



Общественное  
объединение  
«Кредо»

## СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (отчет)

Алматы, 2008

Настоящий отчет подготовлен:

Высшей школой общественного здравоохранения (Кульжанов М.К., д.м.н., профессор, Егеубаева С.А., к.м.н.)

Общественным объединением «Кредо» (Козаченко Н.В., д.м.н., профессор, Мингазова И.Ф., к.м.н.)

при финансовой поддержке Фонда Сорос-Казахстан.

Эмпирическую основу отчета составляют результаты опроса, проведенного в городах Казахстана.

## **Благодарности**

Авторы благодарят руководителей департаментов здравоохранения за оказанную поддержку в проведении исследования, руководителей медицинских организаций за участие в исследовании, медицинских работников, представителей неправительственных и религиозных организаций за согласие быть участниками проводимого интервьюирования.

Авторы также благодарят Фонд Сорос Казахстан (ФСК) за оказанную финансовую поддержку, профессиональное руководство проектом и решение многочисленных организационных вопросов в ходе планирования и проведения исследования, и на этапе написания данного отчета.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ.....</b>	<b>4</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....</b>	<b>13</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ.....</b>	<b>28</b>
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>55</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>89</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>95</b>
<b>РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>96</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>97</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>99</b>

## **КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ**

### ***Сводка о стране***

Казахстан независимая республика, расположенная в центрально-азиатской степи, занимает площадь в 2.7 миллиона квадратных километров. Казахстан имеет протяженную границу с Россией на севере, граничит с Китаем на востоке, с Кыргызстаном, Узбекистаном, и Туркменистаном на юге. Казахстан окружен сушей, граничит с 2-мя внутренними морями – Аральским и Каспийским. Территория тянется через степи и пустыни, к высокогорьям Тянь-Шаня на юго-востоке, и горам Алтая. Бывшая столица Алматы (Алма-Ата) была перенесена в декабре 1997 в Астану (Акмола) на север.

Казахстан является унитарной страной с президентской формой правления. Президент избран народным голосованием на 7-ми летний срок, (количество сроков не лимитировано), президент назначает премьер-министра, кабинет министров и региональных управляющих – акимов. Страна разделена на 14 административных округов, плюс три города (Алматы, Байконур, и столица Астана). Области подразделяются на 220 районов. Областные акиматы традиционно очень сильны, а акимы владеют значительной силой и являются ключевыми фигурами в принятии решений связанных с системой здравоохранения, как и областной департамент финансов.

Казахстан является членом ООН и нескольких региональных организаций: СНГ, Шанхайской Организации Сотрудничества, Европейского экономического сообщества (совместно с Российской федерацией, Беларусью, Кыргызстаном и Таджикистаном), и Центральном Азиатским экономическим сообществом (с Кыргызстаном, Узбекистаном и Таджикистаном). Казахстан стремится стать членом ВТО.

### ***Система здравоохранения***

Казахстан унаследовал систему здравоохранения Советского союза, организованную по модели Семашко. Система здравоохранения принадлежала государству, планирование было централизованным, и основными принципами являлось: бесплатное и доступное медицинское обслуживание для всех. Еще до независимости Министерство здравоохранения Казахстана, приняло стратегию созданную в Москве, централизованно организованную многоступенчатую структуру- с республиканского уровня на областной и ниже на районный уровень.

С момента независимости в 1991 году Казахстану было необходимо разработать свою собственную стратегию и планирование. Разработка политики высоко централизованна и осуществляется правительством под управлением президента. Национальная политика здравоохранения разработана правительством и осуществляется государственными и местными органами власти. Министерство здравоохранения является верхушкой в иерархии системы здравоохранения, но медицинские услуги осуществляются в основном областными департаментами, которые достаточно автономны в работе в их регионах. Тем не менее, в исключительном ведении Министерства здравоохранения находятся все основные управленческие функции, включая аккредитацию и государственную закупку товаров и услуг. «Государственная Программа Реформ и Развития Здравоохранения» на 2005-2010 годы предусматривает для первой стадии (2005-2007) ревизию системы централизованного административного руководства с передачей власти с национального на региональный уровень.

## *Паллиативная помощь*

В Казахстане, как и во многих других республиках бывшего Советского Союза, учреждение, которое во всем мире предпочитают называть одним словом - хоспис, появилось лишь в девяностых годах. Пока нет статистических данных о том, сколько людей нуждается в паллиативной помощи, то есть помощи безнадежно больным, однако необходимость существования такого учреждения очевидна. Об этом свидетельствуют статистические данные по республике. Высокий показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями. Показатель смертности от злокачественных новообразований остается одной из главных причин. Такой немаловажный показатель как показатель болезненности (распространенности злокачественных новообразований) из года в год растет. Практически 1/5 часть пациентов с онкозаболеваниями – это пациенты со злокачественными новообразованиями IV стадии, нуждающиеся в соответствующей профессиональной медико-психологической помощи. Но, если больным с онкопатологией стараются помочь более ли менее на основе системного подхода, то такие заболевания как туберкулез, СПИД, неонкологические хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития оказываются вне служб паллиативной помощи, а в большей степени на плечах общей медицинской сети.

На сегодняшний день паллиативная служба Казахстана имеет разрозненную структуру и представляет собой функционирование специализированных учреждений в основном в Северном и Восточном регионах республики: хосписы действуют в шести городах республики - в Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семипалатинске и Костанае. В таких учреждениях содержатся не только онкобольные, но также и больные пожилого и старческого возраста с терапевтической патологией, нуждающиеся в поддерживающей терапии.

Хосписы в Казахстане во многом отличаются от подобных учреждений развитых стран. Прежде всего, они финансируются государством, в то время как во многих странах до 80% бюджета хосписов составляют благотворительные взносы, пожертвования частных лиц и компаний, вклады государственных и негосударственных организаций и религиозных фондов.

Считается, что хосписы экономически невыгодны, хотя более выгодного учреждения в нравственном аспекте не существует. По данным ВОЗ, каждого безнадежного онкобольного окружают десять – двенадцать близких: семья, коллеги, друзья, соседи. Без помощи хосписа, оказавшись один на один с проблемой умирающего больного, эти люди вынуждены бросать работу, испытывать бесконечные угрызения совести, чувство вины, боязнь заболеть раком. Суммируя эти факторы, приходишь к выводу, что хоспис – самое выгодное вложение капитала для государства, которое думает о своих гражданах и о том, чтобы они возвращали затраченное на них государством.

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, в главе «Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению» отмечается: «...будут предусматриваться развитие службы реабилитации и паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода и так далее) с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций», что свидетельствует о заинтересованности государства в развитии паллиативной помощи в стране. В планах казахстанских специалистов паллиативной помощи - разработка Государственной программы развития хосписов, а также необходимость открытия подобных учреждений во всех городах с населением, превышающим 100 тысяч человек.

Таким образом, оказание паллиативной помощи в Казахстане находится на стадии становления. Она характеризуется нехваткой медицинских кадров и специализированных коек, несмотря на высокие показатели заболеваемости. Паллиативная помощь, как неотъемлемая часть онкологической службы не имеет своей единой, стандартизированной правовой основы для деятельности. В связи с чем, предлагается ряд рекомендаций по совершенствованию службы по оказанию паллиативной помощи и развитию данного направления в целом по стране.

### ***Существующие проблемы и задачи паллиативной помощи***

Существует ряд проблем, связанных с вопросами организации и управления паллиативной помощи в стране:

- одна из основных проблем паллиативной помощи – кадровая – нехватка, отсутствие квалифицированных специалистов по оказанию паллиативной помощи;
- отсутствие закона о паллиативной медицине;
- отсутствие унифицированных стандартов ведения больных в терминальной стадии заболевания, с неизлечимыми болезнями;
- немаловажная задача - это подготовка (обучение) специалистов паллиативной медицины;
- необходимость разработки соответствующих образовательных стандартов и документов;
- введение преподавания специальности паллиативная медицина в образовательных учреждениях страны на всех уровнях медицинского образования.

### ***Рекомендации***

Для развития службы паллиативной медицины в стране необходима разработка единых подходов, организационных и экономических механизмов и стандартов для открытия специализированных учреждений паллиативной помощи, а, кроме того, развитие холистического подхода, философии оказания паллиативной помощи населению Казахстана.

Для более успешного развития паллиативной помощи в стране необходимо создание Рабочей группы по разработке предложений и координации предоставления паллиативной помощи населению по различным направлениям. Такая группа могла бы включать подкомитеты по вопросам политики, образования, развитию услуг.

Кроме того, необходима разработка и внедрение унифицированной программы развития паллиативной помощи в стране.

## ВВЕДЕНИЕ

С конца XVIII века умирающий пациент становится предметом интереса и заботы профессиональной медицины, и только во второй половине XX века начинает формироваться специальное направление - паллиативная медицина (помощь умирающим больным). Бурное развитие паллиативной медицины в наше время связано с общекультурными и собственно медицинскими причинами. Среди этих причин увеличение продолжительности жизни, что влечет за собой проблему ухода за пожилыми и престарелыми, возрастание частоты онкологической заболеваемости, неуклонный рост ВИЧ инфицированных, а следовательно больных со СПИД, рост других социально-значимых и обусловленных болезней, требующих решения вопросов об улучшении качества жизни, достойного ухода из жизни и соблюдении прав человека в современном мире /1, 8/.

Инициатором рождения системы паллиативной помощи как помощи инкурабельным раковым больным была Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). В 1970-е годы небольшая группа экспертов под покровительством ВОЗ начинает движение за развитие паллиативной помощи более чем в 40 государствах, ведущими среди которых являются Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. Паллиативная помощь принимает статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития и становится новым направлением общественного здравоохранения /6, 7, 8/.

С начала 80-х отдел онкологии ВОЗ начал развитие глобальной инициативы по внедрению мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание и доступность опиоидов для больных раком во всем мире. В связи с быстрым ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всем мире, в 1982 году ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения и предлагает определение паллиативной помощи. В соответствии с этим определением паллиативной называлась «активная всесторонняя помощь пациентам, чьи болезни больше не поддаются лечению, первостепенной задачей которой является купирование боли и других патологических симптомов и решение социальных, психологических и духовных проблем больных. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни больных и их семей».

В прежнем определении ВОЗ (1982) паллиативная помощь определялась как помощь больным, радикальное лечение которым уже не показано. Эта формулировка суживала определение паллиативной помощи, и она должна была трактоваться как помощь на последних стадиях заболевания. Сегодня, однако, общепризнанно, что принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого хронического, в конечном счете, инкурабельного заболевания. Это изменение появилось благодаря новому пониманию того, что проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях болезни.

В связи с «выходом на арену» СПИДа, стремительным постарением населения и продолжающимся нарастанием числа больных злокачественными новообразованиями и другими прогрессирующими заболеваниями в 2002 году ВОЗ расширила свой подход к определению паллиативной помощи. В то время как ранее паллиативной помощью считалось симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями, сейчас это понятие распространяется на пациентов с любыми инкурабельными

хроническими заболеваниями в терминальной стадии развития, среди которых, конечно, основную массу составляют онкологические больные.

Можно выделить три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

Таким образом, создание системы паллиативной помощи incurable больным является одним из приоритетных направлений клинической медицины большинства стран мира. Не является исключением и Республика Казахстан, где, несмотря на успехи в диагностике и совершенствовании методов лечения больных раком, проблема оказания паллиативной помощи пациентам с распространенными формами злокачественных новообразований требует принципиального решения. В стране также остаются нерешенными вопросы оказания паллиативной помощи incurable пациентам с туберкулезом, СПИДом и другими заболеваниями в терминальных стадиях.

### **Цели и задачи проводимого исследования**

В связи с вышеперечисленными проблемами было решено провести исследование для изучения особенностей паллиативной медицины в Республике Казахстан. Для определения потребностей и возможностей оказания паллиативной помощи в стране Фонд Сорос Казахстан (ФСК) выделил финансирование на исследование.

**Целью исследования** явилось изучение системы предоставления паллиативной помощи в стране и разработка рекомендаций по ее совершенствованию и развитию.

Для достижения цели были выделены следующие **задачи**:

1. Изучить общую ситуацию по системе здравоохранения и концепцию паллиативной помощи как неотъемлемой ее части в Республике Казахстан.
2. Описать систему предоставления паллиативной помощи, ее особенности в Республике Казахстан, предпосылки создания и развития паллиативной помощи в стране, вопросы политики и миссии данной службы, организации и системы образования в данном направлении.
3. Провести сбор и анализ мнений различных групп населения, изучить общественное мнение относительно возможности развития и потребности в паллиативной помощи.
4. Определить перспективы и разработать рекомендации для развития паллиативной помощи в стране

### **Целевая группа**

Для изучения проблемы ФСК было выбрано 4 основные группы сообщества:



- население,
- лица, предоставляющие медицинскую помощь – медицинские работники,
- представители неправительственных организаций, занимающихся вопросами предоставления паллиативной помощи,
- представителей религиозных организаций.

Кроме того, использовался опыт национальных и международных экспертов, изучающих вопросы предоставления паллиативной помощи в Республике Казахстан.

### **Методы исследования и статистической обработки результатов исследования**

Полный период исследования продлился с декабря 2007 по апрель 2008гг. Этап планирования собственно исследования, разработки и апробации анкет социологического опроса (анкеты прилагаются к отчету) для четырех целевых групп завершился переговорами с департаментами здравоохранения о возможности проведения подобного рода исследований. Далее был этап проведения опроса целевых групп, анализ данных литературы, обработка полученных результатов.

### **Источники полученных результатов**

Для проведения комплексной оценки паллиативной помощи и потребности в ней населения были использованные следующие источники.

*Данные Интернета и опубликованных работ:*

Регистр по социально-значимым заболеваниям Республики Казахстан

Статистические сборники с информацией о населении, состоянии здоровья и служб здравоохранения

Обзорная сводка о состоянии здоровья в Казахстане, 2005 – ВОЗ Европейское бюро.

Системы здравоохранения в переходный период, выпуск 9, № 7, 2007 – Казахстан: обзор системы здравоохранения

Доклад Генерального секретаря. Декларация о приверженности делу борьбы ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу: на полпути к достижению целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия, 2008.

Цели развития тысячелетия в Казахстане, 2007.

*Данные проведенного интервью в четырех целевых группах в 10 городах Республики Казахстан – Астана, Алматы, Караганда, Костанай, Павлодар, Тараз, Семипалатинск, Усть-Каменогорск, Уральск, Шымкент.*

## Статистическая обработка

Для достижения основных целей и задач исследования в работе применялись методы комплексного анализа, включающего как использование методов количественного, так и методов качественного анализа распространения явлений в выборочной совокупности.

### Критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ).

$\chi^2$  - один из наиболее употребляемых в медицине статистических критериев. Этот критерий подходит для качественных данных. Отличием критерия является его непараметричность – независимость от формы распределения. Критерий  $\chi^2$ , как и ряд других критериев, основывается на сопоставлении частот наблюдаемых событий с теми, что могли бы иметь место, если бы события происходили случайно.

Формула вычисления критерия в общем виде:

$$\chi^2 = \sum [(O - E)^2 / E],$$

где  $\sum$  обозначает суммирование. Иными словами, критерий равен сумме отношений квадратов разностей фактической и ожидаемой частоты к ожидаемой. Для этого надо принять во внимание число наблюдаемых случаев, точнее – число степеней свободы. Под числом степеней свободы обычно понимают число изученных случаев минус число параметров, ограничивающих вариации. В случае таблиц сопряжения, подобной рассмотренной выше табл. 2,5, число степеней свободы составляет  $(r-1)(c-1)$ , где  $r$  – число строк, а  $c$  – число колонок в таблице.

$\chi^2$  - подходящий статистический критерий для независимых совокупностей. Поэтому если исследуются связанные совокупности, то его использование нежелательно. Столь же нежелательно использовать  $\chi^2$  для анализа ординальных данных, поскольку это приводит к потере чувствительности эксперимента – достоинства ординальных данных перед качественными не будут использованы.

Важным достоинством критерия  $\chi^2$  является его приложимость к практически любому числу категорий (в  $n \cdot m$  – таблице  $n$  и  $m$  могут быть больше двух). Условия для корректного применения критерия следующие: 1) чтобы в каждой ячейке было хотя бы одно наблюдение и, 2) желательно, чтобы не более 20% ячеек имели ожидаемое число событий менее 5. В ситуации, когда много ячеек таблицы содержат менее 5 наблюдений, прибегают к объединению близких групп. При этом численность наблюдений в объединенных ячейках увеличивается.

Критерий  $\chi^2$  не следует применять, если общее число обследованных менее 20. Уверенно можно применять, если оно более 40. Если от 20 до 40, то только в том случае, когда ожидаемое число наблюдений в каждой ячейке 5 и более (в случае четырехпольной- 4 и более).

### Метод нормированных остатков

Критерий  $\chi^2$  определяет только наличие зависимости между двумя переменными, и не показывает ни характер, ни силу этой зависимости. Поэтому, в дополнение к критерию  $\chi^2$  рекомендуется использовать метод нормированных остатков, который позволяет выявить

наличие и направление (избыток или недостаток) статистически значимого различия между наблюдаемой и ожидаемой частотой в таблицах сопряженности.

Нормированные остатки, определяются по формуле:

$$\frac{f_o - f_e}{\sqrt{f_e}},$$

где  $f_o$  - наблюдаемая частота ячейки таблицы,  $f_e$  - ожидаемая частота ячейки таблицы.

Направление зависимости показывает знак нормированного остатка. Если нормированный остаток больше 0, то в данной ячейке таблицы существует избыток наблюдаемой частоты по сравнению с ожидаемой частотой. Если нормированный остаток меньше 0, то в данной ячейке таблицы существует недостаток наблюдаемой частоты по сравнению с ожидаемой частотой. Считается, что существует статистически значимое различие между наблюдаемой и ожидаемой частотой, если абсолютное значение нормированного остатка больше или равно 2. Другие предельные значения принимаются в соответствии со следующей таблицей.

<i>Абсолютное значение нормированного остатка</i>	<i>Уровень значимости</i>
$\geq 2,0$	$p < 0,05$
$\geq 2,6$	$p < 0,01$
$\geq 3,3$	$p < 0,001$

Однако, правила применимы, только в том случае, если ожидаемая частота не меньше 5.

Обработка данных проводилась с помощью двух программ Epi Info и SPSS.

Epi Info – специализированное программное обеспечение, используемое не только в здравоохранении для изучения эпидемий различных заболеваний, но и в других социальных сферах для изучения общественного мнения.

Основные функции Epi-Info:

- создание вопросников (базы данных MS Access) на основе анкет с возможностью логических переходов между вопросами;
- ввод данных в созданные вопросники с возможностью контроля значений полей данных;
- получение аналитических данных (корреляция, среднее значение, попарный анализ и др.);
- поддержка наиболее известных платформ систем управления базами данных (MS Access, Oracle и др.).

Системные требования:

Операционная система: Microsoft Windows линейки 9X и выше.

CPU: Pentium и выше, с частотой не менее 200 МГц;

RAM – 50 Мб и выше.

SPSS является самой распространенной программой для обработки статистической информации. SPSS – это аббревиатура от *Statistical Package for the Social Sciences* (Статистический пакет для социальных наук).

Функции SPSS:

- 1) «SPSS Base» (базовый модуль) позволяет проводить частотный анализ, расчет статистических характеристик, таблиц сопряженности, корреляций, построения графиков. Этот модуль включает t – тесты и большое количество других непараметрических методов, такие как многомерный линейный регрессионный анализ, дискриминантный анализ, факторный анализ, кластерный анализ, дисперсионный анализ, анализ пригодности (анализ надежности) и многомерное шкалирование.
- 2) «Regression Models» включает в себя различные методы регрессионного анализа, такие как: бинарная и мультиномиальная логистическая регрессия, нелинейная регрессия и пробит – анализ.
- 3) «Advanced Models» содержит различные методы дисперсионного анализа (многомерный, с учетом повторных измерений), общая линейная модель, анализ выживания, включая метод Каплана – Майера и регрессию Кокса, лог-линейные, а также логит-лог-линейные модели.
- 4) «Tables» служит для создания презентационных таблиц.
- 5) «Amos» включает методы анализа с помощью линейных структурных уравнений.
- 6) «AnswerTree» (дерево решений) включает четыре различных метода автоматизированного деления данных на отдельные группы (сегменты). Деление проводится таким образом, что частотные распределения целевой (зависимой) переменной в различных сегментах значительно различаются.
- 7) «Categories» содержит различные методы для анализа категориальных данных, а именно: анализ соответствий и три различных метода оптимального шкалирования (анализ однородности, нелинейный анализ главных компонент, нелинейный канонический корреляционный анализ).
- 8) «Clementine» - эта программа для data mining (добычи знаний), в которой пользователю предлагаются многочисленные подходы к построению моделей, к примеру, нейронные сети, деревья решений, различные виды регрессионного анализа.
- 9) «Conjoint» (совместный анализ) применяется при исследовании рынка для изучения потребительских свойств продуктов на предмет их привлекательности.
- 10) «Data Entry» (ввод данных) предназначен для быстрого составления вопросников, а также ввода и чистки данных. Заданные на этапе создания вопросника вопросы и категории ответов потом используются в качестве меток переменных и значений.
- 11) «Exact Tests» (точные тесты) служит для вычисления точного значения вероятности ошибки (величины p) в условиях ограниченности данных при проверке по критерию  $\chi^2$  и при непараметрических тестах.
- 12) «GOLDMineR» содержит специальную регрессионную модель для регрессионного анализа упорядоченных зависимых и независимых переменных.
- 13) «SamplePower» при его помощи может быть определен оптимальный размер выборки для большинства методов статистического анализа, реализованных в SPSS.
- 14) «SPSS Missing Value Analysis» служит для анализа и восстановления закономерностей, которым подчиняются пропущенные значения.
- 15) «Trends» содержит различные методы для анализа временных рядов, такие как: модели ARIMA, экспоненциальное сглаживание, сезонная декомпозиция и спектральный анализ.

Системные требования для инсталляции SPSS 10.0 следующие: операционная система не ниже Windows95; процессор Pentium 90МГц (или более), не менее 16 Мбайт оперативной памяти, не менее 80 Мбайт свободного места на жестком диске (для базовой системы) и еще 80 Мбайт для работы SPSS, привод CD-ROM, видеокарта с минимальным расширением 800\*600 (SVGA).

## КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Паллиативная помощь - это важная часть общественного здравоохранения. Она направлена на облегчение страданий больного, сохранение его человеческого достоинства, выявление его нужд и поддержание качества жизни в ее финальном периоде. В задачи паллиативной помощи входит также оказание поддержки семье и близким больного. Этим проблемам уделяется недостаточно внимания в Европе, но они по сути своей касаются каждого ее жителя. Паллиативная помощь зиждется на уважении неповторимых индивидуальных особенностей каждого человека - с его уникальной историей, взаимоотношениями и культурой. Это уважение, в частности, отражается в предоставлении наилучшей медицинской помощи с использованием достижений последних десятилетий, чтобы дать людям лучшие шансы на полноценную жизнь.

По определению, данному Всемирной организацией здравоохранения в 2002 г. /17/, паллиативная помощь - это...

«... подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки».

Паллиативная помощь направлена на устранение боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления. Паллиативная помощь включает психологическую и моральную поддержку, направленную на то, чтобы помочь больному сохранять в максимально возможной степени активную жизнь до последнего дня. Система поддержки для близких больного призвана помочь им справиться с трагической ситуацией, при необходимости - с применением психологического консультирования после смерти больного. Используя комплексный подход, паллиативная помощь чутко реагирует на нужды больных и их близких. Она способствует улучшению качества жизни и может оказать позитивное влияние на течение заболевания. Ее применение можно начинать на ранних стадиях заболевания параллельно с другими видами лечения, направленными на продление жизни (например, химиотерапией или лучевой терапией). Паллиативная помощь включает диагностические мероприятия, необходимые для максимально точной оценки характера клинических осложнений, вызывающих страдания больного, и их адекватного лечения /14/.

С повышением средней продолжительности жизни населения европейских и других развитых стран постоянно растет число людей, преодолевающих рубеж 65-летнего возраста. Процесс старения населения влечет за собой изменение картины заболеваемости и смертности. Минувший XX век был ознаменован резким снижением смертности детей от инфекционных заболеваний. Теперь все чаще люди умирают в преклонном возрасте от хронических болезней, характеризующихся разнообразными физическими и психологическими расстройствами и нередко несущих с собой социальные проблемы. Системы здравоохранения должны быть в состоянии обеспечить таким людям необходимую помощь - облегчая их страдания и как можно дольше поддерживая достаточный уровень качества жизни.

Паллиативная помощь традиционно ориентирована на нужды умирающих больных и поддержку их близких, как правило, при этом речь идет об онкологических заболеваниях. Растущие нужды людей, страдающих тяжелыми хроническими болезнями, а также новые научные данные в пользу эффективности паллиативной помощи, свидетельствуют о необходимости более широкого применения этого вида помощи и его тесной интеграции с различными службами здравоохранения. Недостаточное внимание к вопросам паллиативной

помощи в существующей политике здравоохранения - это проблема, стоящая сегодня перед организаторами и руководителями в области здравоохранения и требующая безотлагательного решения.

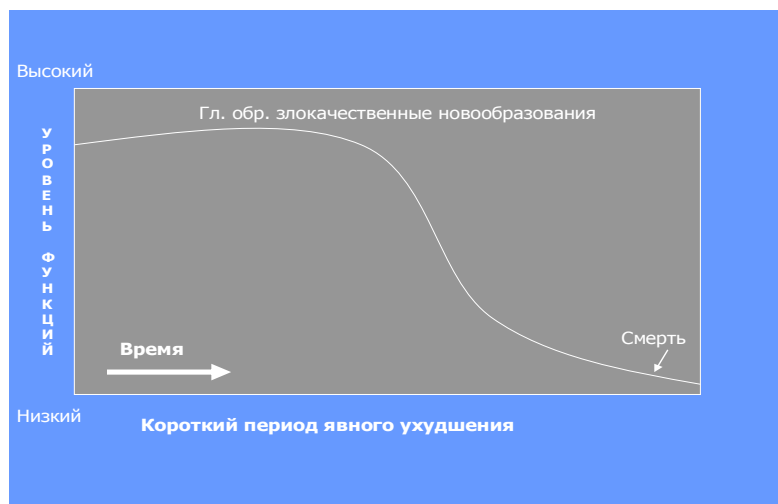
Паллиативную помощь следует оказывать по мере возникновения потребностей, до того как симптомы станут неконтролируемыми. Она не должна быть исключительным приоритетом специализированных бригад или служб паллиативной помощи либо хосписов, которые предоставляют ее лишь после отмены больному всех остальных видов лечения. Необходимо обеспечить возможность оказания паллиативной помощи в любых условиях, в качестве неотъемлемой части общей системы медицинского обслуживания.

Не удивительно, что большинство случаев смерти в европейских и других развитых странах происходит среди людей старше 65 лет. Несмотря на это, вопрос о потребностях этой группы населения в услугах паллиативной помощи сравнительно мало изучен. Пожилые люди, несомненно, имеют особые нужды, поскольку свойственные им нарушения здоровья носят не такой характер, как у более молодых, и зачастую отличаются повышенной сложностью. У пожилых людей чаще возникают сочетанные расстройства здоровья различной степени тяжести. Их кумулятивный эффект может значительно превышать проявления любого отдельного заболевания и, как правило, ведет к более значительным нарушениям функций и потребностям в помощи. Пожилые люди подвержены более высокому риску развития побочных эффектов от лекарственных препаратов, а также ятрогенных заболеваний. Сочетание множественных мелких расстройств может оказывать на пожилых людей значительное кумулятивное психологическое воздействие. Расстройства, обусловленные острым заболеванием, могут развиваться на фоне имеющихся физических или психических нарушений, а также сочетаться с материальными трудностями и социальной изоляцией. Эпидемиологические опросы родственников и других информированных респондентов о состоянии здоровья пациентов в течение финального года их жизни свидетельствуют о комплексном характере нарушений здоровья в пожилом возрасте. Результаты этих исследований, в частности, показывают, что с возрастом резко повышается выраженность таких симптомов, как психическая дезориентация, нарушение функций мочевого пузыря и кишечника, ослабление зрения и слуха, а также головокружение /16/.

Таким образом, нарушения, наблюдаемые у пожилых людей в течение финального года жизни, складываются из проявлений основного заболевания и собственно возрастных расстройств. Это обуславливает более значительные потребности в помощи, что давно известно специалистам во всех сферах здравоохранения, направленных на предоставление систематической помощи пожилым пациентам, включая общую практику, гериатрию и реабилитацию. Характер течения многих хронических заболеваний в пожилом возрасте достаточно плохо поддается прогнозированию, поэтому оказание паллиативной помощи должно быть основано на потребностях пациента и его близких, а не на прогнозе. Примеры течения онкологических заболеваний, сердечной недостаточности и деменции иллюстрируют это положение.

Онкологические заболевания включают многие виды злокачественных новообразований, обуславливающих различную симптоматику в зависимости от пораженного органа или системы. Частота этого вида патологии повышается с возрастом, три четверти случаев смерти от злокачественных новообразований приходится на людей старше 65 лет. Наиболее распространенные злокачественные опухоли у женщин - это рак молочной железы, рак легких и рак толстого кишечника, у мужчин - рак легких, предстательной железы и толстого кишечника. Рак молочной железы и рак предстательной железы отличаются более благоприятным прогнозом по сравнению с раком кишечника и в особенности легких. Индивидуальный прогноз зависит от стадии развития опухоли на момент выявления, а также

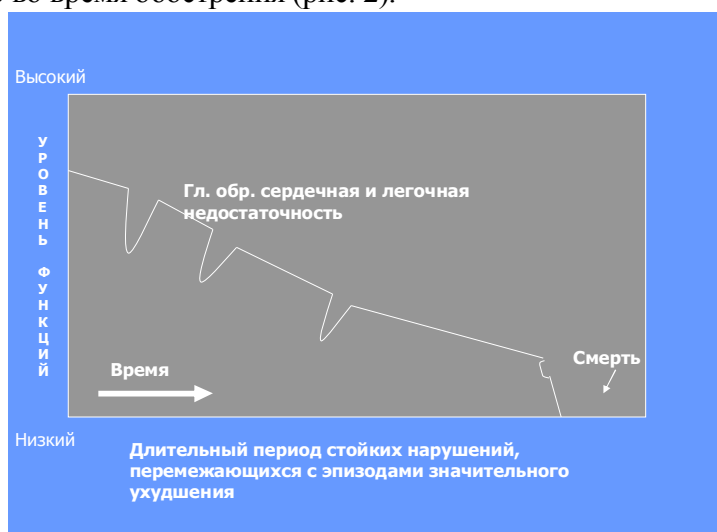
от того, насколько она поддается лечению, которое может включать применение хирургических методов, лучевой терапии и/или химиотерапии. Как правило, удовлетворительный уровень жизнедеятельности больных сохраняется вплоть до финальной стадии заболевания, когда оно перестает реагировать на проводимое лечение (рис.1), однако пациенты часто нуждаются в значительной психологической поддержке, информации и внимании с момента установления диагноза.



**Рис. 1** Схема течения болезни при злокачественном новообразовании

Результаты проведенных исследований в целом показывают, что для онкологических больных, получающих паллиативную помощь и пользующихся внимательным отношением со стороны медицинских работников с момента установления диагноза, характерен больший интерес к получению информации, стремление к участию в процессе принятия решений и более высокий уровень психосоциальной адаптации к своему состоянию.

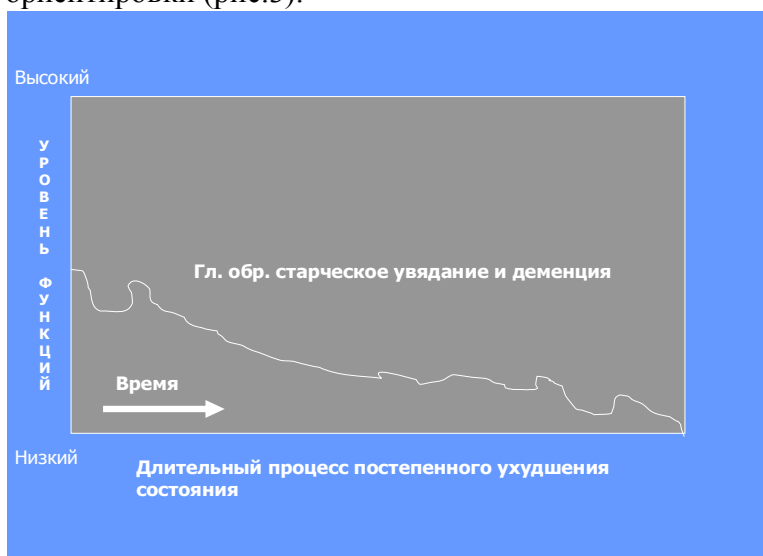
Сердечной недостаточностью страдает более 10% людей в возрасте старше 70 лет. При этом вероятность смертельного исхода в течение пяти лет составляет 80%, это более плохой прогноз, чем для многих видов злокачественных опухолей. Течение болезни часто характеризуется периодическими мучительными обострениями в виде усиления одышки и болей, с последующим постепенным полным или неполным возвратом к исходному состоянию функций /15/. Смертельный исход наступает в результате постепенного ухудшения состояния либо во время обострения (рис. 2).



**Рис. 2** Схема течения болезни при прогрессирующей недостаточности функций организма

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в лечении сердечной недостаточности, в частности, в купировании обострений, пациенты и их близкие нередко испытывают трудности в понимании и осуществлении сложного комплекса лекарственных назначений /13/. Больные с сердечной недостаточностью имеют менее точные представления о своем диагнозе и прогнозе. По-видимому, имеет место недостаточное информирование пациентов медицинскими работниками, отчасти вследствие сложности прогнозирования и нежелания обсуждать данный вопрос /18/. В этом отношении ситуация отличается в худшую сторону по сравнению с онкологическими больными, получающими более полноценную информацию и поддержку.

Проявления деменции наблюдаются у 4% людей старше 70 лет. При переходе за 80-летний рубеж этот показатель повышается до 13% /19, 24/. Срединное значение продолжительности жизни пациентов с момента установления диагноза составляет восемь лет, и в течение этого периода происходит прогрессивное снижение функциональных возможностей и уровня психической ориентировки (рис.3).



**Рис. 3** Схема течения болезни при деменции или старческом увядании

Типичная симптоматика включает психическую дезориентацию, недержание мочи, боль, подавленное настроение, запоры и потерю аппетита. Постепенное разрушение личности больного оказывает тяжелое эмоциональное воздействие на его близких, уход за ним требует значительных усилий. Оказание помощи больным с деменцией, неспособным к сознательному волеизъявлению, влечет множество этических проблем /20, 21/. Среди них - вопросы, связанные с рациональным применением антибиотиков при пневмонии, а также зондового питания и введения жидкостей. При этом следует отметить, что деменция фигурирует в качестве основного диагноза лишь у менее 1% пациентов стационарных хосписов /20/.

Значение тех, кто осуществляет повседневный уход за тяжело больными людьми пожилого возраста, стали в полной мере учитывать лишь сравнительно недавно, и имеется относительно мало достоверных сведений об их потребностях. Их функции могут значительно варьировать, включая обеспечение личной гигиены больного (мытьё, помощь в переодевании, отправлении естественных потребностей), и порой требуя значительных физических усилий (поднимание больного). Этот вид ухода обычно падает на плечи близких родственников, часто проживающих совместно с больным, движимых стремлением помочь близкому им человеку и сохранить для него возможность жить в домашних условиях. Однако тяжелое бремя такого ухода может со временем стать причиной противоречивой эмоциональной реакции лиц, осуществляющих уход, на изменения личности и поведения больного, ограничивает диапазон



их жизненных возможностей, а также может приводить к истощению денежных ресурсов. Длительный уход за тяжелобольными родственниками - это тяжелый труд без оплаты и поддержки, который может неблагоприятно сказываться на здоровье, благополучии и материальной обеспеченности людей, которые в нем заняты /21/.

### **Новый взгляд на паллиативную помощь**

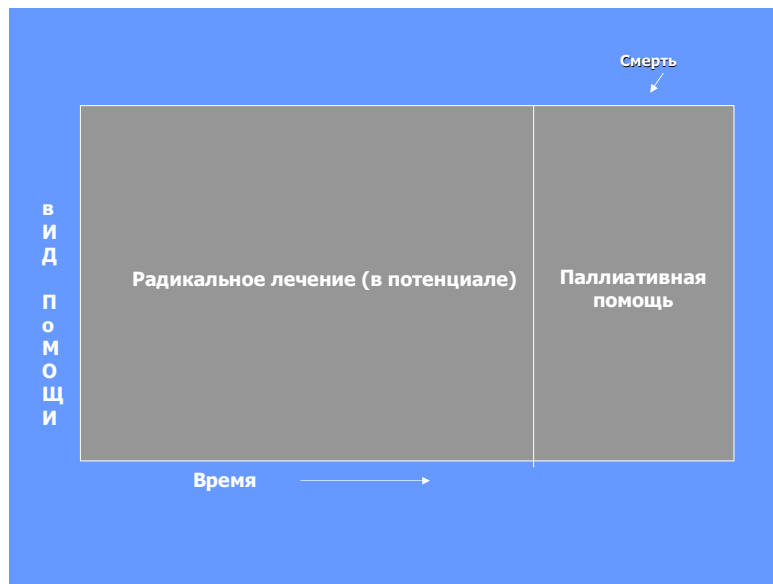
Начавшись с небольших групп сотрудников хосписов, распространение идей и практики паллиативной помощи по всему миру подтверждает истину, заключенную в высказывании известного антрополога Margaret Mead: «Никогда не сомневайтесь в том, что горстка вдумчивых и убежденных индивидуумов может изменить мир. Пока что только так всегда и было». Теперь пришло время для следующего этапа - преобразование этого обширного опыта в нормы общественного здравоохранения.

Одним из центральных аспектов работы, приведшей к развитию широкого спектра мер паллиативной помощи, было коренное изменение отношения к боли, которую, начиная с 1960-х годов, стали рассматривать как важнейшую комплексную проблему. Вначале основное внимание было уделено болевому синдрому при онкологических заболеваниях. Одним из результатов ранних исследований в этой области стал буклет *«Облегчение боли при раке»*, изданный ВОЗ в 1986 г. В настоящее время, как и предполагалось с самого начала, принципы оказания паллиативной помощи начали распространяться на контроль часто осложненных болевых синдромов при других тяжелых заболеваниях.

На следующем этапе паллиативная помощь, несомненно, должна стать полноправным элементом повседневной медицинской практики и занять прочное место, как в программах обучения медицинских работников, так и в образовательных программах для населения. Стоит задача не только облегчить страдания, но и дать каждому человеку, каждой семье возможность выбора - чего в настоящее время, к сожалению, часто не хватает. Семья - основной ресурс ухода и оказания помощи больному - нуждается в квалифицированном совете специалистов различного профиля для того, чтобы она смогла в полной мере реализовать свои возможности для обеспечения максимально активной жизни больного до самого конца. Тогда память о достойно проведенных последних днях жизни ушедшего близкого человека поможет его родственникам смириться с утратой и облегчит их горе.

Достижение этих целей требует усилий как общественных, так и на политическом уровне, которые должны привести к изменению практических подходов и к повсеместному повышению квалификации медицинских работников, имеющих дело с людьми, страдающими жизнеугрожающими заболеваниями. В этом вопросе человеческая убежденность и приверженность значат больше, чем дорогостоящие лекарства и вмешательства, и он должен быть предметом заботы правительств всех стран.

Системы здравоохранения должны гибко реагировать на растущие потребности в помощи, обусловленные старением населения. В частности, необходимо изменить отношение к паллиативной помощи. Традиционно, паллиативную помощь оказывают, главным образом, больным со злокачественными новообразованиями, отчасти вследствие более предсказуемого характера течения онкологических заболеваний, что облегчает выявление потребностей и планирование помощи для пациентов и их семей. Такой подход породил представление о том, что оказание паллиативной помощи - удел специализированных служб и имеет значение лишь в последние недели жизни больного (рис.4).



**Рис.4 Традиционная концепция паллиативной помощи**

На самом деле у пациентов и их семей неоднократно возникают проблемы на любой стадии многолетнего заболевания, и они нуждаются в помощи в любой момент, а не только непосредственно перед наступлением смертельного исхода. Принцип оказания паллиативной помощи и ухода параллельно с основным лечением заболевания, хотя и очевиден для самих больных и их близких, некоторым медицинским специалистам представляется радикальной переменной (рис. 5). Но для самих больных и их близких является очевидным, переставить местами.



**Рис. 5 Новая концепция паллиативной помощи**

В дополнение к уходу за больными в явно терминальной стадии заболевания системы здравоохранения должны найти возможность оказания на протяжении многих лет помощи людям, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями или сочетанными хроническими нарушениями, с учетом неопределенности срока наступления смерти /22/.

Вне зависимости от тяжести и многообразия расстройств и степени неопределенности прогноза, автономия пациента остается одним из ключевых прав человека, и ее соблюдение должно быть основной этической нормой для общества и медицинских служб. Этот принцип

вошел в современную концепцию «помощи, ориентированной на пациента», усилия по внедрению которой предпринимают в настоящее время многие системы здравоохранения и которая подчеркивает необходимость строить медицинскую помощь на основе ценностей и предпочтений самих людей.

