

Ю. Б. Заяць,
аспірант, Національний університет "Києво-Могилянська академія"
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-8303-3341>

DOI: 10.32702/2306-6814.2025.4.265

КОМПЛЕКСНІСТЬ В ПІДХОДІ ДО РОЗУМІННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ

Y. Zaiats,
Postgraduate student, National University of "Kyiv-Mohyla Academy"

COMPREHENSIVENESS IN THE APPROACH TO UNDERSTANDING PALLIATIVE AND HOSPICE CARE MANAGEMENT

У статті досліджено комплексність дефініції паліативно-хоспісна допомога та основні характеристик допомоги в різних країнах світу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щорічно близько 50 мільйонів людей у всьому світі потребують паліативної допомоги. Потреба в паліативній допомозі буде зростати через збільшення середньої тривалості життя, поширеності неінфекційних захворювань, збільшення кількості територій на яких ведуться активні бойові дії. Досі існує нерівність в менеджменті надання паліативної допомоги, яка залежить від рівня обслуговування, територіального розподілу закладів охорони здоров'я, що надають паліативну допомогу, встановленого діагнозу, віку пацієнта. Окрім відмінностей щодо менеджменту тої чи іншої допомоги, є ряд ключових ідей, які їх об'єднують, серед яких: індивідуальність в плані ведення паліативного пацієнта, комплексність наданих послуг, мультидисциплінарність, а також забезпечення психологічної, фізичної, емоційної підтримки пацієнтам та їхнім родинам/опікунам. У країнах Західної Європи, США незважаючи на позитивні тенденції в розвитку паліативної допомоги, також залишаються проблеми забезпечення її однорідності. На даний час ведуться дискусії, щодо можливих управлінсько-організаційних підходів, які б забезпечили реалізацію рівноправної паліативної допомоги на належному рівні. Проблема реалізації та інтеграції паліативної допомоги в регіональні системи охорони здоров'я залишаються, а їх вирішення потребуватиме певних зусиль. Європейська рада Надання паліативної допомоги в Європі звертає увагу на те, що через територіальну неоднорідність надання паліативної допомоги страждає велика кількість пацієнтів та їх родин/опікунів, а за умови раціональної доступності паліативної допомоги знижується кількість непотрібних додаткових госпіталізацій та зростає якість надання медичних послуг. З метою нівелювання негативних ризиків для пацієнта та удосконалення менеджменту паліативної допомоги, потрібно знати структуру державної паліативної допомоги та використовувати її підвиди в залежності від їх доцільності. Щоб мати змогу комплексно надавати медичну допомогу, яка відповідатиме запиту пацієнта, необхідно розуміти та відмежовувати поняття "паліативна" та "хоспісна" допомога. Відповідно, з метою реалізації цього бачення, світова медична спільнота повинна знати поточний стан існуючої потреби надання поетапної паліативної допомоги, її вагомості, та шукати альтернативні шляхи інтеграції паліативно-хоспісної допомоги на всіх рівнях її надання.

The article examines the complexity of the definition of palliative and hospice care and the main characteristics of care in different countries of the world. According to the World Health Organization (WHO), about 50 million people around the world need palliative care every year. The need for palliative care will grow due to an increase in the average life expectancy, the prevalence of non-communicable diseases, and an increase in the number of territories where active hostilities are taking place. There is still inequality in the provision of palliative care, which depends on the level of service, territorial distribution, the established diagnosis, and the age of the patient. In addition to the differences regarding the period of involvement of one or another care, there are a number of key ideas that unite them, including: individuality in the plan of managing a palliative patient, comprehensiveness of the services provided, multidisciplinary, as well as providing psychological, physical, and emotional support to patients and their families / to guardians. Despite the positive trends in the development of palliative care in the countries of Western Europe and the United States, there are also problems of ensuring its uniformity. Discussions are currently underway regarding possible approaches that would ensure the implementation of equal palliative care at an appropriate level. The problem of implementing and integrating palliative care into regional health care systems remains, and their solution will require some effort. The European Council for Palliative Care in Europe draws attention to the fact that a large number of patients and their families/caregivers suffer due to the territorial heterogeneity of palliative care provision, and with rational availability of palliative care, the number of unnecessary additional hospitalizations decreases and the quality of medical services increases. In order to eliminate negative risks for the patient, it is necessary to know the structure of state palliative care and use its subtypes depending on their expediency. In order to be able to provide comprehensive medical care that will meet the patient's request, it is necessary to understand and distinguish between the concepts of "palliative" and "hospice" care. Accordingly, in order to realize this vision, the world medical community should know the current state of the existing need for the provision of phased palliative care, its importance, and seek alternative ways of integrating palliative-hospice care at all levels of its provision.

Ключові слова: паліативна допомога, хоспісна допомога, менеджмент паліативно-хоспісної допомоги, хоспіс, паліативний пацієнт.

Keywords: palliative care, hospice care, palliative-hospice care management, hospice, palliative patient.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ У ЗАГАЛЬНОМУ ВИГЛЯДІ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ВАЖЛИВИМИ НАУКОВИМИ ЧИ ПРАКТИЧНИМИ ЗАВДАННЯМИ

Паліативна допомога (ПД) пов'язує між собою три основні компоненти: поширеність неінфекційних захворювань (НІЗ), тривалість життя людини та готовність системи охорони здоров'я кожної окремої країни відповідати запитам (потребам) паліативних пацієнтів. Так, існують ще такі компоненти як своєчасне звернення пацієнтів за допомогою, їх усвідомлена відповідальність за власне здоров'я та соціокультурне сприйняття "паліативної допомоги" як одного із видів медичної допомоги — це підсилюючі фактори, які також впливатимуть на кінцевий результат.

Історична довідка свідчить, що менеджмент паліативної допомоги бере свій початок з руху хоспісів, таким чином було сформовано помилкову думку в суспільстві про ототожнення паліативної та хоспісної допомоги. Проте важливо розуміти та розділяти поняття "паліативна допомога" та "хоспісна допомога".

Щодо поширеності НІЗ, то за останні десятиріччя їхня поширеність значно зросла, що, у тому числі пов'язано з тенденцією до збільшення тривалості життя людини, тобто — постарінням населення.

