

Л. Й. ВЛАСИК

## ДОСВІД ПАЦІЄНТА ТА ЙОГО РОЛЬ У МЕДИЧНІЙ АКТИВНОСТІ НА ПРИКЛАДІ ЕКОНОМІЧНО АКТИВНОГО НАСЕЛЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Мета:** проаналізувати досвід респондентів щодо медичного обслуговування та визначити найбільш асоційовані з медичною активністю характеристики для її прогнозування серед економічно активного населення.

**Матеріали і методи.** Проведено поетапне крос-секційне соціологічне дослідження медичного досвіду серед економічно активного населення (n=1252) у 2017–2018 рр. Застосовано спеціально розроблену анкету, яка містила дані про поширеність поведінкових чинників ризику та самооцінку стану здоров'я.

**Результати.** За результатами соціологічного дослідження виявлено особливості медичного досвіду економічно активного населення за зверненням до сімейного лікаря впродовж року; за місцем обслуговування; за рівнем освіти; з приводу звернення; за наявністю основних неінфекційних захворювань та їх чинників ризику, а також за самопочуттям. Показано, що, за можливості обирати лікаря, офіційні звернення на первинну ланку зросли до 70 %, разом із тим, звичні маршрути в медичному обслуговуванні збереглися. Проходження скринінгових та додаткових обстежень у більшості випадків супроводжувалося візитом до сімейного лікаря впродовж року, проте асоціювалася з активністю лише обізнаність щодо обстеження на вміст цукру та холестерину в крові у певних групах респондентів. Найбільш значущими характеристиками медичного досвіду для активності респондентів щодо збереження здоров'я були звернення до сімейного лікаря впродовж року та звернення до лікаря з профілактичною метою. Встановлено предиктори медичної активності, а саме: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2–3 до 4–5 разів на тиждень» та «відвідування лікаря з профілактичною метою», які забезпечили лише 15 % ймовірності бути активними. Завищену самооцінку респондентів щодо активності у питаннях збереження здоров'я можна розцінювати як бажання стати активними, адже активація передбачає психологічні та емоційні складові.

**Висновки.** Для ефективної взаємодії з пацієнтом сімейному лікарю варто враховувати особливості досвіду звернень за медичною допомогою. Досвід пацієнта, як результат якісної взаємодії «лікар – пацієнт», сприяє становленню активного та відповідального ставлення до власного здоров'я. Найбільш асоційовані характеристики можна використовувати як інструмент прогнозування активності пацієнта.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** досвід пацієнта; медична активність; профілактика неінфекційних захворювань; економічно активне населення.

Первинна медико-санітарна допомога є основою профілактичної медицини, адже охоплює все населення та здійснює тривалий моніторинг стану здоров'я кожного. Від взаємодії лікаря та пацієнта залежить ефективність профілактики основних неінфекційних захворювань (НІЗ) (серцево-судинних, онкологічних, хронічних респіраторних та цукрового діабету). Лікарі первинної ланки можуть залучати пацієнтів до діалогу про стан здоров'я, обставини та потреби в здоров'ї, особисті цінності та вподобання [10]. Такий досвід пацієнта (анамнез звернень за медичною допомогою) сприяє становленню активного та відповідального ставлення до власного здоров'я. На сьогодні основними науково визнаними стратегіями, які можуть застосовувати, насамперед, на первинному рівні надання медичної допомоги стали: партнерство (patient partnership), розширення прав та можливостей (patient empowerment), залучення до участі в організації та наданні медичної допомоги (patient engagement) та ак-

тивація пацієнта (patient activation). Розширення прав та можливостей для пацієнта визначається медичними працівниками за здатністю самостійно здійснювати дії для зміцнення здоров'я [4]. Активація (розуміння власної ролі, знання, вміння та впевненість у її виконанні) та розширення можливостей можуть сприяти залученню пацієнта до організації збереження власного здоров'я або бути результатом залучення внаслідок взаємодії пацієнта із надавачами послуг [6]. Відповідні активні дії з боку лікаря відомі як пацієнт-орієнтована допомога (patient-centred care), а вершиною взаємодії партнерських відносин є модель спільного прийняття рішень (shared decision making). Дані стратегії сприяють більшій поінформованості та активації пацієнтів щодо питань власного здоров'я, до того ж покращують якість і безпеку медичних послуг [9]. Наукові дослідження у більшості стосувалися клінічної взаємодії, проте довели, що більш активні пацієнти мали більше шансів на профілактичну допомогу, дотримувалися правильних режимів харчування