Появляется все больше объективных научных данных по вопросу о том, какого вида помощь люди хотели бы получать в финальном периоде своей жизни. В большинстве исследований обнаружено, что около 75% опрошенных предпочли бы умереть у себя дома. Среди тех, кто незадолго до опроса перенес потерю близкого, было несколько больше людей, предпочитавших условия стационарного хосписа. В ряде исследований было показано, что от 50% до 70% людей, страдающих тяжелыми заболеваниями, также выразили предпочтение закончить жизнь в домашней обстановке (хотя по мере приближения к летальному исходу определенная часть этой группы изменила свое отношение в пользу стационарных условий). Одним из основных принципов паллиативной помощи со времени ее зарождения было предоставление людям возможности реального выбора вариантов ее оказания /23/.

По мере расширения движения за создание хосписов и развитие паллиативной помощи увеличивается объем фактических данных, свидетельствующих о высокой эффективности подходов к оказанию помощи, пропагандируемых этим движением. Систематические обзоры данных, включая исследования среди онкологических больных во многих странах, неизменно демонстрируют важность ряда ключевых аспектов оказания помощи. Наиболее достоверно доказана эффективность простых мер, таких как облегчение боли, внимательное отношение и общение с больным, а также хорошо скоординированная деятельность медицинских работников, что позволяет соблюсти предпочтения больного относительно места оказания помощи. Имеются также предварительные научные свидетельства в пользу применения моделей паллиативной помощи при неопухолевых заболеваниях /22/.

Становится все более ясно, что современные знания, касающиеся эффективного оказания помощи, редко приводят к значительному улучшению ситуации, если они не сочетаются с целенаправленными усилиями по их внедрению в повседневную практику. Поэтому во многих странах ведется разработка более систематических путей применения научных знаний для совершенствования служб здравоохранения. В частности, разрабатывают клинические рекомендации, методики оценки качества клинической практики, комплексные протоколы ведения больных, вовлекают самих пациентов в процесс изменения практики и более регулярно прибегают к изучению их мнений, внедряют методы стимулирования совместной работы групп медицинских работников по улучшению качества оказываемой помощи.

Однако изменение организации, практики и привычных стереотипов поведения является отнюдь не простой задачей. В области онкологии, например, разработка научно обоснованных клинических рекомендаций для медицинских работников не во всем была успешной. Анализ этих начинаний показывает, что разработка и продвижение подобных рекомендаций должны исходить с низового уровня, с обеспечением информационной поддержки, обратной связи, многопрофильного сотрудничества и эффективного управления. В отношении паллиативной помощи был разработан ряд специальных методов для оценки качества клинической практики с использованием основных критериев эффективности оказания помощи. Эти методы успешно используются в различных условиях.

Активно вовлекать людей, которым оказывают паллиативную помощь, в процесс планирования деятельности служб, вероятно, труднее, чем в других областях здравоохранения, поскольку необходимо избегать перегрузки тяжелобольных пациентов. Тем не менее, это возможно, и в этом отношении имеется опыт применения ряда гибких методик. Другие

подходы включают регулярное проведение опросов пациентов, а также выяснение мнений родственников умершего больного относительно качества оказанной ему помощи. Результаты этих опросов учитывают при оценке местных потребностей, что используется в процессе планировании деятельности служб. В настоящее время вызывает интерес так называемый метод непрерывного повышения качества. Его можно применять в пределах одной службы или таким образом, чтобы разные бригады встречались в рамках «коллегиального сотрудничества». При любом варианте медицинские бригады, оказывающие помощь, детально оценивают качество своей работы, выявляют узкие места и предпринимают усилия по устранению недостатков в повторяющихся циклах планирования необходимых мер, их реализации, анализа результатов и вновь планирования (рис.6).



**Рис 6. Модель процесса совершенствования системы.**

Появляются сообщения с мест о весьма успешном применении этой методики. Распространению передового опыта среди медицинских учреждений может способствовать деятельность местных сетей общения по вопросам паллиативной помощи.

Хотя ситуация постепенно меняется, но традиционно паллиативной помощи уделялось мало внимания в процессе общего и практического обучения медицинских работников. Большинство учебников для будущих врачей и медсестер фактически не содержат сведений о медицинских аспектах финального периода жизни, за исключением информации о прогнозе. Этим, возможно, объясняется то, что медицинские работники нередко чувствуют себя недостаточно уверенно, когда необходимо сообщить пациенту о плохом прогнозе заболевания, оценить характер его последующего течения, обеспечить контроль симптоматики или помочь больному в принятии трудных решений. Это же отчасти объясняет, почему больных, нуждающихся в паллиативной помощи, не направляют для ее оказания либо это происходит слишком поздно. Тем не менее, имеются обнадеживающие данные о том, что многим необходимым навыкам можно обучить в процессе преддипломной и последующей подготовки медицинских работников.

Научные исследования показывают, что те из студентов-медиков, кому была предоставлена возможность длительного клинического наблюдения за онкологическими больными или общения с ними в процессе обучения коммуникативным навыкам, обнаруживали более глубокие знания, были лучше готовы выслушивать собеседника, обсуждать трудные темы и оказывать людям помощь в принятии решений. Имеются также данные в пользу того, что

дипломированные медсестры и врачи могут приобретать дополнительные навыки общения с больными посредством интенсивных курсов усовершенствования на последующих этапах своей профессиональной карьеры. Однако медицинским работникам бывает не всегда легко использовать эти навыки в своей повседневной деятельности. Это может означать, что программы обучения должны быть рассчитаны на более длительные сроки и содержать механизмы конструктивной обратной связи. Возможно, также, что руководству медицинских учреждений следует в большей мере стремиться к созданию соответствующей обстановки и модуса работы, способствующих применению таких навыков. Необходимо, чтобы у медицинских работников хватало времени для оказания высококачественной помощи и чтобы для этого были обеспечены все необходимые условия. Даже наиболее опытным профессионалам бывает трудно выполнять свои обязанности на оптимальном уровне, когда им приходится работать в атмосфере спешки и стресса, когда их усилия недостаточно оценены, а критика не носит продуктивного характера.

Оказание медицинской помощи, особенно при прогрессирующих и тяжелых заболеваниях, связано со все более сложными этическими проблемами. Поэтому крайне важное значение имеет коллективное обсуждение этих аспектов и соответствующее повышение квалификации медицинских работников. Речь идет о таких вопросах, как соблюдение принципа конфиденциальности; обсуждение прогноза и сравнение ожидаемой пользы от лечения с его неизбежными издержками; правильное ориентирование в условиях сложных взаимоотношений между больным и его близкими; документальные волеизъявления пациентов, связанные с терминальным периодом и смертью; справедливое распределение ограниченных ресурсов; анализ ситуации и общение с больным и его родственниками в случае поступления просьбы ассистированного суицида или эвтаназии; отказ от осуществления медицинских вмешательств или отмена лечения; принятие решений за пациентов, лишенных возможности общения (например, находящихся в коме).

Было бы нереалистичным предполагать, что растущие нужды в оказании паллиативной помощи можно удовлетворить за счет увеличения числа специалистов, занятых в этой области. Более вероятным путем решения данной проблемы, по-видимому, станет распространение соответствующих знаний и навыков среди широких кругов медицинских работников. Имеющиеся данные надежно подтверждают возможность повышения уровня знаний и формирования более правильных установок по вопросам паллиативной помощи среди работников первичного звена системы здравоохранения, однако потребуется двусторонний обмен опытом между специалистами и медицинскими работниками общего профиля. Ведь если имеется в виду обеспечить лучший доступ к услугам специализированной паллиативной помощи для пациентов с неопухолевыми заболеваниями, то и сами специалисты должны будут лучше изучить симптоматику этих заболеваний.

Все чаще говорят о том, что по мере развития здравоохранения, повышения уровня жизни и увеличения ее средней продолжительности люди, живущие в развитых странах, стали как бы «отчуждены» от явлений смерти и умирания, чего не было в прошлых поколениях. Ослабление религиозных и духовных убеждений также, возможно, приводит к тому, что людям становится все труднее открыто обсуждать вопросы, связанные со смертью. Она, как правило, находится так далеко от повседневной действительности, что люди перестают воспринимать ее как реальность и абсолютно не готовы к встрече с ней. Можно бросить упрек в адрес медицины, с позиций которой смерть - это всегда поражение, а не естественное событие, которое можно отодвинуть во времени, но которое рано или поздно все равно произойдет. В то же самое время ежедневные телевизионные новости и массовая культура заполнены тематикой и образами смерти других людей - внезапной, преждевременной, часто по чьей-то вине. Следует, однако, отдать должное средствам массовой информации в том, что

иногда они все же освещают судьбы людей, страдавших тяжелыми заболеваниями, но до самой смерти занимавших активную жизненную позицию и принесших значительную общественную пользу.

### **Навыки медицинских работников по оказанию паллиативной помощи**

Для оказания паллиативной помощи медицинские работники должны владеть рядом практических навыков для более качественного предоставления услуг. В ряд этих навыков входят как профессиональные медицинские (контроль симптомов заболевания и ведение инкурабельного пациента), так и умение общаться, умение грамотно и понятно предоставить информацию и многие другие.

#### *Контроль боли и другой симптоматики*

Эффективные методы избавления от боли существуют уже более 30 лет, имеется широкий выбор препаратов, предназначенных для облегчения боли при онкологических и других заболеваниях. Эпидемиологические наблюдения показывают, что при соблюдении клинических рекомендаций по контролю болевого синдрома удается добиться адекватного снижения болевых ощущений у 70-97% онкологических больных в далеко зашедших стадиях опухолевого процесса. Знания и установки медицинских работников в отношении болевого синдрома можно совершенствовать путем обучения, однако, исследований, посвященных вопросу использования полученных навыков в практике, проведено недостаточно. Более всего изучены краткосрочные меры, когда, например, медицинские сестры предлагают больным вести дневник своих болевых проявлений, а врачи применяют тактику, непосредственно направленную на ежедневную оценку уровня болевого синдрома с соответствующей коррекцией дозировки препаратов /21, 26/. В отличие от онкологических больных, вопросу стандартизированной оценки боли у пожилых людей с неопухолевыми заболеваниями уделяется относительно меньше внимания.

#### *Навыки общения*

Доверительное общение врача и пациента оказывает положительный эффект на целый ряд показателей, наиболее часто включая улучшение психологического состояния, более эффективный контроль болевого синдрома, улучшение показателей артериального давления и содержания сахара в крови /22, 27/. Способность медицинских работников поддерживать эффективное общение с близкими пациента и вовлекать их в процесс принятия решений постоянно выступает в качестве важной предпосылки позитивной оценки родственниками качества оказания помощи больному в терминальном периоде /28/. Навыки общения медицинских работников можно улучшить путем видеозаписи консультаций с последующим обсуждением, однако медикам требуется дополнительная помощь для того, чтобы они могли систематически использовать эти вновь приобретенные навыки в повседневной практике.

#### *Предоставление информации*

Ознакомление онкологических больных с протоколами или резюме наиболее важных медицинских обследований и консультаций, как правило, приносит пользу. Это повышает уровень осведомленности о своем заболевании и оценку качества оказания помощи /27/, не вызывая психологической травмы /26/. Однако при плохом прогнозе следует соблюдать осторожность и предоставлять информацию с обязательным учетом того, действительно ли больной хочет знать полную правду о своем состоянии /28/. Использование наглядных пособий, схем и т.п. может помочь медицинским работникам более понятно объяснить пациенту суть проводимого лечения, ответить на тревожащие его вопросы и, в конечном счете, повысить степень удовлетворенности оказываемой помощью /22/.

### *Моральная поддержка*

Духовные и религиозные потребности людей носят глубоко личный характер. Они часто выступают на первый план с приближением смерти, и поэтому должны учитываться при оказании паллиативной помощи. Имеются предварительные фактические данные о том, что духовные верования могут влиять на то, как больной человек справляется со своим состоянием, и даже на сам исход болезни. Они могут также влиять на то, как родственники справляются с постигшей их утратой /21/.

### *Психологическая поддержка*

Большое число разнообразных программ психологической помощи было испытано на протяжении более 40 лет в ходе свыше 150 рандомизированных исследований. Результаты были неоднородными, наблюдалась тенденция их варьирования в зависимости от вида болезни и периода наблюдения, при этом положительные результаты не отличались стойкостью. Больше всего фактических данных накоплено в пользу применения вспомогательной психотерапии, однако необходима дальнейшая работа для определения специфических потребностей пациентов и показаний к данному виду помощи.

### *Методы альтернативной медицины*

В целом среди населения к использованию средств альтернативной медицины тяготеют женщины менее преклонного возраста, воспринимающие их как более «естественный» и легче контролируемый вид лечения. Несмотря на интерес к использованию методов альтернативной медицины в паллиативной помощи, их объективная оценка настолько затруднена ввиду отсутствия стандартных дефиниций, малых объемов выборок, слабой выраженностью возможного эффекта и неадекватными методами его количественного измерения, что конкретные заключения пока не сделаны /19/.

### *Передача информации*

Обмен информацией между различными подразделениями и службами, а также между лечебными учреждениями и службами медико-социальной поддержки по месту жительства имеет важное значение в оказании помощи пожилым людям. Действующие в настоящее время механизмы зачастую не отвечают своему предназначению. Несмотря на недостаток практического опыта в данной области, по-видимому, наиболее эффективным путем обеспечения обмена информацией является наличие для каждого наблюдаемого пациента «ведущего сотрудника», «куратора» или «координатора» /22/.

### *Удовлетворение потребностей в оказании помощи в домашних условиях*

Другой немаловажный вопрос: возможно ли путем улучшения координации помощи создать необходимые условия для того, чтобы умирающий человек мог провести последние часы и минуты жизни у себя дома, если таково его желание. Проведенные испытания различных подходов к координации больничных и коммунальных служб показывают, что имеется возможность оказать помощь в большем проценте случаев, когда люди выражают желание умереть у себя дома. Имеются фактические данные, свидетельствующие о том, что обеспечение хорошо скоординированной поддержки позволяет также облегчить положение родственников, осуществляющих уход за больным /21/.

### *Оказание поддержки семье и близким*

Существуют различные службы в поддержку людей, осуществляющих уход за людьми преклонного возраста. Они включают службы помощи на дому, услуги сиделок, деятельность добровольных общественных организаций, групп поддержки,

индивидуальную психотерапию и обучение. Лица, осуществляющие уход, обычно бывают удовлетворены качеством помощи на дому и, если им приходится время от времени отлучаться от больного, ценят возможность использования услуг сиделок. Те немногие, кто участвует в групповых занятиях или записываются в группы поддержки, позитивно оценивают возможность открытого общения с другими людьми, однако объективные подтверждения эффективности таких групп недостаточно прочные. Необходима дальнейшая работа по выявлению приоритетных потребностей лиц, ухаживающих за престарелыми, а также того, в какой мере существующие службы могут им реально помочь /25/. Важно не упускать из виду, что предоставление этим людям возможности почувствовать, что к ним относятся внимательно и с пониманием, - это уже сама по себе важная задача оказания помощи.

Тревога и депрессия - это нормальная реакция на потерю или угрозу потери близкого человека. Медицинские работники, встречающиеся с людьми в то время, когда их многолетняя связь готова прерваться, как правило, не могут повлиять на эти глубинные эмоции. Тем не менее, они в состоянии помочь избежать дополнительных переживаний изоляции или растерянности путем предоставления адекватной и согласованной помощи, облегчающей страдания.

#### *Дневные стационары по оказанию специализированной паллиативной помощи*

Имеются объективные свидетельства в пользу того, что пациенты положительно относятся к возможности посещать дневные стационары паллиативной помощи, где они могут общаться с другими больными, задать вопросы персоналу, а также принять участие в проводимых мероприятиях. Остается, однако, неизученным вопрос, в какой мере посещения дневного стационара влияют на другие показатели, в частности, на качество жизни или облегчение симптоматики /20/.

#### *Психологическая поддержка близких после смерти больного*

В ряде исследований было показано, что родственники больных, умерших в условиях оказания специализированной паллиативной помощи, имели меньше психологических расстройств и неудовлетворенных потребностей по сравнению с родственниками больных, которые получали лишь стандартные виды помощи /21/.

Оценка необходимости поддержки и консультирования близких умершего расценивается как важный компонент паллиативной помощи. Остаются относительно мало исследованными вопросы прогностической достоверности подобных оценок, определения индивидуальных показаний для консультирования и эффективности индивидуальной терапии. Следует оговориться, однако, что все эти факторы весьма трудно поддаются анализу /22/.

#### **Развитие служб паллиативной помощи для пациентов с неопухолевыми заболеваниями**

Многопрофильные бригады представляют собой один из путей оказания помощи больным с сочетанными расстройствами. Они уже зарекомендовали себя в гериатрической практике и при ряде конкретных заболеваний. Так, например, бригадный подход к лечению больных с сердечной недостаточностью снижает показатели их госпитализации и улучшает выживаемость /15/.

#### *Специализированные медицинские сестры*

Результаты исследований показывают, что деятельность специализированных медсестер оказывает в целом благоприятное влияние на пациентов с сердечной недостаточностью и способствует обеспечению непрерывности помощи /17/. При заболеваниях системы дыхания



помощь, оказываемая такими сестрами, приводит к продлению жизни больных, но не оказывает влияния на ее качество; тем не менее пациенты позитивно оценивают домашние посещения, осуществляемые этой категорией медицинского персонала /22/.

#### *Услуги хосписов для пациентов с деменцией*

Результаты осуществления экспериментальных программ оказания паллиативной помощи и услуг хосписов пациентам в терминальной стадии деменции показывают, что этот метод может способствовать повышению комфортности пациентов и помочь лицам, ухаживающим за ними /20/.

В последнее время возрос интерес к вопросу заблаговременного планирования, когда человек решает, какую помощь он хотел бы получить в случае возникновения жизнеугрожающего заболевания. В результате составляются письменные указания для близких и медицинских работников, содержащие предпочтения и пожелания на тот случай, если сам человек будет не в состоянии принимать решения в результате болезни. Несмотря на надежды, что подобное планирование может снижать число не желаемых медицинских вмешательств в терминальном периоде жизни больного, не получено доказательств того, что имеющимся указаниям всегда следуют и что это оказывает какое-либо влияние на использование ресурсов или стоимость лечения /23/. В настоящее время проводится изучение более всесторонних методов. Равным образом не доказана эффективность интенсивной терапии в удовлетворении потребностей в паллиативной помощи пожилым людям /25/.

#### **Пробелы в исследованиях по вопросам эффективного оказания помощи**

Имеется острая необходимость в научных исследованиях по проблемам происхождения и методов контроля болевой и другой симптоматики при неопухолевых заболеваниях, имеющихся барьеров к доступу к помощи, а также по вопросам оказания помощи людям, страдающим неопухолевыми заболеваниями. Требуются более углубленные исследования по вопросам предоставления помощи пожилым людям и представителям различных культурных групп, изучение социальных, психологических и духовных аспектов паллиативной помощи, а также разработка методов оценки. Исследователи неизменно сталкиваются с трудностями, связанными с необходимостью соблюдения особо чуткого подхода при изучении потребностей больных, а также с проблемой поиска эффективных решений, совмещающих пожелания пациентов и их близких с другими объективными факторами.

Следует более полно использовать имеющиеся данные по паллиативной помощи, а также более активно разрабатывать механизмы систематического мониторинга возникающих потребностей в помощи и ее качества. Перспективными направлениями являются сравнительный анализ различных моделей оказания паллиативной помощи, с разным уровнем финансирования, а также международные сравнения. Большое значение при этом имеет оптимальный выбор индикаторов. Это могут быть показатели интенсивности применения морфина, доля пациентов с неопухолевыми заболеваниями среди получающих паллиативную помощь, доля пациентов, умерших в страданиях, а также показатели оказания паллиативной помощи пациентам, находящимся в домах престарелых.

После того, как научные исследования выявят нужды и определят эффективные меры по их удовлетворению, предстоит значительная работа по внедрению этих новых знаний в повседневную практику здравоохранения. Необходима финансовая поддержка инициатив, направленных на повышение квалификации медицинских работников на различных этапах их профессиональной карьеры, а также на развитие у них способности менять практику своей

работы при наличии необходимости. Следует осуществлять экспериментальные проекты по испытанию методов координации деятельности медицинских работников различных учреждений по оказанию паллиативной помощи.

Анализ фактических данных, полученных из многих стран, выявляет важность ключевых аспектов паллиативной помощи для онкологических больных и эффективность простых мер, направленных на улучшение состояния пациента. Эти меры включают адекватное облегчение боли и контроль других симптомов, внимательное общение с больным и предоставление информации, а также хорошо скоординированную помощь, оказываемую бригадами квалифицированных профессионалов с учетом пожеланий и предпочтений больных. Несмотря на то, что при неопухолевых заболеваниях относительно неопределенный прогноз затрудняет процесс планирования паллиативной помощи, у пациентов с такими заболеваниями имеются те же потребности, что и у онкологических больных, вышеперечисленные меры окажут на них такое же благоприятное влияние. Все это свидетельствует о том, что пришло время более активных и согласованных действий, направленных на улучшение помощи. При этом необходимо использовать простые, проверенные меры, с учетом потребностей пациентов и их близких, а также степени сложности и тяжести заболевания.

Масштаб потребностей в паллиативной помощи в условиях роста численности пожилых людей обуславливает необходимость комплексного подхода и применения принципов общественного здравоохранения. Речь идет о выявлении нужд пожилых людей, мониторинге тенденций и эффективности предпринимаемых мер, совершенствовании профессиональной подготовки кадров и информирования населения, а также формировании механизмов поддержки необходимых изменений поведения и практики.

Оказание паллиативной помощи пожилым людям необходимо отражать в планировании служб здравоохранения на национальном уровне. Каждая страна должна сама решить, насколько приоритетной является данная сфера и каков должен быть объем выделяемых ресурсов, но в этом вопросе должна быть достигнута полная определенность. Так, например, имеющийся опыт деятельности хосписов в США показал, что обеспечение их устойчивого финансирования и стабильности обусловило возможность долгосрочного планирования помощи, в частности, предоставления ее пациентам с неопухолевыми заболеваниями. Политика организации оказания паллиативной помощи должна быть согласована с другими направлениями политики охраны здоровья пожилых людей, а также с политикой по контролю конкретных видов патологии, таких, как ишемическая болезнь сердца и деменция.

Организаторы здравоохранения должны добиться того, чтобы паллиативная помощь стала неотъемлемой частью общего медицинского обслуживания, а не рассматривалась в качестве некой «дополнительной услуги». Необходимо стимулировать повышение эффективности помощи, осуществлять мониторинг и применять меры поощрения медицинских учреждений при улучшении качества обслуживания. Эффективная паллиативная помощь пожилым людям требует развития сотрудничества между гериатрическими медицинскими бригадами, домами престарелых и персоналом, оказывающим паллиативную помощь.

Можно было бы значительно облегчить страдания людей преклонного возраста путем более широкого использования уже известных лечебных методов. Одна из трудностей в этом отношении, по-видимому, заключается в недостаточной подготовке медицинских работников в области контроля боли и другой симптоматики, а также в неохотном применении наркотических анальгетиков в первичном и вторичном звеньях системы здравоохранения, вне условий специализированного этапа оказания помощи. Решение этой проблемы потребует

дополнительного обучения и практической подготовки всех сотрудников, оказывающих помощь в различных условиях, в том числе в домах и пансионатах для престарелых, в больницах, а также на дому.

Область исследований по проблемам удовлетворения потребностей людей, страдающих и умирающих от неопухолевых заболеваний, развита недостаточно. Имеется мало конкретных сведений о путях эффективной организации паллиативной помощи в домах либо пансионатах для престарелых или о потребностях людей старше 80 лет, находящихся в любых условиях. В целом, имеет место также недостаток эмпирических данных о том, как оптимальным образом внедрить результаты научных исследований в практику. Сравнительная неопределенность прогноза при неопухолевых заболеваниях затрудняет процесс планирования служб. Тем не менее, для эффективного облегчения страданий больного достаточно таких простых мер, как надежное избавление от боли, внимательное общение с пациентом, предоставление ему информации и оказание координированной помощи силами квалифицированных специалистов. Маловероятно, чтобы подобные подходы значительно отличались в зависимости от той или иной болезни или страны. Это заставляет обоснованно утверждать, что настало время предпринимать более активные и согласованные усилия по совершенствованию систем оказания паллиативной помощи, концентрируясь на применении простых и эффективных мер, определяемых сложностью и тяжестью заболевания, а также потребностями пациента и его близких.

Успехи движения за создание хосписов и развитие паллиативной помощи, достигнутые за последние 30 лет, свидетельствуют об эффективности паллиативной помощи в улучшении качества жизни на ее финальном отрезке. Накопление специальных знаний и опыта в области оказания помощи онкологическим больным и их близким сопровождается значительной общественной поддержкой деятельности в данном направлении. Специалисты все в большей мере склоняются к мнению о том, что эту модель оказания помощи следует адаптировать и для пациентов с неопухолевыми заболеваниями, базируясь при этом в большей мере на фактических потребностях, нежели чем на данных диагноза или прогноза.

Однако знаний и благих намерений недостаточно для претворения этих подходов в реальную практику. Для того, чтобы добиться улучшения паллиативной помощи пожилым людям, необходимо быть готовым внимательно прислушиваться к их мнению, учитывать интересы их близких, прилагать творческий подход и упорство для преодоления имеющихся препятствий на всех уровнях системы здравоохранения. Эти препятствия представляются следующими:

- недостаточная осведомленность и осознание масштаба проблемы;
- отсутствие четкой политики по оказанию паллиативной помощи, как относительно пожилых людей, так и относительно заболеваний, которыми они чаще всего страдают;
- недостаточная интеграция и координация паллиативной помощи, оказываемой в различных условиях и различными службами здравоохранения;
- дефицит традиций или навыков оказания паллиативной помощи в учреждениях, где осуществляется уход.

## СОСТОЯНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

### Состояние здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан

Традиционно, состояние здоровья населения страны начинается с характеристики средней и ожидаемой продолжительности жизни. Тенденции ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане такие же, какие можно наблюдать в странах СНГ, тем не менее, средняя продолжительность жизни в Казахстане остаётся ниже средней продолжительности по СНГ, и после 1991 года продолжительность жизни резко снизилась. После развала СССР последовало резкое сокращение продолжительности жизни. В Казахстане, продолжительность жизни снизилась с 68,81 в 1990 году до 64,4 в 1996 году и снова повысилась до 66,9. Тем не менее, несмотря на экономический рост, она остаётся на 2 года меньше уровня 1990 года, и была более чем на 13 лет меньше чем средняя продолжительность жизни в Евросоюзе -15, где в 2004 году была зафиксирована на уровне 79,43 лет /11/.

Как и везде по всему бывшему Советскому Союзу – имеется огромный разрыв в продолжительности жизни между полами. В 2006 ожидаемая продолжительность жизни у мужчин составила 60,55 года, в то время как у женщин эта цифра составила 72,03 года. Продолжительность жизни мужчин по сравнению с женщинами также круто упала в первой половине 90-х с 63,9 до 58,93 в 1996 году. (WHO 2006a) Самая большая смертность была отмечена среди мужчин трудоспособного возраста. Между 1987 и 1995 годами уровень смертности среди мужчин 30-44 лет увеличился более чем вдвое, и вырос почти на 75% среди мужчин 45-54 лет. (Беккер и Уржумова 2005) Так же существуют различия в продолжительности жизни между регионами. Так, например, более процветающие районы Алматы и столица Астана) имеют существенные преимущества в продолжительности жизни, по сравнению с другими более бедными районами. ( Беккер и Уржумова 2005) /10/ .

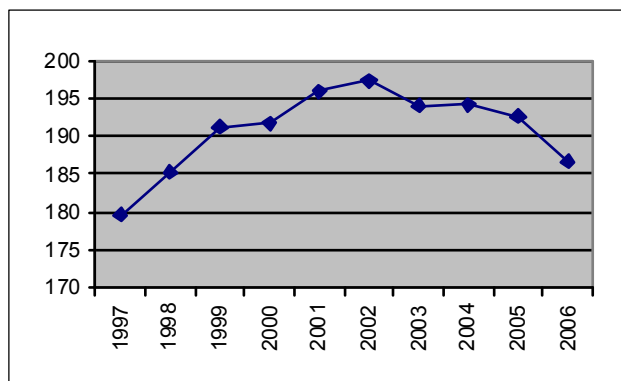
Тем не менее, должно быть отмечено, что реальная продолжительность жизни может быть даже меньше чем в официальной статистике. Причиной тому – незафиксированная смертность новорожденных, о чем описывается ниже. Учет этих факторов приводит к продолжительности жизни в 61 год в 2003 году, что на 4 года меньше чем указано в официальной статистике. (Rechel, Shapo et al. 2005) /10/.

Снижение продолжительности жизни в Казахстане, в 1990-х во многом связано со смертностью от сердечнососудистых заболеваний, в особенности среди мужчин среднего возраста. По данным Агентства РК по статистике в Республике Казахстан в 2004г. 30,3% не дожили до возраста 60 лет /12/.

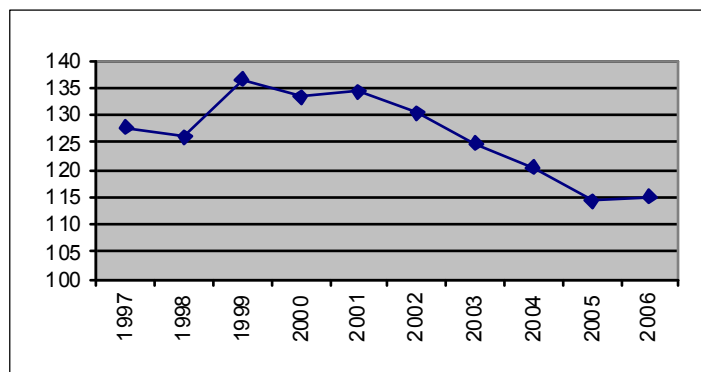
В то же время, по данным ООН Казахстан относится к странам с ускоренными темпами старения, и к 2050 году 25% населения будет относиться к лицам старшего возраста. Вместе с этим показателем будут увеличиваться показатели заболеваемости в пожилом возрасте, показатели онкологической заболеваемости. Вопросы оказания паллиативной помощи будут все более и более актуальны с точки зрения проблем здоровья /12/.

Пока нет статистических данных о том, сколько лиц старшего возраста нуждается и будет нуждаться в паллиативной помощи, однако необходимость существования такого учреждения очевидна. Об этом свидетельствуют статистические данные по республике. Высокий показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями, несмотря на некоторое снижение за последние пять лет. В структуре заболеваемости, в четверке

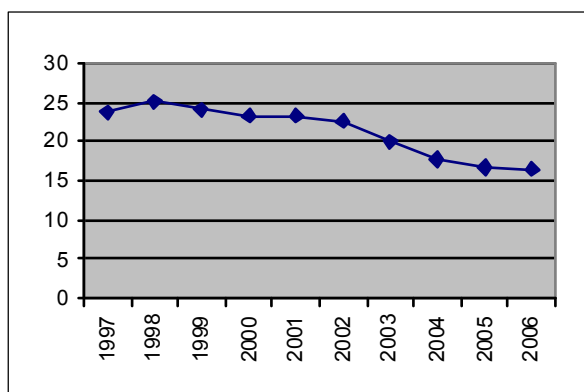
лидирующих локализаций по стране находятся рак легкого, рак желудка, рак кожи и рак молочной железы. Показатель смертности за последние десять лет имеет стойкую тенденцию к снижению, при этом смертность от злокачественных новообразований остается на третьем лидирующем месте. Такой немаловажный показатель как показатель болезненности (распространенности злокачественных новообразований) из года в год растет, в среднем ежегодный прирост составляет 12 на 100 тыс. населения. Удельный вес зарегистрированных лиц с IV стадией заболевания за последние десять лет снизился на 7,3%. При всем при этом практически 1/5 часть пациентов с онкозаболеваниями – это пациенты со злокачественными новообразованиями IV стадии, нуждающиеся в соответствующей профессиональной медико-психологической помощи /2, 6, 9/.



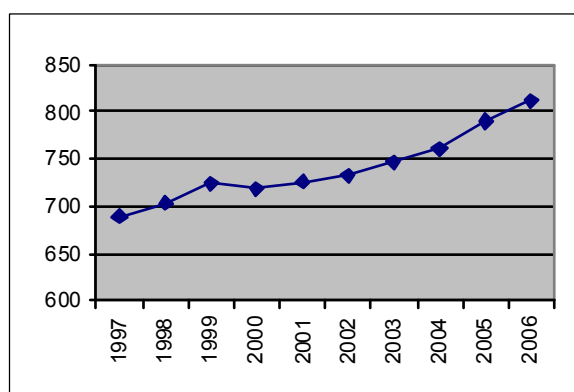
**Рис.8. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в РК**



**Рис.9. Смертность от злокачественных новообразований в РК**



**Рис.10. Удельный вес IV стадии злокачественных новообразований в РК**

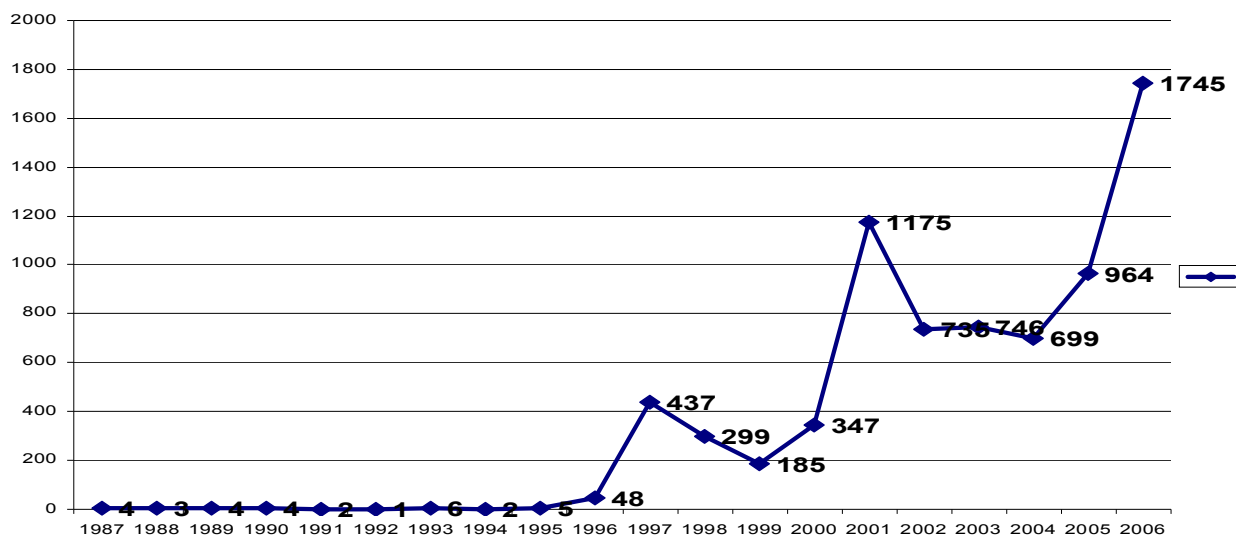


**Рис.11. Распространенность злокачественных новообразований в РК**

С другой стороны, увеличиваются показатели социально-значимых заболеваний в стране, которые охватывают трудоспособное население страны и требуют к себе пристального внимания со стороны общества еще и с позиций новой концепции оказания паллиативной помощи.

В течение более чем 20 лет эпидемия ВИЧ-инфекции является предметом огромного беспокойства всего мирового сообщества. По оценкам экспертов, к 2006 году число людей, живущих с ВИЧ, достигло 40 миллионов человек. В 2006 году почти 5 миллионов человек заразились ВИЧ, и в этом же году эпидемия унесла жизни 3-х миллионов человек.

В Республике Казахстан эпидемию удастся сдерживать на начальной стадии (ВИЧ сконцентрирован в основном среди потребителей инъекционных наркотиков, работниц коммерческого секса). Однако возможность ухудшения ситуации велика, поскольку поведение, практикуемое в первую очередь лицами, употребляющими наркотики инъекционно, а также работницами коммерческого секса, не является безопасным, уровень знаний молодежи о путях передачи ВИЧ и способах, позволяющих избежать заражения, невысок, безопасное поведение в плане заражения ВИЧ практикуется не всегда.



**Рис. 12. Количество ежегодно регистрируемых случаев ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан**

Помимо международных обязательств в Казахстане одобрена и выполняется Программа по СПИДу на 2006-2010 годы, вопросы ВИЧ и СПИДа интегрированы в секцию по социальной политике Плана стратегического развития Казахстана до 2010 года. Противостояние эпидемии является также важной частью Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.

Первый случай ВИЧ-инфекции в Казахстане был зарегистрирован в 1987 году. С этого времени к 1 июля 2007 года, то есть за 20 лет со времени выявления первого случая ВИЧ, в Казахстане зарегистрировано 8388 человек, живущих с ВИЧ, 558 поставлен диагноз СПИД, включая 23 ребенка. 453 больных умерло от СПИДа, в том числе 3 ребенка до 14 лет (данные материалов Цели развития тысячелетия в Казахстане, 2007).

По оценочным данным, число людей, живущих с ВИЧ в Казахстане, составляет 16 000 человек, что почти в два раза превышает число зарегистрированных случаев. Динамика регистрации выявленных случаев ВИЧ характеризуется неуклонным нарастанием числа вновь выявленных случаев. Так, в 2005 году число зарегистрированных случаев превысило число выявленных в 2004 году в 1,4 раза (964 и 699, соответственно); в 2006 году превысило число зарегистрированных в 2005 году почти в два раза (1745 и 964, соответственно). Только за шесть месяцев 2006 года зарегистрировано 988 новых случаев ВИЧ. Случаи ВИЧ зарегистрированы во всех 14 областях Республики Казахстан. Наиболее пораженными областями являются Павлодарская, Карагандинская области и город Алматы, на которые приходится почти 60% всех зарегистрированных случаев.

Особое внимание заслуживает также и Южно-Казахстанская область, где в 2006 году была зарегистрирована внутрибольничная вспышка ВИЧ-инфекции в нескольких детских госпиталях. Причиной внутрибольничного распространения ВИЧ-инфекции послужили нарушения правил безопасного переливания крови и санитарно-эпидемиологического режима в больницах. Число пострадавших детей составило 114 человек.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Казахстане распространяется преимущественно среди лиц, употребляющих наркотики инъекционным путем. Потребители наркотиков составляют 74% среди всех выявленных лиц с ВИЧ.

Отмечается рост гетеросексуального пути передачи, так, в 2006 году он составил 16,5%, в то время как в 2001 году – 5%. Из числа лиц, живущих с ВИЧ, 75% процентов составляют мужчины. Однако отмечается увеличение количества женщин с ВИЧ, большинство из которых заразились от половых партнеров – потребителей наркотиков (в 2001 году доля женщин составляла 10%, а в 2007 уже 26%). От женщин с ВИЧ родилось 296 детей, ВИЧ-инфекция подтверждена у 21 ребенка. Характерной чертой эпидемии является и то, что она наиболее затронула молодежь. Среди людей с ВИЧ в Казахстане 50% составляет молодежь в возрасте 20-29 лет, причем 72% людей, живущих с ВИЧ, нигде не учатся и не работают. 30% от общего числа зарегистрированных были выявлены в местах лишения свободы.

К 2007 году антиретровирусную терапию получали 50% нуждающихся (352 из 700). Все беременные женщины, выявленные как ВИЧ-позитивные, получали полный комплект профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Все дети, рожденные от матерей с ВИЧ, получали заменители грудного молока.

Лица, употребляющие наркотики инъекционно, остаются основной движущей силой эпидемии ВИЧ в Казахстане. Оценочная численность этой группы составляет 140 000 человек, что свидетельствует о том, что 2% населения в возрасте 18-49 лет вводит наркотики инъекционно. Причиной широкого распространения потребления наркотиков может являться то, что Казахстан находится на пересечении путей транспортировки опиатов из Афганистана в Европу. По данным исследований, 80% потребителей вводят героин, 16% употребляют «ханку». Предотвращение распространения ВИЧ в этой уязвимой к ВИЧ группе было всегда приоритетом Правительства Казахстана. С 2001 года программы «Снижение вреда» интегрированы в национальную политику и являются частью национальных программ по СПИДу.

По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН), проведенного в Казахстане в 2006 году, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила 3,4%, что соответствует уровню 2005 года. По данным поведенческих исследований, знают о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ 47% наркопотребителей, однако только 14% лиц этой группы практикуют безопасное инъекционное и половое поведение. Это подтверждается высокой распространенностью гепатита С (64,5%) и сифилиса (11,1%)<sup>1</sup>.

Как видно из приведенных данных, потенциал дальнейшего распространения ВИЧ в этой группе высок. А тот факт, что эта группа служит «мостиком» передачи ВИЧ основному населению, делает ее чрезвычайно важной в эпидемиологическом процессе.

---

<sup>1</sup> Результаты дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан за 2006 год, представленные на совещании в Алматы, 9-10 Апреля 2007 г.

По оценке, проведенной Республиканским центром СПИДа Казахстана, численность группы женщин, оказывающих сексуальные услуги за деньги, составляет 20 000. По данным дозорного эпидемиологического надзора, распространенность ВИЧ в этой группе составляет 2,5%, распространенность сифилиса – 26,2%, гепатита С – 17,3%. Причем распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса значительно выше у тех работниц секса, которые употребляют наркотики (5,8%, 67,5% и 35,4%, соответственно).