Якщо виконати перерахунки відсоткових співвідношень, то можна виокремити той факт, що причиною 41 мільйону смертей у світі є саме НІЗ (71%) [1]. До причин

летальних наслідків НІЗ також можна віднести несвоєчасність звернення пацієнтів за допомогою та їх неусвідомлену відповідальність щодо власного здоров'я, тобто НІЗ можна розцінювати як один із пускових механізмів розвитку паліативного стану пацієнта. Стать пацієнтів, місце народження, релігія не впливають на виникнення та прогресування НІЗ. Проте, існує чітка залежність між віком та місцем проживання людини, а саме літнє населення, яке проживає у країнах з низьким та середнім рівнем доходу частіше піддаються НІЗ та їх несприятливим наслідкам. Статистичні показники свідчать, що лише за десять років, в період з 2006 по 2016 рік на 5 мільйонів зросла смертність від НІЗ [2]. Серцево-судинні захворювання (ССЗ), онкологічна патологія, цукровий діабет (ЦД) та хронічні респіраторні захворювання становлять основний пул НІЗ та є причинами 80% смертей пацієнтів, в тому числі передчасних [1]. До основних етіологічних факторів, які призводять до розвитку НІЗ можна віднести вік, генетичну сприйнятливність, місце проживання (рівень доходу країни, екологію території, швидку урбанізацію), а також спосіб життя пацієнта — фізична активність, харчову поведінку, наявність шкідливих звичок [1].

Відділ народонаселення ООН оприлюднив дані, що за період з 1950 до 2022 року тривалість життя людини зросла з 46,5 років до 71,7 років, та очікується, що до 2050 року середня тривалість життя людини становитиме 77,3 роки.

Отже, якщо існує прямий зв'язок між паліативною допомогою, поширеністю НІЗ та середньою тривалістю життя, то протягом наступних 30 років ми спостерігатимемо ріст потреби населення в спеціалізованій паліативній допомозі. Саме ПД є одним із ключових елементів будь-якої системи охорони здоров'я, яка забезпечує комплексність та інтегрованість останньої. Тому важливо приділяти особливу увагу менеджменту паліативно-хоспісної допомоги щоб забезпечити її наявність, доступність та ефективність та водночас практично розділяти паліативну та хоспісну допомогу.

АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ І ПУБЛІКАЦІЙ

Особливості менеджменту паліативно-хоспісної допомоги стали предметом дослідження таких вчених як: Tanriverdi O., Komurcu S., Bag B., Temelli G., Elcigil A., Doyle D., Payne S., Harding A., Williams T., Richmond V., Knaul F.M., Farmer P.E., Krakauer E.L., De Lima L., Bhadelia A., Jiang Kwete X., Lamas D., Rosenbaum L., Crane K., Lynch T., Connor S., Clark D., Callaway M., Foley K.M., De Lima L., Connor S.R., Dix O., Lynch T., Anderson R.E., Grant L., Can Mollaoglu M., Gunay D., Mollaoglu M., Baur N., Clelland D., Garralda E., Lopez-Fidalgo J., Connor S., Centeno C., Lundstrom S., Axelsson B., Heedman P.A., Fransson G., Furst C.J., Murtagh F.E., Bausewein C., Verne J., Groeneveld E.I., Kaloki Y.E., Higginson I.J., Brown C.R., Hsu A.T., Kendall C., Marshall D., Pereira J., Prentice M., Rice J., Seow H.-Y., Smith G.A., Ying I., Panczak R., Luta X., Maessen M., Stuck A.E., Berlin C., Schmidlin K., Howdon D., Rice N., Buck J., Hamilton J. Dr. Balfour, Roth A.R., Canedo A.R., Tatum P.E., Mills S.S., Zhang K., Shang B., Kellehear A., Yu Y., Lo S.S., Dev R., Suwanabol P.A., Masel E.K., Berger A., Miyashita M., Simone C.B., Beasley A.M., Bakitas M.A., Ivankova N., Shirey M.R., Greenstein J.E., Policzer J.S., Shaban E.S., Baik D., Russell D., Jordan L., Dooley F., Bowles K.H., Masterson Creber R.M., Syme A., Bruce A., Swami M., Case A.A., Schlick C.J.R., Bentrem D.J., Quinn K.L., Stukel T., Stall N.M., Huang A., Isenberg S., Tanuseputro P., Jordan R.I., Allsop M.J., ElMokhallati Y., Jackson C.E., Edwards H.L., Chapman E.J., Saga Y., Enokido M., Iwata Y., Ogawa A., Batchelor N.H. Результати їх наукових досліджень було проаналізовано та використано для написання даної статті. Чималий вклад в оцінку паліативно-хоспісної допомоги належить Всесвітній організації охорони здоров'я, напрацювання якої є цінними в дослідницькій роботі науковців, які досліджують тему паліативно-хоспісної допомоги.

ФОРМУЛЮВАННЯ ЦІЛЕЙ СТАТТІ

Формулювання цілей статті: комплексно оцінити взаємозв'язок між паліативною та хоспісною допомогою з врахуванням їх дефініцій.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ ДОСЛІДЖЕННЯ З ПОВНИМ ОБГРУНТУВАННЯМ ОТРИМАНИХ НАУКОВИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

Ще в позаминулому столітті населення Європи зіштовхнулося з наслідками збільшення тривалості життя людини, як наслідок, збільшенням кількості населен-

ня — з 200 мільйонів на початку ХІХст. до 400 мільйонів наприкінці. Поширеність НІЗ, а саме хронічних прогресуючих захворювань та їх поєднань розцінюють як один із таких наслідків, який значно вплинув на якість життя людства.

Поступово люди аналізуючи стан пацієнта перед смертю, його потреби, інноваційні зміни у медикаментозній терапії, зокрема з 1950-х років, сформували основні принципи паліативної допомоги [3]. Хоча, ще в 1842 році, Жанна Гарньє відкрила перший офіційно згадуваний хоспісний центр у Франції, який був передбачений для пацієнтів з невиліковними станами [4], а вже в хоспісі "Святий Крістофер", який був створено у Лондоні в 1967 році лікаркою Сісілі Сондерс, було сформовано перші внутрішні протоколи, якими керувалися при роботі з його пацієнтами [5]. З 1980-х роках концепція паліативної допомоги витіснила поняття хоспісної допомоги. Вагомим внеском в розвиток комплексності ПД стало долучення пацієнтів з серцевою недостатністю, хронічними захворюваннями легень, цукровим діабетом до можливостей ПД, яка починаючи зі 1990-х років і до сьогодення охоплює допомогу пацієнтам саме зі хронічними захворюваннями [3, 6].

Розуміння поняття "паліативна допомога" змінювалося під впливом часу. Саме тому, в 2004 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала "Національні рекомендації щодо паліативної допомоги". Суспільство розуміло всі зміни, які принесло функціонування медичної допомоги саме через призму "паліативної", тому з метою надання ефективної допомоги паліативним пацієнтам у Великій Британії ввели нову незалежну галузь знань — "паліативна медицина" та було розпочато підготовку спеціалістів даної галузі [5].

Під впливом прогресу, розвитку ПД, залученості всіх стейкхолдерів дефініції "паліативної допомоги" змінювалися динамічно. Загальноприйнятим вважається звертатися до ВООЗ з метою отримати комплексну оцінку та тлумачення того чи іншого поняття, яке стосується галузі охорони здоров'я. Ще на початку ХХІ ст., ВООЗ при визначенні поняття "паліативна допомога" виокремлювала, що — це "підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які стикаються з проблемами, пов'язаними з хворобою, яка загрожує життю, шляхом запобігання та полегшення страждань, раннього виявлення та бездоганної оцінки та лікування болю та інших проблем, фізичний, психосоціальний і духовний" [7].

