

**Пасієшвілі Л.М., Железнякова Н.М., Пасієшвілі Т.М.**

**Харківський національний медичний університет, Україна**

## **СКЛАДНОЩІ У ПІДГОТОВЦІ СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ: ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА КОНТИНГЕНТУ ВІД А ДО Я**

Сімейна медицина в Україні – відносно нова спеціальність, яка отримала право на існування в останні 20-25 років. Її впровадження йде поступово і важко, що обумовлено незвичайністю такого обслуговування населення, коли розгорнута поліклінічна служба замінюється індивідуальним контролем кожного пацієнта єдиним лікарем. В умовах міста на цьому етапі страждає менталітет як пацієнта, так і дільничого лікаря. У першому випадку порушується звичка сидіти під кабінетом (за потреби) до багатьох фахівців, яку з одного боку лають, а з іншого, до того до неї звикли, що тяжко розпрощатися, особливо особам старшого віку: і поговорити можна, вирішити свої проблеми, заодно і лікаря обговорити. Окрім того, сімейні лікарі не ходять по домах (хоча доволі часто виклик не має сенсу – зміряти тиск, поговорити про їжу, згадати не завжди теплим словом сусідку), майже не використовуються стаціонари на дому, консультація по телефону не задовольняє пацієнта. В той же час дільничні лікарі, які мають тривалий час роботи на такій посаді, важко звикають до нової професії, яка зобов'язує надавати допомогу пацієнтові з багатьох напрямків медицини. Труднощі лікаря зумовила періорієнтація пріоритетів: зникла диспансерізація, профілактична медицина поступово згасає; лікар не може рекомендувати профспілкам великих підприємств допомогти пацієнту змінити професію (таких виробництв просто немає); ліквідована епідеміологічна служба, що вже всі відчули в період епідемії коронавірусу. Спроба зберегти профілактичну медицину теж не вдалася: багато хворих не може виконувати рекомендації лікаря через відсутність коштів щодо дотримання дієти, використання фізіотерапевтичних заходів (масаж, голкотерапія тощо) та таке інше.

Якщо ми бажаємо отримати кваліфікованого сімейного лікаря, треба періорієнтувати навчальні плани вузів. Тобто, підготовка таких лікарів

повинна бути предметною з використанням сучасних досягнень медицини, починатися на 3-4 курсах з оглядом на особливості роботи сімейного лікаря (СЛ).

Є два контингенти пацієнтів в роботі СЛ, які привертають до себе особливу увагу: це підлітки та поодинокі старі люди. В першому випадку в більшості СЛ доводиться вирішувати не стільки медичні, скільки етичні та соціальні проблеми. Ендокринна перебудова організму вносить корективи в поведінку підлітків; йде розвиток статевих ознак, що призводить до виникнення питань сексуального характеру; проявляється інтерес до шкідливих звичок - проба куріння і вживання алкоголю, рідше - наркотичних речовин. Одночасно змінюється поведінка підлітка: більшість з них стають нетерпимими до оточуючих, особливо до тих, хто «втручається в їхнє життя», коли в їх розумінні дорослі, «не розуміючи і не приймаючи їх цінності і погляди» намагаються вирішити проблеми на свій лад і розсуд.

У осіб похилого віку дві проблеми стають актуальними і першочерговими: лікування (де і за які гроші) та соціальні (комунальні платежі, гроші на поїсти тощо). СЛ, нажаль, не може їх вирішити, однак йому приходится стикатися з ними і чим далі, тим більше. Цих питань ми торкаємося тому, що проблеми залишаються як на сьогодні, так і найближчу перспективу. В такому разі, на нашу думку, планування тематичного удосконалення для СЛ повинно включати питання соціального напрямку, яку бажано отримувати при спілкуванні з соціологами, психо-терапевтами, реабілітологами тощо.

Однак, як у молодому віці, так і осіб старших вікових груп є ще одна проблема - хронічних невиліковних хвороб. Тобто, одним із важких напрямків роботи СЛ є паліативна допомога тяжкохворим на дому. На теперішній час є багато пацієнтів, які постійно потребують не тільки допомоги в обслуговуванні, але і психологічної, духовної і соціальної підтримки. Найбільші проблеми стоять перед СЛ при наявності таких захворювань серед дітей та підлітків. До сих пір залишається дискусійним питання про те, чи

потрібно говорити дітям про наявність у них невиліковного захворювання, як вести себе рідним і близьким в такій ситуації, як відвернути їх від такої проблеми, на чому акцентувати увагу в останні місяці їх життя?

Паліативна допомога дітей є найбільш відкритим і невирішеним питанням, тому що в більшій мірі на такому етапі повинні вирішуватися питання волонтерства, доброзичливого, терплячого, зацікавленого спілкування, ніж питання лікування. В такому випадку, на жаль, обсяг допомоги СЛ зводиться тільки до призначення симптоматичної терапії, але навіть його спілкування з маленьким пацієнтом вимагає психологічної підготовки. У медичній літературі при такій ситуації введено поняття для оцінки стану лікаря, який працює з невиліковним дитиною, як «синдром вигоряння».

