

Анализируется актуальное состояние хосписов и паллиативных центров в РФ, а также проблемы и возможности, с которыми они сталкиваются. В инфраструктурном обеспечении РФ выявляется наличие хосписов мирового уровня наряду с регионами нулевой паллиативной помощи населению. Изучаются основные формы организации помощи, выявляется необходимость учета территориальных и региональных особенностей конкретной области. Обозначаются необходимые составляющие хосписной помощи, подчеркивается этический смысл ее оказания.

Ключевые слова: хоспис; хосписное движение; паллиативная помощь; паллиативный центр; гуманизация архитектурной среды. /

The author analyzes the current state of hospices and palliative centers in the Russian Federation, as well as the problems and opportunities they face. The presence of world-class hospices along with the regions of zero palliative care for the population is revealed in the infrastructure of the RF. The article studies the basic forms of care organization and reveals the necessity of taking into account territorial and regional peculiarities of a particular region. It also outlines the necessary components of hospice care and highlights the ethical sense of its provision.

Keywords: hospice; hospice movement; palliative care; palliative center; humanization of architectural environment.

Хосписы в инфраструктуре городов РФ / Hospices in the infrastructure of the cities of the RF

текст

Асмик Ключко

Национальный исследовательский Московский государственный строительный университет /

text

Asmik Klochko

National Research Moscow State University of Civil Engineering

Полноценная жизнь и облегчение мучений тяжелобольных людей связаны не только с прогрессом медицины, но и развитием гуманитарных технологий (благотворительная помощь, волонтерство, общение по экзистенциальным темам, помощь семьям, попавшим в трудные жизненные обстоятельства и т. д.) и, что немаловажно, развитием организации соответствующей архитектурной среды, позволяющей реализовывать самые гуманные побуждения человечества, озвученные в короткой и емкой фразе: «Если человека уже невозможно вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь».

Закономерным результатом прогресса человечества в медицине является резкий рост продолжительности жизни и (как следствие) рост процента онкологических заболеваний. По данным Global Burden of Disease Cancer Collaboration с 2007 по 2017 гг. произошел рост онкологических заболеваний на 33%; тем самым смертность от онкологических заболеваний заняла второе место в мировой статистике после смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Людям с сильными болями или на поздних стадиях болезни должна оказываться так называемая паллиативная помощь, которая направлена уже не на излечение, а на облегчение симптомов, психологическую поддержку как тяжелобольного, так

и его близких. Это помощь в ситуации, когда медицина уже бессильна.

Хоспис – это медико-социальное учреждение, где могут оказать разностороннюю и всеобъемлющую помощь в последние периоды онкологического заболевания.

Слово «хоспис» этимологически никак не связано с умиранием. Hospes – от латинского «гость»; отсюда возникают «госпиталь», «хозяин», «отель» и др. Слово «hospitālis» (прилагательное от лат. hospes) означает «гостеприимный, дружелюбный к странникам»; истоки самого слова нам подсказывают, что помощь была обращена скорее к скитальцам, путешественникам, паломникам. В Средние века хосписы как места для остановки и восстановления во время путешествия, располагались в Англии и континентальной Европе.

Укрупненные этапы становления хосписного движения описаны в диссертационном исследовании В. Г. Ведерниковой [1]:

1. Появление первых приютов;
2. Установление регулярного обезболивания морфием;
3. Создание хосписов нового типа, где открыто обсуждаются проблемы жизни и смерти.

Для архитектурных исследований принципиально важны первый и третий этапы, на которых и сделаем акцент.

В статье мы не будем касаться второго этапа, не оказывающего существенного влияния на архитектурную организацию учреждений хосписов. Подчеркиваем, что нельзя умалять важности исследований правовых коллизий в обеспечении права умирающего человека на облегчение боли.

Появление первых приютов

Во времена античности медики не считали себя вправе сомневаться в решении богов вынести человеку смертный приговор, дабы не оскорбить их. Но с развитием раннего христианства стали зарождаться истоки хосписного движения в современном понимании. Например, ученицей Святого Иеронима римской матроной Фабиолой был организован хоспис для умирающих.

