УДК 616.1-02-06+616.1/4-06
https://doi.org/10.31612/2616-4868.2.2024.09

ВПРОВАДЖЕННЯ ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З КОМОРБІДНИМИ СТАНАМИ

Галина З. Мороз[1,2], Ірина М. Гідзинська[2], Олександр М. Ткаленко[1], Ірина М. Ткачук[1], Анастасія К. Соколюк[1]

1 – Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна
2 – Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Резюме

Мета: провести комплексний аналіз ставлення хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з коморбідними станами щодо впровадження пацієнт-орієнтованих підходів в клінічну практику.
Матеріали та методи. Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування двох груп хворих на ІХС з коморбідними станами. І група – 30 хворих на ІХС, віком 61-75 (середній вік 67,2±5,1) які перебували під диспансерним наглядом кардіологів у терапевтичному відділенні Консультативно-діагностичного центру в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС). ІІ група – 33 військовослужбовці, хворих на ІХС віком 50-58 років (середній вік 53,2±2,4 роки), які прийшли на плановий прийом до лікаря загальної практики в Клініку амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь». Методи дослідження: системного аналізу, анкетного опитування, статистичний.
Результати. Встановлено, що за оцінкою пацієнтів, на етапі спеціалізованої медичної допомоги лікарі надають більше інформації пацієнтам щодо медикаментозного лікування, зокрема, щодо побічних ефектів (83,3±6,8 % в І групі, 33,3±8,2 % ІІ в групі, $p<0,05$), використання заходів, направлених на підвищення прихильності до лікування (83,3±6,8 % в І групі, 42,4± 8,6 % ІІ в групі, $p<0,05$), що, вірогідно обумовлено особливостями організації диспансерного нагляду хворих групи дуже високого ризику в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, зокрема, пацієнтів активно запрошують на планові регулярні огляди, і лікарі-кардіологи в процесі моніторингу лікування надають необхідну додаткову інформацію. Емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров'ям отримували 93,3±4,6 % пацієнтів І групи та 18,2±6,7 % пацієнтів ІІ групи ($p<0,05$), Потребують більш детального обговорення з лікарем плану лікування та залучення до ухвалення рішення 36,7±8,8 % І групи та 84,8±6,3 % ІІ групи ($p<0,05$). Виявили готовність до виконання заходів самоконтролю стану здоров'я та участі у процесі ухвалення рішень щодо лікування 93,3±4,6 % пацієнтів І групи, 84,8±6,3 % ІІ групи.
Висновки. Результати дослідження засвідчили зацікавленість і готовність більшості опитаних хворих на ІХС з коморбідними станами щодо використання основних принципів пацієнт-орієнтованого підходу. Обґрунтовано доцільність удосконалення підходів щодо підвищення поінформованості, залучення хворих на ІХС до процесу ухвалення спільних рішень, та відповідної підготовки лікарів, як складової впровадження пацієнт-орієнтованої медичної допомоги

Ключові слова: **пацієнт-орієнтована медична допомога, ішемічна хвороба серця, коморбідність**

ВСТУП

Запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, як складової оптимізації лікування хворих з коморбідними та мультиморбідними станами належить до пріоритетних напрямків сучасної медицини [1, 2, 3]. Особливої уваги потребують хворі на ішемічну хворобу серця (ІХС) групи високого і дуже високого ризику з коморбідними станами [4, 5]. Підвищення ефективності їх лікування потребує впровадження комплексного підходу та активного залучення пацієнтів до участі в процесі надання медичної допомоги. У відповідності до стратегії ВООЗ [1], пацієнти мають стати не лише учасниками процесу надання медичної допомоги, а й активними партнерами, що відповідає використанню спільного ухвалення рішень. Суть цього процесу полягає в тому, аби пацієнт визначився з тим, які з запропонованих лікарем заходів медичної допомоги він готовий виконувати задля отримання конкретних результатів, з урахуванням особистих пріоритетів [2, 3]. В 2021 р. експертами Національного інституту охорони здоров'я та удосконалення медичної допомоги (NICE), Велика Британія, опубліковано настанову NG197 «Спільне ухвалення рішень» [2]. Настанова містить рекомендації щодо організаційних підходів впровадження стратегії спільного ухвалення рішень в управління охороною здоров'я та клінічну практику [2]. В розділі настанови «Практична реалізація спільного ухвалення рішень» послідовно розглядаються всі організаційні етапи. Використання стратегії спільного ухвалення рішень потребує відповідної підготовки лікарів та пацієнтів [2, 6, 7], тому важливо дослідити ставлення хворих на ІХС з коморбідними станами до запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, як на етапі первинної так і спеціалізованої допомоги.