Кілька років тому, доцент нашої кафедри І.П.Пасечник провела анкетування лікарів педіатричної служби, які по ряду причин зіткнулися з дитячою смертю. Одним з пунктів анкети було питання про способи реабілітації лікаря після такої ситуації. Було звернуто увагу, що всі лікарі проводили реабілітацію самостійно, яка полягала: в посиленні спілкування з членами своєї родини, особливо дітьми; виїзд на природу або робота на садовій ділянці, або одноразовому прийомі алкоголю, який вгамовує біль від ситуації, що склалася. На жаль, у нас немає правила звернення до психоаналітика для вирішення будь-якої неординарної ситуації, як це заведено в більшості країн, і тому в їх ролі виступають друзі, члени сім'ї або розслаблююча і притуплююча дія алкоголю.

Декілька інший напрямок набуває паліативна допомога при лікуванні дорослих пацієнтів. Одними з перших питань, на який СЛ повинен отримати відповідь є: чи знає пацієнт про свою хворобу? Хто є підтримкою такому хворому? Хто буде з ним поруч в останні моменти його життя і який обсяг допомоги він може забезпечити вмираючому?

На жаль, навчити студента - майбутнього сімейного лікаря особливостям поведінки в кожному конкретному випадку неможливо. І це

пов'язано не тільки з тим, що немає загальних правил ведення таких хворих. Сімейний лікар, будучи, насамперед особистістю, має свої психологічні особливості, своє ставлення до ситуації, що виникла у пацієнта; в той же час можливо нашарування своєї професійної або сімейної ситуації, які вплинуть на встановлення адекватного спілкування з хворим. Навчити такого лікаря до співпереживання, уважному ставленню і комунікабельності з таким пацієнтом практично неможливо. У той же час, основними питаннями філософії паліативної медицини, на яких слід акцентувати увагу при підготовці СЛ, є: можливість встановлення повної довіри з пацієнтом і членами його родини, правдивість в спілкуванні з пацієнтом, можливість створення повноцінних умов життя до останнього моменту. Тобто, підготувати СЛ, перш за все, до того, що ситуація може бути різною і доволі часто неприємною або кінцевою, особливо у осіб похилого віку, і треба до неї бути готовою, дуже важко. Хоча як до цього можна підготувати та підготуватися? Мабуть такі проблеми хворих та ситуації у лікарів слід визначати на заняттях з психології, яких, на жаль, немає у програмі вузів. Ми маємо на увазі не загальні характеристики науки, а конкретні заходи, хоча це і неможливо передбачити у кожному конкретному випадку.

Однак особливості роботи означених лікарів потребує багато інших знань, ніж клінічні прояви захворювань та їх лікування! Все вищевикладене є кроком до базових процесів в наданні спостереження. Так, одним з перших напрямків надання допомоги невиліковним хронічним хворим є встановлення характеристики пацієнта, його оточення (сім'ї). Попутно вирішується питання про те, що знає і що хоче знати пацієнт, межі конфіденційності. Одним з напрямків такого спілкування є також можливість прийняття рішення, де обмовляються мета спостереження, пріоритети лікування, можливість його використання: виділення особи, яка може замість пацієнта приймати рішення і можливість офіційної передачі прав на прийняття медичних рішень.

Складнощі виникають при виникненні таких захворювань у самотніх пацієнтів, коли підтримка сім'ї і найближчих родичів неможлива і єдиною

підтримкою стає СЛ. В такому випадку сімейний лікар повинен забезпечити роботу представників соціальної служби, з якими зобов'язаний підтримувати тісний контакт.

Таким чином, проблеми, які доводиться вирішувати СЛ в різні вікові періоди пацієнтів та при різних захворюваннях - різноманітні і вимагають не тільки медичної підготовки фахівця, а й знання багатьох інших напрямків психології: можливості визначити особливості проявів емоційного характеру підлітка та осіб старших вікових груп в різних ситуаціях, взаємин в сім'ї, кредиту довіри до різних його членів, готовності допомогти і разом йти до кінця та інші.

#### Література

1. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, et al. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care*. 2020;19(1):47. Published 2020 Apr 13. doi:10.1186/s12904-020-00556-7

2. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(5):356-376. doi:10.3322/caac.21490

3. Mahtani R, Kurahashi AM, Buchman S, Webster F, Husain A, Goldman R. Are family medicine residents adequately trained to deliver palliative care?. *Can Fam Physician*. 2015;61(12):e577-e582.

4. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J*. 2011;11(4):348-352.

5. Taylor J, Booth A, Beresford B, Phillips B, Wright K, Fraser L. Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. *Palliat Med*. 2020;34(6):731-775. doi:10.1177/0269216320908490.