



В. К. МИЛЬКАМАНОВИЧ

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Целью публикации является системное изложение социально-медицинских аспектов паллиативной помощи населению как современного направления общественного здравоохранения. Рассмотрено содержание понятия «паллиативная помощь». Дана характеристика частных разделов паллиативной помощи. Раскрыты и описаны основные паллиативные мероприятия.

В статье использованы материалы медиатеки им. М. Е. Тикоцкого отдела обслуживания факультетов журналистики и философии и социальных наук Фундаментальной библиотеки БГУ и элементы образовательного портала БГУ ФФСН.

Ключевые слова: incurable patient, incurable disease, palliative care, brigade method of palliative care, psychological support, alleviation of suffering.

The aim of this publication is to present systemically the socio-medical aspects of palliative care to the population as a contemporary area of public health. The content of the concepts of «palliative care» was considered. Characteristics of private sections of palliative care are given. Basic palliative measures are disclosed and described.

The article uses materials from the media library named after M.E. Tikotsky Department of Service of the Faculties of Journalism and Philosophy and Social Sciences of the Fundamental Library of BSU and elements of the educational portal of BSU FFSN.

Key words: incurable patient, incurable disease, palliative care, brigade method of palliative care, psychological support, alleviation of suffering.

HEALTHCARE. 2025; 1: 58—64

PALLIATIVE CARE: SOCIO-MEDICAL ASPECTS

V. K. Milkamanovich

Каждый год в мире умирает более 50 млн человек [1; 2]. Установлено, что десятки миллионов из них, страдая пожизненным и неизлечимым заболеванием, испытывают непереносимую боль и тягостные физические расстройства, невозможность двигаться и себя обслуживать, горечь от незавершенных дел и невыполненных обязательств, чувство вины из-за обузы для окружающих, леденящий страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти и др. [3]

Чтобы обеспечить удовлетворительное качество и гармоничный образ жизни таких людей, необходимы различные паллиативные медико-социальные меры. Это в первую очередь пожизненная интенсивная психологическая и духовная поддержка, длительная полномасштабная симптоматическая терапия, непрерывный надлежащий уход и динамическое социальное сопровождение [1].

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год во всем мире около 20 млн человек нуждаются в паллиативной медицинской помощи в конце жизни, и, считается, столько же человек нуждаются

в паллиативной помощи в течение последнего года жизни [4; 5]. Таким образом, общее число людей, которым ежегодно требуется паллиативная медицинская помощь, составляет около 40 млн. Из 20 млн человек, нуждающихся в паллиативной помощи в конце жизни, 80 % проживают в странах с низким и средним уровнем доходов; около 67 % — люди пожилого возраста (старше 60 лет), около 6 % — дети.

Термин «паллиативный» происходит от латинского слова *pallium* — «плащ», «покрывало». Плащом можно накрыться, скрыв при этом, что находится внутри. Точно таким же образом паллиативная помощь скрывает болезнь, делая ее симптомы менее выраженными, и позволяет пациенту продолжать жить привычной жизнью. Помощь начинается с купирования боли или других мучительных симптомов, но на этом не останавливаются, а помогают с любой проблемой пациенту или его семье, включая адаптацию к болезни, ее последствиям, а также поддержку родственников, потерявших близкого [6; 7].

Всемирная организация здравоохранения определяет паллиативную помощь как подход,

который способствует улучшению качества жизни пациентов и их семей, сталкивающихся с проблемами, связанными с угрожающей жизни болезнью, благодаря предупреждению и облегчению страданий посредством раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий — физических, психосоциальных и духовных [5; 8].

Объектом паллиативной помощи в определении ВОЗ является не только сам пациент, но и члены семьи и другие лица, ухаживающие за неизлечимо больным человеком. Кроме того, паллиативная помощь выходит за рамки периода оказания помощи больному во время болезни и включает в себя необходимость поддержки близких и после смерти пациента, которые переживают тяжелую утрату [5].

Как следует из определения ВОЗ, паллиативная помощь больным должна начинаться с момента постановки диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно приводит к смерти больных в обозримом будущем. Чем раньше и правильнее будет организована и оказана помощь, тем вероятнее будет обеспечено максимально возможное улучшение качества жизни неизлечимо больного человека и его семьи [5; 7].

