

Мінцер О. П.<sup>1</sup>, Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>, Новик А. М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

## Партисипація пацієнтів як один з найважливіших елементів забезпечення якості надання первинної медичної допомоги

**Резюме. Актуальність.** Стаття присвячена стратегічним питанням щодо залучення пацієнтів до процесів діагностики та лікування у практиці сімейної медицини. **Мета дослідження** – обґрунтувати реальні шляхи розвитку партисипації пацієнтів у сімейній медицині. **Результати.** Встановлено, що готовність пацієнта брати участь у процесі надання медичної допомоги визначає низка чинників, таких як: сприйняття нової ролі пацієнта, наявність у нього простих, але необхідних медичних знань щодо стану власного здоров'я та пов'язаною з цим внутрішньою впевненістю, урахуванням супутньої патології та різних соціально-демографічних параметрів. Запропоновані онтологічні «капсули» знань для індивідуальної коронації пацієнта. Капсула дозволяє пацієнту не тільки легко отримати необхідну інформацію про власне самопочуття, але, що дуже важливо, інтерпретувати отримані дані. У свою чергу, дані про динаміку патологічного процесу, а також регулярне вживання призначених медикаментів є надзвичайно важливими для лікаря. Створення надійного моніторингу стану здоров'я пацієнтів стає справжньою проблемою. Електронна реєстрація динаміки показників стану здоров'я пацієнта забезпечує принципово новий механізм у процедурах захисту прав сімейного лікаря та пацієнта, а використання персоналізованих «капсул» знань створює інноваційну стратегію їх взаємодії. Вважається, що стратегія участі пацієнтів у сімейній медицині є новою парадигмою управління пацієнтами з комплексним врахуванням факторів, пов'язаних з пацієнтом. Це передбачає прийняття нової ролі пацієнта, його рівня медичних знань про захворювання, ступеня впевненості хворого у правильності діагностичних та лікувальних заходів, обліку супутньої патології, впливу різних соціологічних, демографічних параметрів, особливостей професійної діяльності тощо. Постулюється, що партисипація пацієнта дозволяє вирішити проблеми забезпечення сучасного моніторингу стану здоров'я, сприяє захисту прав лікаря та пацієнта, а використання персоналізованих «капсул» знань (онтології знань) створює інноваційну стратегію взаємодії сімейного лікаря та пацієнта.

**Висновки.** 1. Готовність пацієнта брати участь у процесі надання медичної допомоги визначає низка чинників, таких як: сприйняття нової ролі пацієнта, наявність у нього простих, але необхідних медичних знань щодо стану власного здоров'я та пов'язаною з цим внутрішньою впевненістю, урахуванням супутньої патології та різних соціально-демографічних параметрів. 2. Партисипація пацієнта дозволяє вирішити проблеми забезпечення постійного моніторингу стану здоров'я, а також сприяє захисту прав лікаря та пацієнта. 3. Використання персоналізованих «капсул» знань (онтології знань) створює інноваційну стратегію взаємодії сімейного лікаря та пацієнта.

**Ключові слова:** партисипація; первинна медична допомога; сімейна медицина; онтологія знань; якість медичної допомоги; капсули знань

### Вступ

Національна медична бібліотека США визначає партисипацію як «залучення пацієнта до процесу прийняття рішень з питань здоров'я» [1]. Однак, акцент на процес прийняття рішень не включає в себе численні і різноманітні напрямки медичного обслуговування, в якому пацієнт міг би брати участь.

Ефективна реалізація Концепції «Медицини 4Р» в значній мірі буде залежати від позитивного вкладу пацієнтів. Саме завдяки залученню особи в лікувально-діагностичний процес стає можливим така реалізація. Людина повинна бути мотивована до участі у профілактиці і лікуванні. Вона має робити усвідомлений вибір (як у випадку з видаленням органа потенційно

© «Здоров'я суспільства» / «Здоровье общества» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil' stva»), 2019

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Издатели Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», Заславский А.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2019

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

схильного до ракового переродження) і брати на себе відповідальність за своє здоров'я. Популяризація здорового способу життя, інформованість про ризики і лікувальні можливості є основою успішної реалізації Концепції «Медицини 4P» на практиці.

