



www.nauka.zinet.info

Південноукраїнський гуманітарний альянс
Громадське об'єднання «Соціальна дія»

ПЕРСПЕКТИВНІ НАПРЯМКИ СВІТОВОЇ НАУКИ

Збірник статей
учасників тридцять четвертої
Всеукраїнської науково-практичної конференції
**"ІННОВАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ
СВІТОВОЇ НАУКИ - ХХІ СТОРІЧЧЯ"**



Запоріжжя 2015

Секція «Сучасні інформаційні технології»:

Богушевский В.С., Антоневиц О.А. УСТРОЙСТВО КОНТРОЛЯ УСИЛИЯ ЗАПИРАНИЯ ПРЕСС-ФОРМЫ В МАШИНЕ ЛИТЬЯ ПОД ДАВЛЕНИЕМ	32
Затока С.А. КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МЕТОДИКИ ИСПЫТАНИЙ МАГНИТОМЯГКИХ МАТЕРИАЛОВ НА ПОСТОЯННОМ ТОКЕ	35
Шведова В.В., Заика Ю.В. АДАПТИВНАЯ СИСТЕМА ОБРАБОТКИ ДАННЫХ МНОГОКРАТНЫХ ИЗМЕРЕНИЙ	38

Секція «Технічні науки та будівництво»:

Бабчук С.М. СПЕЦІАЛІЗОВАНІ КОМП'ЮТЕРНІ МЕРЕЖІ, ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОЗДАТНОСТІ ПРОДУКЦІЇ АВІАБУДІВНИХ ПІДПРИЄМСТВ УКРАЇНИ	41
Баранова Т.М., Гардаш І.В. ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗВИТКУ МОДИ В СЦЕНІЧНОМУ КОСТЮМІ	43
Богушевский В.С., Горбачева М.В. УСТРОЙСТВО КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРЫ МЕТАЛЛА В КОНВЕРТЕРЕ	46
Гупало О.В. НАГРІВАННЯ ТІЛ ПРИ РОЗПОДІЛЕНИХ ПІДВЕДЕННІ ПАЛИВА ТА ВІДВЕДЕННІ ПРОДУКТІВ ЗГОРЯННЯ УЗДОВЖ ЗОНИ ТЕПЛООБМІНУ	50
Tovstuka O. , Kosmach A. KINEMATICS DEPENDENCIES OF TECHNICAL SYSTEMS IN SOLIDWORKS	53
Трубачев С.И., Колодежный В.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТЕРЖНЕЙ ПЕРЕМЕННОГО СЕЧЕНИЯ	55
Ульянов В.Ю. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ СКВАЖИННОЙ РАДОНОМЕТРИИ НА ОБЪЕКТАХ НЕДРОПОЛЬЗОВАНИЯ	58

Секція «Менеджмент та маркетинг»:

Ганущин С.Н. КОМУНІКАТИВНА ПІДГОТОВКА В ДЕРЖАВНОМУ УПРАВЛІННІ	59
Ревенко Ж.А. ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ОДНА ІЗ ОСНОВНИХ ЛАНОК УПРАВЛІННЯ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	61
Чекалюк В.В. ПОЗИТИВНИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІМІДЖ МОЛОДОЇ КРАЇНИ – ЦЕ ІННОВАЦІЙНИЙ МІСТОК У СТАБІЛЬНЕ ЕКОНОМІЧНО-ПОЛІТИЧНЕ МАЙБУТНЄ	63
Ясинська Е.Ц., Вацик М.З. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА КОНКУРЕНЦІЮ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	64

Список використаних джерел

1. Амінов І.І. Психологія ділового спілкування. – М.: Омега-Л. 2006. – 304 с.
2. Оболенський О. Ю. Державна служба : навч. посіб. / О. Ю. Оболенський. – К. : КНЕУ, 2003. – 344 с
3. Андрєєва Г.М. Соціальна психологія. – М., 2004. – 365 с.
4. Режим доступу: www.center.gov.ua/pres.../145_0634317872cbe6ce1412933a265a53ab
5. Тронь В.П. Механізм приборкування некомпетентності і безвідповідальності в управлінні ієрархією / В.П. Тронь // Управління сучасним містом. – 2001. – № 7 – 9 (3). – 398 с.
6. Жуков Ю.М., Петровська Л.А., Растянніков П.В. Диагностика и развитие компетентности в общении. Режим доступу: <http://kursak.net/zhukov-yu-m-petrovskaya-l-a-rastyannikov-p-v-diagnostika-i-razvitie-kompetentnosti-v-obshhenii>

**ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ОДНА ІЗ ОСНОВНИХ ЛАНОК УПРАВЛІННЯ
В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Ревенко Ж.А.