В Законе Республики Беларусь от 18.06.1993 № 2435-XII «О здравоохранении» (ред. от 25.10.2023 № 308-3) в ст. 16 «Виды медицинской помощи, формы и условия оказания медицинской помощи» паллиативная помощь выделена в отдельное понятие: «Паллиативная медицинская помощь — вид медицинской помощи, оказываемой при наличии у пациента неизлечимых, ограничивающих продолжительность жизни заболеваний, требующих применения методов оказания медицинской помощи, направленных на избавление от боли и облегчение других проявлений заболеваний, когда возможности иных методов оказания медицинской помощи исчерпаны, в целях улучшения качества жизни пациента».

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода за пациентом и его лечения. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных

проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы [9].

Паллиативное лечение не продлевает и не укорачивает жизнь, оно избавляет пациента от боли и страданий, помогает семье больного и ухаживающему персоналу, обеспечивает приемлемое качество жизни и достойный уход из нее. Истоки современной паллиативной помощи находят в первых домах сестринского ухода, а также в хосписах (домах для странников), богадельнях и домах приюта (богоугодных заведениях для асоциальных лиц), которые возникали в Средневековье при костелах и монастырях, поскольку во врачебной практике было не принято иметь дело с проблемами умирающих [7; 8].

В течение многих лет паллиативная помощь в основном означала уход за больными со злокачественными новообразованиями, а пациенты с другими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии были лишены доступа к этим услугам. В XXI в. паллиативная помощь охватывает многие другие болезни, которые затрагивают население, такие как сердечная или легочная недостаточность (ХОБЛ), сахарный диабет, деменция и др. [7].

В настоящее время паллиативная помощь имеет статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, научными исследованиями и литературой, комплексными программами развития. Законное место современной паллиативной помощи там, где радикальная медицина уже исчерпывает свои ресурсы, в этиопатогенетическом лечении [9; 10].

Паллиативная помощь является также частью общественного здравоохранения, поэтому ею занимаются не только государственные учреждения здравоохранения и социальные структуры, но и многочисленные благотворительные и религиозные организации [5].

Мировой опыт свидетельствует о том, что эффективная паллиативная помощь основана на коллективной работе медиков различных специальностей (онколог, терапевт, психотерапевт, медицинские сестры и др.), социальных работников, родственников, друзей больного, служителей церкви и на высоком уровне преемственности в их совместной деятельности [8; 11; 12].

Для удовлетворения потребностей пациента в паллиативной помощи наиболее эффективным

методом является комплексная работа группы, в которую входят разные по профессиональному уровню члены команды [1; 11].

Обычно создается бригада из людей медицинских и немедицинских специальностей. В нее входят врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра, имеющая соответствующую подготовку, психолог, специалист по социальной работе и социальный работник, волонтеры, родственники и соседи, которые ухаживают за больным. В своем отношении к неизлечимому пациенту они руководствуются такими этическими соображениями, как уважительное отношение к его жизни, его самостоятельности, его достоинству.

Сам пациент рассматривается как основной член команды, с участием которого строится вся работа. Духовным центром для пациента является священнослужитель. Другие специалисты привлекаются к оказанию помощи по мере необходимости.

Оптимальный размер группы — 5—11 человек, но возможна группа даже из 3 человек, которые взаимодействуют для достижения общей цели.

В самом начале работы усилия команды направлены на формирование у подопечного приверженности к принятию помощи и терапии, желанию лечиться.

Периодически бригада в полном составе собирается для того, чтобы выявить проблемы работы с пациентом, выслушать предложения и наметить решения. Такие встречи дают возможность проговорить вслух свои размышления, разрешить сомнения и недоразумения и просто быть услышанным. Часто бывает, что проблему сначала надо проговорить, то есть дать каждому высказать свое мнение. Затем вырабатывается общее решение на рациональном уровне. В результате таких встреч принимается обновленный план ведения пациента, разрешаются конфликтные ситуации.

Среди пациентов, которые нуждаются в паллиативной помощи, 80—85 % составляют люди со злокачественными новообразованиями IV стадии, остальные — со СПИДом, протекающим в терминальной стадии; люди с неонкологическими прогрессирующими хроническими болезнями, имеющими терминальную стадию развития (легочная, почечная, сердечная, печеночная недостаточность, осложнения нарушений кровообращения

в мозге, рассеянный склероз и др.) [5]. Вместе с некоторыми другими неинфекционными заболеваниями эти заболевания в большинстве случаев приводят к необходимости оказания паллиативной помощи для взрослых, преобладают они у лиц старше 60 лет [2].

