозное сопровождение, в том числе с использованием сильнодействующих препаратов на нервную систему для угнетения болевых синдромов, чувства тревоги и иного симптомального запроса пациента, не способно отследить сохранность личностной структуры и подлинной мотивационной сферы (личного и искреннего целеполагания). Последний аспект обеспечивается в работе психолого-социальной служб с начала обращения пациента.

Выводы:

1. Система реализации паллиативного сопровождения инкурабельных пациентов в Российской Федерации находится в разработке при активной апробации методов воздействия на состояние подопечного в рамках исследования;

2. Действенными инструментами для влияния на состояние инкурабельных пациентов показали себя музыкальная терапия и психотерапия;
3. Существует потребность в модернизации системы образования по части подготовки младшего персонала (медицинских сестер) в аналогичном западным разработкам векторе;
4. Отмечается важность обозначения биоэтических принципов оказания помощи паллиативного профиля;
5. При успешной реализации образовательных траекторий Свердловской областью по оказанию паллиативного сопровождения Уральский регион может выступить системообразующим центром в качестве транслятора научного опыта как программы обучения студентов и повышения квалификации практикующих специалистов, диагностики и непосредственного наблюдения-сопровождения состояний инкурабельных пациентов.

Список литературы:

1. Бурлуцкая А. В. Структура и организация паллиативной медицинской помощи детям в Краснодарском крае [Текст]: научная статья / А. В. Бурлуцкая, А. В. Статова, Э. В. Мамян // Кубанский научный медицинский вестник. 2020. №2. С. 29-37
2. Березуцкий В. И. Нужна ли музыкальная терапия в хосписе? [Текст]: научная статья / В. И. Березуцкий, М. С. Березуцкая // Журнал ГрГМУ. 2018. №3. С.263-271
3. Винярская И. В. Основные принципы концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам [Текст]: научная статья / И. В. Винярская и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. №1. С. 46-50
4. Костригин А. А. Психолог в хосписе: задачи психологического сопровождения неизлечимо больных [Текст]: научная статья / А. А. Костригин, Т. М. Хусяинов // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. 2014. №8. С. 33-35
5. Степаненко А. С. К вопросу о развитии законодательства о паллиативной медицинской помощи [Текст]: научная статья / А. С. Степаненко, Е. В. Барашева // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2020. №5. С. 271-275
6. Тенетко А. А. О внесении изменений в законодательство о паллиативной помощи [Текст]: научная статья / А. А. Тенетко, Н. А. Новокшонова, В. А. Васильев [и др.] // Управление в современных системах. 2019. №3 (23). С. 47-53
7. Абдирова Т. М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) [Текст]: научная статья / Т. М. Абдирова // Вестник АГИУВ. 2018. №1. С.51-62
8. Ходаревская Ю. А. К вопросу о ценности паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, находящимся в терминальной стадии [Текст]: научная статья / Ю. А. Ходаревская // Система ценностей современного общества. 2010. №12. С. 237-242
9. Савва Н. Н. Актуальность принятия национальной стратегии паллиативной помощи детям в России [Текст]: научная статья / Н. Н. Савва, Э. В. Кумирова // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2013. №4 (14). С. 30-35
10. Фадеева Е. В. Паллиативная помощь в России: состояние и проблемы [Текст]: научная статья / Е. В. Фадеева // СНиСП. 2019. №3 (27). С. 109-119