Україна, м. Чернівці,

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Анотація Якість медичної допомоги населенню характеризує діяльність галузі управління як системи за результатами аналізу комплексу різноманітних параметрів, що визначають можливості організації з позиції ресурсного забезпечення, ефективності управління, функціональних властивостей, оцінки результатів діяльності.

Аннотация: Качество медицинской помощи населению характеризует деятельность отрасли управления как системы по результатам анализа комплекса различных параметров, определяющих возможности организации с позиции ресурсного обеспечения, эффективности управления, функциональных свойств, оценки результатов деятельности.

Ефективністю управління діяльністю закладів охорони здоров'я визначається не тільки показниками обсягу її роботи, але й оцінюється у взаємозв'язку з показниками якості медичної допомоги.

Оцінка якості в системі охорони здоров'я є однією з актуальних проблем удосконалення медичного забезпечення. Складністю її виділення обумовлена специфічністю галузі, діяльність якої спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, яке підпорядковане та залежить в більшій мірі від обсягу та якості медичної допомоги.

Якість – це суб'єктивна ціннісна категорія; кожна людина розуміє її по-різному. Тому існує дуже багато підходів до визначення якості медичної допомоги, але на нашу думку найкраще висвітлює це поняття наступне - це процес взаємодії лікаря та пацієнта, заснований на професіоналізмі лікаря, тобто його здатності зменшити ризик прогресування захворювання у пацієнта та виникнення нового патологічного процесу, оптимально використовуючи ресурси медицини та забезпечити задоволеність пацієнта наданою йому медичною допомогою.

Оцінка якості медичної допомоги може ґрунтуватись на визначенні сукупності результатів профілактики, діагностики та лікування захворювань згідно з відповідними вимогами. Вона передбачає потребу оцінки своєчасності та повноти обстеження, наступництва в роботі поліклініки стаціонару, обґрунтованості госпіталізації, застосування сучасних методів діагностики та лікування в повному обсязі, здійснення систематичного аналізу діяльності відповідних підрозділів, стану медичного технічного, медичного тощо.

Отже, необхідно оцінювати рині сторони лікувально-профілактичної допомоги за допомогою експертних оцінок.

Теорія управління якістю пропонує вивчити якість надання медичної допомоги за 8 характеристиками:

1. Професійна компетентність: професійна компетентність визначається рівнем навиків і вмінь, що реалізуються в процесі діяльності людей, які надають медичні послуги, в діяльності керівництва й обслуговуючого персоналу.

2. Доступність медичної допомоги: під доступністю ми розуміємо ступінь, в якій медична допомога може безперешкодно надаватися, незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних або мовних чинників.

3. Результативність: під результативністю ми розуміємо міру, в якій лікування пацієнта призводить до поліпшення його стану або до бажаного результату.

4. Особисті взаємини: чинник взаємовідносин відноситься до якості взаємодії між провайдерами послуг і споживачами, керівництвом і провайдерами медичної допомоги, медичними працівниками та місцевими жителями.

5. Економічна ефективність визначається відношенням між потребою в обслуговуванні і існуючими ресурсами для надання допомоги. Ефективність досягається шляхом надання оптимального обсягу медичної допомоги населенню, тобто найбільше допомоги найкращої якості, що може бути досягнуте при наявних ресурсах.

6. Безперервність і послідовність: чинник безперервності віддзеркалює ступінь, в якій пацієнт одержує необхідне йому/їй медичне обслуговування без перерв, зупинок або зайвих повторень обстежень або лікування.

7. Безпечність: чинник безпеки відноситься до ступеня, в якій система медичної допомоги знижує ризик пошкоджень, інфікування, побічних явищ чи інших збитків в процесі надання медичної допомоги.

8. Зручність: комфортність відноситься до тих характеристик медичного обслуговування, що безпосередньо не відносяться до клінічної ефективності, але можуть позитивно вплинути на ступінь задоволеності

пацієнта якістю обслуговування. Управління якістю медичної допомоги складається з 3 основних виглядів діяльності: створення якості, поліпшення якості, контролю рівня якості.

Сюди входять усі види діяльності, направлені на створення системи якості, підвищення якості існуючої системи, спостереження за якістю (встановлення стандартів, аудит, вирішення проблем, система моніторингу, самооцінка, зворотний зв'язок, дії менеджменту, оцінка якості, процес перебудови).

Високий рівень технологій надання медичної допомоги у світовій практиці, функціонування і розвиток доказової медицини вимагають перегляду акцентів у формуванні політики якості в українській охороні здоров'я. Якість медичної допомоги визначається, передусім, системою організації ОЗ в цілому і кожної її галузі зокрема.

Рівень якості надання медичної допомоги населення лікарями визначається за допомогою стандартів якості.

