

К.И. Кузьмина, В.Н. Оноприенко, Н.С. Козак, Т.М. Семик, Т.А. Андон

## СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА СЕГОДНЯ И ПРОБЛЕМА ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛИЗАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И КОМПЬЮТЕРНЫХ СИСТЕМ

Место и роль семейной медицины в сегодняшней системе охраны здоровья, несомненно, инновационные. Это не только организация первичной медико-санитарной помощи, то есть “предоставление интегрированных и доступных услуг в сфере здравоохранения врачами, которые несут ответственность за удовлетворение многих потребностей здоровья пациента, налаживания партнерских отношений с пациентами и взаимодействие с семьей и обществом” [1, с.25], но также *начало принципиально нового понимания проектной культуры в человековедении, в частности сохранения здоровья здорового человека в искусственно созданном комфортном индивидуальном адаптационно-информационном пространстве (ИАИП)* [2].

Последнее должно базироваться на знаниях о биосоциальной культуре человека [3] (знание о себе, своих возможностях, резервах, способах биологической защиты, направленности заболеваний, эмоциональном, симбиотическом, эмпатийном, реализационном и творческом потенциале); плодотворном сотрудничестве фундаментального и прикладного в науках о человеке – чрезвычайно слабой области в настоящее время; генетически обусловленном ИАИП человека, с широким привлечением компьютерных средств для реализации этого современного информационного продукта.

Модель общественно ориентированной первичной помощи еще не достигла известного распространения, хотя в 90-х годах XX века множество стран центральной и восточной Европы определили семейную медицину независимой специальностью.

Согласно литературным источникам, семейная медицина – это комплекс научных и практических мероприятий для организации семейной лечебной практики, которая обеспечивает длительную опеку за здоровьем граждан и всех членов их семей во все периоды их жизненного цикла.

Главными принципами семейной медицины являются *продолжительность и непрерывность наблюдения* за здоровьем больного – обеспечение постоянного сотрудничества семейного врача с пациентом и другими специалистами сферы здравоохранения.

Принцип *многопрофильности* отображает отношение к семье как к единице медицинского обслуживания, восприятие человека как *целостного образа*, неделимого целого в плане адаптации к разным факторам внешней среды. Всесторонний подход семейного врача к больному является альтернативным к одностороннему, узкоспециализированному медицинскому подходу. Семейные врачи оказывают помощь нескольким поколениям пациентов из одной семьи; контролируют влияние экологических факторов, спорта, особенностей питания, вредных привычек на организм каждого члена семьи.

Принцип *превентивности* – основа деятельности семейного врача, ее профилактическая направленность, прогнозирование риска развития отдельных заболеваний, доклиническая их диагностика.

С учетом этих принципов для достижения конечной цели перед семейной медициной открывается широкий спектр функциональных реализаций, в частности предоставление медико-санитарной помощи каждому гражданину и членам его семьи; охрана материнства и детства; динамическое наблюдение за состоянием здоровья членов семьи; проведение профилактических осмотров, генетическое обследование при планировании семьи; рекомендации относительно способа жизни для членов семьи, их гигиеническая учеба; осуществление амбулаторно-поликлинической помощи и организация стационарной помощи; предоставление экстренной медицинской помощи; проведение экспертизы работоспособности [4].

Лейтмотивом при реализации информационной программы “Семейная медицина” просматривается *междисциплинарность как новая методологическая основа* для получения знаний о человеке в информационном XXI веке [2, 5].

Здоровье человека рассматривается сейчас как интегрированный показатель социального развития общества, мощный фактор влияния на экономический и культурный потенциал страны.

В свете рассматриваемого семейный врач кроме выполнения медицинских обязанностей (терапевтических, педиатрических, неврологических, психиатрических, гинекологических и т.д.) занимается решением психологических, физиологических, социологических вопросов членов всей семьи [6].

Особенно ценным в методологии проблемы “Семейная медицина” является *“Раздельное принятие решения”* – процесс, в котором принимает участие пациент, решающий с врачом все дискуссионные вопросы относительно собственного здоровья. При этом индивидуально-типологический подход к тандему пациент–врач, очень важный в плане улучшения симбиотических отношений, приобретает большее значение, чем само партнерство; это уже взаимопонимание пациента и врача, выход на *качественно новый уровень ответственности*, новых знаний клинической практики в будущем.