На даний час існують декілька комплексних визначень поняття "паліативна допомога", які дозволяють відстежити часові зміни дефініцій та комплексність визначень ключових організацій з вивчення та тлумачення ПД громадськості, серед яких ВООЗ, Європейська асоціація паліативної допомоги, Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги, Центр розвитку паліативної допомоги, Проект національного консенсусу щодо якісної паліативної допомоги (Табл. 1).

Як ми бачимо, дефініції ВООЗ протягом останніх 20-ти років залишилися незмінними. Серед усіх представлених визначень можна виокремити дві основні спільні риси, а саме: комплексність допомоги (задоволення фізичних, інтелектуальних, емоційних, соціальних і духовних потреб) та покращення якості життя не лише паліативних пацієнтів, а й їхніх родин/опікунів.

Таблиця 1. Дефініції поняття "паліативна допомога" станом на 2023 рік

№ п/п	Організація-«представник» дефініції	Дефініція
1.	ВООЗ	«Паліативна допомога — це підхід, який покращує якість життя пацієнтів та їхніх сімей, які стикаються з проблемою, пов'язаною з хворобою, яка загрожує життю, шляхом запобігання та полегшення страждань шляхом раннього виявлення та бездоганної оцінки та лікування болю та інших проблем, фізичні, психосоціальні та духовні» [8].
2.	Європейська асоціація паліативної допомоги	«Паліативна допомога — це активна, повна допомога пацієнтам, хвороба яких не піддається лікувальному лікуванню. Паліативна допомога використовує комплексний підхід, спрямований на фізичну, психосоціальну та духовну допомогу, включаючи лікування болю та інших симптомів. Паліативна допомога є міждисциплінарною за своїм підходом і охоплює догляд за пацієнтом та його родиною та має бути доступною в будь-якому місці, включаючи лікарню, хоспіс та громаду» [9].
3.	Міжнародна асоціація хоспісної та паліативної допомоги	«Паліативна допомога — це активна цілісна допомога особам різного віку з серйозними стражданнями, пов'язаними зі здоров'ям внаслідок важкої хвороби, особливо тих, хто наближається до кінця життя. Вона спрямована на покращення якості життя пацієнтів, їхніх сімей та опікунів» [10].
4.	Центр розвитку паліативної допомоги	«Паліативна допомога — це спеціалізована медична допомога людям з важкими захворюваннями. Він спрямований на полегшення симптомів і стресу, спричинених серйозною хворобою. Мета — покращити якість життя як пацієнта, так і його родини. Паліативну допомогу надає команда паліативних лікарів, медсестер та інших спеціалістів, які працюють разом з іншими лікарями пацієнта, щоб забезпечити додатковий рівень підтримки. Він доречний у будь-якому віці та на будь-якій стадії важкої хвороби та може надаватися разом із лікувальним лікуванням» [11].
5.	Проект національного консенсусу щодо якісної паліативної допомоги	«Паліативна допомога означає допомогу пацієнту та його родині, яка оптимізує якість життя шляхом передбачення, запобігання та лікування страждань. Паліативна допомога впродовж усього перебігу захворювання включає задоволення фізичних, інтелектуальних, емоційних, соціальних і духовних потреб, а також полегшення автономності пацієнта, доступу до інформації та вибору» [12].

Джерело: сформовано на основі [8, 9, 10, 11, 12].

Кожна країна розробляє власну концепцію надання паліативної допомоги, на яку впливають територіальне розташування, розвиток медицини, соціокультурне сприйняття поняття "смерті", а також досвід інших країн інтеграції паліативної допомоги в систему охорони здоров'я країни. Одним із ключових факторів, який контролює процес інтеграції ПД в межах країни є рівень її доходу. Можна сказати, що в країнах із високим рівнем доходу розроблені дієві комплексні програми паліативної допомоги населенню. В той же час в країнах з низьким і середнім рівнем доходу відстежується обмеженість доступу до належного паліативного догляду, в тому числі забезпеченню ефективними знеболюючими препаратами [13]. Як зазначалося раніше, існують фактори, які безпосередньо впливають на можливості надання ПД. Серед країн з низьким і середнім рівнем доходу доступ до паліативної допомоги обмежений через недостатнє фінансування системи охорони здоров'я, зокрема відсутності достатньої кількості медичних препаратів, зокрема знеболюючих (морфін, інші опіоїди), відсутність розробленої системи надання ПД, яка б включала всі державні та приватні рівні медицини, недостатнє розуміння необхідності в забезпеченні населення ПД, а також індивідуальності соціокультурної

системи переконань, яка не включає ПД [14, 15]. З метою оцінки рівнів розвитку та інтеграції ПД було проведено дослідження, яке включало 234 країни. За результатами дослідження лише в 20-ох країнах (8,5%) надається інтегрована комплексна паліативна допомога, у 32,1% країн паліативна допомога була взагалі відсутня, а у 31,6% країн відмічали низьку доступність на послуги ПД [16]. Тип послуги та середовище, в якому вона надається впливають на фінансування ПД загалом. Однією із переваг країн із високим рівнем доходів є фінансування системи ПД з державного бюджету, саме тому проблема нерівності доступу до неї мінімізована. В країнах із середнім та низьким рівнем доходів ПД не включена в державну систему охорони здоров'я. Саме тому через відсутність державних коштів, окремих інституційних ресурсів надавачі ПД не можуть отримати відшкодування за надані послуги, в тому числі через програми медичного страхування [17]. Відповідно, за відсутності фінансування ПД зі сторони держави, паліативні пацієнти та їх родини/опікуни несуть чималі витрати на систему охорону здоров'я та, відповідно, сприяють збільшенню бідності [18]. Таким чином, подолання бідності напряду взаємопов'язано з належним вирішенням питання надання ПД, яке можна отримати через глобальну світову підтримку (побудова співпраці між різними установами країн зі середнім та низьким рівнем доходів та інституціями розвинених країн) [18], розуміння потреби в ПД громадськості та забезпеченням належним фінансуванням.

Країни "розвинутого світу" сприяли відкриттю та якісній взаємодії спеціалізованих центрів з надання ПД, саме вони мають необхідний досвід, ресурси (розуміння їх раціонального використання) для надання ПД. Відповідно, завдяки відкритій співпраці можна організувати навчання постачальників медичних послуг у сфері ПД країн з середнім та низьким рівнем доходів для розробки локальних протоколів та концепцій розвитку ПД. Через міждержавне, державно-приватне партнерство можна сприяти у виробництві необхідних лікувальних засобів, інших засобів, в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, які необхідні для забезпечення ПД населенню. Саме такі партнерські стратегії показали репрезентативні результати з ліками від туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, саме тому даний алгоритм взаємодії можна відтворити при наданні ПД.

