

**Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К.**

# **КОМУНІКАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

**КИЇВ, 2019**

**Знаменська М.А., Слабкий Г.О., Знаменська Т.К.**

# **КОМУНІКАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

**КИЇВ, 2018**

**УДК 614.2:316.774:001.8**

**Комунікації в охороні здоров'я [монографія]/ М.А. Знаменська, Г.О. Слабкий, Т.К. Знаменська – Київ, 2019. - 194 с.**

**Рецензенти:**

**ЛЮБІНЕЦЬ О. В.** – Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, завідувач кафедри організації і управління охороною здоров'я ФПДО, д.мед.н., професор

**ДУДНИК С.В.** – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», Вчений секретар, к.мед.н.

**Рекомендовано:**

Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» від 02 березня 2018 року. Протокол № 3.

Проблемною комісією МОЗ та НАМН України за спеціальністю «соціальна медицина» 25 січня 2018 р. Протокол №1/2018.

**Призначено** для організаторів охорони здоров'я, спеціалістів які опікуються проблемою комунікацій в охороні здоров'я.

© М.А.Знаменська, Г.О.Слабкий,  
Т.К. Знаменська, 2019

## ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	5
Вступ	6
<b>Розділ 1.</b> Комунікативна політики та комунікативна діяльність як ефективний засіб підвищення відповідальності населення за своє здоров'я та розвитку системи охорони здоров'я	8
1.1. Місце комунікативної діяльності в розвитку охорони здоров'я на міжнародному рівні	11
1.2. Використання інформаційних технологій в комунікаціях охорони здоров'я	22
1.3. Аналіз джерел вітчизняної наукової літератури з комунікативної діяльності в охороні здоров'я	39
<b>Розділ 2.</b> Результати соціологічних досліджень з проблеми комунікацій в охороні здоров'я	45
2.1. Результати вивчення ставлення населення до свого здоров'я	45
2.2. Результати вивчення ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та їх способу життя	52
2.3. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників «Центрів здоров'я»	59
Висновки	61
<b>Розділ 3.</b> Інформаційні технології в системі комунікацій в охороні здоров'я	62
3.1. Комп'ютеризація та інформатизація закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я	62
3.2. Проблеми інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та можливі шляхи їх вирішення	71
3.3. Використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я	73
Висновки	83
<b>Розділ 4.</b> Характеристика комунікацій в практиці сімейного лікаря	86
4.1. Готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя та удосконалення їх підготовки	86
4.2. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями	90
4.3. Методичні підходи до комунікативної діяльності сімейних лікарів	96

4.4. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку	103
4.5. Модель комунікацій сімейного лікаря в сфері репродуктивного здоров'я	107
Висновки	110
<b>Розділ 5.</b> Характеристика системи комунікацій в охороні здоров'я	114
5.1. Концептуальні підходи до створення системи комунікацій в охороні здоров'я	114
5.2. Методичні підходи до проведення комунікацій при реформуванні охорони здоров'я	120
5.3. Методичні підходи до використання комунікативної моделі PR-технологій в ході проведення реформи системи охорони здоров'я	127
5.4. Обґрунтування та характеристика системи комунікацій в охороні здоров'я	130
5.5. Організація ресурсного центру з комунікацій в охороні здоров'я	136
5.6. Визначення цільових груп комунікативного впливу та їх пріоритизація в системі комунікацій при реформуванні системи охорони здоров'я країни	143
5.7. Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій в охороні здоров'я	147
5.8. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я	152
5.9. Формування компетентності медичних працівників з комунікативної діяльності в процесі післядипломної освіти	156
Висновки	
Узагальнення результатів	
Список використаної літератури	
Список опублікованих праць авторів монографії за її темою	

## УМОВНІ СКОРОЧЕННЯ

ВМД	Вторинна медична допомога
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗП-СМ	Загальна практика-сімейна медицина
ЗСЖ	Здоровий спосіб життя
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
ОЗ	Охорона здоров'я
ПК	Персональний комп'ютер
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога
РЗ	Репродуктивне здоров'я
ТМД	Третинна медична допомога
ХНЗ	Хронічні неінфекційні захворювання

## ВСТУП

Комунікаційний процес визнаний необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування всіх соціальних систем, він є інструментом побудови громадянського суспільства в державі.

ВООЗ документом «Основи європейської політики та стратегія для XXI століття» (2012) визначає необхідність підвищення рівня розвитку систем та послуг інформаційного забезпечення охорони здоров'я і визначає відповідні напрямки комунікаційної діяльності. Із десяти основних функцій громадської охорони здоров'я ВООЗ (2012) одну визначає як комунікацію в інтересах громадської охорони здоров'я, вказуючи, що це мистецтво та техніка інформування окремих громадян, установ та різних аудиторій громадськості, впливу на них і створення у них позитивної мотивації відносно важливих питань та детермінант здоров'я (I. Kickbusch, D. Gleicher, 2012)

Закордонні автори вказують на значення ефективних комунікацій в боротьбі з факторами ризику ХНЗ (J. Graham, B. Amos, T. Plumptre, 2003), забезпеченні дорожньої безпеки для дітей (D. Sethi, F. Racioppi, F. Mitis, 2008) та підвищенню фізичної активності (P. Kirk, 1999).

Ефективні комунікації також мають вирішальне значення в адвокації рішень з розвитку систем охорони здоров'я на різних рівнях управління (Г.О. Слабкий, В.М. Лехан 2010, 2012).

В загальній літературі представлено форми, методи та сучасні канали комунікацій, їх функції (Г.Г. Почепцов, 2002, 2005; С.М. Квіт, 2008; В.В. Різун 2008, 2010).

Значна частина робіт присвячена питанням розвитку інформаційних технологій (О.П. Мінцер, 2012, 2013; О.Ю. Майоров, 2013, 2014), телемедицини (О.С. Коваленко 2010,2012; В.Г. Осташко, 2011, 2012) та їх місця в забезпеченні інформаційного супроводу зв'язків з громадськістю (Є.М. Кривенко, О.Р. Ситенко, 2012, 2012, 2013). Але комплексних

досліджень, присвячених комунікаціям в системі охорони здоров'я України, не проводилося, що і зумовило актуальність дослідження та його мету і завдання.



## Розділ 1

# КОМУНІКАТИВНА ПОЛІТИКИ ТА КОМУНІКАТИВНА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ЗА СВОЄ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Комунікації розглядаються як один з найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства в державі [16]. Система взаємовідносин між владою і засобами масової інформації може свідчити про рівень демократизації суспільства і його готовність до завоювання та утримання громадянської свободи [17]. Враховуючи, що охорона здоров'я є розділом соціальної діяльності держави, комунікації в охороні здоров'я відносяться до розділу соціальних комунікацій [18].

Головна мета становлення українського суспільства полягає в розбудові суверенної і незалежної, демократичної, соціальної і правової держави [19]. Соціальні комунікації стають одним із найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства, а система взаємовідносин між владою і засобами масової інформації може свідчити про рівень демократизації суспільства і його готовність до завоювання та утримання громадянської свободи. Досягнення високого рівня розвитку демократичних відносин в Україні тісно пов'язане із формуванням в нашій державі громадянського суспільства [20,21].

Вивчення проблеми спирається на досягнення загальної теорії комунікацій і соціології комунікацій, що відображено у дослідженнях, провідних вітчизняних та закордонних вчених: Г.Почепцова [22-24], В.Різуна [25,26], В.Іванова [27,28], В.Буряка [29,30], А.Решетников [31], С.Квіта [32], О.Соколова [33,34], А.Куликова [35,36], В.Королька [37], В. Горового [38].

До основних функцій громадянського суспільства належить, окрім повного задоволення матеріальних та духовних потреб людини, захисту

приватної сфери життя, отримання політичної влади від тотального та абсолютного панування, ще й розвиток та стабілізація суспільних, відносин, за для чого активно використовуються засоби соціальної комунікації [39]. Комунікативний процес є необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування всіх соціальних систем, тому що саме завдяки йому стає можливим зв'язок між поколіннями, накопичення й передача соціального досвіду, його збагачення, розділення праці та обмін її продуктами, організація суспільної діяльності, трансляція культури [40,41]. Саме завдяки комунікації здійснюється управління, і тому вона є тим соціальним механізмом, який сприяє реалізації влади в суспільстві [42-45].

Перш ніж перейти до аналітичного аналізу літературних джерел вважаємо за необхідне зупинитися на визначеннях, адже розуміння термінології є надзвичайно важливим в розумінні далі поданої інформації.

Необхідно зазначити, що існує велика кількість визначень соціальної комунікації [46-48]. Найчастіше соціальна комунікація розглядається як передача інформації, ідей, емоцій (завдяки знакам і символам), як процес, який пов'язує окремі частини соціальних систем одне з одним. Соціальна комунікація у процесі свого здійснення вирішує такі взаємопов'язані задачі, як інтеграція окремих людей в соціальні групи або спільноти, а спільноти – в цілісну систему суспільства; внутрішню диференціацію суспільства, відокремлення і відособлення суспільства й окремих його груп один від одного, що приводить до більш глибокого усвідомлення ними своєї специфіки та функцій. Громадянське суспільство потребує розвинутих і обґрунтованих комунікаційних стратегій і тактик, які допомагають [49-51]:

- по-перше, задовольнити потреби суспільства в якісній та оперативній інформації,

- по-друге, забезпечать суспільство, окремі організації і групи людей максимально повними й вичерпними відомостями про діяльність всіх (владних і невладних) структур в суспільстві, нададуть можливість всім суб'єктам комунікації довести свою соціальну значущість, завоювати довіру

до своєї діяльності й дістати підтримку з боку громадськості для успішного виконання своїх функцій. В охороні здоров'я це інформування та навчання населення основам збереження та зміцнення особистого здоров'я, ЗСЖ, профілактики захворювань, тактиці дій при загрозливих для здоров'я та життя станах; виду та місця і умов отримання певних видів медичної допомоги.

В демократичному суспільстві забезпечується одна з найважливіших потреб сучасного людства – потреба вчасно отримувати об'єктивну, неупереджену, повну і достовірну інформацію. Інформація є невід'ємною складовою процесу комунікації як окремих індивідів, так і цілих спільнот [52,53].

Доцільно наголосити, що одним із найпоширеніших тверджень сучасності є визнання того, що в епоху інформаційного суспільства отримання, споживання, створення і розповсюдження інформації є домінантною ознакою сучасного життя [54]. Інформація впливає на людину і чинить на неї вплив у найрізноманітніших сферах людського буття. Все це передбачає широке використання інформаційних технологій у будь-якій сфері в тому числі в охороні здоров'я за для формування: громадської думки, яка є важливим чинником побудови в державі громадянських відносин, а в охороні здоров'я мотивованого відповідального відношення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

Одним із джерел отримання такої інформації та фактором впливу на формування громадської думки частіше за все стають ЗМІ [55,56]. Система взаємовідносин між засобами масової комунікації і суспільством може використовуватися під різними кутами зору. Центральним стає питання: на яких принципах засоби масової комунікації функціонують в конкретних політико-економічних і культурно-історичних умовах [57,58].

Слід зауважити, що навряд чи можливо запропонувати «ідеальну» схему взаємодії системи охорони здоров'я та населення в цілому та окремих груп

комунікативного впливу: кожна країна шукає власні шляхи з огляду на соціокультурні традиції.

Рівень довіри української громадськості до засобів масової інформації коливається залежно від багатьох чинників, проте загалом він є достатньо високим упродовж тривалого часу. За таких умов засоби масової інформації стають впливовим чинником створення в українському суспільстві сприятливих умов для впровадження громадських здоров'я формуючих та здоров'я зберігаючих технологій [59].

Ситуація з впливом соціальних комунікацій на стан життя в країні розглядається в різних аспектах, але сьогодні, на погляд деяких авторів [60,61], передчасно говорити про тотальний якісний прорив у цій сфері.

Становлення інформаційного суспільства в Україні можна охарактеризувати здебільшого кількісним зростанням обсягів інформації, збільшенням інформаційних потоків. Але це саме по собі зовсім необов'язково призводить до появи нових можливостей розвитку людини і суспільства в цілому. З іншого боку, інформація (особливо з боку владних і політичних структур) і канали її трансляції в маси активно використовуються в діяльності будь-яких, як державних, так і недержавних інститутів і діячів у зв'язку з тим, що інформація є основою для формування світогляду або змін у ньому [62,63]. І це обов'язково треба використовувати при створенні системи комунікацій в охороні здоров'я.

Суспільні комунікації не обмежуються лише засобами масової інформації. Саме потребами соціуму в регулюванні суспільно вагомих сфер діяльності та соціальних відносин зумовлене формування соціального інституту PR в Україні. Паблік рілейшнз як особлива управлінська діяльність спрямована на формування й підтримку ефективної системи публічних комунікаційно-інформаційних зусиль соціальних суб'єктів, що забезпечують оптимізацію його взаємодії з громадськістю [64-66]. Щоб задовольнити свої потреби, індивіди і соціальні групи налагоджують і постійно підтримують взаємозв'язки, тому що налагодження контактів і підтримання добрих

стосунків з громадськістю набувають особливого значення в умовах демократизації суспільного життя в Україні та її виходу на міжнародну арену як суверенної і незалежної держави [67].

Аналізуючи соціальну комунікацію як основну складову розвитку суспільства у постіндустріальний період, виділяють принципи її функціонування, дотримання яких є основною умовою побудови громадянського суспільства в Україні [68]:

- по-перше, це те, що комунікація починається зі створення клімату довіри;

- по-друге, зміст комунікаційних зусиль повинен бути узгодженим з реальною ситуацією, відповідати їй. Як би вміло і професійно не використовувалися засоби масової інформації, вони лише доповнюють повсякденне життя, думки та дії людей. Контекст ситуації має надавати можливість брати участь у подіях і реагувати на комунікативні зусилля;

- по-третє, повідомлення повинно мати значення для громадськості, воно має збігатися з системою її цінностей, бути релевантним ситуації;

- по-четверте, комунікація – це безперервний та нескінченний процес, який мусить тривати постійно, тому що недостатність інформації завжди породжує розповсюдження неправдивих відомостей, які породжують неадекватну поведінку з боку реципієнтів, вводять їх в оману та веде до непередбачуваних наслідків. На думку фахівців [69,70], в Україні спостерігаються особливості у використанні моделей комунікації. Особливо це стосується комунікацій з боку органів державної влади, яка намагається впливати на поведінку громадськості у бік підтримки своєї діяльності. Для того, щоб відбулися прогресивні зрушення в цій сфері, вирішальним має стати усвідомлення того, що уявлення громадськості про їх діяльність формуються на підставі їхньої лінії поведінки та інформаційних повідомлень. Щоб відбулися глибокі зміни у зв'язках з громадськістю, потрібен перехід до розуміння комунікації як інструмента стратегічного управління [71].

Таким чином можна стверджувати, що соціальна комунікація є найбільш складним видом комунікації. Важливою стає необхідність постійної підтримки двостороннього потоку інформації, а також розуміння владою того, що комунікативна політика не має автоматично впливати з організаційної політики, а повинна формуватися шляхом узгодження. Підґрунтя такого підходу становить принцип, за яким аудиторія, як правило, допускає вплив на себе лише в тому разі, якщо влада або організація готові до діалогу з нею (безпосередньо або опосередковано) заради узгодження принципів своєї діяльності. Це і стане важливим чинником покращення здоров'я населення України шляхом формування у нього мотивованого відповідального ставлення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

#### **1.4. Місце комунікативної діяльності в розвитку охорони здоров'я на міжнародному рівні**

Важливість комунікацій в охороні здоров'я можна уже пояснити тим, що ВООЗ своїм документом “Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения” (2012) визначив дев'ятою функцією громадської охорони здоров'я визначив “Основная коммуникация в интересах общественного здравоохранения” [72]. При цьому ВООЗ затвердила наступне визначення оперативної функції:

Комунікація в інтересах громадської охорони здоров'я спрямована на підвищення рівня санітарної грамотності та покращання стану здоров'я окремих громадян і груп населення.

Це мистецтво та техніка інформування окремих громадян, установ і різних аудиторій громадськості, впливу на них та створення у них певної мотивації відносно важливих питань і детермінант здоров'я. Комунікація має також підвищувати здібності отримувати, розуміти та використовувати інформацію для зниження ризику, попередження хвороб, зміцнення здоров'я, уміння орієнтуватися у послугах охорони здоров'я і вірно ними

користуватися, захисту політики охорони здоров'я та підвищення рівня благополуччя, якості життя і здоров'я громадян [73-76].

Комунікація у сфері охорони здоров'я охоплює декілька напрямків, до яких належать медична журналістика, індустрія розваг, освіта, міжособистісне спілкування, інформаційно-пропагандистська робота через ЗМІ, комунікація в середині організацій та між ними, розповсюдження інформації про ризики та кризи, соціальна комунікація та соціальний маркетинг. Вона може приймати численні форми - від масової, мультимедійної та інтерактивної (включаючи мобільний зв'язок та Інтернет) до традиційної, що враховує культурну специфіку, - та охоплювати різні канали, такі як міжособистісне спілкування, засоби масової інформації, інформаційні засоби організацій та невеликих груп, в тому числі радіо, телебачення, газети, блоги, електронні дошки об'яв, підкастинг та обмін відео файлами, розсилка повідомлень по мобільному телефону та он лайн форуми.

Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я надає громаді спосіб протидії активному просуванню на ринок небезпечних виробів та пропаганді нездорового способу життя, наприклад, паління тютюну. Вона являє собою процес двостороннього обміну інформацією, що потребує прослуховування, збору інформації та з'ясування того, як люди сприймають повідомлення і формують у своїй свідомості ідеї відносно здоров'я, щоб можна було передавати інформацію в більш доступних та переконливих форматах. Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я також означає гласність, завдяки якій громада може знати, що говориться та діється від її імені [77,78].

*Розвиток комунікації має охоплювати такі аспекти:*

1. Стратегічний та систематичний характер комунікації у галузі громадської охорони здоров'я, що розвивається на основі розуміння особливостей сприйняття та потреб різних аудиторій.

2. Розповсюдження інформації серед різних аудиторій в таких форматах і через такі канали, які є доступними, зрозумілими та зручними для користування.

3. Роз'яснення та захист ідеї про необхідність розробки та реалізації здорової політики і створення здорового середовища у всіх секторах державного управління (принцип врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях та напрямках політики).

4. Навчання комунікації у галузі громадської охорони здоров'я та розвиток необхідного для цього кадрового потенціалу.

На необхідність та важливість комунікативної діяльності в охороні здоров'я було вказано в таких документах ВОЗ:

- Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 [79];

- Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 (документ EUR/RC55/8, [80].

- Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 [81].

- Оттавская хартия по укреплению здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986 [82].

- Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 [83].

- Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (на англ. яз.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 [84].



- Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 [85].

- Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 [86].

- Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2007 [87].

- Европейская хартия по борьбе с ожирением. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 [88].

- Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 [89].

- Sethi D, Racioppi F, Mitis F. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. Информация о политике. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 [90].

- Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005 [91].

- Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007 [92].

- Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008 [93].

- Резолюция Исполнительного комитета ВОЗ EB130. R6 “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 [94].

- Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью (на англ. яз.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 [95].

- Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 [96].

- Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 [97].

- Европейская стратегия борьбы против табака. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 [98].

- Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 [99].

- Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006 [100].

- План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 [101].

Ми звернули увагу на документ ВООЗ “Руководство ВОЗ по коммуникации при эпидемических вспышках” (2015) [102]. В документі говориться, що на думку ВООЗ забезпечення на професійному рівні комунікації стало невід’ємним елементом подолання епідемічних спалахів хвороби як і епідемічний контроль за забезпечення лабораторної діагностики. При цьому ВООЗ вказує на підходи до проведення ефективної комунікації. В документі відмічається, що серед наступних заходів, які стоять на порядку денному – організація навчальних програм для працівників у сфері комунікацій. Ефективна комунікація-один із елементів рішення задач.

Важливість комунікативної діяльності в сфері охорони здоров’я визначено в “Здоров’я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI століття” [103].

Звіт Регіонального директора про роботу ВООЗ в Європейському регіоні в 2012-2013 рр «Осуществление перспективного видения», розділ 7, присвячено питанням стратегічного керівництва, партнерства та комунікаціям [104].

В 2013-2014 роках РСБ ВООЗ розширило охоплення інформацією та поглибило співробітництво з країнами, донорами та партнерами використовуючи інноваційні методи комунікації. Веб-сайт Регіонального бюро [105] являється ключовим інструментом для інформування про роботу Бюро. Бюро зробило свою інформацію доступною на мобільних приладах і задовільнило якістю, доступністю та користністю інформацією, яку надавало. Публікації залишаються основним засобом та платформою розповсюдження інформації [106]. Публікації РСБ ВООЗ проглядалися більше 300 тис разів на рік [107], а самими популярними є база даних «Здоров'я для всіх» [108] поряд з наданням інформації для ЗМІ [109]. Широка громадська увага була до таких заходів як презентація Доповідь про стан охорони здоров'я в Європі, міністерські конференції, Всесвітній День здоров'я [110-115].

Сучасний спеціаліст у галузі інформаційно-комунікативних технологій (ІКТ) у охороні здоров'я, що підтримує свій професійний рівень, стикається з проблемою вибору інформаційних ресурсів для пошуку наукових публікацій у періодичних виданнях, монографій, дисертаційних досліджень, аналітичних оглядів і таке інше.

У зв'язку з цим нами були вивчені ведучі міжнародні інформаційні ресурси та можливий доступу до них.

Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO, <http://www.who.int/en/>)[116]. У відповідності до угод про інтенсифікацію співробітництва між Міжнародною асоціацією медичної інформатики та ВООЗ на Генеральній Асамблеї ІМІА у м.Брісбейн, Австралія (2007) Всесвітня організація охорони здоров'я працює віднині в тандемі з Міжнародною асоціацією медичної інформатики (ІМІА) зі сприяння

підвищенню якості медичної допомоги, що надається, через впровадження ІКТ-технологій у охорону здоров'я. Велика кількість матеріалів розміщується безпосередньо на сайті.

Міжнародна асоціація медичної інформатики (ІМІА, [www.imia.org](http://www.imia.org)) [117]. Асоціація скликає Всесвітній симпозиум раз на три роки. Матеріали конференції публікуються на CD і у вигляді книжного видання. Варто відзначити високу якість їх оглядових та аналітичних матеріалів у щорічному випуску журналу Yearbook of Medical Informatics. Спеціалісти у галузі ІКТ у охороні здоров'я можуть не тільки ставити питання всесвітньо відомим лідерам у різних галузях, а й взяти участь у роботі комітетів та робочих груп ([http://www.imia.org/working\\_groups/working\\_groups.lasso](http://www.imia.org/working_groups/working_groups.lasso)) [118].

У Європі центром з розповсюдження інформації щодо ІКТ у охороні здоров'я є Європейська асоціація медичної інформатики (EFMI, <http://www.helmholtz-muenchen.de/ibmi/efmi/>) [119]. Джерело наукових публікацій Асоціації — матеріали щорічних міжнародних конгресів.

Крім того, матеріали Асоціації друкуються у Міжнародному журналі медичної інформатики (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/13865056>) [120].

Північну Америку представляє АМІА — Американська асоціація медичної інформатики (<http://www.amia.org/>) [121]. Це одна з найпродуктивніших асоціацій, з точки зору актуалізованих матеріалів. Асоціація проводить два міжнародних симпозиуму протягом року, після чого публікуються матеріали як в електронному (CD та на сайті), так і в паперовому вигляді. Це також перша Асоціація, яка робить аудіо запис всієї програми симпозиуму з презентаціями учасників для продажу у вигляді окремого продукту. Читачі знайдуть широкий спектр найсвіжіших матеріалів на сторінках офіційного журналу організації - JAMIA (журнал Американської асоціації медичної інформатики), виходить 6 раз на рік, підписатися можна як на паперову, так і на електронну версію журналу.

Значна частка публікацій спеціалістів з Азійсько-Тихоокеанського та Африканського регіонів і країн Латинської Америки опрацьовується у вищезазначених організаціях і викладається для міжнародного використання. Тим не менш, важко переоцінити значимість можливості доступу до первинних джерел інформації цих регіонів з динамічним розвитком, тому радимо регулярно відвідувати сайти наступних професійних асоціацій:

- Азійсько-Тихоокеанська асоціація медичної інформатики (APAMI, <http://www.apami.org/>);

- Асоціація медичної інформатики країн Латинської Америки і Карибського басейну (IMIA-LAC, <http://www.imialac.net/>) [122];

Відділення країн Латинської Америки і Карибського басейну Американської телемедичної асоціації (ATALACC, <http://media.americantelemed.org/ICOT/lacc.htm>) [123];

Досягнення національних проектів з інформатизації охорони здоров'я Австралії і Нової Зеландії та відповіді на багато питань читач знайде на сайтах Австралійської спілки медичної інформатики (HISA, <http://www.hisa.org.au/>), а також організації Медична інформатика в Новій Зеландії (HINZ, <http://www.hinz.org.nz/>) [124].

З великих інформаційних ресурсів в Інтернеті має сенс назвати найбільш відомі:

- SCIENCE DIRECT ([www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)) [125] — он лайн бібліотека, проект видавничього дому ELSEVIER. Видається більше 2500 періодичних журналів у різних напрямках науки, до яких входить більшість вищезазначених журналів. Незареєстрований читач має доступ до стислої версії документа, підписка комерційна (для фізичних осіб та організації, в тому числі бібліотек і академічних організацій).

Необхідно додати, що велика кількість академічних центрів у Росії (РАН, РФФИ, ВИНІТИ) забезпечують безкоштовний доступ для державних університетів та інститутів до матеріалів Science-direct та інших видавців.

Слушно з'ясувати чи має такий доступ університет/велика бібліотека вашого міста.

Обов'язковим для спеціаліста в галузі ІКТ у охороні здоров'я є користування Національною медичною бібліотекою США (NLM) — PUBMED/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>) [126]. Тут публікується понад 5 тисяч журналів. На запит “медична інформатика” ресурс видає понад 80 видань. Велику кількість статей можна продивитись безкоштовно.

Пошук поточних новин з тематики також можливо зробити більш ефективним. Кожний сайт регулярно оновлює інформацію новинами, які на сучасному Інтернет жаргоні називаються “постами” — від англійського “to post” — вивішувати, публікувати щось, що має текстовий характер.

Інші портали пропонують підписатися на нескінченний транспортер подібних новин — так звані стрічки новин. Часто цінний зворотній зв'язок від експертів можна отримати тільки асинхронно, не в режимі діалогу — через їх професійні Інтернет щоденники — так звані блоги. Їх ще потрібно продивитись, а якщо ще втрачати час на їх пошуки англійською мовою, то тут у багатьох уривається терпець.

В сучасних умовах цей пошук замість читача можуть успішно провести інші. Очевидним лідером тут є Google. Нові пошукові інструменти цієї компанії постійно та безперервно оновлюються. Відчутно зекономити час можна за допомогою Google Reader ([www.google.com/reader](http://www.google.com/reader)) [127]. Виходимо на Google.com і клацаємо в лівому верхньому куті на more/reader. На цій сторінці можна ввести шукані слова, натиснути Enter і в такий спосіб сформувати “канал новин” з шуканої теми. Google відбере в Інтернеті новини, пов'язані з Вашими ключовими словами, і розташує їх у хронологічній послідовності. Таким чином, всі блоги, пости і стрічки будуть відображені на Вашому екрані без довгого пошуку.

Для пошуку друкованих видань цілком підходить Google Books ([www.books.google.com](http://www.books.google.com)) [128]. Зацікавленість наукової громадськості

певною тематикою можна відстежувати в режимі реального часу за допомогою Google Trends ([www.google.com.trends](http://www.google.com.trends)) [129]. Більше того, цей інструмент дозволить відстежити сезонні коливання інтересу, а також зробить прив'язку показників до певних публікацій у світовій пресі.

Наразі більшість інформації є доступною через Інтернет, а сам Інтернет стає головною платформою, де з'являються та еволюціонують ефективні технології пошуку інформації. Виконати пошук за допомогою Google з заданого питання це майже інстинктивний вибір спеціаліста покоління 90-х, однак здатність відбирати надійні та ефективні зарубіжні інформаційні ресурси залишається для користувача серйозною проблемою.

В першу чергу це пояснюється низьким рівнем володіння англійською мовою українськими спеціалістами.

Незважаючи на те, що російська мова є однією з офіційних мов ООН та ВООЗ, а принцип багатомовності закріплено у Статуті цих організацій з моменту заснування, в 90-і роки сталося різке зменшення кількості перекладів російською мовою. У 2000-і роки почалося зростання перекладних матеріалів ВООЗ на російську мову. Проте, і до тепер загальна кількість матеріалів, що перекладаються російською мовою, не досягає 10% від загальної кількості публікацій ВООЗ англійською мовою.

Наданий [130] аналіз анкетування російських спеціалістів показав високий запит інформації ВООЗ серед російських спеціалістів за всіма основними видами інформації ВООЗ (від політичних документів до керівництв для практичної ланки охорони здоров'я). При цьому керівники органів та закладів охорони здоров'я частіше користуються матеріалами конференцій та нарад ВООЗ (63,06%). Науковці та викладачі ВНЗ частіше користуються матеріалами конференцій (82,46% від респондентів цієї групи), монографії та аналітичні огляди (63,69%), статистичні збірники (60,92%) та періодичні і серійні видання (60,31%). Практичні працівники охорони здоров'я частіше користуються клінічними керівництвами та

практичними рекомендаціями ВООЗ (51,85% від респондентів цієї групи), матеріали конференцій (38,05%) і статистичні збірники (34,01%).

Результати досліджень [131] показують, що більше половини всіх категорій користувачів знають про існування сайту ВООЗ і користуються ним (71,43%), проте багато з них мають складності при пошуку на ньому інформації російською мовою. Лише 22,99% всіх опитаних респондентів можуть досить легко знаходити та скачувати матеріали російською мовою безпосередньо з сайту ВООЗ, а 41,23% мають складності. Головні перешкоди у російських спеціалістів при пошуку матеріалів на сайті ВООЗ пов'язані з незнанням про існування можливості скачати повній текст публікації російською мовою з сайту ВООЗ або ЄРБ ВООЗ (14,10%); незнанням шляхів пошуку таких документів, оскільки більшість сторінок сайту ВООЗ і пошукова система сайті присутні тільки англійською мовою (20,62%).

В Росії, з метою розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я функціонує Центральний НДІ організації та інформатизації охорони здоров'я [132]. В межах інформатизації співробітники інституту успішно працюють над актуальними проблемами сучасної охорони здоров'я, одна з яких - організація і управління збором та обробкою медичної статистики. Тут вирішуються наступні задачі:

- розробка, впровадження та супровід програм для формування річних звітів лікувально-профілактичних закладів і територій Російської Федерації, ведення звідного річного звіту, а також складання різних статистичних збірників з захворюваності, демографічної ситуації та стану системи охорони здоров'я;
- організація збору річних звітів територій та формування підсумкових збірників;
- контакти з територіальними органами управління охороною здоров'я;
- виконання робіт з оперативної обробки запитів та видачі інформації органам управління охорони здоров'я Російської Федерації.



Агентство Grayling Україна, що є частиною глобальної комунікаційної компанії зі зв'язків з громадськістю, органами державної влади, інвесторами та проведення заходів, опублікувало в 2010 році “Руководство по коммуникациям в области здравоохранения для Украины” [133]. Керівництво покликане допомогти медичним та фармацевтичним компаніям більш ефективно спілкуватися зі споживачами, органами державної влади та засобами масової інформації. Подані в Керівництві стратегії комунікації не тільки допоможуть компаніям працювати більш успішно та прибутково, але й внести позитивний вклад до процесу модернізації системи охорони здоров'я в Україні. Але керівництво доступне тільки англійською мовою.

### **1.5. Використання інформаційних технологій в комунікаціях охорони здоров'я**

Дискусії з приводу того, як вірно організувати охорону здоров'я, ведуться вже не один рік і все частіше переростають у обговорення проблем медицини в цілому. Наразі як серед розвинутих країн, так і серед країн, що розвиваються, не залишилось жодної держави, яка б не заявила про реформу охорони здоров'я [134]. Проте причини пильної уваги до сфери здоров'я і цілі, поставлені реформами, різні. В США, наприклад, в умовах високовартісної приватної медицини 30% населення взагалі не отримують регулярного медичного обслуговування [135]. У Європі, навпаки, охорона здоров'я на 70% державна. Але при громадській системі охорони здоров'я громадяни змушені все більше платити за медичну допомогу. Крім того, населення Європи старіє, а літні люди потребують інтенсивного медичного догляду. Зростає і частота хронічних захворювань [136].

Сьогодні неможливо надавати високоякісні медичні послуги в межах системи, зорієнтованої на стаціонарне лікування [137-140]. Перехід до дійової повсюдної медицини є можливим тільки тоді, коли медичні послуги

стануть доступними широкому колу людей. В той же час необхідно перенести акцент з клінічної медицини профілактику та ранню діагностику. Крім того, висока якість можлива лише в умовах конкуренції, хоча і середовище, на жаль, не гарантує високої якості послуг [141].

Префікс “e” “електронна охорона здоров’я”, з’явилася у всіх стратегічних планах з удосконалення медичних послуг, що надаються громадянам економічно розвинутих країн [142]. Проте використання тут інформаційних та комунікаційних технологій сприймається поки неоднозначно. Якщо раніше у Європі на електронні послуги відводилося в середньому близько 2% загальних витрат на пацієнта, то сьогодні різні країни Євросоюзу підходять до розвитку електронної охорони здоров’я по-різному. В деяких країнах норма “електронізації” охорони з здоров’я навіть знижується, що в основному пов’язано зі збільшенням загальних витрат [143].

Наприклад, Німеччина, яка в середньому витрачає щорічно 2,660 тис. євро на лікування пацієнта, суто на електронні послуги відводить лише 17,3 євро, а Іспанія при щорічних витратах на медичні послуги з розрахунку в середньому 1,55 тис. на особу витрачає тільки 15 євро на електронні послуги: запис на прийом до лікарів, історія хвороби та можливість більш персоналізованого підходу до пацієнта. Крім цього, в рамках програм “e” створюються інформаційні портали, де можна отримати відомості з окремих видів захворювань, і, разом з цим, знайти спеціаліста з потрібного профілю або спеціалізовану лікарню [144-146].

Одне з найуразливіших місць у лікувальному процесі – це вузька спеціалізація при відсутності координації з лікарями інших профілів [147]. Дійсно, кардіолог лікує серце, уролог нирки, гепатолог печінку, і відновити повну картину стану здоров’я пацієнта при такому підході важко, потрібні консиліуми. Можні, звичайно, скористатися телеконференцією, але для цього потрібне відповідне оснащення [148]. Тим не менш, наразі є рішення, що дозволяють проводити віртуальні консиліуми, розглядати та коментувати

складну інформацію, не відходячи від свого комп'ютера, прямо на робочому місці [149]. Якщо ж лікарям потрібно просто неформально порадитись один з одним – адже не завжди і не скрізь у лікарнях дозволяється користуватися мобільним телефоном - можна скористатися технологією Microsoft Unified Communicator (UC), а разом з цим і дізнатися, хто з лікарів знаходиться у даний час на робочому місці [150]. Варто пригадати таку послугу як електронні збори, або віртуальні консилиуми. Медичний персонал, як правило, не має багато часу на оперативні наради, до того ж набагато корисніше для справи знаходитися більше поруч з хворим, проте спілкування з колегами та їх поради є вкрай необхідними. Інтернет програми Live Meeting допомагають зекономити час за рахунок віртуальних консилиумів, а скориставшись одночасно Microsoft Information Bridge, можна отримати доступ до даних та документів, що зберігаються в самих різних форматах [151].

Враховуючи, перенесення акценту зі стаціонарного на амбулаторне та превентивне лікування компанія "Home Care Homebase" розробила спеціальне мобільне рішення для лікарів та медсестер, які відвідують пацієнтів вдома. Відвідуючи до пацієнта для обстеження, медичний працівник вводить інформацію до свого мобільного пристрою, синхронізуючи її з даними в центральній базі лікарні. Користуючись, наприклад, такою системою, як Microsoft Identity Manager Server, можна отримати необхідну інформацію з усіх відділень (лабораторія, кардіологія і т.ін.), а загальна інфраструктура на основі Active Directory гарантує захист даних від несанкціонованого доступу [152].

Охорона здоров'я стає в наш час мультиплікатором бізнес-процесів [153]. Якщо, наприклад, можна ще на етапі будівництва оснастити будинок входом до Інтернет або обладнати систему безпеки, то чому зразу ж не подумати про здоров'я майбутніх жителів? У Голландії створено рішення "Home Care – послуги на дому", яке інтегрується забудоване житло ще на етапі проектування. Дані моніторингу стану здоров'я літньої людини, яка

знаходиться вдома, знімаються за допомогою датчиків, і в разі якщо показники виходять за визначені межі, до медичного центру спостереження надходять сигнали тривоги. Аналогічну систему з назвою “Блакитне світло” розроблено для літніх людей у Чехії [154]. Крім “кнопки порятунку”, при натисненні на яку автоматичний сигнал тривоги надходить на пульт уповноваженої медичної сестри, у квартирі встановлені датчики рухів. Якщо протягом 10-12 годин таких рухів немає, автоматично сигнал надходить родині, а також до медичного центру. Одним з рішень можуть стати персональні електронні портали, побудовані за технологією Health Vault. Вони дозволяють людині отримати дані, наприклад, серію вимірювань артеріального тиску або рівня цукру за допомогою приборів, підключених до комп’ютера, та зберігати ці показники безпосередньо на порталі. При цьому людина сама вирішує, кому надавати доступ до його електронної карти: лікарю або родичу. Звичайно, такі технології потребують і відповідної інфраструктури – саме в цьому і полягає поки різниця між розвинутими європейськими країнами та Україною [155].

У Данії, де вже декілька років функціонує єдиний національний портал охорони здоров’я, 70% населення і 92% лікарів загальної практики активно працюють в Інтернеті, щомісяця більше 2,5 млн. повідомлень надсилаються електронними каналами зв’язку, 84% скерувань пацієнтів зі стаціонарів до поліклінік, 97% лабораторних аналізів та 81% рецептів включно [156]. Причому 95% лікарів загальної практики потенційно мають доступ до електронної карти пацієнта. Це означає, що пацієнт може в будь-який час отримати доступ до своїх медичних даних та за своїм вибором і в зручний час записатися до спеціаліста, який до моменту візиту буде мати всю необхідну інформацію для зустрічі. При всіх очевидних вигодах електронної медицини існує низка серйозних проблем, що перешкоджають її впровадженню. Перш за все, це низький рівень довіри медичних працівників до ІТ. Задача лікарів – не вивчати технології, а лікувати людей. У Великій Британії [157], наприклад, де було витрачено більше 12 млрд. фунтів

стерлінгів на інформатизацію первинної ланки і стаціонарів, Національна служба охорони здоров'я (National Health System, NHS) раптом з'ясувала, що лікарі відмовляються користуватися новими високовартісними системами. Причина проста – незручно. Лікарі не мають ні часу, ні бажання вивчати різні, нерідко вкрай складні інтерфейси, щоб зрозуміти, де і як вони можуть отримати висновок по хворому, зробити виписку, отримати аналіз, призначити консультацію і т.ін. Потрібні інтерфейси, що дозволяють лікарю не тільки відразу знайти те, що йому потрібне, а й вірно скласти виписку та призначити лікування.

Створення “Єдиного інтерфейсу лікаря” дозволило б вирішити ще одну важливу задачу – скоротити кількість медичних помилок. Принципи безпеки пацієнта визначено ВООЗ і вони включають: правила ідентифікації пацієнта та відповідність призначеному лікуванню; запобігання помилок при переміщенні пацієнта; забезпечення точності призначення та видачі медикаментів; виконання призначеної процедури для конкретного пацієнта [158].

Як показує досвід західноєвропейських країн, ефект від використання ІТ в медицині є достатньо відчутним. Програма Wireless Home Care з надання медичних послуг на дому, що діє у Великій Британії дозволила скоротити щотижневі витрати на медичні послуги на 85%. Дослідження фінансового ефекту ІКТ в Німеччині показало, що використання ІТ для надання послуг пацієнту в режимі віддаленого доступу скорочує щорічні витрати на охорону здоров'я на 1,5 млрд. євро [159]. Дуже цікавим є приклад іспанської державної лікарні «Горревьєха», де використання інформаційних технологій для створення електронної карти пацієнта, підтримки клінічних процесів, а також навчання персоналу дозволило помітно покращити якість медичних послуг. Вже за рік після запуску системи в цій державній лікарні було проведено 15 тис. успішних операцій, що в 4 рази більше, ніж у багатьох медичних центрах Іспанії. Скоротилися також витрати на лікування, в основному завдяки відмові від повторних аналізів та швидкому доступу до

результатів лабораторних досліджень. Майже для всіх лікарняних процесів час очікування було скорочено в середньому в 4 рази, при цьому кошти, що вивільнився, були скеровані на навчання персоналу та підвищення премій найбільш кваліфікованим співробітникам. Середня заробітна платня лікаря у лікарні “Торревьєха” на 40% перевищує середній заробіток лікаря в Іспанії [159].

Електронна охорона здоров'я та його телекомунікаційний компонент – телемедицина – первісно виникли в країнах, де густина розселення порівняно невелика (перш за все це Скандинавські країни, такі як Данія, Норвегія), а вимоги громадян мати рівномірні по якості медичні послуги, незалежно від місця проживання, досить високі. У Росії, та й в низці європейських країн, основні медичні заклади розташовані у великих муніципальних центрах, і жителям віддалених районів доводиться звертатися по допомогу до міст. Це створює додаткове навантаження на лікувальний персонал у медичних центрах, а втрачають час на приготування до переїздів [160]. Крім того, медицина у великих міських клініках поневолі знеособлюється, коли клінічному персоналу протистоїть нескінчений потік пацієнтів. Адже багато які проблеми зі здоров'ям можна було б вирішити на місці, якщо з самого початку вірно поставити діагноз. Саме в такій ситуації телемедицина може виявитися надзвичайно корисною. У Германії, наприклад, медичні аналітики вивчили результати 1024 неврологічних обстежень пацієнтів за період 1995-2000 років, проведених у восьми спеціалізованих центрах південної частини країни (графічні зображення, отримані за допомогою методів магнітно-резонансної томографії). З'ясувалося, що в 67% випадків транспортування хворих до спеціалізованих центрів було непотрібне і можливо було провести терапію на місцях, що дешевше та зручніше для пацієнта [161]. Найбільш кваліфіковані спеціалісти Румунії зосереджені у медичному центрі Бухареста, а у багато провінційних районів навіть не мають лікарів, здатних грамотно “прочитати” рентгенівський знімок, особливо якщо локалізація підозрюваної патології не відповідає спеціалізації місцевого

лікаря. Щоб подолати такі труднощі компанією Infoworld було створено портал, на який завантажувалися рентгенівські знімки. Тепер спеціалісти медичного центра у Бухаресті консультують місцевих лікарів у відносно складних випадках. Що ж потрібно для того, щоб електронна охорона здоров'я запрацювало на повну силу? В першу чергу має бути визначено законодавчі та фінансові рамки телемедицини. Хто несе відповідальність за консультації? Як будуть оплачуватися послуги телеконсультантів? Вирішення цих питань – прерогатива держави [162].

Ще одна важлива проблема – це канали зв'язку [163]. Необхідні надійні, захищені канали Інтернет-комунікацій. Практичні рекомендації зі створення надійної інфраструктури вже існують, а досвід, накопичений країнами Євросоюзу у охороні здоров'я у проектах різного рівня – від масштабних національних проектів, таких як “Електронна охорона здоров'я Великої Британії”, до проектів регіонального масштабу як “Автоматизації первинної медичної ланки” (поліклінік) в Андалусії (Іспанія) – є узагальненим і доступним, наприклад, у документі “Інтегрована система охорони здоров'я” (Connected Healthcare Framework, CHF) [164].