Применение компьютерных технологий в практике врача большинство пациентов одобряет, но некоторые клиницисты не готовы к принятию таких изменений. Однако хорошо организованное управление и усовершенствованные коммуникации предлагают значительно большие возможности для улучшения качества надомной медицинской помощи, в том числе в общей медицинской практике всего мира.

Организационно это будет создание больших междисциплинарных команд медицинских работников. Подбор команд с адекватным профессиональным и психологическим климатом должен вестись с помощью профотбора с высокой эффективностью профессионального ресурса (единомыслие, согласованность, высокое качество обслуживания, глубокие инновационные знания и практические навыки).

Этому могут способствовать современные методы поддержки программы “Семейная медицина”: диалоговый медицинский советник и диалоговые телеконсультации; создание для каждого врача собственного сайта, веб-узлов, управляемых офисом их собственного врача – как первый шаг в интерактивном привлечении пациентов.

Очень полезными могут стать спецкурсы для обучения врачей компьютерной грамотности с серьезным акцентом на конфиденциальности информации относительно проблем пациента.

**Информационный век и проблемы ментального здоровья.** XXI век – это период глобализации, один из магистральных путей развития человечества, способствующий распространению информации по всему миру фактически в режиме on line.

По сути, переводя на биологический язык, – это режим дистантной синхронизации, состояние достаточной напряженности организма (дистресс), судорожной готовности и активности с соответствующими нейрофизиологическими, биохимическими, психофизиологическими и поведенческими реакциями человека.

Проблемы ментального здоровья населения, обусловленные вхождением человечества в принципиально новую стадию его развития – в эпоху информационного общества, касаются трансформации информационного пространства, сферы образования, поскольку система подготовки кадров отстает от темпов развития науки и техники. Это снижает эффективность деятельности некоторых технологических систем, появляется необходимость постоянного переучивания – мощный стрессовый фактор, оказывающий отрицательное влияние на здоровье человека; возникает целый комплекс морально–этических проблем касательно возможностей клонирования, разработки новых медикаментов от эры клинической биохимии к эре геномики.

Наряду с известными преимуществами информационного века, компьютерная революция может привести к серьезным негативным последствиям, более всего – в социально-психологическом аспекте. Это дегуманизация общества, утрата способности к общению, взаимопониманию, эмпатии (сочувствие, сопереживание); увлечение компьютерными играми, отвлекающее от трудовой деятельности; специализация мышления – помеха для осмысливания других видов деятельности; точность и аккуратность перерастают в чрезмерный педантизм и пунктуальность; навязчивости в сфере постоянной гармонии, а поскольку этого достигнуть нельзя, человек находится всегда в состоянии фрустрации; нарушение зрения, монотония, обострение невротических черт личности, достигающих маниакальности.

В аспекте сказанного рассматриваемая проблема семейной медицины с акцентированием практической деятельности семейного врача на семью является одной из уникальных и определяющих его характеристик.

Сегодня эта проблема далека от реализации, локальна, слабо представлена теоретически и практически. Хотя компьютерные технологии, системный подход, несущий в себе целостность понимания человека, знание о динамической структуре личности и симбиоз пациент-врач – *это принципиально новая модель предоставления помощи человеку в связи с особенностями его дезадаптации (направленность заболеваний) и междисциплинарного социопсихофизиологического адаптационного портрета.*

Изучение жизненного цикла каждого члена семьи в целом: ее генетической обусловленности; нормы и долголетия; бифуркационных (переходных) моментов в жизнедеятельности семьи; разработки на основе ее биосоциальной культуры индивидуально-адаптационно-информационного пространства (ИАИП), обеспечивающего комфортность и эффективность жизни с существенным снижением “цены” адаптации – *это но-*

вая проектная культура, новый биотехнологический информационный продукт с компьютерной реализацией, что и является целью настоящей работы.

**Инновационные технико-технологические средства социопсихофизиологической поддержки современного человековедения, в частности при решении проблемы “Семейная медицина”.** Прогрессивным инструментом для реализации принципиально новых возможностей понимания механизмов адаптации человека, оценки его функциональной надежности в течение всего жизненного цикла являются *компьютерные технологии*. Последние существенно расширяют диапазон решения проблемы “Семейная медицина” в плане разноаспектности, системности, динамичности, междисциплинарности, формируя представление о целостном образе человека, его адаптационном социопсихофизиологическом портрете [2, 3, 7, 8].

Сказанное ориентирует на грамотную повсеместную реализацию модели “Семейная медицина” на основе новых знаний о биосоциальной культуре человека; обоснованной генетически профилактике заболеваний, в том числе профессиональных; обеспечение высокого качества жизни и долголетия человека.