На жаль, слід знову зробити застереження про те, що існуюча система охорони здоров'я зовсім не орієнтована на використання нових можливостей «Медицини 4P». Лікарі, а також фармацевтичні та медичні компанії отримують винагороду виключно за виконання певних лікувальних медичних послуг, а значить вже спочатку обмежені в бажанні впроваджувати нові інновації для прогнозування і запобігання захворювань. Іншими словами, мова йде про те, щоб вибудувати роботу з пацієнтом таким чином, щоб виявити відхилення стану здоров'я на максимально ранній стадії і змінивши спосіб життя пацієнта, правильно його направивши, у потрібну сторону, не допустити розвитку захворювання [4]. Таким чином, підкреслимо, що залучення пацієнта має бути максимальним, практично на всіх етапах діагностично-лікувального процесу.

Саме в рамках сімейної медицини нам представляється можливим і найбільш перспективним знайти рішення поставленого завдання, так як основними пріоритетами функціонування сімейної медицини на сьогодні є: визнання первинної медичної допомоги пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави у сфері охорони здоров'я; орієнтованості на пацієнта, його сім'ю і суспільство в цілому; рівних можливостях пацієнтів в отриманні первинної медичної допомоги; гарантованому обсязі безоплатної первинної медичної допомоги; вільному виборі суб'єкта первинної медичної допомоги, усвідомленому виборі методів діагностики, профілактики та лікування захворювань; дотриманні галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я; відповідальності пацієнта та членів його сім'ї за стан власного здоров'я, достовірне і своєчасне інформування спеціалістів сімейної медицини про його зміни.

**Мета дослідження** – обґрунтувати реальні шляхи розвитку партисипації пацієнтів у сімейній медицині

**Отримані дані.** Партисипацію завжди супроводжують інші глобальні тренди, зокрема, персоналізація медичної допомоги та формалізація знань. Персоналізація, як найважливіший напрям розвитку медицини, дозволяє зробити медицину більш наближеною до потреб і до проблем конкретного пацієнта, маючи на увазі активну роль пацієнта в діагностиці захворювання і його лікуванні.

У свою чергу, формалізація передбачає вміння працювати з медичною інформацією про стан здоров'я пацієнта, у тому числі, дистанційно, а також використовувати накопичений масив інформації для надання ефективної медичної допомоги пацієнту. Для практикуючого лікаря логіка формалізації знань представляє деякі труднощі. Тому зупинимось на деяких визначеннях.

Будемо розуміти що *формалізація* знань це отримані знання суб'єкта про предметну область з використан-

ням знакових систем (природно або штучно-мовних, графічних, а також в інших формах).

Під *отриманими знаннями* будемо мати на увазі будь-які дії зі знаннями, які здійснюються суб'єктом, що спрямовані на формування зовнішнього образу (у тому числі і "перше" уявлення), а під інтерпретацією знань – усі можливі "подальші" отримані знання (зовнішні образи).

Нарешті, під *інструментарієм обробки* знань будемо розуміти інформаційні технології, що поєднують теоретичні і практичні методи представлення знань і засоби їх підтримки.

На жаль, партисипація в перебудові процесів надання медичної допомоги часто визнається лише в якості одного з ключових компонентів підвищення безпеки пацієнтів, зокрема, в різних методах догляду за пацієнтами. Як наочний приклад розглядається участь пацієнтів у пропаганді гігієни рук серед персоналу з метою профілактики інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги [3]. Насправді, подібне уявлення сильно збіднює смислове призначення партисипації. Лондонська декларація, схвалена Світовим Альянсом за безпеку пацієнтів Всесвітньої організації охорони здоров'я, закликає до підвищення ролі пацієнтів у таких питаннях, як прийняття рішень та ведення хронічних захворювань, у підвищенні загальної безпеки медичної допомоги в усьому світі. Крім того, участь пацієнтів може стосуватися таких різних аспектів медичного обслуговування, як прийняття рішень, самолікування, самоконтроль, навчання пацієнтів, постановка цілей або участь у фізичному догляді [2].