Ті, хто створює CHF можуть скористатися для побудови складних інформаційних медичних систем на базі готових шаблонів розробки медичних сервісів, інтерфейсів або автоматизованих робочих місць лікарів. Ця архітектура націлена на вирішення типових задач, з якими неминуче доводиться стикатися електронній медицині, CHF дозволяє побудувати систему, здатну працювати не тільки в одному медичному закладі, а і в сусідній районній лікарні або в інших країнах. Наразі все більше і більше говорять про необхідність стандартної, реплікованої інфраструктури, що відповідає загальним базовим вимогам і є відкритою для різноманітних прикладань, які можна легко підключити відповідно до потреб людей. Адже кожного разу, створюючи щось нове, зокрема нові системи та коди, ми збільшуємо ризик появи помилок. І справа тут не тільки у мінімізації витрат, але і в надійності. Наразі технології можуть багато чого, але не слід

забувати, що це лише інструмент, людський фактор завжди був і залишається вирішальним.

Галузь охорони здоров'я має свої проблеми у прийнятті нових технологій [165]. Одним з розділів, у яких ці проблеми присутні, є мобільний зв'язок. Хоча розповсюдження мобільних пристроїв докорінно змінило те, як люди працюють, лікарні застрягли у минулому. Ускладнення з фінансуванням ІТ-відділів призвело до того, що вони змушені забезпечувати дотримання HIPAA, продовжуючи спиратися на старі технології, з використанням пейджерів та стаціонарних телефонів [166].

Насправді, ефект від застарілої комунікаційної інфраструктури, стосується не тільки співробітників лікарні, які змушені жонглювати декількома пристроями. Повільні комунікації, можуть стати смертельними — для пацієнтів лікарні. За даними Об'єднаної комісії, яка акредитує та посвідчує понад 20500 організацій та програм у галузі охорони здоров'я у Сполучених Штатах, майже 70% з подій, що попали під нагляд — інцидентів, що призводять до смерті пацієнта або тяжким травмам — прямо пов'язані з відмовами зв'язку. Замість того, щоб користуватися старими та повільними технологіями, багато з працівників лікарень змушені користуватися своїми смартфонами та планшетами, щоб працювати скоріше, хоча і через невідповідні канали [167].

Наразі багато організацій у галузі охорони здоров'я прийняли деяку форму уніфікованих комунікацій, щоб зекономити кошти та спростити обмін повідомленнями для співробітників. Але багато з них зіткнулися з проблемами при використанні цих технологій на мобільних [168].

По-перше, шляхом впровадження крос-платформеного рішення для управління мобільністю закладу (EMM), такого як BES12 від BlackBerry, можна упорядкувати комунікації співробітників, що є вирішальним фактором в галузях, де затримка навіть на декілька секунд може означати різницю між життям та смертю.



По-друге, можна пом'якшити багато проблем, пов'язаних з використанням власних пристроїв співробітників через контейнеризацію. Ця технологія зберігає робочі дані та прикладання. Контейнеризація не тільки зберігає дані компанії у безпеці та зменшує ризик випадкової втрати даних співробітників, вона також зменшує витрати на мобільні пристрої співробітників за рахунок спрощення управління пристроями.

Ці два кроки допомагають пройти довгий шлях до прийняття співробітниками спільних та швидких комунікацій для догляду за пацієнтами [169].

Інженери Tango Networks та BlackBerry працюють у прямому співробітництві для створення безшовних технологій для організацій, що працюють у галузі охорони здоров'я. За допомогою послуги Tango Networks Enterprise Mobile UC у поєднанні з BES12 клієнти отримують переваги [170]:

Один номер. Користуючись одним номером для голосової пошти і набору на смартфонах, медсестри та лікарі мають більш ефективний доступ один до одного та до пацієнтів.

Розширення обхвату за допомогою VOIP. Використання Wi-Fi, а не тільки мобільної мережі, забезпечує максимальне “досягнення” — дзвінки не будуть проходити кожен раз через мережу оператора, незалежно від того, де опинились співробітники на території лікарні.

Покращена інтеграція. Tango Networks підтримує широкий діапазон платформ та інтегрується з пристроями на базі операційних систем BlackBerry, а також IOS и Android, які вже широко використовуються у охороні здоров'я.

У сфері охорони здоров'я, ефективні комунікації мають вирішальне значення. Користуючись технологіями Tango Networks та можливостями BES12, медичні компанії можуть зекономити кошти, підвищити продуктивність.

Нашу увагу привернула стаття Кучач В.В. зі співавторами [171] з Білорусії, присвячена актуальній проблемі – ролі електронної охорони

здоров'я та інформаційно-комунікаційних технологій в системі забезпечення ліками літнього населення. В ній показано, що розвиток електронної охорони здоров'я є наслідком реалізації державних програм та ініціатив в різних країнах. За допомогою Інтернет-технологій та мобільної охорони здоров'я медичні служби та аптеки здійснюють дистанційне діагностичне тестування літніх пацієнтів, контролюють процес лікування у домашніх умовах, консультують їх з проблем здоров'я. Авторами зроблено висновок, що інформаційно-комунікаційні технології сприяють підвищенню медичної грамотності літнього населення та його прихильності до лікуванню.

Далі нами проаналізовано стан інформатизації системи охорони здоров'я в Україні.

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки [172].

Для України актуальними є питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни, а об'єкт інформатизації розглядається як складова частина інформаційної структури держави та сукупність різноманітних структур і форм їх взаємодії щодо збору, обробки, збереження, розповсюдження та використання різних видів інформації з метою підтримки прийняття рішень та задоволення інтересів громадян [173].

У рамках проведення інформатизації охорони здоров'я, в т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі за останні роки зроблені істотні кроки з покращення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (в першу чергу обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення корпоративної мережі обміну інформацією між установами

та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж в медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стаціонар» або «Поліклініка» зі створенням персоніфікованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності і якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності і якості прийняття управлінських рішень [174, 175].

Проте головна увага приділяється переважно покращенню матеріально-технічної бази органів управління охороною здоров'я та закладів вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що полегшує працю окремих фахівців (переважно з адміністративних та фінансових служб, служби статистики), але не дає значущого ефекту як для закладу так і для галузі в цілому.

Причому значною (близько 50%) є частка морально застарілих комп'ютерів, що унеможливує впровадження повною мірою сучасних програмних продуктів, які розраховані на більш потужне устаткування. Це призводить до низького рівня використання лікувально-діагностичних інформаційних систем, їх недостатню якість та ізольованість, відсутність на галузевому рівні цілісної системи збору, обміну та аналізу інформації [176].

Намітилася тенденція відокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою, і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає можливості оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і лікувально-профілактичних закладів [178].

Відсутні належні нормативні документи, що регламентують використання комп'ютерних систем у сфері електронного документообігу, захисту інформації, сертифікації програмних засобів, стандартів передання даних та інформаційного обміну. Повільно розвивається інформаційно-телекомунікаційна інфраструктура галузі. В таких умовах створення єдиного медичного інформаційного простору неможливе [179].

Далі нами проведено аналіз літературних джерел щодо регіонального розвитку інформатизації охорони здоров'я та впровадження інформаційно-телекомунікаційних технологій в систему охорони здоров'я [180- 183].

Рівень комп'ютеризації ЗОЗ Дніпропетровської області та доступу до Інтернет в недостатній. Аналіз рівня комп'ютеризації за рівнями медичної допомоги показав, що у ЗОЗ, які надають ПМД переважають ПК року випуску 2008–2010 рр. – відповідно 51,3% від загальної чисельності в таких закладах; у ЗОЗ, що надають ВМД – ПК рік випуску до 2008 р. становлять 36,9%, ПК з року випуску з 2010 р. – 39,2%; у ЗОЗ, що надають ТМД – переважають ПК, рік випуску яких до 2008 р. (38,9%). Відсоток ПК нових модифікацій (ноутбуки) у ЗОЗ всіх рівнів незначний – в цілому по області до 10,0% від загальної чисельності всіх ПК [184].

В області за рівнями медичної допомоги рівень комп'ютеризації та доступу до Інтернет ЗОЗ, які надають третинну медичну допомогу становить 55,4% від загального комп'ютерного парку області, ЗОЗ первинного та вторинного рівні займають за рівнем комп'ютеризації відповідно 21,4 та 23,2%. Всі ЗОЗ підключені до мережі Інтернет.

Системне програмне забезпечення у вигляді операційних систем складається переважно з Windows 7, та Windows XP.

На рівні ЗОЗ та у медичних закладах інших рівнів використовуються переважно наступні прикладні програмні продукти: Укрмедсофт – “Поліклініка”, Програмний комплекс “Медстат”, “Інфомед” та “Медичні кадри”. Також Комплексна МІС “Стаціонар-Поліклініка” розроблена спеціалістами області. До інших прикладних програмних засобів, що

функціонують в закладах охорони здоров'я області необхідно віднести програмні продукти компанії “Медичні системи” та інформаційна система, створена на базі кафедри хірургії ДМА, яка функціонує у МКЛ №6. Всього програмне забезпечення для потреб медицини, які установлені в закладах охорони здоров'я, складає лише 30% від потреби [185].

Все інше програмне забезпечення представлено, в основному, програмними засобами для потреб бухгалтерсько-економічних підрозділів ЗОЗ.

У Департаменті охорони здоров'я обласної держадміністрації підключено до автоматизованої системи діловодства “ДОК ПРОФ”, відповідно підключені усі робочі місця локальної обчислювальної мережі Департаменту, що дає можливість бути включеними до системи “Електронний уряд”. Централізована база даних розміщена на серверах Телекомунікаційного центру області з забезпеченням резервного копіювання баз даних.

Телемедичні консультаційні центри для обслуговування закладів існують на базі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова та Дніпропетровського обласного центру кардіології та кардіохірургії.

В області функціонують наступні реєстри та інформаційні ресурси:

- реєстр осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС;
- реєстр осіб, хворих на цукровий діабет;
- популяційний канцер реєстр – облік онкохворих;
- реєстр хворих на туберкульоз;
- база даних ВІЛ-інфікованих осіб та епідеміологічного моніторингу “EpidEids”;
- реєстр хворих на гіпертонічну хворобу;
- реєстр хворих на гострий інфаркт міокарда;
- реєстр дітей з вродженими вадами серця;
- реєстр донорів крові

- реєстрація хворих на сифіліс та гонорею;
- база даних осіб, визнаних та невизнаних інвалідами;
- бази даних статистичних відомостей про здоров'я населення та показники діяльності ЗОЗ.

Прикладне програмне забезпечення розроблено в основному в середовищі DELPHI під MS. Бази даних зберігаються на серверах БД MS SQL.

В Кіровоградській області [186] використовуються дві медичні діагностичні системи “Тредекс” – канал ЕКГ-транстелефонний “Телекард” На базі КЗ “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” – випуску 2004 року в експлуатації з 20.02.2005 р. з 12 периферійними пристроями в 12 ЦРЛ. На базі Знам'янської ЦРЛ рік випуску 2005, в експлуатацію введений з 25.04.2006, з 10 периферійними пристроями в лікарських амбулаторіях району.

У всіх ЗОЗ області з жовтня 2012 р. діє телекомунікаційна система. За рахунок субвенції з державного бюджету на загальну суму 1393,1 тис. грн. було придбано комплекс медичний, діагностичний, телеметричний, транстелефонний “Тредекс” – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ-передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 року в комунальному закладів “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер”, КЗ “КМЛШМД”, МК ЛПЗ – МЛ № 1 м. Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 11 ЦРЛ передають електрокардіограми в КЗ “КОКД”.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м. Кіровограда, м. Олександрії, м. Знам'янки, м. Світловодська та усі (21) ЦРЛ. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

З метою налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо

стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консилиуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

Для підвищення ефективності медичної допомоги хворим на туберкульоз, забезпечення своєчасності її надання, достовірності статистичної інформації та адміністративних даних, функціонує електронний реєстр хворих на туберкульоз.

До мережі Інтернет у Львівській області [187] підключено всі обласні лікарні, дитячі обласні лікарні, дитячі міські лікарні, спеціалізовані заклади, центральні районні лікарні та пологові будинки, поліклініки, 97,5% інших закладів охорони здоров'я, 100% поліклінік, 83,9% міських лікарень, 77,3% районних лікарень і лише 6,9,8% амбулаторій. Неповне охоплення Інтернетом деяких закладів охорони здоров'я і, зокрема, амбулаторій, пояснюється недостатнім фінансуванням для встановлення та обслуговування Всесвітньої мережі. Всі медичні заклади, що мають доступ до Інтернету, входять до єдиної системи взаємному обміну медичною інформацією, включаючи департамент охорони здоров'я та обласний медичний інформаційно-аналітичний центр. Система використовується для передавання статистичної, фінансово-господарської та оперативної інформації, у тому числі і до МОЗ України і Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України. Передача всієї оперативно-звітної інформації здійснюється електронною поштою.

Кількість медичних послуг, наданих за допомогою ІКТ, зросла з 409 у 2013 р. до 538 у 2014 р. Найбільший приріст відбувся за рахунок обласного державного кардіологічного центру, де проведено 507 консультацій. Телемедичні послуги в основному включають в себе питання діагностики та лікування хворих. Крім кардіоцентру, телемедичними діагностично-консультаційними послугами охоплювались заклади охорони здоров'я міст Дрогобича, Трускавця, Червонограда, Буського, Золочівського, Сколівського, Старосамбірського та Турківського районів.

Певна кількість робіт присвячена впровадженню телемедичних технологій.

Телемедичні технології у Вінницькій області в закладах охорони здоров'я впроваджуються по наступних напрямкам [187]:

– в міждержавній системі ContentNet ([www.content.net.ua](http://www.content.net.ua)) зі створенням сайтів для кожного закладу, підпорядкованого ДОЗ та К ОДА та Моніторингу ;

– Україно – Швейцарська Програма “Здоров'я матері та дитини” на базі телемедичної Інтернет-платформи IPATH:

До телемедичної мережі залучено регіональні медичні навчальні заклади, установи національного рівня (Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, Національну медичну Академію післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика), приватні та державні клініки з різних регіонів України, а також із закордону.

В Івано-Франківській обласній [188] дитячій клінічній лікарні в 2014 р. проведено 63 відеоконсультації хворих дітей (в реальному числі), проведено 16 відеолекцій для лікарів (підключення до кафедр КМАПО ім. Шупика і лікарні ОХМАТДИТ).

Обласний фтизіопульмонологічний центр: протягом 2014 р. проведено 2 телемедичні консультації ведення випадків туберкульозу у дітей та дорослих із спеціалістами Національного інституту фтизіатрії та пульмонології ім. С.Г.Яновського АМН України.

Із спеціалістами ДЗ “Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України” проведено 16 скайп-нарад щодо дотримання схем лікування у хворих із мультирезистентним туберкульозом, забезпеченості протитуберкульозних закладів протитуберкульозними препаратами, правильності ведення статистично затверджених форм ТБ 01 та ТБ 01-МРТБ [189].

Обласний кардіологічний диспансер: проведено 5 консультацій в режимі “Skype”, 3 ННЦ “Інститут кардіології імені ак. М.Стражеско”).



Обласний онкологічний диспансер: участь лікарів закладу в 7 науково-практичних конференціях (в режимі ОНЛАЙН).

Обласні лікувально-профілактичні заклади області співпрацюють з профільними закладами (інститутами, центрами м.Києва, м.Харкова), проте недостатньо розвиваються телемедичні технології на рівень районних та міських закладів.

У Кіровоградській області використовуються дві медичні діагностичні системи “Тредекс” – канал ЕКГ-транстелефонний “Телекард”. На базі КЗ “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” - випуску 2004 року в експлуатації з 20.02.2005 р. з 12 периферійними пристроями в 12 ЦРЛ. На базі Знам'янської ЦРЛ рік випуску 2005, в експлуатацію введений з 25.04.2006 р., з 10 периферійними пристроями в лікарських амбулаторіях району.

У всіх ЗОЗ області з жовтня 2012 р. діє телекомунікаційна система. За рахунок субвенції з державного бюджету на загальну суму 1393,1 тис. грн. було придбано комплекс медичний, діагностичний, телеметричний, транстелефонний “Тредекс” – у складі 13 приймальних станцій і 89 ЕКГ-передавачів. Інсталяція комплексів з приймальними станціями проведена в кінці жовтня 2012 року в комунальному закладів “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер”, КЗ “КМЛШМД”, МК ЛПЗ – МЛ №1 м.Олександрії і 10 центральних районних лікарнях. 11 ЦРЛ передають електрокардіограми в КЗ “КОКД”.

ЕКГ-передавачами оснащені бригади швидкої медичної допомоги м.Кіровограда, м.Олександрії, м.Знам'янки, м.Світловодська та усі (21) центральні районні лікарні. Проводиться організаційна робота по ефективному використанню цієї системи.

Транстелефонна передача ЕКГ та консультації з ЛПЗ області в комунальний заклад “Кіровоградський обласний кардіологічний диспансер” за 2014 рік передано 1243 ЕКГ.

Передача ЕКГ по телемедичній системі “Тредекс”: в межах районів області, які мають приймальну станцію, за 2014 рік передано 3691 ЕКГ.

Всього по області передано 4934 ЕКГ.

У 2012 р. в обласній лікарні встановлено обладнання, яке використовується для телемедицини: Відеотермінал QDX 6000 1 шт.; Інсталяційний сервіс для QDX 6000 Series 1 шт.; Маршрутизатор (Router) провідний Cisco CISCO1921-SEC/K9 1 шт.; Мобільна стійка для ТВ-панелі з 2-ма полицями під обладнання (ТВ панель, проектор відсутні) 1 шт.

Для надання телемедичної допомоги область співпрацює з Київським інститутом педіатрії акушерства та гінекології, перинатальними центрами Дніпропетровської та Одеської областей [190].

З метою конструктивної співпраці та налагодження системи оперативної координації діяльності щодо реалізації завдань та заходів Загальнодержавної програми протидії туберкульозу, на національному та регіональному рівнях запроваджено проведення щомісячних скайп-нарад, на яких розглядаються питання щодо стану реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу в регіонах; проводяться консиліуми в он-лайн режимі з розбору клінічно важких та мультирезистентних випадків туберкульозу на національному рівні.

До відомчої інформаційної системи Телемедичної мережі Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Львівської області на сьогодні підключено 26 закладів охорони здоров'я [191].

Телемедична мережа структурно складається з Регіонального телемедичного консультаційного центру (РТМЦ) та Телемедичних консультаційних центрів (ТМЦ), між якими засобами інформаційних мереж здійснюється обмін медичною інформацією з метою надання кваліфікованої медичної консультаційної допомоги на відстані [192-195].

Проведений аналіз літературних джерел вказує на значне відставання системи охорони здоров'я України у процесах інформатизації ЗОЗ та

використання інформаційних технологій у процесі комунікацій в охороні здоров'я.

### **1.6. Аналіз джерел вітчизняної наукової літератури з комунікативної діяльності в охороні здоров'я**

Даний аналіз ми хочемо почати із аналізу посібника «Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування та управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях», який розроблено в 2016 році в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні» [196]. В даному посібнику практично вперше було в загальному виді розкрито стратегію запровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні, організаційні питання з формування регіональних інформаційних стратегій для системи охорони здоров'я на прикладі Житомирської області, мінімальні вимоги до програмного забезпечення фінансування і управління у сфері охорони здоров'я та склад компонентів програмного забезпечення і базову конфігурацію технічних засобів [197].

За даними пресслужби МОЗ України [198] 16.09.2011 в міністерстві відбулася перша зустріч учасників Координаційної ради проекту «Кризова комунікація – спасіння життів», ініціаторами якої стали МОЗ України, Всеукраїнський союз громадських організацій «Рух за здоров'я» та GIZ – Німецького Товариства міжнародного співробітництва. В повідомленні вказувалося, що проект «Кризова комунікація – спасіння життів» буде реалізовуватися в шести обласних центрах України: Києві, Харкові, Дніпропетровські, Донецьку, Одесі, Львові. В рамках проекту було передбачено проведення тренінгів для журналістів та чиновників, представників обласних управлінь охорони здоров'я за темою кризової комунікації. Також було заплановано проведення «круглих столів» в названих містах, розміщення публікацій в медичних друкованих виданнях,

виготовлення та трансляція телевізійних та радіопередач на тему кризової комунікації. Але в подальшому інформацію про діяльність даного проекту нам знайти не вдалося.

В монографії «Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи» [199], яка видана під редакцією В.В.Лазоришинця в 2014 році показано розвиток інформаційно-комунікаційних систем в деяких регіонах. Так, показано, що в Дніпропетровській області створена громадська платформа з питань медичної реформи. Там же з 2011 року розпочато роботу проекту по залученню експертів до проведення аналізу управлінських рішень з модернізації системи охорони здоров'я в області. В Донецькій області в постійному режимі в ЗМІ, теле- і радіопередачах, на офіційних сайтах ОДА, департаменту охорони здоров'я, міських рад, райдержадміністрацій висвітлюються питання перетворень в медичній галузі. На веб-сайті ОДА поміщається інформація із щотижневим відновленням рубрики «Запитуйте у сімейного лікаря».

В іншій роботі «Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення систем охорони здоров'я в Україні» [200] представлено узагальнену думку експертів із числа представників загально-профільних та спеціалізованих за ВІЛ/СНІДом закладів охорони здоров'я, щодо перетворень в системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні.

Заслуговує на увагу монографія «Інформатизація охорони здоров'я України та розвиток телемедицини» [201] в якій показано розвиток інформаційних технологій в охороні здоров'я в Україні регіональному аспекті. В цілому авторами показано незадовільний рівень інформатизації системи охорони країни.

Питанням інформатизації системи охорони здоров'я присвячені розділи щорічних монографій, які присвячені виконанню Програми «Здоров'я нації. 2002-2012pp» [ 202-206].

В «Щорічних доповідях про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я» висвітлювалися питання вкрай недостатнього стану інформатизації системи охорони здоров'я та проблеми з формування у населення здорового способу життя та профілактики неінфекційних хронічних захворювань [ 207-212], але органи влади в тому числі МОЗ України на представлені матеріали не реагує. Це підтверджується і тим, що в аналітичних матеріалах, які підготовлені та видані до заключних щорічних розширених засідань колегії МОЗ України дані питання не висвітлювалися [213-217].

МОЗ України не затверджував методичної літератури з питань комунікативної діяльності в охороні здоров'я. При цьому видавалися методичні посібники для працівників інших сфер діяльності. Так, для працівників системи соціального захисту населення видавався методичний посібник «Інформування громадськості та співпраця зі ЗМІ» [218]. Для працівників системи соціального захисту населення видавалась і інша методична література [219-224].

Проведений аналіз типових навчальних програм ВМНЗ I-II та III-IV показав, що не в одній із програм на до- та післядипломному рівнях навчання питання комунікаційної діяльності не визначені.

В фахових медичних виданнях питання комунікацій в системі охорони здоров'я України, крім науково-практичних журналів «Клиническая информатика и телемедицина» та «Україна. Здоров'я нації» не висвітлюються. В названих журналах зустрічаються поодинокі публікації, які присвячені названій проблемі [225,226].

Нами вивчалися на аналізувалися дисертаційні роботи, які захищалися в Україні і були присвячені реформуванню системи охорони здоров'я. Було

проаналізовано 7 авторефератів дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора [227-231] і 9 авторефератів дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата [232-240] медичних наук за спеціальністю «соціальна медицина». В даних дисертаційних роботах питання комунікацій не розглядалися.

В дисертаційній роботі [241] на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Зозулі А.І. вказано на необхідність між секторального підходу до процесу догляду за інвалідами на дому та навчання членів родини питанням догляду за тяжкохворими.

В дисертаційній роботі [242] на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Горачук В.В. розроблено схему інформаційного забезпечення підтримки прийняття управлінських рішень в системі управління якістю медичної допомоги.

В дисертаційній роботі [243] на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Подоляки В.Л. представлено модель інформування населення з реформування стаціонарного сектору охорони здоров'я з виділенням змісту інформації та засобів впливу.

В дисертаційній роботі [244] на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Охромій Г.В. вказано на необхідність боротьби з палінням, гіподинамією та надлишковою вагою, але не пояснено як це треба робити.

В дисертаційній роботі [245] на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук Жилки Н.Я. в запропоновану систему ППМД включено просвітницькі заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції у навчальних закладах I-IV рівнів акредитації, закладах соціального обслуговування та установах ДКВС, але не пояснено форми роботи та канали подачі матеріалів.

В дисертаційній роботі [246] на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук Юрченко О.В. представлено модель інформаційного забезпечення учасників протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД, але принципи паблік рилейшенз не витримані.

В дисертаційній роботі [247] на здобуття наукового ступеня кандидата ступеня доктора медичних наук Загороднього С.М. відображено функціонально-організаційну систему побудови суспільних комунікацій в охороні психічного здоров'я населення.

В дисертаційній роботі [248] на здобуття наукового ступеня кандидата ступеня доктора медичних наук Золотарьової Ж.М. в схему комплексу заходів протидії та подолання наслідків СЕВ медичних працівників ЗОЗ, які обслуговують інкрабельних хворих, включено тренінгів центр, але не визначено форми та методи його роботи.

В дисертаційній роботі [249] на здобуття наукового ступеня кандидата ступеня доктора медичних наук Яворського А.М. якісно новим елементом системи управління якістю медичної допомоги включено проведення тренінгів для медичного персоналу з навичок комунікацій з пацієнтами. При цьому не розкрито методологію їх проведення форми комунікаційного впливу та використані засоби комунікацій: тобто чому і як навчати.

Таким чином можна говорити про те, що в системі охорони здоров'я України комунікаційна діяльність не є пріоритетною як для науковців так і організаторів охорони здоров'я всіх рівнів управління, а також для ВМНЗ.

Необхідно зауважити, що соціальна комунікація є об'єктом вивчення багатьох наук — як гуманітарних, так і точних. Кожна наука виокремлює з комунікації як об'єкта дослідження свій предмет вивчення:

- технічні дисципліни вивчають можливості та способи передачі, обробки та зберігання інформації, створення спеціальних кодів — систем певних символів та правил, за допомогою яких можна представити необхідну інформацію;

- психологія та психолінгвістика розглядають фактори, які сприяють передачі та сприйняттю інформації, причини, які ускладнюють процес міжособистісної та масової комунікації, а також умотивованість мовної поведінки комунікантів;

- етнографія вивчає побутові та культурологічні особливості комунікації як спілкування в етнічних ареалах;

- лінгвістика займається проблемами вербальної комунікації — нормативним та ненормативним вживанням слів та словосполучень у мові (як усній, так і письмовій);

- паралінгвістика спеціалізується на засобах невербальної комунікації;

- соціолінгвістика досліджує проблеми, пов'язані з соціальною природою мови та особливостями його функціонування у різних соціумах, а також механізми взаємодії соціальних та мовних факторів, які обумовлюють контакти між представниками різних соціальних груп;

- соціологія досліджує проблеми зв'язків та відношень окремих соціальних суб'єктів (окремих особистостей, малих та великих соціальних груп);

- в політології виник окремий напрям, який досліджує політичні процеси з точки зору інформаційного обміну між суб'єктами політики,

але при цьому в доступній нам літературі не вдалося знайти інформацію про комунікації, як об'єкт дослідження в системі охорони здоров'я. Крім того проведений аналіз наукової літератури дозволив встановити відсутність системи комунікацій в охороні здоров'я України. Наведене і визначило актуальність даної публікації.



## Розділ 2

### Результати соціологічних досліджень з проблеми комунікацій в охороні здоров'я

Враховуючи основні задачі комунікативного впливу щодо формування здорового способу життя та мотивованого відповідального відношення населення до свого здоров'я та формування позитивного відношення населення до реформи охорони здоров'я нами соціологічні дослідження проводилися в цих двох напрямках.

#### 2.1. Результати вивчення ставлення населення до свого здоров'я

Метою даного соціологічного дослідження стало вивчення ставлення населення до свого здоров'я, як основи здорового способу життя та дій по зміцненню та збереженню особистого здоров'я.

На початку дослідження було вивчено віко-статеву характеристику респондентів та їх розподіл за рівнем освіти. Наводимо характеристику респондентів. Табл.2.1.

Таблиця 2.1

#### Характеристика населення яке прийняло участь у соціологічному дослідженні

Показник	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Стать				
Чоловіки	182	45,5	161	40,25
Жінки	218	54,5	239	59,75
Вік				
Працездатний	166	41,5	183	45,75
Старший за працездатний	234	58,5	217	54,25
Освіта				
Не повна середня	137	34,25	109	27,25
Середня	199	49,75	189	47,25
Вища	64	16,0	102	25,5

Згідно до наведених в табл. 2.1 даних в дослідженні прийняло участі більше жінок ніж чоловіків як серед сільського (54,5%) та і міського

(59,75%) населення. При цьому питома вага жінок серед респондентів із міського населення на 5,25% більша ніж серед респондентів із сільського населення.

Більшу частку склали респонденти старше працездатного віку. Вони превалювали серед респондентів як із сільської місцевості так і серед міських жителів. У по віковій структурі серед респондентів навпаки частка осіб старше працездатного віку була більшою серед сільських респондентів (58,5%) ніж серед міських (54,25%) на 4,25%.

В розподілі респондентів за рівнем освіти найбільшу частку склали респонденти із середньою освітою: 49,75% - серед сільських та 47,25% - міських опитаних жителів. Найменшу частку склали респонденти із вищою освітою: 16,0% - серед сільських та 25,5% - міських опитаних жителів.

Далі вивчалоя питання щодо оцінки респондентами стану особистого здоров'я. Вивчення проводилося за наступними критеріями: здоровий – на протязі року не хворів і не звертався за медичною допомоги до закладів охорони здоров'я; практично здоровий – протягом року хворів тільки на гості інфекційні захворювання та отримував травми з приводу яких звертався до закладу охорони здоров'я, лікувався і гостре захворювання (травма) закінчилися без негативних наслідків для здоров'я; має хронічні хвороби з приводу яких знаходиться під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики-сімейного лікаря чи лікаря-спеціаліста поліклініки з приводу чого в поточному році проходив лікування чи регулярно вживає призначені лікарем лікарські засоби. Отримані результати наведено в табл. 2.2.

За даними табл. 2.2 видно, що  $25,27 \pm 2,2\%$  сільських чоловіків і  $14,22 \pm 1,7\%$  сільських жінок та  $7,45 \pm 1,3\%$  міських чоловіків і  $6,69 \pm 1,3\%$  міських жінок вважають себе здоровими. Різниця на користь сільських жителів складає: у чоловіків 3,4 разу ( $p \leq 0,01$ ) разу, у жінок 2,1 ( $p \leq 0,05$ ) разу. Мають хронічні хвороби  $53,30 \pm 2,5\%$  сільських чоловіків та  $61,93 \pm 2,5\%$  сільських жінок і  $63,36 \pm 2,4\%$  міських чоловіків та  $64,86 \pm 2,4\%$  міських жінок. Достовірної різниці в даних показниках не виявлено.

## Оцінка респондентами стану особистого здоров'я

Показник	Здорові		Практично здорові		Мають хронічні хвороби	
	абс	%	абс	%	абс	%
Сільські жителі						
Чоловіки	46	25,27±2,2	39	21,43±2,0	97	53,30±2,5
Жінки	31	14,22± 1,7	52	23,85±2,1	135	61,93±2,4
Працездатний вік	68	40,96±2,5	76	45,78±2,5	22	13,26±1,7
Старший за працездатний вік	9	3,85±0,9	15	6,41±1,2	210	89,74±1,6
Не повна середня освіта	22	16,06±1,8	39	28,47±2,3	76	55,47±2,5
Середня освіта	48	24,12±2,1	41	20,60±2,0	110	55,28±2,5
Вища освіта	7	10,94±1,5	11	17,19±1,9	46	71,87±2,3
Жителі міст						
Чоловіки	12	7,45±1,3	47	29,19±2,3	102	63,36±2,4
Жінки	16	6,69±1,2	68	28,45±2,3	155	64,86±2,4
Працездатний вік	9	4,92±1,1	96	52,46±2,5	78	42,62±2,5
Старший за працездатний вік	19	8,76±1,4	19	8,76±1,4	179	82,48±1,9
Не повна середня освіта	10	9,17±1,5	54	49,54±2,5	45	41,29±2,5
Середня освіта	15	7,94±1,3	44	23,28±2,1	130	68,78±2,3
Вища освіта	3	2,94±0,8	17	16,67±1,9	82	80,39±2,0

За віковими характеристиками сільські жителі вважають себе здоровими в залежності від віку в наступних показниках: особи працездатного віку – 40,96±2,5%, особи старше працездатного віку – 3,85±0,9%, а міські жителі відповідно: 4,92±1,1% особи працездатного віку та 8,76±1,4% особи старше працездатного віку. Достовірна різниця встановлена в показниках визнання себе здоровими серед осіб працездатного віку сільського та міського населення на користь сільського населення. За даними соціологічного дослідження хронічні хвороби має: 13,26±1,7% сільського населення працездатного віку та 89,74±1,5% сільського населення старше працездатного віку. Серед міського населення працездатного віку хронічні хвороби має 42,62±2,5% та 82,48±1,9% старше працездатного віку.

Проведені розрахунки вказали на достовірні відмінності в показниках як між вказаними категоріями сільського та міського населення так і між наведеними показниками між різними категоріями за віком сільського та міського населення. Структура, за віком, тих, хто вважає себе практично здоровими в розрізі сільського та міського населення, наведена в табл. 2.2.

За рівнем освіти здоровими себе рахує  $9,17 \pm 1,4\%$  респондентів з незакінченою середньою,  $7,94 \pm 1,3\%$  - з середньою та  $2,94 \pm 0,8\%$  - з вищою освітою. Найбільша частка з тих, хто себе визнав практично здоровими є особи з незакінченою середньою ( $49,54 \pm 2,5\%$ ), а найменша ( $16,67 \pm 1,8\%$ ) – з вищою освітою. Різниця показника складає 2,97 ( $p \leq 0,01$ ) разів. Практично здорові із середньою освітою складають  $23,28 \pm 2,1\%$ . Найбільшу частку серед всіх опитаних складають особи, які мають хронічні хвороби. Так, серед респондентів з незакінченою середньою освітою їх частка складає  $41,29 \pm 2,5\%$ , серед респондентів з середньою освітою –  $68,78 \pm 2,4\%$ , а вищою освітою –  $80,38 \pm 2,0\%$ .

Далі вивчалось питання ставлення населення, яке прийняло участь у соціологічному дослідженні, до особистого здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 2.3.

Відповідно до отаманих в ході дослідження та наведених в табл. 2.3 даних особисте здоров'я є головним пріоритетом для  $6,75 \pm 1,3\%$  сільських та  $14,75 \pm 1,7\%$  міських жителів. Згідно отриманих даних для міських жителів особисте здоров'я є головним пріоритетом в 2,2 ( $p \leq 0,05$ ) разу вищим ніж для сільських жителів. При цьому особисте здоров'я не турбує  $27,25 \pm 2,2\%$  сільських та  $31,75 \pm 2,3\%$  міських жителів.

Із числа респондентів, які проживають в сільській місцевості  $13,0 \pm 1,7\%$  вказали, що ведуть здоровий спосіб життя,  $21,25 \pm 2,1\%$  впевнені, що спосіб життя не впливає на стан здоров'я і при цьому  $48,5 \pm 2,5\%$  палить та  $37,0 \pm 2,4\%$  зловживає алкогольними напоями.

Із числа респондентів, які проживають в містах  $15,5 \pm 1,8\%$  вказали, що ведуть здоровий спосіб життя,  $12,25 \pm 1,7\%$  впевнені, що спосіб

життя не впливає на стан здоров'я і при цьому  $40,75 \pm 2,5\%$  палить та  $28,5 \pm 2,3\%$  зловживає алкогольними напоями.

Таблиця 2.3

**Ставлення населення, яке прийняло участь у соціологічному дослідженні, до особистого здоров'я**

Показник	Сільські жителі (п-400)		Жителі міст (п-400)	
	абс	%	абс	%
Особисте здоров'я є головним пріоритетом	27	$6,75 \pm 1,2$	59	$14,75 \pm 1,8$
Особисте здоров'я не турбує	109	$27,25 \pm 2,2$	127	$31,75 \pm 2,3$
Веду спосіб життя, який сприяє збереженню здоров'я	52	$13,00 \pm 1,7$	61	$15,25 \pm 1,8$
Впевнений, що спосіб життя на стан здоров'я не впливає	85	$21,25 \pm 2,1$	49	$12,25 \pm 1,7$
Палить	194	$48,5 \pm 2,5$	163	$40,75 \pm 2,5$
Не палить	206	$51,5 \pm 2,5$	237	$59,25 \pm 2,5$
Зловживає алкогольними напоями	148	$37,0 \pm 2,4$	114	$28,5 \pm 2,3$
Не зловживає алкогольними напоями	252	$63,0 \pm 2,4$	286	$71,5 \pm 2,3$

В ході дослідження достовірних відмінностей в способі життя сільських жителів та жителів міст виявлено не було.

Далі вивчалися дії сільських жителів та жителів міст при погіршенні стану здоров'я. Отримані результати наведено в табл.2.4.

За даними, що наведено в табл. 2.4 видно, що при погіршенні стану здоров'я різні категорії сільського населення звертаються за медичною допомогою до лікарів в межах  $41,57 \pm 2,5\%$ - $48,90 \pm 2,5\%$ . Достовірної різниці у рівнях звернення різних категорій сільського населення до лікарів у разі погіршення стану здоров'я не виявлено. Самолікуванням у 1,1 разу частіше займаються сільські жінки ніж чоловіки, у 1,4 разу особи старше працездатного ніж працездатного віку та у 1,6 разу особи з середньою освітою ніж із вищою освітою. До знахарів, у разі погіршення стану здоров'я, сільські жінки звертаються у  $2,2(p \leq 0,05)$  разу частіше ніж чоловіки, у 2,8

( $p \leq 0,05$ ) разу особи старше працездатного ніж працездатного віку та у 3,6 ( $p \leq 0,01$ ) разу особи які мають незакінчену середню ніж ті, що мають вищу освіту. Важливим результатом дослідження є отримані дані які вказують, що 14,84±1,8% чоловіків, 23,50±2,1% осіб працездатного віку та 28,13±2,3% осіб з вищою освітою не реагують на погіршення стану власного здоров'я.

Таблиця 2. 4

### Дії при погіршенні стану здоров'я

Показник	Звертається до лікаря		Займається самолікуванням		Звертається до знахарів		Не звертає уваги	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Сільські жителі								
Чоловіки	89	48,90±2,5	54	29,67±2,3	12	6,59±1,2	27	14,84± 1,8
Жінки	91	41,74±2,5	71	32,57±2,3	32	14,68±1,7	24	11,00±1,6
Працездатний вік	69	41,57±2,5	42	25,30±2,2	9	5,42±1,1	46	27,71±2,2
Старший за працездатний вік	111	47,44±2,5	83	35,47±2,4	35	14,96±1,7	5	2,13±0,7
Не повна середня освіта	68	49,64±2,5	43	31,39±2,3	23	16,79±1,9	3	2,18±0,7
Середня освіта	83	41,71±2,5	68	34,17±2,4	18	9,05±1,4	30	15,07±1,8
Вища освіта	29	45,31±2,5	14	21,87±2,0	3	4,69±1,0	18	28,13±2,2
Жителі міст								
Чоловіки	87	54,00±2,5	52	32,29±2,3	3	1,91±0,7	19	11,80±1,6
Жінки	139	58,16±2,5	59	24,69±2,2	14	5,85±1,2	27	11,30±1,6
Працездатний вік	89	48,63±2,5	46	25,14±2,2	5	2,73±0,8	43	23,50±2,1
Старший за працездатний вік	137	63,13±2,4	65	29,95±2,3	12	5,54±1,1	3	1,38±0,6
Не повна середня освіта	79	72,48±2,2	31	11,91±1,6	8	7,34±1,3	9	8,27±1,4
Середня освіта	93	50,82±2,5	35	19,13±2,0	6	3,17±0,9	65	26,88±2,2
Вища освіта	54	52,94±2,5	45	44,12±2,5	3	2,94±0,8	-	-

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 2.4 дані вказують на більш високий рівень звернення до лікаря у разі погіршення стану здоров'я міського населення з часткою 54,0±2,5% чоловіків та 58,16±2,5% жінок. Достовірної різниці у частоті звернення міського населення до лікарів у разі погіршення стану здоров'я в залежності від віку та рівня освіти не виявлено. В ході дослідження встановлено, що міські чоловіки (32,29±2,3%) в 1,3 разу частіше займаються самолікуванням ніж жінки (24,69±2,2%). За рівнем

освіти найчастіше самолікуванням займаються особи з вищою освітою ( $44,12 \pm 2,5\%$ ) проти осіб з неповною середньою освітою ( $11,91 \pm 1,6\%$ ): різниця складає 3,7 ( $p \leq 0,01$ ) разів. Показано достовірно нижчий рівень звернень міського населення ніж сільського до знахарів. При цьому жінки ( $5,85 \pm 2,5\%$ ) у 3,1 ( $p \leq 0,01$ ) разу звертаються до знахарів частіше ніж чоловіки ( $1,91 \pm 0,7\%$ ). Результати соціологічного дослідження показали, що  $11,80 \pm 1,6\%$  міських чоловіків,  $11,30 \pm 1,6\%$  жінок в тому числі  $23,50 \pm 2,1\%$  осіб працездатного віку та  $26,88 \pm 2,2\%$  осіб із середньою освітою на погіршення стану особистого здоров'я не реагує.

Наступним кроком дослідження було вивчення джерел отримання інформації про здоровий спосіб життя, профілактику захворювань та шкоди від шкідливих звичок. Отримані результати наведено в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

#### Джерела отримання інформації профілактичного характеру

Джерело інформації	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Сімейний лікар	197	$49,25 \pm 2,5$	83	$20,75 \pm 2,0$
Сімейна медична сестра	124	$31,0 \pm 2,3$	27	$6,75 \pm 1,2$
Лікар-спеціаліст	98	$24,5 \pm 2,2$	156	$39,0 \pm 2,4$
Інтернет	54	$13,5 \pm 1,7$	131	$32,75 \pm 2,3$
Телебачення	43	$10,75 \pm 1,5$	57	$14,25 \pm 1,7$
Газети	37	$9,25 \pm 1,4$	41	$10,25 \pm 1,5$
Брошури	25	$6,25 \pm 1,2$	79	$19,75 \pm 2,0$
Санітарні бюлетені	14	$3,5 \pm 0,9$	11	$2,75 \pm 0,8$
Родичі	53	$13,25 \pm 1,7$	59	$14,75 \pm 1,8$
Сусіди, колеги	87	$21,75 \pm 2,0$	92	$23,0 \pm 2,1$
Інші джерела	69	$17,25 \pm 1,9$	92	$23,0 \pm 2,1$
Дана інформація не інтересує	41	$10,25 \pm 1,5$	37	$9,25 \pm 1,4$

Наведені в табл. 2.5 дані вказують на достовірні відмінності в джерелах отриманні інформації профілактичного характеру жителями міст

та сільської місцевості. Так від сімейних лікарів відповідну інформацію отримує  $49,25 \pm 2,5\%$  сільських жителів і  $20,75 \pm 2,0\%$  жителів міст. Різниця складає 2,4 ( $p \leq 0,05$ ) разу. Джерелом інформації профілактичного характеру сімейна медична сестра для сільських жителів є у  $31,0 \pm 2,3\%$ , а для міських жителів –  $6,75 \pm 1,2\%$ . Різниця складає 4,6 ( $p \leq 0,01$ ) разів. Лікарі-спеціалісти частіше інформують міських жителів ( $39,0 \pm 2,4\%$ ) ніж жителів села ( $24,5 \pm 2,2\%$ ): різниця складає 1,6 разів. Також більш частіше отримують інформацію із мережі Інтернет жителі міст ( $32,75 \pm 2,4\%$ ) ніж жителі сільської місцевості ( $13,5 \pm 1,7\%$ ) з різницею в 2,4 ( $p \geq 0,05$ ) разів.