та фізичної активності, використовували якісну інформацію для вибору лікаря [7]. Хоча термін «активація пацієнта» найбільш точно відображає стадійний поступальний розвиток даного явища, ми використали звичний на пострадянському просторі термін «медична активність», вкладаючи в нього активацію, залучення та розширені можливості людини загалом. Як наслідок, медична активність пацієнта повинна відображатися у здоровій поведінці та у відповідних діях щодо організації власного медичного обслуговування як у лікуванні, так і у профілактиці та діагностиці захворювань. Оцінити медичну активність можна використовуючи показник активації пацієнта PAM (Patient Activation Measure) (Hibbard et al., 2004) за ступенем відповідальності. Дослідити медичну активність можна також опосередковано, спираючись на результати наукових досліджень за проявами здорової поведінки, проходженням профілактичних скринінгових обстежень та іншими характеристиками досвіду пацієнта, які з нею асоціюються [11]. Про медичну активність в Україні говорили за часів загальної диспансеризації населення (Лісіцин, 1986) на рівні окремого пацієнта або району обслуговування, маючи на увазі охоплення обов'язковими обстеженнями та оглядами відповідно до віку. Однозначно, пацієнт мав бути дисциплінованим у проходженні диспансерних оглядів, решту гарантувала держава. Роки розвалу радянської системи та наступних невдалих реформувальних охорони здоров'я принесли населенню багато розчарувань та негативно-го досвіду спілкування з працівниками медичних закладів. Тому з моменту можливості пацієнта обирати лікаря, особливої актуальності набувають стратегії його залучення в охорону власного здоров'я та моніторинг становлення його медичної активності.

**Мета дослідження:** проаналізувати досвід респондентів щодо медичного обслуговування та визначити найбільш асоційовані з медичною активністю характеристики для її прогнозування серед економічно активного населення.

**Матеріали і методи.** Проведено поетапне попереднє соціологічне дослідження медичного досвіду серед економічно активного населення Чернівецької області. Сформовано групи: «ринок» (n=633) із суб'єктів господарювання на території Комунального підприємства «Міський торговельний комплекс «Калинівський ринок» (2017–2018 рр.) та «ярмарок 1» із випадково відібраних відвідувачів ярмарку в 2017 р. (n=275), загалом n=908. Медичну активність за самооцінкою вивчено у групі «ярмарок 2» (n=254) у 2018 р. Загальна сукупність (n=1252) додатково включала групу «службовці» (n=90). Для порівняння використано результати опитування фокус-групи із відвідувачів ярмарку 2019 р. (n=65).

Застосовано спеціально розроблену анкету щодо поширеності поведінкових чинників ризику, самооцінки здоров'я та досвіду звернень до медичних закладів. Був забезпечений єдиний підхід до анкетування з елементами структурованого інтерв'ювання та спостереження. При аналізі вибірки вибрано довірчий рівень 95 %. Використано соціологічні (анкетування, інтерв'ювання, спостереження) та статистичні методи (PIVOT,  $\chi$ -квадрат для порівняння відносних величин, покроковий та множинний логістичний регресійний аналіз). Анкета щодо звернень за медичною допомогою містила дві групи запитань. Перша – звернення до сімейного лікаря впродовж року; друга – звичне джерело отримання послуг на інших рівнях надання медичної допомоги (фахівці поліклінік, стаціонарів, приватних закладів), у тому числі на первинній ланці. Крім того, вивчено привід звернення (профілактичний огляд, гостре або загострення хронічного захворювання, контроль за хронічним захворюванням, отримання довідки тощо), його особливості за наявності основних неінфекційних захворювань (за повідомленнями респондентів) та проходження скринінгових обстежень.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

За результатами дослідження (n=1252) встановлено, що 606 (48,4±1,4) % респондентів мали візит до сімейного (дільничного) лікаря впродовж року; 322 (25,7±1,2) % – «більше року назад» та 324 (25,9±1,2) % – «не зверталися». Зайняті на ринку рідше зверталися впродовж року (250 (39,5±1,9) %), ніж інші категорії (356 (57,5±2,0) %), аналогічно чоловіки (255 (41,5±2,0) %) порівняно з жінками (351 (55,0±2,0) %) (p<0,001). Достовірно рідше мали візит до лікаря молоді люди віком 25–44 роки (276 (45,0±2,0) %) порівняно з респондентами решти вікових груп (330 (51,6±2,0) %) (p<0,05). Не зверталися до сімейного лікаря 233 ((36,8±1,9) %) респондентів групи «ринок» проти решти 91 ((14,7±1,4) %) респондента (p<0,001).

Щодо звичного джерела отримання послуг на інших рівнях надання медичної допомоги (фахівці поліклінік, стаціонарів, приватних закладів), у тому числі на первинній ланці (n=908), до сімейного лікаря зверталися 318 (35,0±1,6) % респондентів, причому 225 (24,8±1,4) % лише до лікаря первинної ланки, решта (93 (10,2±1,0) %) періодично до інших фахівців. Про звернення до медичних працівників поза межами ПМСД повідомили 363 (40,0±1,6) % респондентів; решта 227 ((25,0±1,4) %) – ні до кого не зверталися (рис. 1).

