

УДК 615.851.4

**ПЕРШИЙ ДОСВІД ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ: ІДЕАЛИ І РЕАЛІЇ**

**Маковецька Т.І., Глушко Л.В., Федоров С.В., Березовська Л.А.**

*Івано-Франківська державна медична академія, кафедра терапії і сімейної медицини, м. Івано-Франківськ*

**Ключові слова:** післядипломна підготовка, сімейна медицина

**Вступ.** Стрімкий розвиток медичної практики останніх десятиліть відзначається появою нових діагностичних і лікувальних методик, створенням лікувальних закладів диспансерного типу, де концентруються як коштовні діагностичні комплекси, так і висококваліфіковані медичні кадри. Зростання престижу вузьких спеціаль-

ностей призвело до надлишку фахівців гінекологів, хірургів, стоматологів, кардіологів, особливо в місцях розташування вищих медичних закладів. В той же час забезпечення основної маси населення малих міст кваліфікованою медичною допомогою явно недостатнє, а сільського – вкрай незадовільне. Втім, в більшості випадків ця



допомога не потребує високої кваліфікації лікаря і може надаватися амбулаторно.

**Матеріали та методи.** Популярний в СРСР журнал “Америка” в 1986 році назвав відродження сімейної медицини новою тенденцією [3]. Вказувалося, що сімейні лікарі є основою медичного обслуговування населення малих міст і сільських районів Америки, де для залучення спеціалістів недостатньо пацієнтів.

**Результати досліджень та їх обговорення.** З 2000 року кафедра терапії факультету післядипломної освіти ІФДМА іменується кафедрою терапії і сімейної медицини, а її викладацький штат істотно розширився. Нині на кафедрі працює п’ять професорів, чотири доценти, чотири асистенти, два з них – кандидати медичних наук. За сумісництвом на кафедрі викладають представники практичної охорони здоров’я – головний спеціаліст Управління ОЗ облдержадміністрації, керівники медичних закладів лікувально-санаторного типу. В 2001-2002 навчальному році кафедра випустила перших лікарів, терапевтів і педіатрів, що первинно спеціалізувалися на піврічних курсах і отримали сертифікати сімейних медиків, завершується дворічна підготовка лікарів-інтернів за цим фаховим напрямком.

Актуальною залишається проблема методичного і документального забезпечення напрямку. Згідно програми другого року інтернатури за фахом “Загальна практика – сімейна медицина”, половина тримісячного очного циклу навчання на базовій кафедрі відводиться на вивчення організаційних аспектів сімейної медицини, директивних документів, питань диспансеризації, санології.

Перепрофілювання лікарів різних спеціальностей в сімейних триває 6 місяців. Практична діяльність деяких з них, особливо в сільській місцевості, вже будується за принципами сімейної медицини, і перепрофілізація такого лікаря носить скоріше формальний характер. Однак, в приватних бесідах і під час організованого кафедрою сумісно з Управлінням охорони здоров’я облдержадміністрації круглого столу з проблем організації сімейної медицини на Прикарпатті, більшість лікарів висловлювали побоювання щодо майбутньої діяльності, пов’язане як з недостатнім методичним, фінансовим, матеріальним, правовим забезпеченням закладів сімейної медицини, так і з проблемами психологічної адаптації до нових, незваних умов праці. Виходячи з цих міркувань, вважаємо, що місячного передатестаційного курсу і двотижневого тематичного вдосконалення, що проводяться що п’ять років, явно недостатньо для підвищення кваліфікації сімейного лікаря. Адже, оскільки сімейна медицина в ідеалі має бути найбільш доступною, найбільш наближеною до населення, сімейний лікар неминуче буде в тій чи іншій мірі відірваний від свого професійного оточення. Звичайно, така професійна ізоляваність не сприяє підтриманню необхідного

кваліфікаційного рівня. Уникнути цього можна було б, залучаючи сімейних лікарів до рутинної практики в спеціалізованих стаціонарах, ургенції в закладах швидкої медичної допомоги, пологових будинках, хірургічних клініках (професійний тренінг на робочому місці). Тематичне вдосконалення повинно проводитися не тільки з окремих медичних дисциплін, але й охоплювати питання пропаганди здорового стилю життя, планування сім’ї, психологічних особливостей пацієнтів різного віку, торкатися правових аспектів сімейної медицини. Викладене пояснює необхідність створення навчально-практичного центру сімейної медицини на базі відповідних підрозділів медичної академії і управління охорони здоров’я згідно Постанови Кабміну № 986 від 20.06.00.