Стратегія партисипації пацієнтів у сімейній медицині нами розглядається як нова парадигма ведення пацієнта з інтегральним урахуванням пов'язаних з пацієнтом засад. Мається на увазі основні засади сімейної медицини, а саме: сімейний підхід – це взаємодія спеціалістів сімейної медицини з пацієнтом і членами його сім'ї з метою створення умов для збереження, зміцнення або відновлення здоров'я пацієнта; надання первинної медичної допомоги декільком поколінням; орієнтованість на пацієнта – це залучення пацієнта до процесу прийняття рішень щодо застосування медичних втручань (методів діагностики, профілактики або лікування); профілактична спрямованість – це прогнозування ризику розвитку найбільш поширених захворювань та своєчасності проведення відповідних профілактичних заходів; доступність – це забезпечення безперешкодного доступу до суб'єкта первинної медичної допомоги; рівність і недискримінація – це забезпечення надання первинної медичної допомоги незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного чи соціального походження, майнового або іншого становища; багатопрофільність – це профілактика, діагностика та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з використанням методів та способів медичного втручання у процесі надання первинної медичної допомоги; безперервність – це постійне спостереження за

станом здоров'я пацієнта у процесі надання первинної медичної допомоги; довготривалість – це забезпечення медичним наглядом та опікою в усі періоди життя людини незалежно від характеру захворювання, стану органів і систем її організму, на підставі взаємовідносин між спеціалістами сімейної медицини та пацієнтом; координація – це професійна діяльність лікаря загальної практики - сімейного лікаря, яка спрямована на взаємодію зі спеціалістами та закладами охорони здоров'я, що надають інші види медичної допомоги.

Абсолютно впевнені, що перераховані засади впливають на готовність пацієнта до активної участі у процедурах надання йому медичної допомоги, і, зрозуміло, на її ефективність.

Поруч з цим, держава повинна створити умови для забезпечення реалізації основних прав та свобод людини та пов'язаних з цим державних гарантій, визначених Конституцією України, законодавством України і міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, під час надання пацієнту первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Надання пацієнту первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини ґрунтується на таких принципах: забезпечення безперешкодного доступу до первинної медичної допомоги; забезпечення безпеки життя; збереження психічної та фізичної цілісності; поваги до гідності, індивідуальної унікальності та особистості; гарантування недоторканості та особистого життя; забезпечення свободи вибору суб'єкта надання первинної медичної допомоги, у тому числі визнання пацієнта як рівноправного учасника при ухваленні рішення про медичне втручання; утвердження принципу взаємної довіри у відносинах пацієнта зі спеціалістами первинної медичної допомоги; прагнення до досягнення максимальної якості первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; забезпечення захисту здоров'я пацієнта максимально доступними засобами профілактики, діагностики та лікування; виключення будь-якої дискримінації стосовно доступу до первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; визнання пріоритетності прав пацієнта та їх безумовного дотримання; встановлення постійного контролю та забезпечення незалежної експертизи якості первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини; забезпечення доступу до медичної інформації, що стосується пацієнта, та її конфіденційності; гарантування своєчасного та об'єктивного розгляду фактів порушення прав пацієнтів та встановлення відповідальності за порушення цих прав; забезпечення права пацієнта на згоду щодо медичного втручання, яка ґрунтується на повній і достовірній медичній інформації; забезпечення права на вибір методів та засобів профілактики, діагностики та лікування; забезпечення права на відмову від медичного втручання; забезпечення права на відшкодування збитків для здоров'я, заподіяних під час надання первинної медичної допомоги; забезпечення права на подання скарги та захист своїх прав; забезпечення реалізації прав пацієнтів.

Необхідно враховувати і реакцію сімейних лікарів на більш активну роль пацієнтів. Очевидно, що серед працівників охорони здоров'я на прийняття і заохочення участі пацієнтів впливають інші проблеми, у тому числі бажання зберегти особистий контроль над усіма процесами взаємодії з пацієнтом, нестача часу, особисті переконання, тип хвороби. Важливе значення має і недостатнє навчання лікарів принципам сучасних відносин між пацієнтом і медичним працівником. При цьому соціальний статус, спеціальність, етнічне походження і посадові характеристики також впливають на процеси партисипації пацієнта.

Вважаємо, що для того щоб переконати лікарів і медичних сестер у важливості партисипації пацієнтів, потрібно провести велику просвітницьку кампанію. Її мета повинна полягати в тому, щоб допомогти лікарям загальної практики - сімейним лікарям визнати внесок пацієнтів і їх сімей у процес зцілення і бути сприйнятливими до вкладу пацієнтів. Ця кампанія повинна бути розроблена з урахуванням численних негативних моментів (сприйняття браку часу, психологічних складнощів у відносинах між пацієнтом і медичним працівником).