Важливо, що респонденти, які обслуговувалися на первинній ланці (35 %), відвідували сімейного лікаря впродовж року більше як у 70 % випадків («ринок» – 66 %; «ярмарок 1» – 81 %); серед респондентів, які повідомили, що обслуговувалися поза межами первинної ланки та ті, хто,

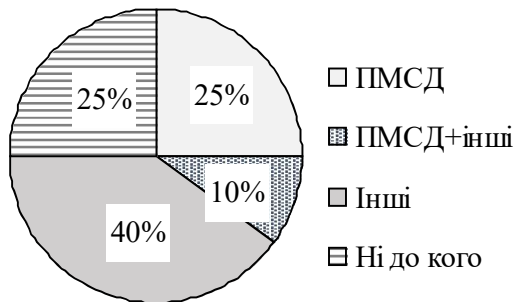


Рис. 1. Поділ респондентів за місцем звернення за медичною допомогою (2017–2018 рр.) (середній вік (M±SD) – 40,5±13,2; структура: чоловіки – 49,0 %, жінки – 51,0 %; з вищою освітою – 55,0 %).

зазвичай, ні до кого не зверталися, все ж були у сімейного лікаря впродовж року близько 40 % та 12 % відповідно. Таким чином, 2/3 респондентів періодично зверталися до лікаря первинної ланки, що підтверджувало роль сімейного лікаря в охопленні населення медичною допомогою. Очевидно, саме за рахунок таких пацієнтів, які мали привід звертатися до сімейного лікаря за паралельним обслуговуванням на інших рівнях, частка респондентів, які обрали сімейного лікаря та офіційно в нього обслуговувалися у наступному році становила 68 % (дослідження 2019 р.) (рис. 2).

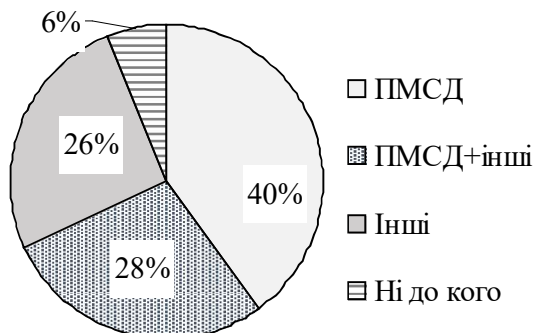


Рис. 2. Поділ респондентів за місцем звернення за медичною допомогою (2019 р.) (середній вік (M±SD) – 45,8±11,6; чоловіки – 32,3 %, жінки – 67,7 %; з вищою освітою – 61,5 %).

Як видно з наведених рисунків, частка респондентів, які отримували медичні послуги від інших фахівців, у двох дослідженнях була подібною і становила не менше 50 %. На обслуговуванні сімейного лікаря стало більше пацієнтів (майже 70 % респондентів). Таким чином, збереглися звичні маршрути обслуговування серед пацієнтів. Зменшення частки осіб, які ні до кого не зверталися, могло відбутися за рахунок переважання жінок середнього віку та більшої частки осіб з вищою освітою серед респондентів у 2019 р.

Проведений аналіз відповідей респондентів, які зверталися до лікарів за межами первинної ланки, показав, що серед перелічених фахівців

інших закладів більш як у половини випадків траплялися «знайомі» лікарі, у чверті випадків – вузькі фахівці поліклінік; у кожному п'ятому випадку – лікарі приватних закладів, трохи менше – лікарі стаціонару. Поєднані варіанти були наведені у 15 % випадків, серед них «знайомі» лікарі згадувалися у 80 %. Серед осіб групи «ярмарок 1», як і загалом серед респондентів обох груп (особливо чоловіків), підтвердився той факт, що особи з вищою освітою рідше зверталися лише до лікарів первинної ланки (22 %), ніж без вищої освіти (28 %) ( $p < 0,05$ ). Щодо звернень до інших фахівців, необхідно відзначити, що респонденти з вищою освітою рідше користувалися послугами лікарів стаціонару, ніж особи з середньою та середньою спеціальною освітою, для обслуговування вони частіше обирали «знайомих» лікарів (31 % проти 22 %,  $p < 0,01$ ). Той факт, що значна частина респондентів зверталася до «знайомих» лікарів говорить про те, що відчуття безпеки було затребуваним навіть на первинній ланці та «знайомство» було одним із елементів почуття довіри до лікаря. Звернення до лікарів стаціонару, зазвичай, підтримувалося періодичною госпіталізацією з приводу хронічних захворювань.