Социопсихофизиологические исследования обеспечиваются компьютерными системами: АСНИ, ЭФФЕКТ, ЦВЕТ, КОМФОРТ, СЕНСОР, которые с помощью системы КОНСТРУКТОР могут быть использованы в различных последовательностях, диапазонах и сочетаниях предъявлений. Кроме того, достоинством технологии является возможность самостоятельного использования каждой из систем.

Программное обеспечение реализовано в интегрированной среде Borland Delphi Version 6.0 для Windows. Системные требования: Microsoft Windows XP, ME; видеокарта и монитор с разрешающей способностью не меньше, чем VGA; Borland Database Engine (BDE). Базовое программное обеспечение может быть дополнено и переориентировано в зависимости от приоритетов проблемно-ориентированных АСУ, создаваемых для изучения индивидуальной адаптации человека в различных сферах его жизнедеятельности (биосоциальная культура человека, проблема становления профессионала и его профессиональное долголетие, изучение здоровья и болезни как единого динамического процесса, здоровье здорового человека, индивидуализация обучения, организация сменной работы; медицинская, социальная и психологическая коррекция, криминалистика и юриспруденция), *особенно в целом – биосоциального здоровья коллектива, который называется “СЕМЬЯ”.*

На основе этих знаний рассматривается ряд информационных технологий и компьютерных систем для получения *индивидуального адаптационного социопсихофизиологического портрета человека* в различных сферах его жизнедеятельности, в том числе для оптимизации человеко-машинных систем за счет антропогенного звена. Предлагается широкий спектр научно-практического использования разработанных компьютерных систем для повышения эффективности профессиональной деятельности, сохранения профессионального долголетия человека на основе знаний о его биосоциальной культуре.

Различные технологии исследования реализуются по задаваемому исследователем алгоритму с помощью разработанных компьютерных систем:

**1. Компьютерная система АСНИ** (автоматизированная система для научных исследований) дает возможность реализовать междисциплинарный компьютерный экс-

перимент и получить индивидуальный социопсихофизиологический портрет личности обследуемого, включающий индивидуально-типологические свойства (сила, подвижность, уравновешенность нервных процессов), тип реагирования (стенический, гиперстенический, гипостенический, астенический), позицию личности, уровень притязаний, эмоциональный фон; скоростные свойства анализаторных систем (зрительная, слуховая, сенсомоторная); особенности высших психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, интеллект); поведение в стрессе, способы биологической защиты; вегетативное реагирование (симпатическое, парасимпатическое); направленность дезадаптации (невротический тип, психосоматический, поведенческий); тип оптимальной работоспособности, характеристики активометрии, профессиональной ориентации, психоклимата в коллективе; рекомендации по выбору профессии, режимов труда и отдыха, индивидуализации обучения, оптимизации межличностных отношений.

Последнее особенно важно как в аспекте “семейный врач – пациент”, так и при человеко-компьютерном (ЧК) взаимодействии, так как оно обусловлено теми же механизмами, что и человеческое общение.

Положенные в основу базовой экспериментальной модели исследования структурно-функциональной организации семьи, ее компонентов, комфортности индивидуальной адаптации к различным факторам внешней среды и результаты компьютерных экспериментов дают возможность получать систему количественных оценок междисциплинарного, межсистемного обеспечения жизнеспособности семьи.

Это, в свою очередь, выделяет основные критерии типологически обусловленных стереотипов индивидуальной адаптации членов семьи в условиях психоэмоциональных и мышечных перегрузок; позволяет приблизиться к описанию *динамического адаптационного социопсихофизиологического портрета семьи*.

Последний позволяет идентифицировать качество, комфортность жизни семьи и обеспечение ее центральными, вегетативными и анализаторными системами организма. В целом такой портрет дает информацию об индивидуальных стилях взаимодействия семьи, каждого ее члена с врачом, понимания совместной ответственности за свое биосоциальное здоровье.

При этом может быть сделан акцент на нивелировании последствий общения с компьютером, приносящем сегодня очевидные компьютерные болезни; уменьшении “цены” (или психофизиологической стоимости) адаптации пользователя ПК при человеко-компьютерном взаимодействии. Успешность последнего в связи с персонализацией, анимацией компьютера особенно зависит от способа биологической защиты, являющейся стабилизирующей подструктурой личности, предохраняющей сферу сознания от негативных, конфликтных, травмирующих переживаний. При этом выявляются различные стратегии ЧК-взаимодействия (поверхностная, разорванная, целостная, ригидная и т.д., компьютер – кормилец, недруг, соперник и др.).