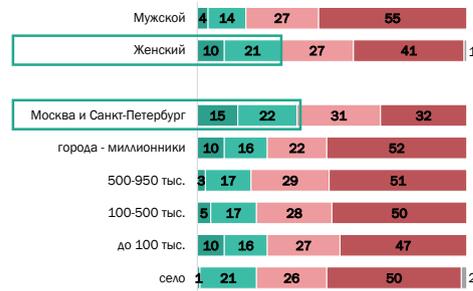
Надо заметить, что в развитии хосписной помощи основной движущей силой оказывались энергичные гуманные личности. Так, в 1842 г. во Франции Жанна



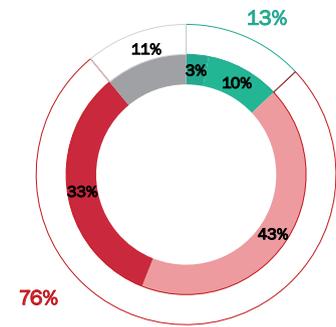
> Рис. 1. Хоспис Святого Христофора. Лондон. – URL: @hospiceuk

А. «Вы знаете, слышали или слышите сейчас в первый раз о понятии паллиативная медицинская помощь?»

Б. «На Ваш взгляд, сегодня качество паллиативной медицинской помощи в нашей стране высокое или низкое?»



Среди тех, кто напрямую или косвенно сталкивался с необходимостью в паллиативной медицинской помощи, уровень информированности о ней сопоставим с общероссийским и является в целом довольно **низким**. Относительно выше информированность о том, что такое паллиативная помощь среди **жителей двух столиц (37%)** и **женщин (31%)**



Уверен, что высокое | Скорее высокое | Скорее низкое | Уверен, что низкое | Затрудняюсь ответить

Рис. 2. Часть опроса ВЦИОМ на тему «Отношение россиян к паллиативной помощи» [4]

Гарнье в память о своей погибшей семье открыла приют для умирающих в Лионе. В 1879 г. в Дублине (Ирландия) сестры милосердия основали хосписы специально для помощи смертельно больным.

«Хосписное движение» в виде организованной службы ухода за умирающими зародилось около 50 лет назад в Европе и США и с тех пор стремительно развивается [2]. Так, в 1967 г. в Лондоне Сесилия Сандерс (Cicely Saunders) учредила хоспис Святого Христофора (St Christopher's Hospice) (рис. 1), будучи активной защитницей прав умирающих, которыми зачастую пренебрегали. Именно она дала своему учреждению название «хоспис», оценив историческое значение термина. Тогда терминов «паллиативная медицина» и «паллиативная помощь» еще не существовало.

В 1974 г. канадский доктор Бэльфор Маунт после стажировки в хосписе Святого Христофора вернулся на родину, чтобы основать первый хоспис в Монреале. По его мнению, оптимальным способом внедрения идей хосписной помощи в социум являлась интеграция хосписов в существующую систему здравоохранения, а не построение новой системы. Именно Бэльфор Маунт придумал термин «паллиативная помощь» (лат. «pallium» – «плащ», «покрывало»), символизирующий тип ухода, который скрывал болезнь, делая незаметнее мучительные симптомы, давая шанс человеку жить привычным образом несмотря на неизлечимую болезнь. Именно поэтому, при всей схожести подходов, в Англии помощь предоставлялась хосписами, а в Канаде – отделениями паллиативного ухода.

С тех пор идет работа над созданием общего терминологического аппарата для характеристики хосписной и паллиативной помощи, потому что сейчас несогласованность понятий создает беспорядок при разработке международных стандартов и норм.

В рамках данной статьи условимся называть все организации, оказывающие хосписную и паллиативную помощь, Учреждениями Паллиативной Помощи (УПП).

Если в начале развития хосписного движения помощь оказывалась только умирающим от онкологических заболеваний, то ныне принципы оказания паллиативной помощи применимы и к другим заболеваниям (злокаче-

ственные новообразования; органная недостаточность; хронические прогрессирующие заболевания в терминальной стадии развития; необратимые последствия нарушений кровообращения головного мозга; дегенеративные заболевания нервной системы; деменция; значимые инфекционные заболевания в терминальной стадии развития и др.). В ближайшей перспективе подобная помощь должна быть доступна всем людям с угрожающими жизни заболеваниями.

Но как бы в итоге ни называли эту помощь, существуют статистические данные, которые надо осознать: только в Европе более чем 320 тыс. онкологических больных и 285 тыс. людей с неонкологическими заболеваниями одновременно требуется помощь УПП [3].