Кількість лікарів, до яких у середньому звертався один пацієнт, дорівнювала 1,5 незалежно від його статі та рівня освіти. Загалом показник співвідношення (з урахуванням тих, хто не звертався) дорівнював 1,0.

Респонденти, які мали НІЗ (36 %), частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки, ніж особи, які не повідомили про захворювання – 79 ((37,80±3,35) %) проти 121 ((28,54±2,19) %) ( $p < 0,05$ ), разом з тим, частіше зверталися до вузьких фахівців – 25 ((11,96±2,24) %) проти 25 ((5,90±1,14) %) ( $p < 0,01$ ). Вони частіше відвідували лікаря з приводу гострого або загострення хронічного захворювання – 94 ((44,98±3,44) %), ніж особи без НІЗ – 108 ((25,47±2,12) %) ( $p < 0,001$ ) та частіше були на прийомі з метою контролю за захворюванням – 43 ((20,57±2,80) %) проти 50 ((11,79±1,57) %) ( $p < 0,01$ ). У той же час, респонденти без НІЗ частіше зверталися з метою профілактичного огляду – 163 ((38,44±2,36) %) проти 62 ((29,67±3,16) %) ( $p < 0,05$ ) та отримання довідки – 52 ((12,26±1,59) %) проти 5 ((2,39±1,06) %) ( $p < 0,001$ ).

За мінімальної кількості (1–2) чинників ризику (недостатнє споживання фруктів, недостатня фізична активність, куріння та часте вживання алкоголю) респонденти частіше обслуговувалися у сімейних (дільничних) лікарів, включаючи консультації фахівців – 224 ((49,89±2,36) %) та рідше у приватних, знайомих, інших поєднаних варіантах – 158 ((35,19±2,25) %), ніж особи з 3–4 чинниками ризику – 40 ((34,18±4,39) %) ( $p < 0,001$ ) та

61 (52,14±4,62) % відповідно ( $p < 0,001$ ). За наявності 3–4 поведінкових чинників ризику добре самопочуття статистично достовірно спостерігали рідше – 42 ((24,85±3,32) %) порівняно з респондентами без чинників ризику – 55 ((39,01±4,11) %) ( $p < 0,01$ ). Наявність одного захворювання викликала зниження частоти доброго самопочуття з 243 ((41,47±2,04) %) (без НІЗ) до 37 ((15,04±2,28) %) ( $p < 0,001$ ), а поєднана патологія ще до 2,38 % ( $p < 0,05$ ). Респонденти, які ні до кого не зверталися, вважали свій стан здоров'я добрим – 99 ((43,61±3,29) %) або задовільним – 103 ((45,37±3,30) %). Серед респондентів, які зверталися до одного з лікарів (незалежно від рівня надання медичної допомоги), частка осіб з добрим самопочуттям була меншою – 144 ((29,21±2,05) %) ( $p < 0,001$ ), а з задовільним станом більшою – 281 ((57,0±2,23) %) ( $p < 0,01$ ). Серед респондентів, хто звертався до лікарів декількох фахів або рівнів, зросла частка осіб, самопочуття яких погіршувалося або було поганим – 43 ((29,05±3,73) %) проти 68 ((13,79±1,55) %) пацієнтів одного лікаря ( $p < 0,001$ ). Таким чином, на звернення до декількох фахівців впливало погіршення самопочуття респондентів.

Наступним кроком для опосередкованого визначення медичної активності респондентів стало дослідження частоти проходження скринінгових обстежень. За рівнем освіти та місцем проживання достовірних відмінностей у повідомленнях щодо обстежень та обізнаності щодо рівня цукру в крові не виявлено (32 %). Обстежені, у яких визначали рівень глюкози у крові, частіше відвідували лікаря впродовж року, ніж необстежені – 64 % проти 39 % ( $p < 0,001$ ). Аналогічно, обстежені на вміст холестерину в крові (18 %) частіше мали візит до лікаря впродовж року – 62 % проти 43 % необстежених ( $p < 0,001$ ). Більш чітко дана відповідність була виражена серед чоловіків – 61 % проти 40 % ( $p < 0,001$ ), ніж серед жінок – 63 % проти 51 % ( $p < 0,05$ ). Жінки, незайняті на ринку, з середньою та середньою спеціальною освітою про обстеження на холестерин повідомили у 33 % випадків, на відміну від жінок із вищою освітою – 16 % ( $p < 0,05$ ). Серед обстежених жінок із вищою освітою було більше тих, хто відвідував сімейного лікаря впродовж року – 90 % проти 61 %. Таким чином, обслуговування у сімейного лікаря та відвідування його впродовж року збільшувало ймовірність призначення необхідних скринінгових обстежень. Знали і регулярно вимірювали значення свого артеріального тиску (АТ) 65 % респондентів із значними відмінностями між групами дослідження та за статтю: «риннок» – 74 %, «ярмарок 2» – 43 %; чоловіки – 55 %, жінки – 76 % ( $p < 0,001$ ). Серед респондентів-чоловіків визначено відповідність контролю АТ відвідуванню сімейного лікаря впродовж року, зокрема, 45 % респон-