Рассматриваемая технология и компьютерная система АСНИ поможет врачу ориентировать членов семьи на адекватный выбор высокоэффективной профессии с оптимальными психофизиологическими затратами, исходя из структуры их личности. Так, высокая эмоциональная напряженность отмечается у меланхоликов с очень высоким контролем над поведением, чувством долга и ответственности, быстрым нервно-

психическим истощением. Флегматики могут работать на фоне сниженной подвижности первых процессов и недостаточной общей и вегетативной активации (парасимпатикотонии). Сангвиники с их устойчивой и высокой эффективностью деятельности, относительной стабильностью показателей, обеспечивающих ее, не показывают ожидаемую очень высокую успешность деятельности из-за хрупкости мотивации, монотонии и быстрого пресыщения.

Рассмотренные результаты, являющиеся началом принципиально новой технологии изучения человека, включающей *междисциплинарный подход*, динамическую типологическую структуру личности, позволяют *индивидуализировать форму управления функциональным состоянием и свойствами человека*.

Так, эффективность и комфортность жизни семьи, каждого ее члена улучшится, если у *меланхоликов* профилактировать раннее утомление, у *флегматиков* учитывать темп подачи информации и поддерживать достаточный уровень активации; *сангвиник* обеспечит очень высокую эффективность жизни, если активировать его мотивацию, профилактировать монотонию и быстрое пресыщение.

В основе системы АСНИ лежит достаточно сложный, трудоемкий для практического использования, хотя и информационно емкий метод ММРІ [3, 7, 8].

Здесь же была использована батарея экспресс–диагностических с компьютерной интерпретацией тестов, дающая возможность в мониторинговом режиме увидеть структуру семьи и ее динамику. Это тесты по профотбору и профориентации, оптимальной работоспособности, распределению обязанностей в коллективе, психоклимату, вегетативной направленности и др.

**2. Компьютерная система КОМФОРТ** непосредственно связана с проблемой работоспособности каждого члена семьи и семейного врача, тем более с ПК, поскольку он сегодня является центральным звеном структуры современной жизни и современного производства.

Деятельность человека сегодняшнего дня достаточно серьезно связана с нарушением его биосоциального здоровья невротической, психосоматической и поведенческой направленности в связи типом дезадаптации личности.

Функциональные возможности системы КОМФОРТ в большой степени будут полезны, в том числе и для своевременной профилактики этих негативных последствий компьютеризации.

Система КОМФОРТ [7] – программно реализованная компьютерная система психоэмоциональной разгрузки и релаксации, цель которой - поддержание и восстановление работоспособности человека, в том числе пользователя ПК в человеко–компьютерных системах, в реальном масштабе времени, в течение рабочего дня, вне профессиональной деятельности. Реализация системы основана на индивидуализации режимов релаксации и ее профессиональной специфики, цветодиагностике и цветокоррекции (экспресс- диагностические тесты Люшера и Айзенка).

Система помогает пациенту и пользователю ПК сформировать оптимальный цветовой климат экрана компьютера в зависимости от его актуального функционального состояния, предлагает информацию по оптимизации зрения, мышечного тонуса, психоэмоциональной сферы (психостимуляция, психорелаксация).

В домашних условиях система может сориентировать пользователя ПК на индивидуальное хобби в зависимости от его типа личности, предложит красочный иллюстрационный материал по эстетотерапии; вооружит емкой информацией по организации комфортного индивидуального информационного пространства, необходимого для сохранения его биосоциального здоровья.

**3. Компьютерная система ЦВЕТ.** Для реализации программы “Семейная медицина” может быть использована компьютерная система ЦВЕТ [7, 9], разработанная в идеологии биологической обратной связи (БОС) для диагностики и управления функциональным состоянием пользователя ПК (пациента) путем изменения динамического цветового климата экрана ПК и среды обитания.

Являясь средством цветовой индивидуализации взаимодействия человека и среды, система позволяет качественно, быстро, с сохранением работоспособности реализовать процесс восприятия и переработки информации, профилировать критические режимы деятельности; осуществить рекомендации: отдохнуть, выбрать программу предлагаемой релаксации, обратиться к специалисту.