Всемирная Организация Здравоохранения сформулировала общее определение: «Паллиативная медицинская помощь является подходом, который улучшает качество жизни пациентов (взрослых и детей) и их семей, которые сталкиваются с проблемами, сопутствующими опасным для жизни заболеваниям. Она предотвращает и облегчает страдания в результате раннего диагностирования, правильной оценки лечения боли и решения других проблем, будь то физических, психосоциальных и духовных» [3].

В России паллиативная помощь стала развиваться относительно недавно благодаря журналисту Виктору Зорзе, приехавшему в Россию из Лондона впервые в 1989 г. и открывшему первый в России хоспис «Лахта» в 1990 г. вместе с Робертом Твайкроссом и врачом Андреем Гнездиловым в Санкт-Петербурге. До него никакой организованной работы в сфере развития паллиативной помощи в России практически не проводилось. Исключением, пожалуй, можно считать основание хосписа в 1903 г. профессором Л. Л. Левшиным (ныне там размещается Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена), где работа врачей мотивировалась человекоориентированностью и велениями врачебного долга.

Первый хоспис в Москве был создан в 1994 г. также по инициативе Виктора Зорзы и Веры Васильевны Миллиончиковой (одна из основоположников паллиативной медицины в России, возглавлявшая Первый московский хоспис в течение следующих 16 лет). Именно он явля-



^ Рис. 3. Архитектура современных хосписов России
 А. Детский хоспис «Дом с маяком». IND Architects
 Б. Детский хоспис. Усадьба Измалково. Проект реставрации. Арх. бюро «Рождественка». 2015



ется учебной базой для новых хосписов Москвы, России и стран СНГ.

С тех пор благодаря гуманности и упорству ряда личностей в инфраструктуру городов России внедрено немало УПП. Много, но пока крайне недостаточно.

Современное состояние УПП в РФ

В 2020 г. ВЦИОМ провел свой опрос среди 1200 российских респондентов на тему осведомленности россиян о паллиативной помощи [4].

Результаты ответов на вопросы (рис. 2) свидетельствуют о крайне низкой осведомленности населения в вопросах паллиативной помощи, а также об уверенности в низком качестве оказываемой помощи.

В «Атласе мира по паллиативной помощи» [5], по данным ВОЗ, 80 стран мира поделены на 4 группы по уровню качества оказания паллиативной помощи. Лидерами являются 10 стран, где паллиативная помощь встроена в систему здравоохранения (США, Великобритания, Германия, Франция, Новая Зеландия, Бельгия, Ирландия, Тайвань, Нидерланды и Австралия).

Несмотря на то, что в результате активной работы Фонда помощи хосписам «Вера» и других профессиона-

лов хосписы были включены в систему паллиативной медицинской помощи России [6], Россия находится на 48-м месте в этом рейтинге, в группе стран с отдельными центрами паллиативной помощи. Это объясняется наличием у нас хосписов мирового уровня (рис. 3), но при этом есть и регионы, где неизлечимо больному и их родным не оказывается абсолютно никакой помощи (рис. 4).

Хосписное движение в России сейчас находится, можно сказать, на этапе активной мобилизации. По масштабам произошедших, происходящих и предполагаемых изменений его можно отнести к реформаторскому движению: во-первых, всего за несколько лет совершен огромный скачок в развитии паллиативной помощи; во-вторых, произошедшие и предстоящие изменения широко задействуют такие глобальные стороны жизни общества, как медицина, социальная сфера, законодательное обеспечение, психологическая и духовная помощь, финансирование и др.

По данным Минздрава, сейчас паллиативную помощь получают меньше 260 тыс. человек. Но по методикам расчетов экспертов ВОЗ, ежегодно в РФ в паллиативной помощи нуждается около 1,3 млн тяжелобольных граждан (по данным 2016 г.). При этом статистически выявлено, что вместе с тяжелобольным страдает еще около 10 близких ему людей, т. е. в паллиативной помощи нуждаются в десятки раз больше людей. До настоящего времени никто не учитывал близких людей в «аудитории» паллиатива, а между тем в представленном выше определении ВОЗ прямо указывается на необходимости разносторонней помощи, в том числе и близким умирающего. Если медицинская помощь должна оказываться непосредственно тяжелобольному, то социальная, психологическая и духовная поддержка необходима также его окружению.