Необходимость оказания паллиативной помощи детям, по данным экспертов ВОЗ, чаще возникает при следующих незлокачественных заболеваниях [2]:

- врожденные аномалии (более 25 %);
- неонатальные патологические состояния (около 15 %);
- белковая энергетическая недостаточность (около 14 %).

Главные принципы паллиативной медицинской помощи:

- доступность;
- безвозмездность;
- гуманность к страданиям пациентов и их родственников;
- открытость диагноза с учетом принципов медицинской этики и деонтологии;
- индивидуальный подход с учетом личностных особенностей состояния пациента, его религиозных убеждений, духовных и социальных потребностей.

Указанные принципы паллиативной помощи должны быть применены как можно раньше в случае любого неизлечимого заболевания, поскольку многие проблемы, возникающие в конце жизни пациента, зарождаются уже на ранних стадиях такой болезни.

Современная паллиативная помощь складывается из двух частных разделов [9; 10].

1. *Психологическая поддержка пациента и его родственников* в момент установления диагноза неизлечимого заболевания, которое неизбежно приводит к смерти в обозримом будущем. Все они должны быть уверены, что за стенами учреждения здравоохранения не окажутся без должного внимания.

Обычно при появлении неизлечимой болезни у пациента резко изменяется восприятие окружающего мира. Узнав о смертельном недуге, он с ужасом пытается представить свое неизбежное трагичное будущее. Все сразу становится другим, приобретает иной смысл. Он не знает, что будет дальше. Нет больше энергии и желания что-либо делать. Хочется спрятаться от людей и молча переносить свои страдания

и горе. Это самый трудный момент во всей его жизни.

Время «остановилось», вся суета теперь не имеет никакого значения. На первый план вначале выступают вопросы о спасении жизни, затем о смысле жизни и, конечно, о смерти. Происходит переоценка многих ценностей.

Специалист по социальной работе, общаясь в этот период с пациентом и его родственниками, должен своими действиями предупредить появление и остановить развитие панического страха. Замечено, что пациент, который поддался панике при той же болезни, еле ходит в течение многих лет либо очень быстро умирает.

Родственники за период болезни близкого человека проходят все те же стадии, что и сам пациент: начиная от отрицания, нежелания принять информацию о диагнозе и прогнозе, через агрессию и депрессивный период до принятия своего положения и смирения с судьбой. Интенсивность их переживаний может быть очень сильной. Наблюдая, как медленно угасает близкий человек, родственники готовы сделать все, чтобы избавить его от страданий. Специалист по социальной работе, прежде всего, убеждает их в доступности и эффективности современной паллиативной помощи, которая может обеспечить полноценную активную жизнедеятельность на месяцы и даже годы, часто без каких-либо физических страданий. Это сразу притупит многие мучительные опасения и страхи.

Специалист по социальной работе ненавязчиво помогает пациенту и его родственникам принять неизбежное: обдумать и решить, что нужно сделать в оставшееся время. В беседе он всякий раз делает акцент на том, что в оставшееся время можно не «умирать ежедневно от своей болезни», а «жить с ней в согласии». Прежде всего, нужно не сдаваться, а продолжать привычную активную деятельность (работу, службу, встречи с людьми). Тогда сохранится или вернется желание что-то делать.

У такого пациента исчезают мелкие суетные заботы. То, что его окружает, начинает радовать. Перестает огорчать собственная немощность. Достоверно установлено, что только такая философская концепция неизлечимо больного человека определяет про-

исходящие с ним положительные изменения на физиологическом и физическом уровнях.

Специалист по социальной работе должен также обращать внимание на целительную силу духовных и светских книг, мелодичной музыки и природы. Они дают хорошие и часто новые светлые мысли, способствуют примирению с судьбой.

Есть пациенты, которые в категорической форме не хотят думать о своей смерти, они заполняют время и мысли чем угодно. Стараются жить как можно полнее и активнее: больше заниматься разными делами, развлекаться и т. п. Однако в конечном итоге это не приносит ни радости, ни облегчения.

Некоторые пациенты просто не способны видеть и понимать того, что с ними происходит. Чаще всего это дети и молодые люди. Иногда до последнего дня они не замечают явных признаков близкой смерти — исхудания, слабости, наличия опухоли. Они полны надежд и уверены, что исцелятся и вернутся к обычной работе. Они подходят к смерти без душевных страданий, так как не понимают, что умирают.