Достовірної різниці в джерелах отримання інформації профілактичного характеру між жителями сільської місцевості та міст не встановлено. Відмічається низький рівень отримання інформації через санітарні бюлетені ( $3,5 \pm 0,9\%$  та  $2,75 \pm 0,7\%$  відповідно) та високий від сусідів і колег ( $21,75 \pm 2,1\%$  та  $23,0 \pm 2,1\%$  відповідно).

Таким чином, в ході проведеного соціологічного дослідження було встановлено, що особисте здоров'я є головним пріоритетом тільки для  $6,75 \pm 1,3\%$  сільського та  $14,75 \pm 1,8\%$  міського населення при цьому  $53,3 \pm 2,5\%$  сільського та  $61,93 \pm 0,0\%$  міського населення мають хронічні хвороби. В разі погіршення стану особистого здоров'я за медичною допомогою звертається  $48,90 \pm 2,5\%$  чоловіків та  $41,74 \pm 2,5\%$  жінок які є сільськими жителями і  $54,0 \pm 2,5\%$  чоловіків та  $58,16 \pm 2,5\%$  жінок які є мешканцями міст. Інформацію профілактичного характеру респонденти недостатньо отримують від медичних працівників. Біля 10% респондентів дана інформація не інтересує. Дана ситуація потребує проведення комплексної інформаційної роботи та формування у населення відповідального відношення до свого здоров'я.

**2.2. Результати вивчення ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та їх способу життя**



Метою даного етапу дослідження стало вивчення рівня мотивації дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до відповідального ставлення щодо власного здоров'я, а також джерела отримання інформації щодо здорового способу життя та тактики при загрозливих станах і рівня задоволеності комунікаціями з медичними працівниками.

Дані про респондентів наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

### Характеристика населення яке прийняло участь у соціологічному дослідженні

Показник	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Стать				
Чоловіки	174	43,5	192	48,0
Жінки	226	56,5	208	52,0
Вік				
Працездатний	236	59,0	221	55,25
Старший за працездатний	164	41,0	179	44,75
Освіта				
Не повна середня	207	51,75	98	24,5
Середня	174	43,5	248	62,0
Вища	19	4,75	54	13,5

За даними табл. 2.6 серед респондентів, за статтю, більшу частину складають жінки як серед сільських жителів (56,5%) так і серед жителів міст (52,0%) та особи працездатного віку: 59,0% та 55,25% - відповідно. За рівнем освіти серед респондентів, які проживають в сільській місцевості найбільшу частку складають особи з не повною середньою освітою (51,75%), а серед жителів міст – з середньою освітою (62,2%).

Далі вивчалоя питання наявності у респондентів хронічних хвороб за класами хвороб у відповідності до МКХ-10. Отримані результати відображено в табл. 2.7.

Із наведених в табл. 2.7 даних видно, що із числа сільських респондентів  $44,25 \pm 2,5\%$ , а із числа міських  $60,75 \pm 2,4\%$  мають по декілька

хронічних неінфекційних хвороб. Найбільш часто серед сільських та міських респондентів зустрічаються хвороби системи кровообігу: відповідно  $51,25 \pm 2,5\%$  та  $75,25 \pm 2,2\%$ .

Таблиця 2.7

### Структура хронічних неінфекційних захворювань у респондентів

Клас захворювань	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Новоутворення	5	$1,25 \pm 0,6$	12	$3,0 \pm 0,9$
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	13	$3,25 \pm 0,9$	24	$6,00 \pm 1,2$
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	27	$6,75 \pm 1,3$	45	$11,25 \pm 1,6$
Хвороби нервової системи	86	$21,5 \pm 2,0$	102	$25,5 \pm 2,2$
Хвороби ока та його придаткового апарату	31	$7,75 \pm 1,3$	47	$11,75 \pm 1,6$
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	26	$6,5 \pm 1,2$	32	$8,0 \pm 1,4$
Хвороби системи кровообігу	205	$51,25 \pm 2,5$	301	$75,25 \pm 2,2$
Хвороби органів дихання	72	$18,0 \pm 1,9$	94	$23,5 \pm 2,1$
Хвороби органів травлення	69	$17,25 \pm 1,9$	117	$29,25 \pm 2,3$
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	15	$3,75 \pm 0,9$	23	$5,75 \pm 1,2$
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	94	$23,5 \pm 2,1$	139	$34,75 \pm 2,4$
Хвороби сечостатевої системи	28	$7,0 \pm 1,3$	59	$14,75 \pm 1,8$
Має два захворювання	92	$23,0 \pm 2,1$	127	$31,75 \pm 2,3$
Має три захворювання	57	$14,25 \pm 1,7$	72	$18,0 \pm 1,9$
Більше трьох захворювань	28	$7,0 \pm 1,3$	44	$11,0 \pm 1,6$

Крім хвороб системи кровообігу серед респондентів із сільської місцевості найбільш часто зустрічаються хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини ( $23,5 \pm 2,1\%$ ), хвороби нервової системи ( $21,5 \pm 2,1\%$ ) та хвороби органів дихання ( $18,0 \pm 1,9\%$ ). Серед респондентів, які проживають в

містах найбільш часто зустрічаються хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини ( $34,75 \pm 2,4\%$ ), хвороби органів травлення ( $29,25 \pm 2,3\%$ ) та хвороби нервової системи ( $25,5 \pm 2,2\%$ ). Більшість із хвороб, які зареєстровані у респондентів можуть керуватися способом життя та через виконання рекомендацій лікарів та прихильності до лікування.

Враховуючи вплив на стан здоров'я способу життя та рівня відповідального ставлення до власного здоров'я, нами вивчено питання ставлення респондентів, які мають хронічні неінфекційні захворювання, до власного здоров'я за наявності в них факторів ризику негативного впливу на здоров'я. Отримані в ході соціологічного дослідження результати наведено в табл.2.8.

Таблиця 2.8

**Відношення до власного здоров'я та наявність факторів ризику в населення з хронічними неінфекційними хворобами**

Показник	Міські жителі		Сільські жителі	
	абс.	%	абс.	%
Особисте здоров'я є пріоритетом	47	$11,75 \pm 1,6$	31	$7,75 \pm 1,3$
Спроба вести здоровий спосіб життя	59	$14,75 \pm 1,7$	28	$7,00 \pm 1,3$
Регулярне відвідування лікаря з профілактичною метою	136	$34,00 \pm 2,4$	57	$14,75 \pm 1,7$
Щорічне проходження диспансеризації	311	$77,75 \pm 2,1$	192	$48,00 \pm 2,5$
Виконання рекомендацій лікаря щодо режиму харчування	154	$38,50 \pm 2,4$	62	$15,50 \pm 1,8$
Виконання рекомендацій лікаря щодо режиму праці і відпочинку	136	$34,00 \pm 2,4$	41	$10,25 \pm 1,5$
Виконання рекомендацій лікаря щодо фізичного навантаження	162	$40,50 \pm 2,5$	29	$7,25 \pm 1,3$
Виконання рекомендацій лікаря щодо лікування	217	$54,25 \pm 2,5$	89	$22,25 \pm 2,1$
При значному погіршенні здоров'я терміново звертається до закладу охорони здоров'я	183	$45,75 \pm 2,5$	59	$14,75 \pm 1,7$
Палить	207	$51,75 \pm 2,5$	218	$54,50 \pm 2,5$
Зловживає алкоголем	143	$35,75 \pm 2,4$	194	$48,50 \pm 2,5$
Зловживає соленою їжею	107	$26,75 \pm 2,2$	95	$23,75 \pm 2,1$
Має щоденні стреси	209	$52,25 \pm 2,5$	115	$28,75 \pm 2,3$

Встановлено, що серед дорослих міських жителів, хворих на хронічні неінфекційні хвороби, здоров'я є пріоритетом лише для  $11,75 \pm 1,6\%$ , а серед сільських – для  $7,75 \pm 1,3\%$ . Це підтверджено тим, що регулярно відвідують лікаря з профілактичною метою  $34,00 \pm 2,4\%$  та  $14,75 \pm 1,7\%$ , щорічно проходять диспансеризацію  $77,75 \pm 2,1\%$  та  $48,00 \pm 2,5\%$  відповідно. При цьому менше 50% опитаних із достовірною різницею між міським і сільським населенням виконують рекомендації лікарів щодо режиму лікування та способу життя.

Значна частина дорослого населення, яке страждає на хронічні неінфекційні хвороби, має фактори ризику погіршення здоров'я:  $51,75 \pm 2,5\%$  міських і  $54,50 \pm 2,5\%$  сільських респондентів палить; відповідно  $35,75 \pm 2,4\%$  і  $48,5 \pm 2,5\%$  зловживають алкоголем;  $26,75 \pm 2,2\%$  і  $23,75 \pm 2,1\%$  – солоною їжею;  $52,25 \pm 2,5\%$  і  $28,75 \pm 2,3\%$  мають щоденні стреси.

Для досягнення мети дослідження нами було вивчено питання щодо джерела отримання респондентами інформації профілактичного характеру. Результати опитування наведено в табл.2.9. На відміну від попереднього соціологічного дослідження, де респонденти мали можливість назвати декілька джерел отримання інформації, в даному дослідженні їх просили назвати одне основне джерело отримання інформації профілактичного характеру.

Згідно отриманих та наведених в табл. 2.9 основними джерелами профілактичної інформації для сільських жителів є: сімейні лікарі ( $26,0 \pm 2,2\%$ ), інтернет ( $19,75 \pm 2,0\%$ ), сусіди та колеги ( $16,75 \pm 1,9\%$ ).

Для жителів міст основними джерелами інформації є: лікарі-спеціалісти ( $42,25 \pm 2,5\%$ ), система інтернет ( $26,75 \pm 2,2\%$ ) та сусіди і колеги ( $14,25 \pm 1,7\%$ ).

Аналіз отриманих даних вказує на те, що медичні працівники першого контакту (ЛЗП-СЛ та сімейні медичні сестри) не є основним джерелом медичної інформації для населення. Нажаль більшість населення як сільського ( $50,0 \pm 2,5\%$ ) так і міського ( $52,52 \pm 2,5\%$ ) отримує медичну

інформацію профілактичного характеру не від медичних працівників. При цьому від сусідів та колег отримує таку інформацію  $16,75 \pm 1,9\%$  сільських та  $14,25 \pm 1,7\%$  міських жителів.

Таблиця 2.9

### Джерела отримання інформації профілактичного характеру

Джерело інформації	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Сімейний лікар	104	$26,0 \pm 2,2$	17	$4,25 \pm 1,0$
Сімейна медична сестра	44	$11,0 \pm 1,6$	5	$1,25 \pm 0,7$
Лікар-спеціаліст	52	$13,0 \pm 1,7$	169	$42,25 \pm 2,5$
Інтернет	79	$19,75 \pm 2,0$	107	$26,75 \pm 2,2$
Телебачення	8	$2,0 \pm 0,7$	4	$1,0 \pm 0,5$
Газети	7	$1,75 \pm 0,7$	3	$0,75 \pm 0,4$
Брошури	5	$1,25 \pm 0,7$	2	$0,5 \pm 0,4$
Санітарні бюлетені	-	-	-	-
Родичі	29	$2,5 \pm 0,7$	33	$8,25 \pm 1,4$
Сусіди, колеги	67	$16,75 \pm 1,9$	57	$14,25 \pm 1,7$
Інші джерела	-	-	1	$0,25 \pm 0,2$
Дана інформація не інтересує	5	$1,25 \pm 0,6$	2	$0,5 \pm 0,4$

Далі вивчалось питання щодо змісту інформації, яку населення отримує від медичних працівників. Отримані дані наведено в табл. 2.10.

Найчастіше сільські жителі від медичних працівників отримують інформацію наступного змісту: тактика дій при погіршенні стану здоров'я ( $77,75 \pm 2,1\%$ ), догляд за дітьми ( $49,5 \pm 2,5\%$ ), догляд за інвалідами ( $18,5 \pm 1,9\%$ ), особиста гігієна ( $17,75 \pm 1,9\%$ ), правила здорового харчування ( $13,25 \pm 1,7\%$ ).

Найчастіше жителі міст від медичних працівників отримують інформацію наступного змісту: тактика дій при погіршенні стану здоров'я ( $59,75 \pm 2,5$ ), режим навантаження у дітей шкільного віку ( $31,75 \pm 2,3\%$ ),

правила здорового харчування ( $23,5\pm 2,1\%$ ), рекомендації з використання лікарських трав ( $21,25\pm 2,0\%$ ), боротьба із безсонням ( $19,75\pm 2,0\%$ ).

Таблиця 2.10

### Вид інформації отриманої від медичних працівників

Вид інформації	Сільські жителі		Жителі міст	
	абс	%	абс	%
Особиста гігієна	71	$17,75\pm 1,9$	59	$14,75\pm 1,8$
Догляд за дітьми	198	$49,5\pm 2,5$	205	$51,25\pm 2,5$
Догляд за інвалідами	74	$18,5\pm 1,9$	62	$15,5\pm 1,8$
Тактика дій при погіршенні здоров'я	311	$77,75\pm 2,1$	239	$59,75\pm 2,5$
Боротьба зі стресами	15	$3,75\pm 0,9$	62	$15,5\pm 1,8$
Боротьба із безсонням	42	$10,5\pm 1,5$	79	$19,75\pm 2,0$
Правила здорового харчування	53	$13,25\pm 1,7$	94	$23,5\pm 2,1$
Рекомендації при бажанні кинути палити	32	$8,0\pm 1,4$	65	$16,25\pm 1,9$
Профілактика небажаної вагітності	24	$6,0\pm 1,2$	47	$11,75\pm 1,6$
Профілактика СНІДу	5	$1,25\pm 0,6$	71	$17,75\pm 1,9$
Гігієна навантаження на зір у дітей	38	$9,5\pm 1,5$	25	$6,25\pm 1,2$
Режим навантаження у дітей шкільного віку	49	$12,25\pm 1,6$	127	$31,75\pm 2,3$
Рекомендації з використання лікарських трав	41	$10,25\pm 1,5$	85	$21,25\pm 2,1$
Інформація іншого характеру	62	$15,5\pm 1,8$	134	$33,5\pm 2,4$

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня задоволеності респондентів отриманою інформацією та якістю комунікацій з медичними працівниками. Табл. 2.11.

Отримані в ході соціологічного дослідження та наведені в табл.2.11 дані вказують на те, що задоволеними рівнем отриманої інформації є  $29,5\pm 2,2\%$  сільських жителів та  $23,2\pm 2,1\%$  жителів міст. При цьому не задоволеними отриманою інформацією є  $15,5\pm 1,9\%$  сільських та  $23,2\pm 2,1\%$  міських мешканців.

Що стосується рівня задоволеності якістю комунікацій з медичними працівниками то встановлено, що повністю задоволеними є  $39,0\pm 2,4\%$

сільських та  $15,5 \pm 1,8\%$  міських жителів. Різниця складає 2,5 ( $p \geq 0,05$ ) разів. Повністю не задоволеними є  $3,0 \pm 0,9\%$  жителів сільської місцевості та  $37,0 \pm 2,4\%$  жителів міст. Різниця є достовірною і складає 12,3 разів.

Таблиця 2.11.

**Рівень задоволеності отриманою інформацією та якістю комунікацій з медичними працівниками**

Джерело інформації	Сільські жителі (п-200)		Жителі міст (п-181)	
	абс	%	абс	%
Рівень задоволеності отриманою інформацією				
Задоволений	59	$29,5 \pm 2,3$	42	$23,2 \pm 2,2$
Скоріше задоволений чим не задоволений	37	$18,5 \pm 1,9$	43	$23,6 \pm 2,2$
Скоріше не задоволений чим задоволений	47	$23,5 \pm 2,1$	54	$30,0 \pm 2,3$
Не задоволений	31	$15,5 \pm 1,8$	42	$23,2 \pm 2,2$
Рівень задоволеності якістю комунікацій з медичними працівниками				
Задоволений	78	$39,0 \pm 2,4$	28	$15,5 \pm 1,8$
Скоріше задоволений чим не задоволений	64	$32,0 \pm 2,3$	37	$20,4 \pm 2,0$
Скоріше не задоволений чим задоволений	52	$26,0 \pm 2,2$	49	$27,1 \pm 2,2$
Не задоволений	6	$3,0 \pm 0,9$	67	$37,0 \pm 2,4$

Таким чином, для дорослих, хворих на хронічні неінфекційні хвороби, у  $88,25 \pm 1,6\%$  випадків для міських та  $92,75 \pm 1,3\%$  сільських жителів власне здоров'я не є пріоритетом. При цьому менше 50% опитаних із достовірною різницею між міським і сільським населенням виконують рекомендації лікарів щодо режиму лікування та способу життя зі значною питомою вагою опитаних осіб, які мають фактори ризику погіршення стану здоров'я. Також встановлено, що медичні працівники першого контакту (ЛЗП-СЛ та сімейні медичні сестри) не є основним джерелом медичної інформації для населення. Більшість населення, як сільського ( $50,0 \pm 2,5\%$ ) так і міського ( $52,52 \pm 2,5\%$ ) отримує медичну інформацію профілактичного характеру не від медичних

працівників. Також встановлено низький рівень задоволеності як отриманою інформацією так і якістю комунікацій з медичними працівниками.

### 2.3. Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників «Центрів здоров'я»

Враховуючи, що в сучасних умовах центри здоров'я виконують основну координуючу, організаційну функцію на регіональному рівні з комунікацій в охороні здоров'я та забезпечують методичний супровід діяльності системи охорони здоров'я з формування у населення ЗСЖ та пропаганди реформи охорони здоров'я нами були проведені соціологічні дослідження яким охоплені працівники 6 Центрів здоров'я. Дослідження є якісним. Ним охоплено 43 респондента. Результати наведено в табл.2.12.

Таблиця 2.12

#### Результати соціологічного дослідження серед медичних працівників «Центрів здоров'я»

Показники	Абс (п-43)	%
Достатність штатних працівників для виконання поставлених задач	3	6,9±1,3
Достатність фінансових ресурсів	3	6,9±1,3
Наявність необхідної оргтехніки	3	6,9±1,3
Комп'ютеризація робочих місць	5	11,6±1,6
Доступ до системи інтернет	3	6,9±1,3
Підготовка з методів та форм комунікації	-	--
Централізоване проведення тренінгів з актуальних питань діяльності ЦЗ	5	11,6±1,6
Проведення ТУ з питань діяльності Центрів здоров'я	-	-
<i>Централізоване забезпечення</i>		
Методичною літературою з ЗОЖ	-	-
Методичною літературою з профілактики ХНЗ	-	-
Аналітичною інформацією з реформи ОЗ	-	-
Взірцями роздаткової інформації для населення	-	-

Аналіз даних табл. 2.12 вказує на відсутність умов для ефективної діяльності Центрів здоров'я з проведення комунікацій в охороні здоров'я та забезпечення методичного супроводу діяльності системи охорони здоров'я з



формування у населення ЗСЖ та формування у населення прихильності до реформи охорони здоров'я.

Крім того дані дослідження вказують на відсутність в країні єдиного підходу до комунікативної діяльності в охороні здоров'я та методичного підходу до даної діяльності. Також в країні відсутня підготовка спеціалістів до діяльності з формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я.

### **Висновки**

1. В ході проведеного соціологічного дослідження було встановлено, що особисте здоров'я є головним пріоритетом тільки для  $6,75 \pm 1,3\%$  сільського та  $14,75 \pm 1,8\%$  міського населення при цьому  $53,3 \pm 2,5\%$  сільського та  $61,93 \pm 2,4\%$  міського населення мають хронічні хвороби. В разі погіршення стану особистого здоров'я за медичною допомогою звертається  $48,90 \pm 2,5\%$  чоловіків та  $41,74 \pm 2,5\%$  жінок які є сільськими жителями і  $54,0 \pm 2,5\%$  чоловіків та  $58,16 \pm 2,5\%$  жінок які є мешканцями міст. Інформацію профілактичного характеру респонденти недостатньо отримують від медичних працівників. Біля 10% респондентів дана інформація не інтересує. Дана ситуація потребує проведення комплексної інформаційної роботи та формування у населення відповідального відношення до свого здоров'я.

2. Для дорослих, хворих на хронічні неінфекційні хвороби, у  $88,25 \pm 1,6\%$  випадків для міських та  $92,75 \pm 1,3\%$  сільських жителів власне здоров'я не є пріоритетом. При цьому менше 50% опитаних із достовірною різницею між міським і сільським населенням виконують рекомендації лікарів щодо режиму лікування та способу життя зі значною питомою вагою опитаних осіб, які мають фактори ризику погіршення стану здоров'я. Також встановлено, що медичні працівники першого контакту (ЛЗП-СЛ та сімейні медичні сестри) не є основним джерелом медичної інформації для населення. Більшість населення, як сільського ( $50,0 \pm 2,5\%$ ) так і міського ( $52,52 \pm 2,5\%$ ) отримує медичну інформацію профілактичного характеру не від медичних

працівників. Також встановлено низький рівень задоволеності як отриманою інформацією так і якістю комунікацій з медичними працівниками.

3. Дані дослідження вказують на відсутність в країні єдиного підходу до комунікативної діяльності в охороні здоров'я та методичного підходу до даної діяльності. Також в країні відсутня підготовка спеціалістів до діяльності з формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я.

## Розділ 3

### Інформаційні технології в системі комунікацій в охороні здоров'я

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки на сучасний рівень. Забезпечення ефективної комунікативної діяльності та оперативного доведення до населення об'єктивної інформації в сучасних умовах розвитку суспільства без використання сучасних інформаційних технологій не можливо.

#### **3.1. Комп'ютеризація та інформатизація закладів охорони здоров'я як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я**

Метою даного дослідження стало вивчення рівня комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги як фактора, який сприяє запровадженню ефективної системи комунікацій в охороні здоров'я.

В ході виконання роботи використані результати оперативного моніторингу стану комп'ютеризації та інформатизації закладів охорони здоров'я України за 2014 рік в розрізі областей крім Донецької та Луганської і АР Крим, який проводить Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України.

На першому етапі дослідження було вивчено рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я різного рівня медичної допомоги персональними комп'ютерами. На первинному рівні надання медичної допомоги, враховуючи специфіку діяльності сімейних лікарів, вивчався рівень

забезпечення ЗОЗ у відповідності до кількості лікарів первинного рівня медичної допомоги. На вторинному та третинному рівнях вивчалось забезпечення персональними комп'ютерами структурних підрозділів вказаних закладів охорони здоров'я. Отримані результати наведені в табл.3.1.

Таблиця 3.1

**Забезпеченість закладів охорони здоров'я персональними комп'ютерами, %**

Адміністративна територія	Рівень медичної допомоги		
	Первинний	Вторинний	Третинний
<i>Області</i>			
Вінницька	28,5	9,1	37,8
Волинська	21,4	11,8	25,9
Дніпропетровська	27,1	15,4	39,6
Житомирська	12,2	15,1	31,7
Закарпатська	9,8	19,1	29,8
Запорізька	5,1	9,8	21,5
Івано-Франківська	9,1	14,1	21,8
Київська	3,0	14,4	27,5
Кіровоградська	2,8	9,2	29,3
Львівська	9,7	26,7	32,7
Миколаївська	7,9	12,0	23,1
Одеська	11,2	25,9	34,6
Полтавська	8,9	14,7	29,9
Рівненська	4,7	9,9	24,8
Сумська	6,8	11,0	29,6
Тернопільська	3,2	9,7	16,3
Харківська	11,5	19,7	34,9
Херсонська	4,8	21,8	31,4
Хмельницька	7,5	24,7	24,8
Черкаська	8,7	24,2	32,7
Чернівецька	4,9	23,6	37,2
Чернігівська	3,6	15,4	36,2
<i>Міста</i>			
Київ	12,3	37,5	49,6
По Україні	9,8	17,2	30,5

За наведеними в табл.3.1 результатами дослідження видно, що в цілому в Україні за рівнями надання медичної допомоги найвищий рівень забезпечення персональними комп'ютерами встановлено на третинному рівні (30,5%), а найнижчий – на первинному (9,8%) рівні надання медичної

допомоги. На вторинному рівні надання медичної допомоги рівень забезпеченості персональними комп'ютерами склав 17,2%.

В цілому в Україні різниця забезпеченості ЗОЗ персональними комп'ютерами між рівнями надання медичної допомоги становить:

- між первинним та вторинними рівнями надання медичної допомоги – 1,8 разів;
- між первинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 3,1 разів;
- між вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 1,8 разів.

Найвищі рівні забезпеченості персональними комп'ютерами за рівнями надання медичної допомоги зареєстровані в наступних регіонах:

- первинний рівень: 28,5% Вінницька, 27,1% Дніпропетровська, 21,4% Волинська області;
- вторинний рівень: 37,5% м. Київ, 26,7 % Львівська та 25,9% Одеська області;
- третинний рівень: 49,6% м. Київ, 39,6% Львівська та 37,8% Вінницька області.

Найнижчі рівні забезпеченості персональними комп'ютерами за рівнями надання медичної допомоги зареєстровані в наступних регіонах:

- первинний рівень: 2,8% Кіровоградська, 3,2% Тернопільська та 3,6% Чернігівська області;
- вторинний рівень: 9,1% Вінницька, 9,2% Кіровоградська та 9,7% Тернопільська області;
- третинний рівень: 16,3% Тернопільська, 21,5% Запорізька та 21,8% Івано-Франківська області.

Граничні показники забезпеченості закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги становлять:

- первинний рівень: 10,2 разу: від 2,8% в Кіровоградській до 28,5% в Вінницькій областях;

- вторинний рівень: 4,1 разу: від 9,1% в Вінницькій області до 37,5% в м. Києві;
- третинний рівень в 3,0 разу: від 16,3% в Тернопільській області до 49,6% в м. Києві.

При цьому необхідно відмітити, що за даними ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» [176] до 60 % комп'ютерної техніки є фізично застарілою.

Далі вивчалоя питання доступності в закладах охорони здоров'я доступу до мережі Інтернет. Рівень доступу до мережі Інтернет встановлювався із числа закладів охорони здоров'я, які комп'ютеризовано. Отримані в ході дослідження дані наведено в табл.3. 2.

Таблиця 3. 2

### Доступ закладів охорони здоров'я до мережі Інтернет, %

Адміністративна територія	Рівень медичної допомоги		
	Первинний	Вторинний	Третинний
Вінницька область	100,0	100,0	100,0
Волинська область	15,6	79,5	100,0
Дніпропетровська область	23,1	82,7	100,0
Житомирська область	17,7	88,6	100,0
Закарпатська область	19,4	100,0	100,0
Запорізька область	3,6	100,0	100,0
Івано-Франківська область	6,3	73,5	94,4
Київська область	7,4	96,2	100,0
Кіровоградська область	2,8	92,0	100,0
Львівська область	7,5	68,3	96,4
Миколаївська область	4,5	75,1	82,4
Одеська область	9,7	80,3	100,0
Полтавська область	9,6	92,5	100,0
Рівненська область	1,6	100,0	83,5
Сумська область	4,9	100,0	100,0
Тернопільська область	7,9	89,0	88,6
Харківська область	100,0	100,0	100,0
Херсонська область	11,9	100,0	100,0
Хмельницька область	5,6	96,4	100,0
Черкаська область	10,6	65,2	52,4
Чернівецька область	6,7	100,0	100,0
Чернігівська область	5,7	100,0	100,0
м. Київ	23,3	76,4	100,0
По Україні	17,6	89,4	95,5

За даними табл. 3.2 видно, що найнижчий рівень доступу до системи Інтернет мають ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги – 17,6%, а найвищий рівень доступу мають ЗОЗ третинного рівня медичної допомоги – 95,5%. Заклади охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги мають доступ до системи Інтернет у 89,4%.

В цілому в Україні різниця в рівнях доступу до системи Інтернет ЗОЗ за рівнями надання медичної допомоги становить:

- між первинним та вторинними рівнями надання медичної допомоги – 5,1 разів;
- між первинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 5,4 разів;
- між вторинним та третинним рівнями надання медичної допомоги – 1,1 раз.

В ході дослідження встановлено, що всі комп'ютеризовані заклади охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги мають доступ до мережі Інтернет в Вінницькій та Харківській областях, а найнижчі рівні доступу до системи Інтернет мають ЗОЗ Рівненської (1,6%), Кіровоградської (2,8%), Запорізької (3,6%) та Миколаївської (4,5%) областей.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступу до мережі Інтернет ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною і становить 62,5 разів.

Встановлено високий рівень доступності закладів охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги до мережі Інтернет. Так, ЗОЗ 9 адміністративних територій (39,1%) мають доступ до мережі Інтернет. Найнижчі рівні доступу ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги до мережі Інтернет зафіксовані в Черкаській (65,2%), Львівській (56,83%), Івано-Франківській (73,5%) та Миколаївській (75,1%) областях.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступу до мережі Інтернет ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною ( $p \geq 0,05$ ) і становить 1,53 разу.

Також встановлено високий рівень забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня надання медичної допомоги доступом до мережі Інтернет. У 17 (73,9%) адміністративних територіях ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги забезпечені доступом до системи Інтернет. Найнижчі рівні забезпеченості доступом до мережі Інтернет ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги мають ЗОЗ в Черкаській (52,4%), Миколаївській (82,4%) та Рівненській (83,5%) областях.

Різниця граничних показників рівня забезпеченості доступом до мережі Інтернет ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги за регіонами країни є достовірною ( $p \geq 0,05$ ) становить 1,9 раз.

Далі вивчалось питання забезпеченості закладів охорони здоров'я первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги програмами навчального санітарно-гігієнічного характеру, інформаційної призначеності для населення з питань профілактики захворювань, інформаційних програм з інформування населення про тактику дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань, програм персонального постійного зв'язку сімейного лікаря та пацієнта.

В ході дослідження було встановлено, що названі програми, які мають використовуватися в системі профілактичної діяльності медичних працівників в Україні централізовано не розроблялися і не ліцензувалися.

Наступним кроком дослідження було вивчення наявності у ЗОЗ різних рівнів сайтів та їх змісту у відповідності до теми дослідження:

- плани реформування системи охорони здоров'я: регіону, адміністративної території, закладу охорони здоров'я;
- рекомендації із здорового способу життя;
- рекомендації з тактики дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань.



Отримані в ході дослідження результати приведено в табл.3.3.

Таблиця 3.3

**Рівень наповнення сайтів системи охорони здоров'я**

Рівень сайту	Плани реформування СОЗ		Рекомендації з ЗСЖ		Рекомендації тактики дій при погрозі здоров'ю	
	абс	%	абс	%	абс	%
ЗОЗ вторинного рівня (п-217)	5	2,3	9	4,2	6	2,8
Центри ПМСД (п- 50)	-	-	4	8,0	2	4,0
Управління охорони здоров'я (п-39)	21	53,8	7	17,9	-	-

Отримані та наведені в табл. 3.3 дані вказують на вкрай низький рівень наповнення існуючих сайтів в системі охорони здоров'я з питань, які цікавлять. Встановлено, що наповнення сайтів залежить від рівня закладу охорони здоров'я чи управління:

- плани реформування системи охорони здоров'я: регіону, адміністративної території, закладу охорони здоров'я висвітлені на 53,8% сайтів управлінь охорони здоров'я, 2,3% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та не висвітлюються взагалі на сайтах ПМСД;

- рекомендації із здорового способу життя висвітлені на 17,9% сайтів управлінь охорони здоров'я, 4,2% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та 8,0% на сайтах ПМСД;

- рекомендації з тактики дій при критичних станах та ускладненнях хронічних захворювань висвітлені на 2,8% сайтів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги та 4,0% на сайтах ПМСД і не висвітлюються взагалі на сайтах управлінь охорони здоров'я.

Відповідно до програми дослідження було вивчено рівень готовності організаторів охорони здоров'я та ЛЗП-СЛ до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності з формування у населення відповідального відношення до свого здоров'я та позитивного ставлення до реформи охорони здоров'я. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл.3.4.

Таблиця 3.4

**Ставлення організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики-сімейних лікарів до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності, %**

Позиція	Організатори ОЗ (п- 100)			ЛЗП-СЛ (п-400)		
	позитивно	негативно	не визначився	позитивно	негативно	не визначився
Необхідність комп'ютеризації робочого місця	100,0	-	-	82,5±1,9	16,75±1,9	0,75±0,4
Необхідність забезпечення доступом до системи Інтернет	100,0	-	-	78,75±2,1	16,75±1,9	4,5±1,0
Необхідність забезпечення навчальними програмами	96,0±1,0	1,0±0,5	3,0±0,9	80,25±2,0	17,25±1,9	2,5±0,8
Необхідність забезпечення інформаційними програмами	4,0±1,2	3,0±0,9	3,0±0,9	80,25±2,0	17,25±1,9	2,5±0,8
Необхідність забезпечення програмами індивідуального зв'язку з пацієнтами	2,0±1,9	14,0±1,7	4,0±1,0	76,75±2,1	21,5±2,0	1,75±0,7
Вміння професійного користування ПК	7,0±1,3	-	-	3,25±0,9	-	-
Користування ПК на рівні споживача	93,0±1,3	-	-	78,25±2,1	-	-
Не користується ПК	-	-	-	18,5±1,9	-	-
Готовність подальшого навчання користування ПК.	75,0±2,2	12,0±1,6	13,0±1,7	83,25±1,9	16,0±1,8	0,75±0,4

Відповідно до наведених в табл. 3.4 даних рівень позитивного ставлення організаторів охорони здоров'я до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності вищий ніж лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Так, всі організатори ОЗ в своїй професійній діяльності користуються персональними комп'ютерами, при цьому  $7,0 \pm 1,3\%$  на професійному рівні, а  $75,0 \pm 2,2\%$  висловили готовність подальшого навчання користування ПК.

Всі організатори ОЗ вважають на необхідність комп'ютеризацію робочих місць та забезпечення їх доступом до системи Інтернет. Більше  $80,0\%$  організаторів ОЗ вважає за необхідність впровадження в практичну діяльність системи охорони здоров'я відповідним програмним забезпеченням.

Аналіз отриманих результатів щодо ставлення ЛЗП-СЛ до використання інформаційних технологій в комунікативній діяльності вказує на те, що  $16,75 \pm 1,9\%$  не підтримує жодних інновацій в тому числі комп'ютеризації робочих місць. Це ЛЗП-СЛ, яким більше 65 років за віком і які пройшли спеціалізацію з сімейної медицини, а до цього працювали дільничними лікарями. Важливим є те, що  $83,25 \pm 1,9\%$  ЛЗП-СЛ висловили готовність подальшого навчання користування ПК і підтримує впровадження сучасних програм, які забезпечують комунікації в охороні здоров'я.

Таким чином можна константувати низький рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я першого та другого рівнів надання медичної допомоги та більш високий – третинного рівня медичної допомоги. При цьому встановлено низький рівень доступу до мережі Інтернет закладів охорони здоров'я первинного та значно вищий - закладів вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Встановлено відсутність програмного матеріалу по забезпеченню поставленої мети комунікацій в охороні здоров'я. Також встановлено вкрай низький рівень використання

сайтів ЗОЗ та управлінь охорони здоров'я з пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я та питань здорового способу життя і своєчасного звернення за медичною допомогою. Отже, існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

### **3.2. Проблеми інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та можливі шляхи їх вирішення**

Проведений системний аналіз отриманих в ході дослідження даних та даних наукової літератури дозволив виявити проблеми щодо інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я та запропонувати можливі шляхи їх вирішення.

Основні проблемні питання:

- відсутність цільової галузевої програми інформатизації системи охорони здоров'я, що вказує на не пріоритетність запровадження сучасних інформаційних технологій в організації діяльності системи охорони здоров'я країни;
- недостатня нормативно-правова база, яка регламентує впровадження та розвиток інформаційних технологій в охороні здоров'я;
- низький рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я, особливо первинного рівня надання медичної допомоги при відсутності єдиного програмного продукту з питань формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я, санітарно-освітнього характеру та формування прихильності до реформи охорони здоров'я при високій питомій вазі фізично застарілого обладнання;
- відсутність у медичних працівників мотивації до використання інформаційних технологій в професійній діяльності на що вказують

результати дослідження:  $16,75 \pm 1,9\%$  ЛЗП-СЛ не є користувачами ПК, не підтримує жодних інновацій в тому числі комп'ютеризації робочих місць і не готові навчатися роботі на ПК;

- низький рівень розвитку комунікаційних каналів належної потужності між ЗОЗ (у т.ч. відсутність якісного підключення до мережі Інтернет), що заважає створенню єдиної системи передачі медичних даних;

- низький рівень використання ліцензованих засобів, що гальмує процес інтеграції медичних інформаційних систем України в єдиний інформаційний простір Європи та використання сучасних інформаційних методів комунікації в системі охорони здоров'я країни.

Базуючись на визначених проблемних питаннях з інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я нами були запропоновані можливі шляхи їх вирішення. Вони полягають в наступному:

- розробка та прийняття цільової галузевої програми інформатизації системи охорони здоров'я, яка буде забезпечена достатнім рівнем фінансування, можливо із використанням механізму державно-приватного партнерства;

- прийняття необхідної нормативно-правової бази інформатизації в охороні здоров'я з виділенням в окремий напрямок інформаційного забезпечення системи комунікацій в охороні здоров'я, яка відповідає сучасним Європейським підходам;

– створення організаційної структури і науково-методичного забезпечення інформатизації процесу комунікацій в охороні здоров'я з формуванням єдиної багаторівневої системи медичних інформаційних стандартів, єдиної інформаційно-аналітичної, нормативно-правової і довідкової системи;

– створення баз даних, що містять детальну інформацію для населення з питань збереження та покращання здоров'я, тактику дій при загрозливих для життя станах, реформу охорони здоров'я;

– достатній комп'ютеризації закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги і в першу чергу ПМСД з доступом до мережі Інтернет та впровадженням передових інформаційних технологій в організацію єдиної системи збору, зберігання та аналізу і поширення інформації за рахунок побудови глобальної мережі галузі охорони здоров'я;

– запровадження системи підготовки медичних працівників до використання інформаційних технологій в практичній професійній діяльності;

– організація доступу населення до інформаційної системи охорони здоров'я і формування механізмів «зворотного зв'язку».

Стратегія розвитку інформаційної системи, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я, має повністю відповідати основним цілям галузі та сприяти збереженню здоров'я нації і забезпечити ефективний розвиток галузі охорони здоров'я.

### **3.3. Використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я**

Відповідно до програми дослідження на даному етапі виконання роботи було розроблено концептуальні підходи до використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я.

Для забезпечення ефективної діяльності процесу комунікацій необхідна наявність всебічної комплексної та достовірної інформації за наступними напрямками:

- Медико-демографічна ситуація в розрізі регіонів, адміністративних територій та за віко-статевими показниками;
- Структура та стан ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я країни включаючи відомчу медицину;
- Основні статистичні показники діяльності системи охорони здоров'я країни в розрізі регіонів, адміністративних територій, при необхідності окремих закладів охорони здоров'я включаючи показники ефективності та якості медичної допомоги;
- Законодавчо-нормативне забезпечення діяльності системи охорони здоров'я;
- Права населення та пацієнтів в системі охорони здоров'я та правовий захист медичних працівників в питаннях професійної діяльності;
- Реформування системи охорони здоров'я: правове забезпечення, заходи, кроки та результати проведення;
- Методичне забезпечення здорового способу життя та мінімізації факторів ризику їх негативного впливу на здоров'я;
- Рекомендації спеціалістів щодо тактики дій при загрозливих для життя станах, гострих хворобах та загостреннях хронічних хвороб;
- Матеріали ЗМІ про діяльність системи охорони здоров'я;
- Наукова інформація з питань організації системи охорони здоров'я та шляхів збереження і зміцнення здоров'я населення;
- Результати соціологічних досліджень з питань відношення населення реформування охорони здоров'я; оцінки діяльності системи охорони здоров'я, окремих закладів охорони здоров'я; способу життя, впливу окремих соціально-економічних детермінант на здоров'я;
- Міжнародний досвід з організації медичної допомоги населенню.

Інформація має надходити до ресурсного центру, який визнано центральним елементом системи комунікації з визначенням функцій науко-методичного та організаційно-інформаційного супроводу процесу комунікацій в галузі, з усіх рівнів управління та організації медичної допомоги. В табл. 3.5 представлено джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру.

Таблиця 3.5

**Джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру**

Джерела інформації	Зміст інформації	Планові терміни подачі
Центр медичної статистики МОЗ України.	Показники здоров'я та смертності населення	Щорічно
Центр медичної статистики МОЗ України. Департаменти охорони здоров'я . Головні лікарі.	Мережа закладів охорони здоров'я. Показники забезпечення населення різними видами медичної допомоги за її рівнями. Показники кадрового забезпечення. Показники відповідності ЗОЗ СНІПам. Показники матеріально-технічного забезпечення ЗОЗ. Показники фінансування системи охорони здоров'я. Вказані показники по окремим закладам охорони здоров'я.	Кожні пів року       По запиту
Центр медичної статистики МОЗ України. Департаменти охорони здоров'я . Головні лікарі.	Показники діяльності системи охорони здоров'я країни в розрізі регіонів, адміністративних територій та рівнів надання медичної допомоги за визначеними індикаторами. Показники діяльності окремих закладів охорони здоров'я.	Кожні пів року   По запиту
Верховна Рада України	Закони України.	По прийняттю
Адміністрація Президента України	Укази Президента України	По прийняттю
КМУ	Урядові акти	По прийняттю
МОЗ України	Накази МОЗ України	По прийняттю
	Клінічні протоколи	
ДУ «Укрпатентінформ»	Методичні рекомендації. Інформаційні листи. Галузеві нововведення.	По прийняттю
Пілотні регіони	Кроки та результати проведення реформи.	Щоквартально



Національний центр здоров'я	Характеристика факторів ризику та їх вплив на стан здоров'я населення. Рекомендації населенню по мінімізації негативного впливу факторів ризику на здоров'я. Рекомендації населенню по забезпеченню здорового способу життя. Рекомендації з тактики дій при загрозливих станах для здоров'я та життя населенню.	Щорічно та по мірі розробки
Державний експертний центр	Перелік лікарських засобів зареєстрованих в Україні	По мірі реєстрації
Центри здоров'я	Публікації в ЗМІ які стосуються здоров'я населення та діяльності системи охорони здоров'я.	По мірі публікацій
Науково-дослідні установи, вищі медичні навчальні заклади	Результати наукових досліджень щодо організації охорони здоров'я та шляхів збереження і зміцнення здоров'я населення	За підготовкою поточних та заключних звітів
Організації дослідники	Результати соціологічних досліджень серед різних цільових груп які стосуються охорони здоров'я.	По мірі проведення соціологічних досліджень
ВООЗ, ЮНІСЕФ, ПРООН і тощо.	Документи міжнародних організацій з витань охорони здоров'я населення.	По мірі прийняття

Інформація поступає до ресурсного центру через інформаційну електронну систему, накопується на головному сервері ресурсного центру. Інформаційна система дозволяє концентрувати комплексну всебічну, достовірну інформації з питань охорони здоров'я, провести її аналіз та представити аналітичні та статистичні дані користувачам.

Для цього створюється комплекс збирання, обробки, збереження, аналізу даних та система розробки прогнозів.

Складовою частиною інформаційної електронної системи є модель обліку та накопичення інформації шляхом створення відповідних довідників. Організаційна структура довідників наведена в п'ятому розділі.

Основними довідниками, необхідними для функціонування системи є: законодавча та нормативно-правова база в системі охорони здоров'я, методичні матеріали по здоровому способу життя, довідник медикаментів та засобів медичного призначення, а також довідник закладів охорони здоров'я та медичних кадрів.

Крім того, обліковується та накопичується інформація статистичного та інформаційного характеру.

Накопичена інформація підлягає групуванню за рівнями комунікативного впливу та статистичній і аналітичній обробці з метою представлення користувачам.

Нами виділено наступні рівні комунікативного впливу.

*Перший:* центральні органи законодавчої та виконавчої влади.

*Другий:* галузевий – Міністерство охорони здоров'я.

*Третій:* органи регіональної влади та місцевого самоврядування.

*Четвертий:* засоби масової інформації.