Уровень знаний о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики у работниц секса (РС) в 2006 году составил 58%, что свидетельствует об улучшении знаний по сравнению с 2005 годом (39%), хотя все еще является недостаточным<sup>1</sup>. РКС – это группа, которая исторически подвергается дискриминации и стигматизации. Наличие не леченных гинекологических и венерических заболеваний; неравноправие властных взаимоотношений между полами, вследствие которого женщины не всегда могут контролировать свое сексуальное поведение, в частности, добиться защищенного полового контакта с клиентом, – все это делает работниц секса особенно уязвимыми к ВИЧ и, соответственно, увеличивает возможность выхода эпидемии за пределы этой группы.

Во всем мире распространенность ВИЧ в пенитенциарных учреждениях выше, чем в общей популяции. В Казахстане, по данным ДЭН, распространенность ВИЧ составила 1,0%, в то время как среди общего населения она составляет 0,1%. В 2006 году распространенность сифилиса составила 13,6%, а гепатита С – 40,1%. Что касается динамики, то распространенность ВИЧ за 4 года увеличилась в три раза, распространенность вирусного гепатита С увеличилась в 1,3 раза по сравнению с 2003 годом, а сифилиса возросла в 1,2 раза за два года. При этом, доступность презервативов в исправительных учреждениях Казахстана возросла за период с 2005 по 2006 год с 66% до 88%. Кроме того, доступность дезинфицирующих средств в Казахстане возросла с 80% – в 2005 году до 89% – в 2006 году. Исследования показали, что осужденные достаточно хорошо осведомлены о путях передачи ВИЧ и мерах профилактики, уровень информированности заключенных составил 64,6%. Достаточно высокая распространенность ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди осужденных может свидетельствовать о том, что, во-первых, в местах заключения не применяется практика безопасного секса и вводятся наркотики нестерильным оборудованием, и во-вторых, контингентом заключенных, которые при заключении могут быть инфицированы названными заболеваниями. В местах лишения свободы проводятся такие профилактические мероприятия, как повышение информированности о ВИЧ и СПИДе, обеспечена раздача презервативов и дезинфекционных растворов, однако обмена шприцев и игл не производится. Следует отметить, что количество заключенных, обследованных на ВИЧ, возросло с 61% (2005 год) до 72% (2006 год)<sup>1</sup>.

В некоторых странах мира мужчины, имеющие секс с мужчинами, являются одной из самых затронутых эпидемией ВИЧ групп населения. В 1987 году в СССР первый случай ВИЧ-инфекции был зарегистрирован у мужчины, имевшего секс с женщиной, и в течение нескольких последующих лет эпидемия распространялась в этой группе. По данным дозорного эпидемиологического надзора, распространенность ВИЧ в этой группе в Казахстане составляет 0% на протяжении периода 2003-2006 гг., что не противоречит данным регистрации, так как уровень распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), действительно очень низкий. 83% МСМ указали на использование презерватива во время последнего анального сексуального контакта. Уровень знаний о ВИЧ составил 54%. Благоприятная ситуация по ВИЧ в этой группе может быть обусловлена тем, что эта популяция отличается высоким уровнем образования и мотивирована на сохранение здоровья. Кроме того, по Казахстану 71% МСМ охвачены профилактическими мероприятиями и 65% в 2006 году прошли



тестирование на ВИЧ<sup>1</sup>. Однако, имея в виду, что доступ к лицам этой группы затруднен, отчасти в связи с исторически сложившейся стигматизацией сексуальных отношений между мужчинами, возможно, что лица с ВИЧ не вошли в выборку при проведении дозорных исследований. Потому вероятно, что эпидемия ВИЧ среди лиц этой группы протекает невидимо, и истинная ситуация может быть не такой благоприятной.

Несмотря на то, что по сравнению с 2005 годом у молодежи выросла осведомленность о мерах профилактики с 34% до 39%, половое поведение все еще остается опасным в плане заражения ВИЧ. Так, с непостоянным партнером презервативом пользовались 84% опрошенной учащейся молодежи. В течение последних 12 месяцев 9,2% опрошенных мужчин наблюдали у себя хотя бы один из симптомов ИППП. При этом только треть обратилась за медицинской помощью. Наличие симптомов ИППП подтверждает опасное половое поведение в плане заражения ВИЧ (наличие большого числа половых партнеров без использования презерватива)<sup>2</sup>.

Существующие в стране гендерные стереотипы и различия повышают уязвимость женщин к ВИЧ. По данным исследований, проведенных среди женщин сельской местности, инициатива во всех сферах, включая половую, принадлежит мужчинам, неверность мужа не осуждается обществом, имеют место факты насилия в отношении женщин в некоторых селах Казахстана, инициатива по использованию презервативов принадлежит мужчинам. Женщины, по сравнению с мужчинами, реже имеют оплачиваемую работу, что снижает их доступ к медицинским услугам, и в первую очередь к ранней диагностике заболеваний<sup>3</sup>.

В Казахстане существуют значительные предпосылки для стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В 2006 году был проведен опрос общественного мнения по выявлению осведомленности, отношения и практики в отношении ВИЧ/СПИД. Было проинтервьюировано 3200 молодых людей. Половина опрошенных согласна с утверждением, что ВИЧ-инфицированных необходимо изолировать от общества. Преобладающее отношение к ЛЖВ со стороны сельских жителей республики – боязнь, агрессия. На отношение влияют и обстоятельства заражения. Если человек заразился «правильным путем» (через переливание инфицированной крови, в больнице и т.п.), то преобладает сожаление, если «неправильным» (употребление наркотиков грязным шприцем, половые контакты) – осуждение. Многие считают, что ЛЖВ надо изолировать от общества: нежелательно, чтоб они учились, работали вместе со здоровыми людьми<sup>4</sup>.

Роль ЛЖВ в оказании консультирования, поддержки и ухода для других людей с ВИЧ, значительна. Однако в Казахстане людей с ВИЧ, вовлеченных в эту деятельность, крайне мало, только один человек открыто говорит о своем положительном статусе. Вызывает озабоченность и малое количество НПО, работающих с этим контингентом.

С момента регистрации первого случая в 1987 году в республике создана система центров СПИД (центры имеются во всех 14-ти областях республики во главе с Республиканским центром, расположенным в Алматы), развернута сеть лабораторий, учреждено 253 кабинета добровольного тестирования и консультирования, развернуто 130 пунктов

<sup>2</sup> Отчет по результатам социологического исследования: знания о ВИЧ/СПИДе, отношение, практика среди учащейся и работающей молодежи Казахстана (подготовлен для Республиканского Центра СПИД). Казахстан, Алматы-2006. Центр изучения общественного мнения.

<sup>3</sup> Гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа в Казахстане. Казахстан, Алматы – 2006. Центр изучения общественного мнения.

<sup>4</sup> Гендерные аспекты ВИЧ/СПИДа в Казахстане. Казахстан, Алматы – 2006. Центр изучения общественного мнения.

доверия, осуществляющих обмен шприцев и игл в рамках программ снижения вреда. В Казахстане мобилизован неправительственный сектор, 60 организаций которого в сотрудничестве с профессиональными организациями реализуют мероприятия по борьбе с ВИЧ.

В Казахстане налажен эпидемиологический надзор за ВИЧ – постоянный сбор данных об уровне и динамике распространения ВИЧ по регионам страны, по наиболее пораженным группам, по времени распространения в целях создания эффективных программ по профилактике ВИЧ. Система эпидемиологического надзора за ВИЧ в Казахстане основана на регистрации случаев ВИЧ, но также обогащена и эпидемиологическим надзором второго поколения, включающим как серологические, так и поведенческие исследования. Основой ответа страны на эпидемию являются программы по противодействию ВИЧ.

В 2005 году закончился срок реализации Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года № 1207, реализованные мероприятия вышеуказанной программы способствовали удержанию эпидемии ВИЧ в стране на низком уровне.

Для поддержки программы были мобилизованы ресурсы международных доноров, в том числе 22,4 млн. долларов США от Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее – ГФСТМ) на период с 2004-го по 2008 год. Данный грант был выделен в рамках Соглашения о реализации гранта между ГФСТМ и основным получателем гранта – Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подписанного 29 июля 2003 года. В процессе реализации программы Казахстану оказывали поддержку международные партнеры, в том числе организации системы ООН: ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, организации Правительства США: ЮСАИД, СДС, международные неправительственные организации (далее – НПО): PSI, «СПИД – фонд «Восток – Запад», фонд «Сорос – Казахстан». Страна подготовила и предоставила заявку на 7 раундов Глобального фонда в размере 35 миллионов долларов США. Странам Центральной Азии, включая Казахстан, оказывает поддержку ряд региональных проектов: Центрально-азиатский проект по контролю СПИДа (финансируемый Всемирным банком и Департаментом международной помощи Великобритании), проектом «Потенциал» (финансируемым ЮСАИД).

Предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, безусловно, является приоритетным направлением в Республике Казахстан. В программе предусмотрены мероприятия по безопасности крови, поскольку переливание зараженной крови или ее препаратов является одним из самых «эффективных» путей распространения ВИЧ-инфекции; профилактике вертикальной передачи; внедрению информационных и профилактических программ для молодежи и населения в целом; профилактическим программам для наркопотребителей «Снижение вреда», для секс-работников.

Поскольку лечение и психологическая поддержка являются жизненно важными составляющими помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ, Правительство Казахстана проводит как лечение пациентов с оппортунистическими инфекциями, так и лечение при помощи высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Обеспечение равного доступа к ВААРТ для всех лиц с ВИЧ – это одна из задач стратегии всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке, реализуемым в Казахстане. В республике организована система диспансеризации и оказания медицинской помощи людям с ВИЧ, налажено предоставление ВААРТ.

В настоящее время разработана и ожидает утверждения программа для лиц в местах лишения свободы Министерством юстиции. Разработан и утвержден ряд областных

программ по профилактике ВИЧ, включая программу Южно-Казахстанской области, в которую наряду с лечебными, профилактическими мероприятиями включены мероприятия по смягчению последствий нозокомиальной вспышки ВИЧ.

Республика Казахстан является одной из стран, где принят и действует Закон «О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД» (5 октября 1994 года). В 2006 году в закон внесены дополнения.

В Декларации об обязательствах, принятой 26-й Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН в 2001 году, особо подчеркнуто, что для успешного противостояния эпидемии необходимо сильное политическое руководство и мультисекторальное сотрудничество. В Республике Казахстан, несомненно, высока роль органов здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора в вопросах профилактики и лечения ВИЧ и СПИДа, однако у проблемы ВИЧ есть и другие аспекты, решение которых отнесено к компетенции различных учреждений и организаций.

К ним относятся вопросы социальной защиты, борьбы с наркоманией, культуры, науки, образования, труда, миграции, требующие комплексного регулирования и координации. В случае несогласованной деятельности министерств и ведомств их деятельность будет неэффективной и нерентабельной.

В связи с вышеизложенным постановлением Правительства Республики Казахстан от 3 февраля 2005 года создан Национальный координационный совет по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан, а 11 апреля 2001 года внесены изменения в его состав. Совет возглавляет министр здравоохранения, в его состав вошли представители всех заинтересованных министерств и ведомств.

Совершенствование законодательной базы по социальной защите и поддержке людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей – приоритетное направление по противостоянию эпидемии, особенно в связи с регистрацией внутрибольничной вспышки среди детей-пациентов ряда больниц в Южно-Казахстанской области. Закрепление в нормативных документах доступа в детские учреждения на равных условиях с другими детьми поможет преодолеть изоляцию детей с ВИЧ и облегчит их социальную адаптацию. Важно предусмотреть и равный доступ к медицинским услугам и обслуживанию для всех категорий людей, живущих с ВИЧ, в данном случае для заключенных.

Для более эффективного лечения необходимо усиление работы в области приверженности к терапии, своевременного пересмотра и усовершенствования существующих протоколов в соответствии с лучшими международными стандартами, слежение за своевременной закупкой антиретровирусных препаратов и их распределением в регионах. Важным аспектом является и расширение спектра антиретровирусных препаратов на фармацевтическом рынке страны. Кроме того, необходимо осуществлять периодическую подготовку и переподготовку врачей и среднего медицинского персонала, позволяющую отслеживать отрицательные реакции на препараты и при необходимости менять схемы лечения, повышать уровень знаний специалистов в области ВИЧ и СПИДа у взрослых и детей. Эффективное применение ВААРТ невозможно без хорошо оснащенных лабораторий, позволяющих следить за изменениями в иммунной системе больного и выявлять устойчивые к лекарствам формы ВИЧ и принимать меры по снижению опасности появления ВИЧ с лекарственной устойчивостью. Дальнейшее укрепление лабораторий ПЦР-диагностики – это неперенный атрибут успешного лечения.

Особое место занимает лечение ВИЧ-инфекции у наркозависимых. Необходимо разработать схемы специфической терапии ВИЧ-инфекции для потребителей наркотиков, уделив внимание «приверженности» к терапии, а также тому, что такие пациенты могут находиться на заместительной терапии, и в таком случае необходимы специальные протоколы по одновременному лечению антиретровирусными препаратами и препаратами

заместительной терапии (с учетом их сочетания и взаимодействия). Учитывая тесную связь эпидемии ВИЧ-инфекции и эпидемии наркомании, разработка и внедрение эффективных программ по реабилитации наркозависимых.

Учитывая, что 80% ВИЧ-инфицированных в регионе – это наркопотребители, страдающие сочетанными инфекциями, необходимо также разработать схемы лечения для лиц с ко-инфекцией: ВИЧ-инфекция + гепатит С/В.

В области поддержки и ухода, на этапе развития эпидемии ВИЧ необходимо *обеспечение психологической и социальной поддержки* людям, живущим с ВИЧ, нейтрализующей негативное влияние стресса высокой интенсивности и обеспечивающей сохранение полноценной жизни. Для достижения этой цели необходимо укреплять неправительственные организации, особенно те, которые работают с людьми, живущими с ВИЧ, а также усиливать институт социальных работников. Вовлечение в эту работу лиц, живущих с ВИЧ, создание групп помощи и взаимопомощи, преодоление стигмы и дискриминации, соблюдение прав ЛЖВС – приоритетные направления для Казахстана.

На этапе оказания паллиативной помощи данному контингенту необходимо помнить о том, что течение ВИЧ/СПИД имеет волнообразный характер, периоды улучшения самочувствия сочетаются периодами ухудшения состояния здоровья. В данном случае оказание паллиативной помощи будет иметь свои особенности.

Таким образом, при выполнении мероприятий, изложенных выше, можно ожидать устойчивой стабилизации ситуации по ВИЧ-инфекции в Казахстане. Однако успех возможен только при совместных усилиях всех заинтересованных сторон – Правительства, государственных организаций, гражданского общества, неправительственных организаций, организации людей, живущих с ВИЧ, частного сектора, средств массовой информации, которые должны усилить свой ответ на эпидемию ВИЧ, объединить силы, увеличить ресурсы, ускорить оперативность решения стратегических задач. От того, насколько эффективным будет заслон ВИЧ-инфекции, зависит будущее Казахстана.

Одним из приоритетных ключевых направлений социальной политики Республики Казахстан является борьба с туберкулезом. Это прежде всего подчеркивается в ежегодном Послании Президента Республики Казахстан народу Казахстана и отражено в государственных нормативных актах – отраслевой программе «Усиление борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2004-2006 гг.», утвержденной постановлением Правительства РК от 13 августа 2004 г. № 850, а также в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения в Республике Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента РК от 13 сентября 2004 года № 1438. Отраслевая Программа по туберкулезу на 2004-2006 гг. с объемом финансирования и распределения средств из республиканского и местного бюджетов в сумме \$13 млн. 413,5 тыс. (доля республиканского бюджета равна 13,3%) предусматривает следующие мероприятия:

- разработку первоочередных мер, направленных на стабилизацию и улучшение ситуации по туберкулезу в стране;
- организацию лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий на всех этапах ведения больных туберкулезом с привлечением сети первичной медицинской санитарной помощи (ПМСП) с соблюдением единых протоколов ведения больных туберкулезом;
- интеграцию противотуберкулезной службы с другими государственными органами и ведомствами;
- совершенствование Национального регистра больных туберкулезом;

- укрепление материально-технической базы организаций всех звеньев противотуберкулезной службы, в том числе в пенитенциарной системе, путем обеспечения противотуберкулезных учреждений республики рентгенодиагностическим оборудованием, микроскопами высокой разрешающей способности, рентгенофлюорографическими пленками и химическими реактивами;
- поэтапное открытие специализированных отделений при областных противотуберкулезных диспансерах для лечения больных с хроническими формами туберкулеза с постоянным бактериовыделением;
- реорганизацию специализированных отделений, имеющих на базе областных противотуберкулезных учреждений, для принудительного лечения больных туберкулезом, страдающих заразной формой заболевания, уклоняющихся от лечения;
- продолжение научных исследований с внедрением новейших методов диагностики, лечения в практическое здравоохранение;
- социальную поддержку больных туберкулезом и медицинских работников противотуберкулезных организаций;
- повышение квалификации, уровня знаний специалистов противотуберкулезной службы.

С целью стабилизации и улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу постановлением Правительства РК от 3.02.2005 г. № 99 «О создании Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан» создана техническая рабочая группа по туберкулезу высокого уровня, целью которой является техническое содействие Правительству Республики Казахстан в дальнейшем развитии и внедрении Национальной противотуберкулезной программы.

Разработаны и утверждены приказ по ТБ МЛУ, Руководство по туберкулезу и туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью.

Во всех областях и регионах утверждаются региональные программы борьбы с туберкулезом на 2008-2010 гг. Подготовлен План действий борьбы с туберкулезом на межведомственном уровне в Республике Казахстан на период 2008-2012 гг.

Все больные с бацилловыделением, состоящие на диспансерном учете, охватываются культуральным обследованием на наличие лекарственной резистентности согласно международным рекомендациям. В диспансерном разделе работы противотуберкулезной службы в корне пересмотрена система регистрации всех больных туберкулезом и их исходов лечения, которая будет проводиться строго по месту выявления и проживания, независимо от места прописки, отдельно для постоянно проживающих жителей, миграционного населения и заключенных.

В соответствии с Законом РК от 10 декабря 1999 г. № 496-І ЗРК «О принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза» в республике действуют 9 специализированных отделений при областных противотуберкулезных диспансерах для принудительного лечения больных заразной формой туберкулеза с коечной мощностью 305.

Укрепляется материально-техническая база лабораторий областных и региональных противотуберкулезных диспансеров, их оснащение современным лабораторным оборудованием и ежегодное повышение квалификации врачей-бактериологов и лаборантов, создание системы контроля за качеством исследований, что позволяет проводить работу по культуральному исследованию мокроты больного и определению профиля лекарственной устойчивости. В 1999 г. Казахстан включен в Программу ВОЗ по изучению лекарственной устойчивости на мировом уровне.

С этой целью референс-лаборатория Национального центра проблем туберкулеза РК (далее – НЦПТ РК), единственная в странах СНГ, прошла тестирование на контроль качества в суперациональной лаборатории в г. Борстель (Германия) и получила статус Национальной референс-лаборатории.

Основными методами выявления туберкулеза в Казахстане являются клинический, лучевой и бактериологический методы, а у детей – иммунологический, клинический и частично лучевой.

Проведение дифференцированных обследований населения, представляющих группу риска, направленных на ежегодный охват с целью раннего выявления туберкулеза, является важной составной частью стабилизации и улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Одним из важных показателей, определяющих своевременность выявления туберкулеза, является удельный вес деструктивных форм среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, который снизился с 48,0% – в 2001 г. до 35,0% – в 2006 г. Правительством Республики Казахстан и МЗ РК большое внимание уделяется укреплению материально-технической базы противотуберкулезной службы и оснащению медицинским оборудованием. Однако анализ состояния базы противотуберкулезных учреждений страны показал, что 33,7% противотуберкулезных учреждений располагаются в типовых зданиях, 55,1% – в нетиповых, 11,2% – в приспособленных помещениях. И основной проблемой является отсутствие в подавляющем большинстве стационаров инженерной основы инфекционного контроля. Поэтому материальная база нуждается в поэтапной реконструкции (создание в них системы приточно-вытяжной вентиляции, реорганизация и создание межрайонных стационаров, условий для строгой изоляции больных, в зависимости от эпидемиологической значимости).

Одной из наиболее серьезных проблем современной фтизиатрии в Казахстане является лекарственная устойчивость возбудителя туберкулеза. Согласно оценкам во всем мире ежегодно регистрируется 450 000 новых случаев ТБ МЛУ, включая 70 000 в Европейском регионе. В Казахстане, к сожалению, отмечается тенденция к распространению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди контингента противотуберкулезных диспансеров.

В настоящее время насчитывается более 8000 больных, страдающих мультирезистентной формой заболевания. В связи с этим с 2000 г. в республике реализуется Программа DOTS-плюс, целью которой является профилактика дальнейшего развития и распространения мультирезистентного туберкулеза. Первоначально «пилотный» проект был внедрен в 4-х регионах страны с последующей реализацией проекта на остальные территории. С 2003 г. «пилотные» проекты DOTS-плюс реализуются на всей территории республики. Создано 18 оснащенных специализированных отделений для лечения больных мультирезистентным туберкулезом с коечной мощностью 695. Подготовлены кадры клиницистов и врачей-бактериологов.

Ежегодно в стране проводится мониторинг выявления, диагностики и лечения мультирезистентного туберкулеза. Реализация Программы DOTS-плюс в Казахстане усилена законодательными актами, а также методическими рекомендациями НЦПТ РК. Начато выполнение Программы DOTS-плюс в областях и регионах. Подготовлен новый приказ по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью. Тем не менее в стране сохраняется высокий уровень первичной и приобретенной лекарственной

устойчивости, в том числе среди больных ТБ МЛУ. В 2006 году, по сравнению с 2005 г., показатель первичной лекарственной устойчивости по республике уменьшился до 45,2%, в том числе МЛУ – 13,1%, а приобретенной – 74,1%, в том числе МЛУ – 39,1%.

#### *Причины распространения ТБ-МЛУ*

##### 1. Передача инфекции:

- в 2006 г. только 21,8% выявленных пациентов с ТБ-МЛУ лечились (не считая заключенных), и еще меньше – в предшествующие годы;
- 13% впервые выявленных, 40% повторно лечащихся и 70% хроников с ТБ-МЛУ распространяют ТБ во время госпитализации, пока не получены результаты тестов на чувствительность МБТ, в переполненных палатах, в отсутствие инфекционного контроля;
- позднее установление диагноза ТБ-МЛУ (1-3 месяца).

##### 2. Амплификация лекарственной устойчивости:

- режимы лечения категорий I, II не могут предотвратить амплификации устойчивости МБТ в определенных группах больных.

##### 3. Частые перерывы в лечении.

##### 4. Лекарства негарантированного качества.

Наряду с этим сложившаяся ситуация в стране с мультирезистентным туберкулезом требует возобновления работы пунктов бактериологического посева при противотуберкулезных учреждениях районного уровня.

На эффективность Программы DOTS-плюс влияет централизованное обеспечение Правительством Республики Казахстан и МЗ РК противотуберкулезных учреждений противотуберкулезными препаратами резервного ряда за счет средств, выделенных из республиканского бюджета на тендерной основе.

Эффективность лечения больных с новыми случаями с положительным мазком, зарегистрированных 12-15 месяцев назад, низкая и составляет 70,8%. Причинами низкого показателя излечения являются нарушения больными режима лечения и лекарственно-устойчивый туберкулез. По стране более 377,2 тыс. больных с 1998 г. получили лечение в режиме DOTS.

Проблема борьбы с туберкулезом остается актуальной в учреждениях пенитенциарной системы, заключающаяся в значительном накоплении «резервуара» туберкулезной инфекции, эпидемическая роль которого вполне сегодня очевидна. Неукомплектованность кадрами, недостаточное выполнение протокола лечения влияют на развитие лекарственно-устойчивых форм туберкулеза в этих учреждениях. Тем не менее с периода внедрения стратегии DOTS в учреждениях пенитенциарной системы, то есть с 1999 г., наметились позитивные сдвиги, выражающиеся в снижении показателя заболеваемости более чем в 5 раз, а смертности от туберкулеза – более чем в 10 раз.

Противотуберкулезная служба пенитенциарной системы усилена за счет реализации Программы дальнейшего развития уголовно-исполнительной системы РК на 2004-2006 гг. с объемом финансирования \$71 млн. 969,7 тыс., утвержденной постановлением Правительства РК № 1376 от 31 декабря 2003 г.

Глобальный фонд борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией одобрил в 2006 г. Страновую заявку Казахстана на сумму \$9 842 621. Все мероприятия, обозначенные в заявке, направлены на оказание противотуберкулезной помощи населению страны. Туберкулез является ведущей причиной смертности среди ВИЧ-инфицированных лиц с ослабленной иммунной системой. В 2005 г., по имеющимся оценкам в мире, среди ВИЧ-

положительных лиц взрослого населения имели место 14 000 новых случаев заболевания туберкулезом. В Казахстане, по данным базы регистра, зарегистрировано за период 2003-2006 гг. больных ТБ/ВИЧ – 722, из них новых случаев – 261.

Анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в стране за период с 2004-го по 2006 год показывает их снижение и намечающуюся тенденцию к стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Это касается гражданского сектора здравоохранения и пенитенциарной системы. В течение трех последних лет показатель заболеваемости в гражданском секторе здравоохранения снизился со 154,3 – в 2004 году до 132,1 – в 2006 году на 100 тысяч. По сравнению с предыдущим 2005 годом показатель заболеваемости снизился на 10,3%. Снижение показателя заболеваемости в 2006 г. отмечается во всех областях.

**Количество случаев ТБ на 100 000 человек, Казахстан, члены ЕС до мая 2004 СНГ,САРК**

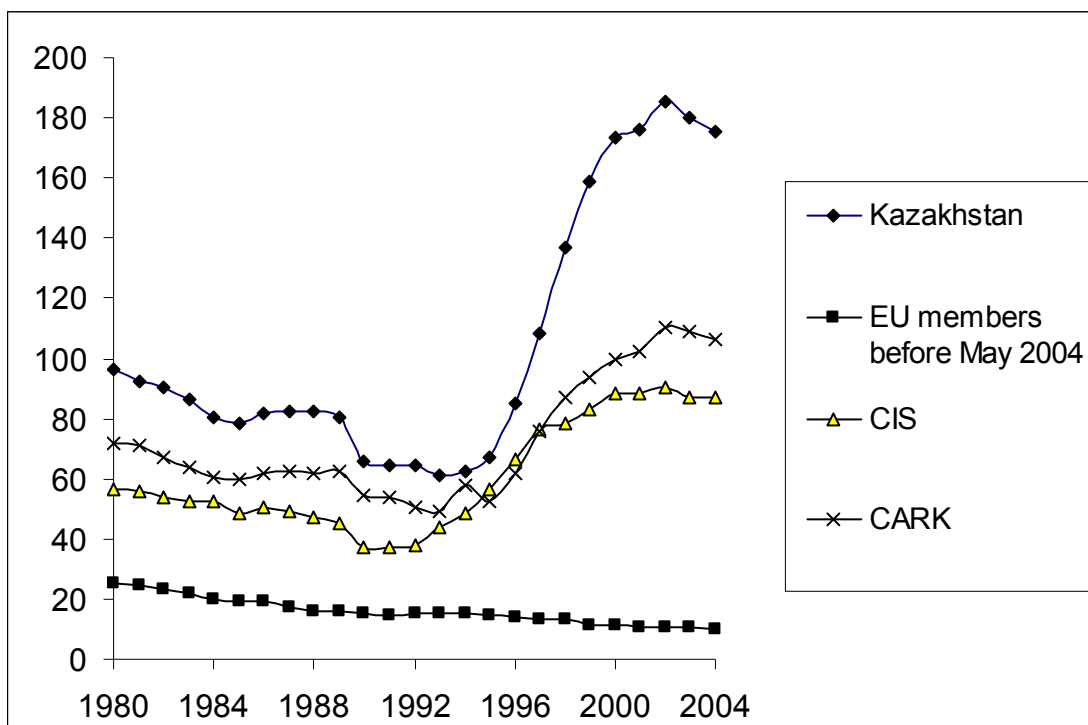


Рис. 13.

Аналогичная ситуация отслеживается и в пенитенциарном секторе здравоохранения, где показатель заболеваемости снизился с 1573 – в 2004 году до 771,3 на 100 тысяч тюремного населения – в 2006-м.

Заболеваемость населения туберкулезом выше республиканского уровня остается в областях Западного региона – Актюбинской (167,3), Атырауской (204,4), Западно-Казахстанской (171,9), Кызылординской (193,7), Мангистауской (166,0) на 100 тыс. населения. В течение последних лет эти области традиционно находятся в числе «лидеров», однако общие положительные тенденции в снижении уровня заболеваемости отмечаются также и в этих областных программах.

За период 2004-2006 гг. отмечается значительное уменьшение числа запущенных случаев туберкулеза среди впервые выявленных больных с 830 – в 2004 году до 457 – в 2006 году.



По сравнению с предыдущим 2005 годом в 2006 г. число запущенных случаев уменьшилось на 32%.

Одним из основных объективных и важных критериев, отражающих состояние эпидемиологической обстановки, является показатель смертности от туберкулеза, который по итогам 2006 г. в республике снизился на 2,4% и составляет 20,3 против 20,8 за 2005 г. на 100 тыс. населения. Рост показателя смертности от туберкулеза отмечается в следующих областях: Акмолинской – на 15,4%, в Восточно-Казахстанской – на 6%, в Жамбылской – на 4,7%, в Костанайской – на 10,2%, в Северо-Казахстанской – на 26,0% и г. Астане – на 24,6%.

Структуру смертности от туберкулеза в республике составляют хронические формы туберкулеза легких – 51,8%, впервые выявленные – 7,5%, рецидивы – 13,4%, прибывшие из КУИС МЮ РК – 10,8%, бомжи – 13,5%. С этих позиций было бы важным предусмотреть особенности оказания паллиативной помощи больным туберкулезом.

В системе КУИС МЮ РК показатель смертности от туберкулеза среди осужденных увеличился и составил в 2006 г. 64,9 (умерло 103 больных) против 55 на 100 тыс. тюремного населения за предыдущий год (рост на 12,9%). Повышение показателя смертности в 2006 г. связано с увеличением числа смертельных случаев среди пациентов с хроническим туберкулезом и ТБ МЛУ.

Эпидемиологическая обстановка в республике осложняется за счет распространения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, ТБ/ВИЧ, а также в связи с серьезной ситуацией в туберкулезных колониях.

Таким образом, Республика Казахстан, по официальным данным ВОЗ за 2005 г., занимает лидирующее положение по регистрируемой заболеваемости туберкулезом (ТБ) – 147 на 100 000 населения – и входит в число 18 приоритетных стран по туберкулезу Европейского региона ВОЗ. Кроме того, уровень распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (ТБ МЛУ) является одним из самых высоких в мире.

Система здравоохранения Казахстана претерпевала определенные этапы своего развития. Унаследованная модель Советской системы здравоохранения с остаточным принципом финансирования на сегодняшний день реформирована в систему здравоохранения, которая имеет программно-бюджетную основу с вертикальной структурой предоставления медицинской помощи населению, начиная с фельдшерско-акушерского пункта, пункта ПМСП и заканчивая высокоспециализированными медицинскими учреждениями в стране. Службы здравоохранения в своей основе акцентируют свое внимание больше на лечении, нежели на профилактических мероприятиях /10/.

Изменения, происходящие в системе здравоохранения страны, позволили разработать и внедрить комплексную национальную стратегию развития здравоохранения в стране. Система управления осуществляется также вертикально от Министерства здравоохранения к областным/ городским департаментам и дальше районным департаментам здравоохранения. В то же время, областные/ городские департаменты здравоохранения подчиняются местным органам власти (акиматам), получая финансирование из местного бюджета наряду с республиканским.

Улучшение системы управления службами здравоохранения - одна из приоритетных задач реформирования сектора здравоохранения. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. Предусматривает обзор системы управления

сектором здравоохранения. Для первого этапа внедрения (2005-2007), предполагался пересмотр полномочий на национальном и локальном уровнях. На втором этапе внедрения (2008-2010) планируется улучшение системы управления сектором здравоохранения через внедрение информационных технологий и международных стандартов качества.

Главной целью Государственной программы является улучшение доступности и качества услуг здравоохранения, сделать их более социально-ориентированными и эффективными. Реализация Программы будет осуществляться по следующим направлениям:

- Развитие ПМСП и переход от лечения в стационаре к лечению в поликлинике;
- Достижение международных стандартов, использование новых технологий, передовых методик лечения и медицинских услуг;
- Улучшение здоровья матери и ребенка;
- Создание системы независимой экспертизы с привлечением независимых экспертов;
- Обучение специалистов и менеджеров здравоохранения;
- Профилактика, диагностика и лечение социально-значимых заболеваний;
- Улучшение материальной базы служб здравоохранения.

Какова же роль паллиативной помощи в системе здравоохранения страны? Какие существуют проблемы оказания паллиативной помощи в Казахстане?

В Казахстане, как и во многих других республиках бывшего Советского Союза, учреждение, которое во всем мире предпочитают называть одним словом - хоспис, появилось лишь в девяностых годах.

Хосписы нацелены исключительно на помощь безнадежным больным, тем, кто часто становится ненужным «балластом» в обычных учреждениях здравоохранения. Так уж устроена система медицинской помощи не только в Казахстане, но и в других странах: основные ресурсы, естественно, направляются на излечение и выздоровление пациента. Если излечить не удастся, то человек оказывается, фактически, вне интересов системы медицинской помощи. Хоспис же обеспечивает смертельно больного человека не только профессиональной помощью в лечении симптомов болезни, квалифицированной сестринской помощью, но и оказывает психологическую и духовную поддержку больным, их родственникам и близким /3, 4, 5/.

В настоящее время «помощь больному в конце жизни» выделена как самостоятельное направление паллиативной помощи, а в ряде стран и медицины вообще. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что хоспис – это не лечебное учреждение, это – философия.

Существующие Дома (больницы) сестринского ухода, хосписы организуются при больницах и предназначены для проведения курса поддерживающего лечения больных, в основном пожилого и старческого возраста. Основными направлениями работы являются квалифицированный медицинский уход, социальное обслуживание, медицинская реабилитация больных и престарелых, своевременная диагностика осложнений и обострений, организация консультативной и психологической помощи.

Кроме того, хосписы специально рассчитаны на обслуживание и лечение людей пожилых и очень пожилых, с тяжелыми, комплексными возрастными патологиями, в них оказывается помощь тяжелобольным и умирающим людям.

Выездные бригады врачей работают на дому у пациентов, патронажная сестринская служба выявляет и обслуживает самых тяжелых в медицинском отношении, стариков дома, например – онкологических больных, в крайней стадии. Здесь также обучают родственников - как правильно ухаживать за больным, как им помогать в процессе реабилитации, в самых разных жизненных ситуациях.

Финансирование деятельности большинства хосписов осуществляется из городского бюджета, однако часто оказывается благотворительная помощь коммерческими, общественными и религиозными организациями.

Пока хосписы действуют в шести городах республики - в Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске, Семипалатинске и Костаная. Причем там содержатся не только онкобольные, но и лежачие больные, нуждающиеся в медицинском уходе.

Хосписы в Казахстане во многом отличаются от подобных учреждений развитых стран. Прежде всего, они финансируются государством, в то время как во многих странах до 80% бюджета хосписов - это благотворительные взносы, пожертвования частных лиц и компаний, вклады государственных и негосударственных организаций и религиозных фондов.

Разумеется, это связано с тем, что за границей хосписы имеют высокий общественный авторитет. Эти учреждения контролируются специальными попечительскими советами, состоящими из известных людей, включая представителей власти. А благодаря очень распространенному волонтерскому движению хосписы довольно ангажированы в обществе, и отношение к безнадежным больным там совершенно иное, чем у нас. Например, в Англии каждый житель считает своим гражданским долгом хотя бы один день в году поработать в хосписе. У нас же о хосписе порой узнают лишь тогда, когда беда случается с близким человеком. Кроме того, в западных странах количество хосписов гораздо выше, чем у нас, и все они составляют одну систему, координируя свои действия и обмениваясь информацией /3, 5, 6/.

Конечно, в этом направлении делаются кое-какие шаги. Например, в 2001 году в рамках проекта "Паллиативная помощь в Павлодаре" зарубежными специалистами был проведен обучающий семинар для сотрудников и волонтеров павлодарского хосписа, осуществлено знакомство наших врачей с опытом зарубежных методов паллиативной помощи. В сентябре 2003 года состоялся круглый стол "Паллиативная помощь в Казахстане", с участием специалистов из Казахстана, России, Кыргызстана, США, Швеции и Польши.

Существуют и проблемы, связанные с вопросами организации и управления онкологической службы. Так, по республике обеспеченность населения онкологическими койками составила 2,2 на 10 тыс. населения, что ниже установленного норматива в 3,0 на 10 тыс. населения согласно приказу МЗ РК № 206 от 26.05.1994. Более того, уже сегодня, по мнению врачей, только для Алматы необходимы как минимум четыре хосписа, чтобы удовлетворить потребность населения в паллиативной помощи /2, 9/.

Число штатных единиц районных онкологов и ЦРБ недостаточно для полного обслуживания постоянно проживающего населения. Более того, зачастую - это врачи

совместители. Так, если в 2006г., в республике по штатному расписанию было выделено 215,75 единиц, то занято - всего 196, из них основные штатные единицы составили 124, совместители – 111. Обеспеченность населения онкологами в 2006г. составила 0,24 на 10 тыс. населения, этот показатель остается на достаточно низком уровне вот уже на протяжении десяти лет. А такой номенклатурной медицинской специальности, как врач паллиативной медицины вообще не существует, хотя во всех цивилизованных странах такая специальность предусмотрена

Тем не менее, паллиативная помощь в Казахстане находится все еще на стадии становления. Но, несмотря на множество проблем, с которыми сталкиваются работники хосписов - недостаточное финансирование, низкая информированность общества, дефицит профессиональных психологов (действительно, психологу выгоднее пойти работать в частную клинику, где и работа спокойнее и оплата выше), хоспис существует. Находятся добровольцы, согласные бесплатно ухаживать, заботиться о его обитателях.

Находятся меценаты (чаще всего благодаря стараниям руководителей этих учреждений), оказывающие материальную помощь - будь то деньги, инвалидные коляски, медицинское оборудование - здесь любую помощь ценят высоко, даже детские игрушки и книги, пожертвованные школьниками.

**ГККП «Центр паллиативной помощи» города Алматы (хоспис)** это первый в стране хоспис, который был организован в 1999 году, приказом Акима и Департамента здравоохранения южной столицы. Тогда он был рассчитан на 30 коек. В настоящее время в центре функционируют два отделения гериатрии по 30 коек, занимающиеся проблемами пожилых людей и 1 отделение паллиативной помощи на 40 коек для инкурабельных больных. Сегодня в Центре предусмотрены: отделение паллиативной помощи на 40 коек, где находятся на лечении инкурабельные больные не только онкологического, но и терапевтического профиля, также, функционируют два гериатрических отделения по 30 коек. Все эти 100 коек обслуживаются бесплатно. Есть отдельное платное отделение на 10 коек для больных терапевтического профиля.

Хоспис у стариков чрезвычайно популярен, существует очередность на поступление в хоспис - на 1,5-2 месяца, потому что многие хотят подлечиться, набраться сил, получить квалифицированный медицинский уход. Это свидетельствует о том, что пожилые люди нуждаются в специализированной амбулаторно–поликлинической помощи. Для Алматы, уже сегодня, по мнению врачей, необходимы, как минимум, четыре хосписа. В существующем хосписе увеличено паллиативное отделение, где лежат самые "тяжелые" больные, - до 40 коек - поэтому работать врачам и сестрам стало тяжело. Такие больные требуют буквально ежечасного внимания и ухода, круглые сутки («перевернуть, чтобы пролежней не было», «накормить, чаще всего - через трубку», «сменить белье» и т.д.). Огромную помощь в уходе за больными и духовной поддержке их оказывают религиозные организации, особенно прихожане православной церкви. Все волонтеры, оказывающие помощь в работе с пациентами, являются прихожанами православной церкви.

Паллиативная помощь в Центре оказывается 10 врачами и 42 медицинскими сестрами. У всех сотрудников работа в центре является основной. Социальных работников по штату не предусмотрено. Предусмотрена ставка врача психолога, но в данное время этого специалиста в центре нет. В центре работают 20 постоянных волонтеров. Все они прихожане православной церкви. Все волонтеры проходят предварительное собеседование с главной сестрой об особенностях ухода и обращения с больными Центра. Православная церковь постоянно сотрудничает с Центром. Исламские мечети сотрудничают менее активно, но при обращении в помощи не отказывают.

Финансирование учреждения осуществляется через местный бюджет. Бывают благотворительные помощи в виде покупки бытовой техники или жесткого и мягкого инвентаря. Был единичный случай финансовой помощи (1 млн тенге) от частного лица (бизнесмена), деньги были потрачены на ремонт центра. Расходы по погребению оплачиваются родственниками больного. Случаев, когда больной одинокий и его некому хоронить бывают крайне редко. В таких случаях расходы на себя обычно берет православная церковь. Случаев смерти одинокого больного с мусульманской верой пока не было.