Важливо підкреслити, що освітні програми повинні бути створені як для медичних працівників, так і для пацієнтів. Вони повинні відображати комплементарні знання, необхідні для забезпечення ефективної партисипації. Ця стратегія повинна також здійснювати просвітницьку роботу серед пацієнтів, з тим щоб вони розуміли законність і актуальність медичних втручань, а також були переконані в їх ефективності. Для цього необхідно розглянути і численні фактори, пов'язані з участю пацієнтів. Вони включають соціально-демографічні характеристики (наприклад, вік, тяжкість захворювання і етнічна приналежність).

Враховуючи існуючий, досить великий перелік факторів, що впливають на участь пацієнтів у прийнятті рішень щодо діагностики і лікування хронічних захворювань [4], виділимо основні елементи стратегії, спрямованої на заохочення пацієнтів до участі у підвищенні їх безпеки.

Зрозуміло, що для партисипації пацієнта вкрай важливо надати йому необхідну інформацію. Здавалось, що це можна зробити сьогодні в рамках впровадження інформатизації охорони здоров'я. Однак, хоча електронні медичні карти документують багато медичної інформації про стан здоров'я пацієнтів, існують серйозні перешкоди для подальшого аналізу цієї інформації про пацієнта, оскільки записи часто є неповними, неправильними, невідомого походження, недостатньо деталізованими або мають несумісні формати, що зумовлено технічними (або навіть технологічними) аспектами документації. Вочевидь існують й труднощі з урахуванням біологічних особливостей пацієнта з медичної точки зору. Наприклад, інформація про спосіб життя, вплив навколишнього середовища, секвенування геному та дані, отримані з мобільних сенсорів моніторингу стану здоров'я, є такими, що важко збираються (через несистематичність отримання) та інте-

груються (через погану структурованість, розбіжності у форматах, стандартах та технологіях створення).

Таким чином, сучасний рівень інтерпретації інформації про пацієнтів часто є недостатнім для виявлення подібності та класифікації у клінічно корисні групи для досліджень захворювань за спектром симптомів, ознак, біомаркерів і генотипів, які можуть не бути присутніми у всіх пацієнтів, але допоможуть зрозуміти, як використовувати ці дані для стратифікації хворих і визначення подібності між різними захворюваннями, що є головною метою точної медицини.

Дані про стан здоров'я без інтерпретації є фактами без розуміння, особливо для пацієнта. З точки зору трансляційної медицини для дослідження певної області знань необхідним є отримання повної та до-

стовірної інформації щодо її об'єктів та зв'язків між ними. В якості засобу концептуального представлення області знань розглядається класифікація, якщо мова йде про віднесення цілісних об'єктів до певних класів ієрархії, або структуризація, якщо здійснюється поділ угруповань об'єктів на підгрупи (субструктури, кластери тощо) за певними ознаками для наступної агрегації. Результатом подібної класифікації або структуризації медичних знань є концептуальний опис області дослідження, наприклад, хвороби, фенотипів, лікарських засобів тощо, що включає обчислювальні специфікації різних ступенів складності – від простої термінології до онтологій [5].

Нами запропоновано наступний крок, що забезпечить перехід від усередненої моделі до персонального



Рисунок 1. Т-призма

блоку інформації. Разом з фахівцями НДІ глобального інформаційного простору НАН України, а також Малої академії наук створена ІТ- платформа формування трансдисциплінарних інформаційних середовищ [6]. Для медичних завдань важливе значення мають так звані «капсули персональних даних» [7]. Капсула дозволяє відобразити онтологію у вигляді Т-призми (Рис. 1)

Технологічно «Т-призма» являє собою набір прямокутників-екранів, що відображають прев'ю (від англ. «preview» – «попередній перегляд») змісту клінічних документів, пов'язаних з персоналізованою історією хвороб та станів, що агреговані у вершинах онтографа, та впорядковані за приналежністю до отриманих інструментальних даних.

Усі екрани є рівноправними, рівновеликими та об'єднуються в одну фігуру, яка є правильною прямою призмою (основи призми, правильні багатогранники, відсутні). Кожна грань може містити вкладені об'єкти – елементи призми, який легко активується на екрані монітору.

При цьому, усі функції пошуку, фільтрації та налаштувань є ідентичними для всіх режимів перегляду.

Капсули дозволяють пацієнту не тільки легко отримувати необхідну інформацію щодо стану власного здоров'я, але й мати важливу для нього інтерпретацію даних. У свою чергу для сімейного лікаря надзвичайне значення мають дані відносно динаміки патологічного процесу та регулярність використання призначених ліків. Створення надійного постійного моніторингу стану здоров'я пацієнта стає реальним завданням. Електронна реєстрація динаміки показників стану здоров'я пацієнта надає принципово новий механізм у процедурах захисту прав сімейного лікаря та пацієнта, а використання персоналізованих «капсул» знань створює інноваційну стратегію їх взаємодії.