Нехватка в инфраструктуре городов УПП для нормального функционирования и обеспечения повседневной жизни населения имеет весомое негативное влияние на психоэмоциональный фон не только больного, но и всего его окружения. В результате почти половина тяжелобольных имеет суицидальные мысли, до 15% осуществляют их, а близкие и родственники продолжи-

v Рис. 4. Доступность паллиативной помощи нуждающимся в РФ. Данные фонда помощи хосписам «Вера»





^ Рис. 6. Воронежская городская клиническая поликлиника № 1. Кабинет паллиативной помощи, выездная служба



^ Рис. 7. Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы. Хоспис, выездная служба. Филиал «Хоспис Ростокино»

тельное время находятся в состоянии психологической травматизации [7, с. 2].

УПП России, которых насчитывается 1619 единиц [8; 9], разноформатны, не обладают строгой систематизированностью ни с точки зрения «классности», ни с точки зрения инфраструктурного обеспечения, ни с точки зрения согласованной работы этих учреждений. Сюда входят:

- 38 хосписов,
- кабинеты паллиативной помощи (обычно при поликлиниках),
- отделения паллиативной помощи (стационарное отделение с койко-местами в медицинской организации),
- выездные службы (на базе медицинских организаций),
- паллиативные койки (отдельные койко-места в различных отделениях медицинских организаций),
- отделения и койки сестринского ухода (в составе медицинской организации, где нуждающиеся получают круглосуточный сестринский уход),
- 4 дома сестринского ухода (медицинская организация, где оказывают поддерживающее лечение, медицинский уход и социальную помощь),
- 4 дневных стационара (при медицинском учреждении без круглосуточного пребывания),
- 4 координационных центра (информирует население по вопросам получения паллиативной помощи, системно взаимодействует с другими организациями, способствует безотлагательному получению паллиативной помощи).
- другие.

Формы оказания помощи тяжелобольным бывают 3 основных типов: на дому (амбулаторно); с постоянным пребыванием в учреждении паллиативной помощи (стационарно); с регулярным приходом больного в учреждение паллиативной помощи для осуществления мероприятий при состояниях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения (дневной стационар). Поэтому обычно хосписы располагают стационарными койками, центром дневного пребывания и выездными бригадами. Ведь концепция паллиативной помощи – это удовлетворение нужд тяжелобольного, где бы он ни получал такую помощь.

Данные 3 типа организации помощи внедрены в различные организации, объекты, и от этого непосредственно зависит архитектурная организация объемно-планировочных решений учреждений паллиативной помощи в инфраструктуре города (рис. 5).

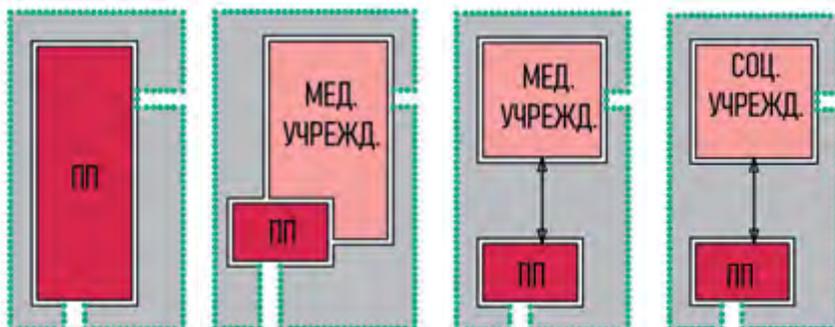
Основные формы организации паллиативной помощи в структуре города следующие:

- 1) В виде самостоятельных учреждений (рис. 7)
- 2) В структуре онкодиспансеров (рис. 10)
- 3) В структуре больниц (рис. 8)
- 4) В структуре поликлиник (рис. 6)
- 5) В учреждениях социальной защиты населения (рис. 9)

Наблюдается хаотичность и сумбурность в понимании вопроса обеспеченности УПП, и все больше утверждаешься в мнении, что инфраструктурное обеспечение поселений страны происходило не систематизированно, а благодаря упорству и гуманности конкретных людей в конкретном месте.

Уровни предоставляемой помощи даже в одном типе учреждений, например, в хосписах, могут разительно отличаться, потому что финансируются УПП не централизованно, а из дефицитных муниципальных и региональных бюджетов. Чем беднее субъект, тем хуже в нем оказывается паллиативная помощь.