Всі країни світу розділяють на 4 групи в залежності від рівня забезпеченості ПД. До країн 1 групи віднесли: Корею, Лівію, Афганістан, Узбекистан, Гвінею та інші. Загалом ця група включає 75 країн (32%) та виокремлена за причиною відсутності політики ПД, яка б охоплювала всю країну [19].

Алжир, Чорногорія, Ватикан, Азербайджан, Болівія представляють 2-гу групу, до якої входять 23 країни

(10%), де хоспісно-паліативна допомога розвивається, проте відсутні діючі відділення ПД, а створення служб ПД знаходиться на етапі становлення [19].

3-тю групу представляє 91 країна. Ця група розподілена на дві підгрупи залежно від розвиненості локальних лікувальних закладів (ЛЗ) в межах яких надають ПД, ступеня інтеграції ПД в систему охорони здоров'я, а також доступу до знеболюючих препаратів (Морфіну). 3-А група передбачає наявність недостатньої кількості ЛЗ, де надають ПД, низьку кількість наданих послуг. Дані ЛЗ неінтегровані в державні системи охорони здоров'я, які не забезпечують належної підтримки в сфері надання ПД, фінансуються здебільшого за рахунок благодійних внесків, існує обмеженість в доступі до Морфіну. Болгарія, Бразилія, Ліван, Судан, Бангладеш, Ангола, Іран є представниками даної групи (31,6%) [19].

17 країн представляють групу 3-Б, серед них: Хорватія, Боснія та Герцеговина, Португалія, Кіпр, Туреччина, Мальта, Індія, Непал. Дана група схожа зі попередньою в тому, що регіональні ЛЗ залишаються недостатньо інтегрованими в системи охорони здоров'я, але відмінним є те, що фінансування ПД забезпечується не лише благодійними внесками, а й державними коштами, програмами медичного страхування, ресурсами органів місцевого самоврядування. Доступ до знеболюючих (Морфіну) легкодоступний [19].

Остання, 4 група країн передбачає наявність хоспісно-паліативної допомоги, яка інтегрована в регіональні системи охорони здоров'я. Дана група також поділяється на дві підгрупи в залежності від ступеня розвитку системи надання ПД. 4-А група представлена країнами, які мають декілька служб ПД. Медичний персонал ЛЗ та суспільство усвідомлюють необхідність забезпечення ПД для населення. Проте, існує обмеженість політики ПД та мережі національних асоціацій ПД. 25 країн (10,7%) представляють дану групу, серед них: Монголія, Нідерланди, Ізраїль, Китай, Данія, Фінляндія, Угорщина, Нова Зеландія та ін. [19].

20 країн формують 4-Б групу. Вони забезпечують доступну комплексну ПД населенню, впроваджують активну паліативну політику, залучають передові освітні програми з ПД та включають функціонування національних асоціацій ПД, які практикують співпрацю з регіональними університетами. До них увійшли: Канада, Швеція, Швейцарія, Австралія, Сінгапур, Великобританія, Німеччина, Польща, Італія, Японія, Сполучені Штати Америки, Австрія, Норвегія та ін. [19].

Щоб зрозуміти яким чином можна розробити ефективну систему надання ПД населенню, потрібно проаналізувати становлення паліативної допомоги в країнах, які вже цього досягли. Однією з представників таких країн є Швеція, яка входить до переліку країн з високим рівнем доходу, а також однією з країн, яка створила дієву систему надання ПД та є прикладом для всього світу [20]. З метою оцінки ефективності розробленої системи надання ПД та її контролю у 2005 році у Швеції було створено міжнародний Шведський реєстр паліативної допомоги, завданням якого було і залишається збір даних про всі заходи, які були здійсненні в рамках надання паліативної допомоги протягом останнього тижня життя пацієнтів, які не залежали від встановленого діагнозу, віку та рівня наданої допомоги [21]. Збір

даних відбувається через розроблені анкети, які включають близько 30 запитань та розсилаються адресатам через електронну пошту. Адресатів представляють медичні працівники, які забезпечували та виконували догляд за паліативними пацієнтами в останні дні їхнього життя. Питання, які входять до переліку запитань анкет комплексно охоплюють ключові аспекти догляду за паліативними пацієнтами протягом останнього тижня їх життя. Серед яких: чи відмічав пацієнт занепокоєння, задишку, страждання від болю, сплутаність свідомості, дезорієнтацію; наявність пролежнів, чи проводилася просвітня робота з пацієнтом, родичами та опікунами щодо їх прав, особливостей догляду за пацієнтом, визначення його потреб, в тому числі визначення місця смерті, а також оцінка структурного підходу до симптомів пацієнта, доступності до симптоматичної терапії (ефективного знеболення), доцільності того чи іншого виду паліативної допомоги (необхідність лише спеціалізованої паліативної консультації, чи безпосередньої госпіталізації до спеціалізованого паліативного відділення), тощо [21]. За допомогою даного збору даних, кожного року аналізується близько 60 000 зареєстрованих смертей, що відповідатиме приблизно 66% від усієї смертності в країні. Отримана інформація дозволяє вести поточний моніторинг якості, комплексності та своєчасності надання ПД пацієнтам, визначати їх ключові потреби, незалежно від впливу аспектів діагнозу, рівня та місця надання ПД. Серед представлених даних Шведського реєстру паліативної допомоги є інформація про те, що близько 80% померлих померли очікуваною смертю — причиною стала одна або декілька хронічних невиліковних захворювань. Звідси виходить, що в тій чи іншій мірі 80% вмираючих пацієнтів в той чи інший період погіршення загального стану потребуватимуть саме в паліативній допомозі. Саме тому, ключовим питанням постає визначення середньої тривалості потреби в паліативній допомозі та факторів, які впливають на цей часовий проміжок. Окремі дані Канади та Сполученого Королівства свідчать, що близько 25% пацієнтів, без прив'язки до діагнозу та віку, щорічно потребують надання періодично або постійно спеціалізованої паліативної допомоги [22, 23].

Швеція підкреслює необхідність забезпечення ПД жителів своєї країни. В країні, окрім стаціонарних спеціалізованих з надання паліативної допомоги відділень та окремих паліативних центрів, функціонує низка хоспісів, серед медичних працівників яких помічники медсестер і медсестри працюють цілодобово та забезпечують стаціонарну спеціалізовану паліативну допомогу. Хоспіс визначено як доповнення до комплексності паліативної допомоги та враховує потреби самого пацієнта та його родичів/опікунів, при цьому він не визначається як спеціалізований паліативний лікувальний заклад. Встановлено, що щорічно значна частка витрат на систему охорони здоров'я припадає на останні місяці життя людини [24, 25], саме тому потрібно аналізувати потреби людини із хронічними, загрозливими для життя захворюваннями, в останні роки або дні її життя, разом із забезпеченням поетапної паліативної та хоспісної допомоги з метою створення цілісної системи, яка через розподіл функцій зменшуватиме тягар системи охорони здоров'я на економіку окремої країни.