дентів, які знали АТ, були у лікаря впродовж року, а серед тих, хто не знав, таких було 31 % ( $p < 0,01$ ). Серед жінок така асоціація не була статистично підтверджена (ймовірність похибки 10 %). Висока обізнаність щодо даного показника серед жінок, особливо групи «риннок», зумовлена простотою та доступністю даного вимірювання, зокрема у робочих колективах. Дана обставина засвідчила, що атмосфера колективу може бути сприятливою для збереження здоров'я, що потрібно використовувати в роботі лікаря. Пацієнти, активні щодо збереження власного здоров'я, особливо за умови лідерства, могли позитивно впливати на весь колектив у якому працювали. Тобто охоплення населення впливом сімейного лікаря могло бути значно ширшим, ніж показали результати опитувань.

Про проходження онкологічного профілактичного огляду повідомили 75 % жінок. Однак виявлена достовірна різниця частки оглянутих жінок: 86 % у групі «риннок» проти 55 % – «ярмарок 2» ( $p < 0,001$ ). Серед респондентів-жінок, зайнятих на ринку, спостерігали відповідність проходження огляду гінеколога відвідуванню сімейного лікаря впродовж року, незалежно від приводу звернення – 48 % проти 26 % ( $p < 0,05$ ). Серед жінок групи «ярмарок 2» відповідність була із відвідуванням лікаря з профілактичною метою – 34 % проти 18 % ( $p = 0,053$ ). Проходження додаткових методів дослідження з метою цільових профілактичних оглядів вивчено серед респондентів групи «ярмарок 2». Про електрокардіографічне обстеження повідомили 37 % респондентів. Серед обстежених 82 % респондентів були у сімейного лікаря впродовж року, а серед необстежених – 49 % ( $p < 0,001$ ). Про проходження флюорографічного обстеження органів грудної клітки повідомили 56 % респондентів. Серед обстежених 75 % респондентів були у сімейного лікаря впродовж року, а серед необстежених – 43 % ( $p < 0,001$ ).

З метою встановлення ролі досвіду медичного обслуговування респондентів у самооцінці медичної активності, здійснено пошук ключових чинників, які статистично достовірно з нею асоціювалися і які можна було б використовувати для її моніторингу. У рамках аналізу медичної активності респондентів за окремими напрямками, зокрема вибору корисних та обмеження шкідливих продуктів (контроль харчування), поряд з іншими, підтверджено значення відвідування сімейного лікаря впродовж року та здійснення візитів із профілактичною метою. Проте активність щодо контролю за харчуванням не асоціювалася з частотою проходження скринінгових обстежень. Більше того, скринінгові обстеження, як і відвідування лікаря впродовж року, не асоціювалися із фізичною активністю на відміну від візитів до лікаря з профілактичною метою.



Аналіз повідомлень респондентів показав, що контроль харчування та фізична активність як окремі напрями були недостатні для відображення медичної активності загалом. Тому респондентам групи «ярмарок 2» (n=254) було запропоновано пряме запитання «Чи вважаєте себе достатньо активними щодо збереження свого здоров'я?». Позитивно відповіли 128 ((50,39±3,14) %) респондентів. Аналіз повідомлень підтвердив асоціацію медичної активності з достатнім споживанням фруктів та овочів, крім картоплі; обмеженням солодких продуктів; заняттями фізичними вправами від 2–3 до 4–5 разів на тиждень тривалістю не менше 30 хв. Важливо, що куріння та вживання алкоголю не брали до уваги при визначенні респондентами своєї активності щодо збереження здоров'я. Як наслідок, про активність щодо збереження свого здоров'я повідомили як респонденти без чинників ризику (73 %), так і респонденти з 3–4 чинниками ризику – 40 % (p<0,01). Кожний п'ятий респондент, який вважав себе активним, мав 3 або 4 поєднаних чинники ризику, серед неактивних та тих, хто не визначився – кожний третій. Наявність основних чинників ризику (від одного до чотирьох поєднаних між собою) мала велику чутливість для визначення низької медичної активності (94 %), але надто низьку прогностичну цінність (53 %), адже висока їх поширеність спостерігалася і серед заявлених активними (83 %) [1].