Мета: провести комплексний аналіз ставлення хворих на ІХС з коморбідними станами щодо впровадження пацієнт-орієнтованих підходів в клінічну практику.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методом випадкової вибірки проведено анкетне опитування двох груп хворих на ІХС з коморбідними станами. І група – 30 хворих на ІХС, віком 61-75 (середній вік 67,2±5,1) які перебували під диспансерним наглядом кардіологів у терапевтичному відділенні Консультативно-діагностичного центру в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС). ІІ група – 33 військовослужбовці, хворих на ІХС віком 50-58 років (середній вік 53,2±2,4 роки), які прийшли на плановий прийом до лікаря загальної практики в Клініку амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь».

Методи дослідження: системного аналізу, анкетного опитування, статистичний. Для стандартизації підходів щодо визначення ставлення хворих на ІХС з коморбідними станами до впровадження пацієнт-орієнтованих підходів в клінічну практику розроблено анкету соціологічного опитування. Анкета включала питання щодо оцінки пацієнтами використання лікарями підходу спільного прийняття рішення, зокрема щодо надання інформації про стан здоров'я, призначення лікування, визначення рівня емпатії, що відповідає основним положенням анкети CARE [8], та питання щодо оцінки готовності пацієнтів до виконання заходів самоконтролю стану здоров'я, участі у процесі ухвалення та виконання рішень щодо лікування.

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних. Статистичний аналіз здійснювали на персональному комп'ютері за допомогою прикладних програм статистичного аналізу Microsoft Excel, статистичних пакетів STATISTICA 6.0. Для змінних шкали відношень первинна обробка включала розрахунок середніх арифметичних (M), помилок середніх арифметичних (m). Для змінних найменувань та рангових змінних первинна обробка включала в себе розрахунок відсотків (M±m) %. Т-критерій Стьюдента використовувався для порівняння середнього значення даних для двох груп. Результати вважали достовірними при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнт-орієнтована медична допомога базується на співпраці між медичними працівниками та пацієнтами, тому важливою складовою є поінформованість пацієнта та його залучення до процесу прийняття клінічних рішень щодо лікування. Результати соціологічного опитування засвідчили, що більшість опитаних хворих на ІХС І групи відповіли, що їм надають достатньо інформації, а більшість пацієнтів ІІ групи вважають що лікарі не завжди надають їм достатньо інформації щодо особливостей стану здоров'я та перебігу захворювання (табл. 1). Різниця між групами статистично достовірна ($p<0,05$)

Повага до цінностей, уподобань та потреб пацієнта – один з основних принципів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги та підходу спільного ухвалення рішень [1, 2, 9]. Процес спільного прийняття рішень потребує обговорення з пацієнтом багатьох питань. На питання «Чи погоджує лікар з Вами план Вашого лікування?» – «так» – відповіли 93,3±4,6 % хворих І групи та 51,5±8,7 % ІІ групи ($p<0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів щодо оцінки надання лікарями інформації про стан здоров'я, обговорення плану лікування

Питання	Так % (M±m)		Ні % (M±m)		Не завжди % (M±m)	
	I гр	II гр	I гр	II гр	I гр	II гр
Чи достатньо інформації надає лікар Вам щодо особливостей стану здоров'я та перебігу захворювання?	93,3±4,6	33,3± 8,2*	-	6,1± 4,2	6,6± 4,5	60,6± 8,5*
Чи погоджує лікар з Вами план Вашого лікування, обговорюючи варіанти, не ігноруючи Ваші погляди?	93,3±4,6	51,5± 8,7*	3,3±3,3	9,1± 5,0	3,3±3,3	39,4± 8,5*