Таким чином, партисипація пацієнта та підтримка її з боку працівників охорони здоров'я мають вирішальне значення для досягнення успіху лікування хворих. Коли і медичний працівник, і пацієнти будуть забезпечені підтримкою, а гарантований постійний позитивний зворотний зв'язок від пацієнтів стане реальним, з'явиться й якісна та безпечна медична допомога пацієнтам.

## Висновки

1. Готовність пацієнта брати участь у процесі надання медичної допомоги визначає низка чинників, таких як: сприйняття нової ролі пацієнта, наявність у нього простих, але необхідних медичних знань щодо стану власного здоров'я та пов'язаною з цим внутрішньою

впевненістю, урахуванням супутньої патології та різних соціально-демографічних параметрів.

2. Партисипація пацієнта дозволяє вирішити проблеми забезпечення постійного моніторингу стану здоров'я, а також сприяти захисту прав лікаря та пацієнта.

3. Використання персоналізованих «капсул» знань (онтології знань) створює інноваційну стратегію взаємодії сімейного лікаря та пацієнта.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. The US National Library – [www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh).
2. Всемирная Организация Здравоохранения. *Всемирный альянс «За безопасность пациентов»*. Глобальная проблема безопасности пациентов 2005-2006: чистый уход – это более безопасный уход. – Женева, Швейцария: Всемирная Организация Здравоохранения; 2005:1-25. – [http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_ENGLISH\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_ENGLISH_FINAL.pdf). – Дата обращения 1 июля 2009 года [Google Scholar].
3. Coulter A. *Вмешательства, ориентированные на пациента: обзор фактических данных*. / A. Coulter, J. Ellins. – Лондон, Англия: Европейский институт Фонда здоровья и выбора; 2006:7-20 [Google Scholar].
4. Clayman M. L. *The Impact of Patient Participation in Health Decisions Within Medical Encounters: A Systematic Review*. Published November 19, 2015. Review. / M.L. Clayman, C. L. Bylund, B. Chewing.– Article <https://doi.org/10.1177/0272989X15613530>.
5. Сутягин И. В. *Методы формализации экспертных знаний для наполнения базы знаний* / И. В. Сутягин // *Молодой ученый*. – 2012. – № 1. Т.1. – С. 151-153. – URL <https://moluch.ru/archive/36/4074/> (дата обращения: 22.12.2019).
6. Величко В. Ю. *ТОДОС – ІТ-платформа формування трансдисциплінарних інформаційних середовищ* / В.Ю. Величко, М. А. Попова, В. В. Приходнюк, О. Є. Стрижак // *Системи озброєння і військова техніка*. – 2017. – № 1. – С. 10-19. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/soivt\\_2017\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/soivt_2017_1_4).
7. Мінцер О. П. *Трансдисциплінарне представлення інформації за допомогою інтерактивних документів* / О. П. Мінцер, В. В. Приходнюк, О. Є. Стрижак, О. М. Шевцова // *Медична інформатика та інженерія*. – 2018. – № 1. – С. 47-52. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii\\_2018\\_1\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mii_2018_1_8).

Отримано 02.11.2019 ■

Минцер О. П.<sup>1</sup>, Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>, Новик А. М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Международная общественная организация «Международная ассоциация «Здоровье общества», г. Киев, Украина

## ПАРТИСИПАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ЭЛЕМЕНТОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Резюме. Актуальность.** Статья посвящена стратегическим вопросам по привлечению пациентов к процессам диагностики и лечения в практике семейной медицины. **Цель исследо-**

**вания** – обосновать реальные пути развития партисипации пациентов в семейной медицине. **Результаты.** Установлено, что готовность пациента участвовать в процессе оказания ме-