Сотрудниками центра проводится только стационарное лечение. Госпитализация проводится по направлению городского онкологического диспансера и участкового врача по месту жительства. Патронажной службы нет. Вызова на дом осуществляются в основном только для решения вопроса о состоянии больного и в какое отделение госпитализировать больного. В центре ежегодно согласно Государственного заказа получают стационарное лечение 550 больных в паллиативном отделении и 1400 – в гериатрических отделениях. Всего – 1950 б-х.

Разработанные стандарты по гериатрической помощи были даны МЗ РК, а по паллиативной помощи стандарты были разработаны врачами центра и утверждены департаментом здравоохранения г. Алматы и РГКП «Денсаулык». Учитывая специфику больных, как таковой системы оценки эффективности лечения нет.

С медицинским персоналом учреждения в основном общаются очень близкие родственники больного: дети, супруги, родители. Медицинские работники отметили свое желание, что паллиативной помощи будет уделено должное внимание со стороны государства, как неотъемлемой составляющей онкологической службы и системы здравоохранения в Республике Казахстан. Все опрошенные медицинские работники высказали мнение, что необходимо открывать хосписы во всех областях республики, так как только такое специализированное учреждение может оказать не только медицинскую помощь больным, но и психологическую, социальную и духовную помощь больным и его родственникам.

В отделении паллиативной помощи получают лечение в основном онкологические больные (75-80%) и 20-25% инкурабельные больные терапевтического профиля. На лечении в центре больше находится женщин. Превалирует возраст около 60-75 лет. Редко госпитализируются дети, в основном с диагнозами: Рак головного мозга, лимфосаркома. Среднее пребывание больного в паллиативном отделении в основном 27 дней (в основу взяты разработки Первого Московского хосписа). Если больной одинокий, то госпитализация до двух месяцев решается на уровне директора центра, а если более



**Вставка 1.** Помощь в ЦПП г.Алматы

2-х месяцев, то на уровне департамента здравоохранения г. Алматы. В истории болезни предусмотрена графа «социальный статус», где указывается больной одинокий или нет. В гериатрическом отделении среднее пребывание планового больного – 15 дней.

Пациенты Центра выражают свою удовлетворенность условиями хосписа. Особенно отметили то, что их хорошо кормят и все назначения выполняются во время с индивидуальным подходом к каждому из них. Также, они выразили огромную благодарность администрации за то, что в центре предусмотрены христианская комната, библиотека и комната отдыха. Некоторые больные даже отметили, что не хотят уходить домой, т.к. дома им нужен отдельно один человек для ухода, а все близкие работают. Дома, даже если больной может сам себя обслуживать, он чувствует себя одиноким, т.к. все находятся на работе. Они также были довольны обращением медицинских работников, весь персонал от санитарок до врачей относится к ним очень внимательно, дружелюбно и человечно. Ни в каких других организациях они не получали такой моральной, психологической поддержки. В центре они также получают очень сильную духовную поддержку от работников православной церкви. Все пациенты рекомендуют больше открывать в Казахстане такие учреждения, как центр паллиативной помощи, т.к. они знают, что только здесь тяжелый больной может получить не только медицинскую, но и психологическую и духовную помощь. И только здесь, они чувствуют, что они никому не в тягость.

Старший волонтер хосписа (прихожанка Православной церкви): «В настоящее время у нас 20 постоянных прихожан (волонтеров), которые ежедневно по 1-2 человека, согласно графика, посещают центр. Каждый прихожанин находится в центре не менее 4 часов в день. Все они имеют богословное образование, которое получают на богословском факультете при Алматинской епархии. Они не приходят только в том случае, когда сами болеют или есть какие-либо объективные причины. Очень часто проводятся беседы, порой длительные, не только с больными, но и с их родственниками».

Прихожане (волонтеры) оказывают не только психологическую, духовную помощь, но и физическую – уход за больным, личная гигиена, кормление и т.д. Она также отметила, что во время бесед с инкурабельными больными, мы можно сказать, тоже получаем у них какую поддержку, в плане того, как не сломиться перед трудностями жизни. Порой больные рассказывают самое сокровенное. Бывали случаи, что духовная поддержка помогала больным, хоть на какое-то время, поверить в себя и встать на ноги. Чисто нравственно – умирать лучше дома, но если в доме неблагоприятная обстановка, то лучше – в хоспесе.

Все волонтеры работают бесплатно. Религиозные ритуалы и обряды проводятся безвозмездно и по мере надобности. Священника православной церкви по мере надобности могут вызвать в любое время дня и ночи.

Духовные и религиозные потребности людей носят глубоко личный характер. Они часто выступают на первый план с приближением смерти и поэтому должны учитываться при оказании паллиативной помощи. Имеются предварительные фактические данные о том, что духовные верования могут влиять на то, как больной человек справляется со своим состоянием, и даже на сам исход болезни. Они могут также влиять на то, как родственники справляются с постигшей их утратой.

В городе **Караганде функционирует хоспис**, который оказывает медицинские и социальные услуги онкологическим больным. Финансирование хосписа осуществляется как из средств общественной организации Красный полумесяц, так и частично за счет средств областного бюджета. Выделяемые деньги тратятся строго по целевому назначению: на закупку продуктов, оплату коммунальных услуг, зарплату медперсоналу, однако их недостаточно. Так, карагандинский хоспис был переселен из благоустроенного

здания в строение барачного типа в поселке Федоровка, которое требует ремонта. Между тем, специфика существования хосписа в том, что в нем находятся тяжелобольные люди после тяжелых операций, с открытыми ранами, которым требуется особый уход. Больные нуждаются в усиленном питании, обеспечении особенно сильнодействующими медицинскими препаратами, постельном белье, которое в связи с тем, что меняется, стирается и кипятится ежедневно, быстро изнашиваются. В карагандинском хосписе испытывают нужду в необходимом инвентаре, продуктах питания, постельном белье, а также стройматериалах, так как средств на ремонт здания и обеспечение благоприятных условий проживания не хватает.

### **“Хоспис – служба милосердия” г. Семипалатинск**

Необходимость осуществления проекта “Хоспис – Дом милосердия” в г. Семипалатинске возникла в связи с рядом причин:

1. Высокая онкологическая заболеваемость и смертность в Семипалатинске и регионе, (последствия сорокалетних ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне), превышающая средние республиканские показатели. По статистическим данным по Семипалатинскому региону :
2. Неплатежеспособность абсолютного большинства неизлечимо больных и их семей для проведения поддерживающей терапии.
3. Отсутствие в городе специализированной службы для оказания медицинской и психологической помощи безнадежным больным.
4. Согласно “Положения об отделении социальной помощи на дому одиноким, престарелым и нетрудоспособным гражданам” от 18.11.1993г. на надомное обслуживание не принимаются лица, страдающие онкологическими заболеваниями.
5. Низкий уровень информированности больных и их родственников о возможности присвоения больным группы инвалидности и выплаты различных социальных пособий.
6. По мнению специалистов Министерства здравоохранения, ученых онкологов, врачей заболеваемость и смертность от злокачественных образований в ближайшие годы будут только расти. Это объясняется низким уровнем диагностики онкологических заболеваний и низким уровнем жизни большей части населения, канцерогенным эффектом, радиационным воздействием.

На основании исследований НИИ РМ и Э РК радиационно-индуцированные опухоли будут реализовываться до 2010 года и расти. Причем, будет наблюдаться рост заболеваний раком населения 30 – 40-летнего возраста. По сведениям управления здравоохранения нуждающихся в помощи служб хосписа только по г. Семипалатинску не менее 1,5 тыс. больных.

Службы Хосписа, выполняющие свои обязанности в полной мере, значительно освободят (разгрузят) работу «Скорой Медицинской Помощи» и СВА. Нуждающимися в помощи являются не только находящиеся в терминальной стадии больные раком, но и другие, имеющие заболевания, связанные с радиационным воздействием, прочие тяжелобольные. И число их велико. Велико число больных ревматоидным артритом, прикованных к постели, другими заболеваниями, связанными с ядерным полигоном, нуждающихся в нашей помощи – медицинской, социальной, правовой, психологической, духовной поддержке.

Общественный фонд «Хоспис», созданный и зарегистрированный 10 августа 2000 года осуществляет следующий план мероприятий для решения проблемы:

1. Создание хосписа – базы медицинской, социальной и психологической помощи обреченным больным, центра паллиативной помощи:
  - а) стационар;
  - б) выездная служба для курации больных на дому;
  - г) служба социально-правовой помощи;
2. Информационная компания с целью привлечения внимания к проблеме.
3. Привлечение государственных, общественных, коммерческих, донорских организаций.
4. Привлечение граждан в качестве добровольных помощников.
5. Обучение родственников больных методам и правилам ухода, оказанию медицинской помощи: уколы, внутривенные инъекции, работа с пролежнями, массаж и пр.

Совместно с Ассоциацией Семейных врачей и Ассоциацией медицинских сестер - проведение занятий, обучающих тренингов с населением и родственниками больных по оказанию медицинской помощи, проведение практических занятий.

Командой ОФ «Хоспис» ведется подготовка под стационар хосписа двухэтажного здания. Завершен основной объем работ по капитальному ремонту корпуса на сумму более 2.5 млн.тнг., или \$ 18000.

В стационаре будет возможным обеспечение психологического комфорта на основе принципа индивидуального подхода к каждому больному с учетом его состояния, духовных, религиозных и социальных нужд. Успешно осуществляют уход за тяжелобольными и онкологическими больными на дому группы социальных работников, волонтеров хосписа, уже более двух лет оказывающих социальную, социально-правовую и психологическую помощь больным. Выездная служба хосписа принимает заявки от больных (лицензия на медицинскую деятельность № 004123 ЛП), осуществляет первичный осмотр и, в зависимости от состояния, определяет вид необходимой помощи, кратность визитов. Осуществление симптоматического лечения, подбор необходимой обезболивающей, патогенетической терапии, обучение родственников больных правилам ухода. А также оказание социальной помощи: общий уход, уборка, приготовление пищи, кормление, гигиенические процедуры, приобретение продуктов, медикаментов и многое другое; - социально-правовой помощи: оформление государственных пособий, выплат, инвалидности, пенсий, защита прав больных в различных инстанциях. Наличие базы Выездной службы, оказывающей паллиативную помощь тяжелобольным, позволит нам привлечь другие необходимые ресурсы. Выездная служба «Дома Милосердия» сможет обеспечивать уход за онкобольными IV терминальной стадии на дому 160-180 человек в год. В стационаре на 25 коек смогут получить помощь 350-400 онкологических больных в год.

Пользу от осуществления проекта получают также и родственники больных, которые не способны обеспечивать должный уход за больными в тяжелом состоянии. В реализации проекта принимает участие медицинская общественность, предприниматели города и региона. Все виды помощи в хосписе бесплатны

С ростом числа онкологических больных, когда больных с запущенными формами рака отправляют домой, а они особенно нуждаются в медицинской, социальной, социально-правовой, психологической помощи, в духовной поддержке, с падением жизненного уровня населения при переходе к новым общественно-экономическим отношениям возникла необходимость создания хосписа – Центра по уходу за онкологическими и тяжелобольными в стационаре и по месту жительства.



Благодаря помощи и поддержке Семипалатинского городского отдела и областного департамента здравоохранения с 2006 г. назначен госзаказ. При наличии незначительного финансирования пролечено около 400 человек с привлечением спонсоров, при плане по госзаказу 200 тяжелобольных.

С 2007 года с увеличением финансирования, число пролеченных тяжелобольных увеличено более чем вдвое. В 2008 году еще больше больных бесплатно получают полную медицинскую, социально-правовую помощь на дому. До 100 инвалидов и больных получают социальную помощь.

Сотрудниками Службы Милосердия ОФ «Хоспис» оказывается большая помощь, которую ощущают больные и медицинская общественность города. Об этом свидетельствуют врачи медицинских учреждений, множество писем, публикаций в СМИ со словами благодарности от больных и их родственников.

С целью увеличения числа обслуживаемых больных, обеспечения как можно большего числа нуждающихся бесплатными медикаментами, мы привлекаем помощь спонсоров, отечественных и зарубежных доноров. Но и этого недостаточно, слишком мал штат медработников – врач на 0.5 ставки и 2.5 ставки медсестры.

С 2006 года Частный Благотворительный Фонд «Seimar Social Fund», оказавший помощь в приобретении медикаментов, колясок, средств ухода и многого другого, стал нашим постоянным партнером. Оказывает помощь и в этом году.

Правительство Республики Германия обеспечило выездную службу автомобилем – микроавтобус, портативным аппаратом ЭКГ, постоянно интересуются ходом выполнения нами миссии, их радуют все наши успехи и они также готовы продолжать сотрудничество, принимать участие в выполнении нашей миссии.

«Мы изыскиваем и привлекаем средства для повышения качества жизни тяжелобольных, улучшения медицинского обслуживания населения, поднятия его на более высокий, достойный для каждого гражданина Республики Казахстан уровень», - говорит Никитин Олег Васильевич – председатель ОФ «Хоспис», - «вся общественность поддерживает ОФ «Хоспис», реализацию важного, особенно для такого региона, как Семипалатинск, социального проекта. Ежедневно, в любую погоду мы несем тяжелобольным, их близким, всем нуждающимся тепло сердец, заботу, внимание».

Постепенно, усилиями многих, большую устойчивость приобретает проект, целью реализации которого является внедрение принципов доброты, благотворительности, милосердия. Больные с декомпенсированной формой заболевания, содержание и лечение которых в медицинском учреждении безнадежно, онкологические больные терминальной стадии, отправляются домой, где вся забота о них ложится на плечи родных и близких, если таковые имеются. К тяжелым больным приходят сотрудники Службы Милосердия ОФ «Хоспис» и берут на себя все заботы по медицинской, социальной, правовой помощи.

В помощи хосписа нуждаются десятки, сотни тяжелобольных с декомпенсированными формами функциональных расстройств, онкологические больные. К сожалению, многие из них нуждаются в постоянном наблюдении, что возможно только в стационаре.

О необходимости создания стационара для таких больных говорили и говорят все, кто имел несчастье столкнуться с проблемой ухода на дому за родным, тяжелобольным человеком.

«Каждый из нас хочет завершить свой земной путь достойно, в кругу самых близких людей, окруженный их вниманием и поддержкой. Многие так и живут. Но жизнь - вещь непредсказуемая, и поэтому проблема обеспечения достойного ухода за одинокими стариками и безнадежно больными пациентами существует» - говорит директор **хосписа в Усть-Каменогорске** Баиров Е.О. Познакомившись с мировой практикой оказания помощи безнадежно больным людям, он загорелся идеей создания хосписа в городе Усть-Каменогорске.

В апреле 2000 года хоспис появился и в Усть-Каменогорске. В здании был проведен ремонт, завезена мебель и оборудование. Учреждение рассчитано на 60 мест, из них 15 бюджетных мест для онкологических больных и 5 - для ветеранов войны и труда. Остальные - предназначены для размещения одиноких престарелых граждан и тех, чьи родственники живут далеко или не могут позаботиться о хорошем уходе за своими состарившимися близкими в домашних условиях. За 6 лет работы была оказана помощь более чем 2 000 человек.

Медицинскую помощь пациентам оказывают опытные врачи: онколог, терапевт, психиатр. Круглосуточный уход ведут 12 медицинских сестер и санитаров. Весь медицинский персонал - это неравнодушные к чужой боли люди, постоянно думающие об улучшении условий больных. Благодаря умелому уходу и внимательному отношению многие из них получили несколько дополнительных недель и даже месяцев жизни.

Паллиативная помощь предполагает особый уход за пациентами в той стадии, когда лечение становится неэффективным. И на первый план здесь выходит решение их духовных проблем. Чтобы помочь больным осознать свое предназначение в жизни, сформировать правильное отношение к переходу в мир иной, хоспис посещают служители православной церкви, мечети, церкви "Родник" и др.

Одним из основных положений концепции хосписа является помощь родственникам после потери близкого человека. И это не только психологическая помощь - сотрудники хосписа помогают в организации похорон, а также в решении бытовых и хозяйственных проблем, пока родственники не почувствуют в себе достаточно сил, чтобы справиться со своим горем.

Работники стремятся окружить своих пациентов вниманием и заботой. Меню составляется из диетических продуктов с учетом особенностей питания такой категории больных. Если у человека, поступившего в это учреждение, отсутствуют документы, ему помогают их здесь оформить. Всегда стараются отыскать людей, знавших его раньше, чтобы согреть его последние дни теплом общения с давними знакомыми. Совершенно одиноких людей не бывает - у каждого человека где-нибудь должны быть родственники, пусть и дальние. Их ищут и находят - в России, Германии, Италии, Великобритании, да практически по всему миру. И люди, разделенные судьбой, соединяются перед лицом вечности, чтобы сказать друг другу несколько слов в утешение.

Работники хосписа делают нужное и важное дело, следуя по пути милосердия. И всегда находятся люди, способные проникнуться их заботами и протянуть руку помощи. Первой, кто не только словом, но и делом поддержала идею создания хосписа в Усть-Каменогорске, была В.Н. Сухорукова. Она до сих пор интересуется его делами и успехами. Большую помощь хоспису всегда оказывал Департамент здравоохранения ВКО в лице его начальника К.Б. Андагулова. Благодаря филиалу АО "Темірбанк" хоспис располагает 3-мя стиральными машинами, а магазин "Каскад" в общую комнату отдыха для больных подарил телевизор. При содействии председателя налогового комитета по

городу Усть-Каменогорску М. Булгынова была существенно упрощена процедура получения необходимых документов: личное присутствие пациентов теперь не требуется, специалисты приходят оформлять документы непосредственно на месте. Сотрудники этого учреждения, внося огромный личный вклад, ценят любую поддержку, которую оказывают находящимся в этом учреждении больным частные лица и организации.

Многие сотрудники хосписа принимают активное участие в семинарах, конференциях и, в целом, в становлении и развитии паллиативной системы в Казахстане.

Замечательно, что в наше время встречаются люди, берущие на себя груз чужих проблем, оказывающие большую помощь нуждающимся в уходе пациентам, их родственникам и государству. Они делают важную работу, ведомые девизом: "Хоспис - это достойная жизнь до конца".

**Павлодарский хоспис** создан в 1998 году по инициативе выпускников медицинской академии, добровольцами-медиками, равнодушными к проблеме неизлечимых больных. В 1999 г. зарегистрировано общественное объединение «Солярис», на базе которого и развивается проект «Хоспис – центр паллиативной помощи». Уставной задачей стало объединение ресурсов и усилий общества для обеспечения высокого профессионального уровня помощи неизлечимым пациентам. Ежегодно помощь в хосписе получают 400 - 450 пациентов и их семей. По данным на январь 2008 г. услуги хосписа со дня его возникновения получили более 2500 пациентов и их семей.

По понятным причинам коллектив хосписа формировался не просто и не сразу. Сейчас – это слаженная, профессиональная команда врачей, медсестер, психологов, социальных и административных работников. Тяжелые условия труда и скромные заработки производят своеобразный естественный отбор, и в конечном итоге остаются работать лишь те, для кого помощь тяжелобольным стала делом всей жизни. В идеале хоспис должен располагать круглосуточным и дневным стационарным отделением, выездной службой, исправным автопарком, иметь обустроенную закрытую территорию для прогулок, собственный научно-информационный центр, специальные помещения для отправления религиозных обрядов, досуговый центр. Павлодарский хоспис стремится к идеальной модели, адаптируя к нашим условиям международный опыт и анализируя собственный. Некоммерческий характер деятельности обуславливает, с одной стороны, широкий доступ целевой группы к нашим услугам, с другой стороны, является сдерживающим фактором в развитии. Поэтому, по мере необходимости, мы разрабатываем сопутствующие проекты, участвуем в перспективных обучающих программах, как профильных, так и общественно значимых.

Павлодарский хоспис активно содействует развитию системы паллиативной помощи в Казахстане, участвуя в законотворческой деятельности, программах профессионального обучения и международных обменов. С 2004 г. хоспис вступил во Всемирную Ассоциацию хосписов в качестве консультанта по Центральной Азии. В 2004 г. руководитель Павлодарского хосписа стал победителем конкурса «Профессионал года». В 2005 г. хоспис получил награду конкурса «Признание» Министерства Информации и общественного согласия РК и звание «Социальный новатор Казахстана». В 2006 коллектив хосписа отмечен грамотой Акима Павлодарской области «За вклад в социальное развитие». Наш медицинский персонал проходит стажировки в Первом Московском хосписе, участвует в международных, Всероссийских и Казахстанских научно-практических конференциях.

Для каждого периода жизни характерны свои особенности, связанные с физическим здоровьем, деловой активностью, душевным комфортом, социальными взаимоотношениями и материальным достатком, восприятием мира в целом. Эти составляющие и определяют качество жизни. Неизлечимая болезнь способна кардинально изменить все, что для человека имеет ценность. Повседневные радости и заботы приобретают совершенно иной смысл. В условиях сильнейшего стресса как для больного, так и для его близких на первый план выходят вопросы:

- как справиться с мучительной физической болью?
- как правильно действовать при неизбежном нарушении обычных физиологических функций?
- не опасно ли применение сильнодействующих обезболивающих веществ?
- есть ли доступные методы улучшения физического и эмоционального самочувствия?
- как сбалансировать питание, чтобы предотвратить дополнительные проблемы?
- как сохранить привлекательность, в том числе сексуальную, преодолевая при этом чувство страха, стыда, дискомфорта?
- как создать необходимые условия для полноценной активности больного и сохранить его право самообслуживания?
- как преодолеть страх и депрессию, одиночество и дискомфорт?
- на какие социальные пособия может рассчитывать пациент и его семья?
- множество других вопросов, столь же разнообразных, сколько существует различных ситуаций, уникальных для каждой семьи.

Эти проблемы, которые зачастую происходят из недостатка знаний, можно решить, если предпринять необходимые усилия. Позитивный взгляд на перемены, происходящие с человеком в это тяжелое, ответственное время, требует переосмысления не только своего места в привычном окружении, но и образа жизни, образа мыслей в целом. Персонал хосписа, специально обученный для оказания подобных консультаций, способен дать необходимые рекомендации. В хосписе выпускаются специальные издания (буклеты, брошюры, памятки), помогающие пациенту и его близким найти ответы на актуальные вопросы.

По-прежнему хосписы остаются единственными заведениями, дающему больному возможность достойно прожить оставшееся ему время. По-прежнему официальная медицина вынуждена констатировать рост числа онкологических заболеваний и выявление рака в запущенной стадии.

Основные положения паллиативной помощи:

- Первичным объектом медико-социальной и психологической помощи в хосписе являются больной и его семья. Уход за больными осуществляет специально подготовленный медицинский и обслуживающий персонал, а также родственники больных и добровольцы, прошедшие обучение в хосписе.
- Хоспис предоставляет амбулаторную и стационарную помощь, оказываемую выездной бригадой на дому, а также в условиях дневного и круглосуточного стационара.
- Вопрос «открытости диагноза» решается индивидуально и только в том случае, когда на этом настаивает пациент.
- Вся совокупность медико-социальной и психологической помощи направлена на ликвидацию и уменьшение болевого синдрома и страха смерти при максимально возможном сохранении сознания и интеллектуальных способностей.
- Каждому больному в хосписе должен быть обеспечен физический и психологический комфорт, что достигается созданием условий, максимально приближенных к домашним. Создание психологического комфорта основано на

принципах индивидуального подхода с учетом состояния больного, его духовных, социальных и религиозных нужд.

В Павлодарский хоспис могут обратиться все жители города, имеющие:

1. Патронажное извещение Областного онкологического диспансера или направление участкового врача поликлиники, подтверждающее диагноз;
2. Пенсионное удостоверение или справку о группе инвалидности;
3. Городскую прописку (домовая книга)

Источниками финансирования хосписа являются бюджетные средства, добровольные взносы, средства благотворительных фондов, пожертвования граждан и организаций.

ОО «Солярис» успешно сотрудничает с представителями всех заинтересованных структур общества: государственные органы, благотворительные фонды, бизнес-предприятия, жители местного сообщества. В 2008 году финансирование проекта «Хоспис – Центр паллиативной помощи» по государственному социальному заказу увеличено вдвое.

Хоспис придерживается принципов прозрачности бюджета, строгой отчетности по целевому использованию привлеченных средств, цивилизованного партнерства.

Деятельность хосписа возможна благодаря поддержке неравнодушных людей. Как правило, дарителями и спонсорами становятся состоявшиеся личности, зрелые духовно, имеющие уверенные позиции по отношению к себе и обществу, богатый жизненный опыт и разделяющие ответственность за состояние среды, в которой все мы живем. Сотрудники хосписа непрерывно разрабатывают новые акции, дающие возможность их согражданам совершить свой вклад в социально значимый проект «Хоспис».

В большинстве случаев человеку ставят «безнадежный диагноз» и отправляют умирать домой. Но, во-первых, он не хочет уезжать, потому что не верит и желает лечиться дальше. Во-вторых, он может попросту не доехать до дома и умереть по дороге. В-третьих, может быть, не все так плохо, и даже со смертельным заболеванием человек в силах бороться. Для этого, правда, необходимы поддерживающее лечение и должный уход в хосписе. В конце концов, когда распадается раковая опухоль, близкие больного мучаются не меньше от сильного запаха и психологического стресса. А вот хосписные врачи знают и как запах убрать, и как страдания умирающего облегчить с помощью наркотических препаратов.

Специалисты по паллиативной медицине работают во многих странах мира, предварительно получив соответствующее обучение и пройдя сертификацию. В бригаду паллиативной помощи или в штат стационара входят, помимо терапевта и медицинских сестер, также социальный психолог или психотерапевт, а в некоторых странах и анестезиолог. Кроме того, к работе с больными привлекаются священнослужитель и волонтеры.

Учебные программы по паллиативной медицине введены в медицинских университетах для обучения студентов. В Казахстане, впрочем, как и во многих странах постсоветского пространства, паллиативная медицина не признана как специальность, и организация такой помощи инкурабельным больным находится еще на стадии становления.

К числу проблем паллиативной помощи в стране относятся и недостаточное финансирование, и недостаточное оснащение хосписов и домов сестринского ухода, и проблема нехватки кадров, как медицинских, так и немедицинских, проблема организации

паллиативной помощи, нехватка самих структур паллиативной помощи, отсутствие единой стратегии развития паллиативной помощи в стране, отсутствие единых стандартов (подходов) и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными пациентами. Более того, хосписные службы сегодня обслуживают в основном пациентов с онкологической и гериатрической патологией, нет пока услуг для лиц с ВИЧ/ СПИД, для соматических заболеваний в терминальных стадиях, для детей с неизлечимыми заболеваниями и т.д. Весь этот спектр проблем предстоит решать специалистам и менеджерам здравоохранения как на национальном, так и на местном уровне.

Одна из главных проблем хосписной службы – кадровая. Причем проблема нехватки кадров не только медицинских, но и психологов, и социальных работников, которые во всем мире работают в одной команде с врачами и медицинскими сестрами для оказания медико-психологической и социальной помощи неизлечимым больным. Во многих хосписах даже не предусматривается такая штатная единица как социальный работник.

В стране нет закона о паллиативной медицине, о помощи безнадежно больным (еще в 1981 г. «право человека на смерть с достоинством» вошло в минимальный международный стандарт прав пациентов - Лиссабонская декларация о правах пациента Всемирной медицинской ассоциации). А хоспис – это начало паллиативной медицины. Не существует такой номенклатурной медицинской специальности – врач паллиативной медицины, хотя во всех цивилизованных странах эта специальность предусмотрена. Необходимо ввести преподавание этой специальности в медицинских вузах страны.

Другой немаловажной задачей является подготовка (обучение) специалистов паллиативной медицине. Для чего необходимы разработка соответствующих образовательных стандартов и документов и введение преподавания этой специальности в образовательных учреждениях страны на всех уровнях медицинского образования.

Доступность паллиативной помощи в стране также недостаточная. Для того, чтобы попасть в стационар в хосписе необходимо оформление массы документов, и даже, когда эта процедура завершена, есть еще такое неоспоримое препятствие как очередь – очередь в хосписы. 6 хосписов в стране не способны обслужить все население, которое нуждается в паллиативной помощи. Статистические данные свидетельствуют о высокой необходимости в существовании служб паллиативной помощи. Возможно даже в расширении и развитии различных механизмов (видов) паллиативной помощи – от стационара до предоставления помощи на дому.

Таким образом, в Казахстане оказание паллиативной помощи находится на стадии становления, несмотря на свое вот уже десятилетнее развитие. Необходима разработка единых подходов, организационных и экономических механизмов и стандартов для открытия специализированных учреждений подобного типа. Кроме того, необходимо развитие холистического подхода, философии оказания паллиативной помощи населению Казахстана. В этой связи развитие службы оказания медико-психологической помощи инкурабельным больным является одним из перспективных направлений общественного здравоохранения нашей страны.

Все выявленные в результате анализа литературных и статистических данных проблемы легли в основу проведенного исследования по изучению общественного мнения с целью выявления проблем и потребностей в паллиативной помощи с точки зрения различных групп населения, вовлеченных в той или иной степени в предоставление помощи инкурабельным больным.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

### Результаты опроса медицинских организаций, оказывающих помощь тяжелобольным пациентам

Всего было опрошено 357 респондентов, представителей медицинских организаций 10 регионов (городов) Республики Казахстан, включая хосписы, больницы сестринского ухода, ВИЧ/СПИД центры, медицинские организации по лечению и профилактике туберкулеза, онкологических заболеваний и других терминальных состояний, кроме того учреждений общей лечебной сети (поликлиники, центры ПМСП, стационары, сталкивающиеся с проблемой оказания помощи терминальным больным).

Опрошенными специалистами были отмечены следующие диагнозы тяжелобольных и неизлечимых пациентов – онкологические заболевания – 62,7%, туберкулез – 31,1%, ВИЧ/СПИД – 38,4%, гематологические заболевания – 24,1%, другие диагнозы, включая гериатрическую патологию, хроническую почечную недостаточность, терминальные ожоги и др. – 9,2%. На рисунке 14 представлены показатели по регионам.

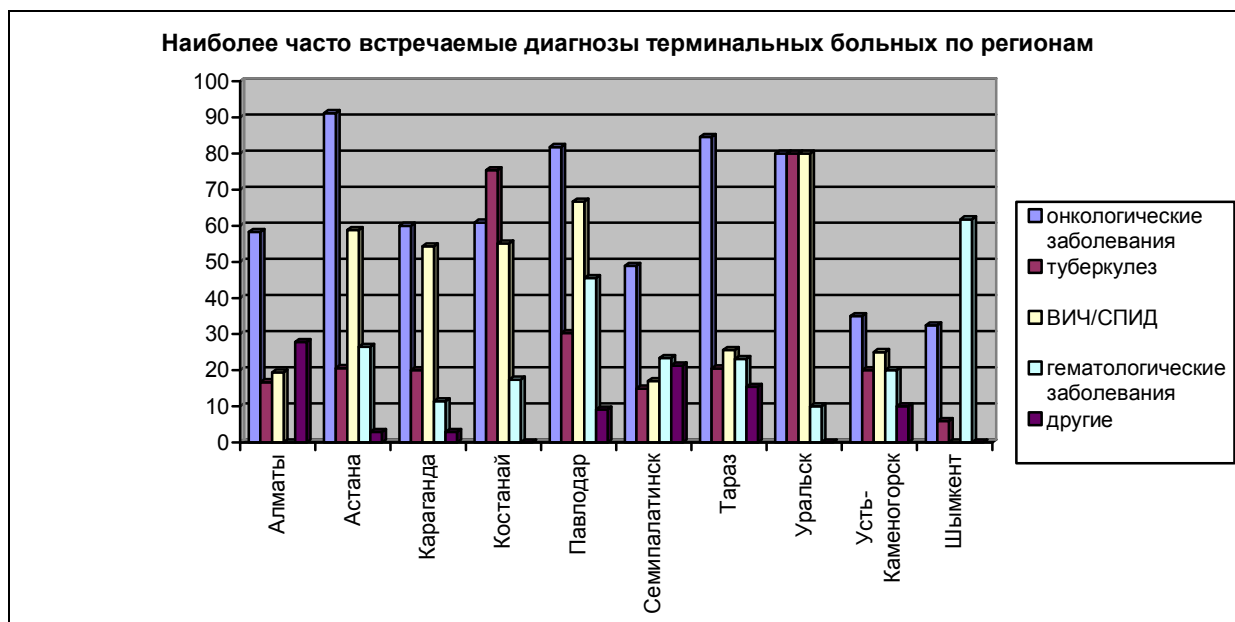


Рис. 14.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по онкологическим заболеваниям в зависимости от регионов ( $\chi^2 = 50,519$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно чаще онкологических заболеваний в г. Астана (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ). По заболеваемости туберкулезом критерий  $\chi^2$  показал наличие статистически значимых различий между регионами ( $\chi^2 = 100,576$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал избыток по сравнению с ожидаемым интервалом больных туберкулезом в гг. Костанай (нормированный остаток равен 6,6,  $p < 0,001$ ), Уральск (нормированный остаток равен 2,8,  $p < 0,001$ ). Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по ВИЧ/СПИД в зависимости от регионов ( $\chi^2 = 76,266$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно избыток ВИЧ/СПИД в гг. Костанай по сравнению с ожидаемым интервалом

(нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ), Павлодар (нормированный остаток равен 2,6,  $p < 0,05$ ). Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по гематологическим заболеваниям между регионами ( $\chi^2 = 52,222$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно больше гематологических заболеваний в г.г.Павлодар (нормированный остаток равен 2,5,  $p < 0,05$ ), Шымкент (нормированный остаток равен 4,5,  $p < 0,001$ ).

Наиболее часто встречаемый возраст пациентов в 30,3% это пациенты 60 лет и старше.

Критерий  $\chi^2$  не применим, 32,5% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5 и минимальная ожидаемая частота равна 0,65. Метод нормированных остатков показал, что в Алматы достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе от 60 лет и выше (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), в Костаное достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе 60 лет и выше (нормированный остаток равен 2,8,  $p < 0,01$ ), в Семипалатинске достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе 40-59 лет (нормированный остаток равен -2,1,  $p < 0,05$ ), в Таразе реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе 20-39 лет (нормированный остаток равен -3,0,  $p < 0,01$ ) и чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе от 60 лет и выше (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), в Усть-Каменогорске реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе 40-59 лет (нормированный остаток равен -2,6,  $p < 0,05$ ) и чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе от 60 лет и выше (нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ), в Шымкенте чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе 40-59 лет (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются терминальные больные в возрастной группе от 60 лет и выше (нормированный остаток равен -2,9,  $p < 0,01$ ).

По полу обслуживаемых пациентов распределили следующим образом – мужчин – 55,67±0,936%, женщин – 42,02±0,899%. В Алматы – мужчин – 45,71±2,979%, женщин – 51,94±3,185%, в Астане – мужчин 52,38±3,1265, женщин – 45,43±2,329%, в Караганде – мужчин – 56,12±2,282%, женщин – 43,88±2,359%, в Костаное – мужчин 65,32±1,48%, женщин – 34,68±1,48%, в Павлодаре – 61,42±2,334% мужчин, женщин – 38,88±2,214%, в Семипалатинске – 47,67±2,088% мужчин, женщин – 48,74±2,365%, в Таразе – мужчин – 50,19±2,312%, женщин – 49,81±2,312%, в Уральске - 74±7,630% мужчин, женщин - 27±7,535%, в Усть-Каменогорске – 44,67±5,292% мужчин, женщин – 31,33±4,508%, в Шымкенте – 62,86±1,165% мужчин, женщин – 37,14±1,165%. По регионам статистически больше мужчин встречается в Караганде, Костаное, Павлодаре, Уральске, Шымкенте.

По национальности было отмечено, что пациентов казахов – 72,5%, пациентов русских – 62,5%, немцев – 2,8%, узбеков – 1,1%, пациентов других национальностей оказалось 0,3%.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по национальностям. Метод нормированных остатков показал, что достоверно реже лиц казахской национальности встречается в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом – Алматы (нормированный остаток равен -2,2,  $p < 0,05$ ), лиц русской национальности достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречается в Костаное (нормированный остаток равен 3,3,  $p < 0,001$ ), Павлодаре (нормированный остаток равен 2,7,  $p < 0,05$ ), достоверно реже лица русской национальности опрошены в



следующих регионах – Тараз (нормированный остаток равен -3,1,  $p < 0,01$ ), Шымкенте (нормированный остаток равен -2,9,  $p < 0,01$ ).

По религиозной принадлежности пациентов отмечено мусульман – 73,1%, христиан – 61,6%, иудеев – 2,5%, буддистов – 0,3%, пациентов других верований оказалось 0,3%.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по религиозной принадлежности. Метод нормированных остатков показал, что достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом мусульмане встречаются в следующих регионах – Алматы (нормированный остаток равен -2,2,  $p < 0,05$ ), достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются христиане в следующих регионах – Костанай (нормированный остаток равен 3,4,  $p < 0,001$ ), Павлодаре (нормированный остаток равен 2,8,  $p < 0,01$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом в следующих регионах - Тараз (нормированный остаток равен -3,1,  $p < 0,001$ ), Шымкент (нормированный остаток равен -2,8,  $p < 0,01$ ).

24,5% опрошенных медицинских работников отметили, что существуют различные трудности в оказании медицинских услуг безнадежно больным пациентам, 75,5% отметили, что таковых трудностей нет. Надо отметить, что на данный вопрос дали ответ лишь 64,1% участников исследования, это дает повод предположить, что все-таки большая часть медицинских работников имеют трудности, но предпочитают о них не говорить.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 33,3% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5 и минимальная ожидаемая частота равна 0,24. Метод нормированных остатков показал наличие ограничений в оказании медицинских услуг больше в Павлодаре (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ) и меньше ограничений в Шымкенте (нормированный остаток равен -2,9,  $p < 0,01$ ).

Периоды выживания среди пациентов после постановки диагноза неизлечимого заболевания были отмечены следующие – до 1 года – 23,1%, 1-3 года – 33,4%, 3-5 лет – 21,4%, свыше 5 лет – 22%. По регионам результаты представлены на рисунке 15.

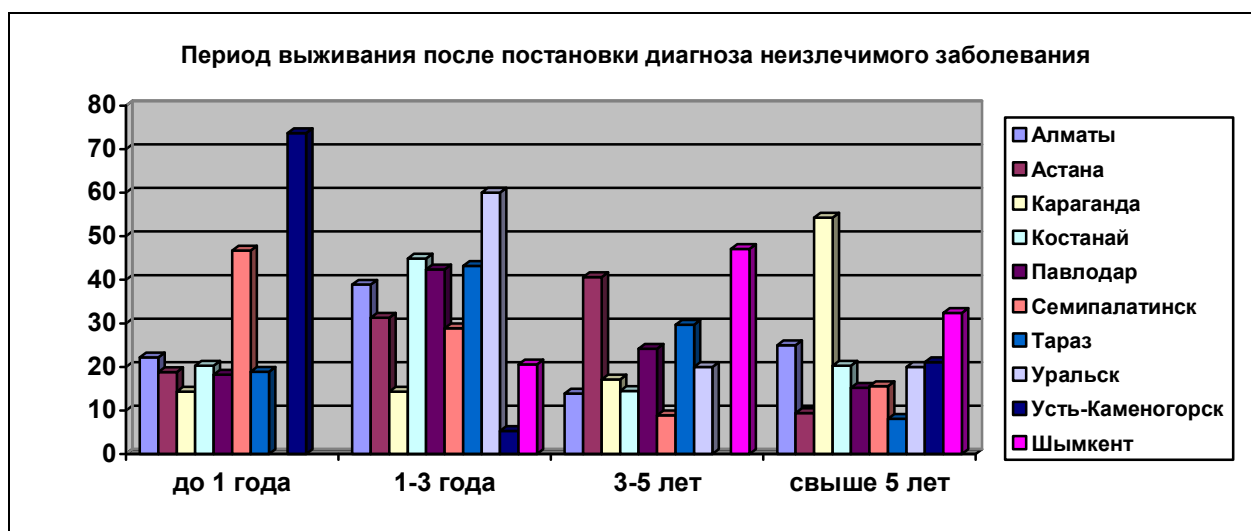


Рис. 15.

Н-тест Крускала-Уолиса показал наличие статистически значимых различий между регионами по длительности жизни среди пациентов после постановки им диагноза неизлечимого заболевания ( $\chi^2 = 33,76$ , число степеней свободы равно 8,  $p < 0,001$ ). В

порядке возрастания продолжительности жизни регионы расположились следующим образом – первое место - Усть-Каменогорск (средний ранг равен 97,08), второе место занял Семипалатинск (средний ранг – 122,31), третье место занял Тараз (средний ранг – 155,47), четвертое – Костанай (средний ранг – 159, 20), пятое – Павлодар (средний ранг – 161,89), шестое – Алматы (средний ранг – 163,76), седьмое – Астана (средний ранг – 166,7), восьмое – Уральск (средний ранг – 182,8), девятое – Караганда (средний ранг – 217,14).

80% опрошенных медицинских работников отмечают, что их пациенты хотели бы знать свой диагноз и лишь 20% из них – «нет».

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по регионам по вопросу «хотят ли большинство пациентов знать свой диагноз» ( $\chi^2 = 33,55$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что в Алматы большинство пациентов не хотят знать свой диагноз по сравнению с ожидаемым интервалом (нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ), в Семипалатинске также большинство пациентов не хотят знать свой диагноз (нормированный остаток равен 3,6,  $p < 0,001$ ).