Примітка * – p<0,05

Наступні питання анкети стосувались обговорення основних аспектів надання лікарями інформації щодо призначення медикаментозного лікування. На питання «Чи обговорює з Вами лікар, з якою метою призначає ті або інші медикаменти?» – «так» – відповіли 93,3±4,6 % I групи, 81,8±6,7 % II групи (табл. 2), що в цілому вказує на активне використання лікарями однієї з основних засад спільного ухвалення рішення.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів щодо оцінки надання лікарями інформації про особливості медикаментозного лікування

Питання	Так		Ні		Не завжди	
	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Чи обговорює лікар з якою метою призначаються ті або інші медикаменти?	93,3±4,6	81,8± 6,7	-	3,0± 3,0	6,6±4,5	15,2± 6,2
Чи обговорює лікар можливість розвитку у Вас побічного ефекту призначених препаратів?	83,3±6,8	33,3± 8,2*	6,6±4,5	21,2± 7,1	10±5,5	45,5± 8,7*
Чи обговорює лікар схеми лікування та особливостей прийому препаратів	93,3±4,6	57,6± 8,6	-	6,1± 4,2	6,6±4,5	36,3± 8,4*
Чи обговорює лікар заходи, які допоможуть Вам не забувати приймати препарати щоденно	83,3±6,8	42,4± 8,6*	6,6±4,5	9,1± 5,0	13,3±6,2	48,5± 8,7*

Примітка * – p<0,05

Пацієнти мають бути поінформовані не тільки про позитивний вплив медикаментозного лікування, але й можливі побічні ефекти, що важливо для спільного ухвалення рішень. На питання «Чи обговорює з Вами лікар можливість розвитку побічного ефекту призначених препаратів?» – «так» – відповіли 83,3±6,8 % I групи, та тільки 33,3±8,2 % II групи (p<0,05). На питання «Чи обговорює лікар схеми лікування та особливості прийому препаратів» – «так» – відповіли 93,3±4,6 % I групи, 57,6±8,6 % II групи. Ефективність лікування хворих на ІХС значною мірою залежить від прихильності до виконання рекомендацій лікаря та навчання пацієнтів [10, 11]. Запровадження підходів пацієнт-орієнтованої медичної допомоги передбачає урахування індивідуальних особливостей хворих на ІХС, посилення мотивації та підвищення прихильності до лікування. Результати досліджень щодо використання пацієнт-орієнтованого підходу для навчання хворих на ІХС, які були опубліковані в 2022 році, підтвердили позитивний вплив такого підходу на прихильність до лікування [10]. На питання «Чи обговорює з Вами лікар заходи, направлені на те, аби Ви не забували приймати препарати щоденно?» – «так» – відповіли більшість пацієнтів I групи і тільки 42,4±8,6 % II групи (табл. 2). Важливе значення має активна участь поінформованого пацієнта в процесі самоконтролю стану свого здоров'я. На питання анкети «Чи заохочує Вас лікар до самоконтролю стану здоров'я та результатів лікування – вимірювання тиску, оцінка самочуття тощо?» – «так» – відповіли 100 % хворих на ІХС I групи, та 39,4±8,5 % II групи (p<0,05); «не завжди» – 51,5± 8,7 % пацієнтів II групи. Таким чином, за оцінкою пацієнтів, на етапі спеціалізованої медичної допомоги лікарі надають більше інформації хворим на ІХС щодо медикаментозного лікування, що, вірогідно обумовлено особливостями організації диспансерного нагляду в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, зокрема, пацієнти з групи дуже високого ризику перебувають під диспансерним наглядом у кардіологів, їх активно запрошують на планові регулярні огляди, В процесі моніторингу лікування лікарі-кардіологи надають пацієнтам всю необхідну додаткову інформацію. Лікар загальної практики в Клініці амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» в процесі прийому часто вирішує цілу низку питань щодо стану здоров'я пацієнта, і це обмежує час для надання повної інформації щодо лікування ІХС.