**4. Система КОНСТРУКТОР** - компьютерный инструмент для современных программных технологий социопсихофизиологических исследований [8]. По сути – это компьютеризованное рабочее место исследователя. Предназначено для самостоятельного конструирования и выполнения проектов исследования, мониторинга и управления функциональным состоянием пациента, пользователя и эффективностью системы человек-компьютер. Из множества готовых тестов и программ исследований, аудио- и видеосопровождений, вариаций цветового климата экрана и среды пребывания, формы, размера и алгоритма предъявления информации конструирует конкретные относительно поставленной задачи социопсихофизиологические исследования. КОНСТРУКТОР исследований может стать основой государственной системы мониторинга социопсихофизиологического здоровья населения Украины.

**Подходы к разработке адаптационного информационного пространства человека (в частности, пациента, пользователя ПК).**

Индивидуализация цветового климата монитора компьютера может быть расширена до понятия индивидуально-типологического адаптационно-информационного пространства пациента (в том числе пользователя ПК) на базе тандема “*Типология личности – типология средового дизайна*” [10].

В частности, понятие “дизайн” сегодня – это не только умение “оформить” предметно-пространственное оснащение нашей жизни, но и искусство нового этапа развития цивилизации. Дизайн перерос в общую категорию “проектной культуры” [9, 10] и утверждается как новая профессия – дизайн среды (гармонизация формы, колористическая палитра, выразительность и смысловое содержание элементов и т.д.).

Средовый дизайн – единственный вид проектирования, который рассматривает всю совокупность условий и обстоятельств человеческого бытия. Если на фоне этих знаний рассмотреть знание о типах личности человека (например, холерик, флегматик, меланхолик, сангвиник), то вызреет *принципиально новое направление знаний: “Типология личности - типология средового дизайна”*.

Сегодня – это наиболее интеллектуальная и информационно-емкая сфера проектной деятельности, имеющая собственную типологию своей конечной продукции, свои методики и способы их проектирования.

В тандеме с типологией личности человека (пациента), востребующего эту продукцию, рассматриваемая платформа генетически адекватна и перспективна для создания полезных высокоинтеллектуальных биотехнологий, в частности для реализации инновационной программы “Семейная медицина”.

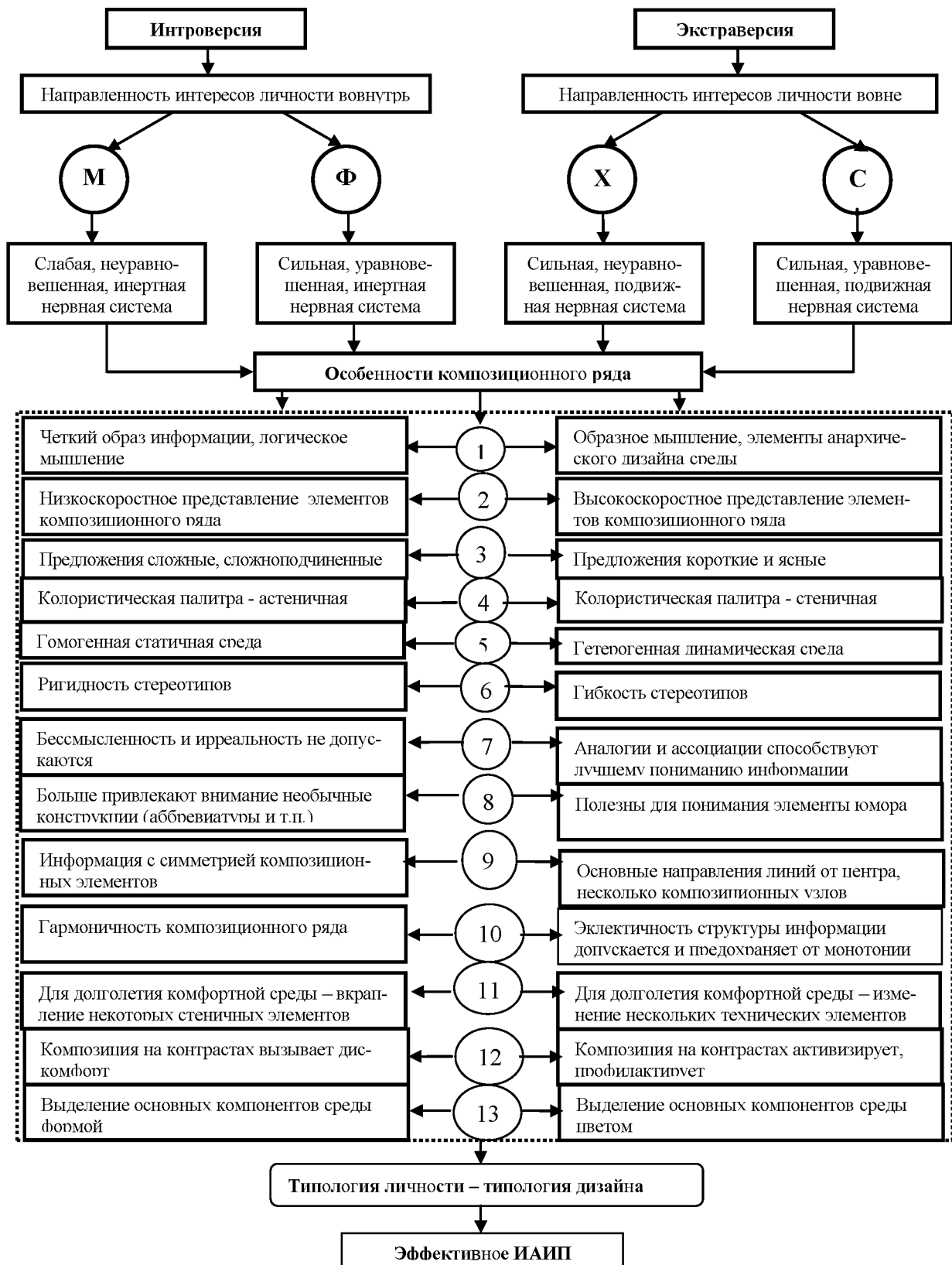
Созданный информационный продукт (модель) для пациента (или так называемое ИАИП) должен обладать высоким уровнем комфортности и адекватности глубинной организации человека с учетом особенностей его нервной системы, высших психических функций, поведения в стрессе, способов биологической защиты и многим другим.