Чаще всего ведут разговоры с врачом из членов семьи – в 46,2% случаев матери, в 26,3% супруги, в 21,2% - дети и в 6,2% случаев отцы. Распределение по регионам представлено на рисунке 16.

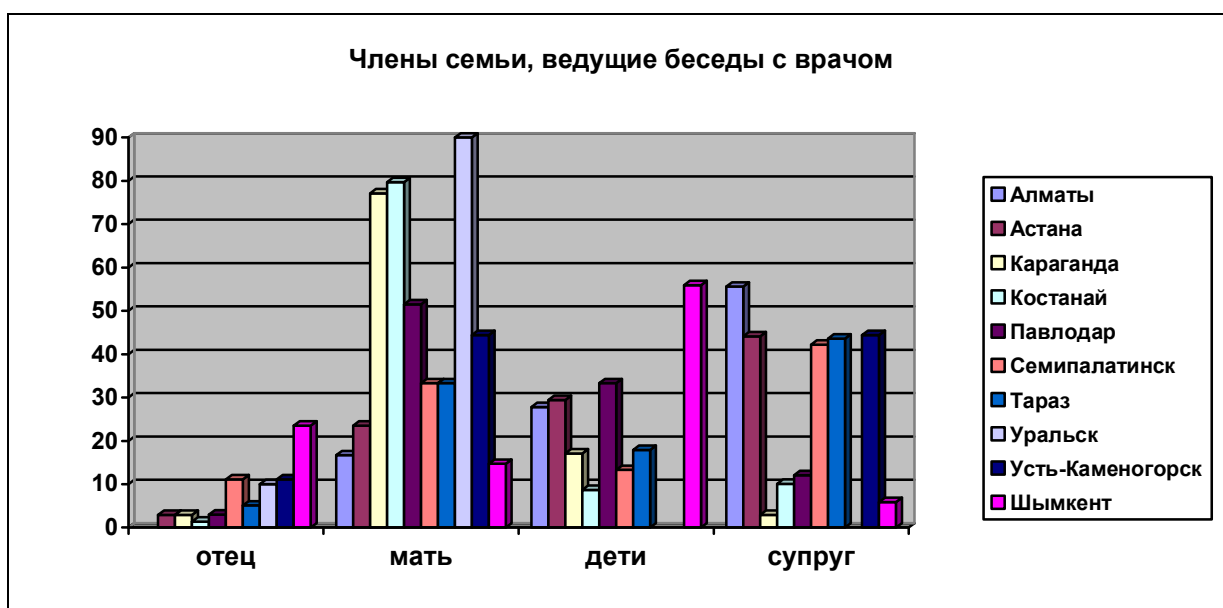


Рис. 16.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 37,5% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5 и минимальная ожидаемая частота равна 0,62. Метод нормированных остатков показал, в Алматы реже по сравнению с ожидаемым интервалом ведет разговоры с врачом мать (нормированный остаток равен -2,6,  $p < 0,05$ ) и чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет разговоры с врачом супруг (нормированный остаток равен 3,4,  $p < 0,001$ ). В Астане чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет разговоры с врачом супруг (нормированный остаток равен 2,0,  $p < 0,05$ ), в Караганде чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет разговоры с врачом мать (нормированный остаток равен 2,7,  $p < 0,05$ ) и реже супруг (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,05$ ), в Костанайе чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет беседу мать (нормированный остаток равен 4,1,  $p < 0,001$ ) и

реже дети (нормированный остаток равен -2,3,  $p < 0,05$ ) и супруг . (нормированный остаток равен -2,6,  $p < 0,05$ ), в Семипалатинске чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет беседу с врачом супруг (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), в Уральске чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведет разговоры с врачом мать (нормированный остаток равен 2,0,  $p < 0,05$ ), в Усть-Каменогорске реже по сравнению с ожидаемым интервалом ведет переговоры с врачом дети (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ), в Шымкенте чаще по сравнению с ожидаемым интервалом ведут разговоры с врачом отец (нормированный остаток равен 4,0,  $p < 0,001$ ) и дети (нормированный остаток равен 4,4,  $p < 0,001$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом мать (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,05$ ) и супруг (нормированный остаток равен -2,3,  $p < 0,05$ ).

На вопрос «Есть ли лекарственный формуляр» 71,8% опрошенных ответили утвердительно, при этом, имея в виду общий лекарственный формуляр. Что касается лекарственного формуляра, который был бы специфичен для служб паллиативной помощи, то таковые отсутствуют. На рисунке 17 представлены данные по регионам по наличию лекарственных формуляров.

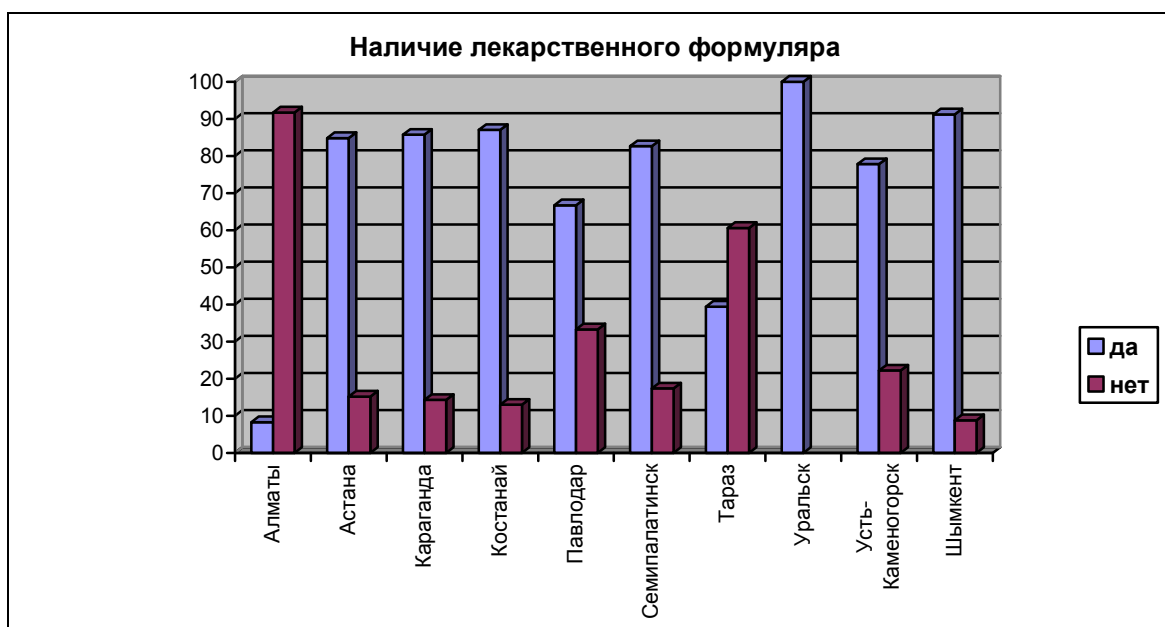


Рис. 17.

Как видно из рисунка отрицательных ответов о наличии лекарственного формуляра больше всего в г.Алматы, где отвечая на данный вопрос медицинские работники имели в виду лекарственные формуляры именно в области паллиативной помощи.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по наличию лекарственного формуляра ( $\chi^2 = 116,211$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что реже по сравнению с ожидаемым интервалом лекарственный формуляр встречается в следующих регионах - Алматы (нормированный остаток равен -4,5,  $p < 0,001$ ), Тараз (нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ).

Деятельность медицинских работников, участвовавших в опросе, на 98,3% оплачивается из средств государственного бюджета. 0,6% финансирования составляет частная (хоздоговорная) деятельность, 1,1% - другое, зачастую это средства международных и

спонсорских организаций. На 100% из государственного бюджета финансируются такие регионы как гг. Алматы, Астана, Уральск, Усть-Каменогорск, Шымкент.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по наличию препаратов, исключенных из перечня разрешенных для применения в медицинских учреждениях ( $\chi^2 = 65,530$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно больше по сравнению с ожидаемым интервалом препаратов, исключенных из перечня разрешенных для применения в следующих регионах - Астана (нормированный остаток равен 2,8,  $p < 0,01$ ), Караганда (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), Семипалатинск (нормированный остаток равен 2,4,  $p < 0,05$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом в следующих регионах - Алматы (нормированный остаток равен -2,4,  $p < 0,05$ ), Шымкент (нормированный остаток равен -3,6,  $p < 0,001$ ).

По результатам опроса оказалось, что 24,9% инкурабельных больных не получают лечения из-за отсутствия фондов. Распределение числа инкурабельных больных, не получивших лечение из-за отсутствия фондов по регионам представлено на рисунке 18.

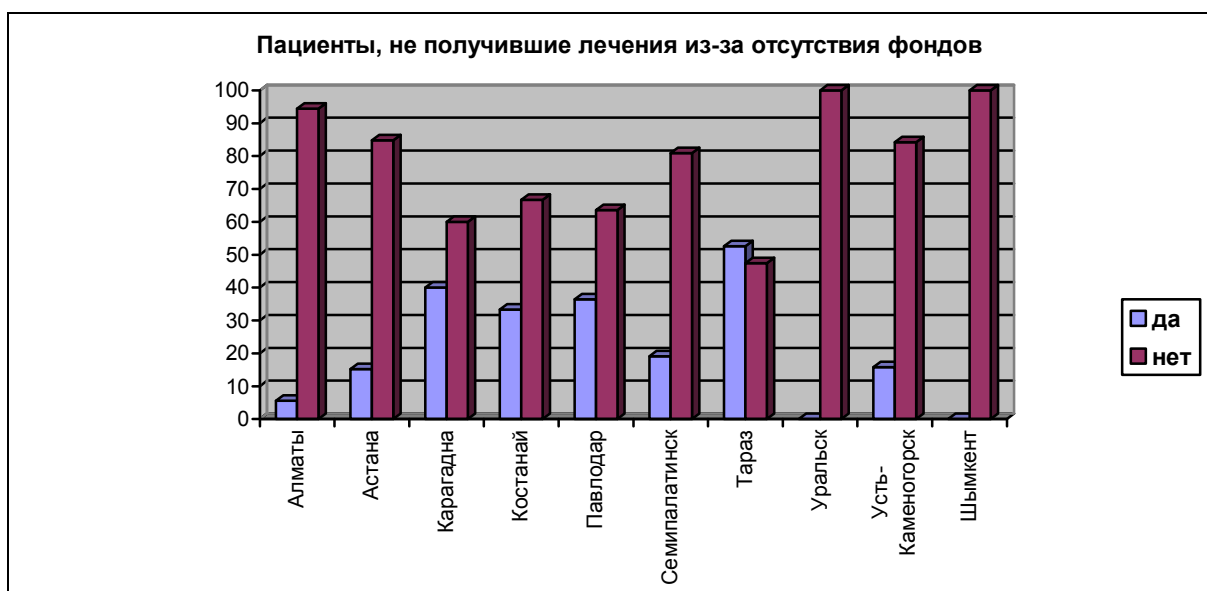


Рис. 18.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по наличию пациентов, которые не получали лечения из-за отсутствия фондов ( $\chi^2 = 50,038$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречается пациентов, которые не получают лечения из-за отсутствия фондов в Таразе (нормированный остаток равен 3,4,  $p < 0,001$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом в Алматы (нормированный остаток равен -2,3,  $p < 0,05$ ), Шымкент (нормированный остаток равен -2,9,  $p < 0,01$ ).

На вопрос «Есть ли у Вас руководства и/или стандарты для оказания помощи терминальным больным» 60,5% опрошенных медицинских работников ответили утвердительно. Однако необходимо отметить, что унифицированных для страны руководств и стандартов по оказанию паллиативной помощи не существует, поэтому каждое учреждение на местном уровне разрабатывает и утверждает свои стандарты. Показатели по регионам представлены на рисунке 19.

Критерий  $\chi^2$  показал наличие статистически значимых различий между регионами по наличию руководства и/или стандарты для оказания помощи терминальным больным ( $\chi^2 = 84,331$ ; число степеней свободы = 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что чаще по сравнению с ожидаемым интервалом присутствуют вышеуказанные руководства в Павлодаре (нормированный остаток = 2,2;  $p < 0,05$ ) и реже по сравнению с ожидаемым интервалом присутствуют вышеуказанные руководства в Шымкенте (нормированный остаток = -4,5;  $p < 0,001$ ).

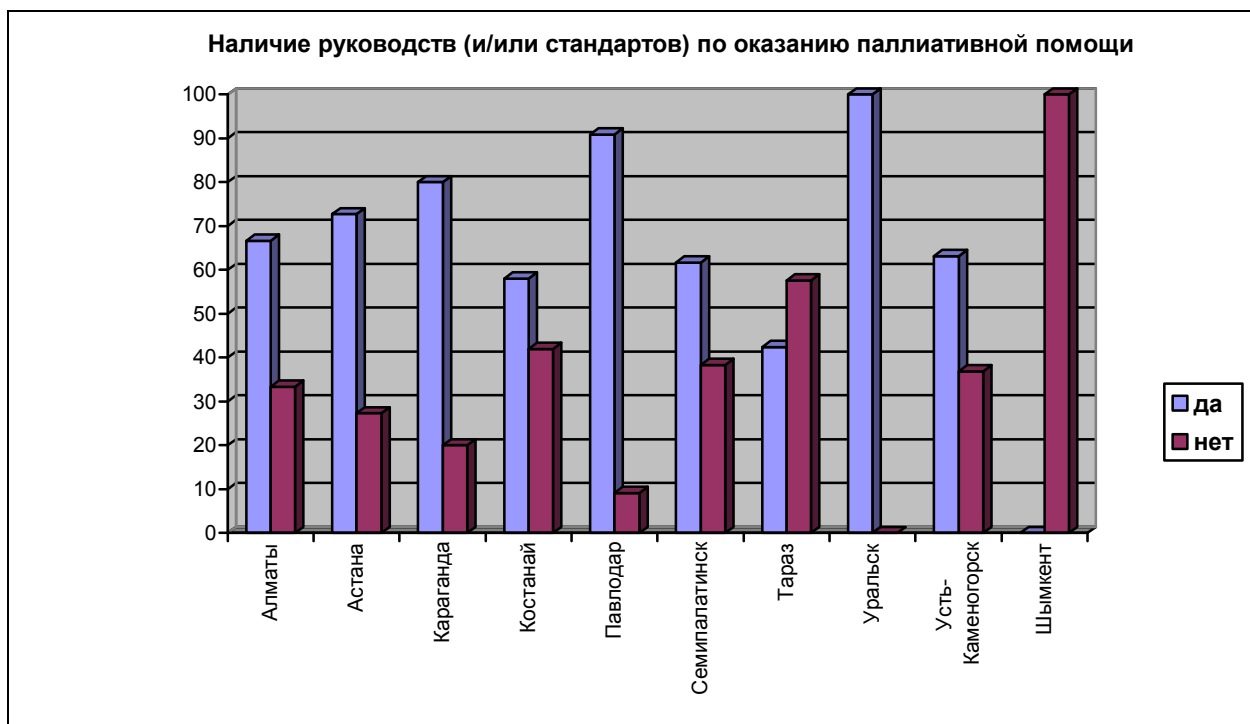


Рис. 19.

66,9% опрошенных медицинских работников отметили наличие руководств для оценки симптомов заболевания. При этом, лишь 13,4% из них оценивают болевой синдром у терминальных больных по руководствам, в 93,8% случаев по симптомам. Собственной интуиции доверяют 22,1% медицинских работников. Опять же необходимо отметить, что унифицированных руководств нет. Наличие руководств для оценки симптомов заболевания по регионам представлено на рисунке 20.

Критерий  $\chi^2$  показал наличие статистически значимых различий между регионами по наличию руководства и/или стандарты для оценки симптомов заболевания ( $\chi^2 = 90,505$ ; число степеней свободы = 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что реже по сравнению с ожидаемым интервалом присутствуют вышеуказанные руководства в Шымкенте (нормированный остаток = -4,1;  $p < 0,001$ ).

Критерий  $\chi^2$  не применим, так как количество ячеек с ожидаемой частотой меньше 5 составляет 50,0%, минимальная ожидаемая частота равна 0,62. Метод нормированных остатков не выявил статистически значимые различия между регионами.

Критерий  $\chi^2$  показал наличие статистически значимых различий между регионами по Болевой синдром – Собственная интуиция ( $\chi^2 = 55,126$ ; число степеней свободы = 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что реже по сравнению с ожидаемым

интервалом болевой синдром – собственная интуиция встречаются в Алматы (нормированный остаток = -2,8;  $p < 0,01$ ), в Астане (нормированный остаток = -2,4;  $p < 0,05$ ) и чаще в Шымкенте (нормированный остаток = 4,9;  $p < 0,001$ ).

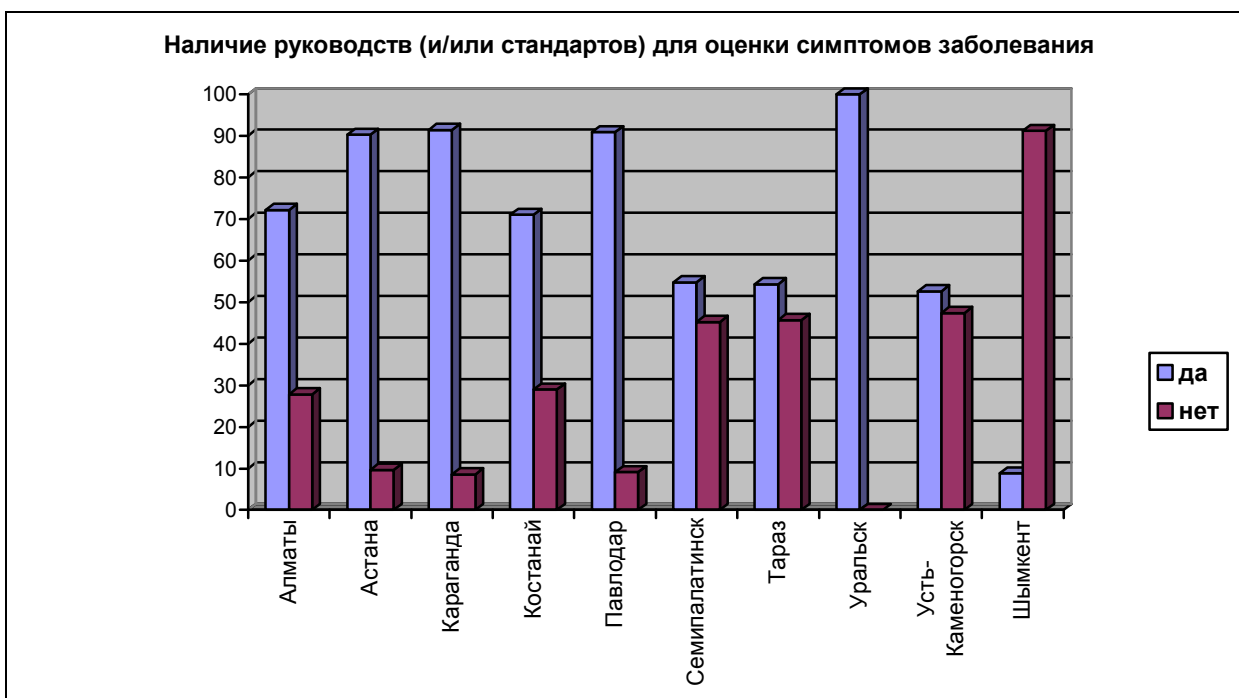


Рис. 20.

67,0% медицинских работников отметили, что имеют руководства по выписыванию анальгетиков. Такие руководства действительно существуют – общие правила по выписыванию анальгетиков пациентам. Однако, еще нет унифицированных руководств по выписыванию анальгетиков инкурабельным пациентам. Наличие руководств по выписыванию анальгетиков по регионам представлено на рисунке 21.

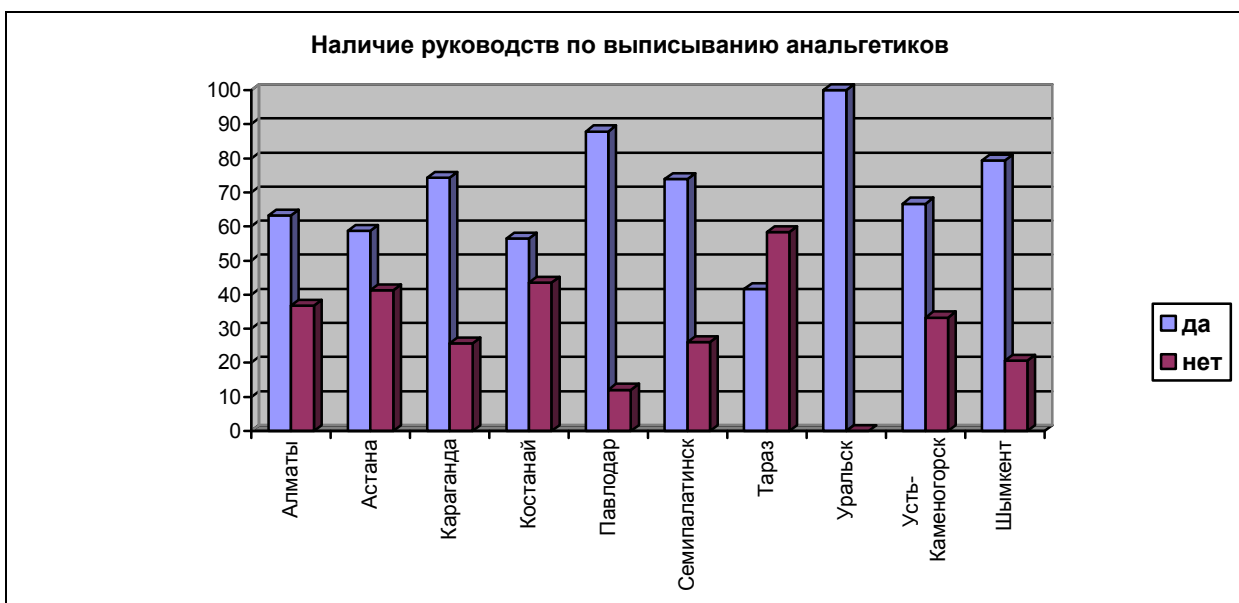


Рис. 21.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в регионах по наличию руководств по выписыванию анальгетиков ( $\chi^2 = 30,702$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что среди респондентов, выбравших ответ «нет», достоверно реже встречаются по сравнению с ожидаемым интервалом в Павлодаре (нормированный остаток равен  $-2,1$ ,  $p < 0,05$ ) и чаще в Таразе (нормированный остаток равен  $2,6$ ,  $p < 0,05$ ).

82,6% опрошенных медицинских работников отметили, что имеются ограничения по выписыванию опиума. Данный факт очевиден, так как существуют строгие (даже жесткие) показания по выписыванию опиатов пациентам по регионам. На рисунке 22 представлен процент лиц, отметивших о существовании ограничений по выписыванию опиатов.

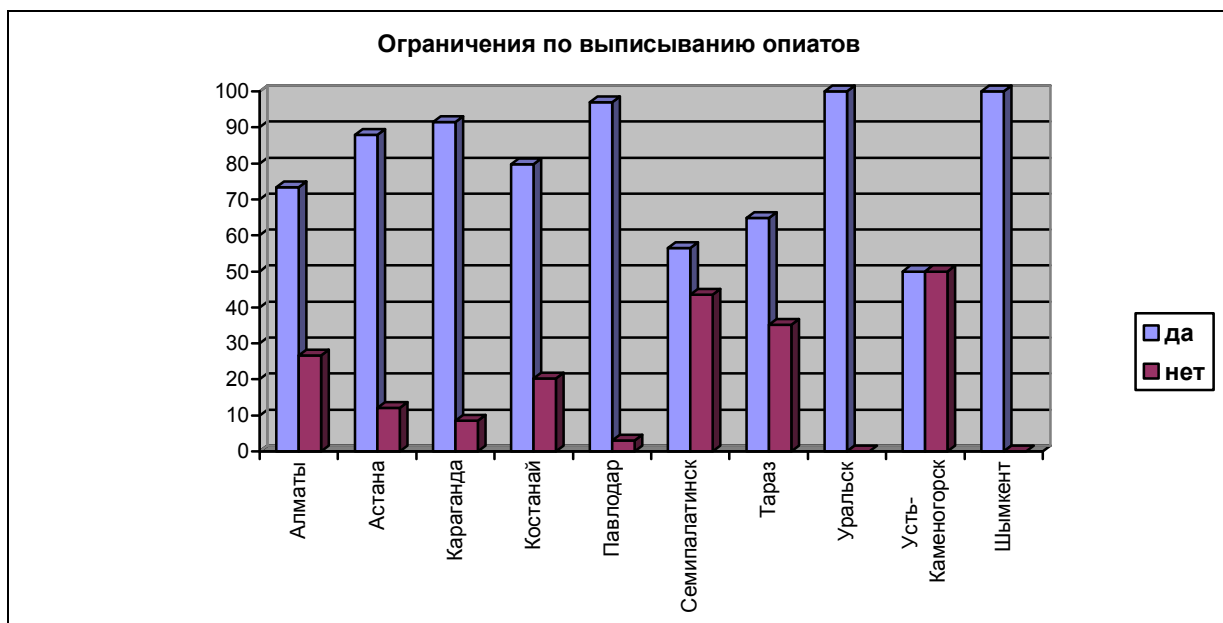


Рис. 22.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 25% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5 и минимальная ожидаемая частота равна  $0,70$ . Метод нормированных остатков показал, что среди респондентов, выбравших ответ «нет», достоверно реже встречаются по сравнению с ожидаемым интервалом в Павлодаре (нормированный остаток равен  $-2,0$ ,  $p < 0,05$ ) и Шымкенте (нормированный остаток равен  $-2,4$ ,  $p < 0,05$ ), чаще по сравнению с ожидаемым интервалом в Таразе (нормированный остаток равен  $2,6$ ,  $p < 0,05$ ).

Вопрос о дозировке морфина в целях снижения боли пациентам остался без внимания со стороны медицинских работников, ответивших на этот вопрос, было лишь 18 человек. Вероятно, данный вопрос не в полной мере был понят, так как на сегодняшний день очень редко, практически никогда не используется в практике морфин, используются другие виды опиатов. Вторая причина заключается в том, что в списке опрошенных учреждений были наряду с учреждениями, оказывающими чисто паллиативную помощь, были и организации общей лечебной сети.

Достаточно интересным оказались результаты ответов на вопрос об обучении штатов. 49,9% респондентов ответили, что их штат обучается или пытается дополнительно

обучиться по вопросам паллиативной помощи, 51,1% дали отрицательные ответы. Причем, 40,6% ответивших отметили обучение на циклах усовершенствования (в основном циклы, проводившиеся международными организациями), 13,7% отметили прохождение обучения на базах медицинских академий и институтов. Это свидетельствует о существующем недостатке квалифицированных программ обучения по паллиативной помощи в стране. На рисунке 23 представлены результаты опроса по обучению медицинских специалистов в области оказания паллиативной помощи.

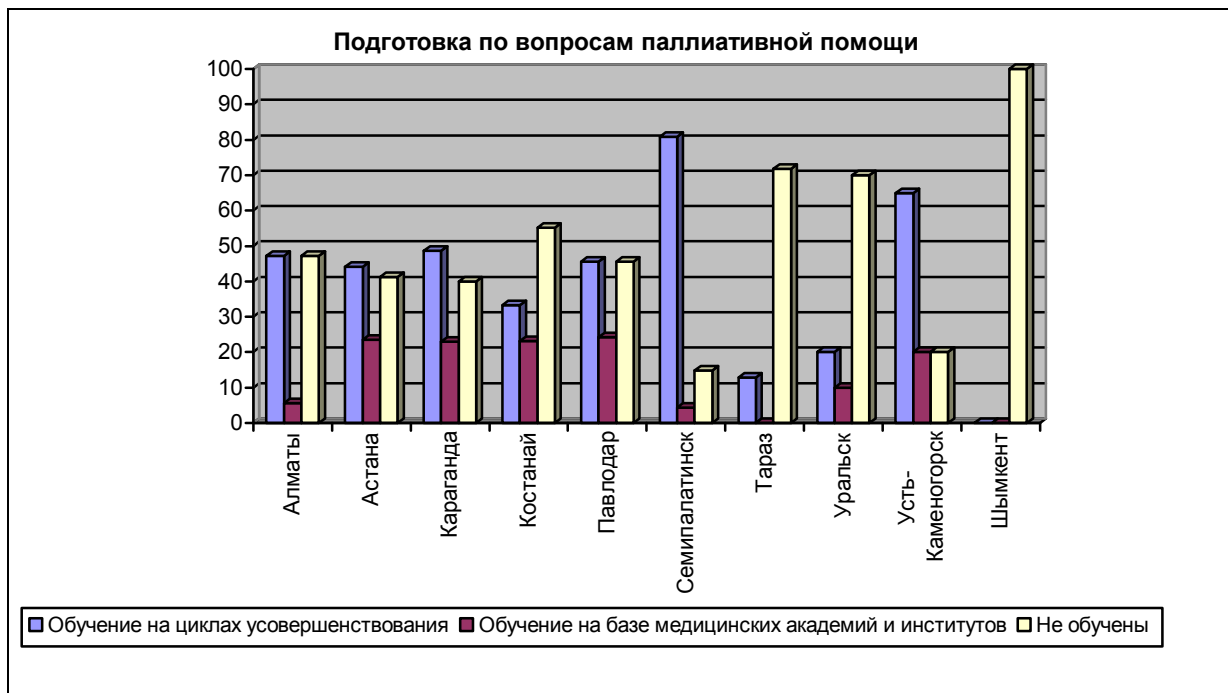


Рис. 23.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по регионам среди респондентов, которые ответили, что штат не обучается ( $\chi^2 = 76,931$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом данные респонденты встречались в Семипалатинске (нормированный остаток равен -3,4,  $p < 0,001$ ) и чаще в Шымкенте (нормированный остаток равен 4,1,  $p < 0,001$ ).

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 35% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5. Метод нормированных остатков показал, избыток респондентов, прошедших подготовку на базах медицинских академий и институтов по сравнению с ожидаемым интервалом в Костаное (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), недостаток - в Таразе (нормированный остаток равен -2,3,  $p < 0,05$ ).

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по регионам среди респондентов, которые ответили, что прошли обучение на циклах усовершенствования ( $\chi^2 = 77,565$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что избыток таких респондентов по сравнению с ожидаемым интервалом в Семипалатинске (нормированный остаток равен 4,3,  $p < 0,001$ ) и недостаток в Таразе (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,05$ ) и Шымкенте (нормированный остаток равен -3,7,  $p < 0,001$ ).

76,2% опрошенных медицинских работников отметили о наличии материалов с циклов обучения.



Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 44,4% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5, минимальная ожидаемая частота равна 0,71. Метод нормированных остатков показал, что реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются респонденты, которые владеют материалами с циклов переподготовки в Костаное (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ).

Лишь 21,6% медицинских работников отметили о наличии в штате клиник сотрудников, занимающихся эмоциональными аспектами терминальных больных и еще меньше – 8,5% - занимающихся нуждами семьи. В оказании паллиативной помощи эмоциональное состояние и нужды членов семьи, в которой есть неизлечимый пациент, имеет не меньшее, а порой и большее значение для оказания качественной медико-психологической помощи.

На рисунке 24 представлено результаты опроса по регионам.

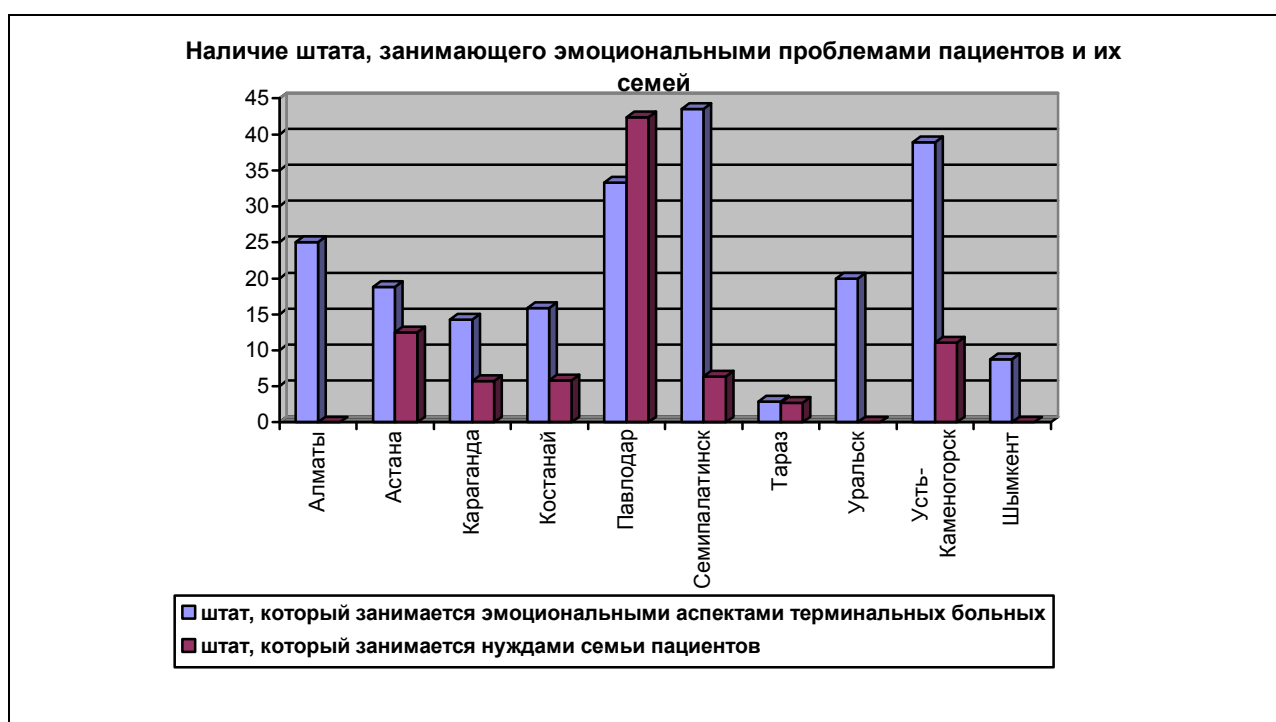


Рис. 24.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в наличии штата, занимающегося эмоциональными проблемами пациентов и их семей по регионам ( $\chi^2 = 32,276$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно чаще имеется штат, занимающийся эмоциональными аспектам терминальных больных по сравнению с ожидаемым интервалом в Семипалатинске (нормированный остаток равен 3,2,  $p < 0,001$ ), реже – в Таразе (нормированный остаток равен -2,4,  $p < 0,05$ ).

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 45% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5, минимальная ожидаемая частота равна 0,85. Метод нормированных остатков показал, что чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются штат, который занимается нуждами семьи пациентов в Костаное (нормированный остаток равен 6,7,  $p < 0,001$ ).

13,7% медицинских работников отметили о наличии в штате клиник социальных работников и 13,1% отметили помощь священнослужителей в оказании паллиативной помощи пациентам. На рисунке 25 представлено распределение ответов по регионам.

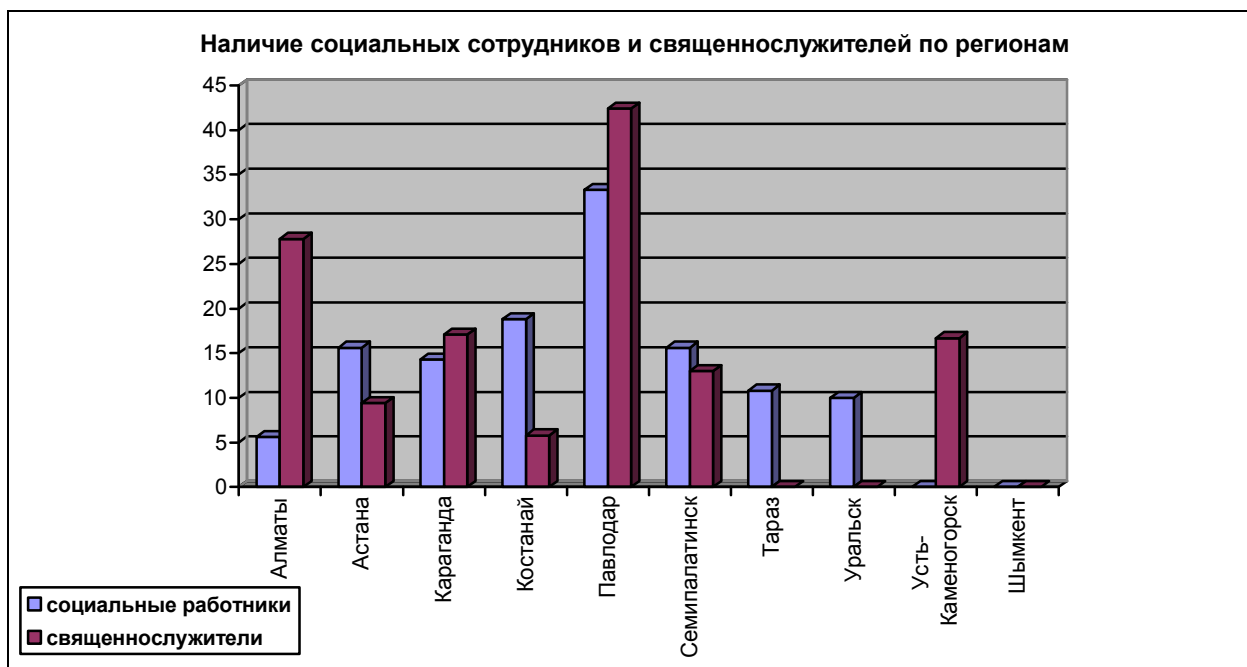


Рис. 25.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 35% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5. Метод нормированных остатков не выявил статистически значимых различий между регионами.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 40% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5. Метод нормированных остатков показал, что реже встречаются священнослужители в Таразе (нормированный остаток -2,2,  $p < 0,05$ ).

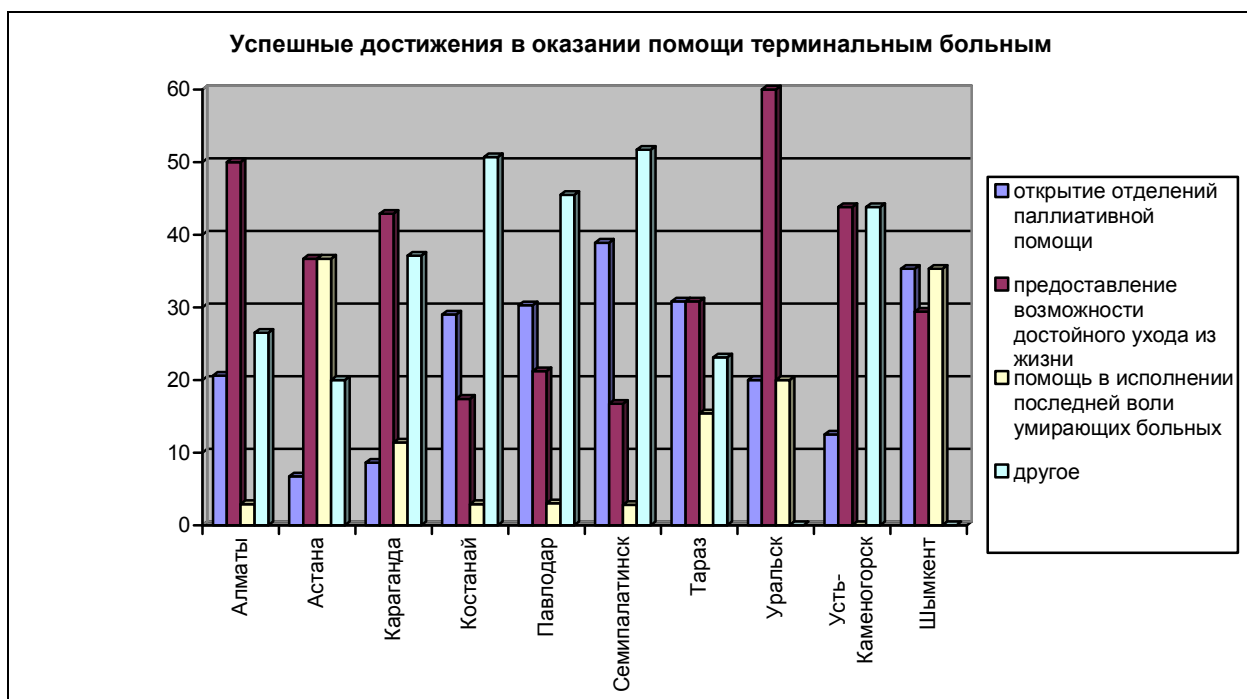


Рис. 26.

На вопрос о самом успешном достижении в оказании помощи терминальным больным респонденты ответили следующим образом: открытие специализированных отделений паллиативной помощи – 24,8%, предоставлении возможности достойного ухода из жизни – 30,7%, помощь в исполнении последней воли – 11,8%, другое – 27,2%. В число категории ответов «другое» вошли следующие – оказание различной медицинской помощи и все указанные виды помощи в комплексе. На рисунке 26 представлено распределение ответов по регионам.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 35% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5. Метод нормированных остатков показал, что в Алматы чаще по сравнению с ожидаемым интервалом в качестве самого успешного достижения в оказании помощи терминальным больным выбирали ответ «предоставление возможности достойного ухода из жизни» (нормированный остаток равен 2,0,  $p < 0,05$ ), в Астане реже по сравнению с ожидаемым интервалом в качестве самого успешного достижения в оказании помощи терминальным больным выбирали ответ «открытие специальных отделений паллиативной помощи» (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ), в Костаное достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом выбирали ответы «предоставление возможности достойного ухода из жизни» (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ) и «помощь в исполнении последней воли умирающего» (нормированный остаток равен -2,1,  $p < 0,05$ ), достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом выбирали «другое» и «ничего» (нормированный остаток равен -2,6,  $p < 0,05$ ), в Шымкенте достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом встретились респонденты, выбравшие «другое» и «ничего» (нормированный остаток равен -3,3,  $p < 0,001$ ).