*П'ятий:* всі верстви населення.

*Шостий:* заклади охорони здоров'я та медичні працівники.

*Сьомий:* громадські організації та громадські діячі.

Головними користувачами аналітичної інформації визначені:

- 1) особи, що приймають рішення на всіх рівнях управління.
- 2) організатори охорони здоров'я, медичні асоціації та організації професійного самоврядування, медичні працівники.
- 3) працівники засобів масової інформації.
- 4) громадські організації та об'єднання громадян.
- 5) окремі громадяни.
- 6) хворі та члени їх родин.

Користувачам інформація надсилається як в плановому порядку, терміни якого узгоджуються між користувачами і ресурсним центром так і по запиті користувачів інформації, що здійснюється у відповідності до чинного законодавства України.

Інформаційна електронна система ресурсного центра створюються на базі існуючих систем в охороні здоров'я і адаптована до особливостей системи комунікацій в охороні здоров'я.

Вона складається із локальних мереж та головного терміналу мережі системи в який подається інформація для узагальнення, аналізу та

представлення користувачам, який знаходиться в ресурсному центрі. Система є відкрито. В ній не використовується конфіденційна інформація.

Далі представлена функціонально-організаційна модель взаємодії інформації в процесі комунікацій в охороні здоров'я. Рис.3.1. Вона є типовою для всіх рівнів управління: галузевий, регіональний, місцевий.



- A1 – інформація про законодавчу базу охорони здоров'я;
- B1 – статистична щодо системи охорони здоров'я;
- B2 – статистична щодо медико-демографічної ситуації;
- B3 – статистична інформація про реформу системи охорони здоров'я;
- C1 – інформація наукового характеру;
- C2 – інформація методичного характеру;
- V1 – аналітична інформація щодо діяльності системи охорони здоров'я;
- V2 – аналітична інформація щодо реформи охорони здоров'я;
- V3 – аналітична інформація щодо медико-демографічної ситуації;
- ІДС – інформаційно-довідкова система;
- ІАС – інформаційно-аналітична система.

Рис. 3.1. Функціонально-організаційна модель взаємодії інформації в процесі комунікацій в охороні здоров'я

При аналізі забезпечення процесу комунікацій в охороні здоров'я виділяється два головних потоки інформації, що підтримують функціонування системи: висхідний – інформацію із вищенаведених джерел і низхідний, що забезпечує користувачів необхідною комплексною статистичною та аналітичною інформацією.

В діяльності інформаційної електронної системи по забезпеченню комунікацій в охороні здоров'я важливе місце займає функціонування сайту ресурсного центру.

Сайт ресурсного центру має дві складових. Перша складова сайту є постійною і поповнюється в затверджені терміни, які відповідають часу надходження до ресурсного центру інформації. Структура даної складової сайту відповідає вказаним вище напрямкам інформації. Друга частина існує для інтерактивного спілкування. Всі бажаючі можуть через дану частину сайту задати питання та отримати професійну відповідь.

Запропонована інформаційна електронна система ресурсного центру системи комунікацій в охороні здоров'я дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико-демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування, з питань збереження та зміцнення здоров'я, а також тактики дій при виникненні загрозливих для життя станів.

Нами, вперше в галузі, запропоновано примірну структуру сайту закладу охорони здоров'я, яка представлена на рис.3.2.

Розділи сайту	Матеріали для наповнення	Термін оновлення
Керівництво лікарня	Дані про головного лікаря та його заступників із контактними телефонами, графіком прийому громадян	По мірі зміни даних

	Дані про завідувачів структурними підрозділами з контактними даними	
	Дані про старших медичних сестер структурних підрозділів з контактними даними.	
Вище стоячі органи управління	Контакти органів управління в охороні здоров'я. Графік роботи.	По мірі зміни даних
Структура лікарні та механізми і умови звернення	Структура закладу охорони здоров'я. Показники акредитації та ліцензування. Юридична адреса. Режим роботи.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Дані про структурні підрозділи ЗОЗ	По кожному структурному підрозділу наступна інформація: - фактична адреса, робочі (контактні) номери телефонів; - режим роботи; - режим звернення; - умови перебування; - обсяги безоплатної медичної допомоги; - умови отримання медичної допомоги поза межами безоплатної допомоги, вартість, механізми оплати; - основні показники роботи за останній рік, півроку, квартал; - рівень виконання клінічних протоколів; - умови відвідування пацієнтів;	До 10 січня поточного року, далі щоквартально
Кадрова політика	Персоніфіковані дані про медичні кадри ЗОЗ включаючи кваліфікаційну категорію. Список вакантних посад з вимогами до претендентів на вказані посади.	Щомісячно
Екстрена медична допомога	Номери телефонів для звернення при ургентних станах. Адреса ЗОЗ для звернення за медичною допомогою.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни

	Перелік та характеристика загрозливих для здоров'я та життя станів з визначенням тактики дій при них.	даних.
Права пацієнтів	Перелік та характеристика прав пацієнтів в охороні здоров'я. Перелік законодавчих актів, якими затверджені права пацієнтів. Перелік, адреси та графік можливого звертання по забезпеченню прав пацієнтів. Перелік та адреси правоохоронних громадських організацій.	До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Медико-соціальні консультації		До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Публічна інформація		По мірі надходження нових даних
Порядок забезпечення лікарськими засобами		До 10 січня поточного року, далі по мірі зміни даних.
Основи здорового способу життя		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Рекомендації з відмови від шкідливих звичок		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Заходи з реформи системи надання медичної допомоги		До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Консультація спеціаліста	Консультації по збереженню та зміцненню здоров'я лікарів: Алерголога; Кардіолога;	До 10 січня поточного року, далі при

	Пульмонолог; Інфекціоніста; Ендокринолога; Гастроентеролога; Нефролога; Педіатра; Невролога; Отоларинголога; Акушера-гінеколога; Гематолога; Уролога;	надходженні нових даних.
Школа відповідального батьківства	Консультації та рекомендації лікарів: Акушера-гінеколога; Неонатолога; Дієтолога; Психолога;	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа «Здорова посмішка»	Комплексні рекомендації лікаря-стоматолога та лікаря-стоматолога дитячого віку з питань догляду за порожниною рота та зубами, профілактики карієсу, профілактичних звернень за медичною допомогою.	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа здорового зору	Комплексні рекомендації лікаря-офтальмолога та лікаря-офтальмолога дитячого віку з питань збереження зору, профілактики захворювань ока та його придаткового апарату з наданням адреси для звернення за медичною допомогою.	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
Школа збереження психічного здоров'я	Рекомендації лікаря-психіатра по збереженню психічного здоров'я.  Рекомендації лікаря-психіатра з тактики дій при окремих порушеннях психіки та поведінки.  Рекомендації з тактики дій при критичних станах психо-емоційного	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.

	характеру. Рекомендації членам сім'ї при проживанні в ній хворого на розлади психіки та поведінки.	
Школа профілактики ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом.	Інформація про шляхи передачі вказаних хвороб. Рекомендації з забезпечення безпечних статевих контактів. Рекомендації з профілактики парентерального шляху передачі ВІЛ.  Місця звернення для анонімного обстеження: «Кабінети довіри».	До 10 січня поточного року, далі при надходженні нових даних.
<b><i>Сторінка звернень пацієнтів, відгуків та рекомендацій пацієнтів.</i></b>		

Рис. 3.2. Структура сайту закладу охорони здоров'я

Запропонована структура сайту закладу охорони здоров'я включає наступні складові: розділи сайту, матеріали наповнення сайту, терміни оновлення та доповнення інформації. Наповнення сайту вказаною інформацією забезпечить населення комплексною інформацією з питань діяльності ЗОЗ та матеріалами профілактичного та санітарно-просвітницького характеру.

## Висновки

1. Встановлено низький рівень комп'ютеризації закладів охорони здоров'я першого та другого рівнів надання медичної допомоги та більш високий – третинного рівня медичної допомоги. При цьому встановлено низький рівень доступу до мережі Інтернет закладів охорони здоров'я первинного та значно вищий - закладів вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. Встановлено відсутність програмного матеріалу по



забезпеченню поставленої мети комунікацій в охороні здоров'я. Також встановлено вкрай низький рівень використання сайтів ЗОЗ та управлінь охорони здоров'я з пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я та питань здорового способу життя і своєчасного звернення за медичною допомогою. Отже, існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

2. Проведений системний аналіз отриманих в ході дослідження даних та даних наукової літератури дозволив виявити проблеми щодо інформатизації охорони здоров'я України, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я які наведено в розділі та запропонувати можливі шляхи їх вирішення. Стратегія розвитку інформаційної системи, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я, має повністю відповідати основним цілям галузі та сприяти збереженню здоров'я нації і забезпечити ефективний розвиток галузі охорони здоров'я.

3. Представлено джерела, зміст та планові терміни подачі інформації до ресурсного центру. Інформація має надходити до ресурсного центру з усіх рівнів управління та організації медичної допомоги. Інформація поступає до ресурсного центру через інформаційну електронну систему, накопується на головному сервері ресурсного центру. Інформаційна система дозволяє концентрувати комплексну всебічну, достовірну інформації з питань охорони здоров'я, провести її аналіз та представити аналітичні та статистичні дані користувачам. Складовою частиною інформаційної електронної системи є модель обліку та накопичення інформації шляхом створення відповідних довідників. Накопичена інформація підлягає групуванню за рівнями комунікативного впливу та статистичній і аналітичній обробці з метою представлення користувачам. Інформаційна система складається із локальних мереж та головного терміналу до якого подається інформація для узагальнення, аналізу та представлення користувачам. Головний термінал знаходиться в ресурсному центрі. Система

є відкрито. В ній не використовується конфіденційна інформація. Вперше в галузі, розроблено структуру сайту закладу охорони здоров'я, яка представлена в розділі.

Запропонована інформаційна електронна система ресурсного центру системи комунікацій в охороні здоров'я дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико-демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування.

Запропонована примірна структура сайту закладу охорони здоров'я та алгоритм його наповнення по забезпеченню населення необхідною комплексною інформацією з питань діяльності ЗОЗ та матеріалами профілактичного та санітарно-просвітницького характеру.

## Розділ 4

### Характеристика комунікацій в практиці сімейного лікаря

Враховуючи, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі є лікарями першого контакту системи охорони здоров'я і пацієнтів та населення в цілому і що ЛЗП-СЛ є основними в системі ОЗ, які є основними в системі охорони здоров'я які проводять профілактичну роботу серед населення, нами проведені спеціальні дослідження з визначення готовності та місця ЛЗП-СЛ в системі комунікативної діяльності.

#### **4.1. Готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя та удосконалення їх підготовки**

На першому етапі дослідження було вивчено рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя. Отримані результати наведено в табл.4.1.

*Таблиця 4.1*

#### **Готовність лікарів загальної практики-сімейних лікарів до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя**

Показник	абс	%
Достатність теоретичних знань з профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань	52	29,9±2,3
Наявність теоретичних знань з основ здорового способу життя для різних вікових груп населення	68	39,0±2,4
Наявність практичних навичок та методик з визначення у населення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки	21	12,1±1,6
Наявність практичних навичок та методик з розробки індивідуальних програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки	21	12,1±1,6
Наявність практичних навичок та методик з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики	5	2,9±0,8

Наявність навичок визначення цільових груп комунікативного впливу	7	4,0±1,0
Наявність навичок індивідуальної комунікації з різними цільовими групами впливу	79	45,4±2,5
Наявність навичок групової комунікації з різними цільовими групами впливу	39	22,4±2,1
Наявність навичок масової комунікації з різними цільовими групами впливу	47	27,0±2,2
Знайомствами з методиками паблик релейшенз	2	1,1±0,5

Відповідно до наведених в табл.4.1 даних лікарі загальної практики-сімейні лікарі недостатньо готові до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя. Так, 29,9±2,3% опитаних мають достатній рівень теоретичних знань з профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань, у 39,0±2,4% наявні теоретичні знання з основ здорового способу життя для різних вікових груп населення, а 2,9±0,8% мають практичні навички та методики з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики та 4,0±1,0% - навички визначення цільових груп комунікативного впливу.

В ході дослідження встановлено, що у 45,4±2,5% респондентів наявні навички індивідуальної комунікації з різними цільовими групами впливу, 22,4±2,1% - комунікацій на груповому рівні, 27,0±2,2% - масової комунікації, 1,1±0,6% - знайомі з методиками пабликрелейшен.

Далі вивчалоя питання фактичної профілактичної діяльності ЛЗП-СЛ та з формування у населення прихильності до здорового способу життя. Результати наведено в табл.4.2.

За даними, що наведені в табл. 4.2 найбільш часто ЛЗП-СЛ використовують наступні форми діяльності з формування у населення прихильності до здорового способу життя та профілактичної діяльності: 98,8±0,6% - індивідуальні бесіди з диспансерною групою хворих; 85,6±1,8% - випуски санітарних бюлетенів; 37,9±2,4% - індивідуальні бесіди з усіма хто

проводить профілактичні огляди;  $28,2 \pm 2,2\%$  - бесіди групові з батьками;  $23,6 \pm 2,1\%$  - заняття з різними цільовими групами населення;  $19,5 \pm 2,0\%$  - школи здоров'я.

Таблиця 4.2

**Фактична профілактична діяльність сімейних лікарів та їх діяльність по формуванню у населення прихильності до здорового способу життя**

Показник	абс	%
Індивідуальні бесіди з диспансерною групою хворих	172	$98,8 \pm 0,6$
Роздача інформаційних матеріалів	26	$14,9 \pm 1,8$
Індивідуальні бесіди з усіма хто проводить профілактичні огляди	66	$37,9 \pm 2,4$
Індивідуальні бесіди з усіма хто звернувся	11	$6,3 \pm 1,2$
Бесіди групові з цільовими групами диспансерних хворих	8	$4,6 \pm 1,0$
Бесіди групові з батьками	49	$28,2 \pm 2,3$
Бесіди групові з особами, що приймають рішення	5	$2,9 \pm 0,8$
Лекції	32	$18,4 \pm 1,9$
Виступи по телебаченню	7	$4,0 \pm 1,0$
Публікація матеріалів в друкованих засобах масової інформації	26	$14,9 \pm 1,8$
Виступи по радіо	38	$21,8 \pm 2,1$
Організація школи здоров'я	34	$19,5 \pm 2,0$
Проведення занять з різними цільовими групами населення	41	$23,6 \pm 2,1$
Проведення занять з різними цільовими групами хворих	13	$7,5 \pm 1,3$
Випуски санітарних бюлетенів	149	$85,6 \pm 1,8$
Створення веб-сайту здоров'я	2	$1,1 \pm 0,5$

Рідко ЛЗП-СЛ використовують такі форми профілактичної діяльності як: створення веб-сайту здоров'я ( $1,1 \pm 0,5\%$ ); бесіди групові з особами, що приймають рішення ( $2,9 \pm 0,8\%$ ); виступи по телебаченню ( $4,0 \pm 1,0\%$ ); бесіди групові з цільовими групами диспансерних хворих ( $4,6 \pm 1,0\%$ ); індивідуальні бесіди з усіма хто звернувся ( $6,3 \pm 1,2\%$ ).

Наступним кроком дослідження було вивчено рівень базової підготовки сімейних лікарів до профілактичної діяльності та формування у населення здорового способу життя. До базової підготовки віднесено навчання на до дипломному рівні та в інтернатурі. Отримані результати наведено в табл.4.3.

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 4.3 дані вказують на те, що при отриманні базової освіти, включаючи інтернатуру, майбутніх ЛЗП-

СЛ не готують до проведення профілактичної роботи та формування у населення

Таблиця 4.3

**Базова підготовка сімейних лікарів до профілактичної діяльності та формування у населення здорового способу життя**

Показник	абс	%
<i>На до дипломному рівні підготовки</i>		
Навчання бути самим здоровими	-	-
Навчання методиці вчити других бути здоровими	-	-
Навчання методиці визначення чинників ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки	9	5,2±1,1
Відпрацювання практичних навичок з розробки індивідуальних програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики	-	-
Відпрацювання практичних навичок з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики	-	-
Знайомство з основами здорового способу життя для різних вікових груп населення	63	36,2±2,4
Оволодіння навичками комунікацій з різними цільовими групами населення та пацієнтів	-	-
Інформування про організаційні форми и методи профілактичної роботи	72	41,4±2,5
Інформування про організаційні форми и методи роботи з формування у населення здорового способу життя	59	33,9±2,4
<i>В період проходження інтернатури</i>		
Навчання бути самим здоровими	-	-
Навчання методиці вчити других бути здоровими	-	-
Навчання методиці визначення чинників ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки	27	15,5±1,8
Відпрацювання практичних навичок з розробки індивідуальних програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики	-	-
Відпрацювання практичних навичок з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики	-	-
Знайомство з основами здорового способу життя для різних вікових груп населення	-	-
Оволодіння навичками комунікацій з різними цільовими групами населення та пацієнтів	-	-
Інформування про організаційні форми и методи профілактичної	5	2,9±0,8

роботи		
Інформування про організаційні форми и методи роботи з формування у населення здорового способу життя	17	9,8±1,5

здорового способу життя, основ проведення комунікаційної діяльності. Так, в період навчання студентів та інтернів їх не навчають основам як бути самому здоровим та методиці навчати свої пацієнтів бути здоровими. Крім того жодний респондент, в період базової підготовки, не отримав інформації з наступних питань: розробка індивідуальних програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики; розробка на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики; комунікацій з різними цільовими групами населення та пацієнтів.

Далі вивчалися питання щодо джерел отримання сімейними лікарями інформації з обсягів, змісту та методології профілактичної роботи та діяльності по формуванню у населення здорового способу життя. Результати наведено в табл.4.4.

Із табл. 4.4 видно, що під час проходження різних курсів підвищення кваліфікації сімейні лікарі практично не отримують інформації із питань профілактичної роботи та діяльності з формування у населення здорового способу життя: 2,3±0,7% під час курсів спеціалізації, 1,1±0,5% - передатестаційних циклів та 4,0±1,0%- курсів тематичного удосконалення. Основним джерелом вказаної інформації для них є у 17,2±1,9% інтернет та 12,1±1,6% - методична література. При цьому 43,9±2,5% сімейних лікарів інформацію з обсягів, змісту та методології профілактичної роботи та діяльності з формування у населення здорового способу життя не отримують.

Базуючись на отриманих в ході дослідження даних були запропоновані шляхи удосконалення системи підготовки ЛЗП-СЛ з питань профілактики

хронічних захворювань та здорового способу життя. До вказаних шляхів відноситься зміна парадигми підготовки медичних працівників з акцентами на навчання здоров'ю, а не тільки лікуванню хворих. В системі підготовки ЛЗП-СЛ необхідно узгодити програми до дипломної підготовки та навчання в інтернатурі з їх компетенціями та кваліфікаційними вимогами.

Таблиця 4.4

**Джерела отримання сімейними лікарями інформації щодо до обсягів, змісту та методології профілактичної роботи та діяльності з формування у населення здорового способу життя**

Показник	абс	%
Курси спеціалізації	4	2,3±0,7
Передатестаційні курси	2	1,1±0,5
Курси тематичного удосконалення	7	4,0±1,0
Методична література	21	12,1±1,6
Інтернет	30	17,2±1,9
Інформаційні матеріали Центрів здоров'я	12	6,8±1,3
Періодичні фахові видання	5	2,8±0,8
Інші джерела	17	9,8±1,5
Практично не отримую	76	43,9±2,5

Таким чином запропоновані шляхи удосконалення системи підготовки ЛЗП-СЛ з питань профілактики хронічних захворювань та здорового способу життя. До вказаних шляхів відноситься зміна парадигми підготовки медичних працівників з акцентами на навчання здоров'ю, а не лікування хворих. В системі підготовки ЛЗП-СЛ необхідно узгодити програми до дипломної підготовки та навчання в інтернатурі з їх компетенціями та кваліфікаційними вимогами.

#### **4.2. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями**

Профілактична робота ЛЗП-СЛ регламентована двома основними документами: «Примірним положенням про ЛЗП-СЛ», де визначено основні вимоги, норми навантаження, права і обов'язки лікаря, та «Кваліфікаційною



характеристикою лікаря із спеціальності «ЛЗП-СЛ», якою затверджено рівень необхідних знань та навичок, у т.ч. з превентивної медицини.

Заходи профілактичного характеру згруповані в 4 компоненти:

- організаційно-профілактичний;
- санітарно-освітній;
- діагностично-скринінговий;
- диспансерний.

Нами встановлено, що на профілактичну діяльність ЛЗП-СЛ у середньому використовує 14,7% робочого часу. За цим критерієм постачальників профілактичних технологій структуровано в 3 групи:

1 група: на профілактичну діяльність користується до 15% робочого часу –  $69,25 \pm 2,3\%$  респондентів;

2 група: на профілактичну діяльність користується 16–30% робочого часу –  $25,75 \pm 2,3\%$  респондентів;

3 група: на профілактичну діяльність користується понад 30% робочого часу –  $5,5 \pm 1,1\%$  респондентів.

Основними профілактичними технологіями, які застосовуються ЛЗП-СЛ, є санітарно-освітня робота ( $79,5 \pm 2,0\%$ ), формування здорового способу життя ( $52,5 \pm 2,5\%$ ), протирецидивне лікування ( $74,25 \pm 2,2\%$ ).

Відомо, що залучення ЛЗП-СЛ своїх пацієнтів брати участь у суспільних профілактичних програмах сприяє позитивному результату. Це пов'язано з функцією ЛЗП-СЛ щодо спостереження за окремими особами впродовж тривалого часу, що дає змогу лікарям виявити, чи беруть участь пацієнти у профілактичних програмах, ініційованих органами системи охорони здоров'я. ЛЗП-СЛ можуть успішно здійснювати профілактичні заходи стосовно захворювань системи кровообігу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, раку шийки матки, раку легенів, проводять роз'яснювальну роботу з приводу негативного впливу на здоров'я вживання тютюнових виробів, алкоголю, наркотиків.

Серед досліджень, що призначаються ЛЗП-СЛ як скринінгові і спрямовані на раннє виявлення захворювань, найчастіше використовують флюорографічне обстеження грудної клітки ( $87,5 \pm 1,8\%$ ), обстеження на виявлення артеріальної гіпертензії ( $79,5 \pm 2,0\%$ ). Крім того, лікарі обстежують жінок для виявлення новоутворень молочної залози ( $58,75 \pm 2,5\%$ ), шийки матки ( $17,5 \pm 1,9\%$ ), для визначення рівня холестерину ( $15,75 \pm 1,8\%$ ) та цукру ( $23,75 \pm 2,1\%$ ) у крові.

Основною метою профілактичної роботи є формування у населення мотивованого відповідального відношення до свого здоров'я та формування здорового способу життя (ЗСЖ), зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, інвалідності та смертності.

Запроваджена раніше система організації профілактичної діяльності потребує розробки цільової програми ЗСЖ життя та профілактики захворювань у межах ПМСД, яка повинна створюватись з урахуванням принципів доказової медицини, а основним виконавцем профілактичних заходів має бути ЛЗП-СЛ (рис. 4.1).

Оскільки провідну роль у реалізації запропонованої програми відведено лікареві первинної ланки, було рекомендовано функціональну модель профілактичної діяльності ЛЗП-СЛ (рис. 4.2).

В рамках профілактичних заходів ЛЗП-СЛ також впроваджуються програми з вакцинації для профілактики інфекційних захворювань, керуючи процесом вакцинації, відповідно до календаря щеплень.

Окрім проведення індивідуальної профілактичної роботи, ЛЗП-СЛ працюють з групами ризику індивідуально, наприклад, у клініках для курців, наркоманів, а також у спортивних клубах, школах здоров'я.



Рис. 4.1. Система організації профілактичної діяльності лікарів загальної практики – сімейних лікарів [ 250]

Взаєморозуміння між ЛЗП-СЛ і пацієнтами, а також сприятлива обстановка в медичному закладі, де працює ЛЗП-СЛ, є важливими елементами, які забезпечують ефективність у проведенні профілактичних заходів.

Проведення профілактичної роботи умовно можна розділити на 4 типи:  
 – програми імунопрофілактики серед дітей та дорослих;

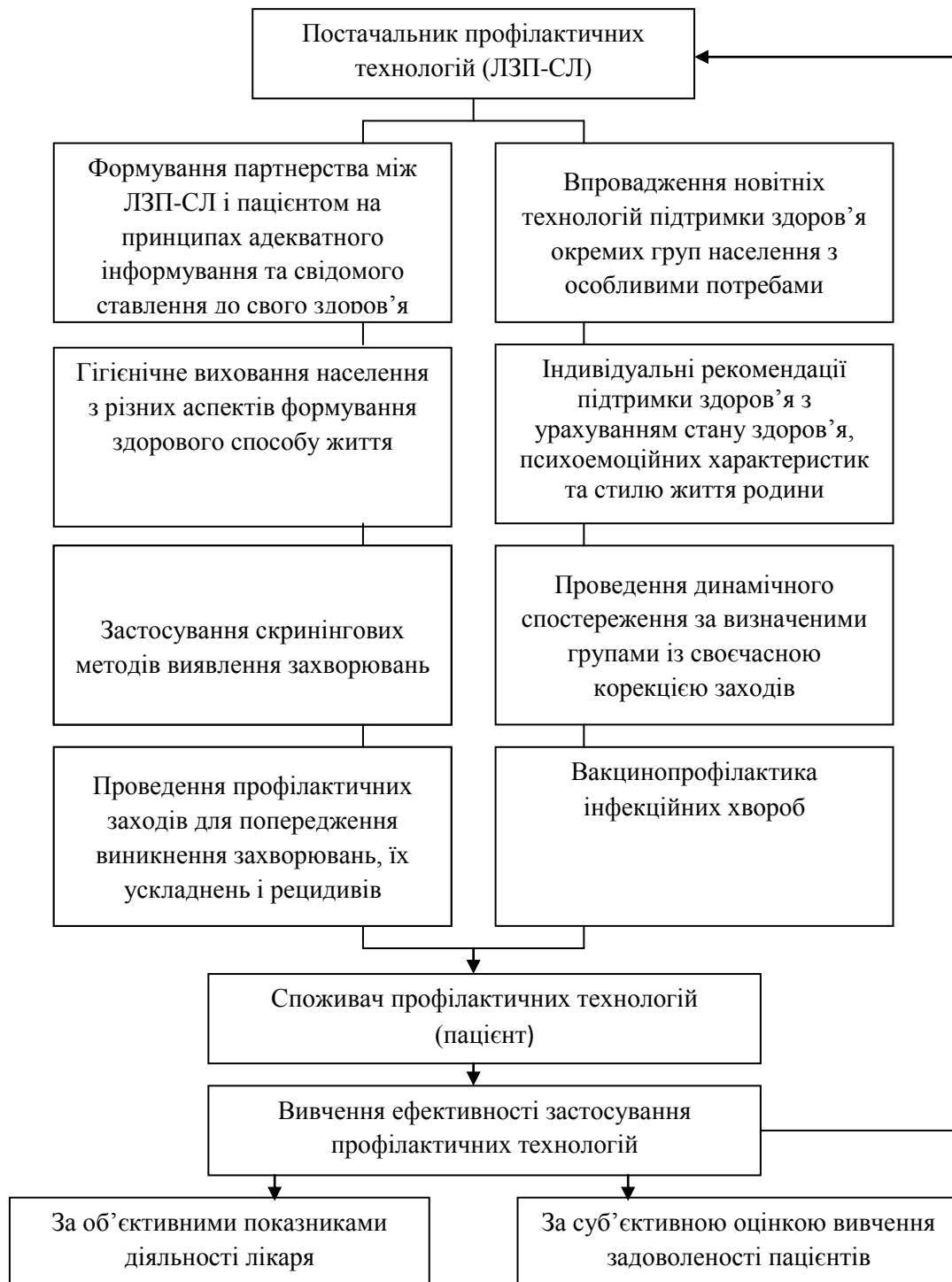


Рис. 4.2. Функціональна модель профілактичної діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря [ 250]

– навчальні програми з питань здоров'я (консультування і рекомендації щодо ЗСЖ, навчання пацієнтів, як долати проблеми, пов'язані з погіршенням здоров'я);

– спостереження за розвитком дитини (педіатричні спостереження та антенатальна допомога);

– скринінг і виявлення (гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, візуальних форм онкологічних захворювань, проводячи різні заходи між скринінгом на комунально-суспільному, загальнопопуляційному рівнях і виявлення захворювань у пацієнтів групи ризику.

Можливість профілактичної допомоги оптимізується хорошими взаєминами між лікарем і пацієнтом. В цих умовах виконання рекомендацій лікаря і повага до нього гарантується. Для ефективної організації профілактичної роботи ЛЗП-СЛ необхідно проводити заходи, залучаючи середній медичний персонал.

Профілактична допомога з метою зміцнення здоров'я стала популярною в медичному світі, починаючи з 90-х років минулого століття. Відповідну медичну допомогу і рекомендації окремим особам при консультаціях можна розглядати як одну із сторін профілактичної допомоги, а проведення скринінгу – як іншу. Наведемо деякі критерії скринінгу: стани, які підлягають скринінгу повинні бути суттєвими; наявність застосованого лікування для пацієнтів з даним захворюванням; наявність установ діагностики та лікування; повинні бути визначені латентні і ранні симптоми та стадії захворювань; наявність відповідного тесту або обстеження; тест або обстеження мають бути відповідними для даної категорії населення; повинно існувати адекватне розуміння природного розвитку захворювання від латентної стадії до явних проявів захворювання; має бути узгоджена політика в питанні про те, кого слід вважати пацієнтами; затрати на виявлення (включаючи діагностику і подальше лікування пацієнтів) мають бути економічно збалансованими щодо витрат на медичну допомогу в цілому; виявлення захворювань, особливо на ранніх стадіях розвитку, повинно бути постійним, а не одноразовим процесом.

Програми зміцнення здоров'я мають базуватися на заходах доказової медицини, а лікарі повинні опиратися на наукові підходи при розгляді цілеспрямованості і відповідності своїх дій.

ЛЗП-СЛ має використовувати всі види профілактики захворювань. Найбільш цінною роботою з профілактики, крім первинної або вторинної, є освітні програми з формування здорового способу життя (пропаганда і зміцнення здоров'я). Межі, які відокремлюють зміцнення здоров'я від медико-санітарної освіти, важко окреслити. Небагато лікарів хотіли б взяти відповідальність за проведення навчання щодо статевого виховання, але, можливо, ці питання слід розглядати як частину їх інтегративної функції в межах ПМСД профілактики ВІЛ.

Основу профілактичної роботи складають комунікації ЛЗП-СЛ, які мають здійснюватися на індивідуальному, сімейному та на рівні громади.

На рис. 4. 3 представлено розроблену нами модель, яка включає форми та методи комунікативної діяльності в роботі лікаря загальної практики - сімейного лікаря з профілактики хронічних неінфекційних хвороб.

Для пацієнтів такими формами є наступні. На індивідуальному рівні - пам'ятки, буклети, плакати, муляжі, слайди, відео-, аудіо матеріали тощо; на рівні сім'ї - проведення занять з питань ЗСЖ, а на рівні громади - створення громадських рухів за здоров'я, звернення через ЗМІ до населення про ЗСЖ.

Для ЛЗП-СЛ це їх навчання даному виду діяльності та інформаційно-методична підтримка.

Таким чином основними напрямками профілактичної діяльності ЛЗП-СЛ є організаційно-профілактичний, санітарно-освітній, діагностично-скринінговий та диспансерний. Основними формами та методами комунікативного впливу є на індивідуальному рівні: пам'ятки, буклети, плакати, муляжі, слайди, відео-, аудіо матеріали тощо; на рівні сім'ї - проведення занять з питань ЗСЖ, а на рівні громади - створення громадських рухів за здоров'я, звернення через ЗМІ до населення про ЗСЖ.

### 4.3. Методичні підходи до комунікативної діяльності сімейних лікарів

Розроблені методичні підходи до комунікативної діяльності сімейного лікаря складаються з (рис.4.4):

- існуючих елементів о комунікативної діяльності сімейного лікаря системи охорони здоров'я, причетних до ефективної діяльності ПМСД;
- існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації ( об'єкт впливу, форми реалізації, інструмент впливу).

Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів.

*Стратегічним напрямком моделі комунікативної діяльності сімейних лікарів є забезпечення всіх категорій населення комплексною, об'єктивною інформацією з питань ПМСД.*

*Тактичним напрямком моделі є інформування всіх цільових груп населення, яке обслуговує сімейний лікар з усіх питань, які стосуються надання первинної медико-санітарної допомоги.*

Як видно з рис. 4.4 запропонована комплексна модель комунікативної діяльності сімейного лікаря визначає задачі та функції; рівень, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку.

*Задачі та функції* сімейних лікарів з комунікативної діяльності є різноманітними і умовно їх можна розділити на організаційні, господарські, профілактичні, лікувального характеру.

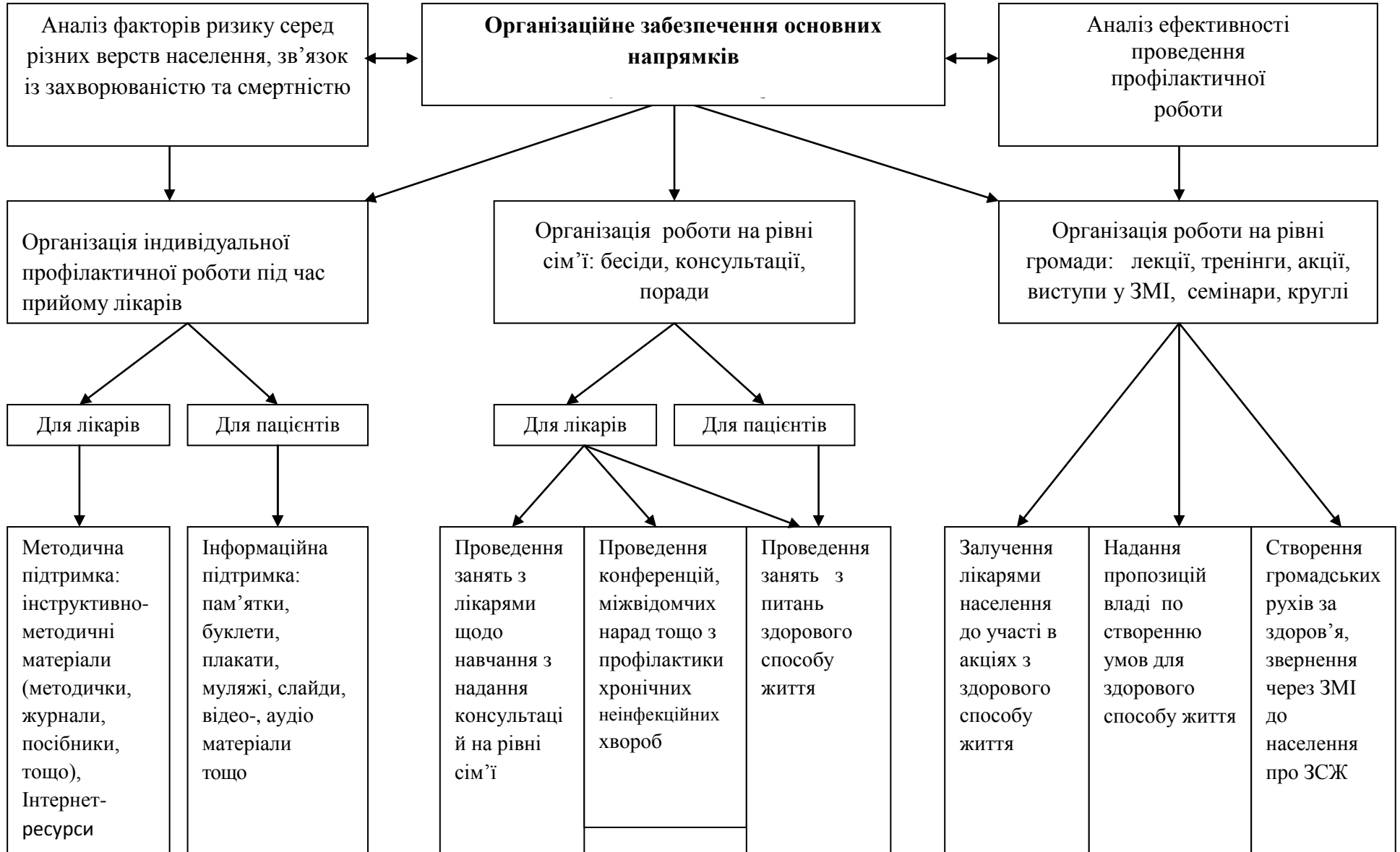




Рис. 4.3. Модель форм та методів комунікативної діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря з профілактики хронічних неінфекційних хвороб

Основними функціями в рамках запропонованої моделі є:

- адвокація серед осіб, що приймають рішення в тому числі керівників органів місцевого самоурядування та депутатський корпус і керівників Центру первинної медичної допомоги та підприємств з рішення проблемних питань з організації первинної медичної допомоги населенню;
- рішення питань господарської діяльності та забезпечення сімейної амбулаторії обладнанням, засобами медичного призначення, лікарськими засобами в необхідних обсягах;
- інформування населення з питань профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, основ здорового способу життя;

<i>Напрямок впливу</i>	<i>Суб'єкт впливу</i>	<i>Об'єкт впливу</i>	<i>Задачі, функції</i>	<i>Форма реалізації</i>	<i>Ресурси</i>	<i>Інструмент впливу</i>	<i>Моніторинг і оцінка Індикатори</i>
Організаційний	Головні лікарі Центрів ПМСД, завідувачі сімейними амбулаторіями	Особи, що приймають рішення.	Адвокація організаційних рішень	Сучасні методи менеджменту	Законодавство та стан його виконання	Адвокація прийняття рішень	<p><i>Структури:</i> Наявність інформаційних матеріалів Навчання персоналу. Робота «Школи здоров'я».</p> <p><i>Процесу:</i> рішення з усунення проблем в організації первинної допомоги. Частка охоплених профзаходами. Частка навчених тактиці дій при загостреннях станів.</p> <p><i>Результату:</i> Підвищення рівня задоволеності ПМСД. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою в межах терапевтичного вікна.</p>
		Працівники Центру, амбулаторії	Управління колективом		Інформація про професійні обов'язки та стан виконання		
Господарський	Головні лікарі Центрів ПМСД, завідувачі сімейними амбулаторіями	Особи, що приймають рішення	Забезпечення умов для ефективної діяльності	Забезпечення у відповідності до галузевих нормативів	Законодавство	Адвокація виконання рішень та угод.	
		Керівники підприємств			Аналіз потреб		
Профілактичний	ЛЗП-СЛ	Населення	Формування відповідального ставлення до свого здоров'я, прихильності до профілактики та лікування.	Індивідуальні та сімейні консультації, представлення інформації під час масових заходів; навчального процесу, через засоби масової інформації. Школи здоров'я.	Інформаційні матеріали профілактичного та навчального характеру	Інформаційне забезпечення щодо здорового способу життя та профілактики ХНЗ їх переваг над лікування хвороб	
	Сімейні медсестри	Сім'ї					
Лікувальний	ЛЗП-СЛ	Д-пацієнти	Члени сімей				
	Сімейні медсестри	Діти					
		Хворі на гострі та хронічні хвороби					

Рис. 4.4. Модель методичних підходів до комунікативної діяльності сімейного лікаря

- формування у населення відповідально ставлення до свого здоров'я та особистого пріоритету здоров'я;
- формування прихильності хворих на хронічні хвороби до диспансеризації та виконання призначень лікаря;
- навчання членів сімей в яких живуть інваліди та хворі на хронічні хвороби основам догляду за ними та тактиці дій при погіршенні стану здоров'я;
- інформування населення необхідності отримання при гостри станах медичної допомоги в межах терапевтичного вікна та місця отримання необхідної допомоги.

**Рівень.** В діяльності сімейного лікаря виділено колективний, сімейний та індивідуальний рівні комунікативного впливу. Рівень комунікативної діяльності залежить від задачі яку має вирішити сімейний лікар методом комунікативного впливу.

**Суб'єкт впливу.** Суб'єктом впливу в запропоновані моделі виступають сімейні лікарі та сімейні медичні сестри. Необхідно зазначити, що їх не навчають даному виду діяльності ні на до дипломному ні на післядипломному рівнях навчання. Тому необхідно запровадити тематичне удосконалення в закладах післядипломної освіти курсів тематичного удосконалення за даним напрямком діяльності та проведення спеціальних тренінгів.

**Об'єкт впливу.** Основним об'єктом профілактичного та лікувального комунікативного впливу є здорові особи, особи які мають фактори ризику розвитку захворювань, хворі на гострі та хронічні хвороби та члени їх сімей. Особливим об'єктом комунікативного впливу є члени організованих колективів: навчальні заклади, організації, установи та підприємства різних форм власності, керівниками недержавних організацій в охороні здоров'я, волонтерами.

В рішенні питань медичної допомоги населенню на більш високих рівнях сімейний лікар проводить комунікації з керівниками закладів охорони

здоров'я вторинного рівня та екстреної медичної допомоги, головними спеціалістами за профілем захворювання пацієнта, працівниками управлінь в охороні здоров'я.

В міжсекторальному плані об'єктом комунікативного впливу є працівники органів місцевого самоврядування, центрів соціального захисту населення, керівники організацій, закладів, підприємств, соціальних служб, церкви.

**Форма реалізації.** Управлінськими формами реалізації поставлених функцій та завдань є прийняття рішень з питань ефективної діяльності первинної медичної допомоги та забезпечення і контроль їх виконання.

Організаційними формами реалізації є індивідуальні та сімейні консультації, які здійснюють сімейні медичні працівники; представлення інформації під час масових спортивних та культурних заходів; учнівській та студентській молоді під час навчального процесу; прихожанам під час церковних служб та сповідей, а також розповсюдження інформаційних матеріалів через засоби масової інформації тощо.

Для більш ефективного комунікативного впливу для певних цільових груп сімейний лікар має організовувати діяльність «Школи здоров'я» з проведення цільових занять та тренінгів.

**Ресурси.** Для реалізації визначених завдань та функцій необхідні певні ресурси. До них відносяться: підготовка сімейних лікарів та сімейних медичних сестер до використання сучасних методів комунікацій в професійній діяльності; забезпечення доступності можливості отримання консультативної допомоги в тому числі анонімної для чого має бути передбачена частка робочого часу на нормативному рівні; наявність інформаційних матеріалів зміст та подача яких розрахована на різні цільові групи інформаційного впливу.

**Інструмент впливу.** Інструменти впливу залежать від поставлених завдань, рівня впливу та суб'єкту впливу і форми реалізації завдань.

При рішенні організаційної задачі сімейний лікар проводить адвокацію в рішенні проблемних питань з надання первинної медичної допомоги населенню.

При рішенні профілактичної задачі інструментом впливу є інформування населення щодо шляхів профілактики захворювань та навчання тактиці дій при виникненні захворювань.

**Моніторинг і оцінка.** Моніторинг та оцінка ефективності запропонованої моделі здійснюється через індикатори структури, процесу та результативності. Нами запропоновані наступні індикатори.

*Індикатори структури:*

1. Наявність інформаційних матеріалів
2. Охоплення навчанням сімейних лікарів та сімейних медичних сестер.
3. Організація роботи «Школи здоров'я».

*Індикатори процесу:*

1. Прийняті адміністративні та управлінські рішення з усунення проблем в організації первинної допомоги.
2. Частка населення охопленого профілактичними заходами.
3. Частка хворих та членів їх сімей, які навчені тактиці дій при загостреннях хвороби чи появі ускладнень.

*Індикатор результату:*

1. Підвищення рівня задоволеності населення первинною медичною допомогою.
2. Збільшення частки населення, яке позбавилося шкідливих звичок.
3. Збільшення частки населення, яке веде здоровий спосіб життя.
4. Збільшення частки пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою в межах терапевтичного вікна.

Запровадження запропонованих інновацій дозволить забезпечити всі категорії населення та окремі групи комунікативного впливу

комплексною інформацією з питань первинної медичної допомоги, що дозволить забезпечити ефективну діяльність первинного рівня медичної допомоги та підвищити ефективність профілактичної роботи.