дицинской помощи определяет ряд факторов, таких как: восприятие новой роли пациента, наличие у него простых, но необходимых медицинских знаний о состоянии собственного здоровья и связанной с этим внутренней уверенности, учета сопутствующей патологии и различных социально-демографических параметров. Предложены онтологические «капсулы» знаний для индивидуальной коронации пациента. Капсула позволяет пациенту не только легко получить необходимую информацию о собственном самочувствии, но что важно, интерпретировать данные его здоровья. В свою очередь, данные о динамике патологического процесса, а также регулярное употребление назначенных медикаментов очень важны для врача. Создание надежного мониторинга состояния здоровья пациентов становится настоящей проблемой. Электронная регистрация динамики показателей состояния здоровья пациента обеспечивает принципиально новый механизм в процедурах защиты прав семейного врача и пациента, а использование персонализированных «капсул» знаний создает инновационную стратегию их взаимодействия. Считается, что стратегия участия пациентов в семейной медицине является новой парадигмой управления пациентами с комплексным учетом факторов, связанных с пациентом. Это предполагает принятие новой роли пациента, его уровня медицинских знаний о заболевании, степени уверенности больного в правильности диа-

гностических и лечебных мероприятий, учета сопутствующей патологии, влияния различных социологических демографических параметров – возраст, особенности профессиональной деятельности и др. Постулируется, что партисипация пациента позволяет решить проблемы обеспечения постоянного мониторинга состояния здоровья, способствует защите прав врача и пациента, а использование персонализированных «капсул» знаний (онтологии знаний) создает инновационную стратегию взаимодействия семейного врача и пациента. **Выводы.** 1. Готовность пациента участвовать в процессе оказания медицинской помощи определяет ряд факторов, таких как: восприятие новой роли пациента, наличие у него простых, но необходимых медицинских знаний о состоянии собственного здоровья и связанной с этим внутренней уверенностью, учетом сопутствующей патологии и различных социально-демографических параметров. 2. Партисипация пациента позволяет решить проблемы обеспечения постоянного мониторинга состояния здоровья, а также содействует защите прав врача и пациента. 3. Использование персонализированных «капсул» знаний (онтологии знаний) создает инновационную стратегию взаимодействия семейного врача и пациента.

**Ключевые слова:** партисипация; первичная медицинская помощь; семейная медицина; онтология знаний; качество медицинской помощи; капсулы знаний

O. P. Mintser<sup>1</sup>, O. G. Shekera<sup>1,2</sup>, A. M. Novik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>International Public Organization "International Association "Health of Society", Kyiv, Ukraine

## PATIENT PARTICIPATION AS ONE OF THE MOST IMPORTANT ELEMENTS OF THE PRIMARY HEALTH CARE QUALITY

**Abstract. Background.** Strategic issues of a patient involvement in the processes of diagnosis and treatment in family medicine practice are considered. The purpose of the study is to substantiate the real paths for the development of patient participations in family medicine. **Results.** The readiness of the patient to participate in the process of medical care is shown to be determined by a number of factors, such as: a perception of the new role of the patient, an availability of simple but necessary medical knowledge of patient's own health and the related internal confidence, taking into account the accompanying pathology and various socio-demographic parameters. Ontologized "capsules" of knowledge for individual coronation of the patient is proposed. The capsule allow the patient to easily obtain the necessary information about patient's own state of health, but also to have an important interpretation of the data. In turn, data on the dynamics of the pathological process, as well as the regular use of prescribed medicines, are extremely important for the doctor. Creating reliable patient's health monitoring becomes a real challenge. Electronic registration of the dynamics of patient's health indicators provides a fundamentally new mechanism in the procedures of protecting the rights of the family doctor and the patient, and the use of personalized "capsules" of knowledge creates an innovative strategy for their interaction. It's considered the strategy of patient participation in family medicine as a new paradigm of

patient management with integral consideration of patient-related factors. This implies acceptance of a new role of a patient, a level of medical knowledge about the disease of the patient, a degree of confidence of the patient in the correctness of diagnostic and therapeutic measures, accounting for the accompanying pathology, an impact of various socio-demographic parameters – an age, features of professional activity, etc. There is absolutely convinced that the listed parameters influence the patient's readiness to participate actively in the procedures of providing medical care, and, of course, its effectiveness. **Conclusions.** 1. The readiness of the patient to participate in the process of a health care is determined by a number of factors, such as: a perception of a new role of the patient, an availability of simple but necessary medical knowledge about patient's own health and related internal confidence, taking into account a concomitant pathology and various socio-demographic parameters. 2. Patient partition helps to solve the problems of a modern health monitoring and to protect the doctor's and the patient's rights. 3. The use of personalized "capsules" of knowledge (knowledge ontologies) creates an innovative strategy for family doctor and patient interaction.

**Keyword:** patient participation; primary health care; family medicine; knowledge ontology; quality of medical care; knowledge capsules