На основании этого для *интроверта* (рисунок) – это гомогенная визуальная среда с доминированием ахроматических цветов в колористической палитре: ненасыщенные (пастельные) цвета рисунков и фона, слабая интенсивность видео- и аудиосопровождения. Очень важна гармоничность композиции, разделение текстовой части и декоративного фона, эстетическое и смысловое решение. Большое разнообразие элементов (рамки, линейки, цветные планки) и их высокая динамичность исключаются.

Для *экстраверта* – все наоборот: разнообразный иллюстрационный материал, динамичность агрессивной (активной) среды, достаточная дисгармония, эклектический (анархический) дизайн, главное – яркость и динамичность (высокий темп предъявления информации), мажорное аудиосопровождение. Такое индивидуальное информационное пространство оптимизирует, спасает от монотонии, повышает уровень активации головного мозга экстраверта, что субъективно воспринимается им как комфорт.

Для профилактики пресыщения, привыкания и монотонии (особенно для пациентов с сильной нервной системой) необходимо после определенного срока, не меняя основного содержания, вводить стеничные (активные) элементы. В аспекте сказанного особенно важен вопрос биоэтики, основным призывом которой является “не навреди”. Особенно необходимо быть корректным с пациентами юного возраста, у которых многие информационные процессы протекают на подсознательном уровне. Должны быть исключены неэстетические ассоциации, которые кроме отвращения ничего не вызывают; часто встречающиеся сейчас немислимые кошунства, особенно опасные как информационный продукт для детей – эмпатийных (сопереживающих) интровертов, формируя неврозы и навязчивости; выраженная пресыщенность информационных сред (особенно в период подчеркнутой необходимой концентрации внимания) динамическими цветовыми, контрастно-цветовыми изысками современных технических возможностей без дифференциации главного и второстепенного.





Индивидуально-типологические особенности композиционного ряда ИАИП для интровертов и экстравертов (М–меланхолик, Ф–флегматик, Х–холерик, С–сангвиник)

**Выводы:** В XXI веке - в близкой перспективе - намечается плодотворное сотрудничество фундаментального и прикладного в когнитивной науке [5]. Исследования сегодня в различных областях приобретают все более междисциплинарный характер, переходя на новый качественный этап, связанный с взаимной конвергенцией знаний.

Общепринятым обозначением таких процессов стала аббревиатура НБИК (нано-, инфо-, био-, когно-). Происходящие глобальные процессы объединяют раздробленный на изолированные фрагменты ландшафт научных знаний. Мощные информационные процессы начались с возникновением информационных технологий. С 1990 года лидируют биотехнологии, добавив к аббревиатуре НБИК букву “С” (социо-).