Взаємовідносини, що базуються на принципах пацієнт-орієнтованої медичної допомоги, мають бути спрямовані на покращання емоційного стану пацієнта. В наукових дослідженнях встановлено, що па-

цієнти, які мають гарні відносини з медичним персоналом, як правило, вказують на задоволеність від наданої медичної допомоги та мають кращу прихильність до лікування [12]. Більшість пацієнтів обирають «співчуття» та споріднені з ним терміни «повага» та «доброта» як такі, що мають надзвичайно важливе значення при спілкуванні з лікарем [12]. На питання «Чи отримуєте Ви емоційну підтримку від лікаря щодо вирішення проблем зі здоров'ям?» – відповіли «так» 93,3±4,6 % пацієнтів I групи та 18,2±6,7 % пацієнтів II групи ($p<0,05$); «не завжди» – відповіли 60,6±8,5 % пацієнтів II групи.

Партнерські відносини між лікарем і пацієнтом – один з основних принципів пацієнторієнтованої медичної допомоги, який передбачає активну участь пацієнта. На питання «Чи є у Вас потреба більш детально обговорювати з лікарем план лікування та залучатись до ухвалення рішення – «так» – відповіли 36,7±8,8 % I групи, 84,8±6,3 % II групи ($p<0,05$).

На питання «Чи готові Ви до виконання заходів самоконтролю стану Вашого здоров'я та участі у процесі ухвалення рішень щодо лікування?» – «так» – відповіли 93,3±4,6 % пацієнтів I групи, 84,8±6,3 % II групи. Важливим компонентом самостійного контролю стану здоров'я є моніторинг (періодичний контроль) показників – наприклад, маси тіла, артеріального тиску, рівня фізичної активності або симптомів – таких, як біль, слабкість або інших ознак захворювання [13]. Клінічні дослідження довели позитивний вплив використання заходів самоконтролю на перебіг хронічних захворювань. Крім того, такий підхід є економічно ефективним, тому рекомендується заохочувати пацієнтів до впровадження таких заходів.

Таким чином, результати проведеного нами дослідження засвідчили, що опитані хворі на ІХС потребують більшого обсягу інформації та обговорення з лікарем як особливостей стану здоров'я, перебігу захворювання, призначення медикаментозного лікування, так і надання інформації щодо участі пацієнтів в самоконтролі стану здоров'я. Цей аспект є більш актуальним для пацієнтів Клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь», що необхідно враховувати для ефективного запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги. Важливо звернути увагу на основні види поінформованості: інформація про клінічний стан і прогноз; інформація про методи лікування/допомоги; інформація, яка потрібна для збільшення самостійності пацієнта, реалізації заходів самодопомоги та зміцнення здоров'я. Інформація, що надається медичним персоналом, має бути якомога більш детальною, незалежно від рівня освіти пацієнта [12]. Одна з цілей підвищення поінформованості та навчання хворих на ІХС – залучення їх до самостійного контролю стану здоров'я та виконання заходів самодопомоги, що є важливою складовою ефективного лікування і вторинної профілактики.

ВИСНОВКИ

1. Результати дослідження засвідчили зацікавленість і готовність більшості опитаних хворих на ІХС щодо використання основних принципів пацієнторієнтованого підходу. Більшість з них – 93,3±4,6 % пацієнтів I групи, 84,8±6,3 % II групи готові до виконання заходів самоконтролю стану свого здоров'я та участі у процесі ухвалення рішень щодо лікування.

2. Встановлено, що за оцінкою пацієнтів, на етапі спеціалізованої медичної допомоги лікарі надають більше інформації пацієнтам щодо медикаментозного лікування, зокрема, щодо побічних ефектів (83,3±6,8 % в I групі, 33,3±8,2 % II в групі, $p<0,05$), використання заходів, направлених на підвищення прихильності до лікування (83,3±6,8 % в I групі, 42,4± 8,6 % II в групі, $p<0,05$), що, вірогідно обумовлено особливостями організації диспансерного нагляду хворих групи дуже високого ризику в ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, зокрема, пацієнтів активно запрошують на планові регулярні огляди, і лікарі-кардіологи в процесі моніторингу лікування надають необхідну додаткову інформацію.