Наибольшими проблемами в оказании паллиативной помощи терминальным больным по мнению медицинских работников являются: отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи – 66,6%; отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни – 15,6%; невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего – 11%; другое – 6,9%. В категорию «другое» вошли такие ответы как недостаточное финансирование, нехватка коек, и все перечисляемые проблемы в комплексе.

Критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 52,5% ячеек имеет ожидаемую частоту меньше 5, минимальная ожидаемая частота 0,69. Метод нормированных остатков показал, что среди респондентов, которые выбрали в качестве наибольшей проблемы в оказании помощи терминальным больным отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются в Семипалатинске (нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ), реже - в Таразе (нормированный остаток равен -2,6,  $p < 0,05$ ). Среди респондентов, которые выбрали в качестве наибольшей проблемы в оказании помощи терминальным больным отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются в Костаное (нормированный остаток равен 3,1,  $p < 0,001$ ) и реже в Семипалатинске (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,05$ ). Среди респондентов, которые в качестве наибольшей проблемы в оказании помощи терминальным больным выбрали ответ невозможность оказания помощи в последней воли умирающего достоверно реже по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются в Семипалатинске (нормированный остаток равен -2,2,  $p < 0,05$ ).

Опрошенные медицинские работники указали на следующие виды оказываемой паллиативной помощи – стационарная помощь – 71,1%; помощь на дому – 45,1%; дневной

стационар – 12,9% и другие виды помощи – 9%. На рисунке 27 представлены виды оказываемой паллиативной помощи по регионам.

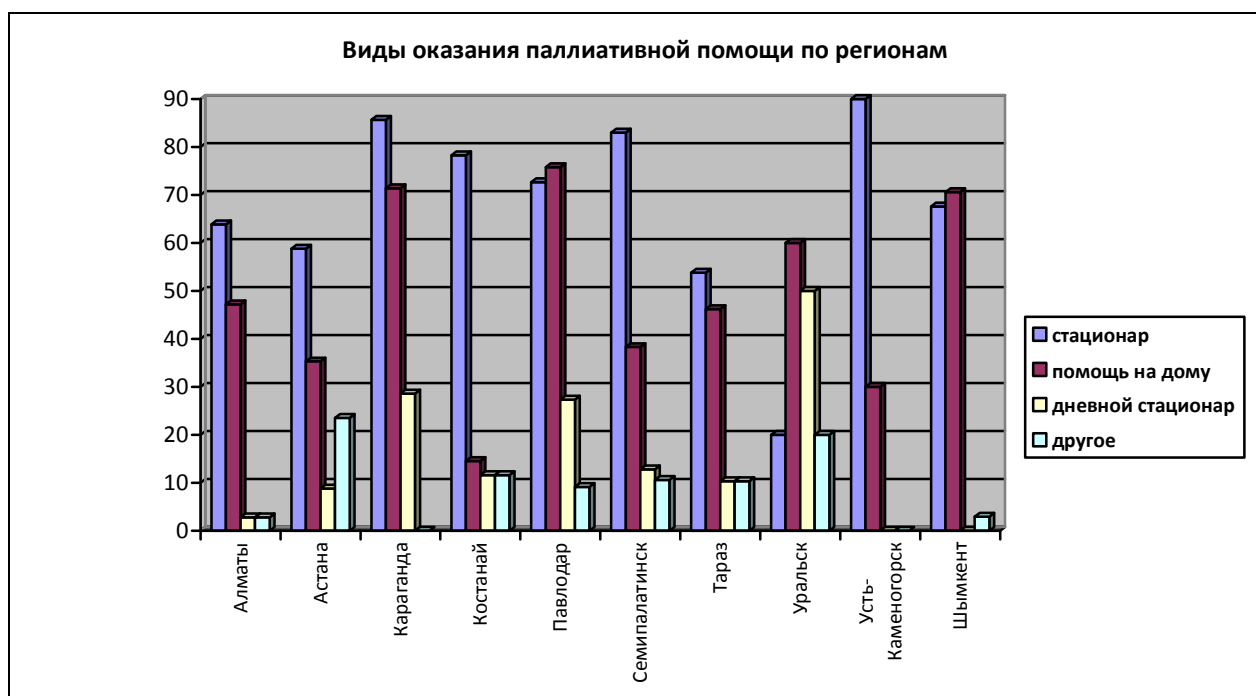


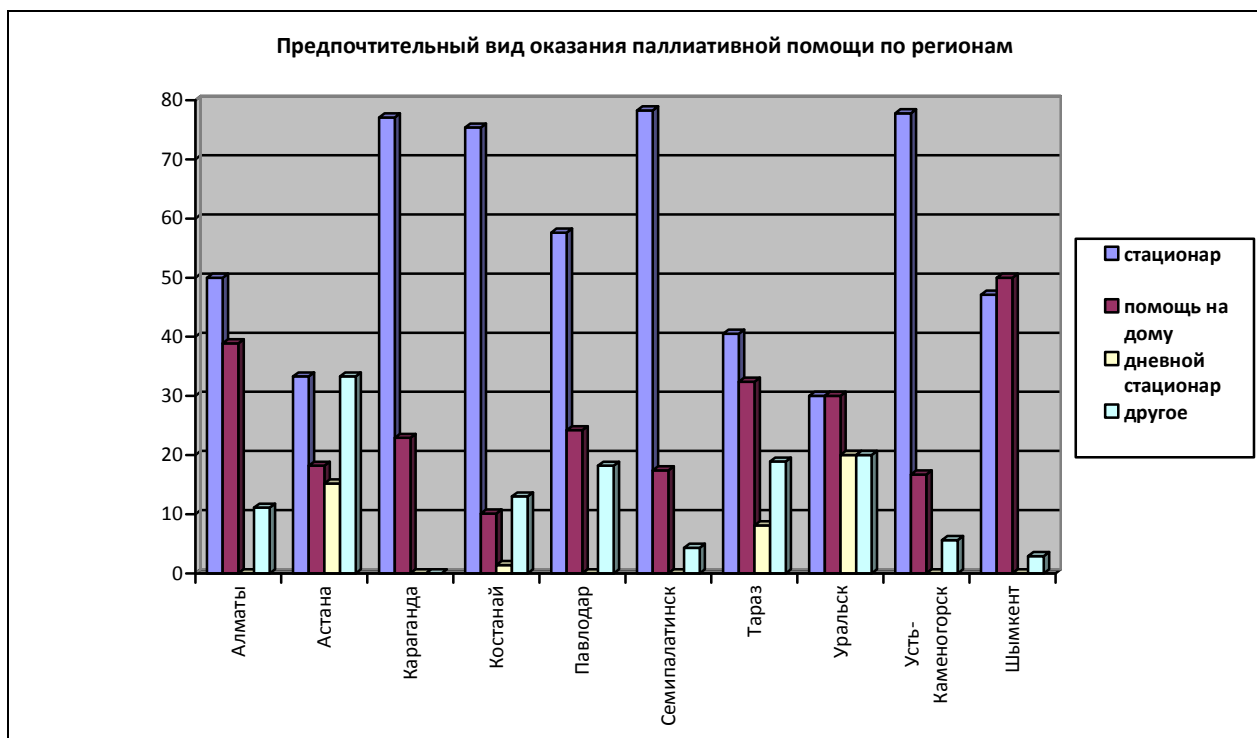
Рис. 27.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в видах оказываемой помощи терминальным больным по регионам. Среди респондентов, отметивших вид оказываемой помощи стационар ( $\chi^2 = 34,101$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно чаще респондентов, не выбравших стационарный вид паллиативной помощи по сравнению с ожидаемым интервалом в Таразе (нормированный остаток равен 2,0,  $p < 0,05$ ). Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия между респондентами по регионам, которые считают, что паллиативная помощь в Казахстане представляет собой помощь на дому ( $\chi^2 = 62,374$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно таких чаще респондентов по сравнению с ожидаемым интервалом встречаются в следующих регионах - Караганда (нормированный остаток равен 2,3,  $p < 0,05$ ), Павлодар (нормированный остаток равен 2,6,  $p < 0,05$ ), Шымкент (нормированный остаток равен 2,2,  $p < 0,05$ ), достоверно реже встречаются в Костанайе (нормированный остаток равен -3,8,  $p < 0,001$ ). Для респондентов, считающих, что паллиативная помощь в Казахстане оказывается в виде помощи в дневном стационаре, критерий  $\chi^2$  не применим, т.к. 35% ячеек имеют ожидаемую частоту меньше, чем 5, также как и для пациентов, выбравших другие виды оказываемой паллиативной помощи (т.к. 45% ячеек имеют ожидаемую частоту меньше 5, минимальная ожидаемая частота равна 0,9). Метод нормированных остатков не выявил статистически значимых различий между регионами.

Из предпочтительных видов паллиативной помощи были, в основном, выбраны стационар – 60,1%, помощь на дому – 24,5%. Помимо этого были выделены такие виды помощи как смешанная, открытие специализированных клиник и хосписов, и все перечисленное в комплексе. На рисунке 15 представлены полученные ответы по регионам.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия по регионам по предпочтительному виду оказываемой паллиативной помощи ( $\chi^2 = 83,055$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что среди

респондентов, выбравших предпочтительным видом оказываемой помощи стационар достоверно реже встречаются в Астане (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ), среди респондентов, которые считают наиболее важным видом помощи помощь на дому достоверно меньше встречаются в Костаное (нормированный остаток равен -2,4,  $p < 0,05$ ), достоверно чаще в Шымкенте (нормированный остаток равен 3,0,  $p < 0,01$ ), респонденты, выбравшие другие виды (смешанный) оказываемой помощи достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом в Астане (нормированный остаток 4,8,  $p < 0,001$ ) и реже в Караганде (нормированный остаток -2,3,  $p < 0,05$ ).



**Рис. 28.**

Таким образом, по мнению представителей медицинских организаций городов, где проводилось исследование, на сегодняшний день квалифицированная паллиативная помощь в большей степени оказывается пациентам старших возрастных групп (старше 60 лет). Среди таких пациентов преобладает онкологическая и терапевтическая (гериатрическая) патологии.

В то же время, такие заболевания как туберкулез, СПИД, почечная недостаточность, гематологическая онкологическая патология, которыми страдают дети и трудоспособное население, в терминальных стадиях остаются на плечах медицинских учреждений общего профиля, что значительно осложняет оказание медико-психологической помощи по ряду причин.

Среди таких причин оказались и недостаток финансов, и лекарственных средств, и средств по уходу за incurable больными, и отсутствие единых подходов и протоколов оказания паллиативной помощи, несмотря на их наличие на местном уровне в отдельно взятых учреждениях, и недостаток времени и штатов для предоставления психологической и социальной поддержки, как самим больным, так и их родственникам. Зачастую родственниками таких больных являются родители, для которых, безусловно, боль потери ребенка несравнима ни с чем.

Также как и население, медицинские работники отмечают необходимость открытия новых и развития существующих служб по оказанию квалифицированной паллиативной помощи населению. На сегодняшний день, существующие хосписы финансируются государством (по результатам данного исследования – 98,3%) и международными общественными организациями.

По мнению респондентов, система оказания паллиативной помощи должна быть централизованная, регулироваться государством, и, соответственно, должны быть единые подходы и протоколы оказания паллиативной помощи для улучшения качества данного вида помощи населению. Из видов оказания паллиативной помощи предпочтительными оказались стационарная помощь и помощь на дому.

Немаловажным вопросом остается вопрос подготовки и переподготовки медицинских и других кадров по вопросам паллиативной помощи. На сегодняшний день пока нет отдельных самостоятельных курсов усовершенствования (специализации) по организации и управлению паллиативной помощью, улучшению качества оказываемых услуг пациентам и их семьям.

Иными словами, потребность в организации служб по оказанию паллиативной помощи в Казахстане по результатам проведенного исследования, по мнению медицинских работников, высока. Существует масса проблем, связанных как с организацией и управлением данной службы, так и оказанием медико-психологических и социальных услуг инкурабельным пациентам и их семьям.

Решение упомянутых проблем видится в необходимости разработки единых подходов, организационных и экономических механизмов и стандартов для открытия специализированных учреждений по оказанию паллиативной помощи.

Для более успешного развития паллиативной помощи в стране необходимо создание Рабочей группы по разработке предложений и координации предоставления паллиативной помощи населению. Такая группа могла бы включать подкомитеты по вопросам политики, образования, развитию услуг.

Кроме того, необходима разработка и внедрение унифицированной программы развития паллиативной помощи в стране.

## Результаты опроса населения

Из 453 опрошенных респондентов по 10 городам Республики Казахстан (Алматы, Астана, Караганда, Костанай, Павлодар, Семипалатинск, Тараз, Уральск, Усть-Каменогорск и Шымкент) 35,8% были в возрасте 20-29 лет, 25,6% - в возрасте 30-39 лет, 21% - в возрасте 40-49, 18,1% - 50-59 лет, и 9,5% были в возрасте 60 лет и старше. На рисунке 29, представлено возрастное распределение населения в городах, где проводилось исследование. Как видно из графика наибольшее количество респондентов в возрасте 20-29 лет было опрошено в г. Костанай, в возрасте 30-39 лет – в г.Шымкент, 40-49 лет в г.Усть-Каменогорск, в возрасте 50-59 лет – в гг. Астана, Семипалатинск, Усть-Каменогорск, и в возрасте 60 и старше – в г.Тараз.

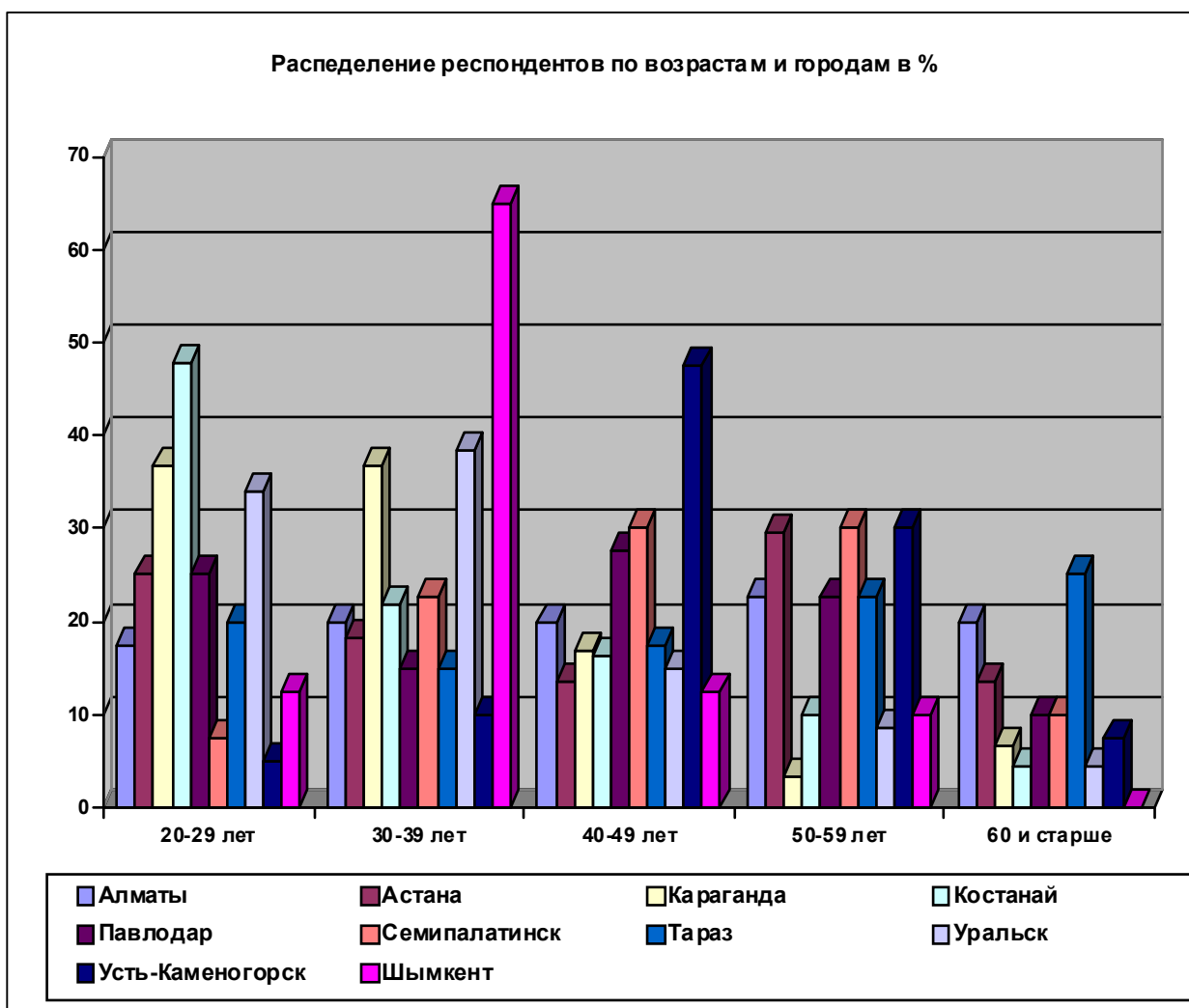
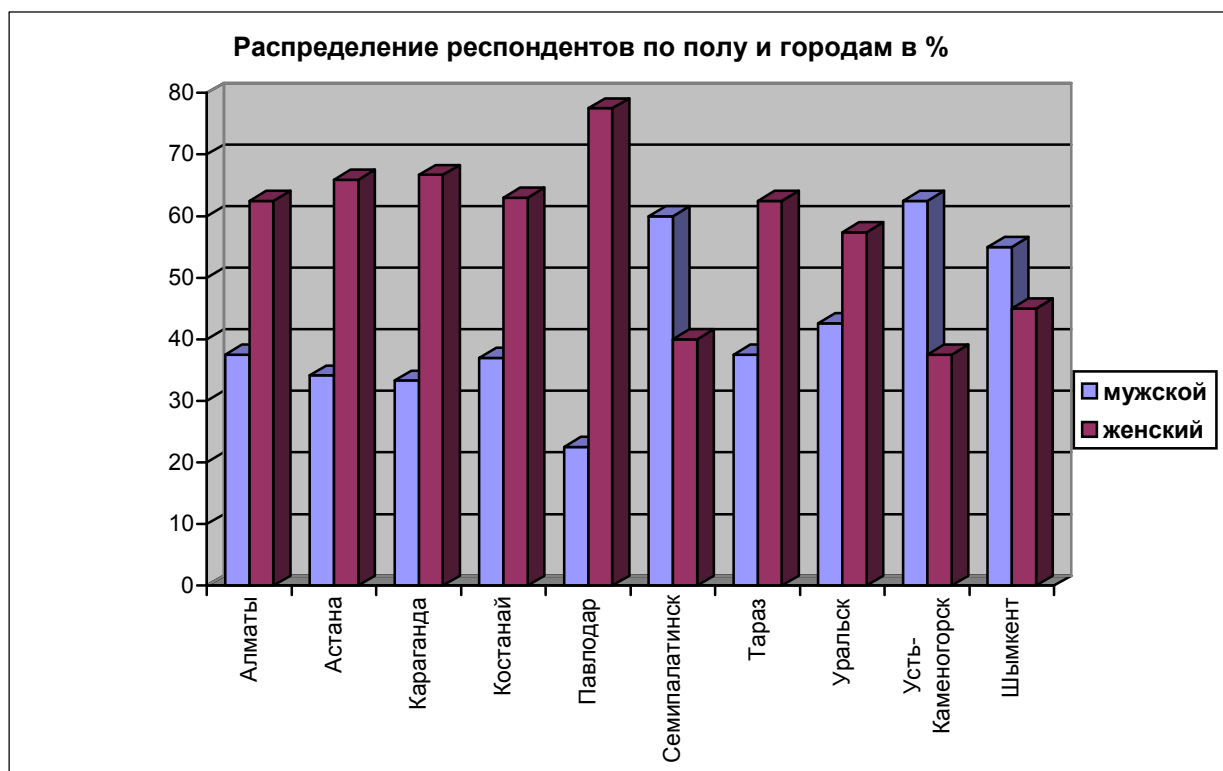


Рис. 29.

Практически половина опрошенных респондентов (41,7%) были мужчины, а половина (58,3%) - женщины. На рисунке 30 представлено распределение по полу и городам. Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в распределении по полу по регионам ( $\chi^2 = 24,958$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,01$ ). Метод нормированных остатков показал, что в Усть-Каменогорске было опрошено больше мужчин по сравнению с ожидаемым интервалом (нормированный остаток равен 2,0,  $p < 0,05$ ). Практически в 3 раза меньше опрошенных мужчин оказалось в Павлодаре.



**Рис. 30.**

Опрос населения проводился с целью выявления знаний респондентов о паллиативной помощи, сталкивались ли они с проблемами оказания паллиативной помощи, какие виды услуг необходимы в первую очередь при оказании помощи тяжелобольным близким. В этой связи, в результате опроса выявлено, что 61,6% опрошенных сталкивались с проблемой оказания паллиативной помощи, так как имели в семье тяжелобольных родственников. На рисунке 31 представлен процент лиц, имевших в семье тяжелобольных родственников по городам, где проводилось исследование.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в распределении вопроса «были ли в Вашей семье тяжелобольные родственники» по регионам ( $\chi^2 = 56,836$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что тяжелобольных родственников было достоверно больше по сравнению с ожидаемым интервалом в Семипалатинске (нормированный остаток равен 2,7,  $p < 0,05$ ), в Усть-Каменогорске (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ). Метод нормированных остатков показал, что тяжелобольных родственников было достоверно меньше по сравнению с ожидаемым интервалом в Костаное (нормированный остаток равен 2,3,  $p < 0,05$ ). Как и показано на графике, количество респондентов, ответивших утвердительно на вопрос о наличии тяжелобольных родственников, было в Семипалатинске и Усть-Каменогорске и меньше всех в Костаное.



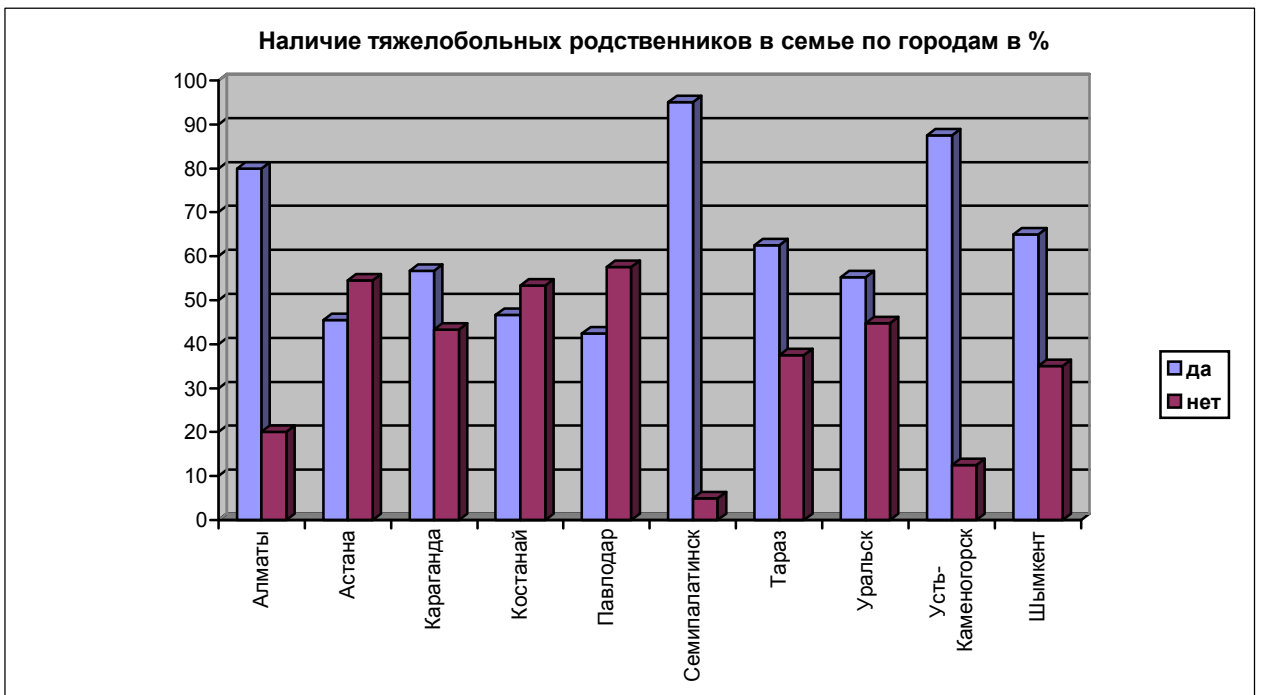


Рис. 31.

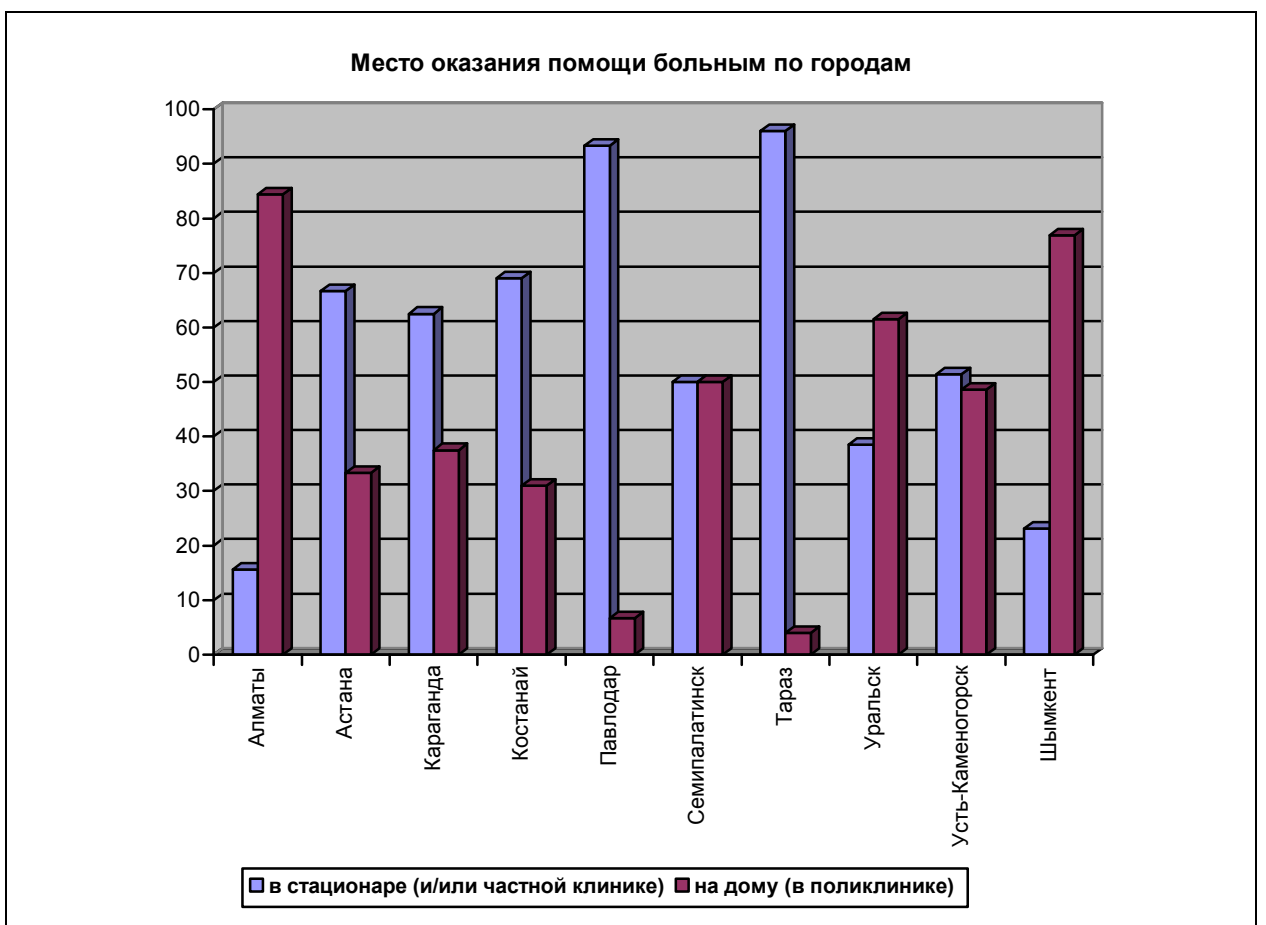


Рис. 32.

На вопрос оказывалась ли помощь, 60,3% респондентов ответили утвердительно и 39,7% - отрицательно. В результате статистической обработки и анализа данных оказалось, что из 60,3% респондентов, ответивших утвердительно, отметили, что помощь в 53,8% случаев оказывалась в стационаре (и/или в частной клинике) и в 46,2% случаев в поликлинике (на дому). На рисунке 32 представлены результаты ответов на данный вопрос по городам.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в распределении респондентов по месту оказания помощи по регионам ( $\chi^2 = 64,364$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что в стационаре (и/или частной клинике) было достоверно больше по сравнению с ожидаемым интервалом оказывается помощь в следующих регионах - Павлодар (нормированный остаток равен 2,1,  $p < 0,05$ ), Тараз (нормированный остаток равен 2,9,  $p < 0,01$ ). Метод нормированных остатков показал, что на дому и в поликлинике было достоверно больше по сравнению с ожидаемым интервалом помощь в следующих регионах - Алматы (нормированный остаток равен 3,2,  $p < 0,001$ ), в Шымкенте (нормированный остаток равен 2,3,  $p < 0,05$ ).

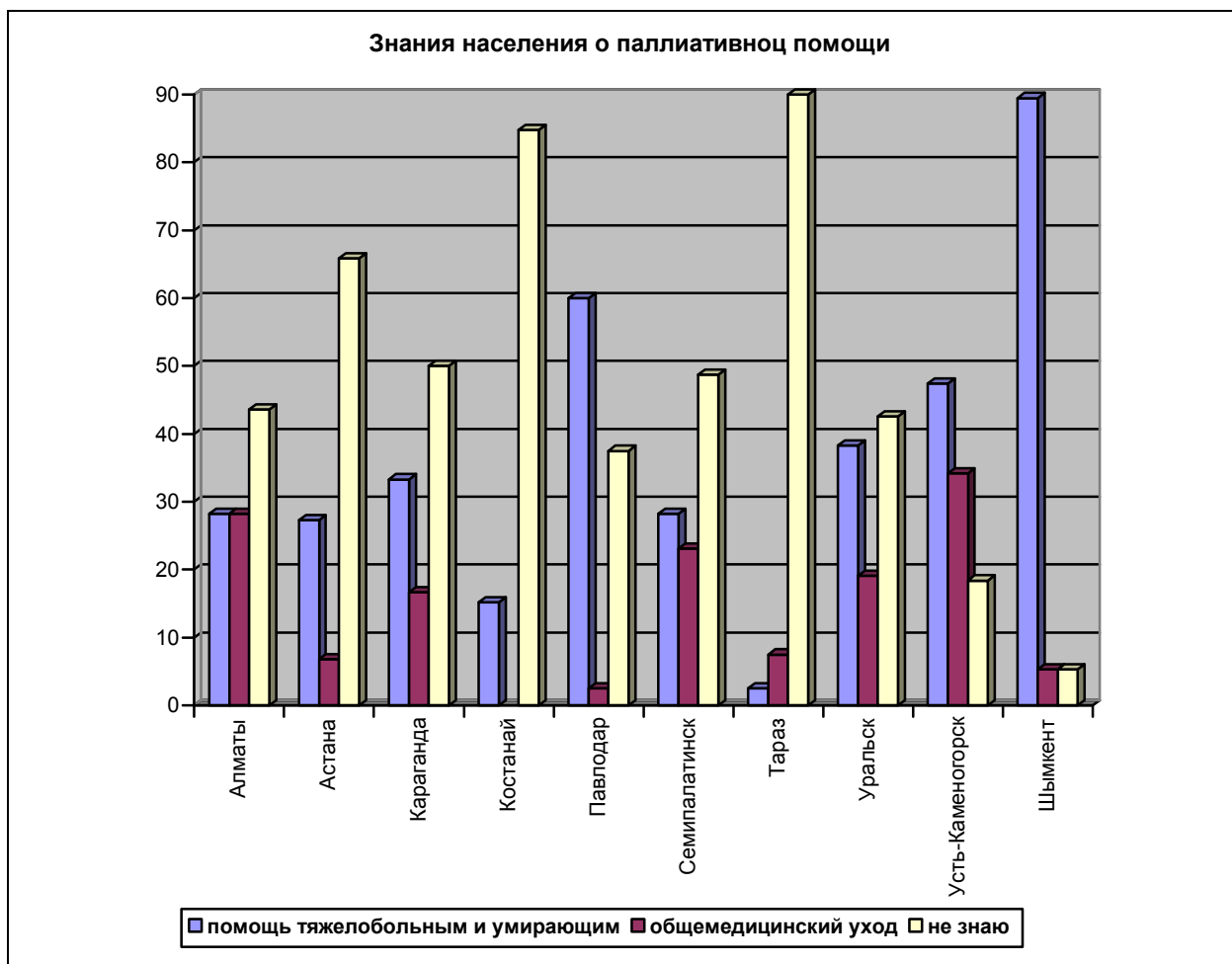
На вопрос «Оказывалась ли психологическая помощь» утвердительно ответили 38,4% респондентов, отрицательно – 61,6% соответственно. В наименьшей степени психологическая поддержка оказывается в гг. Алматы (9,4%) и в Таразе (12%). В наибольшей степени в гг. Шымкент (92,3%) и Уральске (69,2%).

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные различия в оказании респондентам психологической поддержки по регионам ( $\chi^2 = 72,420$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно чаще психологическая поддержка оказывается в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом - Уральск (нормированный остаток равен 2,5,  $p < 0,05$ ), Шымкент (нормированный остаток равен 4,4,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что достоверно меньше по сравнению с ожидаемым интервалом психологическая поддержка оказывается в следующих регионах - Алматы (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,01$ ), Тараз (нормированный остаток равен -2,1,  $p < 0,05$ ).

Из тех, кому оказывалась психологическая помощь, в 37,6% она оказывалась медицинскими работниками. Лишь в 13,8% психологами и социальными работниками, хотя именно они могут и должны помогать в данном случае в полной мере. В 38,5% членами семьи, между тем, как сами члены семьи также нуждаются в психологической поддержке, и в 10,1% религиозными организациями. В гг. Алматы и Тараз психологическая помощь оказывалась лишь медицинскими работниками, в гг. Павлодар, Шымкент и Костанай в основном членами семьи, равномерно между медицинскими и социальными работниками психологическая помощь оказывается в Уральске.

В данном случае критерий  $\chi^2$  не применим, так как число ячеек с ожидаемым числом меньше 5 оставило 85%, минимальная ожидаемая частота 0,30. Метод нормированных остатков показал, что в Шымкенте меньше оказывается поддержка врачами и медсестрами по сравнению с ожидаемым интервалом (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,01$ ).

98,7% опрошенного населения ответили на вопрос «Что такое паллиативная помощь» следующим образом: 34,2% отметили, что это помощь тяжелобольным и умирающим, 12,5%, что это общемедицинский уход, а 53,2% отметили, что они точно не знают, что такое паллиативная помощь. Таким образом, оказывается, что больше половины опрошенных респондентов не знают конкретно, что же такое паллиативная помощь. На рисунке 5 представлены варианты ответов респондентов по городам.



**Рис. 33.**

В данном случае критерий  $\chi^2$  также не применим, так как число ячеек с ожидаемым числом меньше 5 оставило 42,5%, минимальная ожидаемая частота 0,33. Метод нормированных остатков показал, что паллиативная помощь как «помощь тяжелобольным и умирающим» достоверно больше трактуется в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом – Павлодар (нормированный остаток равен 2,8,  $p < 0,01$ ), Шымкент (нормированный остаток равен 5,6,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что паллиативная помощь как «помощь тяжелобольным и умирающим» достоверно меньше всего трактуется в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом – Костанай (нормированный остаток равен -3,1,  $p < 0,001$ ), Тараз (нормированный остаток равен -3,4,  $p < 0,001$ ). Также, метод нормированных остатков показал, что паллиативная помощь как «общемедицинский уход» достоверно больше трактуется в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом – Алматы (нормированный остаток равен 2,7,  $p < 0,01$ ), Усть-Каменогорск (нормированный остаток равен 3,7,  $p < 0,05$ ). Метод нормированных остатков показал, что паллиативная помощь как «общемедицинский уход» достоверно меньше трактуется в следующих регионах по сравнению с ожидаемым интервалом – Костанай (нормированный остаток равен -3,4,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что респондентов не знающих, что такое паллиативная помощь оказалось достоверно больше по сравнению с ожидаемым интервалом в следующих регионах – Костанай (нормированный остаток равен 4,2,  $p < 0,001$ ), Тараз (нормированный остаток равен 3,3,  $p < 0,001$ ). Респондентов не знающих, что такое паллиативная помощь оказалось достоверно меньше по сравнению с ожидаемым

интервалом в следующих регионах – Усть-Каменогорск (нормированный остаток равен - 3,0,  $p < 0,001$ ), Шымкент (нормированный остаток равен -4,2,  $p < 0,001$ ).

Наибольшими проблемами в оказании паллиативной помощи, как отметили респонденты, оказались «невозможность открытия отделений паллиативной помощи» - 48,2%, «невозможность предоставления достойного ухода из жизни» - 36,1%, и «невозможность исполнения последней воли умирающего» - 15,7%. На рисунке 6 представлены результаты ответов респондентов по городам, где проводился опрос.

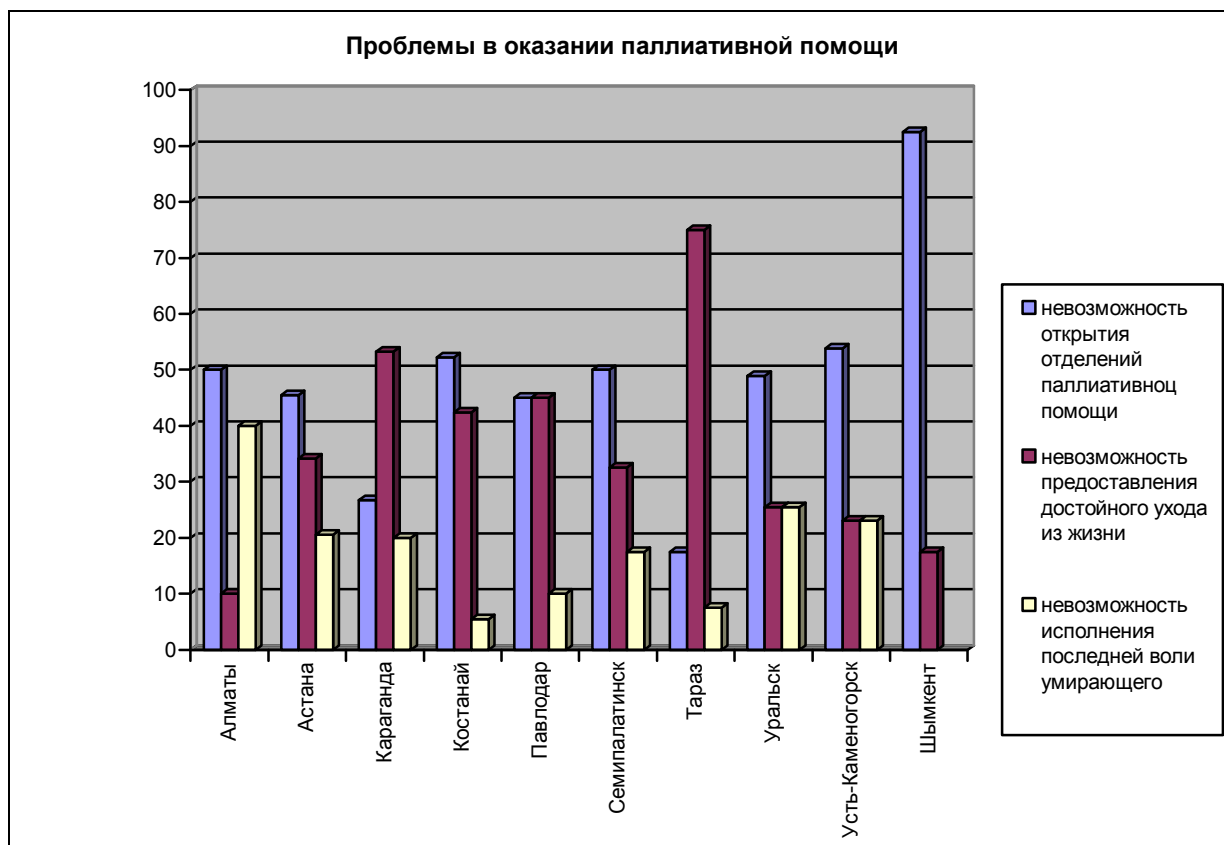


Рис. 34.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные статистические различия в распределении наибольших проблем в оказании паллиативной помощи по регионам ( $\chi^2 = 92,586$ , число степеней свободы равно 18,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что невозможность открытия отделений паллиативной помощи достоверно чаще встречается в Шымкенте (нормированный остаток равен 3,1,  $p < 0,001$ ), и достоверно реже встречается в Таразе (нормированный остаток равен -2,8,  $p < 0,01$ ). Кроме того, метод нормированных остатков показал, что невозможность предоставления достойного ухода из жизни чаще встречается по сравнению с ожидаемым интервалом в Таразе (нормированный остаток равен 4,1,  $p < 0,001$ ), и достоверно реже в Алматы (нормированный остаток равен -2,7,  $p < 0,01$ ), Шымкенте (нормированный остаток равен -2,0,  $p < 0,05$ ). Метод нормированных остатков показал, что невозможность исполнения последней воли умирающего достоверно чаще встречается по сравнению с ожидаемым интервалом в Алматы (нормированный остаток равен 3,9,  $p < 0,001$ ), и достоверно реже встречается в Костаное (нормированный остаток равен -2,5,  $p < 0,05$ ), Шымкенте (нормированный остаток равен -2,5,  $p < 0,05$ ).