Особая категория тяжелобольных — это верующие люди. Они во всем течении своей терминальной болезни видят помощь Господа в их трудное время жизни. Сама болезнь, по их убеждению, дает им время и призывает подумать о своей душе. Сны таких больных бывают яркими и счастливыми. С особой радостью в разные времена года ими воспринимается божественная красота природы.

Трудной психоэмоциональной и нравственной проблемой специалиста по социальной работе является правдивая информация пациенту о его болезни и прогнозе. За рубежом медицинских и социальных работников специально обучают приемам сообщения и обсуждения с пациентом плохих новостей [13].

В настоящее время, если тяжелобольной пациент действительно хочет знать, что с ним происходит, должен соблюдаться принцип правды, как бы горька она ни была. Следует иметь в виду обостренную способность пациента прочесть информацию через ситуацию, а не путем слов. Поэтому «словесную ложь» он вскоре обнаружит по различным невербальным признакам вокруг себя. Так, например, чрезмерное повышенное внимание медицинской сестры и ее «сиюминутная» готовность откликнуться на любую просьбу приводят па-

циента в недоумение и заставляют задуматься о серьезности своей ситуации. Его можно обмануть лишь в том случае, если он сам этого хочет и позволяет себя обмануть.

В любом случае специалист по социальной работе соблюдает принцип уважения человеческого достоинства подопечного и его автономии. Пациент имеет право знать либо не знать полную информацию о своем состоянии [9; 10].

Родственникам больного следует объяснить, что если они не говорят подопечному правду под предлогом сохранения его иллюзорной надежды и душевного комфорта, то лишают его возможности сознательного приготовления к уходу из жизни. Кроме того, рано или поздно их взаимоотношения будут омрачены его недоверием к ним и медицинским работникам.

Специалист по социальной работе всегда должен быть готов к беседе с тяжелобольным пациентом о жизненно важных для него проблемах. Важны не только слова, движения и тон, идеальным является использование физического контакта. В процессе беседы социальный работник берет пациента за руку или касается его плеча. Тогда негативная реакция и страх будто делятся на двоих.

Нельзя спешить с ответом на вопросы пациента, что с ним происходит, что у него за болезнь или что его ждет. Специалист по социальной работе сначала должен понять, что хочет услышать от него пациент — «чистую правду», «полуправду» или «желаемый ответ».

Если пациент высказывается в оптимистическом духе, соцработник не должен разубеждать его. Значит, на данном этапе он не готов поверить в серьезность проблемы и ему проще оставаться в неведении. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее. Например: «Возможно, вы правы. Кто, как не вы, способен правильно оценить свои силы». В этом случае доверие к такому специалисту не пошатнется, так как, не сказав правды, он не сказал и неправду.

Самым главным этическим моментом в психологической и духовной поддержке пациента является выполнение правила — не оставлять его одного. Быть как можно дольше с ним рядом. Неизлечимо больного человека никогда нельзя оставлять наедине со страданием и страхом смерти либо только на попечении его родственников [10].

Таким образом, современная теория и практика социально-психологической помощи в условиях паллиативного ухода зиждется на признании права умирающего человека достойно встретить свою смерть в настолько естественных условиях, насколько это возможно, и права членов ближайшего окружения быть рядом с дорогим человеком в этот период. Честное отношение к смерти, ее принятие являются мощнейшим фактором профилактики дальнейших кризисных ситуаций у ближайшего окружения умирающего человека. Качественно организованный междисциплинарный подход к оказанию паллиативной помощи позволит повышать качество жизни неизлечимо больных людей и их близких, а также предупреждать синдром эмоционального выгорания у специалистов, включенных в процесс помощи этой категории населения [7; 14].

2. *Облегчение страданий пациента* наряду с радикальным лечением на протяжении последующего периода болезни до момента ухода из жизни. В это время особое значение имеют:

- борьба с болями, одышкой, расстройством сна, тошнотой и рвотой, кишечной непроходимостью, мочеполовыми нарушениями и др.;
- оптимальный психологический и функциональный комфорт при беспокойстве, тревоге, депрессии;
- необходимая социальная поддержка.