Стандарт якості – це набір показників та параметрів, які характеризують бажаний стан здоров'я пацієнта на момент виписки чи закінчення лікування, а також стандартний набір оптимальних, необхідних при даному захворюванні лабораторних аналізів, функціональних та інших методів обстеження та лікування.

Управління якістю медичної допомоги використовує визначення стандарту як результат очікуваної якості, що може існувати в наступних формах:

- стандарт діяльності: кількісна характеристика очікуваного результату обслуговування або типів послуг, що є допоміжними для забезпечення обслуговування;
- специфікація: формулювання специфічних вимог до обладнання, будівлі чи матеріалів, що необхідні для надання медичної допомоги;
- рекомендації для клінічної практики або клінічний протокол: науково-практичні положення, що регулюють процес прийняття рішень лікарями й медсестрами при певних обставинах надання медичної допомоги або проведення лікування. Рекомендації для клінічної практики визначають необхідні клінічні оцінки й заходи, що вживаються при певних діагнозах;
- стандарти для адміністративно-управлінських кадрів: таким же чином, як клінічні працівники керуються протоколами й рекомендаціями, керівництво й обслуговуючий персонал використовують описи процедур й управлінські стандарти, що необхідні для реалізації діяльності персоналом. Комплекс адміністративних заходів такий же різноманітний, як і діяльність обслуговуючого персоналу організації.

На основі **стандартів якості** розробляються шкали оцінки рівня якості стану здоров'я та набору заходів. Шкала оцінки рівня якості стану здоров'я: незадовільне – 0% , задовільне – 50% , добре – 75% , відмінне – 100%. Шкала оцінки набору заходів: не обстежений - 0% , погано обстежений - 25% , обстежений наполовину - 50% , обстежений майже повністю - 75% , обстежений повністю - 100%

Наприклад. Хворий на ІХС закінчує лікування. При оцінці набору заходів виявлено, що перед випискою не була зроблена ЕКГ, не був повністю ліквідований больовий синдром. Відповідно з запропонованими оціночними шкалами набір заходів, проведених хворому, оцінюються, як «обстежений наполовину» (50%); оцінка якості лікування на «задовільно» (50%).

Тоді рівень якості надання допомоги даному хворому складає:

$$P. Я. = \frac{50\% + 50\%}{200} = 0,5$$

Так визначається рівень якості одного хворого (0,5 – коефіцієнт якості). Рівень якості лікування групи хворих визначається за такою формулою:

$$P. Я. Л. = \frac{1}{n} \sum^n P. Я.$$

P.Я.Л. – рівень якості роботи лікаря.

N – число хворих.

P.Я. – рівень якості надання медичної допомоги кожному хворому.

З використанням цієї формули рівень якості роботи лікаря визначається вибірково на групі хворих.

Приклад. Лікар лікував 7 хворих, рівень якості лікування кожного склав: 0,5; 0,625; 0,75; 0,875; 0,5; 0,875; 0,375.

$$P. Я. Л. = \frac{0,5 + 0,625 + 0,75 + 0,875 + 0,5 + 0,875 + 0,375}{7} = 0,643$$

Тобто рівень якості надання медичної допомоги хворим даного лікаря складає всього 64,3%.

В поліпшенні якості медичної допомоги зацікавлені всі: населення, уряд, органи місцевого самоврядування, співробітники МОЗ, роботодавці і медичні працівники. Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок механізму поліпшення якості медичної допомоги можливі тільки при їх взаємодії. Тільки державний і міжгалузевий підхід до формування політики медичної допомоги дозволить забезпечити її високу якість. Тому керівні органи охорони здоров'я федеральної і територіальної рівнів, лікарські асоціації, страхові медичні організації, навчальні заклади, що здійснюють переддипломну підготовку й післядипломне навчання медичних кадрів, медичні установи, що безпосередньо надають медичну допомогу, повинні керуватися єдиною стратегією поліпшення якості медичної допомоги. Для цього необхідна розробка комплексної програми управління якістю медичної допомоги і її виконання з чітким розмежуванням обов'язків і відповідальності.

Література:

1. Гришин В.В. Регулирование процессов становления страховой медицины. – М.: Наука, 1997. – 352 с.

2. Зіменковський А.Б. Системний підхід до оцінки якості медичної допомоги в період реформування охорони здоров'я в Україні // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я. – 2003. – С. 42-45.
3. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Доручення Кабінету Міністрів України від 1 листоп. 2000 р. № 18249/1 до Закону України від 5 жовтня 2000 р. № 32017; Доручення Президента України від 6 березня 2003 р. № 31-1/25.
4. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? // JAMA. – 1988/ - Vol.260. – P. 1743-1748.
5. Hinchey JA, Furlan AJ, Frank J, Kay R, Dish D, Hill C. Is in-hospital stroke mortality an accurate measure of quality of care? // Neurology. – 1998. – Vol.50. – P.619-625

ПОЗИТИВНИЙ ДЕРЖАВНИЙ ІМІДЖ МОЛОДОЇ КРАЇНИ – ЦЕ ІННОВАЦІЙНИЙ МІСТОК У СТАБІЛЬНЕ ЕКОНОМІЧНО-ПОЛІТИЧНЕ МАЙБУТНЄ

Чекалюк В.В.