Но оказываемая помощь должна быть стандартизирована для всей территории РФ, в том числе и архитектурно-пространственная организация среды УПП.



v Рис. 5. Основные схемы организации паллиативной помощи
 А. В виде самостоятельных учреждений
 Б. В объеме здания медицинских учреждений
 В. Как отдельный объект на территории медицинских учреждений
 Г. Как отдельный объект на территории учреждений социальной защиты населения

> Рис. 8. Центральная клиническая больница Свяителя Алексия Митрополита Московского Московской Патриархии Русской Православной Церкви. Отделение паллиативной помощи, выездная служба



Оказание разных типов помощи – на дому, в стационаре и в дневном стационаре – логично и удобно. Оказываемая помощь может быть разнообразной, учитывать разные степени тяжести состояний и предпочтения самих людей. Но в данном случае только скоординированная работа разных типов учреждений паллиативной помощи является залогом успеха.

В условиях многонациональной и поликультурной России обязательно нужно учитывать территориальные и региональные особенности конкретной области. Если в самом начале становления хосписного движения в России происходило копирование архитектурных решений зарубежных аналогов (поскольку никаких российских образцов, законодательных норм и рекомендаций по проектированию и организации подобных учреждений в стране просто не было), то сейчас на первый план выходит необходимость адаптации системы предлагаемой паллиативной помощи к региональным особенностям.

Так, в городах-миллионниках и на территориях с высокой плотностью населения будут более востребованы стационары; в кавказских республиках, где за родственниками принято ухаживать дома, более актуально развитие паллиативной помощи на дому; в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах из-за малой плотности населения и территориальной рассредоточенности паллиативных учреждений более актуальными будут выездные службы: мало кто решится оставить умирающего родственника в сотнях километров от дома.

Таким образом, на первый план выходит проблема организации системной помощи населению по всей стране, обеспечивающей ее необходимый объем, созданной с учетом региональных особенностей конкретных территорий.

Создание системной паллиативной помощи по стране повысит рейтинг РФ в «Атласе мира по паллиативной помощи» ВОЗ [5]; позволит из «группы стран с отдельными центрами паллиативной помощи» перейти в группу «Страны, в которых хосписная и паллиативная помощь хорошо интегрированы в систему здравоохранения».

Для создания системы УПП необходимо понимать требуемую нормативную обеспеченность паллиативными

отделениями для оказания стационарной помощи и выездными службами для оказания амбулаторной помощи.

В инфраструктуре поселений уровень обеспеченности 7,5 коек на 100 тыс. граждан берется исследователями за основу расчета показателя минимальной потребности населения в хосписах. Почти ни в одном федеральном округе РФ такая потребность не удовлетворяется.

По данным различных исследований, а также согласно нормативной документации (СП 146.13330.2012 «Геронтологические центры, дома сестринского ухода, хосписы. Правила проектирования» и МГСН-4.01–94 «Хосписы»), мощность хосписов колеблется от 15 до 50 койко-мест. При этом большинство исследователей полагает, что оптимальная мощность хосписа – это 30 койко-мест, так как это позволяет организовать архитектурную среду, максимально приближенную к уютным домашним условиям.

Что касается работы выездных служб, то количество посещений больных на дому (выездов бригад) не регламентируется нормами, определяется по факту, не является плановым показателем и зависит от уровня обращаемости больных или его родственников, характера помощи (медицинская, социальная, психологическая, комплексная) и различных местных условий.

Для приблизительной оценки охвата количества граждан одной выездной службой была проанализирована следующая ситуация. В 2016 г. Центр паллиативной помощи в Москве был объединен с рядом хосписов и создана взаимосвязанная структура учреждений – Московский многопрофильный центр паллиативной помощи при департаменте здравоохранения. Работа всех 9 филиалов и 17 выездных служб скоординирована Центром паллиативной помощи. Мощность этой структуры составляет 440 койко-мест, охват выездной службы на дому – более 6 тыс. человек. Реализация была настолько успешна, что в перспективе намечено распространение этого опыта на регионы.

17 выездных служб, успешно обеспечивающих уход на дому более чем за 6 тыс. тяжелобольных, дают возможность оценить охват количества тяжелобольных граждан одной выездной службой приблизительно в 400 тыс. человек.