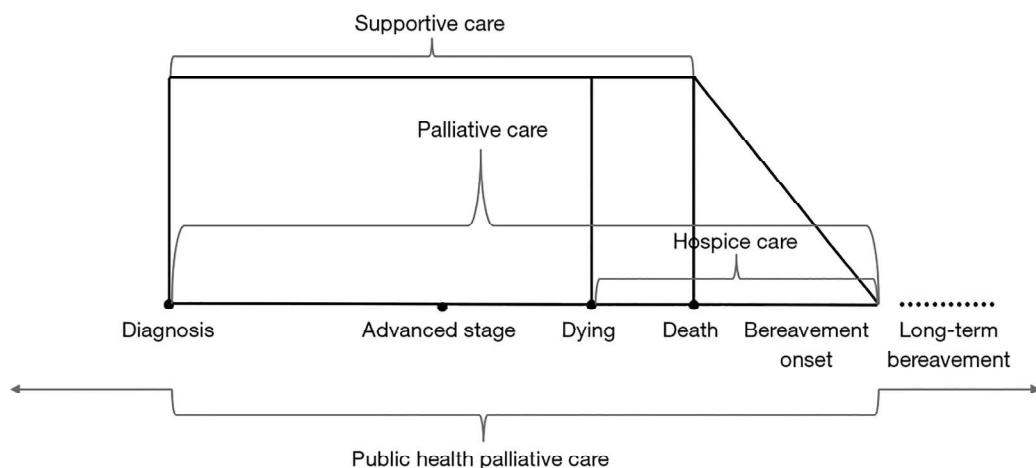


Рис. 1. Структура менеджменту паліативно-хоспісної або організаційна структура паліативно-хоспісної допомоги

Джерело: сформовано на основі [30].

Як вже було зазначено, ПД складає основу медичної допомоги для низки людей наприкінці їхнього життя, створюючи належну підтримку пацієнтам та їх родичам, а також забезпечуючи комфортні умови для її отримання. Після створення Сесілі Сондерс як стаціонарного, так і хоспісного догляду удома, Елізабет Кюблер-Росс у 1969 році опублікувала для широкого загалу свою книгу "Про смерть і вмирання". З роками вона стала бестселером своєї тематики, у книзі авторка наголошувала на кращому способі догляду за вмираючими пацієнтами. Вона виступала проти інституціалізації смерті, яка дегуманізує людей і не забезпечує підтримки їхніх сімей. Хоспісний рух поширювався країнами. У США в другій половині ХХст. Флоренс Уолд, декан Єльської школи медсестер, стала засновницею першого хоспісу в Коннектикуті, який відображав перший хоспіс, створений доктором Сондерс Св. Крістофера в Лондоні [26]. В той же час лікар хірург-онколог з Університету Макгілла Бальфур Маунт виокремив ПД як окремий вид допомоги від тої, яка надається в хоспісах [27]. ВООЗ у 1990 році виокремила паліативну допомогу як окрему медичну спеціальність, а вже у 2006 році Рада з акредитації вищої медичної освіти та Американська рада медичних спеціальностей затвердили розподіл паліативної та хоспісної допомоги на дві окремі спеціальності [27].

Можна вважати, що паліативна допомога "народилася" саме з хоспісного руху. Вона розцінюється як комплексний термін, який в забезпеченні догляду за пацієнтами та їх родичами/опікунами поєднує міждисциплінарність лікування серйозних захворювань та аналіз потреб пацієнта: емоційних, фізичних, психосоціальних та духовних [28, 29]. В літературних джерелах часто можна зустріти поняття "хоспіс" і "паліатив" як синонімічні конструкції, проти вони є різними. Паліативна допомога — це комплексний термін, хоспіс — його частина (рис. 1) [30].

Паліативну допомогу формують два її підвиди: хоспісна та нехоспісна [29]. Нехоспісна — це частина ПД, яка надається пацієнту та його родичам/опікуну до моменту початку надання хоспісної допомоги. За кожним з цих підвидів закріплені окремі критерії відповід-

ності. Право на ПД має будь-яка особа, яка відповідає критеріям: має або одне життєвозагрозливе захворювання, або хронічні комплексні захворювання (коморбідну патологію), що негативно впливають на якість життя; симптоми захворювання чітко виражені та визначені як тригери стресу для пацієнта та/або особи, яка здійснює догляд; в той же час пацієнт потребує підтримуючого ліку-

вання захворювання, що виліковується [28, 29]. При погіршенні загального стану пацієнта, появі залежності від кисню, зниження функцій опорно-рухової системи, наростання ознак кахексії тощо, а також декомпенсація стану при прогресуванні онкологічної патології, хронічної серцевої недостатності (ХСН), хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ), СНІДу — визначають доцільність направлення пацієнта для отримання паліативної допомоги поза умов хоспісу [31]. В той же час, коли очікувана тривалість життя пацієнта становить менше шести місяців — це підстави направлення пацієнта в хоспіс [29]. Серед найбільш поширених захворювань, які зустрічаються серед пацієнтів хоспісу виокремлюють онкологічну патологію, деменцію, хронічну серцеву недостатність, хронічні респіраторні захворювання, наслідки перенесених інсультів. Індекс паліативної ефективності, який включає рухову активність, рівень свідомості пацієнта, оцінка можливостей, в тому числі споживання їжі та напоїв, клінічний перебіг захворювання — визначають доцільність перебування пацієнта в умовах хоспісу [32, 33]. Досить часто пацієнти та їх родичі/опікуни неправильно трактують поняття паліативної допомоги та хоспісної допомоги. Так, справді, ці два види допомоги фокусуються на покращенні якості життя пацієнтів, проте між ними можна виокремити декілька відмінностей (Рис. 2, 3, 4, 5).