Обнажилась тенденция к появлению “социального человека”, рефлексивных форм сознания, способности человека к самопознанию; связи социального и когнитивного с информационными процессами, то есть с процессами коммуникации, лежащими в основе жизнедеятельности любого социального организма. Важнейший момент в области этих исследований – развитие когнитивных технологий, инструментов и процедур, улучшающих производительность труда, обучаемость и самочувствие человека.

Конечно, когнитивные технологии – не совсем новое явление; но в рамках конвергентных исследований эти технологии впервые начинают опираться на передовую научную методологию, позволяющую в духе заветов Галилея измерять то, что измеримо, а то, что неизмеримо, делать измеримым [5, с.14].

Тандем типология личности – типология индивидуального адаптационно-информационного пространства - перспективная проектная культура для реализации программы “Семейная медицина” и рассматривается в работе с позиции уже имеющихся современных информационных технологий и компьютерных систем. Проведенное исследование подчеркивает необходимость изучения механизмов индивидуальной (а не среднестатистической) адаптации организма с целью расширения его функциональных возможностей, профилактики и лечения заболеваний.

Возможно, достаточная готовность междисциплинарных знаний о человеке, структуре его личности и особенностях индивидуального адаптационного реагирования, об уровне современных технологий и компьютерных систем ориентируют исследователей на принципиально новые программы по человековедению, в частности на реализацию направления “Семейная медицина”.

Для специалистов в области кибернетики и информатики направление “Семейная медицина“ выступает как рабочая высокоинформативная, типологическая (а не среднестатистическая) модель адаптации человека. Дальнейшая унификация и систематизация знаний в контексте рассматриваемой проблемы поможет усилить доказательную базу причинно-следственных конструкций для дальнейшего моделирования и анализа индивидуальной адаптации.

Это открывает путь не только для создания современного сервисно-интеллектуального информационного продукта – семейной медицины, но и существенно расширяет спектр инновационного мировоззрения в различных сферах современного человековедения.

**Список литературы:** 1. Семейная медицина: Підручник. - Кн. 1. Організаційні основи сімейної медицини / Гіріна О.М., Грішило П.В., Лемзянова Т.Г. та ін. / За ред. В.Ф.Москаленка, О.М.Гіріної. - К.: Медицина, 2007. – 392 с. 2. Кузьмина К.И. Психоло-

физиологические механизмы индивидуальной адаптации организма при действии различных экзогенных факторов: Дис...д-ра биол. наук. – К., 1995. – 356 с. 3. *Кузьмина К.И.* Человек и его биосоциальная культура // Кибернетика и вычислительная техника. – Вып. 129. – 2000. – С.66-77. 4. *Вітенко І.С., Чабан О.Є., Бусло О.О.* Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: Навч. посіб. – Тернопіль: Укрмедичина, 2002. – 186 с. 5. *Величковский Б.М.* Конвергенция сознания и технологический процесс // В мире науки. – М: МГУ им. Ломоносова. – 2012. – С.13-18. 6. *Москаленко В.* Діяльність галузі охорони здоров'я у 2000 році, завдання щодо подальшого її розвитку та поліпшення рівня здоров'я населення України // Ваше здоров'я. – 2001. - №8. 7. *Кузьмина К.И., Семик Т.М., Андон Т.А.* Современные информационные технологии для изучения механизмов индивидуальной психофизиологической адаптации человека // Проблемы программирования. – К.: ИПС НАНУ, 2008. - №2-3. – С.695-702. 8. *Кузьмина К.И., Семик Т.М., Карпинка Е.С., Селезнева Н.В.* Компьютерные технологии проведения социопсихофизиологических исследований // УСИМ.– 2010. – №3. – С.62-70. 9. *Кузьмина К.И., Семик Т.М., Кудрицкая Т.М., Андон Т.А.* Психофизиологические знания о человеке – современный научно–практический ресурс интеллектуализации издательско–полиграфической деятельности // Материалы междунар. заочн. научно-практич. конф. “Маркетинг, реклама и PR: актуальные проблемы тенденции развития” (1 марта 2011 г.). – Новосибирск: Изд.“ЭНСКЕ”, 2011.– С. 57-70. 10. Дизайн. Иллюстрированный словарь-справочник / Минервин Г.Б., Шимко В.Г., Ефимов А.В. и др. / Под общ. ред. Б.Минервина, В.Г.Шимко. – М: Архитектура-С /, 2004.- 228 с.

