



УДК 614.25:616.1/9

Є. М. Горбань, Є. Є. Латишев, Н. В. Марчук

# ЗА СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ МАЙБУТНЄ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Міністерство охорони здоров'я України,  
Науково-методичний центр загальної практики — сімейної медицини  
Укрмедпатентінформу МОЗ України

За останні кілька десятиліть у структурі амбулаторно-поліклінічної ланки пріоритетного розвитку набувала спеціалізована медична допомога, що певною мірою стримувало розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), особливо на рівні організації роботи дільничного терапевта. Внаслідок цього поступово відбувалася передача в компетенцію інших спеціалістів багатьох оздоровчих, профілактичних, лікувально-діагностичних функцій та лікувальних маніпуляцій, які входять до базової підготовки, належать до обсягу первинної лікарської допомоги, що надається при дитячих і хірургічних хворобах, вагітності, пологах, жіночих захворюваннях, хворобах нервової системи, очей, вуха, горла та носа, дерматологічних захворюваннях, при професійній патології, онкологічних, психічних та інших захворюваннях.

Внаслідок цього поступово скоротився обсяг медичної допомоги, що надається населенню дільничним терапевтом, певною мірою зменшилась його відповідальність за здоров'я пацієнта. Престиж дільничного терапевта у населення та медичних працівників, його конкурентоспроможність за сучасних умов знизилася, а поширеною стала точка зору, що до дільничного терапевта слід зверта-

тися тільки за лікарняним. Поступово сформувалася думка, що допомога дільничного терапевта не завжди є ефективною, проте і звернення до «вузьких спеціалістів» не стало регулярним і поширеним, а є епізодичним.

Пацієнта поступово почав не задовольняти рівень медичної допомоги: у лікарів постійно не вистачає часу, щоб вислухати скарги хворого. У пошуках медичної допомоги пацієнт призвичаївся до думки, що найбільш оптимальним є самостійно вирішити, до якого спеціаліста звернутися. Чи варто вистоювати довгі черги, одержувати багато рекомендацій та рецептів на ліки і не знати напевне, що з ними робити, у якій послідовності їх приймати? Якщо ж приймалося рішення про необхідність звернення до приватного спеціаліста, то у переважній більшості випадків це асоціювалося із усвідомленням необхідності значних фінансових витрат. Втім, не було впевненості щодо кваліфікованих рекомендацій та ефективного лікування.

Поступово гостро постало проблемне питання необхідності якихось змін у медичній справі. Так далі не могло тривати, потрібно було щось робити.

Добре відомо, що в світі ще не існує всеосяжної та універ-

сальної, тобто ідеальної системи охорони здоров'я. Проте слід констатувати, що в Україні вже сформувалося соціальне замовлення суспільства на створення у структурі первинної ланки охорони здоров'я особливої служби, яка б могла відігравати роль авторитетного професіонала на первинному рівні, задовольняти медичні потреби широкого діапазону, тобто служби сімейного лікаря.

«Хто ж такий сімейний лікар? Чим він відрізняється від дільничного терапевта поліклініки? Може, це земський лікар, як у XIX віці, то навіщо потрібні такі лікарі у XXI столітті?» — ці й інші питання виникають у свідомості людини, яка на якихось етапах свого життя стає пацієнтом.

Пропонуємо разом спробувати знайти відповіді на ці питання.

Значних успіхів у галузі медицини було досягнуто завдяки поглибленню наукових знань і спеціалізації практичної медицини. Однак лише поглиблення наукових уявлень щодо причин та механізмів розвитку захворювання не допомагає конкретному пацієнту. Охорона здоров'я як система збереження і поліпшення здоров'я людей опинилася перед небезпекою втрати гуманістичних основ медицини, оскільки в умовах поширеного обгрунтованого усвідомлення населенням ефек-



тивності підвищення вузької спеціалізації медичної допомоги у потенціального пацієнта поступово зростає відчуття безпорадності на етапі, коли виникає необхідність первинного звернення за наданням медичної допомоги [1].

Нині бурхливого розвитку набула вузькоспеціалізована медична допомога, тому поступово знижується особиста відповідальність дільничного лікаря за здоров'я конкретного хворого та членів його сім'ї. Без спеціалізації прогрес у медицині неможливий, тим же часом «вузька» спеціалізація призводить до так званої апаратної медицини, втрати поваги до лікарського мислення, помилкового переконання щодо домінування технічного аспекта у діяльності лікаря. Врешті-решт, виникла ситуація, за якої поступово створилося враження, що в найближчому оточенні людини, яка стала пацієнтом, немає лікаря, здатного нести відповідальність як за її здоров'я, так і за здоров'я членів сім'ї протягом усього життя [2].

Одна з головних вимог, на якій акцентує увагу Всесвітня організація охорони здоров'я, — це фізична доступність медичної допомоги. Відповідно до засад «Європейської політики з досягнення здоров'я на XXI століття», на рівні ПМСД держава має забезпечити безперервність медичної опіки. Це означає надання лікувально-діагностичної допомоги пацієнту в будь-який час, включаючи нічний, та святкові дні, а також забезпечення нагляду за пацієнтом, якого виписано із стаціонару для продовження лікування за місцем проживання. Передбачається також надання невідкладної медичної допомоги хворим у тяжкому стані. Усім цим вимогам відповідає концепція надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка для будь-якого пацієнта і членів його сім'ї є фізично доступною, безперервною та невідкладною. Про це свідчить до-

свід цивілізованих країн світу [3].