Так, справді, можна виокремити декілька відмінностей між паліативною та хоспісною допомогою. Пацієнти, яким встановлено діагноз невилікового захворювання або хронічного прогресуючого, яке може призвести до смерті, але без чітких часових обмежень, підпадають під категорію пацієнтів, яким показано отримання паліативної допомоги. Хоспісна допомога забезпечує комплексну допомогу пацієнтам, яким визначено, що до кінця їхнього життя залишилося близько шести місяців. Проте, є ряд спільних рис, які об'єднують ці два види допомоги, серед яких [40]:

- Індивідуальний підхід в лікуванні, в залежності до потреб пацієнта;

- Сприйняття понять "життя" і "смерті" як природних процесів, на які не впливають наміри продовжити життя чи прискорити смерть;

Вид догляду	Паліативна допомога: підтримує фізичне, психічне, соціальне та духовне благополуччя пацієнта від моменту встановлення діагнозу та початку лікування до його завершення [28, 32, 34, 35, 39]. Хоспісна допомога: враховує не лише фізичне, психічне, соціальне та духовне благополуччя пацієнта, а направлена на підготовці пацієнта та його родини до кінця життя. Окрім цього, безперервна підтримка сім'ї пацієнта в разі його втрати забезпечується протягом 13 місяців після смерті пацієнта [28, 32, 34, 35, 39].
Провайдер	Паліативна допомога: мультидисциплінарна команда, яка складається з лікарів первинної ланки, лікарів спеціалістів, медсестер, консультантів та соціальних працівників [28, 32, 34, 35, 39]. Хоспісна допомога: в першу чергу це члени сім'ї, опікуни, патронажні медсестри, соціальні працівники та іноді лікар [28, 32, 34, 35].
Місце надання допомоги	Паліативна допомога: Де пацієнт вперше звернувся за допомогою. Переважно в амбулаторіях, стаціонарних відділеннях, лікувальних закладах спеціального паліативного лікування, куди пацієнт вперше звернувся за допомогою, а також вдома [28, 32, 34, 35, 36]. Хоспісна допомога: вдома, в будинках для престарілих, у хоспісах та рідко в лікарнях - в тих місяцях, де бажає сам пацієнт [28, 32, 34, 35, 36].
Прогноз	Паліативна допомога: надається як при короткострокових, так і при тривалих захворюваннях. Після вилікування допомога зупиняється [37,38] Наприклад: знеболюючі препарати при переломах, ліки від тривожності пацієнтам із раком/деменцією. Хоспісна допомога: надається наприкінці життя та припиняється внаслідок смерті пацієнта [37,38]
Лікування	Паліативна допомога: в першу чергу пацієнти мають можливість отримувати лікування від свого основного захворювання, додатково вони отримують психічну, духовну, емоційну, соціальну та симптоматичну підтримку. Наприклад: пацієнту діагностовано початкову стадію раку, він отримує хіміотерапію, його забезпечують знеболюючими, протипухлинними, седативними препаратами для усунення фізичних симптомів, а також соціальною підтримкою. Викорисовуються ліки для продовження життя [31, 33, 34, 35, 37]. Хоспісна допомога: передбачає обмеженням використанням лише ліків, які полегшують їхні фізичні симптоми, коли пацієнт перестає реагувати на будь-яке лікування його захворювання, разом з психічною, духовною, емоційною, соціальною підтримкою. Наприклад: коли пацієнти з термінальною стадією онкологічних захворювань, перестають реагувати на хіміотерапію, а підтримуються лише знеболюючими, седативними препаратами. В хоспісах ліки, які продовжують життя не використовуються [31, 33, 34, 35, 37].
Час початку надання допомоги	Паліативна допомога: початком надання ПД вважають час встановлення діагнозу хронічного захворювання, серед яких: рак, хронічна хвороба нирок, ХСН, деменція та ін. При цьому пацієнти не повинні бути обов'язково невиліковно хворими, щоб підпадати під дану категорію [28, 32, 34, 35, 36]. Хоспісна допомога: початок її надання не залежить від діагнозу пацієнта, проте враховує час до смерті - шість місяців. оцінку тривалості життя здійснюють, які засвідчують, що пацієнт, проживе лише шість місяців або менше [28, 32, 34, 35, 36].

Рис. 2, 3, 4, 5. Відмінності паліативної та хоспісної допомоги

Джерело: сформовано на основі [28, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39].

- Симптоматична терапія з метою покращення якості життя, що залишилося;
- Міждисциплінарний підхід з метою задоволення потреб пацієнтів;
- Забезпечення психологічної, фізичної, емоційної підтримки пацієнтам та їхнім родинам/опікунам.

ВИСНОВКИ З ДАНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ І ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК У ДАНОМУ НАПРЯМІ

Паліативна та хоспісна допомога є правом кожної людини, незалежно від статі, віку, етнічної приналежності, фінансової забезпеченості. Збільшення середньої тривалості життя людей, прогресування неінфекційних захворювань, їх коморбідність сприятимуть прогресивному зростанню потреб в паліативно-хоспісній допомозі. Тому важливо приділяти особливу увагу менеджменту паліативно-хоспісної допомоги: розумінню їхньої відмінності, наявності, доступності та якості. В цьому сенсі також важливо розуміти комплаєнс між медичним персоналом та пацієнтом, навчання пацієнтів та їх родичів/опікунів, періодичні спеціалізовані консультації сприяють більшій залученості паліативних пацієнтів в самообслуговуванні, виконанні індивідуального плану догляду та своєчасності вибору між паліативною та хоспісною допомогою.

Перспективи подальших розвідок у даному напрямі включають аналіз менеджменту паліативно-хоспісної допомоги в Україні, готовність українців до розуміння принципів та засад паліативно-хоспісної допомоги, а також формування механізмів адаптації менеджменту паліативно-хоспісної допомоги до викликів сьогодення.

Література:

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: WHO, <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (2021, accessed 10 August 2021).
2. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1151-1210.
3. Tanriverdi O., Komurcu S. Structuring in palliative care units. 2016. Available from: www.solunum.org.tr/TusadData/Book/.../176201612846- [Accessed: February 2019]
4. Bag B. Hospice and preparation for death in hospice. 2012. Available from: http://www.akad-geriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120-125.htm Erisim:19.02.2019
5. Temelli G. Perceptions of palliative care nurses related to death and palliative care practices [thesis]. Abant İzzet Baysal University, Institute of Health Science. 2018
6. Elcigil A. Palliative care nursing. *Gulhane Medical Journal*. 2012;54:329-334
7. World Health Organization. Palliative care 2002. URL: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
8. Organization W.H. World Health Organization. [accessed June 8 2023]. URL: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
9. Doyle D. Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service, 3rd edition. International Association for Hospice & Palliative Care. [accessed June 14 2023].
10. Payne S., Harding A., Williams T., et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. *Palliat Med* 2022;36:680-697.
11. Care US-based Center to Advance Palliative Care. [accessed June 14th 2023]. URL: <https://www.capc.org/about/palliative-care/>
12. Richmond V. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. National Coalition for Hospice and Palliative Care 2018. Available online: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf
13. Knaul F.M., Farmer P.E., Krakauer E.L., De Lima L., Bhadelia A., Jiang Kwete X., et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2018;391:1391-1454. DOI 10.1016/S0140-6736(17)32513-8
14. Lamas D., Rosenbaum L. Painful inequities-palliative care in developing countries. *N. Engl J. Med*. 2012;366:199-201. DOI 10.1056/NEJMp1113622
15. Crane K. Palliative Care Gains Ground in Developing Countries. *J Natl Cancer Inst. J Natl Cancer Inst*. 2010;102:1613-5. DOI 10.1093/jnci/djq445
16. Lynch T., Connor S., Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *J Pain Symptom Manage*. 2013;45:1094-106. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011
17. Callaway M., Foley K.M., De Lima L., Connor S.R., Dix O., Lynch T., et al. Funding for palliative care programs in developing countries. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:509-13. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.003
18. Anderson R.E., Grant L. What is the value of palliative care provision in low-resource settings? *BMJ Glob Health*. 2017;2:e000139. DOI 10.1136/bmjgh-2016-000139
19. Can Mollaoglu M., Gunay D., Mollaoglu M. Palliative Care Services from Past to Present [Internet]. *Palliative Care*. IntechOpen; 2019. URL: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.88990>
20. Clark D., Baur N., Clelland D., Garralda E., Lopez-Fidalgo J., Connor S., Centeno C. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. *J. Pain Symptom Manag*. 2020;59:794-806. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.
21. Lundstrom S., Axelsson B., Heedman P.A., Fransson G., Furst C.J. Developing a national quality register in end-of-life care: The Swedish experience. *Palliat. Med*. 2012;26:313-321. DOI: 10.1177/02692-16311414758.
22. Murtagh F.E., Bausewein C., Verne J., Groeneveld E.I., Kaloki Y.E., Higginson I.J. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat. Med*. 2014;28:49-58. doi: 10.1177/0269216313489367.
23. Brown C.R., Hsu A.T., Kendall C., Marshall D., Pereira J., Prentice M., Rice J., Seow H.-Y., Smith G.A.,