#### **4.4. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку**

Нами, на розвиток моделі методичних підходів до комунікативної діяльності сімейного лікаря, розроблено модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку.

При розробці моделі комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку центральним елементом моделі нами визначені діти, їх родини та вчителі шкіл, які мають бути цільовою групою комунікативного впливу. Головним комунікатором, відповідно до моделі, є лікар загальної практики - сімейний лікар. Рис. 4.5.

Метою моделі є збереження та зміцнення здоров'я дітей шляхом забезпечення членів родин, дітей та вчителів комплексом знань із зазначеного питання.

Дітям надається інформація в залежності від класу навчання та стану здоров'я з питань пріоритету здоров'я, режиму дня, режиму навчання і відпочинку, здорового способу життя, термінів роботи за комп'ютером, шкідливих звичок, раціонального харчування, фізичних навантажень, культури сексуальних відносин та безпечної поведінки, профілактики ВІЛ-інфікування, тощо.

Здоровим дітям даються рекомендації по збереженню здоров'я. Дітям, які мають відхилення в здоров'ї та хронічні хвороби пояснюється необхідність та сутність диспансеризації, а також розробляються програми оздоровлення. Дані програми обговорюються також з батьками, яким пояснюється необхідність їх виконання.

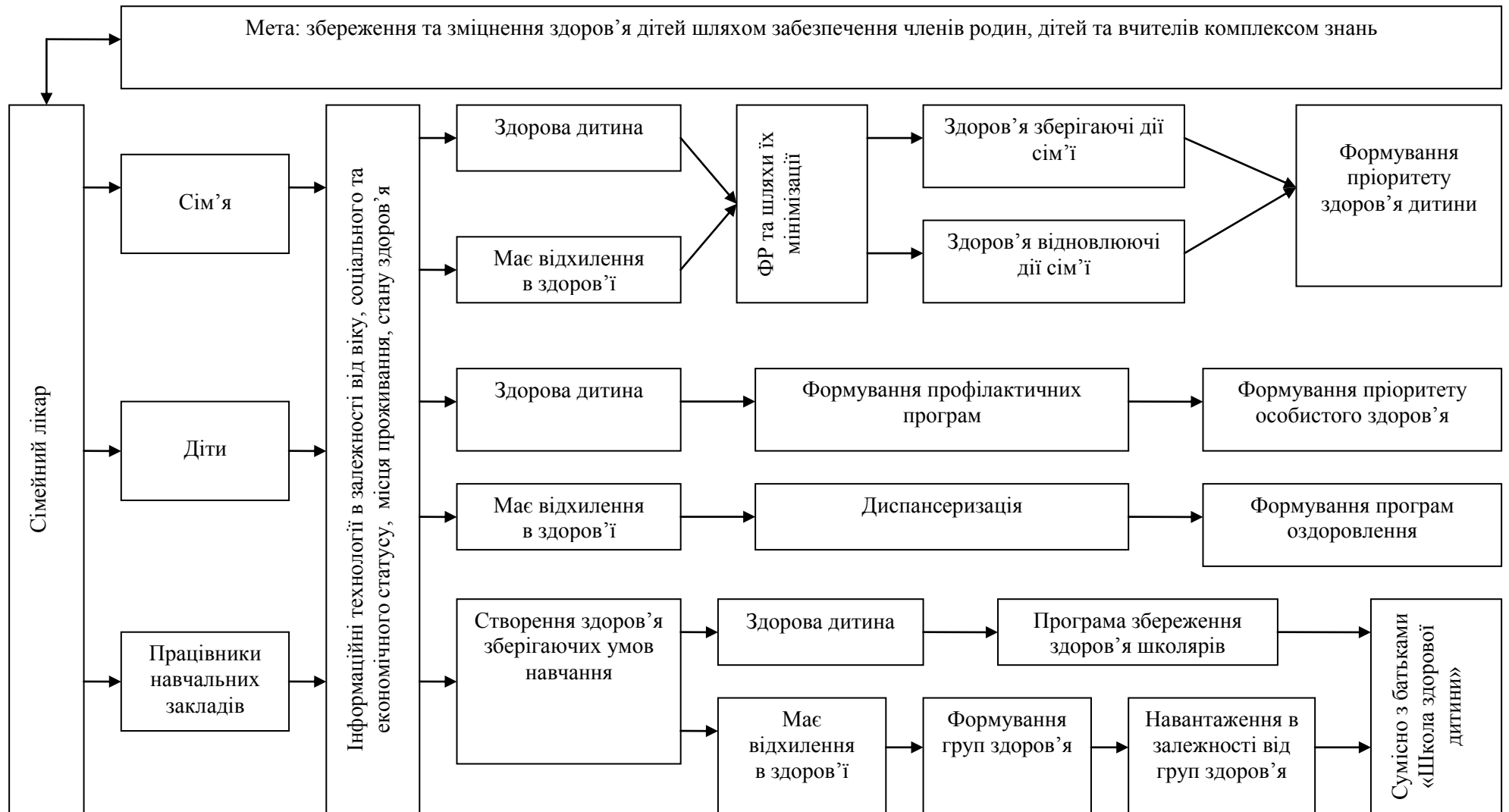


Рис. 4.5. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку



Для батьків і вчителів на базі навчальних закладів організується робота «Школи здорової дитини». Нами розроблені та запропоновані типові програми роботи школи, які сформовані також в залежності від класу навчання та стану здоров'я дітей. Частина занять проводиться із запрошенням дітей.

На рівні сім'ї, в залежності від стану здоров'я дитини, розробляються рекомендації щодо збереження або відновлення здоров'я з формуванням на рівні кожної сім'ї пріоритету для неї здоров'я дитини.

В школах, за інформаційної підтримки та за активної участі сімейних лікарів, проводиться не тільки інформування вчителів та керівництва навчальних закладів щодо використання здоров'я зберігаючих умов та технологій навчання, а і активного їх запровадження в навчальний процес.

Таким чином, в даній моделі використовується комплекс інформаційних засобів комунікації, який залежить від цільової аудиторії комунікативного впливу та стану здоров'я дітей. Це визначає і зміст та завдання комунікативної діяльності сімейного лікаря по збереженню здоров'я дітей шкільного віку.

Методом експертної оцінки було оцінено запропоновану комплексну модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку. В цілому експертами позитивно оцінено представлену модель. Позитивна оцінка системи склала 95%. При цьому по 15% експертів мали зауваження до диференційованого підходу у використанні інформаційних технологій та сумісного (батьків, вчителів та дітей) проведення занять в школах здоров'я.

Форми і методи комунікацій визначаються цільовою аудиторією: діти, батьки, вчителі та стан здоров'я дітей. Особливістю даної системи є комплексний міжсекторальний підхід.

#### **4.5. Модель комунікацій сімейного лікаря в сфері репродуктивного здоров'я**

Враховуючи важливість збереження репродуктивного здоров'я населення та визнаючи роль в даному напрямку діяльності системи охорони здоров'я сімейних лікарів далі нами було розроблено модель комунікацій сімейного лікаря в сфері репродуктивного здоров'я.

Метою моделі є забезпечення хлопців, дівчат, молодих сімей комплексом знань із збереження репродуктивного здоров'я та народження здорової дитини.

При розробці моделі комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я центральним елементом моделі нами визначені хлопці та дівчата підліткового віку – вік коли формується репродуктивне здоров'я майбутніх батьків та молоді сім'ї – час, коли плануються та народжуються діти . Рис. 4.6.

Згідно даної моделі, медичними працівниками має проводитися інформаційна робота, яка охоплює як хлопців, так і дівчат і вона має бути скерованою на формування їх бережного ставлення до РЗ та культури статевої поведінки. Формами такої роботи є, як правило, сумісні бесіди, які проводять медичні працівники та професійні психологи, розбір кінофільмів, життєвих ситуацій, які проводяться за принципом “рівний – рівному”: більш дорослі, але молоді люди, кумири молоді.

В цей період життя важливо частину інформаційної роботи проводити за окремими цільовими групами впливу: хлопці та дівчата.

Для дівчат основними темами комунікативного впливу мають стати теми безпечної статевої поведінки, профілактики абортів, профілактики ВІЛ інфікування та ПСШ, профілактики жіночого безпліддя, тощо.

Для хлопців основні теми інформаційного забезпечення полягають в наданні їм доступних та впливових знань з питань безпечної статевої

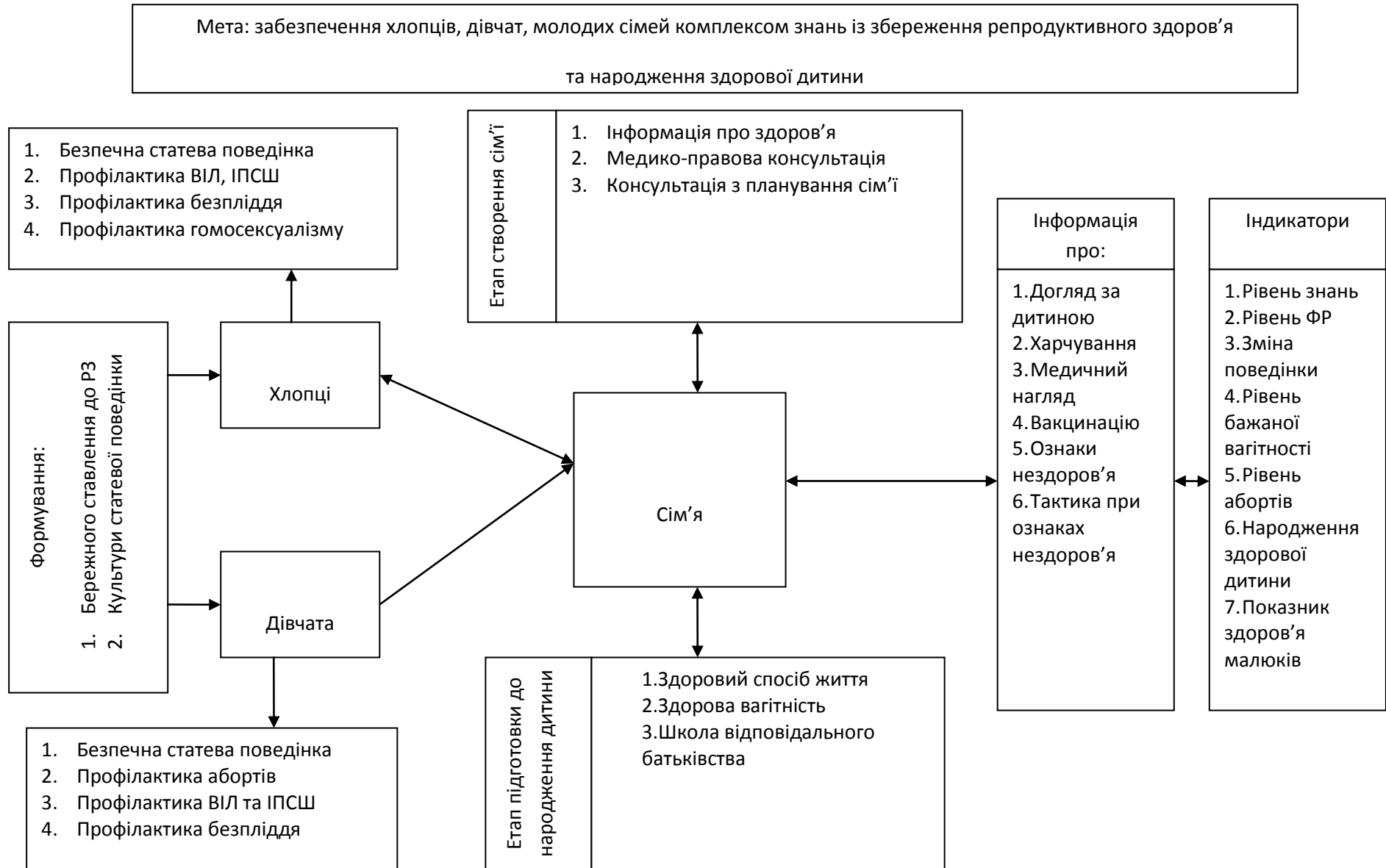


Рис. 4.6. Модель комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я

поведінки, профілактики ВІЛ інфекції та ПСШ, профілактики як чоловічого, так і жіночого безпліддя, тощо.

Враховуючи особливості вказаних цільових груп комунікативного впливу, надзвичайно важливо, хто і як буде проводити з ними комунікативні програми. Результативність даних програм буде залежати від професійності комунікаторів, їхнього ставлення до представників цільових груп, сприймання підлітками комунікатора як особистості, гарантії збереження конфіденційності, озвученої представниками цільової групи інформації.

Наступним періодом комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я є період, коли хлопці та дівчата готуються до одруження та одружуються і народжують дітей.

В період підготовки до одруження предметом комунікативного впливу є їх інформування про необхідність ознайомлення один одного про загальний стан здоров'я та репродуктивного здоров'я безпосередньо, а при необхідності – і проведення генетичного обстеження. В цей період важливим аспектом комунікативної діяльності є надання майбутній парі консультацій медико-правового характеру та консультацій з планування сім'ї. Такі консультації є комплексними і, в основному, їх можна отримати в центрах планування сім'ї.

Для молодих подружніх пар, які планують народити дитину, важливою є комплексна інформація з питань підготовки до вагітності та її проведення з метою народження здорової дитини. Логічно, щоб таку інформацію регулярно надавав сім'ї, а не тільки жінці, сімейних лікар. На жаль, в теперішній час ще не всі сімейні лікарі володіють комплексом таких знань, що потребує їх відповідної підготовки. Тому таку інформацію сім'я може отримати в Школах відповідального батьківства, які функціонують при більшості жіночих та дитячих консультацій. Формами роботи шкіл відповідального батьківства є проведення групових занять за визначеними темами і надання індивідуальних консультацій. За нашою рекомендацією в

роботі Шкіл відповідального батьківства запроваджуються такі форми навчання батьків як ділові ігри та тренінги.

Вони є необхідними на наступному етапі комунікацій, коли сім'я готується до народження дитини. Під час занять в Школах відповідального батьківства майбутніх батьків уже практично, а не тільки теоретично, готують до таких важливих питань як догляд за новонародженою дитиною; харчування і принципи грудного вигодовування; медичний нагляд, в тому числі місце і календар відвідування лікарів з профілактичною метою; вакцинація дітей з визначенням її значення в профілактиці інфекційних хвороб та виконання календаря щеплень. Членів родини новонародженої дитини інформують про ознаки здоров'я та нездоров'я дитини, можливі критичні стани здоров'я та навчають тактиці дій при виникненні ознак нездоров'я та критичних станів.

Цю інформацію членам родини мають надавати не тільки в школі відповідального батьківства, а і сімейний лікар (дільничний лікар-педіатр) та медичні сестри під час відвідування сім'ї вдома та відвідування родиною закладу охорони здоров'я. Інформація має бути не тільки усною. Вона має підтверджуватися друкованими інформаційними матеріалами, які видаються батькам для користування.

Комунікативна робота, за її результатами, оцінюється комплексно в системі надання медичної допомоги в сфері репродуктивного здоров'я. Основними показниками її є: рівень знань представників зазначених цільових груп населення з питань збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я; наявність факторів ризику погіршення репродуктивного здоров'я та зміна їх динаміки, що характеризується і зміною статевої поведінки в бік безпечності. Статистичними показниками, які характеризують рівень репродуктивного здоров'я є: рівень бажаної вагітності; рівень абортів; народження здорової дитини; показники здоров'я малюків.

Таким чином запропонована комплексна система комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я, метою якої є забезпечення населення

репродуктивного віку комплексною інформацією з питань збереження репродуктивного здоров'я. Форми і методи комунікативного впливу залежать від періоду комунікацій. Визначені індикатори оцінки комунікативних програм.

### **Висновки**

1. Встановлено, що лікарі загальної практики-сімейні лікарі недостатньо готові до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя. Так,  $29,9 \pm 2,3\%$  опитаних мають достатній рівень теоретичних знань з профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань, у  $39,0 \pm 2,4\%$  наявні теоретичні знання з основ здорового способу життя для різних вікових груп населення, а  $2,9 \pm 0,8\%$  мають практичні навички та методики з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики та  $4,0 \pm 1,0\%$  - навички визначення цільових груп комунікативного впливу.

В ході дослідження встановлено, що у  $45,4 \pm 2,5\%$  респондентів наявні навички індивідуальної комунікації з різними цільовими групами впливу,  $22,4 \pm 2,1\%$  - комунікацій на груповому рівні,  $27,0 \pm 2,2\%$  - масової комунікації,  $1,1 \pm 0,6\%$  - знайомі з методиками паблікрелейшен.

2. ЛЗП-СЛ використовують наступні форми діяльності з формування у населення прихильності до здорового способу життя та профілактичної діяльності:  $98,8 \pm 0,6\%$  - індивідуальні бесіди з диспансерною групою хворих;  $85,6 \pm 1,8\%$  - випуски санітарних бюлетенів;  $37,9 \pm 2,4\%$  - індивідуальні бесіди з усіма хто проводить профілактичні огляди;  $28,2 \pm 2,2\%$  - бесіди групові з батьками;  $23,6 \pm 2,1\%$  - заняття з різними цільовими групами населення;  $19,5 \pm 2,0\%$  - школи здоров'я.

3. При отриманні базової освіти, включаючи інтернатуру, майбутніх ЛЗП-СЛ не готують до проведення профілактичної роботи,

комунікативної діяльності та формування у населення здорового способу життя. Жодний респондент, в період базової підготовки, не отримав інформації з наступних питань: розробка індивідуальних програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики; розробка на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики; комунікацій з різними цільовими групами населення та пацієнтів.

4. Базуючись на отриманих в ході дослідження даних були запропоновані шляхи удосконалення системи підготовки ЛЗП-СЛ з питань профілактики хронічних захворювань та здорового способу життя. До вказаних шляхів відноситься зміна парадигми підготовки медичних працівників з акцентами на навчання здоров'ю, а не тільки лікуванню хворих. В системі підготовки ЛЗП-СЛ необхідно узгодити програми до дипломної підготовки та навчання в інтернатурі з їх компетенціями та кваліфікаційними вимогами.

5. Розроблені методичні підходи до комунікативної діяльності сімейного лікаря які складаються із:

- існуючих елементів о комунікативної діяльності сімейного лікаря системи охорони здоров'я, причетних до ефективної діяльності ПМСД;
- існуючих складових, але частково змінених за рахунок їх функціональної оптимізації ( об'єкт впливу, форми реалізації, інструмент впливу).

Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я. Її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів.

Стратегічним напрямком моделі комунікативної діяльності сімейних лікарів є забезпечення всіх категорій населення комплексною, об'єктивною інформацією з питань ПМСД.

Тактичним напрямком моделі є інформування всіх цільових груп населення, яке обслуговує сімейний лікар з усіх питань, які стосуються надання первинної медико-санітарної допомоги.

Запропонована комплексна модель комунікативної діяльності сімейного лікаря визначає задачі та функції; рівень, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку.

6. Розроблено модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку. При розробці моделі її центральним елементом визначені діти, їх родини та вчителі шкіл, які мають бути цільовою групою комунікативного впливу. Головним комунікатором, відповідно до моделі, є лікар загальної практики - сімейний лікар. В даній моделі використовується комплекс інформаційних засобів комунікації, який залежить від цільової аудиторії комунікативного впливу та стану здоров'я дітей. Це визначає і зміст та завдання комунікативної діяльності сімейного лікаря по збереженню здоров'я дітей шкільного віку.

Форми і методи комунікацій визначаються цільовою аудиторією: діти, батьки, вчителі та стан здоров'я дітей. Особливістю даної системи є комплексний міжсекторальний підхід.

7. Враховуючи важливість збереження репродуктивного здоров'я населення та визнаючи роль в даному напрямку діяльності системи охорони здоров'я сімейних лікарів було розроблено модель комунікацій сімейного лікаря в сфері репродуктивного здоров'я. Метою моделі є забезпечення хлопців, дівчат, молодих сімей комплексом знань із збереження репродуктивного здоров'я та народження здорової дитини. При розробці моделі центральним елементом моделі визначені хлопці та дівчата підліткового віку – вік коли формується репродуктивне здоров'я майбутніх батьків та молоді сім'ї – час, коли плануються та народжуються діти. Форми і методи комунікативного впливу залежать від періоду комунікацій. Визначені індикатори оцінки комунікативних програм.



## Розділ 5

### Характеристика системи комунікацій в охороні здоров'я

#### 5.1. Концептуальні підходи до створення системи комунікацій в охороні здоров'я

Результати проведених досліджень показують низький рівень інформованості населення як про мету реформи так і про конкретні заходи та етапи її проведення. Більшість населення, особливо сільського, не поінформовано про організаційні зміни в отриманні медичної допомоги, а медичні працівники – про майбутнє місце роботи.

Результати дослідження показують, що населення та медичні працівники отримують інформацію з питань проведення реформи у 39,5±2,4% випадків по телебаченню, 7,25±1,3% - із газет, 33,0±2,4% - від родичів та знайомих і тільки у 3,75±0,9% від представників влади та 10,25±1,5% населення від медичних працівників. В результаті 89,25 ±1,5% вважає, що медична допомога стане менш доступною і тільки 10,75±1,5% вважає, що вона покращиться. При цьому реформи підтримує до 12% опитаних.

Також встановлено низький рівень інформованості населення про здоровий спосіб життя (38,5±2,4%), основи профілактики хронічних неінфекційних хвороб (42,75±2,5%).

Особисте здоров'я є головним пріоритетом тільки для 6,75±1,3% сільського та 14,75±1,8% міського населення при цьому 53,3±2,5% сільського та 61,93±2,4% міського населення мають хронічні хвороби. В разі погіршення стану особистого здоров'я за медичною допомогою звертається 48,90±2,5% чоловіків та 41,74±2,5% жінок які є сільськими жителями і 54,0±2,5% чоловіків та 58,16±2,5% жінок які є мешканцями міст.

У  $38,25 \pm 2,4\%$  випадках населення отримує інформацію негативного характеру.

Така ситуація склалася у зв'язку з відсутністю системи комплексного інформування всіх верств населення з питань здорового способу життя, проведення реформи та висвітлення в засобах масової інформації здебільшого негативних прикладів проведення реформи системи охорони здоров'я та окремих випадків у наданні медичної допомоги в окремих закладах охорони здоров'я країни.

На початку дослідження було проведене визначення оптимального варіанта розв'язання проблеми на основі порівняльного аналізу можливих варіантів.

*I варіант (песимістичний)* – збереження існуючої ситуації, коли основні комунікації проводяться епізодично вузьким колом спеціалістів в основному на центральному та регіональному рівні по певному колу проблем, що призведе до поглиблення спротиву проведення реформи охорони здоров'я як серед медичних працівників, так і серед широкого загалу населення.

*II варіант (малоефективний)* – проведення комунікацій з реформування охорони здоров'я з залученням працівників Департаментів охорони здоров'я державних адміністрацій та головних позаштатних спеціалістів і журналістів, які підтримують стратегію реформування системи охорони здоров'я, що не дасть можливості забезпечити комплексний підхід в даному напрямку роботи та унеможливить адресну роботу з цільовими групами населення з єдиним підходом проведення комунікацій на державному регіональному та місцевому рівнях.

*III варіант (оптимальний)* – скерований на розробку та впровадження комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я при стратегічному та поточному плануванні її здійснення, що дозволить підвищити рівень інформованості населення за всіма аспектами реформи та сформувати у населення позитивне ставлення до неї та її підтримку, а також

відповідального ставлення до свого здоров'я. Це в свою чергу дасть можливість прискорити проведення реформи та провести її більш ефективно, а значить оптимізувати систему надання медичної допомоги у відповідності до потреб населення із зміною механізмів фінансування закладів охорони здоров'я, відновити профілактичний напрямок та раннє виявлення неінфекційних захворювань, формування системи громадського здоров'я, що відповідає Європейському плану дій до 2020 року, залучення та мотивація населення до здорового способу життя, запровадження заходів з реабілітації, що забезпечить зниження потреби у медичній допомозі, раціональне використання ресурсів галузі, підвищення рівня здоров'я та зниження, первинної інвалідизації населення, загальної смертності та смертності населення в працездатному віці.

Виходячи з цього була розроблена концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. Рис.5.1.

Концептуальна модель скерована на рішення поставлених задач по створенню системи комунікацій в охороні здоров'я.

Такими задачами являються наступні: ресурси системи, стратегія комунікативної політики, комунікативні технології, цільові групи комунікативного впливу, моніторинг та оцінка.

Рішення кожної задачі концептуальної моделі комунікацій в охороні здоров'я передбачає проведення певних заходів.

Рішення задачі ресурсів системи є найбільш складним так як система комунікацій створюється в галузі вперше. Воно передбачає як формування системи із її спеціальною мережею та використанням існуючих закладів так і забезпечення її певними ресурсами.

Що стосується мережі закладів, то рекомендовано на галузевому рівні створення ресурсного центру. Його основними функціями є науково-методичний та інформаційно-організаційний супровід комунікативної діяльності в галузі. На регіональному рівні організаційно-інформаційну та координуючу функцію виконують інформаційно-аналітичні центри

управлінь охорони здоров'я обласних та м. Києва державних адміністрацій. Безпосередніми комунікаторами є організатори охорони здоров'я та лікарі всіх спеціальностей незалежно від рівня надання медичної допомоги та форми власності ЗОЗ. Особливе місце в комунікативній діяльності медичні працівники першого контакту – ЛЗП-СЛ та сімейні медичні сестри.

Враховуючи відсутність системи їх підготовки в концептуальну модель включено необхідність створення системи з підготовки медичних працівників до ефективної комунікативної діяльності та визначення їх компетенцій з даного напрямку діяльності.

Іншими ресурсами системи мають стати забезпечення сучасними інформаційними технологіями із високим рівнем комп'ютеризації ЗОЗ та забезпечення комунікаторів достовірною та своєчасною аналітичною інформацією.

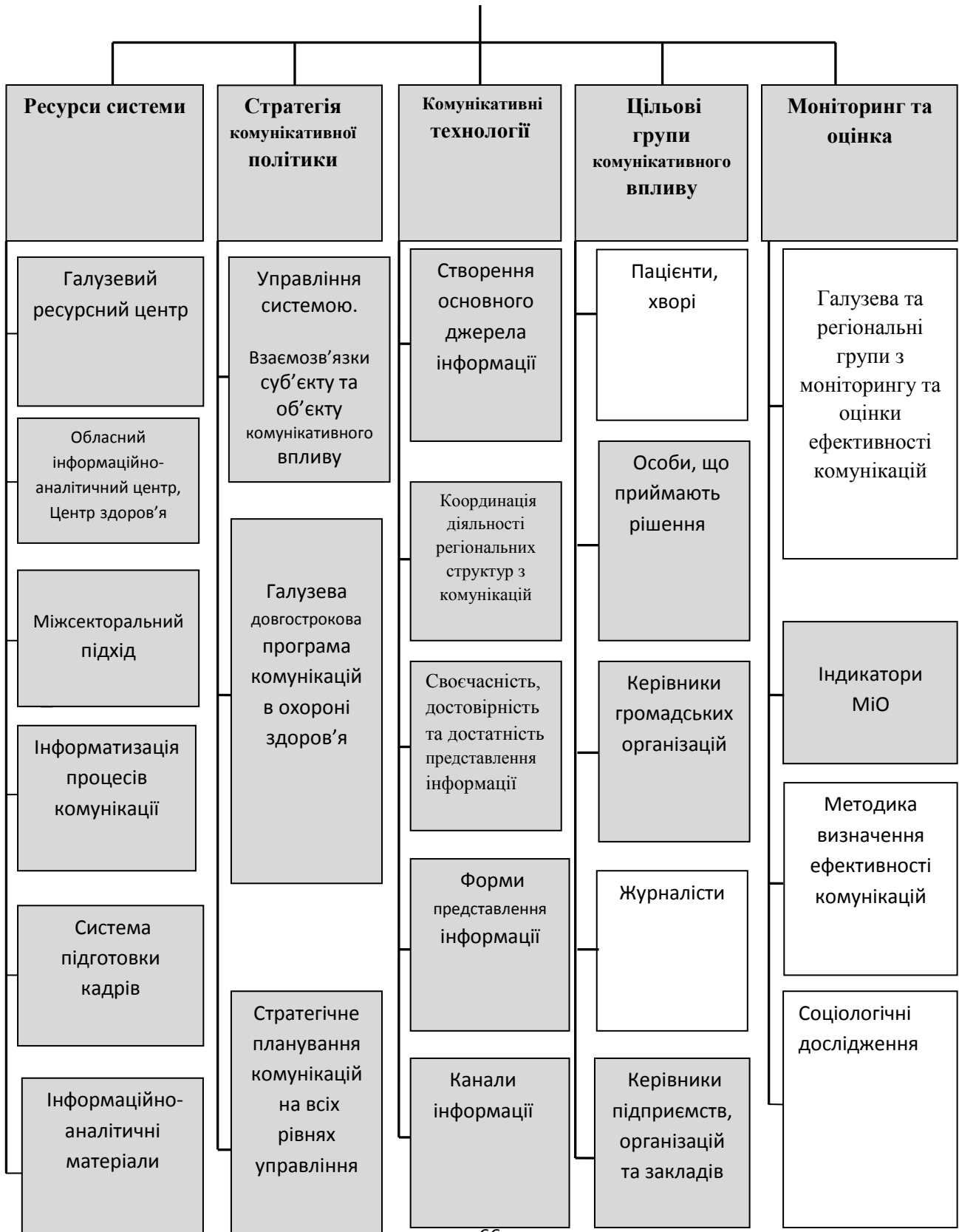
Таким чином, центральним елементом системи стає галузевий ресурсний центр, який забезпечує збір, накопичення, аналіз первинної інформації та підготовку інформаційно-аналітичних матеріалів, як узагальнюючого комплексного характеру так і конкретного локального характеру та її представлення заінтересованим особам та організаціям. Центр також проводить підготовку спеціалістів, що залучені до процесу комунікацій в охороні здоров'я, та розробляє стратегічні плани комунікацій, її форми та методи, визначає потребу окремих категорій населення в різних видах інформації.

Необхідна сума видатків обраховуються після затвердження планів комплексної комунікативної політики галузі.

*Рішення другої задачі: стратегія комунікативної політики*, полягає в створенні системи управління комунікативною діяльністю на всіх рівнях управління від галузевого – до ЗОЗ. Важливою складовою рішення даної задачі є практичне відпрацювання взаємозв'язків суб'єкту та об'єкту комунікативного впливу. Особливістю системи комунікацій є те, що при різних задачах комунікативного впливу та рівнях комунікацій одні й ті ж

особи можуть виступати в ролі суб'єкту і об'єкту комунікативного впливу. Це нами враховано при розробці системи комунікацій в охороні здоров'я.

**Складові концептуальної моделі комунікацій в охороні здоров'я**



### Рис. 5.1. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я

Важливою складовою рішення даної задачі є прийняття комплексної довгострокової галузевої програми комунікацій в охороні здоров'я. Нами листом від 17.06.2015 р. № 215 ініційовано Міністерству охорони здоров'я України розробку даної програми.

Отримані в ході вивчення наукової літератури досвід [ 251-253 ] вказує на те, що досягти ефективності та поставлених метою комунікацій результатів можливо тільки при довгостроковій спланованій роботі. Тому нами до рішення даної задачі включено стратегічне планування комунікацій на всіх рівнях управління.

*Третя задача передбачає використання сучасних комунікативних технологій.* Нами розділено комунікативні технології на дві групи: комунікативні організаційні технології та технології процесу комунікації.

Організаційні комунікативні технології включають створення основного джерела інформації та координацію діяльності регіональних структур з комунікацій, що може забезпечити галузева та регіональні комітети комунікативної діяльності в системі охорони здоров'я.

Технології процесу комунікації включають форми та канали представлення інформації, що забезпечує своєчасність, достовірність та достатність представлення інформації для її споживачів - населення в цілому та окремих груп комунікативного впливу.

*Тому четвертою задачею концептуальної моделі нами визначено вибір цільових груп комунікативного впливу, що залежить від задачі комунікацій.*

Основними цільовими групами комунікативного впливу з питань охорони здоров'я нами виділено:

- з питань формування та збереження здоров'я: пацієнти, хворі, сім'ї, громади, керівники підприємств, організацій та закладів, керівники громадських організацій в сфері охорони здоров'я;

- з питань організації медичної допомоги населенню: особи, що приймають рішення на всіх рівнях управління в державі, керівники підприємств, організацій та закладів, керівники громадських організацій в сфері охорони здоров'я.

*Наступною групою задач, яка підлягає рішенню, є моніторинг та оцінка ефективності комунікативної діяльності в охороні здоров'я в цілому та окремих програм та заходів комунікації.* Для рішення даної задачі передбачено створення на всіх рівнях управління (галузевий, регіональний, місцевий) групи з моніторингу та оцінки ефективності комунікацій. Нами розроблені методичні рекомендації з визначення ефективності комунікативної діяльності в охороні здоров'я. Оцінка проводиться за визначеними індикаторами з активним використанням соціологічних досліджень серед населення в цілому та окремих цільових груп комунікативного впливу.

Таким чином, основними напрямками комунікативної діяльності мають стати:

- вивчення та визначення цілеспрямованості інформації для різних цільових груп;
- прогнозування довгострокової та короткотермінової потреби з визначенням видів та форм комунікацій;
- прогнозування позитивного та негативного впливу комунікацій в охороні здоров'я на різні цільові групи;
- стратегічне та поточне планування роботи;
- координація діяльності регіональних структур з комунікацій в охороні здоров'я;
- критичні питання та надзвичайні ситуації, які потребують надання інформації для населення в цілому або для окремих цільових груп.
- підготовка кадрів з комунікацій в охороні здоров'я;
- підготовка та видання методичних та інформаційних матеріалів;

- організація проведення соціологічних досліджень та аналіз їх результатів;

- організація та методично-інформаційне забезпечення цільових комунікативних кампаній;

- моніторинг ефективності комунікативної роботи.

Ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій в загальній стратегії публік рілейшнз ;

- методів індивідуального та масового інформування населення з питань реформування системи охорони здоров'я та інших актуальних питань сьогодення;

- своєчасності представлення необхідної інформації;

- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;

- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп та певну інформацію та форму її подачі.

Забезпечити ефективну комунікативну діяльність можливо при наявності повної інформації з предмету комунікації та з метою неоднозначної трактовки певних документів та інформації організацію пояснення чи консультування спеціалістів.

## **5.2. Методичні підходи до проведення комунікацій при реформуванні охорони здоров'я**

Нами запропоновано структуру підготовки та проведення комунікаційної кампанії в країні у зв'язку з реформою системи охорони здоров'я. Вона складається з наступних етапів.

Оцінка ситуації та визначення проблеми.

Визначення цілей.



Планування та програмування.

Пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм.

Вибір цільових груп для проведення комунікацій.

Відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу.

Планування бюджету.

Дії в межах програми комунікацій.

Оцінка результатів.

Зупинимося на змісті складових комунікаційної стратегії проведення реформи системи охорони здоров'я в країні.

**Оцінка ситуації та визначення проблеми.** Досвід проведення комунікаційних кампаній на рівні країн показує, що без чіткого визначення проблеми ніколи неможливо прийти до вірного рішення, при цьому важливо визначити рівень проблеми сьогоднішнього дня, оскільки для її вирішення необхідний стан проблеми теперішнього часу, а не її витоки.

На національному рівні в Україні глобальною проблемою, яка привела до необхідності реформування системи охорони здоров'я, є:

- концентрація уваги на вирішенні проблем галузі, а не на задоволенні потреб населення;

- неефективність структури системи, що призводить до деформованості структури медичної допомоги та неефективності використання ресурсів охорони здоров'я;

- недостатність обсягів фінансування галузі з суспільних джерел, що призводить до порушення принципів справедливості та солідарності.

На регіональному та місцевому рівні необхідно провести детальний аналіз, який включає стан здоров'я населення, стан ресурсного і технологічного забезпечення закладів охорони здоров'я, доступність (фізична, фінансова) та якість всіх видів медичної допомоги на рівнях її надання, задоволеність населення отриманою медичною допомогою, рівень

впливу системи охорони здоров'я на медико-демографічну ситуацію в регіоні.

Другою важливою складовою оцінки ситуації комунікативного аспекту питання є знання думки всіх прошарків населення, в тому числі медичних працівників та осіб, які ухвалюють рішення, на всіх рівнях управління, про їх ставлення до ситуації, що склалася в системі охорони здоров'я, задоволеності медичною допомогою і запропонованою Президентом стратегії її реформування. Для цього важливо провести незалежні репрезентативні соціологічні дослідження з залученням прогресивних громадських організацій та/або недержавних професійних інституцій.

Таким чином, отримані результати під час проведення оцінки ситуації на всіх рівнях управління та надання медичної допомоги і визначені проблеми стають підставою для виконання наступних етапів/складових комунікаційної стратегії проведення реформи системи охорони здоров'я в країні.

**Визначення цілей.** На даному етапі на всіх рівнях управління та планування визначаються цілі, які мають бути досягнені в ході проведення довгострокової комунікаційної кампанії: на центральному рівні (Кабінет Міністрів України і Міністерство охорони здоров'я країни), рівні регіонів (обласні/міські державні адміністрації), місцевому рівні (органи місцевого самоуправління та заклади охорони здоров'я).

Необхідно відзначити, що цілі на нижчих рівнях управління повинні відповідати цілям, які поставлені на центральному рівні влади, доповнювати та деталізувати їх з урахуванням специфіки регіону і місцевого рівня.

В нашому випадку метою системної, такою, що діє протягом всього періоду проведення реформи системи охорони здоров'я країни комунікаційної кампанії, є інформування широких прошарків населення, в першу чергу осіб, які ухвалюють рішення, і медичних працівників про цілі, задачі та механізми проведення реформи.

**Планування та програмування.** Оскільки програма, пов'язана з реформуванням державної системи охорони здоров'я, є комплексною, багаторівневою і спрямована на досягнення довготермінових цілей, можна говорити про неї як про державну стратегічну комунікацію в системі охорони здоров'я. Детальне планування – це завжди складний процес, на який завжди не вистачає часу. Але необхідно знати, що виграє той, хто вірно розробляє стратегію своїх дій, а не рухається за течією.

В ході проведення реформи спеціалісти з комунікацій повинні забезпечити наступне:

- створення основного джерела інформації про реформу системи охорони здоров'я, розрахованого на всі рівні управління: центральний, регіональний, місцевий та різні цільові групи аудиторій;
- донесення диференційованої інформації про реформу до цільових аудиторій;
- аналіз змін громадської думки та поведінки населення в цілому і основних діючих осіб на підтримку проведення реформи;
- передача отриманої інформації для внутрішнього використання;
- координація діяльності з впливу на населення, а також осіб, котрі ухвалюють рішення на всіх рівнях управління, з формування позитивного ставлення та підтримки реформи.

В цілому цей етап має відповісти на такі питання: ціль програми (чого прагнуть організатори кампанії); цільова аудиторія (кого необхідно охопити впливом); вимоги (чого слід досягти при спілкуванні з кожним типом аудиторії); форми впливу (засоби масової інформації, індивідуальні форми роботи); рівні впливу (центральний, регіональний, місцевий).

Таке планування необхідно для того, щоб за допомогою змін громадської думки досягнути змін у поведінці населення у бік підтримки проведення реформи системи охорони здоров'я и в країні.

**Вибір цільових груп для проведення комунікацій.** Цей етап є складним і важливим у побудові системи комунікацій на підтримку

проведення реформ, адже кожна цільова група потребує розробки специфічної для неї інформації, використання форм її подачі та підбору комунікаторів. Крім цього, кожна цільова група має свій рівень впливу на проведення реформи, виступаючи її прихильником або супротивником. Отже, загальною аудиторією комунікативного процесу є все населення країни. Цільові аудиторії на різних рівнях управління будуть різними, але в цілому їх можна розділити на такі групи: особи, які ухвалюють рішення; організатори охорони здоров'я; практичні медичні працівники; працівники засобів масової інформації; працівники системи освіти; активісти громадських організацій та неформальні лідери; керівники підприємств різних форм власності; профспілкові активісти і т.ін.

**Пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм.** Безумовно, прихильників проведення реформи системи охорони здоров'я в країні багато. В першу чергу це спеціалісти, що розробляли її стратегію, чиновники всіх рівнів і медичні працівники, яких не задовольняє стан системи, а також частина незадоволених пацієнтів та їх родини. Частина прихильників реформи відома. Але вони необхідні на всіх рівнях управління і всіх рівнях надання медичної допомоги. Саме вони мають стати провідниками реформи у суспільстві. Виявити прихильників реформи можна різними шляхами: при проведенні різних масових заходів (конференції, збори асоціацій, семінари, круглі столи, соціологічні опитування та інше). Прихильники реформи в першу чергу мають бути детально поінформовані про задачі та механізми проведення реформ. Для цього організуються відповідні навчально-комунікативні заняття у Міністерстві охорони здоров'я, регіональних управліннях охорони здоров'я, на кафедрах організації охорони здоров'я вищих медичних навчальних закладів. Такі заняття повинні бути спланованими та регулярними.

**Відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, технології впливу.** При виконання цього етапу необхідно вирішити питання

про канали, механізми і форми комунікації, які будуть використані у ході проведення кампанії, форматі інформаційного блоку. Зазначені засоби комунікацій розробляються для кожного рівня.

Наразі широко використовуються такі канали комунікацій як телебачення, радіо, Інтернет, відкриті телефонні лінії, акції масової культури, акції за участі відомих осіб та неформальних лідерів, інформація на різних носіях, індивідуальні та групові бесіди. Така форма комунікацій як лекція втрачає своє значення і є малоефективною.

Необхідно визначити не тільки канали і форми подачі інформації, а й комплексність їх використання та регулярність подачі інформації.

**Планування бюджету.** При плануванні необхідного фінансування для проведення комунікативної роботи з формування у населення позитивного ставлення до реформи охорони здоров'я потрібно враховувати всі необхідні витрати, пов'язані з матеріально-технічним забезпеченням, заробітною платою, використанням засобів масової інформації, проведенням різних форм комунікації на всіх рівнях. При плануванні бюджету, який мусить бути реальним, необхідно визначити джерела фінансування.

**Дії в межах програми комунікацій.** Головною умовою успішного проведення реформи системи охорони здоров'я в країні є координація дій всіх її учасників і комунікації, адже ефективність одного залежить від ефективності іншого. При цьому, згідно з правилами комунікативного впливу, необхідно забезпечити позиції комунікатора та аудиторії, а в нашому випадку це все населення країни, адже тільки в цьому випадку можна добитися максимального успіху.

Для цього американські PR-спеціалісти пропонують наступну техніку [ 254 ]:

1. Використовуйте засоби масової інформації, які найбільш приближені до позиції аудиторії.

2. Використовуйте комунікативне джерело, що користується найбільшою довірою аудиторії у даному питанні.

3. Уникайте підкреслення різниці між позицією комунікатора та аудиторії.

4. Находьте спільні з аудиторією місця у словах та подіях, які згадуєте.

5. Формулюйте позицію комунікатора як позицію більшості.

6. Користуйтеся посиланнями на ідентифікацію групи (соціальної, професійної, релігійної, вікової і т.ін.), якщо вони вам можуть допомогти.

7. Модифікуйте повідомлення з метою досягнення цілі комунікації.

Організатори комунікативної програми повинні знати стандартні вимоги, які використовуються в роботі з засобами масової інформації. До них належить те, що повідомлення повинні мати новинний характер, бути зрозумілими, прив'язаними до аудиторії, місця і часу.

Таким чином, цей розділ включає наступні елементи: стратегії дії, комунікативні стратегії, плани реалізації програми реформування системи охорони здоров'я країни.