У зв'язку з цим виникла необхідність у формуванні якісно нової схеми надання ПМСД населенню та якісно нового спеціаліста — лікаря загальної практики, або сімейного лікаря, до повноважень якого належить вирішення більшості медичних питань одночасно із наданням кваліфікованих рекомендацій з питань соціальної, правової, профілактичної та реабілітаційної допомоги.

Поняття «лікар загальної практики» склалося еволюційним шляхом у конкретних умовах історичного відрізка часу в багатьох європейських країнах. У XVIII–XIX ст. лікарська допомога здійснювалася в індивідуальному комерційному порядку, внаслідок чого утворився стійкий контингент пацієнтів, у яких сформувалось уявлення про доцільність звернення виключно до «свого» лікаря, якому вони довіряли, були впевнені в його професіоналізмі та індивідуальних якостях. Таке виконання медичних обов'язків було максимально виграшним завдяки довготривалості та безперервності спостереження за станом здоров'я «свого» пацієнта і членів його сім'ї та динамікою змін, що тривали, як правило, протягом усього життя і пацієнта, і лікаря. За таких умов фахівець дійсно був одночасно і сімейним лікарем, і лікарем загальної практики, бо йому доводилося мати справу з усім спектром патології в обслуговуваного контингенту [4].

Сімейну лікувальну практику слід розглядати як таку, що забезпечує тривалу опіку, спостереження за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму в усі періоди життя людини [5].

Б. Сарфілд (Академія сімейних лікарів, США) характеризує ПМСД як перший, тривалий, всеохоплюючий контакт і скоординовану допомогу населенню,

незалежно від статі, віку і характеру захворювання [1].

Сімейну медицину як спеціальність особливо виразно характеризує система професійних цінностей спеціалістів, які у ній працюють. Це, перш за все, широкий погляд на клінічні проблеми пацієнта, медичне обслуговування в контексті сім'ї, індивідуальний підхід до здоров'я хворого та членів його сім'ї. Лікар загальної практики — сімейний лікар має добре розуміти, як сім'я впливає на здоров'я пацієнта і як здоров'я пацієнта позначається на його сім'ї. Співпраця із сім'єю означатиме, що медичні працівники розумітимуть і поважливо ставитимуться до емоційних переживань і наслідків, які обов'язково виникають при захворюванні одного із членів сім'ї. Усвідомлення хвороби одного із членів сім'ї неможливо відокремити від адекватної реакції всієї родини. Безумовно, ставлення пацієнта до своєї хвороби, її розуміння та значення, яке він їй надає, визначається соціальним оточенням людини. З іншого боку, хвороба пацієнта впливає на його близьких і соціальне оточення. Це єдиний, нероздільний процес із зворотними зв'язками. Сімейний лікар покликаний не розкидатися цю систему, а приводити її у стан рівноваги [2].

Сімейну медицину як спеціальність вирізняє низка надзвичайно важливих принципів. Головні з них:

- довготривалість і безперервність спостереження;
- багатопрофільність первинно-медичної допомоги;
- відношення до сім'ї як до одиниці медичного обслуговування;
- превентивність як основа діяльності сімейного лікаря;
- економічна ефективність і доцільність допомоги;
- координація медичної допомоги;
- відповідальність пацієнта, членів сім'ї та суспільства за збереження і поліпшення його здоров'я.



Довготривалість допомоги — це набагато більше, ніж медичне обслуговування одного і того ж пацієнта протягом тривалого часу. Поняття довготривалості включає, з одного боку, взаємовідносини між системою сім'я — лікар — медсестра, з другого боку — з іншими спеціалістами, що працюють у сфері охорони здоров'я, до яких доводиться звертатися сімейному лікарю по допомогу за порадою. Спеціаліст із сімейної медицини разом із пацієнтом долає усі труднощі медичного «сервісу». Сімейний лікар та сімейна медсестра відіграють роль захисників інтересів пацієнта, інтеграторів медичного «сервісу» незалежно від місця, де здійснюється цей процес — у медичному закладі, дома або на роботі. Довготривалість обслуговування забезпечується як самим лікарем, так і його колегами — вузькими спеціалістами. В оптимальному варіанті взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом можуть бути завершеними у тому разі, коли учасники цього процесу побажають їх припинити.