На жаль, марно сподіватися, що всі випускники, які закінчили інтернатуру за фахом “Загальна практика – сімейна медицина” працюватимуть за спеціальністю. Так, з 13 інтернів-сімейників, що приступили до навчання в 2001-2002 навчальному році, 11 складають жінки, 4 з них виявилися вагітними протягом першого року навчання, ще стільки ж мають дітей віком до трьох років. В приватних бесідах більшість інтернів-сімейників визнавали, що вибір спеціальності був для них вимушений і вони сподіваються використати відпустку по догляду за дитиною для пошуку іншої роботи. Таким чином, навряд чи половина випускників-сімейників приступить до роботи найближчі три роки. Причини проблеми, що виникла, ми вбачаємо у відсутності додипломної системи освіти сімейного лікаря, цільового набору за направленнями районних і сільських адміністративних органів осіб з досвідом фельдшерської роботи. Звичайно, сімейна спеціалізація була б бажаною насамперед для подружніх пар лікарів.

Окремо хотілося б сказати про можливості комп’ютерного навчання лікарів-сімейників. Відкриття комп’ютерного класу – десяти комп’ютерів, об’єднаних в єдину сітку з централізованим управлінням з головного комп’ютера, дозволяє проводити одночасний тренаж або тестування з різних розділів медицини, що сприяє оптимізації процесу навчання. Нова сертифікована комп’ютерна програма, що застосовується на кафедрі з 2001 року, має багато переваг перед попередньою: навчання і тестування тепер можливе не тільки за різними тематиками, а і для різних кваліфікаційних категорій лікарів (спеціаліст, вища, перша і друга категорія). В той же час незрозуміло, за якими принципами здійснювався підбір запитань, що слугувало критеріями розподілу вагової частки питань між різними дисциплінами. За медичними прогнозами в найближчий час кожна двадцята людина в розвинених країнах страждатиме на цукровий діабет. Смертність, спричинена цією недугою, висока. Захворювання першого типу передається за спадковістю з частотою 8-10% від одного з



батьків і 30-70%, якщо хворі обидва. Цукровий діабет другого типу спадкується у 80% від одного з батьків, а якщо хворі обидва ймовірність захворювання потомства майже стовідсоткова. В світлі викладеного по меншій мірі дивним видається той факт, що нова комп'ютерна навчальна програма пропонує для інтернів-сімейників лише 24 питання з ендокринології, з них шість (!) – з діабетології. Для порівняння: кількість питань цієї ж програми з пульмонології, гастроентерології становить більше 100, з кардіології – більше 200 питань. Сама структура навчальної комп'ютерної програми в деяких випадках передбачає розділ тематичного напрямку за підрозділами, що є дуже зручним, оскільки дає можливість поєднати комп'ютерне навчання з тематикою семінарського заняття і практичної діяльності. В інших випадках питання згруповані занадто великими, незручними для сприйняття тематичними блоками. І, звичайно, як і в більшості навчальних програм, частка запитань звучить в некоректній заперечній формі, наприклад: “Симптомами захворювання вважаються всі перераховані, окрім...” Потрібно дотримуватися коректної форми запитання. Нововведенням комп'ютерної програми є режим “підказки” – посилання на літературне джерело. За окремими медичними дисциплінами список літератури, що пропонується, нараховує до 100 джерел. Проблемою є те, що джерела, що рекомендуються для теоретичного навчання, не завжди ті самі. Частка медичної літератури українських видавництв, що згадується в комп'ютерній програмі, є невеликою, українською мовою – незначною. Втім, населення західного регіону України, особливо провінційне, є майже стовідсотково україномовним. Тому розбіжність мови навчання і мови спілкування з пацієнтом вважається проблематичною для лікаря загалом і неприйнятною для сімейного лікаря, ефективність роботи якого в більшій мірі, ніж інших фахівців, залежить від взаєморозуміння сторін, погодження пацієнта з призначеним лікарем режимом (compliance) [1], активного і свідомого рішення пацієнта на користь запропонованих лікарем заходів (adherence) [2].