**Оцінка результатів.** Для проведення оцінки результатів комунікаційної кампанії, яка відображає успішність проведення реформи системи охорони здоров'я країни, як в цілому так і по окремих її напрямках на центральному, регіональному і місцевому рівнях, необхідно на всіх рівнях управління створити групи/центри моніторингу і оцінки. Головними критеріями в їх діяльності мають стати розроблені індикатори оцінки, які відповідають поставленим для кожного рівня та регіону/місцевості задачам і мають конкретні терміни виконання та показники досягнення поставленої мети. Результати оцінки мають базуватися на достовірних даних, отриманих з достовірних джерел. У складі центрів/груп моніторингу і оцінки повинні працювати незаангажовані спеціалісти, які мають досвід роботи у моніторингу і оцінці та ознайомлені з досвідом роботи в даному напрямку в інших країнах.

Оцінка результатів, згідно з системним підходом, складається з двох напрямків:

- *плану оцінки*, до якого включаються критерії і терміни оцінки майбутніх дій;

- *зворотнього зв'язку та плану гнучкого перегляду* програм на всіх рівнях управління, в якому передбачаються варіанти змін у відповідності до результатів отриманої оцінки.

Це дуже важливий пункт програми, оскільки його виконання дасть можливість оперативно реагувати на проблеми, які можуть виникати в ході проведення реформи.

Таким чином, можна констатувати, що розроблено методичні підходи до проведення комунікацій в ході реформування системи охорони здоров'я. Структура підготовки та проведення комунікаційної кампанії в країні у зв'язку з реформою системи охорони здоров'я складається з наступних етапів: оцінка ситуації та визначення проблеми; визначення цілей; планування і програмування; пошук на всіх рівнях прихильників реформи та підготовка спеціалістів для проведення комунікаційних програм; вибір цільових груп для проведення комунікацій; відбір каналів і механізмів масової та індивідуальної комунікації, техніки впливу; планування бюджету; дії в межах програми комунікацій; оцінка результатів.

### **5.3. Методичні підходи до використання комунікативної моделі PR-технологій в ході проведення реформи системи охорони здоров'я**

Проводячи комунікативну кампанію на підтримку проведення реформи системи охорони здоров'я країни і використовуючи PR-технології (паблік рілейшенз) необхідно знати, що PR бачить свої цілі у такій послідовності впливу: спершу – внесення змін у комунікативні потоки, а від нього виникають зміни у громадській думці, які можуть привести до змін у поведінці. PR реально не має іншого інструментарію, як певні зміни комунікативних потоків.

Для того, щоб подібні зміни в комунікації досягли цілей, існує низка технологій, виконання яких є обов'язковим. Важливою серед них є розмова з аудиторією її мовою. Важливо користуватися максимально наближеними до аудиторії мовою, образами, цінностями. PR повинен з цієї причини бути орієнтованим не стільки на видачу абсолютно нової інформації про майбутню реформу, як на презентацію її через підключення наявних у людей даних про стереотипи і норми, які аудиторія заздалегідь вважає позитивними. Звідси слід говорити з аудиторією за допомогою повідомлень з прогнозованими реакціями на них з використанням професійної розмови. Професійна розмова не містить нічого зайвого, все подається системно і підкорено досягненню єдиної мети в конкретний час і на конкретній території.

Повідомлення оформлюється в одному з трьох можливих варіантів: вербальний, візуальний або подібний. Вербальна та подібна комунікація сприймається аудиторією більш безпосередньо і легше проходить фільтри людської свідомості, легше запам'ятовується. Необхідна для зміни поведінки аудиторії інформація не додається в прямому вигляді, оскільки будь-яке пряме спонукання викликає протидію. Тому до масової свідомості вводяться аксіоми, до яких населення звикло, але які з таким же успіхом можуть бути і не зовсім вірними.

Легше сприйняття візуальної або подібної форми комунікацій пов'язане з тим, що ці дві площини можуть у певному ступені вважатися "біологічними". Розуміння вербального повідомлення передбачає знання коду, тому розповсюдження його більш ускладнене.

Можна відзначити такі характеристики використання вербальної технології комунікації:

1. *Інтерпретація.* Комунікатор, виступаючи з інтерпретаціями складових реформи системи охорони здоров'я, показує своє ставлення до неї, роблячи свою позицію більш прозорою. Даючи першим інтерпретацію подій, можна завжди знаходитись у центрі уваги, оскільки всі, хто після



нього говорить або пише за цією ж темою змушені враховувати першу інтерпретацію, проведену офіційною особою. Перша інтерпретація також легше проникає до засобів масової інформації, оскільки в цей час відчувається дефіцит інформації на даній території.

2. *Кристалізація.* Вдала фраза комунікатора може кристалізувати громадську з питань проведення реформи системи охорони здоров'я, що призведе до її численного цитування через постійні посилання на неї.

3. *Позначення.* Використання того чи іншого слова у якості позначення явища водночас інші контексти. В цій площині реакція будується на слово, а не на об'єкт, який за ним стоїть.

4. *Перейменування.* Полягає в тому, що управління комунікативною дійсністю передбачає вживання інших слів для позначення тих же реалій в ході проведення реформи. Наприклад, “Туберкульозна лікарня” буде називатися “Спеціалізований центр протитуберкульозної медичної допомоги”.

5. *Деталізація.* Сильнішим виявляється вплив на аудиторію не тільки у випадку, коли інформація презентується мовою аудиторії, але й при використанні детальних посилань на зміни в системі надання медичної допомоги, особливо якщо вони стосуються безпосередньо аудиторії. Реакція масової свідомості на деталізацію процесу буде скорішою, якщо вона представлена емоційно.

6. *Сакралізація/десакралізація.* Характеризується вживанням тих чи інших слів або висловів, що примушують різко понизити або підвищити значення сутності реформи, оскільки вибір слова або вислову несе в собі заздалегідь закладені оцінки.

Вдалі варіанти використання PR-моделей містять ключові повідомлення, створені для певної аудиторії, не одною мовою комунікацій, а низкою мов, серед яких присутні вербальна, візуальна та подібна. Однак, комунікативний об'єкт має носити ще складніший характер, передбачаючи і різноманітну активність з боку аудиторії.

І так діє багато варіантів PR-акцій, де слід приділяти увагу не стільки чистій передачі інформації, як породженню зворотної реакції аудиторії. При цьому необхідно підкреслити ще один важливий аспект PR-технологій. В процесі комунікативного впливу на аудиторію має пройти перекодування з вербальної (візуальної, подібної) мови у мову поведінкову. Адже завданням комунікації є переміна поведінки людей в нашому випадку на прийняття реформи системи охорони здоров'я та її підтримку.

Таким чином, процес комунікативної роботи в цілому можна представити як породження конкретних повідомлень актуальних для конкретного часу та конкретної аудиторії відповідно до заздалегідь розробленої стратегії реформування охорони здоров'я.

#### **5.4. Обґрунтування та характеристика системи комунікацій в охороні здоров'я**

На першому етапі виконання даної роботи нами розроблено основні складові системи комунікацій в охороні здоров'я, які представлено на рис. 5.2.

Будь-яка система здатна ефективно працювати лише в тому випадку, коли всі її ланки узгоджені, є професійні виконавці, забезпечена цілісність, наступність етапів, послідовність, логічність. Тобто, система має бути технологічною. Комунікації в системі охорони здоров'я проводяться на різних рівнях управління: від центрального до місцевого та надання медичної допомоги: від первинної ланки до спеціалізованої допомоги. Пріоритетом при реформуванні системи охорони здоров'я є первинний рівень на засадах сімейної медицини. В такому разі основні функції щодо забезпечення комунікативних заходів медичного характеру мають покладатись на лікарів загальної практики - сімейних лікарів. Однак підготовки сімейних лікарів для комунікативної діяльності не проводиться, через її відсутність в переліку

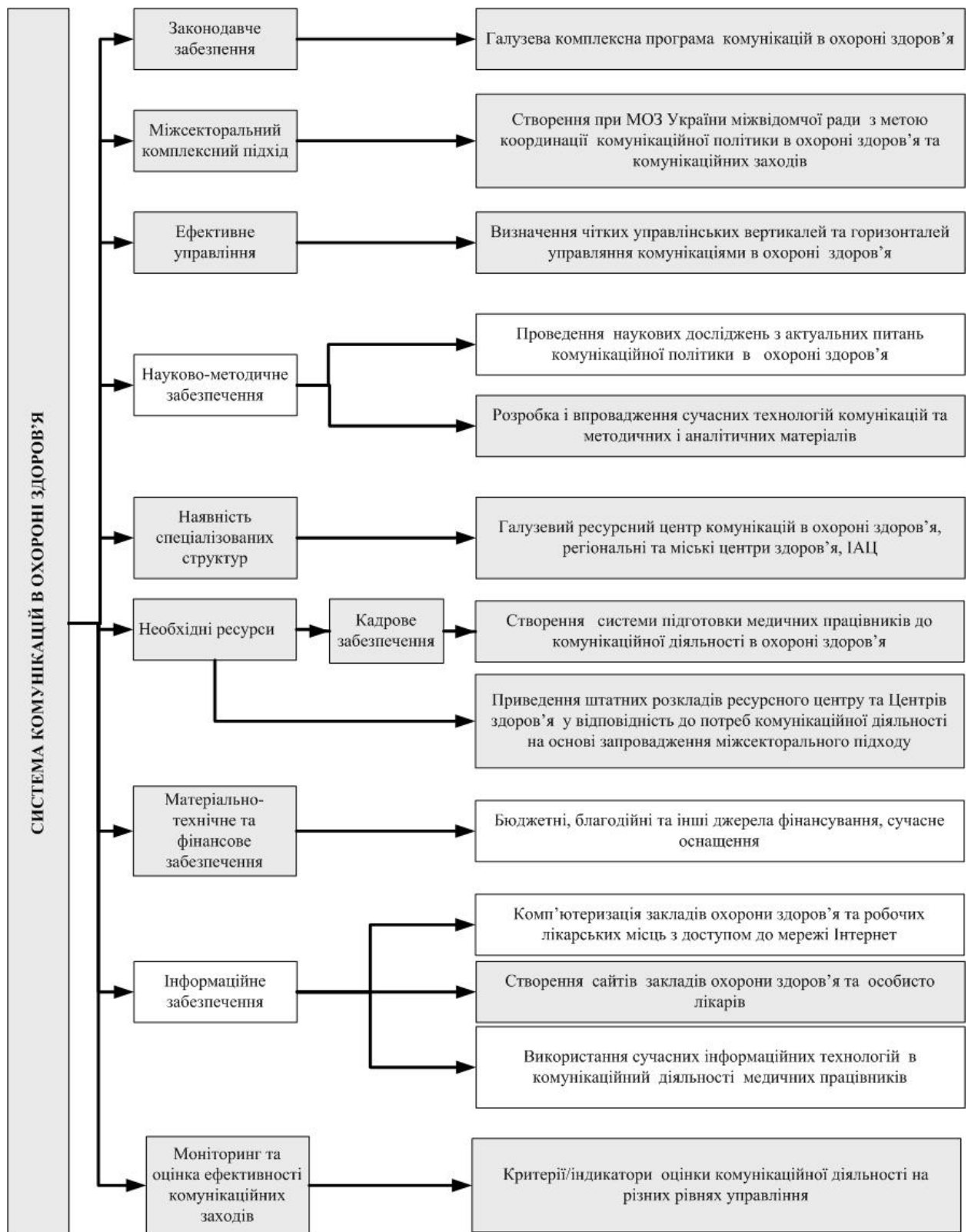


Рис. 5.2. Функціонально-організаційна система комунікацій в охороні здоров'я

навчальних дисциплін. Основи комунікативної діяльності студентам-медикам взагалі не викладаються. До того ж, у нормативних документах та інструкціях не визначені обов'язки медичних працівників щодо здійснення комунікативних, що унеможлиблює здійснення контролю за цим напрямком діяльності.

Необхідними умовами ефективного функціонування системи комунікацій є такі, що відповідають системі охорони здоров'я в цілому. До цих умов відносяться нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Таким чином, заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи.

Вважаємо за необхідне зупинитися на наступних складових системи.

*Законодавче забезпечення діяльності системи.* Головним законодавчим документом державного значення з організації діяльності системи комунікацій в охороні здоров'я є галузева комплексна програма комунікацій в охороні здоров'я. На виконання даної цільової програми розробляються та затверджуються Заходи та щорічні плани планової комунікації. Дані плани включають задачі, напрямки та рівні комунікацій, джерела та обсяги фінансування, критерії оцінки ефективності комунікативних заходів.

Враховуючи, що комунікаціями з охорони здоров'я охоплюється все населення країни з виділенням, в залежності від мети комунікації, цільових груп комунікативного впливу – систему можна вважати *міжсекторальною*. З метою ефективного забезпечення міжсекторальної взаємодії та координації комунікативної діяльності нами рекомендовано створення на всіх рівнях управління міжвідомчої ради з метою координації комунікативної політики в охороні здоров'я та комунікативних заходів.

Важливою складовою системи є науково-методичне забезпечення її діяльності. В цьому напрямку рекомендовано проведення наукових досліджень з актуальних питань комунікативної політики в охороні здоров'я та розробка і впровадження сучасних технологій комунікацій та методичних та аналітичних матеріалів.

Принципово новою є частина *ресурсного забезпечення*. Це стосується створення галузевого ресурсного центру з комунікацій в охороні здоров'я, створення системи підготовки медичних працівників до комунікативної діяльності в охороні здоров'я та Приведення штатних розкладів ресурсного центру та Центрів здоров'я у відповідність із потребами комунікативної діяльності на основі запровадження міжсекторального підходу.

Організація ефективної діяльності системи комунікацій не можлива без її *інформатизації*. Складовими інформатизації системи комунікацій є комп'ютеризація закладів охорони здоров'я та робочих лікарських місць з доступом до системи Інтернет і створення сайтів закладів охорони здоров'я та особисто лікарів та використання сучасних інформаційних технологій в комунікативній діяльності медичних працівників.

І на кінець, забезпечення *ефективного управління*, яке забезпечується через визначення чітких управлінських вертикалей та горизонталей управління комунікаціями в охороні здоров'я та дієвою системою моніторингу та оцінки ефективності комунікативних заходів *за критеріями/індикаторами оцінки* комунікативної діяльності на різних рівнях управління.

На розвиток запропонованої системи нами розроблено модель взаємовідносин суб'єктів та об'єктів комунікативного впливу системи комунікацій в охороні здоров'я, яка представлена на рис 5.3.

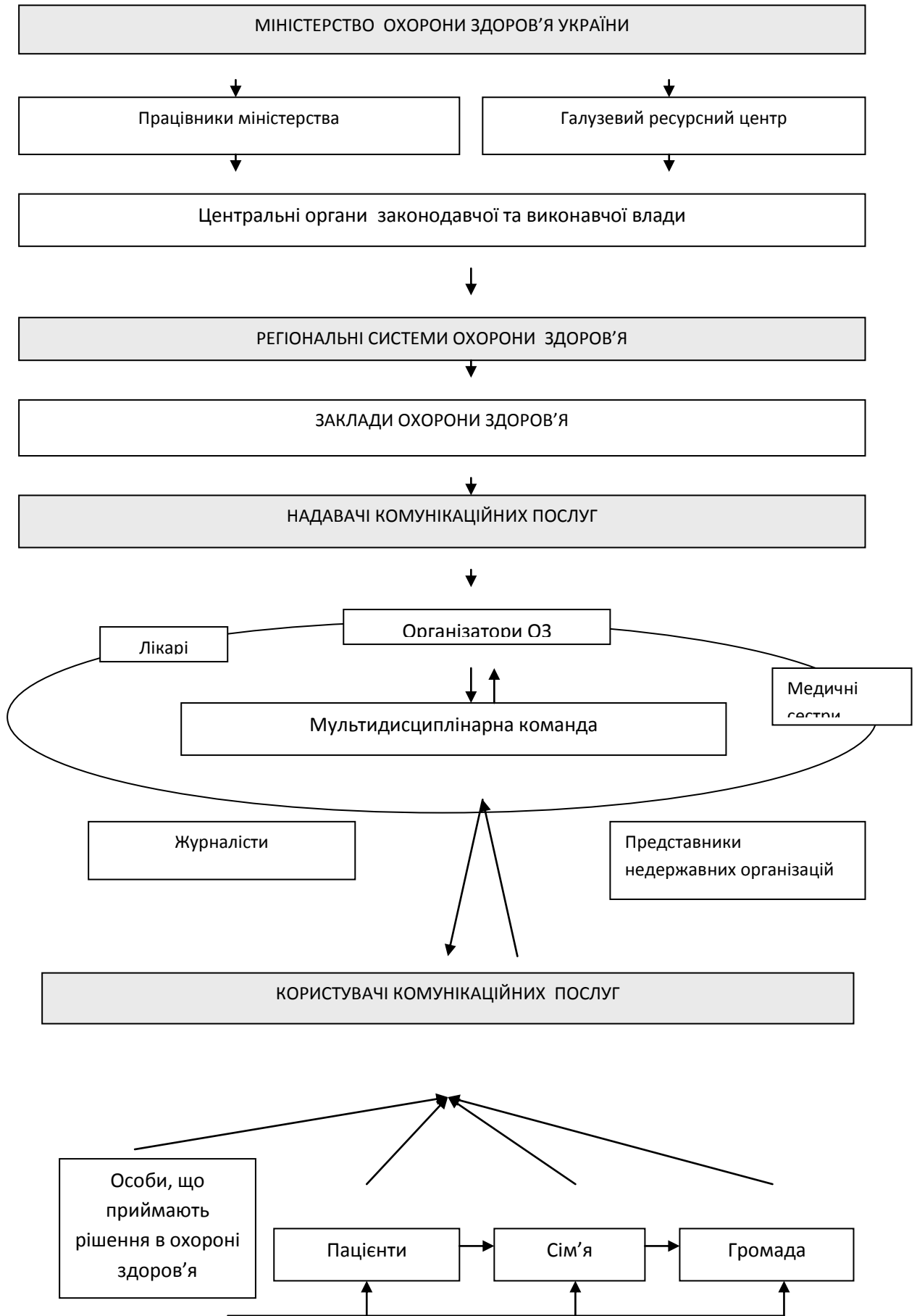


Рис. 5.3. Модель взаємовідносин суб'єктів та об'єктів комунікативного впливу системи комунікацій в охороні здоров'я

В якості об'єкту системи комунікацій в охороні здоров'я виступають відповідні організаційні структури. Перш за все це МОЗ України, регіональні управління та заклади охорони здоров'я, окремі медичні працівники, журналісти та представники недержавних організацій які працюють в сфері охорони здоров'я. Суб'єктом виступають користувачі системи.

Особливістю даної системи є те, що при певних функціях, рівні комунікацій та заходах комунікаційного впливу одні і ті ж особи можуть виступати як в якості об'єкту так і суб'єкту комунікаційного впливу. Такий підхід, на нашу думку, дозволить підвищити ефективність заходів комунікаційного впливу та досягти поставлених результатів.

Згідно запропонованої моделі взаємовідносини суб'єктів та об'єктів комунікативного впливу системи комунікацій в охороні здоров'я відпрацьовані як по горизонталі так і по вертикалі управління.

Ми впевнені, що забезпечити успіх в досягненні поставленої мети та забезпечити ефективність комунікаційних програм можливо за умови комплексного міжсекторального підходу. Однак впровадження такого підходу потребує, з одного боку, налагодження системи професійного навчання фахівців, достатньо компетентних та здатних працювати в команді (організаторів охорони здоров'я, лікарів, середніх медичних працівників, журналістів, юристів, представників недержавних організацій в сфері охорони здоров'я тощо), а з іншого - відповідного організаційного забезпечення комплексного комунікаційного процесу.

Розробка та впровадження сучасних підходів щодо створення системи комунікацій в охороні здоров'я, як було вказано вище, має враховувати забезпечення відповідними ресурсами, базуватись на сучасних технологіях комунікацій, гарантувати безперервність, своєчасність та адекватність подачі інформації. Основними характеристиками ефективності комунікацій є їхня

відповідність як реальним потребам так і очікуванням користувачів (особи, що приймають рішення в охороні здоров'я, пацієнти та їхніх сімей, громада, населення в цілому).

Досягнення ефективності функціонування системи комунікацій неможливе без її постійного вдосконалення, запорукою чого є сучасна система підготовки та підвищення кваліфікації відповідних кадрів (лікарів, психологів, педагогів, соціальних працівників тощо) (рис.5.4).

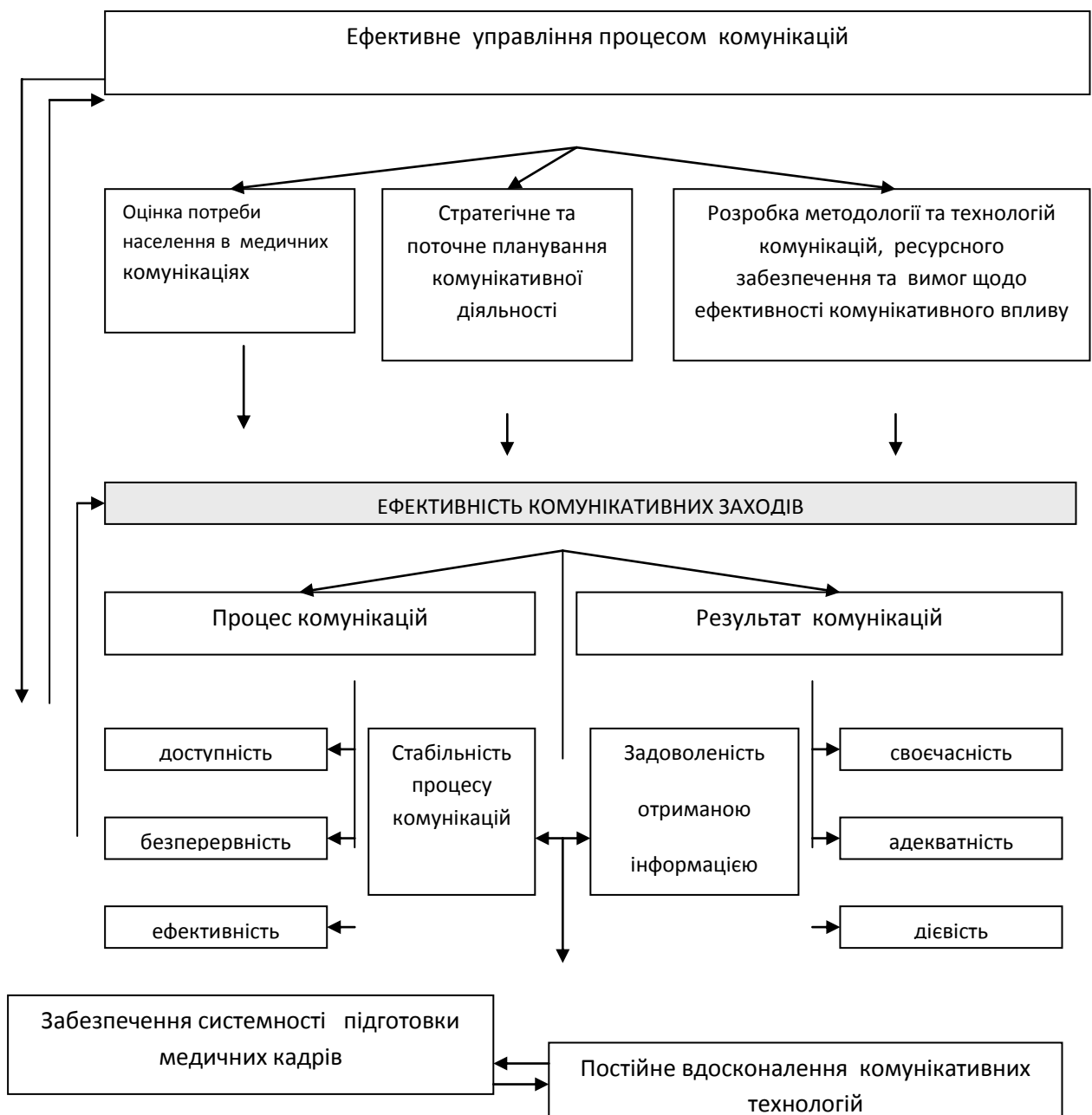




Рис. 5.4. Модель забезпечення ефективності комунікацій в охороні здоров'я

На рис. 5.4 схематично представлені заходи, необхідні для забезпечення ефективності комунікацій в охороні здоров'я на всіх її рівнях. Запорукою досягнення успішності комунікативних заходів є вдосконалення управлінської ланки, зокрема, визначення потреби населення в інформації, стратегічне та поточне планування комунікативної діяльності, розробка методології та технологій комунікацій, ресурсного забезпечення та вимог щодо ефективності комунікативного впливу, а також постійне удосконалення процесу та технологій комунікативної діяльності.

Таким чином необхідними умовами ефективного функціонування системи комунікацій є нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи. Досягнення успішності комунікативних заходів є вдосконалення управлінської ланки, зокрема, визначення потреби населення в інформації, стратегічне та поточне планування комунікативної діяльності, розробка методології та технологій комунікацій, ресурсного забезпечення та вимог щодо ефективності комунікативного впливу, а також постійне удосконалення процесу та технологій комунікативної діяльності.

## **5.5. Організація ресурсного центру з комунікацій в охороні здоров'я**

Проведений аналіз низького рівня знань населення з питань збереження та покращення свого здоров'я, своїх прав як пацієнтів закладів охорони здоров'я та загальних прав з охорони свого здоров'я; стратегічних питань

проведення реформи системи охорони здоров'я, метою якої є підвищення ефективності її діяльності та забезпечення населення якісною та доступною медичною допомогою в залежності від стану здоров'я з визначенням профілактики хвороб пріоритетним напрямком вітчизняної охорони здоров'я, говорить про відсутність комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я України.

В зв'язку з цим створення такої системи має стати одним із першочергових завдань. Отримуючи необхідну всебічну інформацію, населення, в своїй більшості, буде більш мотивованим до збереження свого здоров'я; вірно подана об'єктивна інформація дозволить зробити здоров'я персональним пріоритетом для більшості. Крім того, надана всебічна об'єктивна інформація про реформування охорони здоров'я дозволить зняти напругу серед різних верств населення та зробити їх своїми прихильниками. При цьому треба пам'ятати, що інформації не буває забагато і чим більше інформації отримано, тим більша потреба в нових знаннях.

Центральним елементом такої системи має стати *ресурсний центр* Міністерства охорони здоров'я із забезпечення комунікацій в охороні здоров'я. Він може існувати як самостійна юридична структура, так і складовою існуючих закладів, які переймаються даною проблемою: Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, Центр здоров'я, тощо.

*Стратегічним напрямком* діяльності ресурсного центру є наукове прогнозування потреб різних верств населення в комунікаціях з охорони здоров'я, прогнозування її позитивного і негативного впливу та забезпечення системи комунікацій в охороні здоров'я і безпосередньо всіх її учасників необхідною комплексною, достовірною та своєчасною інформацією.

*Тактичним напрямком* діяльності ресурсного центру є збір, накопичення інформації та планування заходів з комунікацій в охороні

здоров'я на різних рівнях управління з визначенням ефективності проведених заходів.

Нами запропоновані основні напрямки діяльності та завдання ресурсного центру (далі центру). Табл.5.1.

Таблиця 5.1

**Основні напрямки діяльності та завдання ресурсного центру з комунікацій в охороні здоров'я**

Напрямки діяльності	Основні завдання
Збір, аналіз, накопичення та розповсюдження максимально доступної міжнародної та вітчизняної інформації з визначених для ресурсного центру питань	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Законодавчого характеру;</li> <li>• Здорового способу життя;</li> <li>• Профілактики хронічних неінфекційних хвороб;</li> <li>• Профілактики інфекційних хвороб, в тому числі ВІЛ/СНІД та туберкульоз;</li> <li>• Стану медико-демографічної ситуації;</li> <li>• Стратегії реформування системи охорони здоров'я та наукового обґрунтування її проведення;</li> <li>• Позитивних прикладів, проблем і недоліків проведення реформи;</li> <li>• Досвіду організації охорони здоров'я в інших країнах;</li> <li>• Впливу медико-соціальних детермінант на стан здоров'я населення;</li> <li>• Критичних питань та надзвичайних ситуацій, які потребують надання інформації для населення в цілому або окремих цільових груп.</li> </ul>
Інформаційне забезпечення управління процесом комунікацій в охороні здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прогнозування довгострокової та короткотермінової потреби з визначенням видів та форм комунікацій;</li> <li>• Вивчення та визначення цілеспрямованості інформації для різних цільових груп;</li> <li>• Прогнозування позитивного та негативного впливу комунікацій в охороні здоров'я на різні цільові групи;</li> <li>• Стратегічне та поточне планування роботи;</li> <li>• Координація діяльності регіональних структур з комунікацій в охороні здоров'я;</li> <li>• Моніторинг ефективності комунікативної роботи.</li> </ul>
Організаційно-методична робота	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підготовка кадрів з комунікацій в охороні здоров'я;</li> <li>• Підготовка та видання методичних та інформаційних матеріалів;</li> <li>• Організація проведення соціологічних досліджень та аналіз їх результатів;</li> <li>• Проведення тренінгів для спеціалістів з комунікацій в охороні здоров'я регіонального рівня;</li> <li>• Організація та методично-інформаційне забезпечення цільових комунікативних кампаній;</li> </ul>

--	--

Ефективна діяльність центру може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій в загальній стратегії публік рілейшнз ;

- методів індивідуального та масового інформування населення з питань здорового способу життя, профілактики хронічних неінфекційних та інфекційних хвороб, реформування системи охорони здоров'я та інших актуальних питань сьогодення;

- своєчасності представлення необхідної інформації;

- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;

- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп та певну інформацію та форму її подачі.

Забезпечити ефективну діяльність ресурсного центру можливо при наявності повної інформації з предмету комунікації. Наводимо (рис.5.5) орієнтовний перелік електронних довідників з доступом до інформації всіх працівників центру та висвітленням на сайті центру інформації (документів), яка не потребує додаткового пояснення чи консультування спеціалістів. З метою неоднозначної трактовки певних документів та інформації на сайті центру разом із зазначеними матеріалами повинні подаватися коментарі провідних спеціалістів.

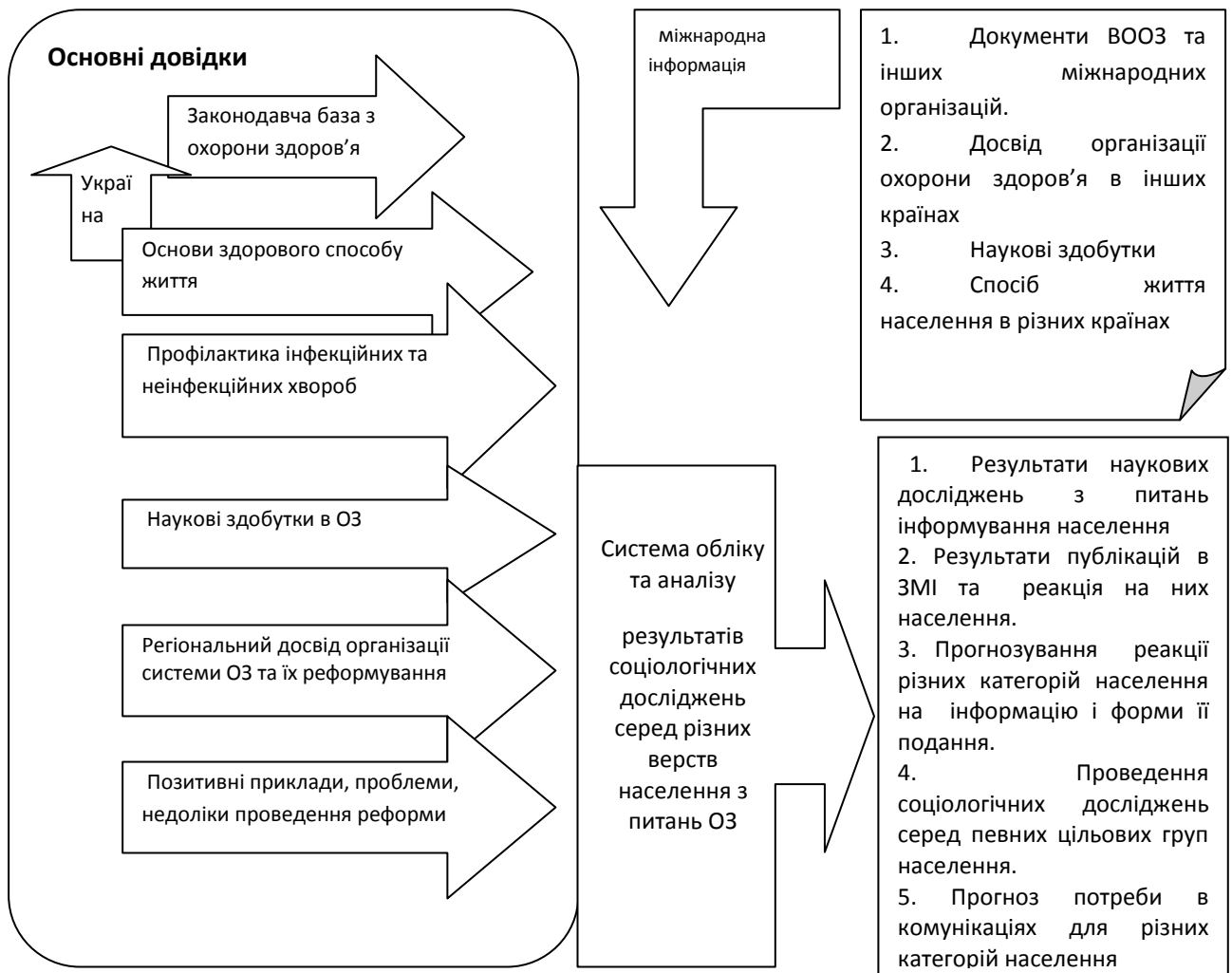


Рис. 5.5. Електронні довідники ресурсного центру з комунікацій в охороні здоров'я

Для отримання всебічної інформації, яка необхідна для організації комплексної та своєчасної подачі інформації на всі рівні комунікацій, розроблена система та визначені джерела отримання інформації.

В інформаційному забезпеченні система отримання інформації багаторівнева. Інформація має надходити від місцевого до центрального рівнів управління як в галузі, так і в державі в цілому. Схематично вона представлена на рис.5.6.



Рис. 5.6. Схема отримання інформації ресурсним центром з комунікацій в охороні здоров'я

Інформація до ресурсного центру надходить як в плановому порядку, так і поточно. В плановому порядку до ресурсного центру надходить статистична інформація з різних джерел державної та галузевої статистики, наукових установ, міжнародних організацій, тощо. Види та обсяги такої інформацію визначаються центром і замовляються з визначенням термінів її подачі. Поточна інформація надходить до центру по мірі її виникнення: прийняття законодавчих актів, публікації в засобах масової інформації, отримання результатів певних досліджень, проведення заходів, тощо.

Далі проводиться аналіз та оцінка отриманої інформації. Для проведення аналізу та оцінки в плановому чи терміновому порядку залучаються провідні спеціалісти, експерти галузі охорони здоров'я та державні і громадські діячі. Проводиться формулювання причинно-наслідкових зв'язків виникнення певної ситуації, економічне обґрунтування рішень і, в кінцевому результаті, встановлення цілей та завдань рішень, які

приймаються. Отримані в ході аналізу результати стають підґрунтям для вироблення рішень щодо подальшої планової та поточної, в тому числі акордної, комунікативної політики. Цей етап характеризується визначенням сил, засобів, ресурсів і структури системи комунікацій, встановлення цільових груп впливу, а також довготривалим і короткотерміновим плануванням виконання прийнятих рішень. Далі виконуються заплановані заходи та оцінюється їх ефективність.

В своїй професійній діяльності ресурсний центр з комунікацій в охороні здоров'я має наступні зв'язки:

- в межах галузі охорони здоров'я: починаючи з медичних працівників і пацієнтів, включаючи заклади охорони здоров'я, вищі навчальні медичні заклади, наукові установи, територіальні та регіональні заклади управління охорони здоров'я до міністерства охорони здоров'я;

- міжсекторальні зв'язки поза межами галузі охорони здоров'я: з центральними та регіональними органами законодавчої та виконавчої влади, недержаними організаціями, приватним сектором, відомими громадськими діячами, представниками релігійних конфесій, тощо;

- на міжнародному рівні – з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС, міжнародними організаціями та асоціаціями, які займаються в роботі за визначеним для центру напрямком;

- з окремими цільовими групами впливу: особами, що приймають рішення на різних рівнях управління, працівниками засобів масової інформації, неформальними лідерами серед населення і молоді безпосередньо. Вважається, що більш ефективно та економічно працювати не з усім населенням, а з “лідерами мнень”;

- за результатами проведених соціологічних досліджень формуються цільові групи для комунікацій з певних питань з охорони здоров'я.

Таким чином, запропонований ресурсний центр з комунікацій в охороні здоров'я має забезпечити наукове прогнозування в потребі різних верств населення в комунікаціях з охорони здоров'я, прогнозування її позитивного і

негативного впливу та забезпечення системи комунікацій в охороні здоров'я і безпосередньо всіх її учасників необхідною комплексною, достовірною та своєчасною інформацією. Для цього він проводить збір, накопичення та передачу інформації і планування заходів з комунікацій в охороні здоров'я на різних рівнях управління з визначенням ефективності проведених заходів.

### **5.6. Визначення цільових груп комунікативного впливу та їх пріоритизація в системі комунікацій при реформуванні системи охорони здоров'я країни**

В умовах, коли мова іде про проведення реформи однієї з найважливіших в соціальному плані як для країни, так і для всіх і кожного її жителя системи – системи охорони здоров'я, логічно громадськістю в широкому значенні слова є всі жителі, як громадяни так і особи без громадянства, що проживають на території країни. Таким чином, комунікаціями з питань підготовки до проведення реформи системи охорони здоров'я та в ході самої реформи мають бути охоплені всі верстви населення.

При проведенні комунікацій з такого важливого питання як реформа охорони здоров'я, її організаторам важливо знати три основні чинники ситуаційного характеру, які, завдяки комунікаціям, перетворюють людей на активну громадськість, від дій якої багато в чому залежить як зміст та темпи реформи, так і ефективність її проведення.

До таких чинників можна віднести наступні:

- *визнання проблеми* - чинник показує, в якій мірі люди відчують зміни, що будуть здійснені в системі охорони здоров'я на місцевому та регіональному рівнях і, тим самим, усвідомлюють потребу в інформації про зміст реформи та її вплив на доступність і якість медичної допомоги;
- *усвідомлення обмежень* – чинник, що засвідчує, якою мірою люди відчують себе обмеженими в забезпеченні конституційних прав на отримання доступної та безоплатної медичної допомоги, дії держави та



місцевих органів самоврядування з реформування системи медичної допомоги і шукають шляхів виходу з конкретної проблемної ситуації чи підтримують проведення реформи. В тому і другому випадку вони шукатимуть додаткову інформацію про сутність та деталі проведення реформи щоб скласти план дій;

- *рівень залученості* – чинник, що показує міру відчуття людьми своєї залученості до ситуації, що пов'язана з реформуванням системи охорони здоров'я країни та впливу її результатів на собі. Інакше кажучи, чим сильніше вони вважають, що реформа вплине на можливість ними отримувати медичну допомогу, тим більше вони спілкуватимуться та шукатимуть нової інформації з цього приводу і активно вдаватимуться до певних дій.

Велике значення для успішного проведення комунікаційних кампаній і досягнення поставленої мети має сегментація громадськості, тобто розподіл її на окремі групи впливу, з якими легше та ефективніше працювати, оскільки вони однорідні за своїм складом, в ході здійснення реформи системи охорони здоров'я мають свої специфічні важелі впливу на хід її проведення та різний рівень відношення до неї. Тому під час планування комунікаційних кампаній громадськість важливо сегментувати на окремі частини, потім визначити серед них найбільш важливі (пріоритетні, ключові за часом та інтенсивністю інформаційного впливу) групи, на які спрямовуються комунікаційні зусилля.

Ми адаптували наукові підходи PR з сегментації громадськості до умов комунікаційної кампанії з інформування населення стосовно проведення реформи системи охорони здоров'я [ 255,256 ]. Відповідно до цього нами виділено наступні групи громадськості:

1) Працівники засобів масової інформації, які розділені на загальнонаціональні, регіональні, місцеві, спеціальні та галузеві; за формою та методом подачі інформаційного матеріалу – на працівників преси, радіомовлення, телебачення. Окремо виділено Інтернет ресурс.

2) Органи влади, як групу людей, що приймають рішення. До них ми віднесли представників законодавчої та виконавчої влади центрального, регіонального та місцевого рівнів, та органів місцевого самоврядування.

3) Професійні групи громадськості, що представлені різними категоріями медичних працівників (лікарями, середніми та молодшими медичними працівниками, не медичними працівниками, які працюють в системі), які працюють в закладах охорони здоров'я різного рівня надання медичної допомоги та мають рівну спеціалізацію. Це ті групи громадськості, яких реформа системи охорони здоров'я торкається в першу чергу. В даній групі окремо виділено організаторів охорони здоров'я, оскільки досвід проведення реформ показує, що вони завжди мають найбільший вплив як на медичних працівників в цілому, так і на місцеву громаду та осіб, що приймають рішення, і їх позиція в бік підтримки реформи є надзвичайно важливою.

4) Місцева громада, зокрема її засоби інформації, лідери груп та керівники місцевих політичних, громадських, ділових, релігійних, культурних та інших організацій.

5) Пацієнти закладів охорони здоров'я, зокрема населення, яке хворіє на хронічні захворювання, декретовані групи населення, які регулярно проходять профілактичні медичні огляди, батьки дітей.

6) Громадськість груп особливого інтересу - представники професійних організацій медичних працівників, недержавні організації, що працюють в сфері надання медичних послуг, студенти вищих медичних навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, керівники профспілкових організацій, представники громадських організацій пацієнтів.

Сегментація громадськості та визначення цільових і пріоритетних груп має певні особливості, зумовлені конкретними цілями, завданнями, сферою та змістом їх впливу на підготовку програми та проведення реформи охорони здоров'я як на місцевому та регіональному рівнях, так і на рівні країни. Зокрема, можна назвати наступні найбільш пріоритетні групи

громадськості, які підлягають комунікативному впливу та формуванню місцевих груп підтримки та волонтерів в першу чергу:

- органи державної влади і місцевого самоврядування – представники виконавчих структур, профільні підрозділи державних адміністрацій різного рівня управління, що відповідають за організацію медичної допомоги населенню;
- депутатський корпус – народні депутати України та депутати місцевих рад;
- пацієнти закладів охорони здоров'я;
- медичні працівники і серед них, в першу чергу, організатори охорони здоров'я;
- працівники засобів масової інформації.

Організатори комунікативної роботи повинні знати, що навіть визначені конкретні пріоритетні групи, а, тим паче, окремі їх представники можуть по-різному ставитися до реформи системи охорони здоров'я як в цілому, так і до окремих її заходів як на центральному, так і регіональному та місцевому рівнях. В зв'язку з цим, в залежності від конкретних ситуацій, підходи до типологізації груп громадськості щодо їх розподілу на категорії здебільшого в соціальному плані можуть уточнюватися та поглиблюватися. Так, в плані вагомості конкретної групи громадськості для організації їх групування можна використати наступний підхід.

1. Головна, другорядна та маргінальна. Головна група громадськості – це та група, що здатна надати найбільшу допомогу або завдати найбільшу шкоду зусиллям з проведення реформи системи охорони здоров'я на різних рівнях управління. Другорядна – це та, що має певне значення і певний несуттєвий рівень впливу на проведення реформи, а маргінальна – та, що в даний проміжок часу найменше впливає на підготовку та проведення реформи.

2. Традиційна і майбутня. Традиційними групами громадськості у нашому випадку є медичні працівники та пацієнти, особи, що приймають

рішення з питань охорони здоров'я. Потенційними групами громадськості є всі інші групи, які можуть стати активними споживачами медичних послуг. Кожна з названих груп в комунікаційному плані є важливою.

3. Прихильники, опоненти та байдужі. Така типологізація груп громадськості є важливою з практичної точки зору. Організатори реформи на всіх рівнях управління мають налагоджувати зв'язки з тими, хто підтримує реформу і з тими, хто виступає проти неї.