^ Рис. 9. Центр социального обслуживания населения «Участие». Отделение паллиативной помощи. Республика Башкортостан



^ Рис. 10. Республиканский клинический онкологический диспансер. Кабинет паллиативной помощи, отделение паллиативной помощи, выездная служба. АУ Чувашской Республики

v Таблица. Система УПП по федеральным округам РФ

№	Название ФО	Население (чел.) 2021 г.	Админ. центр	Необходимость коек из расчета 7,5 коек на 100 тыс. населения, ед.	Необходимость хосписов из расчета 30 коек на 1 хоспис, ед.	Необходимость хосписов с коррекцией на региональный и территориальный приоритет амбулаторной или стационарной помощи	Необходимость выездных служб из расчета 1 служба на 400 тыс. населения, ед.	Схематическая структура
1	Центральный	39 250 960	Москва	2943	98	98	98	<p>ПП - паллиативная помощь ВС - выездная служба</p>
2	Северо-Западный	13 941 959	Санкт-Петербург	1045	35	35	35	
3	Южный	16 482 488	Ростов-на-Дону	1236	41	41	41	
4	Приволжский	29 070 827	Нижний Новгород	2180	73	73	73	
5	Уральский	12 329 500	Екатеринбург	925	31	31	31	
6	Сибирский	17 003 927	Новосибирск	1275	43	22	43	<p>ПП - паллиативная помощь ВС - выездная служба</p>
7	Дальневосточный	8 124 053	Владивосток	609	20	10	20	
8	Северо-Кавказский	9 967 301	Пятигорск	748	25	13	25	

В итоге для удовлетворения всех потребностей тяжелобольных и учета региональных особенностей автором предложена система (таблица), представляющая спектр учреждений и служб. Сюда входят следующие укрупненные формы учреждений: Координационный центр по оказанию паллиативной помощи; филиалы – стационарные отделения, оказывающие паллиативную помощь; выездные службы для помощи на дому. В такой комплексной системе организации для решения разных проблем тяжелобольные и их близкие могут использовать наиболее подходящие для себя службы.

Взаимосвязь УПП в масштабе страны позволит решить задачи не только количественного их обеспечения в инфраструктуре поселений, но также и решить вопросы обеспечения их качественной организации – необходимое условие для обеспечения высокого уровня помощи.

Статью, пожалуй, закончим тем, чем обычно начинаются научные работы – изучением степени проработанности вопроса. Мало какая тема изучалась и продолжает изучаться настолько продолжительно, увлеченно, всесторонне и многофакторно, как тема смертности. В основном, конечно, превалирует относящийся к различным конфессиям религиозный подход («Весь я не умру») и философский подход, раскрываемый в классических работах Эпикура («Пока есть жизнь – нет смерти»), экзистенциалистов («Смысл в жизнь привносит ее конечность»), стоиков (осознание своей конечности), в современной философской танатологии (В. М. Розин, П. С. Гуревич, А. Я. Гуревич, Ф. Арьес и др.). Психологические аспекты вопроса раскрываются в классических трудах З. Фрейда, К. Юнга, Ж. Лакана, В. Франкла и др. и в более современных трудах М. Остервейса, С. Е. Аша, Г. Мориса, Б. Лунта, С. Нила, Б. Франческо и многих других. Медицинская сторона раскрывается в работах Р. Партриджа, Е. О»Салливана, В. В. Миллиончиковой, А. Я. Иванюшкина и многих других. Становление хосписного движения индуцировали философские и социальные работы Н. Бердяева, А. Маслоу, П. Сартра, М. Бубера, М. Шелера и многих других. Работы В. Зорзы, А. В. Гнездилова, Р. Дж. Твайкросса, Д. Р. Фрамптона, В. В. Миллиончиковой, Н. Федермессер поднимают серьезнейшие вопросы организации социального пространства вокруг умирающих. Вопросу организации архитектурной среды для умирающих посвящены работы С. Алваро, Д. С. Андерсона, А. Кобурна, Д. Мартина, А. Р. Гайдук, А. Л. Гельфонд, А. А. Дембича, Л. Ф. Закиевой, Ю. В. Панфиловой, В. Г. Савельева, Л. А. Цветковой, А. Ю. Барковской, М. Вильковского, Р. Вишера, Н. В. Каспер, С. Г. Коротковой и др.