Из форм предоставления паллиативной помощи, респонденты выбрали стационар – в 53,9% случаев и помощь на дому – в 46,1% случаев. В гг. Уральск и Шымкент соотношение меняется в пользу формы помощи на дому – 70,7% и 51,3% соответственно, в г. Тараз – наоборот, в 86,7% население предпочитает стационарную форму оказания паллиативной помощи (рисунок 35).

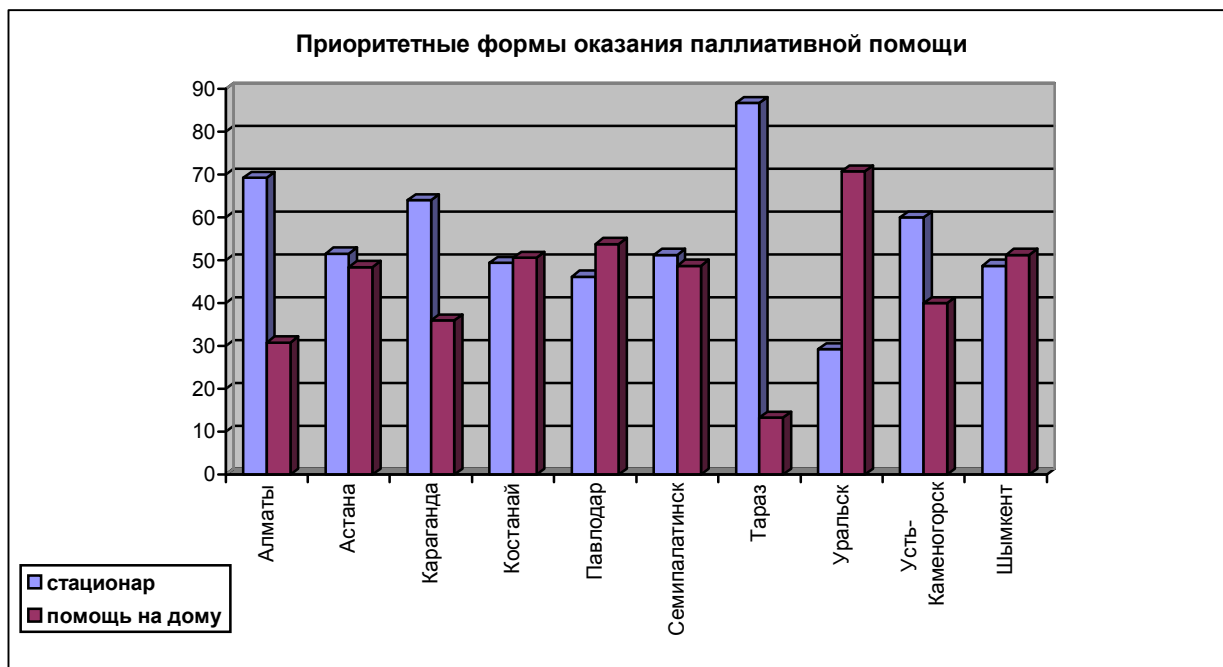


Рис. 35.

Критерий  $\chi^2$  показал, что существуют достоверные статистические различия в распределении взглядов респондентов по предпочтению формы оказания паллиативной помощи ( $\chi^2 = 30,526$ , число степеней свободы равно 9,  $p < 0,001$ ). Метод нормированных остатков показал, что форму оказания паллиативной помощи – стационар, предпочитают достоверно больше в Таразе (нормированный остаток равен 2,4,  $p < 0,05$ ).

Необходимость паллиативной помощи населению сами респонденты отметили в 97,8% случаев.

Таким образом, проведенный опрос населения в 10 регионах (городах) Республики Казахстан показал, что более половины опрошенных респондентов сталкивались с проблемой оказания паллиативной помощи их родственникам.

При этом, медицинская помощь оказывалась практически всегда, тогда как психологическая же поддержка, которая является неотъемлемым компонентом паллиативной помощи, оказывалась лишь трети опрошенных респондентов. Зачастую пациенты и их родственники оставались один на один со своей проблемой.

Более 50% опрошенных не знали, что собой представляет паллиативная помощь, лишь треть респондентов отметили, что паллиативная помощь – это помощь тяжелобольным и умирающим.

Наряду с этим, все опрошенные выделили две наиболее важные проблемы в оказании помощи терминальным больным – это «отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни» и «отсутствие должных возможностей открытия отделений паллиативной помощи».

Также все опрошенные отметили практически стопроцентную необходимость создания и развития службы, оказывающей паллиативную помощь населению. Из форм предоставления паллиативной помощи были выделены основные - стационар и помощь на дому.

Также опрошенные респонденты отмечают необходимость открытия новых и развития существующих служб по оказанию квалифицированной паллиативной помощи населению. На сегодняшний день, существующие хосписы финансируются государством (80%) и международными общественными организациями. По мнению респондентов, система оказания паллиативной помощи должна быть централизованная, регулироваться государством.

Необходимо также отметить, что достоверных отличий в полученных результатах социологического опроса по регионам (городам) где существуют и функционируют хосписы и другие типы учреждений паллиативной помощи и там, где их нет, не выявлено, что доказывает, что развитие паллиативной помощи пока находится на первоначальном уровне. Несмотря на то, что есть службы, они не могут на сегодняшний день охватить в полной, или хотя бы в частичной мере население, предоставляя им услуги по паллиативной помощи.

## Результаты анкетирования представителей религиозных организаций

Опрос религиозных деятелей проведен в 10 городах Казахстана, участие в опросе приняли 47 религиозных деятелей различных религиозных конфессий.

На вопрос, что происходит при смерти, 74% респондентов ответили: душа покидает тело, 11% - душа перемещается в иной мир. 15% считают, что происходит нечто иное. Что важно делать до, в течение и после смерти 76% респондентов считают, что необходимо соблюдать обряды, ритуалы, читать молитвы. 2% - не дали ответа. 61% респондентов считают важным оставаться в сознании, 20% считают, что это не имеет значения. Не дали ответа или считают иное – 19%.



**Вставка 2.** Комната для православных верующих, ЦПП г. Алматы

На вопрос как лучше вести терминальную болезнь 63% респондентов считают необходимым уход и чтение молитв, не знают, не дали ответа или считают другое – 37%.

93% респондентов помогают семье, когда она готовится к смерти близких духовной, религиозной поддержкой, 7% ответа не дали. После смерти 96% оказывают семье психологическую, религиозную поддержку, 4% ответа не дали.

70% говорят о том, что религиозно-основанных домов ухода или домов социальной помощи в республике нет, 13% ответа не дали, 17% считают, что есть хосписы и уход на дому.

94% респондентов считают, что молодых священников в плане поддержки пациентов учат любви, состраданию, поддержке, прощению, проведению обрядов. 6% ответа не дали.



**Вставка 3.** Комната для мусульман, ЦПП г. Алматы

74% респондентов считают, что молодых священников в плане поддержки семьи учат любви, состраданию, поддержке, прощению, 20% ответа не дали, 6% считают, что такой методики нет.

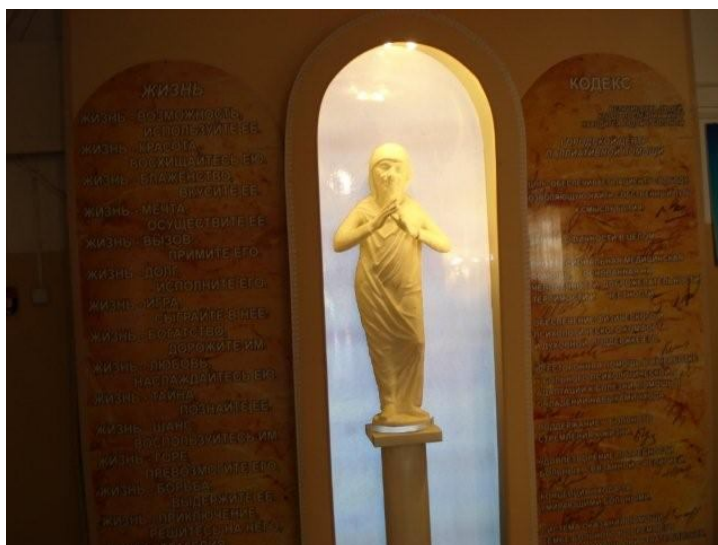
На вопрос, что делать медицинским работникам, религиозные деятели ответили: работать вместе – 13%, обладать профессионализмом, облегчать боль, иметь сострадание и терпение, не обманывать пациентов – 57%, не дали ответа – 6%, нужно учить чтению молитв, заповедям, обрядам – 20%. 4% считают, что все определено свыше.

65% респондентов считают, что пациенту лучше умирать дома в окружении близких, в покое, при наличии ухода. 7% считают, что лучше умирать в медицинских учреждениях, 4% считают, что разницы нет, 13% - зависит от ситуации; 4% считают, что необходимо спросить у пациента; 7% респондентов на этот вопрос ответа не дали.

На вопрос как лучше встретить нужды религий в вопросе паллиативной помощи 37% респондентов на вопрос не ответили, 24% считают, что необходимо объединять усилия; 11% считают, что нужно призывать к вере на государственном уровне; 28% считают, что не важна религия, важно отношение, уважение, толерантность, понимание и любовь.

На вопрос, что бы вы сделали по созданию системы паллиативной помощи в стране, 70% считают организацию хосписов с привлечением религиозных деятелей; 7% считают организацию ухода на дому, 20% не дали ответа на вопрос, 3% считают, что необходимо провести исследования по проблеме.

Таким образом, данные проведенного опроса позволяют заключить, что большинство религиозных деятелей принимают участие в оказании паллиативной помощи терминальным больным – это уход, психологическая помощь близким, подготовка к уходу в иной мир самих пациентов. Большинство респондентов считают необходимым организацию системы паллиативной помощи в стране с привлечением к работе в ней религиозных деятелей, причем большинство из них видят необходимым создание хосписов.



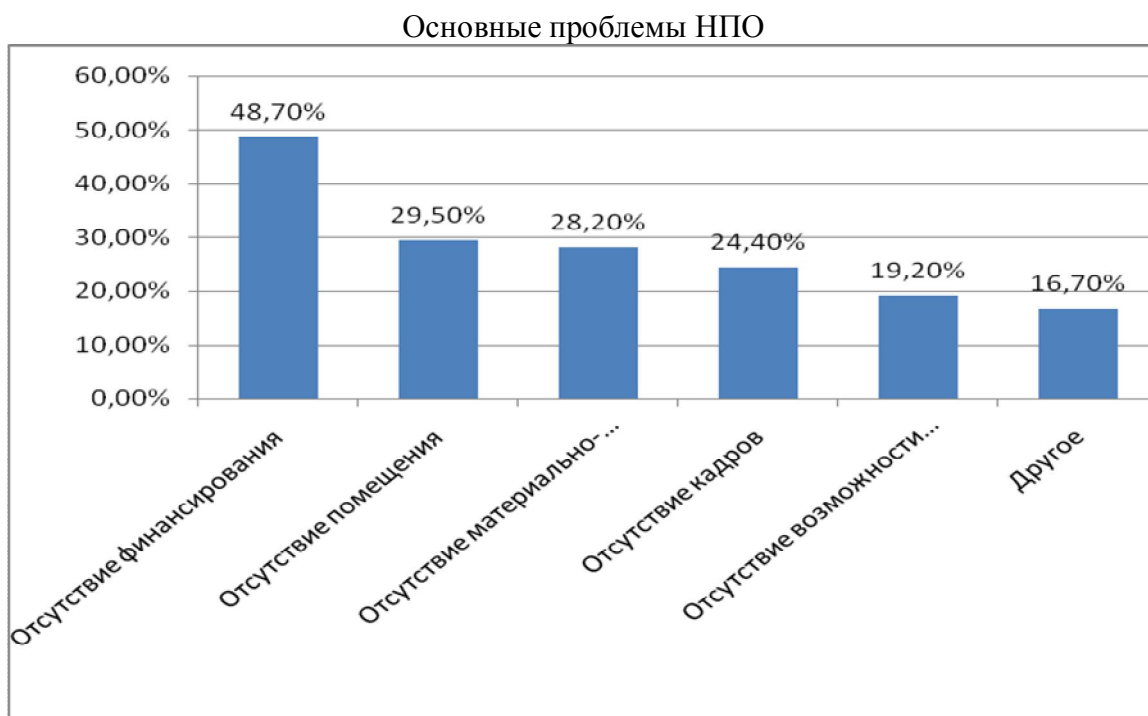
**Вставка 4.** Статуя Матери Терезы у входа в ЦПП г.Алматы



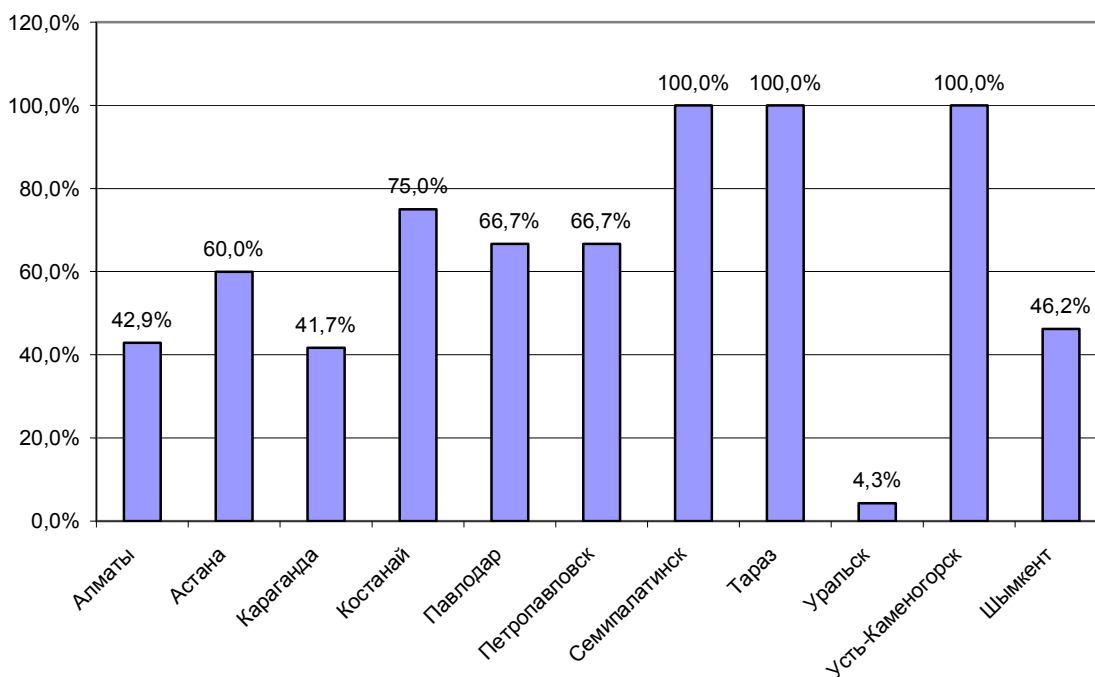
## Результаты анкетирования представителей НПО

Проведен опрос представителей НПО в 10 городах республики Казахстан. Во всех городах основной проблемой НПО является отсутствие финансирования или непостоянное финансирование, на что указывают 48,7% респондентов (рис. 36).

В трех городах Казахстана: г. Семипалатинск, Тараз, Усть-Каменогорск 100% респондентов указали на отсутствие финансирования, наименьшие проблемы с финансированием выявлены в г.Уральске – 4,3% (рис.37).



**Рис. 36**  
Отсутствие финансирования



**Рис.37**

На отсутствие помещения указали 29,5% респондентов по всей республике. По гг. Алматы, Семипалатинск, Шымкент ответа на данный вопрос не получен. Наименьшие проблемы с помещением для НПО в г. Тараз – 9,1% (рис.38).

Отсутствие материально-технической базы выявлено у всех НПО, в большей степени в гг. Алматы – 57,1%, Петропавловск – 53,3%, Тараз – 72,7%, в меньшей степени в гг. Уральск – 4,3%, Павлодар – 13,3%, Усть-Каменогорск – 22,2%, Караганда – 25,0% (рис.39).

Не меньшей проблемой является отсутствие кадров: г.Астана – 60,0%, Петропавловск – 40,0%, Тараз – 45,5% (рис.40).

Отсутствие помещения

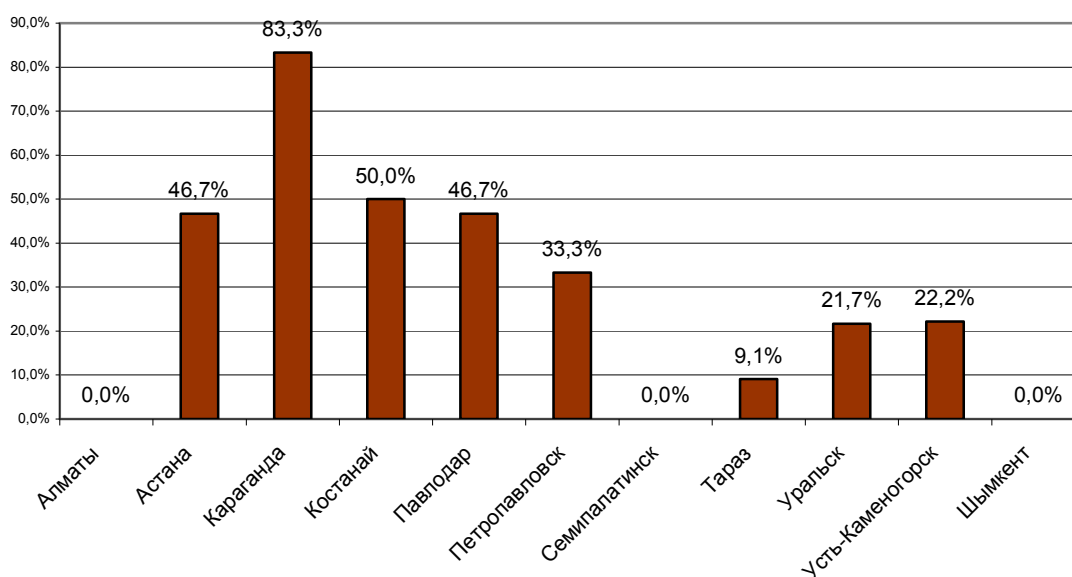


Рис.38.

Отсутствие материально-технической базы

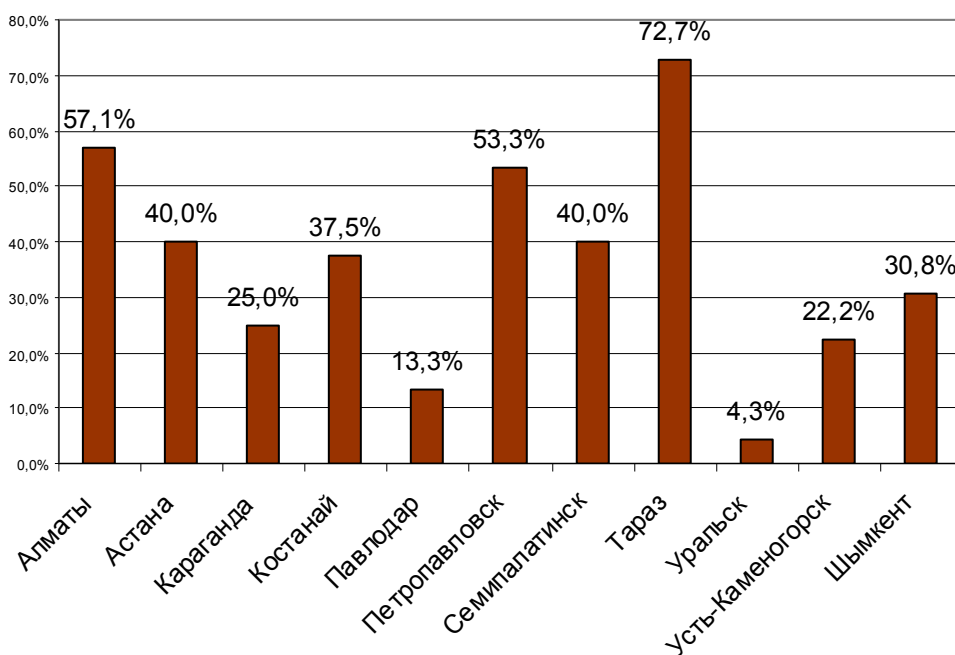
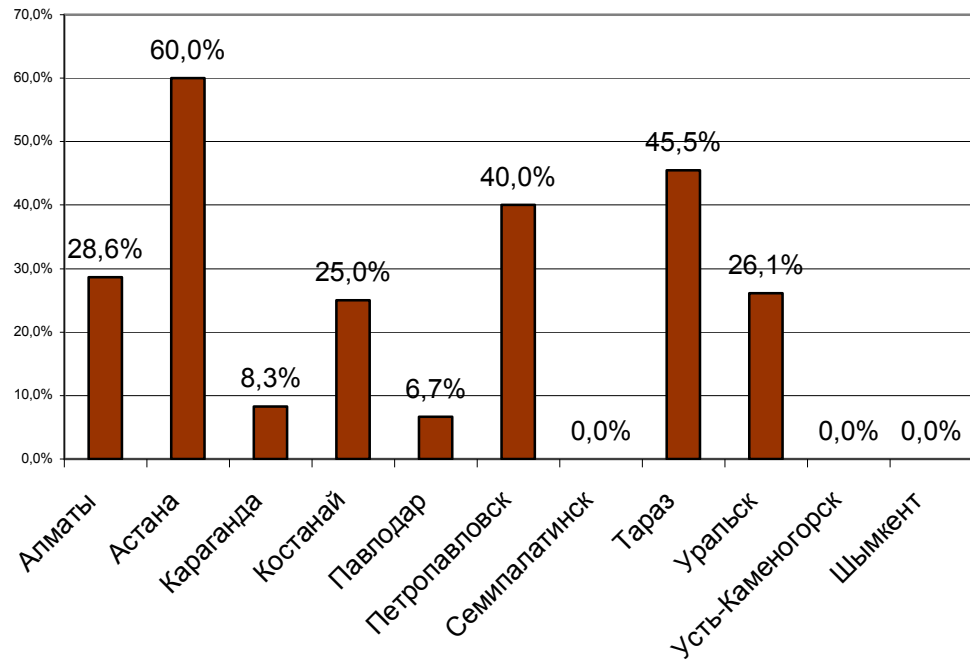


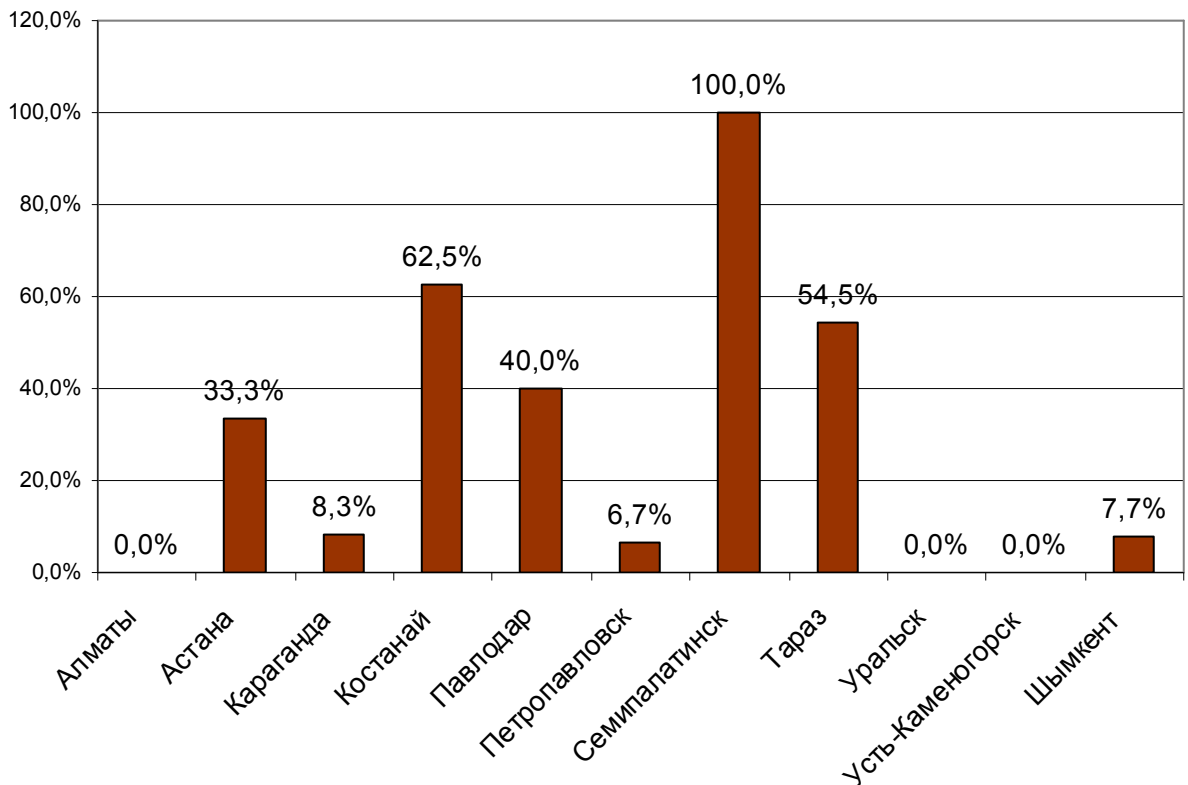
Рис.39.

### Отсутствие кадров



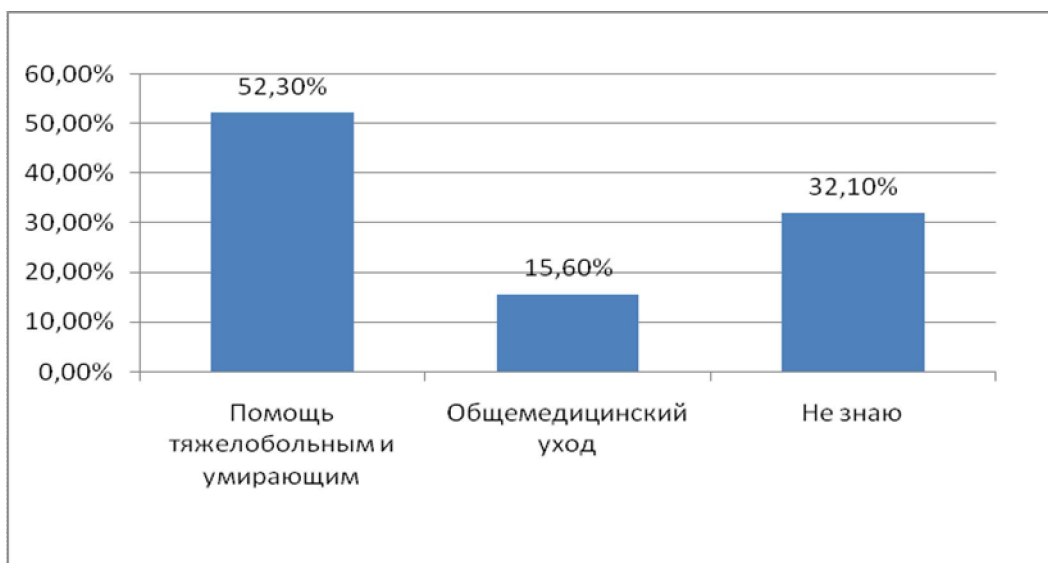
**Рис.40.**

Отсутствие возможности повышения квалификации. На отсутствие возможности повышения квалификации указывают 19,2% респондентов по всем городам, в трех городах Казахстана: Уральске, Усть-Каменогорске, Алматы – ответов на данный вопрос не было (рис.41).



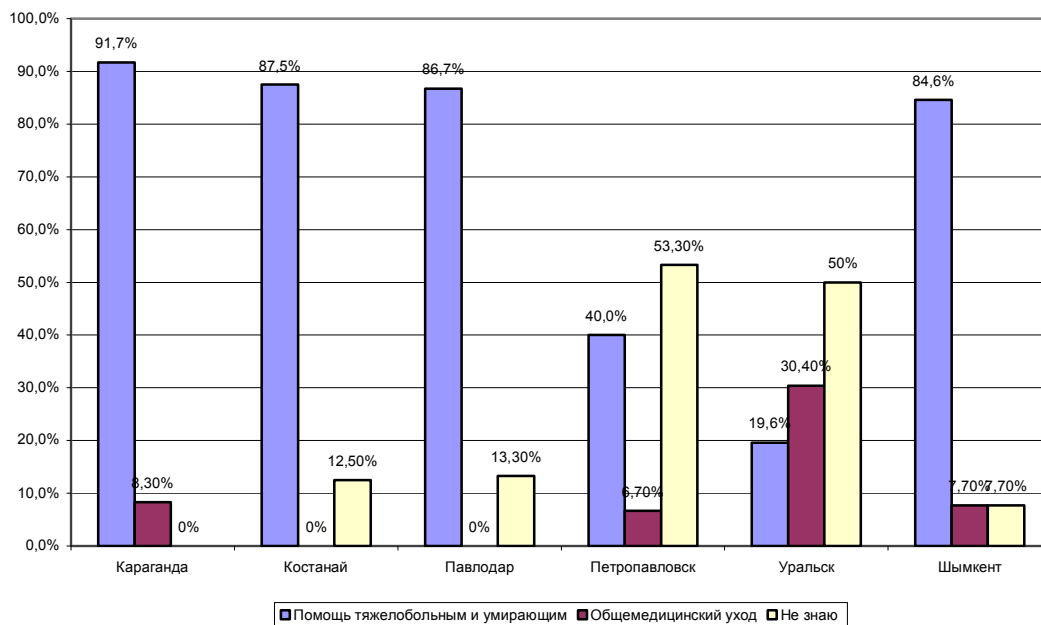
**Рис. 41.**

Понимание значения паллиативной помощи. В 52,3% респонденты считают, что паллиативная помощь – это помощь тяжелобольным и умирающим больным, 32,1% - не знают о паллиативной помощи (рис.42).



**Рис.42**

наибольшая информированность по городам: Караганда – 91,7%, Костанай – 87,5%, Павлодар – 86,7%, Шымкент – 84,6% (рис.43).



**Рис.43.**

Проблемы в оказании помощи тяжелобольным и умирающим пациентам. 55,9% респондентов одной из проблем считают отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи, 34,3% - отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни, 9,8% - невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего (рис.44).

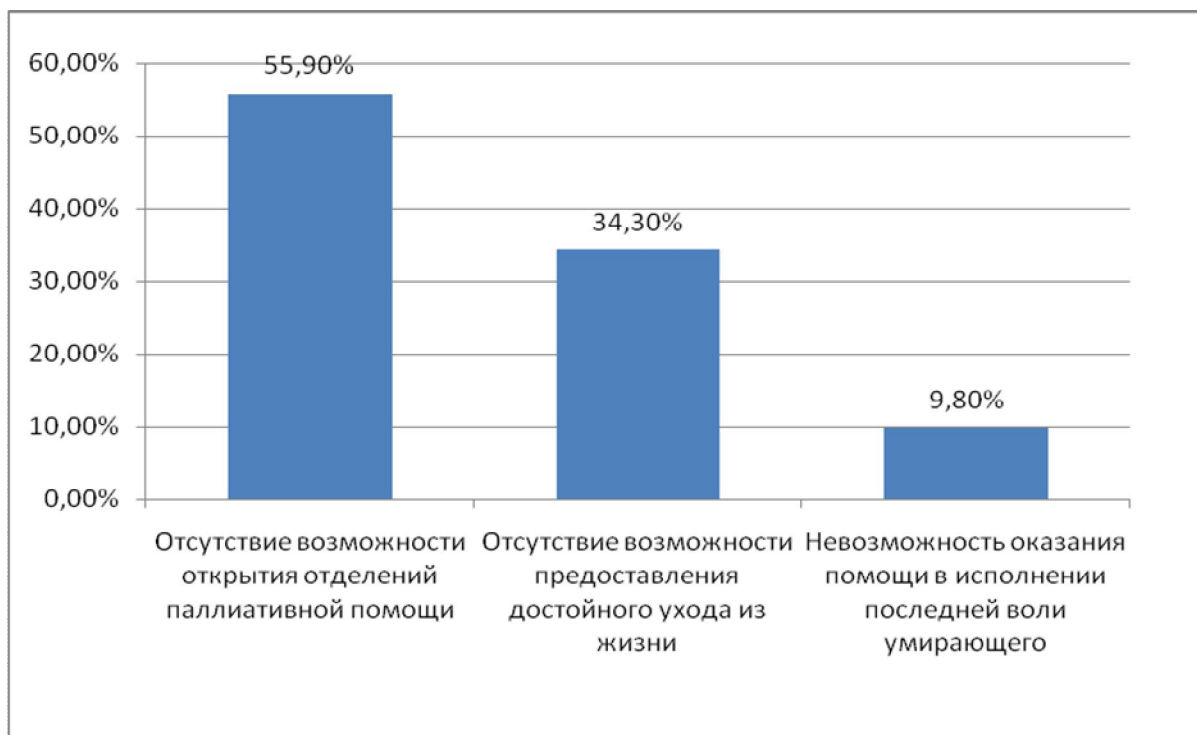


Рис.44.

Большинство респондентов в городах считают одной из проблем отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи: 100% респондентов в г. Тараз, 66,7% респондентов в гг. Астана, Караганда, Петропавловск, 73,3%, 75% - гг. Павлодар, Костанай соответственно, 77,8%, 69,2% - Усть-Каменогорск, Шымкент соответственно, 40%, 34,8% - Семипалатинск, Уральск соответственно. По г. Алматы только 28,6% респондентов считают одной из проблем отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи (рис. 45).

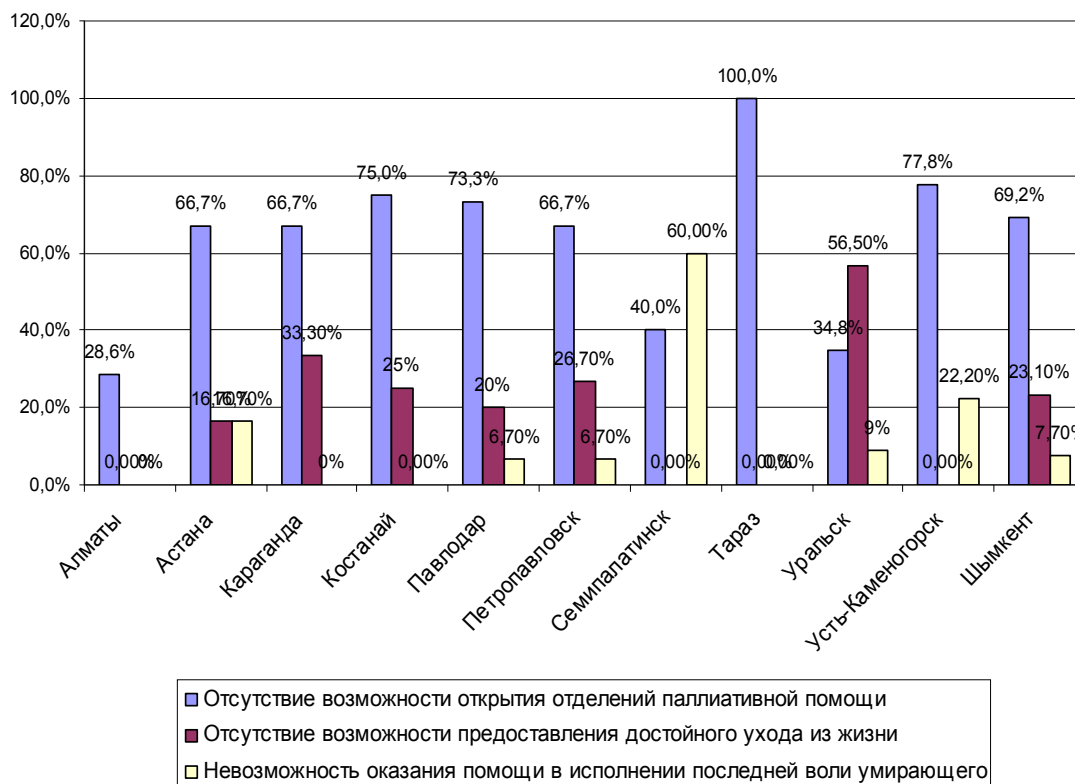
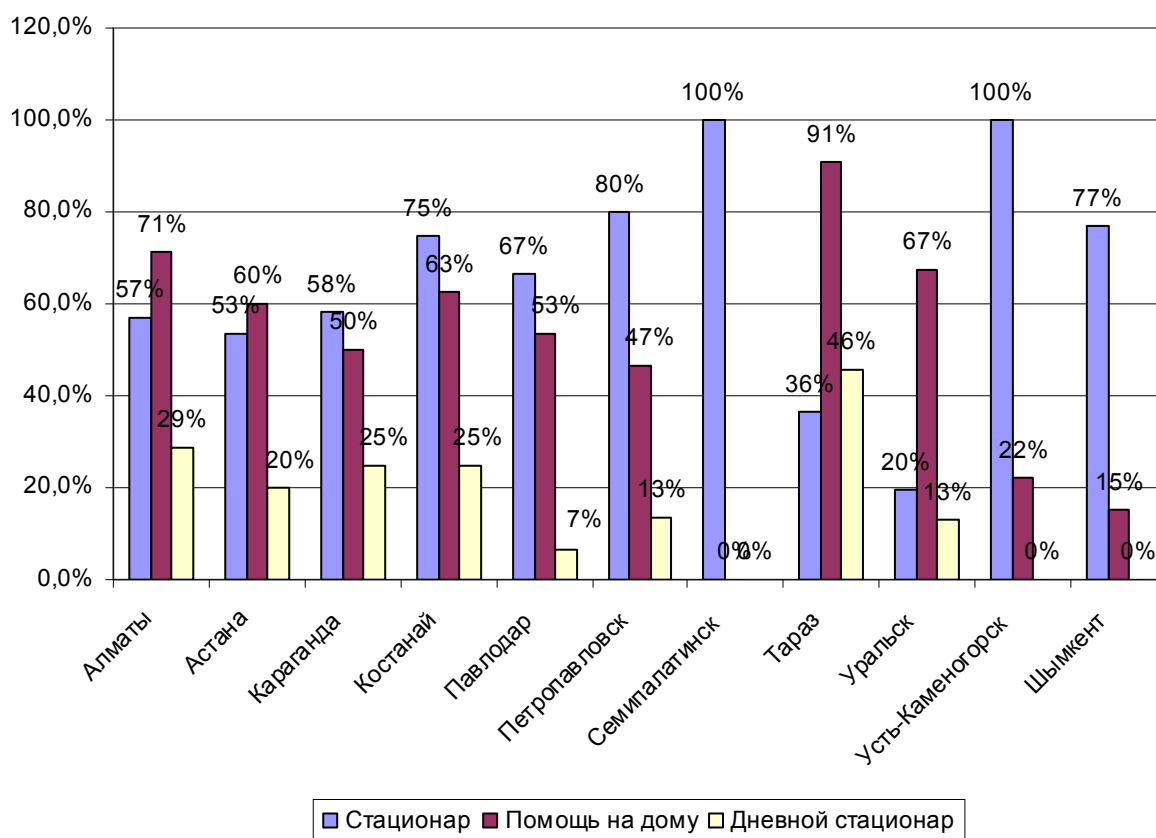


Рис. 45.

На вопрос о модели создания паллиативной помощи 53,8% респондентов считают, что необходимо открытие стационара, 54,5% предпочитают оказание помощи на дому, 15,4% - в виде дневного стационара (рис. 46). По городам ситуация примерно аналогичная: примерное большинство считают оказание помощи в стационаре и помощь на дому (рис. 47).