3. Отримані результати обґрунтовують доцільність удосконалення підходів щодо підвищення поінформованості, залучення хворих на ІХС до процесу ухвалення спільних рішень, та відповідної підготовки лікарів, як складової впровадження пацієнторієнтованої медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень. Перспективним напрямом наукових досліджень є запровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, зокрема, розробка медико-організаційних підходів щодо оптимізації залучення пацієнтів до участі в процесі лікування як партнерів.

ФІНАНСУВАННЯ ТА КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Стаття фінансована власним коштом.

ДОТРИМАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ

Дослідження проводилося відповідно до стандартів, викладених у Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи проведення наукових медичних досліджень із залученням людей». Усі учасники були поінформовані про цілі, організацію, методи дослідження та підписали добровільну інформовану згоду на участь у ньому, а також вжито всіх заходів для забезпечення анонімності пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. 2016. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making. NICE guideline [NG197]. 2021 URL: https://www.nice.org.uk/guidance/ng197
3. Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity / Diachuk D. D., Hidzynska I. M., Moroz G. Z., Tkachuk I. M.. Медичні перспективи. 2020. Т. 25. № 4. С. 4-11. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220
4. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2020. Vol. 41. P. 407-477. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
5. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Integrating Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Multimorbidity Treatment: A Framework for Pragmatic, Patient-Centered Care: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee / Birtcher KK et al. J Am Coll Cardiol. 2022. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.08.754
6. Oeriemans, A.J.M., Knippenberg, M.L., Olthuis, G. J. Learning shared decision-making in clinical practice. Patient Education and Counseling. 2021. 104 (5). P. 1206-1212. DOI: 10.1016/j.pec.2020.09.034
7. Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients / Kienlin S., Nytrøen K., Stacey D., Kasper J. J Eval Clin Pract. 2020. 26(2) P. 610-621. DOI: 10.1111/jep.13380.
8. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. 2014. London: The Health Foundation. 80 p. https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf
9. Gulbrandsen P. Shared decision making: improving doctor-patient communication. BMJ. 2020. 368. m97. DOI: 10.1136/bmj.m97.
10. The effect of patient-centered education in adherence to the treatment regimen in patients with coronary artery disease / Saki M. et al. Journal of Vascular Nursing. 2022. Vol. 40. Issue 1. P. 28-34. URL: https://doi.org/10.1016/J.JVN.2021.10.003
11. Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers / Khatib R et al. Open Heart. 2019. 6. e000997. DOI:10.1136/ openhrt-2018-000997
12. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. BMC Health Serv Res. 2019.19(1). P. 13 DOI: 10.1186/s12913-018-3818-y.
13. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience / van Riel PLCM et al. Rheum Dis Clin North Am. 2019. 45(2). P. 187-195. DOI: 10.1016/j.rdc.2019.01.008.

REFERENSES

1. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. (2016) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf
2. National Institute for Health and Care Excellence. Shared decision making. NICE guideline [NG197] (2021). https://www.nice.org.uk/guidance/ng197
3. Diachuk D. D. Hidzynska I. M., Moroz G. Z., & Tkachuk I. M. (2020) Current approaches to medical care optimization for patients with multimorbidity. Medicni Perspektivi (Medical Perspectives), 25(4), 4-11. https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221220
4. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) (2020) Eur Heart J., 41, 407-477. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
5. 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Integrating Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Multimorbidity Treatment: A Framework for Pragmatic, Patient-Centered Care: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee (2022). J Am Coll Cardiol. DOI: 10.1016/j.jacc.2022.08.754
6. Oeriemans, A.J.M., Knippenberg, M.L., & Olthuis, G.J. (2021). Learning shared decision-making in clinical practice. Patient Education and Counseling, 104 (5), 1206-1212. DOI: 10.1016/j.pec.2020.09.034
7. Kienlin S., Nytrøen K., Stacey D., & Kasper J. (2020). Ready for shared decision making: Pretesting a training module for health professionals on sharing decisions with their patients. J Eval Clin Pract., 26(2), 610-621. DOI: 10.1111/jep.13380.