Так, к инкурабельному пациенту любого профиля для повышения качества жизни применяют те же медицинские методики, которые используют при осуществлении его радикального лечения. А достижения современной фармакологии дают возможность успешно бороться с такими симптомами, как мучительные боли, тяжелая одышка, тошнота, рвота и др.

В программе медико-социальной паллиативной помощи специалисты обеспечивают квалифицированный физический уход [9].

Паллиативную медицинскую помощь осуществляют в форме плановой медпомощи в профильных учреждениях, отделениях и кабинетах, отделениях дневного пребывания, а также выездные патронажные службы. В условиях обычного стационара помощь осуществляется в отделениях (палатах) паллиативного ухода, расположенных на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений соци-

альной защиты. Многие пациенты вынуждены искать там свое последнее прибежище из-за одинокого проживания, стесненных бытовых условий либо из-за проблем во взаимоотношениях с родными [4; 10].

Паллиативную помощь пациенту с терминальной стадией заболевания предоставляют в хосписе — современном специализированном учреждении медицинского типа [5]. Символ хосписа — угасающая свеча в руках. Он очень точно отражает суть помощи, оказываемой безнадежно больным людям, — бережное, трепетное отношение к умирающему человеку, сопереживание и сострадание [9].

Хосписную помощь оказывают тем, чья ожидаемая продолжительность жизни не превышает 3–6 мес., когда очевидно, что попытки лечения уже нецелесообразны, когда больной человек испытывает симптомы, которые требуют проведения особого ухода и симптоматической терапии с применением специальных знаний и умений.

Основная цель пребывания в хосписе — облегчить страдания и скрасить последние дни жизни. Пациенты здесь пребывают в свободном режиме, они окружены обычными «домашними» вещами, к ним открыт беспрепятственный доступ родственникам и друзьям.

Родных постоянно информируют о состоянии пациента, советуют не оставлять его без внимания до последних минут жизни. Также оказывают необходимую психосоциальную помощь в подготовке родственников к неминуемой и скорой утрате близкого человека. Коммуникация родственников с друзьями пациента, медицинским персоналом призвана внести изменения в процесс потери близкого человека. Когда сталкиваются с неизлечимой болезнью, духовные потребности пациента становятся даже более значимыми, чем боли и другие физические страдания [6; 8].

Типичный хоспис обычно включает в себя поликлиническое отделение (выездная служба и дневной стационар), стационар, организационно-методический кабинет. Многие пациенты хосписов находятся дома, и выездная бригада посещает их, осуществляя все необходимые мероприятия. Оказание помощи в домашних условиях специалистами выездной службы наиболее целесообразно, так как большинство неизлечимо больных людей предпочитает провести остаток жизни и умереть дома [5]. При

уходе на дому к лежащему больному, когда он утрачивает возможность самообслуживания и длительное время проводит в постели, можно пригласить сиделку. Такую услугу оказывают территориальные центры социального обслуживания населения [15; 16].

В дневном стационаре кроме медицинских процедур оказывают парикмахерские услуги, проводят водные процедуры и т. д. Созданы условия для организации общения и досуга больных. Это дает возможность улучшить психоэмоциональное состояние пациентов и продлить их пребывание дома, давая отдых семье на дневное время. При ухудшении состояния больных госпитализируют в стационар хосписа [8; 9].

В ы в о д ы

1. Паллиативная помощь как современное направление общественного здравоохранения имеет исключительно большое значение для улучшения качества жизни, ощущения благополучия, комфорта и человеческого достоинства инкурабельных больных.

2. Паллиативная помощь — всеобъемлющая помощь неизлечимо больным гражданам, страдающим заболеваниями, которые не поддаются излечению, она включает в себя медицинскую, психологическую и социальную поддержку пациента и членов его семьи.

3. Своевременная паллиативная помощь уменьшает проявления прогрессирующей болезни и смягчает беспокоящие больного человека симптомы. Она меняет жизненные показатели в лучшую сторону, что дает шанс вернуться к прерванному лечению, либо обеспечивает возможность повторить курс лечения.

Контактная информация:

Милькаманович Владимир Константинович — к. м. н., доцент, профессор кафедры социальной работы и реабилитологии. Белорусский государственный университет. Ул. Кальварийская, 9, 220004, г. Минск. Сл. тел. +375 17 259-30-61.

Конфликт интересов отсутствует.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Готовкина, М. С. Социальные аспекты оказания паллиативной помощи // Теория и практика общественного развития. — 2015. — № 6. — С. 40—42.