**Рис. 46.**



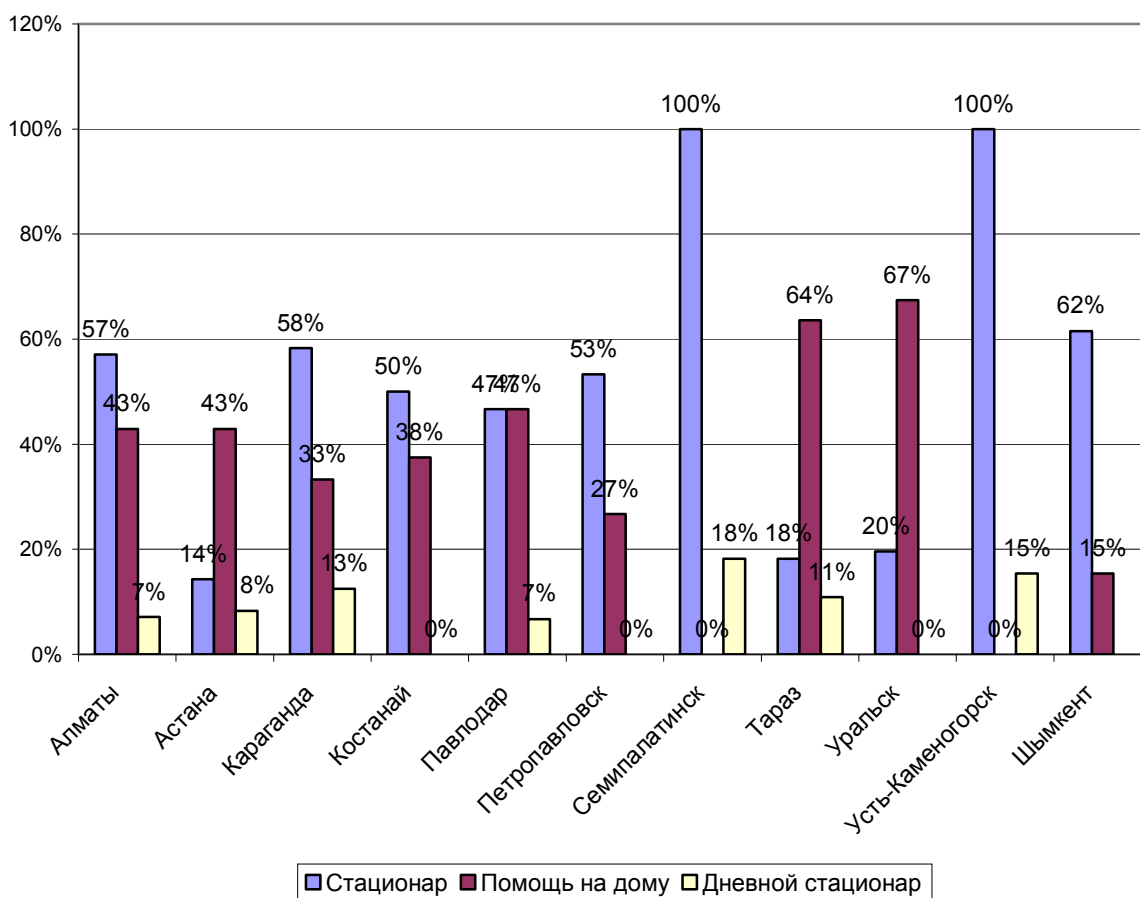
**Рис. 47.**

Лучшим из перечисленного 41,9% считают стационар, 43,2% - помощь на дому, лишь 8,4% предпочитают дневной стационар, 6,5% - другое.



**Рис.48.**

По городам ситуация складывается аналогичным образом: большинство респондентов в городах лучшей формой оказания паллиативной помощи в виде организации стационара и помощи на дому (рис. 49).



**рис. 49.**

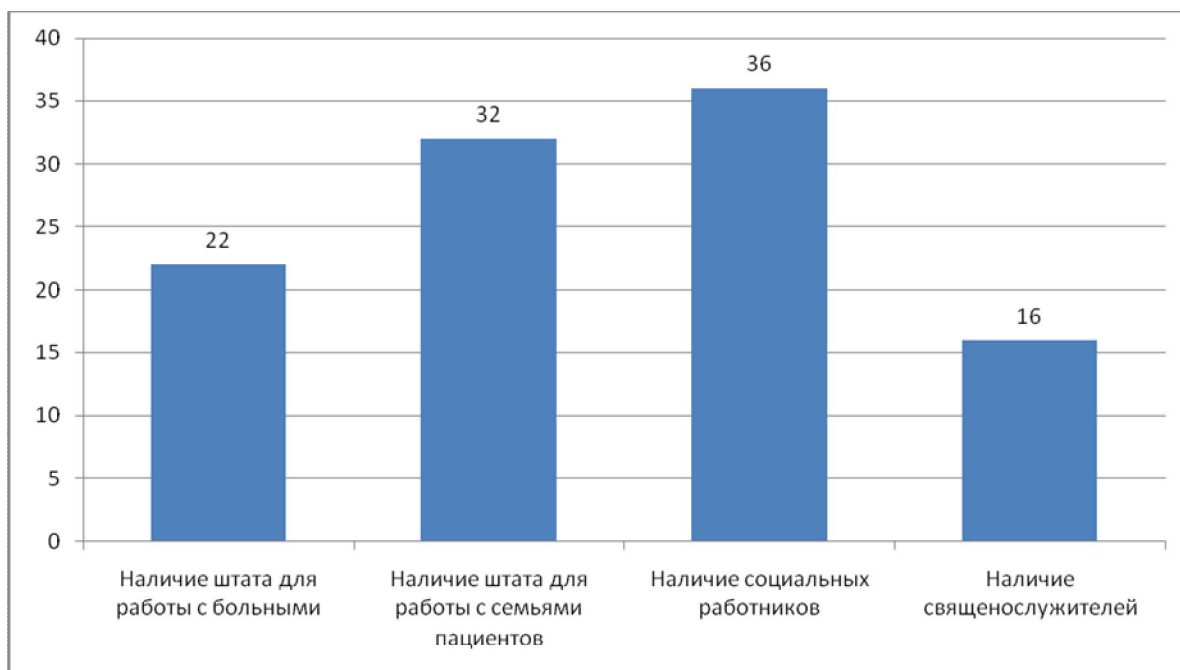
На наличие руководства или стандартов для оказания помощи больным ссылаются 21% респондентов, 35% имеют руководства для оценки симптомов заболевания пациентов

(рис. 50). Но необходимо отметить, что определенного руководства для оказания помощи больным, а именно паллиативной помощи не существует. Как было отмечено ранее, данные стандарты и руководства разработаны и утверждены на местах.



**Рис. 50.**

32% респондентов имеют штат для работы с семьями пациентов, 36% имеют в штате социальных работников, 22% имеют штаты для работы непосредственно с пациентами, 16% респондентов располагают священнослужителями (рис.51).



**Рис. 51.**

На вопрос об успешных достижениях в оказании помощи тяжелобольным и умирающим пациентам в 50% случаев ответ не получен. 22% респондентов имеют достижения, не относящиеся к системе оказания паллиативной помощи, 19% одним из успехов считают возможность предоставления достойного ухода из жизни, 6% - помощь в исполнении последней воли умирающих, 3% - возможность открытия отделений паллиативной помощи (рис.52).



## Успешное достижение в оказании помощи тяжелобольным и умирающим пациентам

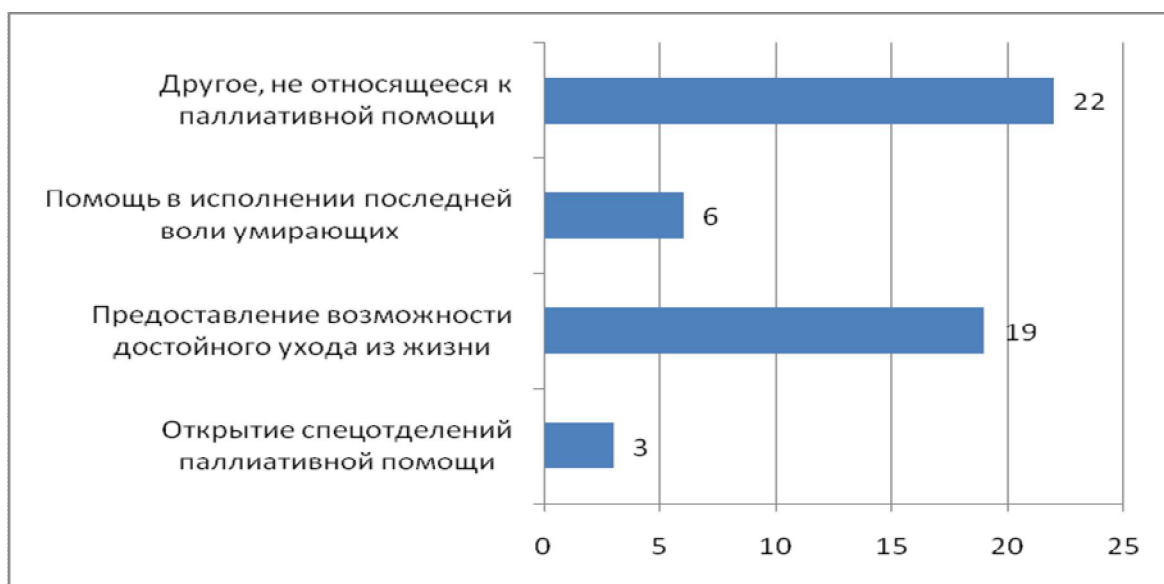


рис. 52

Таким образом, неправительственный сектор также имеет целый ряд проблем, которые можно разделить на две большие группы: проблемы, связанные финансированием и оснащением и проблемы, связанные непосредственно с оказанием паллиативной помощи. Необходимо отметить, что не все неправительственные организации работают по проблеме оказания помощи пациентам, в том числе и паллиативной. 32,1% не имеют представления о паллиативной помощи. Также все опрошенные отметили необходимость создания и развития службы паллиативной помощи. Из форм предоставления помощи были выделены основные - стационар и помощь на дому.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для Казахстана паллиативный уход – новое направление оказания помощи людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ). В то же время в онкологии накоплен большой опыт развития паллиативной помощи, есть специалисты, созданы и работают хосписы. Эти опыт и знания необходимо использовать для совершенствования структуры оказания паллиативной помощи ЛЖВ. В Республике Казахстан в сфере ВИЧ/СПИДа до сих пор не созданы государственные стандарты для оказания паллиативной помощи. Однако, эпидситуация в стране свидетельствует о необходимости привлечения внимания к актуальности развития этого вида помощи, разработке нормативно-правовой базы, внедрения адекватных моделей паллиативной помощи, создания системы подготовки специалистов и добровольцев навыкам оказания паллиативной помощи, совершенствования взаимодействия ведомств и служб, общественных и государственных организаций. Только объединив усилия и возможности профессионалов разных областей, можно рассчитывать на развитие качественной и всесторонней паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ и больным СПИДом.

По данным официальной статистики (РЦ СПИД, 2008) нарастающим итогом на 1 августа 2008 года в Республике зарегистрировано 10820 ВИЧ-инфицированных, показатель на 100 тысяч населения – 61,0 (с вычетом умерших от ВИЧ-инфекции на 01.01.2008г.). Наибольшая распространенность ВИЧ-инфицированных зарегистрирована в г. Алматы (161,7), Павлодарской (149,8), Карагандинской областях (118,9). Показатель распространенности ВИЧ-инфицированных детей до 14 лет по стране составил – 6,2. Увеличение показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди детского населения произошло за счет Южно-Казахстанской, где он составил – 24,3. Высокая распространенность среди детей до 14 лет отмечается и в Карагандинской области – 9,3 на 100 тыс. детского населения.

Среди ВИЧ-инфицированных в РК преобладают лица в возрасте 20-29 лет – 47,2%, на возрастную группу 30-39 лет приходится 30,5%. Удельный вес мужчин по состоянию на 01.08.2008г. составляет – 73,7%, женщин – 26,3%, соотношение мужчин к женщинам 2,8:1.

Кумулятивно диагноз СПИД поставлен 742 пациентам, в том числе – 44 детям до 14 лет. Преимущественная часть (61,9%) больных СПИДом диагностирована в Карагандинской области, в Павлодарской области 11,1% и в ЮКО – 10,9%.

Как и в других странах бывшего Союза, эпидемия в основном поддерживается поступлением героина из Афганистана, и возрастающим использованием инъекционных наркотиков. В Казахстане количество зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) с ранних 1990х выросло в 5 раз. (Godinho, Renton et al. 2005) Предварительный подсчет, проведенный UNAIDS в 1998- 2002 годах показал что в Казахстане может насчитываться до 250 000 ПИН. (Godhino, Novotny et al. 2004) Из примерно 25 000 людей живущих с ВИЧ, около 80% были наркоманами. (Godinho, Renton et al. 2005) Так же был отмечен рост коммерческого секса, с примерно 25 000- 50 000 работников коммерческого секса (РКС) в 2002 году. (Godhino, Novotny et al. 2004)

Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Казахстане в основном сконцентрирована среди наиболее уязвимого населения (ПИН и РКС) но так же распространяется и на другие уязвимые группы включая подростков, мигрантов и водителей –дальнобойщиков. Использование

инъекционных наркотиков и половой путь передачи – в настоящее время являются основными путями передачи ВИЧ в Казахстане. Существует огромный потенциал для дальнейшего быстрого распространения ВИЧ среди ПИН в особенности ввиду того, что от 8% до 28% РКС используют наркотики, согласно обзорным наблюдениям за 2003 и 2004 годы. (WHO 2005b)

Страна все еще находится в ранней стадии эпидемии ВИЧ, но существует ряд факторов, которые могут драматически повлиять на ситуацию: широкое использование инъекционных наркотиков, миграция, распространенный коммерческий секс, поведение с высоким риском, маргинализация уязвимых групп, низкая осведомленность населения о ВИЧ/СПИД, и ограниченная возможность правительства и гражданского общества применить эффективные меры. В то время как Казахстан принял курс и стратегию по контролю за ВИЧ, охват легко уязвимых групп, таких как ПИН, РКС, или заключенные, всё еще незначителен, а лечение антиретровирусными препаратами еще не является легко доступным. Если попытки контроля ВИЧ не будут существенно усилены, то эпидемия ВИЧ будет расширяться и согласно «оптимистическому» сценарию к 2015 году снизит ВВП страны на 2,2%, и замедлит скорость роста ВВП на 5%. (Godinho, Renton et al. 2005).

По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН), проведенного в Казахстане в 2006 году, распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составила 3,4%, что соответствует уровню 2005 года. По данным поведенческих исследований, знают о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ 47% наркопотребителей, однако только 14% лиц этой группы практикуют безопасное инъекционное и половое поведение. Это подтверждается высокой распространенностью гепатита С (64,5%) и сифилиса (11,1%).

За последние 20 лет СПИД из нового, быстрого приводящего к фатальному исходу заболевания, превратился в хроническую болезнь, поддающуюся лечению. Это стало возможным благодаря внедрению высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ). Однако даже сегодня, в эру ВААРТ, ВИЧ/СПИД остается одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во многих популяциях взрослых лиц молодого возраста, поэтому повышенное внимание к паллиативной помощи и вопросам завершения жизни являются ключевыми аспектами клинического ухода и лечения данного контингента пациентов. Несмотря на разработку ВААРТ и появление все больших возможностей борьбы с прогрессирующим течением ВИЧ-инфекции, сохраняется необходимость включения паллиативной помощи в комплексное лечение пациентов.

В связи с увеличением числа больных хроническими прогрессирующими заболеваниями, стремительным старением населения, а также с появлением ВИЧ/СПИДа, в 2002 году ВОЗ дает новое определение паллиативной помощи. Если ранее паллиативная помощь рассматривалась как необходимая составляющая помощи больным злокачественными новообразованиями, то сейчас паллиативная помощь распространяется на пациентов с любыми incurable хроническими заболеваниями, представляющими угрозу для жизни пациента. Сегодня Всемирная Организация Здравоохранения утверждает: паллиативная помощь – это подход, направленный на улучшение качества жизни пациента и его семьи, которые сталкиваются с проблемами, вызванными неизлечимым заболеванием. Эта цель достигается путем предотвращения и облегчения страданий, благодаря своевременному выявлению и избавлению от боли и других проблем: физических, психосоциальных и духовных.

При оказании паллиативной помощи основное внимание уделяется качеству жизни пациентов, их родственников и лиц, осуществляющих уход за больным.

Принципы программ паллиативного ухода:

- цель – улучшить качество жизни нуждающихся в паллиативной помощи
- в основе лежат потребности пациентов, а также их семей и лиц, осуществляющих уход
- паллиативный уход – неотъемлемая составная часть помощи при хронических угрожающих жизни заболеваниях
- паллиативный уход может быть организован в любых условиях, не ограничен специализированными службами
- основной упор следует делать на помощь на дому, особенно в условиях ограниченности ресурсов.

ВОЗ описывает паллиативную помощь как важную часть качественной помощи ВИЧ-положительным. Паллиативная помощь повышает качество жизни пациентов с ВИЧ, уменьшая боль, контролируя тревогу и обеспечивая духовное благополучие, является необходимым и неотъемлемым компонентом комплексной помощи людям, живущим с ВИЧ и больным СПИДом, и должна быть включена во все программы ухода и помощи ЛЖВ.

Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе

- Должна начинаться на ранних стадиях болезни в совокупности с другими методами лечения, направленными на борьбу с заболеванием и продление жизни;
- Не заменяет лечения самой болезни, а дополняет его, обеспечивая поддержку и избавление от страданий;
- Должна быть доступна с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания до конца периода тяжелой утраты;
- Направлена на повышение качества жизни пациента;
- Обращена к нуждам пациента и его семьи;
- Определяет цели помощи в сотрудничестве с пациентом;
- Комплексная помощь – медицинская, психологическая, социальная, духовная;
- Основана на многопрофильном подходе.

Раньше паллиативная помощь была обособлена от лечения болезни и использовалась в том случае, когда его возможности были полностью исчерпаны. Паллиативная помощь сводилась к помощи умирающим и предоставлялась пациентам, болезнь которых более не поддавалась активному лечению. Сегодня такой подход плохо отвечает потребностям людей с ВИЧ/СПИДом. Благодаря возможностям ВААРТ, течение заболевания, в том числе на терминальной стадии, изменилось. Кризисы чередуются с периодами улучшения состояния почти до прежнего уровня. Таким образом, необходим новый подход к паллиативной помощи, который бы учитывал реальный характер прогрессирования болезни и потребности пациентов на всем ее протяжении. Паллиативная помощь и лечение болезни должны эффективно дополнять друг друга.

На XIV Международной конференции по СПИДу, прошедшей в Торонто (13 – 18 августа 2006 г.), была представлена схема паллиативной помощи, которая, по мнению международных экспертов, является наиболее адекватной при ВИЧ/СПИДе.

В момент постановки диагноза пациент особенно нуждается в помощи и поддержке. Обретение чувства контроля над своим состоянием со стороны пациента играет важную

роль и оказывает влияние на последующее течение заболевания. После адаптации к полученному диагнозу, потребность в паллиативной помощи существенно снижается (и это показатель высокого качества оказания помощи). Со временем важную роль начинает играть лечение, однако, и паллиативная помощь важна. На протяжении жизни с ВИЧ возникает необходимость устранять побочные эффекты препаратов, слабость, нейропатию, депрессию и другие осложнения, мешающие нормальной жизни.

Эффективная помощь невозможна без ранней диагностики, оценки и избавления от боли и других проблем. Оппортунистические инфекции должны выявляться и лечиться еще на ранней стадии, а боль тщательно оцениваться и купироваться. При этом важно помнить, что боль может быть не только физической, но и эмоциональной, социальной и духовной.

Таким образом, ВААРТ делает паллиативную помощь еще более необходимой, а не наоборот. Потребность в паллиативной помощи различна на разных этапах жизни с ВИЧ, она увеличивается в периоды кризисов. По мере прогрессирования болезни возможности лечения сокращаются, а роль паллиативной помощи, наоборот, возрастает. Особенностью течения ВИЧ-инфекции является сложность в прогнозе течения заболевания. По мере прогрессирования заболевания, при переходе в терминальную стадию, все более важными становятся хороший уход и качество жизни пациента, а также поддержка ухаживающих за ним родных и близких. После смерти пациента паллиативная помощь распространяется на родных и близких, обеспечивая им поддержку, необходимую в период утраты. Было бы непростительной ошибкой прибегать к паллиативному уходу только на последних этапах заболевания. Невозможно прогнозировать, когда именно ухудшится состояние пациента, важно сосредоточить усилия вокруг пациента на протяжении всего заболевания, чтобы обеспечить наилучшую заботу и поддержку пациенту и его семье. Паллиативная помощь повышает качество жизни живущих и умирающих.

Можно только представить себе шок, который испытывает человек, впервые узнавший, что ему поставлен диагноз ВИЧ-инфекции. В эту минуту ему крайне необходимы наша помощь и поддержка, достоверная информация. От того, как пройдет период адаптации человека к жизни в новой для него реальности, какую помощь и от кого он получит, зависит многое – его собственная жизнь, взаимоотношения с окружающими, и, кроме того, отношение к самой системе здравоохранения, конкретному медицинскому учреждению, врачам.

Паллиативная помощь является дополнительным, а не альтернативным видом ухода и лечения. Терапевтические и паллиативные подходы должны осуществляться не по принципу «или – или», а по принципу «и – и», взаимодополняя друг друга. Задачами паллиативной медицины являются облегчение физических страданий больного ВИЧ-инфекцией путем купирования или смягчения симптомов заболевания, а также клинически выраженных побочных эффектов, связанных с проводимой терапией (включая ВААРТ).

Философия паллиативной медицины берет начало из модели лечения, которая радикально отличается от знакомой иерархической модели, где доминирует врач, и которая характеризует большинство современных медицинских подходов, особенно по поводу заболеваний, для которых потенциально существуют эффективные методы лечения.

Сосредоточение внимания на целях во имя пациента и членов его семьи обеспечивает такое положение дел, когда будут приниматься такие решения, которые не нарушают важных опасений пациента и его семьи. Можно предложить терапевтическое или паллиативное вмешательство, или то и другое, но не одностороннее, ведомое

диагностическими или терапевтическими алгоритмами, а скорее конструктивное, сообразное приоритетам и ценностям пациента и его семьи. Определенная часть этой работы требует времени, она может быть более открытой, чем узкий фокус на результатах тестов и соблюдении больными режима лечения, что стало доминировать при рутинных амбулаторных посещениях пациентов, получающих ВААРТ. Этот совместный подход также представляет собой определенную проблему для и без того загруженных работой специалистов первичной медико-социальной помощи, которые в своей практике уже испытывают значительное временное давление и возможно возросшее количество более длительно выживающих больных со СПИДом. Тем не менее, для оказания эффективной и качественной помощи этим пациентам и членам их семей, важно фундаментально работать в рамках такой совместной комплексной программы.

Акцент на целях лечения определяет концепцию «опережающего планирования», которое включает как медицинские, так и психологические элементы предстоящего лечения. Пациенты с ВИЧ/СПИДом часто являются лицами молодого возраста, стоящими перед лицом жизнеугрожающего заболевания, у которых могут быть маленькие дети, и которые могут страдать от непристизности своего положения и социальной уязвимости, испытываемой людьми, страдающими СПИДом. Несмотря на очевидную сложность этих психосоциальных вопросов, было обнаружено, что они *вряд ли* обсуждали эти вопросы с лицами, оказывающими помощь. Практика «опережающего обсуждения» о предстоящем лечении, как подчеркивают специалисты, активно поднимающие эти вопросы и искренне борющиеся с препятствиями на пути этих обсуждений, помогает предупредить многие проблемы до того как они возникнут в условиях острого кризиса, который потребует принятия неотложных решений, связанных с вопросом жизни и смерти. Не будучи проявлением отказа от лечения или навязывания пациенту ценностей выжидательное и опережающее планирование заранее является способом *дать возможность* пациентам и членам их семей принимать решения, которые действительно отвечают их основным убеждениям, ценностям и интересам. Наиболее эффективный способ достижения такого принятия решения лежит в контексте междисциплинарной бригады (врач, медсестра, социальный работник, священник, а также другие специалисты, в зависимости от обстоятельств), которая может помочь пациенту и его семье быстрее усвоить всю многоуровневую информацию. Не случайно, что философию и практику хосписного ухода явно объединяет подход междисциплинарной бригады в повседневном уходе за умирающими пациентами, и эта схема не менее важна для комплексного лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом.

Несмотря на неуклонно подчеркиваемое значение концентрации внимания на целях терапии при принятии информированного решения о лечении, необходимо признать, что прогнозирование и ожидание вероятных исходов ВИЧ-инфекции менее определены и однородны, чем они были в эпоху до ВААРТ. Парадокс заключается в том, что теперь, когда есть выбор, необходимо, чтобы процесс принятия решений включал эти варианты выбора, поскольку прогноз и «естественное течение» ВИЧ-инфекции значительно менее явно выражены, чем прежде. В то время как количество клеток CD4+ и анализ вирусной нагрузки являются великолепным критерием ответа на терапию и на прогноз в целом, возможность эффективной противоретровирусной терапии (или в качестве альтернативы – отсутствие этой возможности, когда нет практически осуществимых вариантов лечения) может полностью изменить прогноз для людей, страдающих СПИДом.

С одной стороны, основываясь на данных о пациенте и специфическом лечении в анамнезе, нужно учиться точнее прогнозировать, а с другой – быть готовым также к тому, что в результате проведенных терапевтических мероприятий лучшие оценки могут не оправдаться и потерпеть полное фиаско. Эта реальность делает интеграцию паллиативного и лечебного подходов еще более необходимой, чем раньше.

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, в главе «Реформирование и развитие системы организации медицинской помощи населению» отмечается: «...будут предусматриваться развитие службы реабилитации и паллиативной помощи (хосписы, больницы сестринского ухода и так далее) с привлечением заинтересованных министерств и ведомств, а также с участием международных и неправительственных организаций», что свидетельствует о заинтересованности государства в развитии паллиативной помощи.

Таким образом, оказание паллиативной помощи в Казахстане для разной категории больных находится на стадии становления. И в настоящий момент она характеризуется нехваткой медицинских кадров и специализированных коек, несмотря на высокие показатели заболеваемости. В существующих нормативно-правовых документах отсутствует законодательная база по паллиативному уходу.

## ВЫВОДЫ

Система предоставления паллиативной помощи в стране развивается на протяжении 10 лет, имеет свои учреждения в шести крупных городах республики. Каждое из этих учреждений имеет свои успехи и проблемы.

Литературные и статистические данные по республике, а также результаты проведенного исследования свидетельствуют о существовании следующих проблем в предоставлении паллиативной помощи населению:

- Квалифицированная паллиативная помощь в стране больше направлена на оказание помощи инкурабельным больным с онкологической и гериатрической патологией. Вместе с тем, на сегодняшний день существует масса других направлений паллиативной медицины, включая паллиативную медицину при ВИЧ/СПИД, педиатрическую паллиативную медицину и др., требующих пристального внимания со стороны специалистов здравоохранения и государства.
- Несмотря на существование стандартов и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными больными в каждом отдельном учреждении, нет общих единых подходов в оказании паллиативной помощи по ее различным направлениям, что усложняет предоставление и оценку качества предлагаемых услуг.
- Нехватка квалифицированных кадров, недостаток самих учреждений паллиативной помощи снижает доступность и качество служб паллиативной помощи населению.
- Недостаточно уделяется вопросам подготовки и переподготовки кадров по паллиативной медицине. Курсы усовершенствования в основном проводятся в рамках проектов в очень ограниченном количестве.
- Недостаточно развиты различные виды (механизмы) предоставления паллиативной помощи. Опрошенные респонденты выделили в основном лишь два вида – стационарную и помощь на дому в качестве существующих и в качестве приоритетных на сегодняшний день. Однако во всем мире, существует, по меньшей мере, еще помощь в дневном стационаре и поликлиническая паллиативная помощь. Эти виды помощи были адекватны в случае пациентов с ВИЧ/СПИД.
- Недостаточное финансирование и оснащение служб паллиативной помощи. Финансирование хосписов осуществляется из средств местного бюджета.
- Несмотря на то, что службы паллиативной помощи активно ведут свою деятельность, о существовании такого направления в медицине знают немногие. Население узнает о паллиативной медицине лишь тогда, когда несчастье случается с кем-то из близких, и даже при этом, многие не знают о существовании хосписов, о том как вести себя в сложной для семьи ситуации, как правильно ухаживать за больным, как обеспечить достойный уход из жизни и т.д. А современная концепция паллиативной медицины рассматривает оказание помощи не только пациенту, но и его близким родственникам.
- Все опрошенные респонденты 4-х групп отметили необходимость развития паллиативной медицины в стране как неотъемлемую часть общей медицины и открытия учреждений паллиативной помощи повсеместно.



## **РЕКОМЕНДАЦИИ**

Учитывая результаты проведенных анализа ситуации по паллиативной помощи и исследований по необходимости развития паллиативной помощи в стране, группа разработчиков предлагает ряд рекомендаций по совершенствованию службы паллиативной помощи в республике.

Необходима разработка единых подходов, организационных и экономических механизмов и стандартов для открытия специализированных учреждений паллиативной помощи, для улучшения качества и доступности паллиативной помощи, а, кроме того, развитие холистического подхода, философии оказания паллиативной помощи населению Казахстана.

Необходима разработка и внедрение унифицированной программы (стратегии) развития паллиативной помощи в стране.

Для повышения квалификации специалистов паллиативной помощи необходима разработка и внедрение образовательных курсов и циклов усовершенствования по паллиативной медицине, организация и проведение конференций по данной тематике для обмена опытом по передовой практике в области оказания помощи инкурабельным больным и их родственникам в других странах мира.

Для более успешного развития паллиативной помощи в стране необходимо создание Рабочей группы (комитета) по разработке предложений и координации предоставления паллиативной помощи населению. Такая группа могла бы включать подкомитеты по вопросам политики, образования, развитию услуг, объединять различные ведомства. Данная Рабочая группа (комитет) также мог бы подразделяться на подгруппы (подкомитеты) по различным направлениям паллиативной медицины, так как каждое заболевание и уход пациентами имеют свои особенности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алферова Т.С., Кисилев А.Г., Потехина О.А. Реабилитация недееспособных за рубежом. Обзор литературы // Мед. рефер. жур. Геронт. 1990. - №9. - С.11
2. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2006г.// Статистические материалы, Алматы, 2007, С.50.
3. Беланова В.Г., Иванюшкин А.Я. Хоспис: помощь умирающим// Христианская ассоциация медиков, [www.medichrist.ru](http://www.medichrist.ru)
4. Братцев И. Специалисты уверены в необходимости открытия хосписов во всех городах Казахстана с населением более 100 тысяч человек// Gazeta.kz, 11.07.2005
5. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу// Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе, С-Пб., АОЗТ фирма <КЛИНТ>, 1995, С. 49.
6. Здоровье пожилых: доклад комитета экспертов ВОЗ/ ВОЗ, Женева, 1992.- С.57
7. Кабалова Л.П. О практике предоставления социально-медицинских услуг на дому и в полустационарных учреждениях государственного и муниципального секторов социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов// Мат.конс.межд.сем. - М.: МЗМП РФ, 1995. - С.110-111
8. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным// Том 1. - Под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН, профессора В.И. Чиссова, профессора О.П. Модникова. - М.: 2004, С. 14.
9. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 1997-2006г.// Статистические материалы, Алматы.
10. Kulzhanov M, Rechel B. Kazakhstan: Health system review. *Health System in transition*, 2007; 9(7): 1-158.
11. Highlights on health in Kazakhstan. *World Health Organization*, 2006.
12. Human development report: Kazakhstan. UNPD, 2005.
13. Brocklehurst F. Geriatric Day Hospital // Age and Ageing. - 1995. - vol.24. - №2. - p.89
14. Stessman J., Ginsberg G. et al. Decreased Hospital Utilization By Older Adults Attributable to a Home Hospitalization Program //Jour.of The Amer.Geriat.Soc.- 1996.- vol.44.- №5.- p.591
15. Sundstrom G. Aging is riskier than it look //Age and Ageing.- 1995.- vol.24.- №5.- p.373
16. Tapper G.M. Strategic Positioning of Home Health Care Services in a Regional Integrated Delivery System //Home Health Care Management and Practice.- 1998.- vol.10.- №5.- p.30
17. Palliative Care. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes // World Health Organization 2007.

18. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2<sup>nd</sup> ed.// Geneva, WHO (2002a).
19. Ott MJ. Complementary and alternative therapies in cancer symptom management. *Cancer Practice* 2002, 10: 162-166.
20. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям. под ред. Elizabeth Davies, Irene J.Higginson// ВОЗ 2005.
21. Убедительные факты: паллиативная помощь. под ред. Elizabeth Davies, Irene J.Higginson// ВОЗ 2005.
22. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life: adapting health care to serious chronic illness in old age. Arlington, VA, Rand Health, 2003.
23. Sepulveda C et al. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, 24: 91-96.
24. Gibbs JS.Heart disease. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press, 2001.
25. Hanrahan P, Lutchins DJ, Murphy K. Palliative care for patients with dementia. In: Addington-Hall JM, Higginson IJ, eds. Palliative care for non-cancer patients. Oxford University Press, 2001.
26. Rees J, O'Boyle C, MacDonagh R. Quality of life: impact of chronic illness on the partner. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2001, 94: 563-566.
27. Singer PA, Browman KW. Quality end-of-life care: a global perspective. *BMC Palliative care*, 2002, 1:4.
28. Palliative care in the European Union. European Parliament. Policy department Economic and Scientific Policy. IP/A/ENVI/ST/2007-22.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**АНКЕТА**  
*Для населения*

<b>№/п</b>	<b>Вопросы</b>	<b>Варианты ответов</b>
1.	Ваш возраст	1. 20-29 лет 2. 30-39 лет 3. 40-49 лет 4. 50-59 лет 5. 60 и старше
2.	Ваш пол	1. Мужской 2. Женский
3.	Были в Вашей семье тяжелобольные родственники?	1. Да 2. Нет
4.	Где им оказывалась помощь?	1. в стационаре 2. на дому 3. в поликлинике 4. в частной клинике 5. другое (указать) _____
5.	Оказывалась ли Вам и больным родственникам психологическая поддержка	1. Да 2. Нет
6.	Кем оказывалась поддержка	1. врачами, медсестрами 2. социальными работниками 3. психологами 4. членами семьи 5. религиозными деятелями 6. другое (указать) _____
7.	Знаете ли Вы что такое паллиативная помощь?	1. Помощь тяжелобольным и умирающим 2. Общемединский уход 3. Не знаю 4. Другое (указать) _____
8.	Что вы считаете наибольшими проблемами в оказании помощи терминальным больным?	1. Отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи 2. Отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни 3. Невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего 4. Другое (указать) _____
9.	Что представляла бы из себя система паллиативной помощи в Казахстане, если бы Вы ее создавали?	1. Стационар 2. Помощь на дому 3. Дневной стационар 4. Другое _____
10.	На ваш взгляд, что лучше из перечисленного	1. Стационар 2. Помощь на дому 3. Дневной стационар 4. Другое _____
11.	На Ваш взгляд, нужна ли паллиативная помощь вообще?	1. Да 2. Нет

**АНКЕТА  
Для НПО**

№/п	Вопрос	Варианты ответов
12.	Основная миссия НПО (кратко)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
13.	Регион вашей деятельности	<hr/> <hr/>
14.	Численность населения вашего региона	_____ чел.
15.	Распределение населения Вашего региона по полу	_____ % мужчин _____ % женщин
16.	Наиболее часто встречаемая национальность больных	1. казах 2. русский 3. немец 4. узбек 5. Другое _____
17.	Наиболее часто встречаемая религиозная принадлежность больных	1. мусульмане 2. христиане 3. иудеи 4. буддисты 5. Другое _____
18.	Есть ли какие-либо особенности населения в вашем регионе (Например, трудовые мигранты, беженцы и т.д.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
19.	Сколько лет Вы работаете?	_____ лет
20.	С чего вы начинали	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
21.	Ваше основное достижение	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
22.	Ваши основные проблемы	1. Отсутствие финансирования 2. Отсутствие помещения 3. Отсутствие материально-технической базы 4. Отсутствие кадров

		5. Отсутствие возможности повышения квалификации 6. Другое _____ _____
23.	Есть ли у Вас руководства и/или стандарты для оказания помощи терминальным больным	1. Да 2. Нет
24.	Есть ли у Вас руководства для оценки симптомов заболевания ваших пациентов?	1. Да 2. Нет
25.	На основании чего вы оцениваете болевой синдром пациента?	1. Симптомов 2. Руководства 3. Собственной интуиции
26.	Имеются ли руководства по выписыванию анальгетиков?	1. Да 2. Нет
27.	Имеете ли Вы право выписывать опиум?	1. Да 2. Нет
28.	Имеется ли штат, который занимается эмоциональными аспектами терминальных больных?	1. Да 2. Нет
29.	Имеется ли штат, который работает с семьями пациентов?	1. Да 2. Нет
30.	Есть ли социальные работники?	1. Да 2. Нет
31.	Есть ли у Вас священнослужители, работающие с терминальными больными?	1. Да 2. Нет
32.	Ваше самое успешное достижение в оказании помощи терминальным больным	1. Открытие спец отделений паллиативной помощи 2. Предоставление возможности достойного ухода из жизни 3. Помощь в исполнении последней воли умирающих больных 4. Другое _____ _____
33.	Что вы считаете наибольшими проблемами в оказании помощи терминальным больным?	1. Отсутствие возможности открытия отделений паллиативной помощи 2. Отсутствие возможности предоставления достойного ухода из жизни 3. Невозможность оказания помощи в исполнении последней воли умирающего
34.	Что представляла бы из себя система паллиативной помощи в Казахстане, если бы Вы ее создавали?	1. Стационар 2. Помощь на дому 3. Дневной стационар 4. Другое _____
35.	На ваш взгляд, что лучше из перечисленного	1. Стационар 2. Помощь на дому 3. Дневной стационар 4. Другое _____

## АНКЕТА

Для организаций, оказывающих услуги пациентам,  
стационаров, амбулаторий и хосписов

№/п	Вопросы	Варианты ответов
36.	Основные диагнозы тяжелобольных и неизлечимых пациентов (возможно несколько вариантов ответов)	1. Онкологические 2. Туберкулез 3. ВИЧ/СПИД 4. Гематологические 5. Другое _____
37.	Наиболее часто встречаемый возраст терминальных больных (1 вариант ответа)	1. до 15 лет 2. 15-20 лет 3. 20-29 лет 4. 30-39 лет 5. 40-49 лет 6. 50-59 лет 7. от 60 лет и выше
38.	Распределение тяжелобольных пациентов по полу	_____ % мужчин _____ % женщин
39.	Наиболее часто встречаемая национальность больных (1 вариант ответа)	1. казах 2. русский 3. немец 4. узбек 5. Другое _____
40.	Наиболее часто встречаемая религиозная принадлежность больных (1 вариант ответа)	1. мусульмане 2. христиане 3. иудеи 4. буддисты 5. Другое _____
41.	Имеются ли какие-либо ограничения для оказания медицинских услуг?	1. Да 2. Нет (переход к вопросу №10)
42.	(для стационаров) число коек	_____ коек
43.	% их занятости	_____ %
44.	(для поликлиник) число пациентов, принимаемых в день	_____ пациентов
45.	Сколько живут чаще всего Ваши пациенты после постановки им диагноза неизлечимого заболевания (1 вариант ответа)	1. до 1 года 2. 1-3 года 3. 3-5 лет 4. свыше 5 лет
46.	Хотят ли большинство Ваших пациентов знать свой диагноз?	1. Да 2. Нет
47.	Кто чаще всего из семьи ведет разговоры с врачом? (1 вариант ответа)	1. Отец 2. Мать 3. Дети 4. Супруг/ супруга 5. Другие родственники
48.	Есть ли у Вас лекарственный формуляр?	1. Да 2. Нет
49.	Из какого источника оплачивается ваша деятельность? (возможно несколько вариантов ответов)	1. Гос. Бюджет 2. Частные структуры 3. Другое _____
50.	Что оплачивает страховая компания? (возможно несколько вариантов ответов)	1. Пребывание в стационаре 2. Лекарственные средства 3. Услуги врачей 4. Ничего
51.	Есть ли препараты, которые исключены из перечня разрешенных для применения в Вашем учреждении?	1. Да 2. Нет
52.	Есть ли пациенты, которые не получают лечения из-за отсутствия фондов?	1. Да 2. Нет
53.	Есть ли у Вас руководства и/или стандарты для оказания помощи терминальным больным	1. Да 2. Нет





**АНКЕТА**  
*для религиозных людей – священников, имамов*

1. Могли бы вы, пожалуйста, объяснить вашу точку зрения на то, что происходит при смерти?

---

---

---

2. Что важно делать или не делать до, в течение и после смерти?

---

---

---

3. Как лучше всего вести терминальную болезнь при смерти? Важно ли оставаться в сознании или в этом нет необходимости?

---

---

---

4. Как лучше всего вести терминальную болезнь в момент смерти?

---

---

---

5. Как вы помогаете семье, когда она готовится к смерти члена их семьи?

---

---

---

6. Как вы помогаете семье, когда они оплакивают умершего после его смерти?

---

---

---

7. Имеются ли религиозно-основанные дома медсестринского ухода или социальной помощи для терминальных больных?

---

---

---

8. Чему учат молодых священников в плане поддержки пациентов в конце жизни?

---

---

---

---

9. Чему учат молодых священников в плане поддержки членов семьи умершего?

---

---

---

10. Что бы вы рассказали мед.работникам делать, чтобы поддержать пациентов в конце жизни?

---

---

---

11. Вы думаете лучше для пациентов умирать дома или в мед.организации?

---

---

---

12. Как мы можем лучше встретить нужды людей всех религий здесь?

---

---

---

13. Что бы вы посоветовали по созданию системы паллиативной помощи для всей страны? Как бы это выглядело? Как бы мы могли привлечь ваших священников/имамов?

---

---

---