11. Чуваков Г. И. Адаптация и проявление эмпатии у медицинских сестер, работающих в детском хосписе [Текст]: научная статья / Г. И. Чуваков, О. А. Чувакова, С. Н. Вебер // Вестник НовГУ. 2019. №1 (113). С. 98-102
12. Пискунова В. В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер, оказывающих паллиативную помощь [Текст]: научная статья // Вестник Прикамского социального института. 2019. №3 (84). С. 69-73
13. Микиричан Г. Л. Риск выгорания медицинской сестры в паллиативной медицине / Г.Л. Микиричан, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева, Н. П. Штенцова [и др.] // Медицина и организация здравоохранения. 2019. №2. С. 37-44
14. Маркабаева А. А. РОЛЬ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДСЕСТРЫ В МИРЕ (обзор) [Текст]: научна статья / А. А. Маркабаева, Г. Н. Алибаева, Д. А. Оспанова [и др.] // Вестник АГИУВ. 2018. №4. С. 6-12
15. Попов Л. М. Условия жизни, способность к самообслуживанию как социальные детерминанты здоровья и их мониторинг в работе психолога службы паллиативной медицинской помощи [Текст]: научная статья / Л. М. Попов, К. В. Горохов // Главврач Юга России. 2017. №3 (56). С. 28-32
16. Эртель Л. А. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ [Текст]: научная статья / Л. А. Эртель // Саратовский научно-медицинский журнал. 2020. №2. С. 515-520
17. Косолапов В. П. Современное состояние паллиативной медицинской помощи на региональном уровне (на примере Воронежской области) [Текст]: научная статья / В. П. Косолапов, Ю. М. Чубирко, Г. В. Сыч [и др.] // ВНМТ. 2017. №2. С. 163-171
18. Миллер Е. В. Социально-медицинские проблемы развития паллиативной помощи в современной России [Текст]: научна статья / Е. В. Миллер // Общество: социология, психология, педагогика. 2019. №3. 5 с.
19. Минаева Н. В. ВЫЕЗДНАЯ ПАТРОНАЖНАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ: ДВУХЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ [Текст]: научная статья / Н. В. Минаева, Р. И. Исламова, М. И. Баженова // ВСП. 2020. №1. С. 46-56
20. Орел В. И. Организационный проект создания кабинета паллиативной помощи медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь [Текст]: научная статья / В. И. Орел и др. // Медицина и организация здравоохранения. 2019. №3. С. 4-18
21. Ткаченко А. Е. Необходимость государственно-частного партнерства для развития системы паллиативной помощи детям в регионах РФ [Текст]: научная статья / А. Е. Ткаченко // Онкопедиатрия. 2015. №3. С. 354-355
22. Третьякова Н. А. Междисциплинарный подход в преподавании паллиативной помощи населению в последипломном образовании [Текст]: научная статья / Н. А. Третьякова, А. Н. Собко, В. В. Батаева // Амурский медицинский журнал. 2018. №1-2 (20-21). С. 107-109
23. Абдирова Т. М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества [Текст]: научная статья / Т. М. Абдирова // Вестник КазНМУ. 2019. №1. С. 519-524
24. Ганиев Д. Ф. Оценка психосоматического статуса при оказании паллиативной помощи онкологическим больным [Текст]: научная статья / Д. Ф. Ганиев и др. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2017. №2 (22). С. 10-15
25. Пономарева И. П. Модель школы пациента в паллиативной гериатрии: новый взгляд на проблему [Текст]: научная статья / И. П. Пономарева, К. И. Прощаев, А. Н. Ильницкий // Архивъ внутренней медицины. 2016. №4 (30). С. 42-46

26. Чулошников А. И. МОДЕЛЬ ОПИСАНИЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ ПЕРЕЖИВАНИЯ БОЛИ НА МАТЕРИАЛЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОГО ВОСПОМИНАНИЯ О НЕЙ [Текст]: научная статья / А. И. Чулошников // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2020. Т. 34. С. 86-100

27. Чалдышкина М. В. Проблема боли в паллиативной медицине и смысл страдания: философский контекст [Текст]: научная статья / М. В. Чалдышкина// Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2020. №1 (26). С. 39-42

28. Хабибулаев Ш. З. Психокоррекция - как неотъемлемый компонент, при оказании паллиативной помощи онкологическим больным [Текст]: научная статья / Ш. З. Хабибулаев, К.М. Джурабекова, Д. Ф. Ганиев // European journal of biomedical and life sciences. 2019. №2. С. 15-18

29. Евстифеева Е. А. ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВРАЧЕВАНИЯ В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ [Текст]: научная статья / Е. А. Евстифеева, С.И. Филиппченкова // Российский гуманитарный журнал. 2020. №4. С. 224-232

30. Кром И. Л. Современные тенденции паллиативной помощи в ракурсе первичной медико-санитарной практики [Текст]: научная статья / И. Л. Кром, М. В. Еругина, И. Ю. Новичкова // БМИК. 2014. №10. С. 1085-1086