2. Раззамазова, О. В. Развитие паллиативной помощи детям и взрослым: зарубежный опыт /

О. В. Раззамазова, В. П. Яичников // Научное обозрение. Педагогические науки. — 2019. — № 2 (2). — С. 113—116.

3. Неуеншвандер, Г. Паллиативная медицина: практ. пособие / Ганс Неуеншвандер. — Минск : Белстан, 2009. — 252 с.

4. Агранович, Н. В. Паллиативная помощь в амбулаторно-поликлинической практике / Н. В. Агранович, С. А. Кнышова, А. С. Анопченко // Международный журнал экспериментального образования. — 2016. — № 12 (2). — С. 256—257.

5. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение : сб. документов ВОЗ и ЕАПП. — М. : Р. Валент, 2014. — 180 с.

6. Арутюнян, А. Г. Паллиативная помощь: зарубежный опыт и перспективы в России [Электронный ресурс] / А. Г. Арутюнян, И. С. Олейникова // Международный студенческий научный вестник. — 2017. — № 6. — Режим доступа: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=17991>. — Дата доступа: 22.07.2024.

7. Шимановская, Я. В. Паллиативная помощь : учебник / Я. В. Шимановская, А. С. Сарычев, К. А. Шимановская. — М. : КНОРУС, 2021. — 360 с.

8. О проблемах паллиативной помощи / В. О. Щепин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2019. — № 27 (1). — С. 36—40.

9. Милькаманович, В. К. Паллиативная помощь неизлечимо больному человеку : практ. руководство / В. К. Милькаманович. — Минск : Амалфея, 2018. — 80 с.

10. Милькаманович, В. К. Сестринская паллиативная помощь / В. К. Милькаманович // Медицинские знания. — 2016. — № 4. — С. 19—25.

11. Введенская, Е. С. Организация паллиативной медицинской помощи в рамках нового законодательства / Е. С. Введенская, А. В. Палехов // Качественная клиническая практика. — 2020. — № 5. — С. 80—86.

12. Маркова, М. В. Система медико-психологической помощи лицам, осуществляющим уход за инкурабельными онкологическими больными в условиях паллиативной медицины: обоснование, цели, средства / М. В. Маркова, И. Р. Кужель // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2013. — № 1 (11). — С. 45—55.

13. Ефименко, Н. Н. Принцип правдивости в клинической онкологии и правила беседы с умирающим пациентом / Н. Н. Ефименко // Онкологический журнал. — 2019. — Т. 13, № 2 (50). — С. 44—52.

14. Дурманова, Т. Ю. Роль социальной работы в паллиативной помощи / Т. Ю. Дурманова, Т. А. Мазаилова // NovaInfo. — 2016. — № 46 — С. 354—357.

15. Медико-социальная помощь на дому. Пособие для медицинских сестер милосердия / Белорусское Общество Красного Креста ; под ред. д-ра мед. наук, проф. В. П. Сытого. — Минск : Белсэкс, 2011. — 341 с.

16. Милькаманович, В. К. Медико-социальный уход за больными : учеб. пособие / В. К. Милькаманович. — Минск : ГИУСТ БГУ, 2013. — 344 с.

Поступила 26.09.2024

Принята к печати 30.10.2024



Адрес редакционно-издательского сектора:

ул. Фабрициуса, 28, 220007, г. Минск
Телефоны: +375 17 368-21-66, +375 17 368-21-48
E-mail: zdrav1924@gmail.com

С информацией «К сведению авторов» можно ознакомиться на сайте www.rnpsmt.by
Учреждение не несет ответственности за содержание рекламных объявлений.

При использовании материалов журнала ссылка на «Здравоохранение» обязательна.

Подписные индексы:

для организаций — 749122,
для индивидуальных подписчиков — 74912

Свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 562 от 09.09.2016, выданное Министерством информации Республики Беларусь

Заведующая сектором Д. А. Черная
Редакторы: Е. М. Бильдюк, С. А. Голдарь
Верстка: Д. А. Черная
Прием статей, информация, реклама Т. П. Вронская

Дизайн обложки Сергей Саркисов

Подписано в печать 17.01.2025. Тираж 916. Зак. 32.
Государственное предприятие «СтройМедиаПроект».
ЛП № 02330/71 от 23.01.2014.