За результатами дослідження респондентів групи «ярмарок 2», більшість (134 (52,76±3,13) %) зверталася до сімейного лікаря (дільничного терапевта) впродовж року. Кожний четвертий (63 (24,80±2,71) %) респондент звертався до лікаря з приводу профілактичного огляду незалежно від статі. Серед респондентів, які зверталися впродовж року, таких було більше – 52 ((38,81±4,21) %) (p<0,01). Щодо медичного досвіду та скринінгових обстежень достовірні відмінності виявлено лише в частоті обстеження на вміст холестерину в крові між активними (27 (21,09±3,61) %) та неактивними респондентами (2 (4,44±3,07) %) (p<0,05), що не знайшло підтвердження між активними та рештою, включно «не визначилися». За допомогою методу логістичного регресійного аналізу вдалося встановити предиктори активності, а саме: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2–3 до 4–5 разів на тиждень не менше 30 хв» та «відвідування лікаря з профілактичною метою»:

$$z = -0,909 + 0,998a + 0,877b + 0,839c,$$

де a – споживання фруктів та овочів, крім картоплі;

b – регулярні заняття фізичними вправами;

c – відвідування лікаря з профілактичною метою, p=0,150. Ймовірність медичної активності за даними характеристиками склала 15 %, решта,

навіть статистично асоційованих показників, не збільшувала вказаний прогноз. Аналіз поширеності чинників ризику та медичного досвіду підтвердив той факт, що самооцінка активності респондентів була завищеною. Позитивним було те, що активність має психологічні та емоційні складові, тому, можна вважати, що респонденти вразили свою готовність активуватися.

Усвідомлення хвороби («я хворий») як пусковий момент включено у модель залучення до здоров'я (Graffigna et al., 2017) з представленням чотирьох позицій у способі мислення, відчуттях та діях пацієнта [5]. Результати нашого дослідження також засвідчили, що наявність захворювання призводила до підвищення медичної активності у вигляді частіших звернень за медичною допомогою, проте, навіть серед респондентів, які повідомили про НІЗ, було 16 % тих, хто ні до кого не звертався. Насамперед перешкождала зайнятість, адже дослідження охоплювало економічно активне (в основному зайняте) населення. З іншого боку, порядок наступних звернень міг визначатися незадоволеністю медичною допомогою, адже досвід пацієнта та його оточення (особливо негативний) здатний накопичуватися, обговорюватися, поширюватися та впливати на учасників динамічного процесу медичного обслуговування. У літературі наводять чотири типи таких наслідків: 1) уникнення (припинення звернень до лікаря); 2) пристосування (вивчення, що можна зробити); 3) вичікування (звернення уваги на деталі у стані здоров'я, власні емоції та активне спілкування); 4) захист (отримання іншої думки) [5, 8]. Усі форми від уникнення візитів до пошуку «захисту» (іншої думки) серед інших або знайомих фахівців можна було спостерігати серед наших респондентів. Таким чином, якість взаємодії «лікар – пацієнт» визначає подальші залучення пацієнта до організації власного медичного обслуговування, розширення його прав та можливостей, офіційного приєднання до джерела медичних послуг та, як результат, активацію у збереженні власного здоров'я. Важливим посередником між лікарем та пацієнтом є надійне джерело інформації про стан здоров'я [3]. Вважається, що медична грамотність є початком мотивації та призводить до відповідальності за своє здоров'я [2]. Разом із тим, медична грамотність є результатом партнерської взаємодії учасників медичного обслуговування [5]. Позитивний досвід пацієнтів може свідчити про якість такої взаємодії та сприяти медичній активності.

### Висновки

1. За результатами соціологічного дослідження економічно активного населення виявлено такі особливості медичного досвіду: 1) за зверненням до сімейного лікаря впродовж року – близько 50 % зверталися, решта по 25 % – більше року

тому або не зверталися; 2) за місцем обслуговування – кожний четвертий респондент (25 %) звертався лише на первинну ланку, кожний десятий (10 %), крім сімейного лікаря, був консультований іншим фахівцем, 40 % обслуговувалися поза межами первинної ланки; 3) за рівнем освіти – особи з вищою освітою (в основному чоловіки) рідше обслуговувалися лише на первинній ланці (22,0 %), ніж без вищої освіти (28 %); 4) за наявністю НІЗ – респонденти, які мали основні НІЗ, частіше обслуговувалися у лікаря первинної ланки (38 %); поєднання НІЗ спонукало респондентів звертатися до лікарів декількох фахів та рівнів надання медичної допомоги (56 %); 5) за наявністю чинників ризику – із зростанням кількості чинників ризику збільшувалася частка осіб, які ні до кого не зверталися (34 %) та рідше були у сімейного лікаря (23 %); 6) за самопочуттям – серед тих, хто звертався впродовж року, було менше осіб із добрим самопочуттям (27 %), ніж серед тих, хто не звертався (35 %); 7) з приводу звернення – близько половини респондентів із НІЗ зверталися з приводу гострого захворювання або загострення хронічного, кожний третій – для контролю за захворюванням, кожний третій – на профілактичний огляд; 8) за можливості обирати лікаря – офіційні звернення на первинну ланку зросли (70 %), але звичні маршрути в медичному обслуговуванні збереглися.