Київський Національний Університет
імені Т.Г. Шевченка

Анотація. Імідж країни, репрезентований у ЗМІ, залежить від існуючого іміджу перших осіб та лідерів, а також від представників еліти, насамперед від Президента. Обраний народом, лідер відіграє провідну роль у політичному житті країни і формуванні її іміджу. Ми розглядаємо вплив іміджу президента на формування іміджу держави.

Ключові слова: медіа, президент, лідер, імідж, аудиторія.

Аннотация. Автор рассматривает влияние имиджа президента на формирование имиджа государства. Имидж государства напрямую зависит от имиджа первых лиц и лидеров, а также от представителей элиты, творческих лиц и спортсменов, но, прежде всего, от Президента.

Ключевые слова: медиа, президент, лидер, имидж, аудитория.

Annotation. Image of the state straightly depends from the image of the first person of the country, the leaders, and representatives of elite, representatives of culture, sportsmen, and first of all the president of himself. Elected by people, leader plays important part in political life of the country. This article is devoted to president image influence on state image formation. In this research a range of ways of developing the image of the president in the modern information space is offered to influence the forming of the image of the country.

The key words: media, president, leader, image, audience.

Імідж країни, репрезентований у ЗМІ, залежить від існуючого іміджу перших осіб та лідерів, а також від представників еліти, насамперед від Президента. Обраний народом, лідер відіграє провідну роль у політичному житті країни і формуванні її іміджу.

Правильно сформований державний імідж молоді країни – це інноваційний місток у майбутнє, справжній науковий прорив. XXI ст. дало нову хвилю науковців-іміджмейкерів і громадських діячів нової формації, без фаховості яких не буде працювати система держави. Запорука економічно-політичного успіху в руках іміджмейкерів, котрих у даному контексті можна назвати винахідниками, адже створення репутації, вплив і відповідність запитів аудиторії, побудова міждержавних ефективних багатовекторних комунікацій, дієвих проєктів, - це нова технологія, новий науково доведений інструмент досягнення мети. Державний імідж, віддзеркалений у ЗМІ, – результат взаємодії носія іміджу та інформаційної аудиторії.

Актуальність: У статті вперше проаналізовано інструменти і методи впливу на аудиторію, формування іміджу в різних політичних ситуаціях. Досліджено досвід науковців-практиків, іміджмейкерів щодо створення і поширення революційних наукових технологій впровадження позитивного іміджевого забарвлення об'єкту (предмету іміджу) у масову свідомість.

Вивченням даної тематики займаються провідні вітчизняні і закордонні вчені, іміджмейкери, зокрема: С.М. Квіт, Г.Г. Почепцов [3], В.В. Різун, В.Ф. Іванов, Д.В. Ольшанський, Т.В. Іванова, В.М.Шепель, А.П.Ситников, Жак Сегела, В. Костиков [4], Ричард Верслин Майкл Портер, Лі Куан Ю, Роберт Сквайр, Джон Диадорфф, Тим Белл и Бернард Ингхем, Ной Вебстер та ін.

На початку XXI ст. не існує єдиного алгоритму створення іміджу, але є спільний висновок: імідж потребує уваги і новацій, його треба створювати, формувати, зберігати за допомогою інструментів медіа і вдосконалювати систематично... Уява про лідера, його імідж і репутація напряду відображаються на ставленні до держави на світовій арені. Це підсвідома асоціація, тому що народ, більшість громадян країни, можуть не поділяти симпатії чи антипатії дипломатів, політиків, більше того іноді президент може бути лише формальним лідером, а асоціації з країною виникатимуть при згадці митця, спортсмена, політика, тобто народного лідера. Відкритість і публічність – найкращий інструмент формування і збереження позитивного політичного іміджу лідера і держави в цілому. Термін «імідж» - має англійське походження, поняття трактують як цілеспрямовано спрямований і емоційно забарвлений образ, що склався у масовій свідомості і набув характеру стереотипу; як набір певних якостей, які люди асоціюють з певним індивідом. Політичний імідж виникає тільки тоді, коли він стає «публічним» і починає стосуватися різних сторін політичної практики.

Дослідники пропонують групи і класифікації складових іміджу політичного лідера. Зосередимось на персональних характеристиках, а саме: фізичні, психофізичні особливості, характер, тип особистості, індивідуальний стиль прийняття рішень тощо. Соціальні характеристики – це, насамперед, належність до певної