При проведенні комунікаційних заходів з питань проведення реформи системи охорони здоров'я їх організатори спілкуються не з громадськістю взагалі, а з її окремими групами. Всі вказані вище групи мають особливі потреби, цінності та орієнтири, тому для кожної з них необхідно використовувати особливі типи комунікацій та підходи до них. Велике значення має вибір пріоритетних груп громадськості. Власне йдеться про ранжування вагомості тієї чи іншої групи громадськості для комунікативної роботи в певний проміжок часу. Тобто в цьому випадку використовується ситуаційний підхід. Залежно від цього з певних проблемних ситуацій і визначається пріоритетна група громадськості - та цільова група громадськості, що потрапляє на даному етапі у фокус PR-зусиль комунікативного впливу.

Пріоритизацію груп громадськості можна здійснювати різними методами. Одним із них є визначення, шляхом інтуїтивного припущення, важливості впливу аудиторії (громадськості) на ефективність проведення реформи охорони здоров'я на відповідному рівні управління в конкретний проміжок часу. Найбільш надійним шляхом визначення пріоритетних груп громадськості є наукове дослідження, а не припущення та покладання на власну інтуїцію.

Крім того, в ході проведення комплексної комунікативної роботи, слід постійно та уважно уточнювати списки внутрішніх та зовнішніх груп громадськості, які не є пріоритетними, але які можуть вплинути на хід проведення реформи і надання їм повної та точної інформації може вчасно

попередити небажані наслідки негативних дій таких периферійних груп громадськості.

### **5.7. Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій в охороні здоров'я**

Питання результативності та звітності завжди залишаються в центрі уваги спеціалістів з паблік рілейшнз (PR) [257]. Вони розуміють, що проведення комунікативних програм має справити помітний та очевидний позитивний вплив на ситуацію, тобто змінити її у визначеному напрямку. З цією метою після виконання всіх запланованих заходів комунікативних програм, використовуються різноманітні методи та засоби дослідницької роботи, щоб оцінити та документально підтвердити досягнуті результати.

Дослідники, які будуть проводити оцінку ефективності комунікацій з громадськістю в охороні здоров'я в цілому, у тому числі з питань формування позитивного ставлення населення до реформування системи охорони здоров'я, мають *знати ключові принципи та методи оцінювання*.

На початку необхідно визначити мету дослідження та бажаний результат, щоб встановити критерій або еталон для вимірювання результатів. При цьому слід розрізняти дослідження *результатів процесу* у сфері комунікацій, які є кількісними та поверхневими (наприклад, кількість публікацій, круглих столів, прес-конференцій та контент-аналіз їх змісту), та дослідження *результатів їх впливу* (наприклад, якою мірою змінилося ставлення до реформи охорони здоров'я в осіб, які приймають рішення, на рівні конкретної адміністративної території чи в медичних працівників конкретного закладу охорони здоров'я).

Дослідження повідомлень у ЗМІ, незважаючи на їх велике значення, доцільно розглядати лише як перший крок в оцінці комунікативних заходів. Воно може відображати тільки фактичне висвітлення в пресі певних матеріалів. Однак не можливо отримати інформацію, чи

познайомилася з нею цільова аудиторія і як вона на неї прореагувала.

При оцінці ефективності комунікативних компаній доцільно використовувати різні методи дослідження в комбінаціях та в певній послідовності. Наприклад, контент-аналіз повідомлень ЗМІ, просторовий аналіз (аналіз поширення повідомлень), дослідження успішності комунікаційного заходу (наприклад, круглого столу), опитування громадської думки та соціологічні дослідження, фокус-групи тощо.

При дослідженні необхідно ідентифікувати цільові групи впливу та канали комунікативного впливу. При цьому не можна оцінювати заходи комунікативного впливу відокремлено. Надто важливо проводити оцінку комплексно, пов'язуючи комунікативну діяльність із реальними діями з реформування охорони здоров'я: що заплановано і що зроблено, виходячи зі стратегічних завдань реформи, та позитивними, негативними впливами здійсненого на доступність і якість медичної допомоги.

Щоб надійно провести оцінку комунікативних програм слід визначити конкретні цілі дослідження та узгодити критерії, за якими буде проводитися оцінка: цілі мають формулюватися таким чином, щоб вони передбачали реалістичні, вимірювані й відповідні до стратегії реформування охорони здоров'я результати. Слід пам'ятати, що проведення оцінки результативності комунікативних програм (формування позитивного відношення населення до реформи) необхідно передбачати вже на етапах планування і проводити її на різних етапах реформування, а відповідно комунікативної діяльності, що дасть змогу коригувати методи впливу, канали й частоту подачі інформації та вибору цільових груп.

У загальному виді принциповими питаннями, які підлягають оцінці при дослідженні ефективності комунікативних програм, є:

- чи зрозуміли та сприйняли позитивно представники цільових груп впливу представлену інформацію?;
- чи вдалося охопити комунікативним впливом усі цільові групи?;
- чи вдалося досягти поставленої мети?;

- як непередбачувані обставини вплинули на проведення комунікативних заходів і виконання програм?;

- чи вдалося провести заплановані заходи в рамках виділених коштів?;

- як можна було зробити стратегію комунікативної діяльності більш ефективною?;

- що можна зробити для більш ефективного здійснення комунікативної діяльності в наступному?

Розглянемо етапи та рівні оцінки комунікативних програм.

Існує три загальні етапи й рівні дослідження, а також оцінки комунікативних програм із використанням різноманітних методів. Це:

1. Збирання даних про масштабність поширення інформації з використанням різноманітних каналів комунікації.

2. Дослідження рівня усвідомлення і розуміння цільовою аудиторією інформації та утримання її в пам'яті.

3. Дослідження змін ставлення цільової аудиторії до певної ситуації.

У нашому випадку до реформи охорони здоров'я (рис. 5.7).

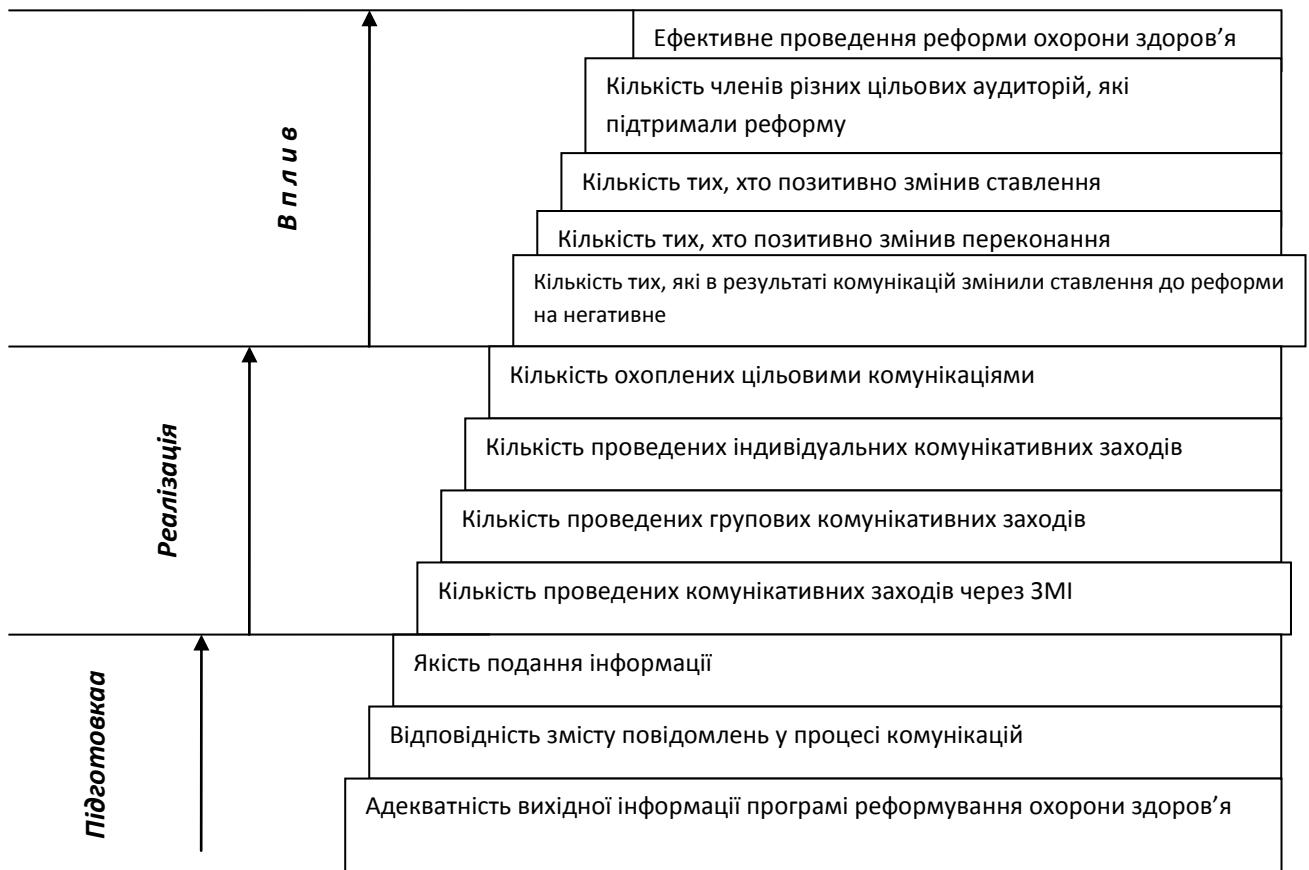


Рис. 5.7. Етапи та рівні дослідження, оцінка комунікативних програм

Наведена послідовність етапів і рівнів дослідження ефективності комунікативних програм представляє стандартні елементи оцінки.

Досягнення певних змін у поведінці цільової аудиторії громадськості є головною метою комунікативних програм. Результатом комунікативних програм є не кількість проведених заходів, а вплив, який вони спричинили на лінію поведінки громадськості в цілому і окремих груп населення (рис. 5.8). Отже, успіх комунікацій визначається підтримкою населення в цілому, медичними працівниками і особами, які приймають рішення на всіх рівнях управління реформи охорони здоров'я.



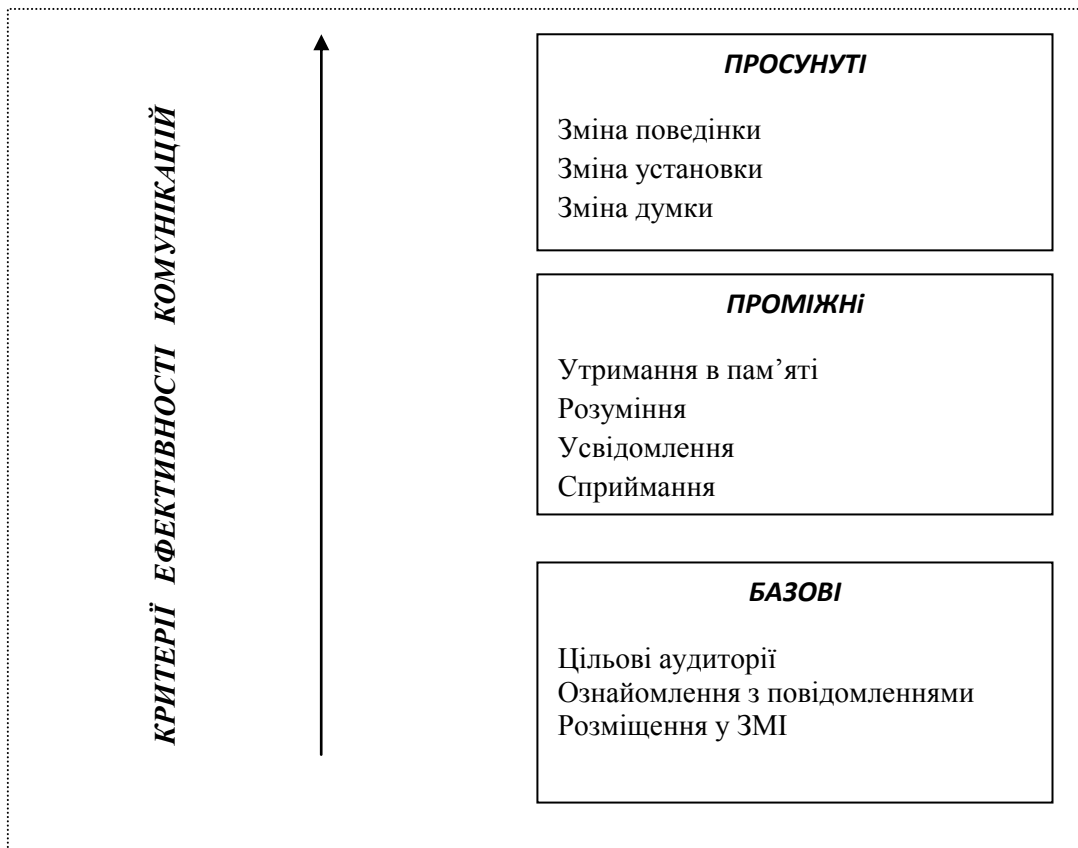


Рис. 5.8. Критерії оцінювання комунікативних програм

Далі ми зупинимося на загальних підходах до інтерпретації результатів оцінювання.

Підтвердження ефективності комунікативних програм – це складна річ, тому даний процес має бути безперервним і відповідальним елементом програм комунікацій із населенням та його цільовими групами впливу. Формалізовані дослідження напередодні розгортання комунікативних програм та під час їх проведення надають необхідну інформацію для порівняння остаточних результатів із ситуацією, що існувала до початку програми і є основою для проведення корекції під час її здійснення.

Для підсумкової інтерпретації результатів і оцінювання результатів комунікативних програм необхідні спеціалісти, які володіють загальнотеоретичними, соціологічними, соціально-психологічними, політологічними та іншими знаннями про соціальні явища й процеси.

## 5.8. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони

## здоров'я

Відповідно до поставленої мети нами розроблено модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я (рис.5.9). Вона складається з суб'єкту, об'єкту управління та блоку наукового регулювання.

Суб'єктом управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я є головний лікар закладу, який проводить роботу в даному напрямку через заступників головного лікаря за напрямками діяльності. Відповідно до запропонованої моделі головним структурним підрозділом, який організовує комунікативну діяльність в закладі охорони здоров'я, є інформаційно-аналітичний відділ, який є носієм основної аналітичної інформації та планує і веде облік комунікативної діяльності на рівні закладу охорони здоров'я. На рівні структурних підрозділів закладу охорони здоров'я відповідальним, а відповідно і організатором даного виду діяльності, є завідувач структурним підрозділом. Він залучає до проведення постійних комунікацій з пацієнтами, їх родичами та, відповідно до плану закладу охорони здоров'я, з населенням в цілому та різними цільовими групами комунікативного впливу всіх медичних працівників структурних підрозділів. Медичні працівники залучаються до проведення планових заходів комунікативного впливу в залежності від форми проведення заходу, кількості його учасників та поставленої задачі.

До суб'єкту управління нами також включено керівників (представників) засобів масової інформації (ЗМІ) та недержавних організацій, які працюють в напрямку охорони здоров'я населення. Їх участь в якості суб'єкту управління є надзвичайно важливою і має на меті доведення до населення в цілому та окремих цільових груп комунікативного впливу неупередженої, об'єктивної інформації з питань діяльності системи охорони здоров'я, закладу та окремих медичних працівників, а також з питань збереження та зміцнення здоров'я. Результатом діяльності суб'єкту управління є прийняті управлінські рішення з комунікативної діяльності на рівні закладу охорони здоров'я.

Об'єктом управління є процес комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я з населенням в цілому та окремими цільовими групами комунікативного впливу. В модель включені наступні цільові групи: пацієнти та їх родичі, сім'ї; особи, що приймають рішення, які стосуються як системи охорони здоров'я, так і системи громадського здоров'я; керівники підприємств та організацій різних форм власності, що знаходяться на території діяльності закладу охорони здоров'я. Оцінкою результативності процесу комунікацій є прийняті відповідні рішення з питань оптимізації діяльності закладу охорони здоров'я та зміна поведінки населення з небезпечної для здоров'я на користь здоров'я формуючої та здоров'я зберігаючої. Дане визначається шляхом проведення соціологічних досліджень та покращення показників здоров'я населення.

Блок наукового регулювання забезпечує суб'єкт та об'єкт управління необхідною інформацією з питань комунікацій. Використання блоку наукового регулювання забезпечує навчання медичних працівників практичним питанням використання сучасних форм та методів комунікативного впливу.

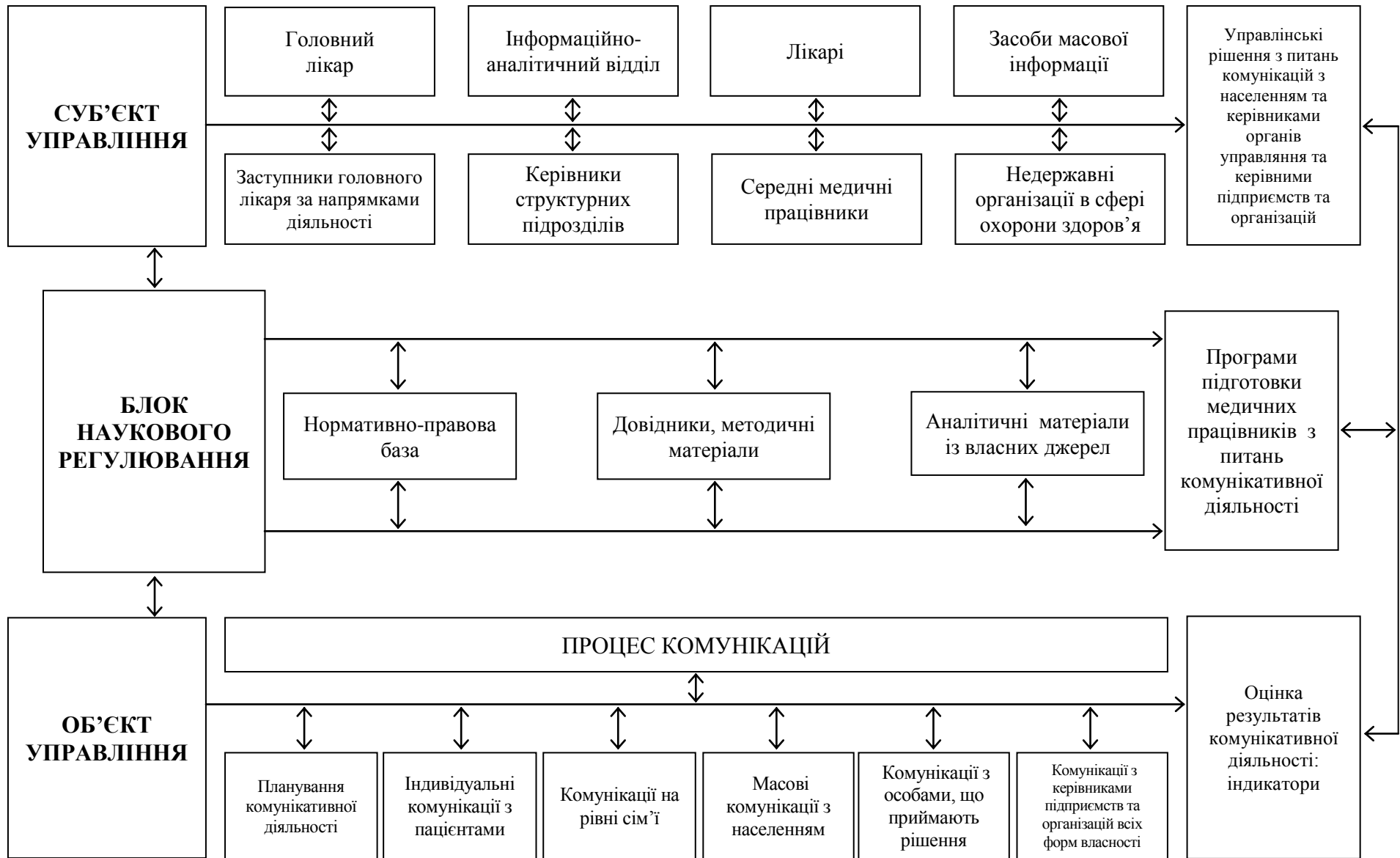


Рис.5.9. Модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я

Представлено модель управління комунікаціями на рівні закладу охорони здоров'я, яка включає суб'єкт, об'єкт управління та блок наукового регулювання. Всі складові моделі функціонально та організаційно між собою взаємопов'язані. Комплексне використання взаємопов'язаних складових запропонованої моделі на рівні закладу охорони здоров'я дозволить ефективно організувати його комунікативну діяльність.

### **5.9. Формування компетентності медичних працівників з комунікативної діяльності в процесі післядипломної освіти**

В рамках післядипломної освіти в закладах післядипломної освіти лікарі здійснюють підвищення кваліфікації на курсах спеціалізації, курсах передатестаційної підготовки та тематичного удосконалення. В рамках безперервної післядипломної освіти курсам передатестаційної підготовки лікарів мають передувати курси тематичного удосконалення. Згідно чинної нормативної бази середні медичні працівники не рідше одного разу на п'ять років теж мають здійснювати навчання в закладах післядипломної освіти.

Нами запропоновано впровадити курси тематичного удосконалення для медичних сестер (фельдшерів) та лікарів всіх спеціальностей з комунікацій в охороні здоров'я. В першу чергу курси з питань комунікативної діяльності необхідно запровадити для організаторів охорони здоров'я, лікарів загальної практики-сімейних лікарів та лікарів центрів здоров'я.

*Компетенції з комунікацій середніх медичних працівників.*

Знання задач та функцій комунікацій, форм і методів комунікативного впливу, особливостей комунікацій в залежності від цільової групи комунікативного впливу, достатній рівень знань з предмету комунікації, правил деонтології, правил збереження конфіденційності інформації.

*Необхідні компетенції:* навчання населення здоровому способу життя; догляду за новонародженими, догляду за інвалідами, тяжкохворими та хворими на гострі захворювання; тактиці дій при появі загрозливих для

життя станів з поясненням місця звернення; навчання основам домашньої санітарії та правилам гігієни;

*Способи досягнення компетенції:* — проходження курсів тематичного удосконалення для медичних сестер (фельдшерів) з комунікацій в охороні здоров'я та практична діяльність на займаній посаді.

*Компетенції з комунікацій лікарів загальної практики-сімейних лікарів та лікарів, що надають амбулаторну медичну допомогу.*

Знання задач та функцій комунікацій, форм і методів комунікативного впливу, особливостей комунікацій в залежності від цільової групи комунікативного впливу, достатній рівень знань з предмету комунікації, правил деонтології, правил збереження конфіденційності інформації.

*Необхідні компетенції:* здатність сформулювати у населення відповідальне ставлення до свого здоров'я та вести здоровий спосіб життя; прихильність до профілактики захворювань і своєчасного звернення за медичною допомогою.

*Бажані компетенції:* вміння ефективного спілкування з представниками засобів масової комунікації, представниками окремих цільових груп комунікативного впливу: журналісти, керівники недержавних організацій, правозахисники тощо.

*Способи досягнення компетенції:* — проходження курсів тематичного удосконалення для лікарів загальної практики-сімейних лікарів та лікарів, що надають амбулаторну медичну допомогу з комунікацій в охороні здоров'я та практична діяльність на займаній посаді. Вивчення наукової літератури за вказаної проблеми. Вивчення літератури з питань психології міжособистісних відносин.

*Компетенції з комунікацій лікарів, що надають стаціонарну медичну допомогу.*

Знання задач та функцій комунікацій, форм і методів комунікативного впливу, особливостей комунікацій в залежності від цільової групи комунікативного впливу, достатній рівень знань з предмету комунікації, правил деонтології, правил збереження конфіденційності інформації.

*Необхідні компетенції:* здатність сформувати у пацієнтів необхідність виконувати призначення лікарів, відповідальне ставлення до свого здоров'я; прихильність до активного диспансерного нагляду після виписки із стаціонару, усунення чинників негативного впливу на здоров'я і своєчасного звернення за медичною допомогою.

Відпрацювати навички інформування пацієнтів про сутність медичного втручання та отримання інформованої згоди на проведення медичних втручань, які визначені галузевими нормативами і відпрацювати навички комунікацій з родичами пацієнтів, навички збереження конфіденційності інформації про пацієнтів.

*Бажані компетенції:* вміння спілкування з представниками засобів масової комунікації, представниками окремих цільових груп комунікативного впливу: журналісти, керівники недержавних організацій, правозахисники тощо.

*Способи досягнення компетенції:* — проходження курсів тематичного удосконалення для лікарів, які надають стаціонарну медичну допомогу з комунікацій в охороні здоров'я та практична діяльність на займаній посаді. Вивчення наукової літератури за вказаної проблеми. Вивчення літератури з питань психології міжособистісних відносин.

*Компетенції з комунікацій організаторів охорони здоров'я.*

Знання методів адвокації з прийняття рішень влади по забезпеченню закладу охорони здоров'я необхідними ресурсами з метою ефективної та якісної медичної допомоги населенню та задоволення потреб медичних працівників; методів та принципів комунікацій з медичним персоналом, пацієнтами та їх родичами з рішення існуючих проблем; психології з керівниками підприємств, уставав та організацій різних форм власності з питань збереження здоров'я та медичного забезпечення працюючого населення; керівниками підприємств, організацій та фірм, що забезпечують діяльність лікарні з питань укладання вигідних угод та їх виконання; методології представлення закладу охорони здоров'я в органах місцевого



самоврядування, судових та арбітражних органах; особливостей комунікацій з представниками засобів масової інформації; технології формування цільових груп комунікативного впливу; особливостей індивідуальної, групової та масової комунікації; правил деонтології, правил збереження конфіденційності інформації.

*Необхідні компетенції:* здатність ведення переговорів з використанням правил ділового етикету; ефективна адвокація управлінських рішень на рівні органів влади з питань ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я; уміння: представлення закладу охорони здоров'я в органах місцевого самоврядування, судових та арбітражних органах, приватних структурах; ефективного управління кадрами та співпраці з опікунською радою; з вирішення конфліктних ситуацій, питань трудової дисципліни та забезпечення формування і розвитку корпоративної культури медичного закладу.

*Бажані компетенції:* проводити перемовини з питань забезпечення конкурентоздатності закладу охорони здоров'я, розвитку державно-приватного партнерства, стратегічного розвитку закладу охорони здоров'я.

*Способи досягнення компетенції:* — проходження курсів тематичного удосконалення для організаторів охорони здоров'я з комунікацій в охороні здоров'я та практична діяльність на займаній посаді. Вивчення керівництв, монографій та періодичної літератури з питань комунікацій, управління колективом та психології міжособистісних відносин.

Таким чином вперше в Україні розроблені компетенції з комунікацій середніх медичних працівників, сімейних лікарів та лікарів, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну медичну допомогу і організаторів охорони здоров'я. Визначено способи досягнення вказаних компетенцій.

## **Висновки**

Розроблено та рекомендовано вперше в Україні комплексну систему комунікацій в охороні здоров'я.

Основними інноваціями є:

- Створення галузевого ресурсного центру комунікацій, який забезпечує науково-методичний та навчально-організаційний супровід комунікацій в охороні здоров'я;

- Запровадження компетенцій медичних працівників з питань комунікативної діяльності, які залежать від рівня надання медичної допомоги та займаної посади;

- Створення системи підготовки медичних працівників з питань комунікативної діяльності, які базуються на компетентнісному підході;

- Запровадження сучасної системи управління комунікаціями на всіх рівнях управління в системі охорони здоров'я з розробкою моделей взаємовідносин суб'єктів та об'єктів комунікативного впливу системи комунікацій в охороні здоров'я та управління комунікаціями на рівні ЗОЗ;

- Запропоновано сегментацію населення на цільові групи комунікативного впливу в залежності від мети та рівня комунікативного впливу з визначенням особливостей коли одні і ті ж учасники процесу комунікацій можуть виступати як об'єктом так і суб'єктом комунікативного впливу;

- Розроблено методику оцінки ефективності комунікативних програм та заходів в охороні здоров'я.

Основу комунікативної діяльності в охороні здоров'я складає міжсекторальний підхід, а правова основа забезпечується цільовою довгостроковою програмою комунікацій та стратегічним плануванням комунікацій на всіх рівнях управління.

## УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

В монографії представлено обґрунтовану комплексну систему комунікацій в охороні здоров'я скеровану на формування у населення відповідального ставлення до свого здоров'я та прихильності до проведення реформи охорони здоров'я складовими якої є нормативно-правове забезпечення, наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності при розробці стратегії комунікативної політики та сегментації і пріоритизації цільових груп комунікативного впливу з визначенням компетенцій медичних працівників та способів їх досягнення в системі післядипломної освіти.

За допомогою соціологічного дослідження встановлено низький рівень відповідального ставлення населення до особистого здоров'я:  $13,0 \pm 1,7\%$  сільських жителів та  $15,25 \pm 1,8\%$  міських жителів веде спосіб життя, який сприяє збереженню здоров'я; для  $6,25 \pm 1,2\%$  та  $14,75 \pm 1,8\%$  відповідно особисте здоров'я є головним пріоритетом;  $48,5 \pm 2,5\%$  та  $40,75 \pm 2,5\%$  палить;  $37,0 \pm 2,4\%$  та  $28,5 \pm$  % зловживає алкоголем,  $14,75 \pm 1,7\%$  та  $34,0 \pm 2,4\%$  регулярно відвідує лікаря з профілактичною метою;  $22,25 \pm 2,1\%$  та  $54,25 \pm 2,5\%$  хворих на ХНЗ виконує рекомендації лікаря відносно лікування.

Встановлено низький рівень комп'ютеризації ( $9,8\%$  первинний,  $17,2\%$  вторинний,  $30,2\%$  третинний рівень), доступу комп'ютеризованих до системи інтернет ( $17,6\%$  первинний,  $89,4\%$  вторинний,  $95,5\%$  третинний рівень) ЗОЗ при відсутності програмного забезпечення організаційного, інформаційного і навчального характеру та низького рівня використання сайтів ЗОЗ та управлінь охорони здоров'я для пропаганди серед населення реформи охорони здоров'я, ЗОЖ, своєчасного звернення за медичною допомогою. Показано, що існуючий рівень інформатизації закладів охорони здоров'я не дозволяє впровадити ефективну систему комунікацій в охороні здоров'я.

За результатами дослідження розроблено інформаційну електронну систему системи комунікацій в охороні здоров'я яка дозволяє в автоматизованому режимі проводити збір, облік, аналіз та забезпечення учасників процесу комунікацій за рівнями комунікативного впливу комплексною, своєчасною та повною інформацією з питань медико-демографічної ситуації та організації надання медичної допомоги населенню і актуальних питань її реформування. Інформаційна система складається із локальних мереж та головного терміналу до якого подається інформація для узагальнення, аналізу та представлення користувачам. Головний термінал знаходиться в ресурсному центрі. Система є відкрито. В ній не використовується конфіденційна інформація.

В ході соціологічного дослідження встановлено недостатній рівень готовності ЛЗП-СЛ до проведення профілактичної діяльності та формування у населення прихильності до здорового способу життя:  $29,9 \pm 2,3\%$  мають достатній рівень теоретичних знань з профілактики найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань, у  $39,0 \pm 2,4\%$  наявні теоретичні знання з основ ЗСЖ для різних вікових груп населення, а  $2,9 \pm 0,8\%$  мають практичні навички та методики з розробки на рівні сім'ї програм усунення факторів ризику розвитку найбільш поширених неінфекційних захворювань та розладів психіки та поведінки та їх профілактики, а  $4,0 \pm 1,0\%$  - навички визначення цільових груп комунікативного впливу при цьому у  $45,4 \pm 2,5\%$  наявні навички індивідуальних комунікацій з різними цільовими групами впливу,  $22,4 \pm 2,1\%$  - комунікацій на груповому рівні,  $27,0 \pm 2,2\%$  - масової комунікації,  $1,1 \pm 0,5\%$  - знайомі з методиками паблікрелейшен.

Найбільш часто ЛЗП-СЛ використовують наступні форми роботи з формування у населення прихильності до здорового способу життя та профілактичної діяльності:  $98,8 \pm 0,6\%$  - індивідуальні бесіди з диспансерною групою хворих;  $85,6 \pm 1,8\%$  - випуски санітарних бюлетенів;  $37,9 \pm 2,4\%$  - індивідуальні бесіди з усіма хто проводить профілактичні огляди;  $28,2 \pm 2,2\%$  - бесіди групові з батьками;  $23,6 \pm 2,1\%$  - заняття з різними цільовими групами

населення;  $19,5 \pm 2,0\%$  - школи здоров'я. Рідко ЛЗП-СЛ використовують такі форми профілактичної діяльності як створення веб-сайту здоров'я ( $1,1 \pm 0,5\%$ ); бесіди групові з особами, що приймають рішення ( $2,9 \pm 0,9\%$ ); виступи по телебаченню ( $4,0 \pm 1,0\%$ ); бесіди групові з цільовими групами диспансерних хворих ( $4,6 \pm 1,0\%$ ); індивідуальні бесіди з усіма хто звернувся ( $6,3 \pm 1,2\%$ ). При цьому при отриманні базової освіти, включаючи інтернатуру, майбутніх ЛЗП-СЛ не готують до проведення профілактичної роботи та формування у населення здорового способу життя, основ проведення комунікаційної діяльності; не визначені компетенції медичних працівників з комунікативної діяльності.

Запропонована комплексна модель комунікативної діяльності сімейного лікаря яка визначає задачі та функції; рівень, об'єкт, інструмент впливу; форми реалізації; необхідні ресурси; моніторинг і оцінку. Структурну основу моделі складають наявні ресурси діючої системи охорони здоров'я, а її впровадження не вимагає значних додаткових фінансових ресурсів. Стратегічним напрямком моделі комунікативної діяльності сімейних лікарів є забезпечення всіх категорій населення комплексною, об'єктивною інформацією з питань ПМСД. Тактичним напрямком моделі є інформування всіх цільових груп населення, яке обслуговує сімейний лікар з питань, які стосуються надання первинної медико-санітарної допомоги.

Базуючись на сформованих на основі результатів наукових досліджень, присвячених пошуку форм і механізмів комунікацій в охороні здоров'я та даних доказового менеджменту даних, теоретично обґрунтовано концептуальну модель системи комунікацій в охороні здоров'я, складовими компонентами якої є: ресурси системи, стратегія комунікативної політики, комунікативні технології, цільові групи комунікативного впливу, моніторинг та оцінка. Основу комунікативної діяльності складає міжсекторальний підхід, а правова основа забезпечується цільовою довгостроковою програмою комунікацій та їх стратегічним плануванням на всіх рівнях управління.

Розроблена комплексна система комунікацій в охороні здоров'я структурною основою якої визначені нормативно-правове забезпечення,

наявність потрібних організаційних, кадрових, матеріально-технічних, фінансових ресурсів, визначення повноважень, інформаційне забезпечення, сучасні технології, ефективне управління, міжсекторальний підхід, моніторинг та оцінка діяльності. Заходи щодо створення системи комунікацій мають бути комплексними, охоплювати всі складові елементи системи. Досягнення успішності комунікативної діяльності є вдосконалення управлінської ланки, зокрема, визначення потреби населення в інформації, стратегічне та поточне планування, розробка методології та технологій комунікацій, ресурсного забезпечення та вимог щодо ефективності комунікативного впливу, а також постійне удосконалення процесу та технологій комунікативної діяльності. Особливістю діяльності запропонованої системи є те, що одні і ті ж учасники процесу при різних рівнях комунікацій можуть виступати як об'єктом так і суб'єктом комунікативного впливу.

Центральним елементом системи є галузевий ресурсний центр із забезпечення комунікацій в охороні здоров'я метою діяльності якого є наукове прогнозування потреб різних верств населення в комунікаціях з охорони здоров'я, прогнозування її позитивного і негативного впливу та забезпечення всіх її учасників необхідною комплексною, достовірною та своєчасною інформацією, а задачею - збір, накопичення та поширення інформації, планування заходів з комунікацій в охороні здоров'я і навчання комунікаторів.

Для забезпечення ефективної комунікації медичних працівників з цільовими групами комунікативного впливу розроблено компетенції медичних працівників з комунікативної діяльності в залежності від рівня надання медичної допомоги і займаної посади та способи їх досягнення в системі післядипломної освіти з запровадженням курсів тематичного удосконалення та зміною парадигми підготовки медичних працівників. Розроблено модель управління комунікативною діяльністю на рівні закладу охорони здоров'я з визначенням суб'єкту, об'єкту управління та блоку наукового регулювання, комплексне використання яких на рівні закладу охорони здоров'я дозволить ефективно організувати його комунікативну діяльність.

### Список використаних джерел літератури

1. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 p.
2. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012 (документ EUR/RC62/12).
3. A review of progress in maternal health in eastern Europe and central Asia. Istanbul, UNFPA Regional Office for Eastern Europe and Central Asia, 2009.
4. WHO, UNICEF, UNFPA and World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>).
5. European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2010 ([http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129\\_sur\\_hiv\\_2009.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/101129_sur_hiv_2009.pdf)).
6. Прогресс, достигнутый в осуществлении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу. Доклад Генерального секретаря. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2009 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/296/24/PDF/N0929624.pdf?OpenElement>).
7. Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health. Briefing note. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr\\_09\\_06/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/rhr_09_06/en/index.html)).
8. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF and World Bank. Accelerated implementation of maternal and newborn continuum of care as part of improving reproductive health: mapping of in-country activities. Joint country support. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241599733/en>).
9. Steps to health. A European framework to promote physical activity for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/101684/E90191.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/101684/E90191.pdf)).
10. Reducing health inequalities in the EU. European Parliament Resolution, 9 March 2011. Brussels, European Parliament, 2011 (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A7-2011-0032&language=EN>).
11. Leslie Brennan, Sales and Marketing Management, January 13, 1980, pages 28-29.
12. Бориснёв С. В. Социология коммуникации: Учеб. пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. - ...с

13. Яковлев И. П. Ключи к общению. Основы теории коммуникаций. — СПб.: «Авалон», «Азбука-классика», 2006. — 240 с.
14. Андрианов М. С. Невербальная коммуникация: психология и право. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2007. — 256 с.
15. Болотова А. К., Жуков Ю. М., Петровская Л. А. Социальные коммуникации: учебное пособие. — М.: Гардарики, 2008. — 279 с.
16. Коноваленко М. Ю., Коноваленко В. А. Теория коммуникации: учебник для бакалавров. — М.: Издательство Юрайт, 2012. — 415 с.
17. Гавра Д. П. Основы теории коммуникации. 1-е изд. — СПб.: Питер, 2011. — 288 с.
18. Гулевич О. А. Психология коммуникации: учебное пособие. — М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. — 384 с.
19. Бориснёв С. В. Социология коммуникации: Учеб. пособие для вузов. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003. — 270 с.
20. Шарков Ф.И. Коммуникология: коммуникационный консалтинг. Учебное пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К°", 2010. — 408 с.
21. Шарков Ф.И. Коммуникология: социология массовой коммуникации. Учебное пособие. — М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К°", 2010. — 320 с.
22. Почепцов Г.Г. Паблик рилейшенз для профессионалов. М.: « рефл- бук», К.: «Ваклер» - 2005. — 640 с.
23. Почепцов Г.Г. Паблик рилейшенз, или как успешно управлять общественным мнением. — Москва, 1998. — 372 с.
24. Почепцов Г.Г. Стратегия. — Москва, 2005. - 377 с.
25. Різун В. В. Теорія масової комунікації: Підручник.— К.: Просвіта, 2008.— 260 с.
26. Різун В. В., Скотникова Т. В. Моніторинг у системі методів журналістикознавства: основні засади // Українське журналістикознавство.— Вип. 7.— 2006.— С. 20—29.
27. Костенко Н., Иванов В. Досвід контент-аналізу: Моделі та практики: Монографія. К.: Центр вільної преси, — 2003. — 200 с.
28. Иванова С.Ф. Специфика публичной речи. М.: Знание, 1978. 124с.
29. Буряк В. В. Античная философия: Учебник / В. В. Буряк. — Симферополь: ДИАЙПИ, 2009. — 256 с.
30. Буряк В.В. Глобальное гражданское общество и сетевые революции. / Виктор Буряк. — Симферополь: ДИАЙПИ, 2011. — 152 с.
31. Решетников А.В. Становление и развитие социологии медицины // Социология медицины - 2003. №1. - С. 3-13.
32. Квіт С. Масові комунікації: Підручник.— К.: Вид. Дім “Києво-Могилянська академія”, 2008. 206 с.
33. Соколов И. Технологии популярности , или паблик рилейшенз. — Минск, 1999. — 215 с.
34. Соколов И. Как стать президентом. Технологии популярности/ Лаптенюк А. Искусство информации. Выборы: работа с общественностью.- Минск, 1995. — 329 с.
35. Куликов А.А. Определение приоритетов для перевода на русский язык публикаций ВОЗ на основе экспертного опроса /А.А. Куликов //Социальные



аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2012. – №4 - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/426/27/lang,ru>

36. Куликов А.А. Публикации Всемирной организации здравоохранения на русском языке в зеркале геополитики / А.А. Куликов, О.П. Честнов, Т.В. Кайгородова // Врач и информационные технологии. – 2011. - №2. – С. 31-35.

37. Корольоко В. Основи паблік рілейшенз. – Київ, 1997.- 528 с.

38. Горовий В. Соціальні інформаційні комунікації, їх наповнення і ресурс / НАН України, Нац. б-ка України ім. В. І. Вернадського; наук. ред. Л. А. Дубровіна. – К., 2010.– 360 с.

39. Кривенко Є. М. Міжнародні підходи до комунікацій в охороні здоров'я / Є. М. Кривенко // Міжнар. наук.-практ. конф. «Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій», Херсон, 30–31 травня 2013 р. : тези доп. – С. 96–98.

40. Джеймс, Лалл. Мас-медіа, комунікація, культура. Глобальний підхід.— К.: “Вид-во “К.І.С””, 2002. – 197 с.

41. Назарчук А. В. Теория коммуникации в современной философии. — М.: Прогресс-Традиция, 2009. — 320 с.

42. Зернецька О. В. Глобальний розвиток систем масової комунікації і міжнародні відносини.— К.: Освіта, 1999. -346 с.

43. Корнєв М. Н., Фомічова В. М. Психологія масової поведінки / Ін-т післядипломної освіти Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка.— К., 2000. – 65 с.

44.Набруско В. І. Формування громадської думки в умовах легітимації політичної влади (масовокомунікативний вимір). / Автореф. дис... канд. політ. наук.2006 - 20 с.

45.Назаров М. М. Массовая коммуникация в современном мире: Методология анализа и практика исследования.— М.: Институт социологии РАН, 2002. – 133 с.

46. Назарчук А. В. Теория коммуникации в современной философии. — М.: Прогресс-Традиция, 2009. — 320 с.

47. Яковлев И. П. Ключи к общению. Основы теории коммуникаций. — СПб.: «Авалон», «Азбука-классика», 2006. — 240 с.

48. Шарков Ф. И. Коммуникология: основы теории коммуникации: Учебник. — м.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. — 592 с.

50. Шестопап Е.Б. Оценка гражданами личности лидера.// Полис, 1997, №6, С.57-72.

51. Зигор М. Становлення громадянського суспільства в Україні як суб'єкта національної безпеки держави. 2013. - №2. - С. 80-87

52. Конфисахор А.Г. Психология власти. СПб.: Питер, 2004. - 235с.

53. Замская М.Д. Политик в публичной коммуникации. // Человек и языковое пространство. Аспекты взаимодействия: Межвузовский сборник научных трудов к 60-летию проф. В.М.Бухарова. - Нижний Новгород: НГЛУ им. Н.А.Добролюбова, 2004.

54. Кравченко В.И. Власть и коммуникация: проблемы взаимодействия в информационном обществе. СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2003. - 271с.

55. Інтеграція і різноманітність: нові тенденції політики України у сфері засобів масової інформації та нових комунікаційних послуг: Інформаційна доповідь: Спеціальне видання до 7-ої Європейської міністерської конференції з питань політики у сфері засобів масової ін-формації / Губерський Л.В., Камінський

Є.Є., Ожеван М. А., Шнирков О. І., Різун В. В., Макаренко Є. А., Яковець А. В.— К., 2005.— 120 с.