8. Helping measure person-centred care. A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care (2014). London: The Health Foundation. 80 p. https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf
9. Gulbrandsen P. (2020). Shared decision making: improving doctor-patient communication. BMJ., 368, m97. DOI: 10.1136/bmj.m97.
10. Saki M., Najmi S, Gholami M., Ebrahimzadeh, F., & Pour F (2022). The effect of patient-centered education in adherence to the treatment regimen in patients with coronary artery disease. Journal of Vascular Nursing, 40 (1), 28-34 DOI: https://doi.org/10.1016/J.JVN.2021.10.003
11. Khatib R, Marshall K, Silcock J, Forrest C, & Hall A. S. (2019). Adherence to coronary artery disease secondary prevention medicines: exploring modifiable barriers. Open Heart. 6, e000997. DOI:10.1136/ openhrt-2018-000997
12. Kuipers SJ, Cramm JM, & Nieboer AP (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. BMC Health Serv Res.,19(1), 13. DOI: 10.1186/s12913-018-3818-y.
13.van Riel PLCM, Zuidema R. M., Vogel C., & Rongen-van Dartel, S.A.A. (2019) Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. Rheum Dis Clin North Am. 45(2), 187-195. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008

Summary

IMPLEMENTATION OF PATIENT-CENTERED MEDICAL CARE MODEL: ANALYSIS OF THE ATTITUDES OF PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND COMORBIDITIES

Galina Z. Moroz[1,2], Iryna M. Hidzynska[2], Oleksandr M. Tkalenko[1], Iryna M. Tkachuk[1], Anastasiya K. Sokolyuk[1]

1 – Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine
2 – State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, Kyiv, Ukraine

The aim: to evaluate the attitude of patients with coronary artery disease and comorbidities to the implementation of patient-centered care in clinical practice.
Materials and methods. We carried out questionnaire survey of two groups of patients with coronary artery disease and comorbidities. The first one consisted of 30 patients with coronary artery disease aged 61-75 (mean age 67,2±5,1 years) who were followed by the cardiologist in the therapeutic department of the State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department. The second one – 33 military personnel with coronary artery disease aged 50-58 years (mean age 53,2±2,4 years) who came for a scheduled appointment with a general practitioner at the Outpatient Care Clinic of the National military medical clinical center «GVKG». Methods: system analysis, questionnaire survey, statistical.
Results. According to patient's opinion cardiologists give much more information about pharmacological treatment, including side effects of medications used (83,3±6,8 % in the Ist group vs 33,3±8,2 % in the 2nd group, p<0,05) and actions to increase patients' compliance (83,3±6,8 % in the Ist group vs 42,4± 8,6 % in the 2nd group, p<0,05). This is related to the peculiarities of management of patients with chronic diseases in the State Institution of Science «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department, in particular, with the follow-up of high-risk cardiac patients, including scheduled appointments and monitoring of patient's clinical conditions by a cardiologist. Emotional support was given to 93,3±4,6 % of patients in the Ist group and to 18,2±6,7 % of patients in the 2nd group (p<0,05). 36,7±8,8 % of patients in the Ist group and 84,8±6,3 % in the 2nd group (p<0,05) indicated, that they need more information about their treatment plan and involvement in clinical decision-making. 93,3±4,6 % of patients in the Ist group and 4,8±6,3 % in the 2nd group were ready to perform self-monitoring of their health conditions and participate in the decision-making process regarding their treatment.
Conclusions. Our survey demonstrated, that the majority of interviewed patients with coronary artery disease and comorbidities are ready to use basic principles of patient-centered care. The necessity to improve patient's information and education about clinical decision-making and physician's practical skills in the field of implementation of patient-centered care was substantiated.

Keywords: **patient-centered care, coronary artery disease, comorbidity**