2. Проходження скринінгових та додаткових обстежень частіше супроводжувалося візитом до лікаря впродовж року, зокрема при обстеженні на вміст цукру (64 %) та холестерину в крові (62 %),

проходженні електрокардіографічного (82 %) та флюорографічного обстежень (75 %) та менше при рутинних вимірюваннях. Так, рівень свого артеріального тиску, вимірювання якого було доступним у колективах, знали близько 90 % жінок, зайнятих на ринку, незалежно від відвідування лікаря.

3. Найбільш асоційованими характеристиками медичного досвіду та активності респондентів щодо збереження здоров'я були звернення до сімейного лікаря впродовж року та відвідування лікаря з профілактичною метою. Встановлено, що предиктори, а саме: «споживання фруктів та овочів, крім картоплі», «регулярні заняття фізичними вправами від 2–3 до 4–5 разів на тиждень» та «відвідування лікаря з профілактичною метою» забезпечили лише 15 % ймовірності бути активним. «Завищені» показники активності респондентів за самооцінкою (50 %) можна розцінювати як бажання бути активними у питаннях збереження здоров'я.

4. З метою ефективної взаємодії з пацієнтом сімейному лікарю варто враховувати особливості досвіду звернень за медичною допомогою. Для визначення медичної активності пацієнта найбільш асоційовані характеристики можна використовувати як інструмент для моніторингу та прогнозування.

**Перспективи подальших досліджень.** Доцільно продовжити удосконалення інструментів для оцінки та прогнозування медичної активності, у тому числі для різних категорій населення.

#### Список літератури

1. Власик Л. Й. Медична активність як ключовий аспект у запобіганні неінфекційних захворювань серед економічно активного населення / Л. Й. Власик // Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи : колективна монографія / за заг. ред. проф. В. М. Ждана та проф. І. А. Голованової. – Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. – С. 14–23.
2. Рингач Н. О. Грамотність з питань здоров'я і досягнення Цілей сталого розвитку в Україні / Н. О. Рингач // Демографія та соціальна економіка. – 2020. – № 2 (40). – С. 71–88.
3. Рингач Н. О. Статистична оцінка вподобань, критеріїв вибору та ступеня довіри населення до джерел інформації щодо здорового способу життя, профілактики і лікування серцево-судинних захворювань / Н. О. Рингач, М. Ю. Огай, В. В. Гаврилова // Статистика України. – 2017. – № 4. – С. 70–78.
4. Anderson R. M. Patient empowerment: Myths and misconceptions / R. M. Anderson, M. M. Funnell // Patient Education and Counseling. – 2010. – Vol. 79 (3). – P. 277–282. DOI:10.1016/j.pec.2009.07.025.
5. Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model / G. Graffigna, S. Barelllo, A. Bonanomi, G. Riva // Patient Educ. Couns. – 2017. DOI:10.1016/j.pec.2017.05.033.
6. Grando M. A. (2015). Information technology for patient empowerment in healthcare / M. A. Grando, R. Rozenblum, D. W. Bates. – Walter de Gruyter Inc. Berlin/Boston/Munich, 260 p.
7. Hibbard J. H. (Oct 2008). How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? / J. H. Hibbard, P. J. Cunningham // Res. Brief. M- Vol. 8. – P. 1–9. Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18946947>.
8. How experiencing preventable medical problems changed patients' interactions with primary health care / N. C. Elder, C. J. Jacobson, T. Zink, L. Hasse // Ann. Fam. Med. – 2005. – Vol. 3 (6). – P. 537–544. Access mode : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338918>
9. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies / K. L. Carman, P. Dardess, M. Maurer [et al.] // HEALTH AFFAIRS. – 2013. – Vol. 32 (2). – P. 223–231. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1133.

10. *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization. 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 22. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf?sequence=1>.
11. *When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too* / G. Greene, J. H. Hibbard, R. Sacks [et al.] // *Health Aff.* – 2015. – Vol. 34 (3). – P. 431–437. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0452.