Одним із аспектів діяльності лікаря-інтерна є виконання науково-практичної роботи. За кафедральною традицією на початку нового навчального року проходить затвердження тематики і плану виконання наукової роботи. Практикуються наступні форми наукової діяльності: огляд наукової літератури, проведення власного діагностичного, клінічного дослідження,

оцінка ефективності метода лікування, аналіз захворюваності. Основними критеріями наукової роботи інтерна вважаються реальний об'єм дослідження, простота і доступність методик, доцільність і можливість застосування в наступній лікарській діяльності. Науковими керівниками робіт інтернів є викладачі і аспіранти кафедри. Залучення молодих викладачів до керівництва науковою діяльністю дає можливість випробувати себе в такого роду діяльності, виховує почуття відповідальності, сприяє встановленню виробничих відносин з лікарями-інтернами. Дуже бажаним є виконання роботи на матеріалі, отриманому під час заочної частини навчання, за участю керівника бази стажування. Залучення до наукової діяльності дозволяє індивідуалізувати роботу лікарів-інтернів, сприяє виробленню креативного підходу до рутинних обов'язків.

Впровадження наукових розробок кафедри в навчальний процес сприяє поширенню їх в загальної медичну практику. В лабораторії кафедри курсанти і інтерни мають можливість ознайомитися з доступними і інформативними методами обстеження хворих. Вимоги, що висуваються до запропонованих методик: наочність і швидкість проведення. Прикладом може бути швидкий уреазний тест для визначення гелікобактерної контамінації слизової оболонки шлунку, експрес-метод для визначення інтрагастрального рН з наступною комп'ютерною обробкою. Особливе місце посідає опрацювання з інтернами простих методик психологічного тестування, що можуть бути застосовані в практиці сімейного лікаря. Пропонуються тести для визначення якості життя пацієнта, рівня тривожності, соціальної дезадаптації, якостей характеру, типу особистості.

**Висновок.** Залучення інтернів-сімейників до роботи в родині дозволяє забезпечити родину хворого необхідною інформацією щодо хвороби, надавати родині необхідну психологічну допомогу, що сприяє встановленню доброзичливих відносин між пацієнтом, родиною хворого та лікарем. Спілкування з членами родини пацієнта дозволяє вирішити деякі деонтологічні ситуації, покращити морально – психологічний клімат родинного кола, змінити відношення до хвороби як самого пацієнта, так і його найближчого оточення. Одним з пріоритетних напрямків діяльності сімейного лікаря має стати первинна профілактика захворювань, пропаганда здорового способу життя – аспекти медичної валеології (санології).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Англо – русский медицинский энциклопедический словарь (Stedman's Medical Dictionary)// Под ред. А.Г.Чучалина. – М.: ГЭОТАР, 1995.
2. Лекции о психотерапии/ Франк К., Хензелер Х., Валькер Х., Кайм Ю., Гутвински-Йеггеле Ю. – К.: KARAT, 2001. – 139 с.
3. Лоренс Черри. Семейный доктор – новая тенденция //Америка. – 1986. – №356. – С.22-24.



4. Постанова Кабінету Міністрів України від 20.06.00 № 986 «Про заходи щодо впровадження сімейної медицини в охорону здоров'я».

**SUMMARY**

THE FIRST EXPERIENCE OF TRAINING THE FAMILY DOCTORS: IDEALS AND REALITY

**Makovetska T.I., Hlushko L.V., Fedorov S.V., Berezovska L.A.**

In the article the problems of training the postgraduate students, the problems of preparing skilled family doctors are discussed.

**Key words:** postgraduate training, family medicine