Ying I., et al. How are physicians delivering palliative care? A population-based retrospective cohort study describing the mix of generalist and specialist palliative care models in the last year of life. *Palliat. Med.* 2018;32:1334-1343. doi: 10.1177/0269216318780223.

24. Panczak R., Luta X., Maessen M., Stuck A.E., Berlin C., Schmidlin K., et al. Regional variation of cost of Care in the Last 12 months of life in Switzerland: small-area analysis using insurance claims data. *Med Care.* 2017;55(2):155-63. URL: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000634>.

25. Howdon D., Rice N. Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: implications for an ageing population. *J Health Econ.* 2018;57:6074. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.11.001>.

26. Buck J. Policy and the reformation of hospice. *J Hosp Palliat Nurs.* 2011;13(Suppl):S35-43. doi:10.1097/NJH.0b013e3182331160.

27. Hamilton J. Dr. Balfour Mount and the cruel irony of our care for the dying. *CMAJ.* 1995;153:334-6.

28. Roth A.R., Canedo A.R. Introduction to hospice and palliative care. *Prim Care.* 2019;46:287-302. doi: 10.1016/j.pop.2019.04.001.

29. Tatum P.E., Mills S.S. Hospice and palliative care: An overview. *Med Clin North Am.* 2020;104:359-73. doi: 10.1016/j.mcna.2020.01.001.

30. Zhang K., Shang B., Kellehear A., Yu Y., Lo S.S., Dev R., Suwanabol P.A., Masel E.K., Berger A., Miyashita M., Simone C.B. 2nd. Scope of Annals of Palliative Medicine based on a review of the disciplinary development and evolving definition of palliative medicine. *Ann Palliat Med* 2023;12(6):1125-1131. doi: 10.21037/apm-23-530

31. Beasley A.M., Bakitas M.A., Ivankova N., Shirey M.R. Evolution and conceptual foundations of nonhospice palliative care. *West J Nurs Res.* 2019;41:1347-69. doi: 10.1177/0193945919853162.

32. Greenstein J.E., Policzer J.S., Shaban E.S. Hospice for the primary care physician. *Prim Care.* 2019;46:303-17. doi: 10.1016/j.pop.2019.04.002.

33. Baik D., Russell D., Jordan L., Dooley F., Bowles K.H., Masterson Creber RM. Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: A systematic review of the literature. *J Palliat Med.* 2018;21:1651-61. doi: 10.1089/jpm.2018.0141.

34. Syme A., Bruce A. Hospice and palliative care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2009;11:19-24.

35. Swami M., Case AA. Effective palliative care: What is involved? *Oncology (Williston Park, N.Y.)* 2018;32:180-4.

36. Schlick C.J.R., Bentrem D.J. Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult. *J Surg Oncol.* 2019;120:30-4. doi: 10.1002/jso.25499.

37. Quinn K.L., Stukel T., Stall N.M., Huang A., Isenberg S., Tanuseputro P., et al. Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study. *BMJ.* 2020;370:m2257. doi: 10.1136/bmj.m2257.

38. Jordan R.I., Allsop M.J., ElMokhallalati Y., Jackson C.E., Edwards H.L., Chapman E.J., et al. Duration of palliative care before death in international routine practice: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020;18:368. doi: 10.1186/s12916-020-01829-x.

39. Saga Y., Enokido M., Iwata Y., Ogawa A. Transitions in palliative care: Conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care. *Chin Clin Oncol.* 2018;7:32. doi: 10.21037/cco.2018.06.02.

40. Batchelor NH. Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences. *Rehabil Nurs.* 2010;35:60-4. doi: 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00032.x.

References:

1. World Health Organization (2021), "Noncommunicable diseases: WHO", available at: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (Accessed 25 Jan 2025).

2. Lancet (2017), "GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016", *Lancet*, vol. 390, pp. 1151—1210.

3. Tanriverdi, O. and Komurcu, S. (2016), "Structuring in palliative care units.", available at: www.solunum.org.tr/TusadData/Book/.../176201612846_ (Accessed 25 Jan 2025).

4. Bag, B. (2012), "Hospice and preparation for death in hospice", available at: http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120-125.htm (Accessed 25 Jan 2025).

5. Temelli, G. (2018), "Perceptions of palliative care nurses related to death and palliative care practices", Abant Izzet Baysal University, Institute of Health Science.

6. Elcigil, A. (2012), "Palliative care nursing", *Gulhane Medical Journal*, vol. 54, pp. 329—334.

7. World Health Organization (2002), "Palliative care", available at: www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (Accessed 25 Jan 2025).

8. World Health Organization (2025), "Organization WH", available at: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (Accessed 25 Jan 2025).

9. Doyle, D. (2021), *Guidelines and Suggestions for those Starting a Hospice/Palliative Care Service*, 3rd edition, International Association for Hospice & Palliative Care, Houston, USA.

10. Payne, S. Harding, A. and Williams, T. (2022), "Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC)", A Delphi study. *Palliat Med*, vol. 36, pp. 680—697.

11. Care US-based Center to Advance Palliative Care (2025), available at: <https://www.capc.org/about/palliative-care/> (Accessed 25 Jan 2025).

12. Richmond, V. (2018), National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition, National Coalition for Hospice and Palliative Care, available at: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2020/07/NCHPC-NCPGuidelines_4thED_web_FINAL.pdf (Accessed 25 Jan 2025).