#### References

1. Vlasyk, L.Y. (2020). *Medychna aktyvnist yak kliuchovyi aspekt u zapobihanni neinfektsiinykh zakhvoriuvan sered ekonomichno aktyvnoho naselennia. Hromadske zdorovia v Ukraini: realii, tendentsii ta perspektyvy [Medical activity as a key aspect in the prevention of non-communicable diseases among the economically active population. Public health in Ukraine: realities, trends and prospects]*. Zhdan, V.M., Holovanova, I.A. (Eds.). Poltava: TOV "Firma "Tekhservis" [in Ukrainian].
2. Rynhach, N.O. (2020). Hromotnist z pytan zdorovia i dosiahnennia Tsilei staloho rozvytku v Ukraini [Health literacy and achievement of sustainable development goals in Ukraine]. *Demohrafiia ta sotsialna ekonomika – Demography and Social Economy*, 2 (40), 71-88 [in Ukrainian].
3. Pynhach, N.O., Ogay, M.Yu., & Havrylova V.V. (2017). Statystychna otsinka vpodoban, kryteriiv vyboru ta stupenia doviry naselennia do dzherel informatsii shchodo zdorovoho sposobu zhyttia, profilaktyky i likuvannia sertsevo-sudynnykh zakhvoriuvan [Sources of information on the healthy lifestyle, prevention and treatment of cardiovascular diseases: supply, selection criteria, population truth]. *Statystyka Ukrainy – Statistics of Ukraine*, 4, 70-78 [in Ukrainian].
4. Anderson, R.M., & Funnell, M.M. (June 2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), 277-282. DOI:10.1016/j.pec.2009.07.025.
5. Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., & Riva, G. (2017). Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model. *Patient Education and Counseling*, DOI:10.1016/j.pec.2017.05.033.
6. Grando, M.A., Rozenblum, R., & Bates, D.W. (2015). *Information technology for patient empowerment in healthcare: Walter de Gruyter Inc*. Berlin/Boston/Munich.
7. Hibbard, J.H., Cunningham, P.J. (2008). How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? *Res. Brief*, 8, 1-9. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18946947>.
8. Elder, N.C., Jacobson, C.J., Zink, T., & Hasse, L. (2005). How experiencing preventable medical problems changed patients' interactions with primary health care. *Ann. Fam. Med.*, 3 (6), 537-44. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338918>.
9. Carman, K.L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *HEALTH AFFAIRS*, 32 (2), 223-231 DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
10. (2016). *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 22. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252269/9789241511629-eng.pdf?sequence=1>.
11. Greene, G., Hibbard, J.H., Sacks, R., Overton, V., & Parotta, C.D. (Mar2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff.*, 34 (3), 431-437. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0452.

#### PATIENT EXPERIENCE AND HIS ROLE IN MEDICAL ACTIVITY ON THE EXAMPLE OF ECONOMICALLY ACTIVE POPULATION

L. Y. Vlasyk

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Purpose:** to analyze the experience of respondents in health care and identify the characteristics most associated with their activation in health matters for the prediction among the economically active population.

**Materials and Methods.** The stepwise cross-sectional sociological study of the patient experience was conducted among the economically active population (N = 1252) in 2017–2018. The specially designed questionnaire also included data on the prevalence of behavioural risk factors of main non-communicable diseases and self-assessment of health.

**Results and Discussion.** According to the results of the sociological research, the peculiarities of respondents' experience in health care were revealed by the frequency of visiting a family doctor during the year; by the place of service; by the level of education; by the occasion of the appeal; by the presence of major non-communicable diseases and their risk factors, as well as by health. It was shown that if it is possible to choose a doctor, official appointments to the primary health care were increased to 70 %, however, the usual routes in medical care remained the same. Screening and targeted examinations were in most cases accompanied by a visit to the family doctor during the year, but only awareness of blood sugar and cholesterol tests was associated with activity in certain groups of respondents. The most associated characteristics of the respondents' experience and health care activities were a visit to a family doctor during the year and a visit to a doctor for preventive purposes. Predictors, namely, "consumption of many fruits and vegetables other than potatoes", "regular exercise 2–3 to 4–5 times a week" and "doctor's visits for prophylactic purposes" were found to provide only a 15 % probability of being active. Overestimated self-esteem of respondents' activity can be regarded as a desire to become active because activation involves psychological and emotional components.

**Conclusions.** For effective interaction with the patient, the family doctor should take into account the peculiarities of the experience in health care. The experience of the patient as a result of quality interaction between the doctor and the patient contributes to the formation of an active and responsible attitude to their health. The most associated characteristics can be used as a tool for predicting activation in health matter.

**KEY WORDS:** patient experience; medical activity; prevention of non-communicable diseases, economically active population.

*Рукопис надійшов до редакції 16.07.2020 р.*

**Відомості про автора:**

**Власик Любов Йосипівна** – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету; тел.: +38(050) 747-10-15.