**Bibliography (transliterated):** 1. Simejna medicina: Pidruchnik. - Kn. 1. Organizacijni osnovi simejnoi medicini / Girina O.M., Grishilo P.V., Lemzjanova T.G. ta in. / Za red. V.F.Moskalenka, O.M.Girinoi. - K.: Medicina, 2007. – 392 s. 2. Kuz'mina K.I. Psihofiziologicheskie mehanizmy individual'noj adaptacii organizma pri dejstvii razlichnyh jekzogennyh faktorov: Dis...d-ra biol. nauk. – K., 1995. – 356 s. 3. Kuz'mina K.I. Chelovek i ego biosocial'naja kul'tura // Kibernetika i vychislitel'naja tehnika. – Vyp. 129. – 2000. – S.66-77. 4. Vitenko I.S., Chaban O.E., Buslo O.O. Simejna medicina: psihologichni aspekti diagnostiki, profilaktiki i likuvannja hvorih: Navch. posib. – Ternopil': Ukrmedicina, 2002. – 186 s. 5. Velichkovskij B.M. Konvergencija soznanija i tehnologicheskij process // V mire nauki. – M: MGU im. Lomonosova. – 2012. – S.13-18. 6. Moskalenko V. Dijal'nist' galuzi ohoroni zdorov'ja u 2000 roci, zavdannja wodo po-dal'shogo ii rozvitku ta polipshennja rivnja zdorov'ja naseleennja Ukraïni // Vashe zdorov'ja. – 2001. - №8. 7. Kuz'mina K.I., Semik T.M., Andon T.A. Sovremennye informacionnye tehnologii dlja izuchenija mehanizmov individual'noj psihofiziologicheskoi adapta-cii cheloveka // Problemy programmirovanija. – K.: IPS NANU, 2008. - №2-3. – S.695-702. 8. Kuz'mina K.I., Semik T.M., Karpinka E.S., Selezneva N.V. Komp'juternye tehnologii provedenija sociopsihofiziologicheskikh issledovanij // USIM.– 2010. – №3. – S.62-70. 9. Kuz'mina K.I., Semik T.M., Kudrickaja T.M., Andon T.A. Psihofiziologicheskie znanija o cheloveke – sovremennyj nauchno–prakticheskij resurs intellektualizacii izdatel'sko–poligraficheskoi dejatel'nosti // Materialy mezhdunar. zaochn. nauchno-praktich. konfi “Marketing, reklama i PR: aktual'nye problemy tendencii razvitija” (1 marta 2011 g.). – Novosibirsk: Izd.“JeNSKE”, 2011.– S. 57-70. 10. Dizajn. Illjustrirovannyj slovar'-spravochnik / Minervin G.B., Shimko V.G., Efimov A.V. i dr. / Pod obw. red. B.Minervina, V.G.Shimko. – M: Arhitektura-S /, 2004.- 228 s.

К.І. Кузьміна, В.М. Онопрієнко, М.С. Козак, Т.М. Сьомик, Т.А. Андон

**СІМЕЙНА МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ І ПРОБЛЕМА ЇЇ ПОДАЛЬШОЇ  
ІНТЕЛЕКТУАЛІЗАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ І  
КОМП'ЮТЕРНИХ СИСТЕМ**

У статті обговорюються проблеми використання сучасних технологій і комп'ютерних систем для створення високоінтелектуальних інформаційних біотехнологій, зокрема при реалізації інноваційної програми “Сімейна медицина”. Детально розглядаються базові знання про структуру особистості, її адаптаційний міждисциплінарний соціопсихофізіологічний портрет і індивідуальний адаптаційно-інформаційний простір (ІАП), якому притаманний високий рівень комфортності й адекватності генетичній організації людини.

Kuzmina K., Onoprienko V., Kozak N., Somik T., Andon T.

**FAMILY MEDICINE TODAY AND ITS FURTHER INTELLEKTUALIZATION  
USING INFORMATION TECHNOLOGIES AND COMPUTER SYSTEMS**

This paper discusses the problems of using modern technologies and computer systems in order to create highly intelligent information biotechnologies, in particular during implementation of innovation program “Family Medicine”. The paper discusses in detail the basic knowledge about the structure of personality, its adaptive interdisciplinary sociopsychophysiological portrait and individual adaptive-information space (IAIS) possessing high level of comfort and adequacy of human genetic organization.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 11.05.2012*