13. Knaul, F.M. Farmer, P.E. Krakauer, E.L. De Lima, L. Bhadelia, A. and Jiang Kwete, X. (2018), "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet

Commission report", *Lancet*, vol. 391, pp. 1391—1454. doi:10.1016/S0140-6736(17)32513-8

14. Lamas, D. and Rosenbaum, L. (2012), "Painful inequities-palliative care in developing countries", *N Engl J Med*, vol. 366, pp. 199—201. DOI 10.1056/NEJMp111-3622

15. Crane, K. (2010), "Palliative Care Gains Ground in Developing Countries", *J Natl Cancer Inst*, vol. 102, pp. 1613-1615. DOI 10.1093/jnci/djq445

16. Lynch, T. Connor, S. and Clark, D. (2013), "Mapping levels of palliative care development: a global update", *J Pain Symptom Manage*, vol. 45, pp. 1094—1106. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011

17. Callaway, M. Foley, K.M. De Lima, L. Connor, S.R. Dix, O. and Lynch, T. (2007), "Funding for palliative care programs in developing countries", *J Pain Symptom Manage*, vol. 33, pp. 509—513. DOI 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.003

18. Anderson, R.E. and Grant, L. (2017), "What is the value of palliative care provision in low-resource settings?", *BMJ Glob Health*, vol. 2, pp. e000139. DOI 10.1136/bmjgh-2016-000139

19. Can Mollaoglu, M. Gunay, D. and Mollaoglu, M. (2019), "Palliative Care Services from Past to Present", *Palliative Care*. IntechOpen, available at: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.88990> (Accessed 25 Jan 2025).

20. Clark, D. Baur, N. Clelland, D. Garralda, E. Lopez-Fidalgo, J. Connor, S. and Centeno, C. (2020), "Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017", *J. Pain Symptom Manag*, vol. 59, pp. 794—806. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.-11.009.

21. Lundstrom, S. Axelsson, B. Heedman, P.A. Fransson, G. and Furst, C.J. (2012), "Developing a national quality register in end-of-life care: The Swedish experience", *Palliat. Med*, vol. 26, pp. 313—321. DOI: 10.1177/0269216311414758.

22. Murtagh, F.E. Bausewein, C. Verne, J. Groeneveld, E.I. Kaloki, Y.E. and Higginson, I.J. (2014), "How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates", *Palliat. Med*, vol. 28, pp. 49—58. doi: 10.1177/02692-16313489367.

23. Brown, C.R. Hsu, A.T. Kendall, C. Marshall, D. Pereira, J. Prentice, M. Rice, J. Seow, H.-Y. Smith, G.A. and Ying, I. (2018), "How are physicians delivering palliative care? A population-based retrospective cohort study describing the mix of generalist and specialist palliative care models in the last year of life", *Palliat. Med*, vol. 32, pp. 1334—1343. doi: 10.1177/0269216318780223.

24. Panczak, R. Luta, X. Maessen, M. Stuck, A.E. Berlin, C. and Schmidlin, K. (2017), "Regional variation of cost of Care in the Last 12 months of life in Switzerland: small-area analysis using insurance claims data", *Med Care*, pp. 55 (2), pp. 155—163. URL: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000634>.

25. Howdon, D. and Rice, N. (2018), "Health care expenditures, age, proximity to death and morbidity: implications for an ageing population", *J Health Econ*, vol. 57, pp. 60—74. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.11.001>.

26. Buck, J. (2011), "Policy and the reformation of hospice", *J Hosp Palliat Nurs*, vol. 13 (Suppl), pp. 35—43. doi:10.1097/NJH.0b013e3182331160.

27. Hamilton, J. (1995), "Dr. Balfour Mount and the cruel irony of our care for the dying", *CMAJ*, vol. 153, pp. 334—336.

28. Roth, A.R. and Canedo, A.R. (2019), "Introduction to hospice and palliative care", *Prim Care*, vol. 46, pp. 287—302. doi: 10.1016/j.pop.2019.04.001.

29. Tatum, P.E. and Mills, S.S. (2020), "Hospice and palliative care: An overview", *Med Clin North Am*, vol. 104, pp. 359—373.

30. Zhang, K. Shang, B. Kellehear, A. Yu, Y. Lo, S.S. Dev, R. Suwanabol, P.A. Masel, E.K. Berger, A. Miyashita, M. and Simone, C.B. (2023), "2nd. Scope of Annals of Palliative Medicine based on a review of the disciplinary development and evolving definition of palliative medicine", *Ann Palliat Med*, vol. 12 (6), pp. 1125—1131. doi: 10.21037/apm-23-530

31. Beasley, A.M. Bakitas, M.A. Ivankova, N. and Shirey, M.R. (2019), "Evolution and conceptual foundations of nonhospice palliative care", *West J Nurs Res*, vol. 41, pp. 1347—1369. doi: 10.1177/0193945919853162.

32. Greenstein, J.E. Policzer, J.S. and Shaban, E.S. (2019), "Hospice for the primary care physician", *Prim Care*, vol. 46, pp. 303—317. doi: 10.1016/j.pop.2019.04.002.

33. Baik, D. Russell, D. Jordan, L. Dooley, F. Bowles, K.H. and Masterson Creber, R.M. (2018), "Using the palliative performance scale to estimate survival for patients at the end of life: A systematic review of the literature", *J Palliat Med*, vol. 21, pp. 1651—1661. doi: 10.1089/jpm.2018.0141.

34. Syme, A. and Bruce, A. (2009), "Hospice and palliative care", *J Hosp Palliat Nurs*, vol. 11, pp. 19—24.

35. Swami, M. and Case, A.A. (2018), "Effective palliative care: What is involved?", *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, vol. 32, pp. 180-184.

36. Schlick, C.J.R. and Bentrem, D.J. (2019), "Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult", *J Surg Oncol*, vol. 120, pp. 30-4. doi: 10.1002/jso.25499.

37. Quinn, K.L. Stukel, T. Stall, N.M. Huang, A. Isenberg, S. and Tanuseputro, P. (2020), "Association between palliative care and healthcare outcomes among adults with terminal non-cancer illness: Population based matched cohort study", *BMJ*, vol. 370, pp. m2257. doi: 10.1136/bmj.m2257.

38. Jordan, R.I. Allsop, M.J. ElMokhallati, Y. Jackson, C.E. Edwards, H.L. and Chapman, E.J. (2020), "Duration of palliative care before death in international routine practice: A systematic review and meta-analysis", *BMC Med*, vol. 18, pp. 368. doi: 10.1186/s12916-020-01829-x.

39. Saga, Y. Enokido, M. Iwata, Y. and Ogawa, A. (2018), "Transitions in palliative care: Conceptual diversification and the integration of palliative care into standard oncology care", *Chin Clin Oncol*, vol. 7, pp. 32. doi: 10.21037/cco.2018.06.02.

40. Batchelor, N.H. (2010), "Palliative or hospice care? Understanding the similarities and differences", *Rehabil Nurs*, vol. 35, pp. 60—64. doi: 10.1002/j.2048-7940.-2010.tb00032.x.

Стаття надійшла до редакції 26.01.2025 р.