56. Різун В. В., Скотникова Т. В. Методи наукових досліджень у журналістикознавстві.— К.: ВПЦ “Київський університет”, 2005.— 104 с.

57. Юрченко А. О. Специфіка комунікативних ефектів аналітичних статей (на прикладі матеріалів інтернет-видання «Українська правда»). Спеціальність 8.030201 – журналістика. Наукова робота на здобуття кваліфікації магістра. / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка; Інститут журналістики.— Київ, 2007.- 73 с.

58. Павлова Н.Д. Интенциональные основания вербальной коммуникации. // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2004, №3. М., 2004. С. 187.

59. Богатирьова Р.В. Детермінанти здоров'я та національна безпека. Р.В.Богатирьова; за ред. Ю.І.Кундієва. – К.: ВД «Авіцена», 2011. - 448 с.

60. Корнєв М. Н., Фомічова В. М. Психологія масової поведінки / Ін-т післядипломної освіти Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка.— К., 2000. - 47с.

61. Набруско В. І. Формування громадської думки в умовах легітимації політичної влади (масовокомунікативний вимір). / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка; Інститут журналістики.— Київ, 2007. – 59 с.

62. Третьяк Г.Е. Сущность коммуникации и ее место в социокультурной реальности. <http://www.festu.ru>

63. Харрис Р. Психология массовых коммуникаций. СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. —448с.

64. Різун В. В. “Свобода слова — в нас самих” // Известия в Украине.— 2008.— 30, 31 мая, 1 июля.— С. 1, 4.

65. Аналітика, експертиза, прогнозування: Монографія / Макаренко Є. А., Рижков М. М., Ожеван М. А. та ін.— К.: Наша культура і наука, 2003. – 326 с.

66. Ольшанский Д. В. Психология масс.— СПб: Питер, 2001. – 368 с.

67. Назаров М. М. Массовая коммуникация в современном мире: Методология анализа и практика исследования.— М.: Институт социологии РАН, 2002. - 317с.

68. Крейг Р.Т. Теория коммуникации как область знания //Компаративистика III: Альманах сравнительных социогуманитарных исследований. СПб., 2003

69. Ібрагімова І. Інформаційне суспільство та взаємодія влади з громадськістю: вимоги ефективності / І. Ібрагімова // Вісн. НАДУ. – 2004. – №1. – С. 36–42.

70. Луман Н. Невероятные коммуникации. Проблемы теоретической социологии. Вып. 3. СПб., 2000- 53 с

71. Василик М.А. Наука о коммуникации или теория коммуникации? К проблеме теоретической идентификации // Актуальные проблемы теории коммуникации. Сборник научных трудов. - СПб. - Изд-во СПбГПУ, 2004. - С. 4-11.

72. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012 (документ EUR/RC62/12).

73. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf),

74. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ. WHO.

Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011 (документ EUR/RC61/Inf. Doc./6; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/149971/RC61\\_rInfDoc06.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf))

75. Graham J, Amos B, Plumptre T. Principles for good governance in the 21st century. Ottawa, Institute on Governance, 2003 (Policy Brief No.15; <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UNPAN/UNPAN011842.pdf>).

76. Developing a framework for action for strengthening public health capacities and services in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 (document EUR/RC61/Inf. Doc./1; [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/148266/RC61\\_einfdoc01.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/148266/RC61_einfdoc01.pdf)).

77. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_rus.pdf)).

78. Доклад Международной комиссии по окружающей среде и развитию. Резолюция Генеральной Ассамблеи A/RES/42/187, 11 декабря 1987 г. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1987 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/518/77/IMG/NR051877.pdf>).

79. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 (<http://www.who.int/fctc/ru/index.html>).

80. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2005 (документ EUR/RC55/8, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/87884/RC55\\_rdoc08.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/87884/RC55_rdoc08.pdf)).

81. Системы здравоохранения — здоровье — благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/78951/E92150R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf)).

82. Оттавская хартия по укреплению здоровья. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1986 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf)).

83. Европейский стратегический подход к обеспечению безопасной беременности: улучшение материнского и перинатального здоровья. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/136726/E90771R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/136726/E90771R.pdf)).

84. Действия систем здравоохранения по устранению гендерного неравенства, способствующие ускорению прогресса в достижении Целей развития тысячелетия 4 и 5, касающихся здоровья матери и ребенка (на англ. яз.). WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/127527/e94498.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/127527/e94498.pdf)).

85. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR\\_04\\_8/ru/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/ru/index.html)).

86. Региональная стратегия ВОЗ в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/69530/E74558R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/69530/E74558R.pdf)).

87. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. Женева, Всемирная организация

- здравоохранения, 2007  
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/ru/index.html>).
88. Европейская хартия по борьбе с ожирением. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/87467/E89567R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/87467/E89567R.pdf)).
89. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/96454/E87301R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/96454/E87301R.pdf)).
90. Sethi D, Racioppi F, Mitis F. Дорожная безопасность для детей и молодежи в Европе. Информация о политике. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/98455/E90142R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98455/E90142R.pdf)).
91. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2005  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/82456/E87325R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/82456/E87325R.pdf)).
92. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ и стратегии ее решения. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2007  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/74747/E90711R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/74747/E90711R.pdf)).
93. Европейская стратегия “Здоровье и развитие детей и подростков”: от резолюции к действиям, 2005–2008 гг. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2008  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/132932/E91655R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/132932/E91655R.pdf)).
94. Резолюция Исполнительного комитета ВОЗ EB130. R6 “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012  
([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_R6-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R6-ru.pdf)).
95. Как системы здравоохранения могут способствовать устранению неравенств в отношении здоровья, связанных с миграцией и этнической принадлежностью (на англ. яз.). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>).
96. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010  
([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyru.pdf)).
97. Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011  
([http://www.who.int/nmh/events/moscow\\_ncds\\_2011/conference\\_documents/moscow\\_declaration\\_ru.pdf](http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_ru.pdf)).
98. Европейская стратегия борьбы против табака. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/68105/e77976r.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/68105/e77976r.pdf)).
99. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010  
([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789244599976_rus.pdf)).
100. Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2006  
([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/79397/E88335R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79397/E88335R.pdf)).

101. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2011 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/147731/wd12R\\_NCDs\\_111363-las.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/147731/wd12R_NCDs_111363-las.pdf)).

102. Руководство ВОЗ по коммуникации при эпидемических вспышках. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. –16 р.

103. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 р.

104. Звіт Регіонального директора про роботу ВООЗ в Європейському регіоні в 2012-2013 рр «Осуществление перспективного видения». WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2014 – 78 с.

105. Европейское региональное бюро ВОЗ [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/homo>)

106. Публикации [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications>)

107. Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe. Copenhagen: Regional Office for Europe; 2011 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/>)

108. Европейська база даних «Здоровье для всех» (База данных ЗДВ) [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/databases/>)

109. Центр СМІ WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre>)

110. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г.: выработка курса на благополучие [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/>)

111. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 р.

112. Дорожная карта: укрепление систем здравоохранения, ориентованных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/10>)

113. Венская конференция по вопросам питания и неинфекционных заболеваний [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/07/vienna-conference>)

114. Региональный старт Всемирного дня здоровья: предоставить права и возможности пожилым людям для участия в разработке и проведении политики [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/pages/news/news/2012/04/>)

115. Европейская неделя иммунизации [веб-сайт]. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/>)

116. Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO), <http://www.who.int/en/>

117. Міжнародна асоціація медичної інформатики (IMIA), [www.imia.org](http://www.imia.org)

118. Yearbook of Medical Informatics: [http://www.imia.org/working\\_groups/working\\_groups.lasso](http://www.imia.org/working_groups/working_groups.lasso).

119. Європейська асоціація медичної інформатики (EFMI, <http://www.helmholtz-muenchen.de/ibmi/efmi/>).
120. Міжнародний журнал медичної інформатики (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/13865056>)
121. Американська асоціація медичної інформатики (<http://www.amia.org/>)
122. Асоціація медичної інформатики країн Латинської Америки і Карибського басейну (IMIA-LAC, <http://www.imialac.net/>)
123. ATALACC, <http://media.americantelemed.org/ICOT/lacc.htm>.
124. Медична інформатика в Новій Зеландії (HINZ, <http://www.hinz.org.nz/>)
125. SCIENCE DIRECT ([www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com))
126. PUBMED/MEDLINE (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=pubmed>)
127. Google Reader ([www.google.com/reader](http://www.google.com/reader))
128. Google Books ([www.books.google.com](http://www.books.google.com))
129. Google Trends ([www.google.com.trends](http://www.google.com/trends))
130. Куликов А.А. Разработка научно-организационной технологии определения приоритетов в переводе материалов Всемирной организации здравоохранения на русский язык: автореф. дис.....к.мед.н./А.А.Куликов – Москва, 2012, - 25с.
131. Куликов, А.А. Определение приоритетов для перевода на русский язык публикаций ВОЗ на основе экспертного опроса /А.А. Куликов //Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2012. – №4 - URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/426/27/lang,ru/>
132. Куликов, А.А. Публикаций Всемирной организации здравоохранения на русском языке в зеркале геополитики / А.А. Куликов, О.П. Честнов, Т.В. Кайгородова // Врач и информационные технологии. – 2011. - №2. – С. 31-3.
133. Руководство по коммуникациям в области здравоохранения для Украины: <http://pr.meta.ua/read/12908>
134. Marmot M et al. Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond. Lancet, 2011, 379:181–188.
135. Стэггерс Н., Бэгли Томпсон Ч., Снайдер-Халперн Р. История и тенденции развития медицинских информационных систем в США. – Access mode : [http : // www.drcobez.narod.ru/st\\_tmed01.htm](http://www.drcobez.narod.ru/st_tmed01.htm). – Title from screen.
136. Huber M et al. Quality in and equality of access to healthcare services. Brussels, European Commission, 2008.

137. Организация службы общей врачебной практики в системе первичной медико-санитарной помощи муниципального здравоохранения / [под ред. акад. РАМН проф. И. Н. Денисова, к.м.н. Е. И. Черниенко, проф. Б. В. Агафонова] ; Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ. – М., 2004. – 210 с.

138. Алма-Атинская декларация // Всеобщее право на здоровье и его реализация в различных странах мира / Под ред. Д. Д. Венедиктова. – М. : Медицина, 1981. – С. 257–267.

139. Kirk P. The Ingraining and Terminal Evaluation of a Family Physician's Predominance / Family medicine and the problems of training family physicians. Proceeding of International Soviet / Canadian Seminar in Vladikavkaz, North Ossetia, may 28–30, 1991 / D. I Edited Rice and V. A. Vladimirtsev. – P. 71–73. (Совместный документ ВОЗ и Всемирной организации семейных врачей).

140. Fry J. The place of general practice. Int. Journal of Health Services, 1972. – P. 165–169.

141. Бугорков И. В. Конкурентоспособность государственных стоматологических учреждений / И. В. Бугорков // Научный журнал «Менеджер» : вестник Дон. гос. универ. управления. — 2009. — № 4 (50). — С. 203–207.

142. Клдіашвілі Є. Т. Можливості і задачі електронної охорони здоров'я – взаємозв'язок сфер охорони здоров'я / Є. Т. Клдіашвілі // Укр. журн. телемедицини та мед. телемат. – 2006. – Т. 4, №1. – С. 4–8.

143. The Costs of a National Health Information Network / R. Kaushal [et al.] // Annals of Internal Medicine 143. – 2005. – P. 165–173.

144. Готра О. З. Європейський стандарт комп'ютерної грамотності. Ч.2. Сучасні технології обробки, аналізу та представлення інформації. Використання програм підготовки презентацій для представлення даних / О. З. Готра, Л. Б. Лотоцька, О. З. Ткачук ; [за ред. О. З. Готри ]. – Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2007. – 94 с.

145. Готра О. З. Європейський стандарт комп'ютерної грамотності. Ч.3. Інформація і комунікація. Пошук та передача інформації. Використання технології баз даних для обробки та аналізу інформації. / О. З. Готра, Л. Б. Лотоцька, І. С. Собчук ; [за ред. О. З. Готри]. – Львів : ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2007. – 94 с.

146. Healthcare Information Management Systems : Cases, Strategies, and Solutions / Ball Marion [et al.] // Springer, 2004. – 586 p.

147. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2010. – 50 с.

148. Казаков В. Н., Климовицький В. Г., Владзимерський А. В. Телемедицина. - Донецьк: Типографія ООО «Норд». 2002- 100 с.

149. Калинчук С. В. Інформаційні технології (ІТ) в роботі лікувально-профілактичних закладів / С. В. Калинчук, М. Р. Баязітов // Досягнення біології та медицини. – 2007. – №1. – С. 82–87.

150. Андрюшков А. А. Использование информационных технологий в здравоохранении // <http://www.healthmanagement.ru>.

151. Дмитриева Е. В. Коммуникация в здравоохранении // <http://www.healthmanagement.ru>.

152. Ковшов Е. Е. Современные аспекты построения медицинских информационных систем / Е. Е. Ковшов, В. А. Морозов, А. В. Фролов. – Access mode : [http : // www.btc-it.ru/files/rus/publications/ 00003.pdf](http://www.btc-it.ru/files/rus/publications/00003.pdf). – Title from screen.

153. Кукушкин В.И. Актуальность управленческого и бизнес-консалтинга в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением - 2001. № 1 (1). - С. 67-69.

154. Стратегія запровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні : [посібник] / О. Коваленко [та ін.] : під заг. ред. А. Малагардіса, В. Рудого ; Європ. Союз ; Викон. проекту GVG/СІІ/ЕРОS. – К. : [б. и.], 2006. – 76 с.

155. Теоретические основы информационного воздействия как процесса управления сложными системами. – Access mode : [http : // www.vrazvedka.ru/main/analytical/lekt-05.shtml](http://www.vrazvedka.ru/main/analytical/lekt-05.shtml). – Title from screen.

156. Чеботаев К.Ю. Обзор зарубежных информационных ресурсов по проблеме использования информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении//Врач и информационные технологии. 2009- №4. – С.74-78.

157. Bales Vivienne. Information management - the realities // Comput. Bull. 3. №1. 1987; Willis Graham. Automation in the office. London. 1987; Otremba Gertrud. Tatigkeitsfelder des Informationsmanagements // Nachr. Dok. 38, – №4. – 1987. – P.8

158. Кобринский8. Б.А. Перспективы и пути интеграции информационных медицинских систем// Врач и информационные технологии. 2009- №4. – С. 4-11

159. Кнауп Р., Schope L. IT as an enabler of sustainable use of data from innovative technical components for assisted living//In: Studies in Health Technology and Informatics. — IOS Press, 2012. — P. 1132–1134.

160. The Banja Luka Pledge. Health in all policies in south-eastern Europe: a shared goal and responsibility. Third Health Ministers' Forum, Banja Luka, Bosnia and Herzegovina, 13–14 October 2011. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/152471/e95832.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/152471/e95832.pdf)).

161. Кудряшов Ю.Ю., Атьков О.Ю., Прохоров А.А., Довгалецкий Я.П. «Домашнее лицо» персональной телемедицины// Врач и информационные технологии. 2014- №1. С. 57—64.

162. Владзимерський А.В.Основни концепції використання телемедицини в охорони здоров'я// Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2007, - Т5. №3. – С.244-251

163. Медицинские информационные системы : [монография] / А. В. Гусев, Ф. А. Романов, И. П. Дуданов, А. В. Воронин. – Петрозаводск : Изд-во ПетрГУ, 2005. – 404 с.

164. Veseli H., Kopanitsa G., Demski H. Standardized EHR interoperability — Preliminary results of a German Pilot Project using the archetype methodology//Stud Health Technol Inform. — 2012. — № 180. — P. 646–650.

165. Теоретические основы информационного воздействия как процесса управления сложными системами. – Access mode : [http : // www.vrazvedka.ru/main/analytical/lekt-05.shtml](http://www.vrazvedka.ru/main/analytical/lekt-05.shtml). – Title from screen.

166. Данилевич А.И. Проблемы информатизации и информационная инфраструктура в медицине // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Мат.-лы X ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева со Всероссийской конференцией молодых ученых (Москва 14-16 мая 2006).– М. - 2006. – С. 169.

167. Почепцов Г.Г. Соціальні комунікації і нові комунікативні технології / Почепцов Г.Г. // Комунікація. – 2010. – № 1. – С. 19–26.

168. Системный интегратор «Энвижн Груп»: <http://www.osp.ru/medit/2013/05/13035388.html>



169. INSIDE BlackBerry: <http://blackberries.ru/2015/08/19/mobilnye-kommunikacii-v-industrii-zdravooxraneniya/>
170. Ландэ Д. Феномены современных информационных потоков / Д. Ландэ, А. Литвин. – Access mode : [http : // www.visti.net/~dwl/art/content/](http://www.visti.net/~dwl/art/content/). – Title from screen.
171. Кугач В.В. , Троина С.Г. , Петрище Т.Л. , Гончарова П.В. Информационно-коммуникационная инфраструктура в здравоохранении и фармации: преимущества для пожилых // Геронтология. 2014. - №2 [Электронный ресурс]
172. Горбань А. Є. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / А. Є. Горбань, Є. М. Кривенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік : монографія ; за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – С. 385–404.
173. Лавріненко В. Інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності органів державної влади / В. Лавріненко // Вісн. НАДУ. – 2003. – №3. – С. 502–507.
174. Характеристика інформаційно-комп'ютерного забезпечення служби інтенсивної терапії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова. // Україна.Здоров'я нації. – 2009. – № 1. – С. 53–56.
175. Арістова І.В. Державна інформаційна політика: організаційно-правові аспекти / За заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. Бандурки О.М.. : Монографія. – Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000,
176. Кривенко Є. М. Аналіз розвитку інформатизації системи охорони здоров'я та телемедицини / Є. М. Кривенко, С. М. Курило, Р. Й. Лихотоп, В. Я. Бойко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : монографія. – К., 2011. – С. 231–241
177. Принципи інформатизації системи охорони здоров'я України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, О. С. Коваленко [та ін.] // Здоровье женщины. – 2009. – № 4 (40). – С. 17–21.
178. Лещук Н. М. Методика дослідження структури і обсягів інформаційних потоків та інформаційних потреб на різних рівнях управління охороною здоров'я / Н. М. Лещук, Г. О. Слабкий, Є. М. Кривенко // Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2009. – Т. 7, № 1 : матер. V Міжнар. конф. «Телемедицина – досвід@перспективи», 11–13 березня 2009 р., Донецьк. – С. 111.
179. Про затвердження Порядку застосування електронного цифрового підпису органами державної влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціям и державної форми власності. Постанова КМУ від 28.10.2004. - №1452.
180. Кривенко Є. М. Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, М. А. Знаменська // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. : монографія ; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – С. 248–254.
181. Інформатизація на регіональному рівні як засіб удосконалення управління системою охорони здоров'я / С. В. Калинчук [та ін.] // Телемедицина досвід та перспективи : III міжн. конференція, 27 бер. 2007 р., м. Донецьк ; Укр. журн. телемедицини та мед. телематики. – 2007. – Т. 5, №2. – С. 27–33.
182. Кривенко Є. М. Розвиток інформатизації охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, О. В. Чернишевич // Інновації в медицині : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Інноваційна система управління охороною

здоров'я : галузь, регіон, лікарня», Київ, 29–30 вересня 2011 р. : тези доп. – С. 51–52.

183. Кривенко Є. М. Інформатизація охорони здоров'я як складова управління галуззю / Є. М. Кривенко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 4 (58). – С. 71–77.

184. Кривенко Є. М. Інформатизація охорони здоров'я в регіонах проведення пілотного проекту з реформування охорони здоров'я в Україні як чинник підвищення якості та доступності медичної допомоги / Є. М. Кривенко // VIII Междунар. конф. «Стратегия качества промышленности и образования», Варна, Болгария, 8–15 июня 2012 г. : матер. конф. в 3 т. – Днепропетровск, Варна, 2012. – Т. 3. – С. 433–436.

185. Князевич В. М. Інформаційно-комп'ютерне забезпечення служби інтенсивної терапії України в лікувальних закладах II–III рівнів надання медичної допомоги / В. М. Князевич // Перинатология и педиатрия. – 2009. – № 1 (37). – С. 6–9.

186. Розробка інформаційно-програмного забезпечення для потреб охорони здоров'я України (медико-технічні вимоги) // Метод. рекомендації. – К., 2006. – 28 с

187. Кривенко Є. М. Стан інформатизації системи охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Р. Й. Лихотоп, Н. М. Лещук // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік : монографія. – К., 2008. – С. 130–135.

188. Кривенко Є. М. Стан інформатизації системи охорони здоров'я / Є. М. Кривенко [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік : монографія. – К., 2009. – С. 154–170.

189. Кривенко Є. М. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та розвиток системи телемедицини / Є. М. Кривенко [та ін.] // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік : монографія. – К., 2010. – С. 323–338.

190. Лещук Н. М. Завдання та пріоритетні напрями інформатизації охорони здоров'я / Н. М. Лещук, Є. М. Кривенко // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2009. – Т. 7, № 1 : матеріали V Міжнар. конф. «Телемедицина – досвід@перспективи», 11–13 березня 2009 р., Донецьк. – С. 111.

191. Назаренко Г. И. Медицинские информационные системы: теория и практика : [монография] / Г. И. Назаренко, Я. И. Гулиев, Д. Е. Ермаков. – М. : ФИЗМАТЛИТ, 2005. – 320 с.

192. Осташко В.Г. Інформаційна технологія створення та функціонування міжрегіональної телемедичної мережі: автореф. дис....к.мед.н./В.Г.Осташко - Київ, 2014, - 23с.

193. Стан інформатизації охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / О. С. Коваленко, Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, В. Г. Осташко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік : монографія ; за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – С. 207–217.

194. Організація телемедичної допомоги в закладах охорони здоров'я/ М.В.Голубчиков, А.В. Владзимирський, В.Г.Климовицький та інш. Київ, 2008- 70 с.

195. Калинин С.В., Боязитов Н.Р., Смирнов И.В., Годлевський Л.С., Тяпкин Г.М. Экстренное телемедицинское консультирование: оценка эффективности

оказання спеціалізованої допомоги// Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2008, - Т6. №2. – С.107-110

196. Коваленко О., Хорозов О., Ліннакко Е. Мінімальні ІТ-вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування та управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях. Посібник №9. Київ, 2006- 73с.

197. Кривенко Є. М. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України в умовах реформування (огляд літератури) / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3 (57). – С. 50–55

198. Прес-служба МОЗ України: <https://www.moz.gov.ua/ua/portal/pressservice/>

199. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання] / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.

200. Лехан В.М., Гук А.П., Шевченко М.В. Вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні. Київ, 2014 – 61.

201. Інформатизація охорони здоров'я та розвиток телемедичних технологій : монографія / за ред. З. М. Митника. – К., 2010. – 252 с.

202. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2007 : [монографія] / за ред. Г. О. Слабкого. – К., 2008. – 90 с.

203. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» 2008 : [монографія] / за ред. В. М. Князевича, Г. О. Слабкого. – К., 2009. – 137 с.

204. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2010 / за ред. І. М. Ємця, Г. О. Слабкого. – К. : МОЗ, УІСД, 2011. – 163 с.

205. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2009 : [наук.-інформ. видання] / за ред. З. М. Митника, Г. О. Слабкого; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2010. – 153 с.: табл.

206. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр. : монографія ; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – 354 с.

207. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2010 рік : [монографія] / за ред. О. В. Аніщенко. – К., 2011. – 542 с.

208. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні. 2007 рік : [монографія] / за ред. В. М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2008. – 277 с.: іл., табл.

209. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2009 рік : [монографія] / за ред. З. М. Митника; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2010. – 602 с.

210. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – 438 с.

211. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України [монографія]. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.

212. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України [монографія]. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі – К., 2015. – 460 с.

213. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню у 2010 році : підсумки діяльності системи охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» / за ред. першого заступника Міністра охорони здоров'я О. В. Аніщенка. – К. : МОЗ України, 2011. – 104 с.

214. Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню : підсумки діяльності системи охорони здоров'я України за 2008 рік : [монографія] / за ред. В. М. Князевича; МОЗ України, УІСД МОЗ України. – К., 2009. – 122 с.

215. Здоров'я населення та діяльність системи охорони здоров'я України: реалії, проблеми та шляхи вирішення : [аналіт. матеріали] / В. В. Лазоришинець, В. Г. Бідний, М. В. Банчук; за ред. З. М. Митника. – К. : МОЗ, УІСД, 2010. – 107 с.

216. Регіональні системи охорони здоров'я України : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р.О. Моїсеєнко . – К., 2011. – Ч 1. – 239 с.

217. Регіональні системи охорони здоров'я України : [монографія в 2 ч.] / за ред. Р. О. Моїсеєнко . – К., 2011. – Ч II. – 273 с.

218. Інформування громадськості та співпраця зі ЗМІ. Методичний посібник для фахівців системи соціального захисту населення. Київ, 2007- 48с.

219. Семигіна Т. Інформаційне забезпечення діяльності соціальних служб і організацій//Соціальна робота в Україні: перші кроки/за ред.. В.Полтавця. – К.: КМ Academia, 2000. – С,173-196

220. Семигіна Т. Інформаційно-консультативні центри в системі соціального захисту населення// Соціальна політика і соціальна робота. – 2000. - №1. – С.77-82

221. Семигіна Т.Формування громадської думки щодо соціальних питань// Соціальна політика і соціальна робота. – 2000. - №2. – С.88-101

222. Представництво інтересів соціально вразливих дітей та сімей. Навч. Посібник/ За ред. Семигіної Т.В, - К.: Четверта хвиля, 2004. - 216с.

223.Ткаченко М., Король І., Ткаченко Л. Формування громадської думки в галузі прав дитини з психіатричними захворюваннями. – К.: Арктур- А, 1999- 72 с.

224. Організація освітньої роботи серед населення. – К.: Мінпраці, 1996- 24с.

225. Науково-практичний журнал «Україна. Здоров'я нації»: <http://www.uiph.kiev.ua/vidavnicha-diyalnist/ukrajina-zdorov-ya-natsiji>

226. Науково-практичний журнал «Клиническая информатика и телемедицина»: <http://userdocs.ru/informatika/118420/index.html>

227.Зіменковський А.Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні здоров'я України шляхом системного розвитку медичної стандартизації: автореф. дис.....д.мед.н./А.Б.Зіменковський - Київ, 2007, - 35с.

228. Коляденко Н.В. Обґрунтування та розробка системи медико-соціальної реабілітації дітей із порушеннями психічного здоров'я: автореф. дис.....д.мед.н./Н.В.Коляденко - Київ, 2009, - 40 с.

229. Пінчук І.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я: автореф. дис.....д.мед.н./І.Я. Пінчук - Київ, 2011, - 36 с.

230. Толстанов О.К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні: автореф. дис.....д.мед.н./О.К. Толстанов - Київ, 2012, - 36 с.

231. Бугорков І.В. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи стоматологічної ортопедичної допомоги на регіональному рівні: автореф. дис.....д.мед.н./І.В.Бугорков - Київ, 2013, - 36с.

232. Лесовська С.Г. Наукове обґрунтування первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в системі загальної практики-сімейної медицини: автореф. дис.....к.мед.н./С.Г.Лесовська - Київ, 2007, - 20с.

233. Сидоренко Г.Д. Наукове обґрунтування оптимізації спеціалізованої медичної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагітності, пологів та післяпологового періоду: автореф. дис.....к.мед.н./Г.Д.Сидоренко - Київ, 2009, - 24 с.

234. Федосюк Р.М. Обґрунтування оптимізації служби анестезіології лікувально-профілактичних закладів України: автореф. дис.....к.мед.н./Р.М.Федосюк - Київ, 20, -24 с.

235. Шинкарьова І.М. Організаційно-технологічна модель удосконалення первинної медико-санітарної допомоги (на прикладі сільського населення Харківської області): автореф. дис.....к.мед.н./І.М.Шинкарьова - Київ, 2009, - 21 с.

236. Гаврилук О.Ф. Медико-соціальне обґрунтування медичної допомоги населенню сільського району в умовах впровадження сімейної медицини: автореф. дис.....к.мед.н./О.Ф.Гаврилук - Київ, 2010, - 21с.

237. Лисак В.П. Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги: автореф. дис.....к.мед.н./В.П.Лисак - Київ, 2011, - 24с.

238. Дудник С.В. Наукове обґрунтування медико-соціальної профілактики смертності чоловіків працездатного віку у великому промисловому регіоні: автореф. дис.....к.мед.н./С.В.Дудник - Харків, 2013, - 24с.

239. Повч З.В. Медико-соціальні детермінанти розвитку глаукоми та обґрунтування оптимізованої моделі її первинної профілактики в практиці сімейного лікаря: автореф. дис.....к.мед.н./З.В.Повч - Харків, 2015, - 23с.

240. Кощенець О.Б. Медико-соціальне обґрунтування моделі запобігання прогресування первинної глаукоми: автореф. дис.....к.мед.н./О.Б.Кощенець - Київ, 2015, - с.

241. Зозуля А.І. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку: автореф. дис.....д.мед.н./А.І.Зозуля - Київ, 2014, - 40с.

242. Гарачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги: автореф. дис.....д.мед.н./В.В.Гарачук - Київ, 2015, - 36с.

243. Подоляка В.Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті: автореф. дис.....д.мед.н./В.Л.Подоляка - Київ, 2008, - 36с.

244. Охромій Г.В. Багатофакторна система реабілітації, прогнозування, інвалідності і комплексної профілактики інфаркту міокарда: автореф. дис.....д.мед.н./Г.В.Охромій - Київ, 2008, - 38с.
245. Жилка Н.Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини: автореф. дис.....д.мед.н./Н.Я.Жилка - Київ, 2011, - 39с.
246. Юрченко О.В. Наукове обґрунтування системи між секторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в мегаполісі: автореф. дис.....к.мед.н./О.В.Юрченко - Київ, 2018, - 24с.
247. Загородній С.М. Медико-соціальне обґрунтування системи збереження психічного здоров'я сільського населення: автореф. дис.....к.мед.н./С.М.Загородній - Київ, 2015, - 24с.
248. Золотарьова Ж.М. Обґрунтування моделі удосконалення підготовки та підвищення кваліфікації медичного персоналу для надання паліативної допомоги: автореф. дис.....к.мед.н./Ж.М. Золотарьова - Київ, 2015, - 26 с.
249. Яворський А.М. Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої пацієнтоорієнтованої системи управління якістю медичного обслуговування (на прикладі стаціонарної хірургічної допомоги): автореф. дис.....к.мед.н./А.М.Яворський - Київ, 2014, - 23 с.
250. Марчук Н. В. Обґрунтування та розробка системи організації профілактичної діяльності закладів загальної практики / сімейної медицини : автореф. дис... к. мед. наук / Н. В. Марчук. – К., 2008. – 24 с.
251. Почепцов Г.Г. Паблик рилейшнз для професіоналов/ Г.Г.Почепцов. – Рефл-бук. Ваклер. 2005 – 638 с.
252. Крегер О., Тьюсон Дж.М. Типы людей. Пер. с англ. - М.: Вече-Персей-АСТ, 1995. - 544 с.
253. Доти Д. Паблисты и паблик рилейшнз.- М., 1996. – 283с.
254. Блейк Р.Р., МоутонД.С. Научные методы управления. - Киев: Наукова думка, 1990. - 247 с.
255. Багіт Л. Роль зв'язків з громад кістю в забезпеченні інформаційного супроводу реформи системи охорони здоров'я в Україні. Посібник №10. / Л. Багіт, Н.Лучшева – Київ, 2006- 40с.
256. Карпов А.В. Психология принятия управленческих решений. - М.: Юристь, 1998. - 435 с.
257. Лебедева М.М. Политическое урегулирование конфликтов. - М.: Аспект Пресс, 1997. - 272 с.
258. Теннер Р. Как овладеть искусством делового письма. - М.: ЮНИТИ-Аудит, 1994. - 190 с.
- 259.Фрюминг Р., Лаком Ж. Взаимодействие ради результата. Практикум делового общения. - . Ростов- на -Дону, 1996. –448 с.

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ АВТОРІВ МОНОГРАФІЇ ЗА ЇЇ  
ТЕМОЮ**

Communication systems in health service: necessity and organizational approaches to their creation / G. O. Slabkiy, I. M., Rogach, M. A. Znamenska [et al.] // Driven to Discover : materials of International scientific-practical congress of, pedagogues, psychologists and medics, Geneva (Switzerland). 5 June 2015. – Geneva, 2015. – P. 209–220.

Level of information for managers of Health Service as for the results of scientific research in the course of reforms in Health Service system in Ukraine / Maria A. Znamenska, Genadii O. Slabkiy, Orest Y. Khodor, Nina G. Levenets // Ružomberské zdravotnícke dni 2013 VIII. ročník. 2013. Ružomberok. – 2013. P. 513–518.

Slabkiy G. Communication in the interest of public healthcare, as it's main function / G. Slabkiy, M. Znamenska // European Applied Sciences. ORT Publishing. – 2013. – Vol. 4, No 1. – P. 33–35.

Slabkiy G. O. General characteristics of children morbidity in Ukraine and prevalence of diseases among children / G. O. Slabkiy, M. A. Znamenska // Intermedical Journ. – 2015. – No 2. – P. 23 – 27.

Slabkiy G. O. Methodological approaches to communicative activity of family doctors / G. O. Slabkiy, M. A. Znamenska // The Pharma Innovation. Journ. – 2015. – No 4 (7). – P. 27–29 [Electronic resource]. – Access mode : [http://thepharmajournal.com/Volume\\_4\\_Issue\\_7a.html](http://thepharmajournal.com/Volume_4_Issue_7a.html). – Title from screen.

Slabkiy G. O. Approaches to prophylactic activity on the level of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine / G. O. Slabkiy, M.A.Znamenska // The Unity of Science-International scientific periodical Journ. – Vienna, Austria, August 2015. – P. 162–167.

Slabkiy G. O. Communications in the work of family doctor / G.O.Slabkiy, M. A. Znamenskaya // Kongres Medycyny I Zdrowia Wsi, Lublin, 24–26.05.2015. : Abstracts. – P. 77.

Slabkiy G. O. Forming the competence of health workers in communicative activities in the process of postgraduate medical education / G.O.Slabkiy, M. A. Znamenska // Intermedical Journ. – 2015. – No 1. – P. 22-36.

Знаменская М. А. Подходы к функционированию комплексной системы коммуникаций в здравоохранении / М. А. Знаменская, Г. А. Слабкий // Репродуктивное здоровье Восточная Европа : междунар. науч.-практ. журн. – 2015. – № 3 (39). – С. 80–86.

Знаменская М. А. Пути обеспечения населения информацией о здоровом образе жизни в условиях реформирования системы здравоохранения страны / М. А. Знаменская, Г. А. Слабкий // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа : междунар. науч.-практ. журн. – 2014. – № 2 (32). – С. 115–119.

Знаменська М. А. До питання інформаційно-комунікативної політики в процесі проведення реформи системи охорони здоров'я / М.А.Знаменська // Сучасні наукові дослідження представників медичної науки – прогрес медицини майбутнього : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 22–23 лют. 2013 р. – К. : Київський медичний науковий центр, 2013. – 104 с. – С. 67–71.

Знаменська М. А. Задачі і функції ресурсного центру з забезпечення комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська / Перинатальна медицина : тези наук. робіт конф. молодих вчених України, м. Київ, 24.04.2015 р. – К., 2015. – С. 18–19.

Знаменська М. А. Управління системою комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // «ScienceRise» Medical Science. – 2015. – № 6/4 (11). – С. 85–88.

Знаменська М. Наукові комунікації в охороні здоров'я. Публікації з організації охорони здоров'я / М. Знаменська // Журн. заступника головного лікаря. – 2014. – № 2. – С. 62–64.



Знаменська М. А. Актуальні питання забезпечення діяльності комплексної системи комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // «ScienceRise» Medical Science. – 2015. – № 8/3 (13). – С. 96–100.

Знаменська М. А. Інформатизація закладів охорони здоров'я, як основа ефективних комунікацій в системі охорони здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Медична інформатика та інженерія. – № 2. – 2015. – С. 85–89.

Знаменська М. А. Комунікативна політика як ефективний засіб реформування системи охорони здоров'я / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 78–83.

Знаменська М. А. Комунікації в практиці сімейного лікаря / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 1. – С. 122–125.

Знаменська М. А. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // «ScienceRise» Medical Science. – 2015. – № 7/4 (12). – С. 59–62

Знаменська М. А. Концептуальні підходи до запровадження системи комунікацій із проведення реформи охорони здоров'я України / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Наук. вісник міжнар. гуманіт. ун-ту : зб. наук. праць. – Серія : Медицина. Фармація. / М-во освіти і науки України, Міжнар. гуманіт. ун-т. – Вип. 5. – Одеса, 2013. – С. 23–26.

Знаменська М. А. Методичні підходи до оцінки ефективності програм комунікацій з населенням в охороні здоров'я / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 2. – С. 42–46.

Знаменська М. А. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку / М. А. Знаменська, Г. О. Слабкий // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2015. – Т. 5, № 2 (16). – С. 42–44.

Знаменська М. А. Наукові комунікації в охороні здоров'я. Документи Всесвітньої організації охорони здоров'я / М. А. Знаменська // Журн. заступника головного лікаря. – 2014. – № 1. – С. 63–64.

Знаменська М. А. Наукові комунікації в охороні здоров'я. Публікації з організації охорони здоров'я: монографії вітчизняних авторів / М. А. Знаменська // Журн. заступника головного лікаря. – 2014. – № 1. – С.

Знаменська М. А. Удосконалення системи підготовки сімейних лікарів до роботи з питань профілактики хронічних захворювань та формування у населення здорового способу життя / М. А. Знаменська, Г. А. Слабкий // Strategy of Quality in Industry and Education : XI International Conference, Varna, Bulgaria, 1–5 June, 2013. Acta Universitatis Pontica Euxinus : Междунар. научн. журн. Специальный вып. Матеріали в 3-х томах. Том II. – 2015. – С. 250–256.

Знаменська М. А. Щодо відповідального ставлення дорослого населення з хронічними неінфекційними хворобами до власного здоров'я та способу життя / М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2. – С. 81–84.

Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 246–254

Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. методичні рекомендації / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, І. С. Миронюк, В. В. Кручаниця– К., 2016. – 20 с.

Комунікації у процесі впровадження та супроводу реформування / Г.О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, Л. В. Яценко, [Р. П. Кнут, М. А. Знаменська] // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2–3. – С. 176–181.

Кривенко Є. М. Використання медичних інформаційних систем у комунікаційній діяльності / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко, М. А. Знаменська // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 54 – 59.

Кривенко Є. М. Розвиток інформаційного забезпечення сфери охорони здоров'я / Є. М. Кривенко, Д. Д. Дячук, М. А. Знаменська // Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації». 2002–2011 : [монографія]; за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. – К., 2013. – С. 248–254.

Модель комунікацій з пропаганди здорового способу життя / Г.О.Слабкий, А. Є. Горбань, М. А. Знаменська [та ін.] // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Вип. 1. – Т. 1, № 347/1/14. – К., 2015.

Модель комунікацій на рівні закладу охорони здоров'я / Г.О.Слабкий, М. А. Знаменська, О. М. Дзюба [та ін.] // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Вип. 1. – Т. 1, № 348/1/14. – К., 2015.

Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, П. С. Мельник [та ін.] / – Реєстр галузевих нововведень. – 2016. Вип. 2, Т. 1. – Реєстр. № 347/2/15.

Модель комунікацій у сфері репродуктивного здоров'я// Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, В. В. Шафранський, П. С. Мельник [та ін.] / – Реєстр галузевих нововведень. – 2016. – Вип. 2, Т.1. – Реєстр. № 348/2/15.

Модель науково-методичного забезпечення комунікацій з реформування охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, А. Є. Горбань, М. А. Знаменська [та ін.] // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Вип. 1. – Т. 1, № 349/1/14. – К., 2015.

Свиридюк В. З. Моделі комунікативної взаємодії пацієнта і медпрацівника як основа реформування галузі охорони здоров'я / В. З. Свиридюк, М. А. Знаменська // Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. Спеціальний вип. : матеріали V з'їзду спеціалістів з соц. медицини та організаторів охорони здоров'я України, м. Житомир. 11–12 жовт. 2012 р. – Житомир, 2012. – С. 103–105.

Слабкий Г. А. Методические подходы использования коммуникативной модели PR-технологий в ходе реформирования системы здравоохранения страны / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская // Стратегия качества в промышленности и образовании : материалы IX Междунар. конф., Варна, Болгария, 31 мая – 7 июня 2013 р. Acta Universitatis Pontica Euxinus : междунар. научн. журн. Специальный вып. Материалы в 3-х томах. Том III. – Дніпропетровськ-Варна, 2013. – С. 657–659

Слабкий Г. А. Методические подходы к проведению коммуникаций в ходе реформирования системы здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская //

Экспериментальная и клиническая медицина : науч.-практ. журн. – Тбилиси, 2013. – № 1. – С. 40–45.

Слабкий Г. О. Комплексна система комунікацій в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська, А. Є. Горбань // Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Вип. 1. – Т. 1, № 337/1/14. – К., 2015.

Слабкий Г. О. Щодо комунікацій з перетворення закладів охорони здоров'я в комунальні неприбуткові підприємства / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2 (16). – С. 167–169.

Слабкий Г. О. Використання інформаційних технологій в системі комунікацій в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Клиническая информатика и телемедицина. – 2015 – Т. 11, вып. 12. – С. 43 – 45.

Слабкий Г. А. Коммуникационные программы по вопросу реформирования системы здравоохранения страны и ее составляющие / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменська // Актуальні питання формування здорового способу життя та використання оздоровчих технологій : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Херсон, 30–31 трав. 2013 р. – Херсон, 2013. – С. 205–208.

Слабкий Г. А. Место информационного отраслевого ресурсного центра в коммуникативной политике проведения реформы здравоохранения / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменская, Н. Г. Левенец // Материалы Всерос. конф. с междунар. участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения, г. Москва, 12 марта 2014 г. : тези доп. – М., 2014. – С. 195–196.

Слабкий Г. О. Визначення цільових груп громадськості та їх пріоритизація в системі комунікацій при проведенні реформи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Перспективні напрямки української науки : зб. ст. учасників дев'ятнадцятої всеукр. наук.-практ. конф. «Інноваційний потенціал української науки – ХХІ сторіччя», м. Запоріжжя, 26 лют. – 6 берез. 2013 р. – Т. 1. Науки гуманітарного циклу. – Запоріжжя : вид-во ПГА, 2013. – 94 с. – С. 42–44.

Слабкий Г. О. Модель комунікацій в сфері репродуктивного здоров'я / Г. О. Слабкий, М. А. Знаменська // Современная педиатрия. – 2015. – № 4 (68). – С. 30–32.

Слабкий Г. О. Управління змінами в ході проведення реформи системи охорони здоров'я як чинник комплексної програми комунікацій / Г. А. Слабкий, М. А. Знаменська // Роль та місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса. 27 груд. 2013 р. – Одеса, 2013. – С. 105–107.

Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедичних технологій / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко., М. А. Знаменська // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік : [монографія] / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К. : МВЦ «Медінформ», 2015. – С. 404–418.

Шафранський В. В. Використання комунікацій в системі громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1. – С. 92–94

Щодо оцінки ефективності комунікативних програм в охороні здоров'я / Г. О. Слабкий, І. М. Рогач, М. А. Знаменська [та ін.] // 69-та підсумкова наук. конф. професорсько-викладацького складу УжНУ. Ф-т післядипломної освіти та до університетської підготовки : тези доп. – Ужгород, 2015. – С. 54–55.

# **КОМУНІКАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

## **Монографія**

### **Автори:**

**Знаменська М.А.** – доктор медичних наук

**Слабкий Г.О.** – доктор медичних наук, професор

**Знаменська Т.К.** – доктор медичних наук, професор