При всем обилии трудов на тему смертности, при титанических усилиях благотворительных и профессиональных сообществ, выстраивающих паллиативную помощь в РФ, в нашей стране пока мало продвинулись в вопросах развития архитектурной среды для умирающих. А ведь внедрение системы УПП в инфраструктуру поселений РФ позволит сохранять достоинство человека в состоянии немощи.

Нравственный закон внутри нас должен быть определяющим принципом для совершенствования деятельности в области развития хосписной и паллиативной помощи.

Литература

1. Ведерникова, В. Г. Гуманитарные проблемы обустройства социального пространства: философия хосписа // дис. ... канд. философ. наук : 09.00.11. – Пермь, 2010. – 184 с.
2. Твайкросс, Роберт. Паллиатив – это о качестве жизни // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. – 2020. – № 2 (7). – С. 51–56
3. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе : часть 1. – URL: <https://pro-palliativ.ru/wp-content/uploads/2018/10/Belaya-kniga-standarty-i-normy.pdf> (дата обращения: 28.09.2021)
4. Кирилл Родин. Отношение россиян к паллиативной помощи. – URL: https://wciom.ru/fileadmin/user_upload/presentations/2021/210310_Palliativnaja_pomoshch_Rodin.pdf (дата обращения: 28.09.2021)
5. Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни. – URL: https://www.hospicefund.ru/wp-content/uploads/2017/09/Global-Atlas-Russian-version_small.pdf (дата обращения: 28.09.2021)
6. Клеминсон, Брюс. Введение в паллиативную помощь. – Москва : Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2016. – 276 с.
7. Ключко, А. Р., Ясенецкая, И. Г. Современные тенденции в архитектурном проектировании хосписов // Строительство : наука и образование. – 2020. – Т. 10. – № 2. – С. 1–18
8. Учреждения – Про Паллиатив. Карта паллиативных учреждений в РФ. – Интернет-портал. – URL: <https://pro-palliativ.ru/institutions/#> (дата обращения: 29.09.2021)
9. Ткачева, М. Л. Здоровье города и здоровье в городе // Проект Байкал. – 2019. – № (60). – С. 54–63

References

- Atlas mira po palliativnoj pomoshchi v konce zhizni [World Atlas on Palliative Care at the End of Life] (2014, January). Retrieved September 28, 2021, from https://www.hospicefund.ru/wp-content/uploads/2017/09/Global-Atlas-Russian-version_small.pdf
- Belaya kniga: standarty i normy hospisnoj i palliativnoj pomoshchi v Evrope: chast' 1 [White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1] (n.d.). Retrieved September 28, 2021, from <https://pro-palliativ.ru/wp-content/uploads/2018/10/Belaya-kniga-standarty-i-normy.pdf>
- Cleminson, B. (2017). Vvedenie v palliativnyuyu pomoshch' [An introduction to palliative care]. Charitable Foundation for Assistance to Hospices "Vera". Moscow.
- Klochko, A. R., & Yasenetskaya, I. G. (2020). Sovremennye tendencii v arhitekturnom proektirovanii hospisov [Modern trends in architectural design of hospices]. *Construction: science and education*, 10(2), 1–18. DOI: 10.22227/2305-5502.2020.2.2
- Portal Pro Palliativ. Karta palliativnykh uchrezhdeniy v RF [Portal About Palliative. Map of palliative institutions in the Russian Federation] (n.d.). Retrieved September 29, 2021, from <https://pro-palliativ.ru/institutions/#>
- Rodin, K. (n.d.). Otnoshenie rossiyan k palliativnoj pomoshchi [The attitude of Russians to palliative care]. Retrieved September 28, 2021, from https://wciom.ru/fileadmin/user_upload/presentations/2021/210310_Palliativnaja_pomoshch_Rodin.pdf
- Tkacheva, M. (2019). Health of the city and health in the city. *Project Baikal*, 16(60), 54–63. <https://doi.org/10.7480/projectbaikal.60.1474>
- Twycross, R. (2020). Palliativ - eto o kachestve zhizni [Palliative is about quality of life]. *Pallium: Palliative and Hospice Care*, 2(7), 51–56.
- Vedernikova, V. G. (2010). Gumanitarnye problemy obustrojstva social'nogo prostranstva: filosofiya hospisa [Humanitarian problems of social space arrangement: hospice philosophy]. *Specialty 09.00.11 "Social philosophy": dissertation for the degree of candidate of philosophical sciences*. Perm.