Довготривалість і безперервність відносин — це більше, ніж сума окремих консультацій, однак їх ефективність найтіснішим чином пов'язана із якістю медичних рекомендацій. Одним із позитивних факторів безперервного обслуговування є забезпечення постійного співробітництва сімейного лікаря із пацієнтом. Безперервність спостереження істотно покращує показники виявлення психологічних проблем пацієнта, певною мірою знижує потребу в не виправданих додаткових послугах щодо лабораторних та інструментальних методів обстеження і, як наслідок, сприяє зменшенню вартості медичних послуг. Сімейні лікарі та медичні сестри постійно стежать за станом здоров'я членів сім'ї, заводять паспорти на кожного з її членів, де вказуються фактори ризику, спадковість, умови життя та праці, навчають надавати

першу медичну допомогу і доглядати за хворими членами сім'ї (введення інсуліну, антибіотиків, масаж, невідкладна лікарська допомога тощо). Слід наголосити, що засади сімейної медицини сприяють забезпеченню безперервності медичної допомоги, як кажуть, від моменту зачаття до останньої хвилини життя. Лікар зобов'язаний, в силу своїх можливостей, допомогти людині підійти до моменту завершення свого життєвого шляху [5; 6].

Якщо виходити із уявлень щодо багатовимірності форм нездоров'я, слід усвідомлювати, що сімейна медицина є клінічною спеціальністю, яка розглядає людину як єдине ціле. Обов'язок сімейного лікаря — надання первинної медичної допомоги хворому незалежно від віку та статі. Всебічний підхід сімейного лікаря до хворого пацієнта нерідко може стати підставою для висновків, які значно відрізняються від результатів, отриманих при односторонньому, вузькоспеціалізованому медичному підході [7].

Надаючи допомогу кільком поколінням пацієнтів з однієї сім'ї, сімейний лікар і сімейна медсестра неминуче стають свідками внутрішніх проблем родини, тісно стикаються з ними. Відношення сім'ї до питань здоров'я її членів, впливи екологічних факторів, спорту, особливостей харчування, значущості для здоров'я шкідливих звичок тощо мають постійно контролюватися медичним працівником, який повинен передбачувати як очікувані, так і несподівані переходи кожного з членів сім'ї в зону ризику. У спеціаліста із сімейної медицини є унікальна можливість застосовувати превентивні заходи на ранньому етапі патологічних змін [5].

Профілактична спрямованість — важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діаг-

ностика, своєчасне інформування пацієнта, а також вживання профілактичних заходів — найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря і медичної сестри. Тільки у сімейного лікаря є вмотивована потреба по-справжньому займатися профілактикою в процесі повсякденної роботи зі своїми пацієнтами і членами їх сімей. Пояснюється це не лише тим, що сімейний лікар краще за інших вузькоспеціалізованих колег знає своїх пацієнтів і шкідливі для здоров'я обставини їх життя, але й тим, що тільки сімейний лікар безпосередньо зацікавлений у зниженні захворюваності прикріпленого населення [8; 5].

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну як з медичної, так і з економічної точки зору обгрунтовану тактику щодо необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження і рекомендувати застосування спеціалізованих технологій лікування [9].

Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти виграють від більш цілісного підходу до їх здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні.

При належному усвідомленні сімейним лікарем своєї вагомості ролі у сучасному реформуванні системи охорони здоров'я, задоволенні потреб конкретного пацієнта і членів його сім'ї, за підтримки заходами економічного стимулювання інституції сімейної медицини в державі перебудова системи ПМСД на нових, визнаних у всьому світі засадах, дасть очікувані позитивні результати.

Система охорони здоров'я виграє від перетворення медичного обслуговування на економічно більш раціональне, а дер-



жава — від зміцнення і підвищення потенціалу громадського здоров'я [1].

Сімейна медицина, безперечно, не просто має право на існування, вона є єдиною запорукою підвищення якості надання медичної допомоги населенню, авторитету і соціального статусу лікаря, який вирішив присвятити свою професійну діяльність саме цій галузі охорони здоров'я.

Сімейна медицина — це медицина майбутнього у вітчизняній охороні здоров'я.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Медведовська Н. В.* Сімейний лікар у системі первинної медичної допомоги населенню // *Практ. медицина.* — 1999. — № 7/8. — С. 92-97.

2. *Быстровский В. Ф.* Предмет и принципы семейной медицины // *Мед. сестра.* — 2003. — № 4. — С. 5-8.

3. *Москаленко В. Ф.* Концептуальні основи розвитку та впровадження сімейної медицини в Україні // *Главн. врач.* — 2002. — № 1. — С. 41.

4. *Тишук Е.* Готовы ли мы сегодня к работе по модели врача общей практики? // *Мед. газета.* — 2004. — № 1. — С. 6.

5. *Ройтберг Г. Е.* История становления семейной медицины // *Мед. сестра.* — 2003. — № 4. — С. 2-5.

6. *Хобзей М. К.* Сімейна медицина: перші уроки та її завтрашній день // *Охорона здоров'я України.* — 2001. — № 1. — С. 40-42.

7. *Хобзей М. К.* Економічна мотивація впровадження інституту сімейної медицини // *Там же.* — № 2. — С. 8-13.

8. *Власов В. В.* Школа клинициста // *Мед. вестник / Рос. врач. газета.* — 2004. — № 2. — С. 8-9.

9. *Чиж В. Д.* Сімейна медицина в Україні: шляхи фахової підготовки сімейного лікаря, перспективи на майбутнє // *Практ. медицина.* — 2002. — № 3. — С. 3-9.

