

УДК 616-056.257-053.4/6-036.8:614
DOI 10.11603/1681-2786.2018.1.9238

В.А. ОГНЄВ, К.Г. ПОМОГАЙБО

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Харківський національний медичний університет

Мета: надати медико-соціальне обґрунтування та розробити модель управління якістю життя дітей та підлітків з ожирінням.

Матеріали і методи. Застосовано метод моделювання. В основу моделі покладено дані аналізу загальносвітового досвіду щодо проблеми дитячого ожиріння та результати проведених досліджень (якості життя, поширеності, факторів ризику, якості медичного обслуговування).

Результати. Виходячи з результатів отриманих даних, побудовано модель управління якістю життя дітей з ожирінням. Визначено: основну мету, структуру, завдання та принципи запропонованої моделі. Основними напрямками взаємодії між елементами моделі є розробка державних стратегій, моніторинг основних показників дитячого ожиріння та планування пріоритетних заходів із оптимізації.

Висновки. Ефективне функціонування моделі управління дозволить покращити якість життя та буде сприяти адаптації дітей з даною патологією у суспільстві.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: якість життя; діти; ожиріння; модель управління; стратегії; заходи.

Оцінка якості життя стає одним із поширених і загально визнаних методів вивчення перебігу хронічних неспецифічних захворювань. За допомогою цього методу з'являється можливість аналізувати комплексний вплив хвороби на життя пацієнта, порівнювати ефективність різних підходів до лікування та прогнозувати перебіг захворювання [1].

Актуальність досліджень якості життя пацієнтів з ожирінням постійно підвищується. Це зумовлено зростаючою поширеністю та впливом даного захворювання на розвиток інших хронічних станів і тривалість життя. Окрім цього, особи, які мають надмірну масу тіла, страждають не тільки від хвороб і обмежень рухливості, а й мають ряд проблем, пов'язаних із дискримінацією та ізоляцією, що існують стосовно них у суспільстві [19].

Управління якістю життя передбачає виявлення і пояснення основних закономірностей цього процесу, формування основних цілей і функцій управління, характеру і механізмів взаємовідносин між суб'єктами і об'єктами управління. В основі управління якістю життя лежить система законів, закономірностей управління в сучасних умовах, які в більшості випадків мають об'єктивний характер та дають можливість передбачити перебіг процесів.

Забезпечення результативності та ефективності управління якістю життя безпосередньо пов'язані з обранням підходом до управління. Відповідно до принципів менеджменту якості, відображеними в міжнародних стандартах ISO 9000: 2005 та ISO 9004: 2009, найдієвішою формою

управління будь-яким об'єктом є поєднання системного і процесного підходів, які передбачають формування моделі управління, представленої у вигляді взаємопов'язаних і взаємодіючих процесів. Процес управління якістю життя дітей з ожирінням, орієнтований на оптимізацію основних його параметрів, в свою чергу, сприятиме адаптації дітей з даною патологією у суспільстві.

При побудові моделі управління якістю життя важливо визначити принципи системного підходу. До них належать: модель управління повинна бути чітко структурована і представлена у вигляді ієрархічної сукупності елементів, між якими є зв'язки і відносини; кожен елемент системи управління повинен мати певні властивості, які є відмінною характеристикою одного елемента від іншого, і набором функцій, що визначають його призначення; всі елементи системи і їх властивості повинні бути зорієнтовані в напрямку досягнення головної мети моделі управління, тобто кожен елемент моделі повинен мати конкретну мету, а цілі елементів у сукупності повинні становити мету всієї моделі.

Таким чином, модель управління якістю життя, яка побудована на основі принципів системного і процесного підходу буде мати властивості адаптивності й самоорганізації, що забезпечить здатність пристосовуватися до змін зовнішнього середовища за допомогою перегрупування елементів, зміни їх властивостей і інтеграції нових функцій, необхідних для вироблення відповідної реакції [2–7].

Мета дослідження: надати медико-соціальне обґрунтування та розробити модель управління якістю життя дітей та підлітків з ожирінням.

© В.А. Огнєв, К.Г. Помогайбо, 2018

Матеріали і методи. Розробка моделі управління якістю життя дітей та підлітків з ожирінням проводилася із застосуванням методу моделювання. В основу моделі покладено дані аналізу загальноосвітнього досвіду щодо проблеми дитячого ожиріння та результати проведених досліджень: оцінки якості життя 237 дітей з ожирінням віком 9–17 років за спеціальною методикою, вивчення поширеності надмірної маси тіла і ожиріння за допомогою верифікації даних індексу маси тіла репрезентативної вибірки 4789 дітей та підлітків віком від 6 до 17 років, факторів ризику розвитку захворювання і якості медичного обслуговування хворих у ході проведення соціологічного опитування 809 (413 – основна група; 396 – контрольна група) дітей та підлітків віком від 10 до 17 років з їх батьками та викопіювання даних історій розвитку дитини (ф. № 112/о) і контрольних карт диспансерного спостереження (ф. № 30/о).

Результати дослідження та їх обговорення. На початковому етапі, з метою визначення основних напрямків дослідження, було вивчено якість життя дітей та підлітків з ожирінням. Встановлено, що відносний середній показник якості життя дітей з цим захворюванням склав $(60,68 \pm 0,5) \%$. Якість життя більшості дітей $(79,3 \%)$ відповідає середньому рівню. Відносний середній показник був значно нижчий у пацієнтів з ускладненими формами захворювання, ніж без ускладнень – $(48,26 \pm 1,04) \%$ і $(62,62 \pm 0,43) \%$ відповідно. Встановлено, що на якість життя дітей з ожирінням значний вплив мали обмеження у фізичній і психоемоційній сферах.

Таким чином, заходи щодо поліпшення якості життя дітей з ожирінням мають бути орієнтовані на корегування саме цих обмежень, але для їх планування необхідно мати узагальнену інформацію із даного захворювання, тому проведене дослідження включало всебічний аналіз проблеми ожиріння серед дитячого населення.

За даними моніторингу показника індексу маси тіла серед дітей та підлітків 6–17 років було встановлено, що надмірна маса тіла і ожиріння було діагностовано у 720 $(15,1 \pm 0,5) \%$ дітей та підлітків – у 328 $(6,9 \pm 0,4) \%$ дівчаток і 392 $(8,2 \pm 0,4) \%$ хлопчиків. Отже, проблему зайвої ваги має кожна сьома дитина і такий рівень поширеності, в свою чергу, відповідає тенденціям у багатьох країнах світу. Причиною зростаючого рівня надмірної маси тіла і ожиріння серед дітей є те, що фактори розвитку сучасного суспільства призвели до того, що сьогодні багато дітей ростуть в середовищі, що спричиняє ожиріння [11]. В умовах глобалізації та урбанізації вплив цього середовища зростає в усіх соціально-економічних групах як у країнах із високим, так і з низьким і середнім рівнем доходів. Енергетичний дисбаланс виникає

в результаті зміни типу їжі, наявності та фінансової доступності продуктів, маркетингу, а також зниження фізичної активності, оскільки діти все більше часу проводять біля телевізора, за комп'ютером або присвячують дозвілля малорухливим видам відпочинку [12–15, 17]. Дослідження факторів ризику розвитку надмірної маси тіла і ожиріння підтверджують наведені загальноосвітні тенденції. Так, виявлено, що провідними факторами ризику були: сімейна схильність до зайвої ваги ($OR=4,11$; $p<0,001$; $\eta-9 \%$), нераціональне харчування ($OR=2,98$; $p<0,001$; $\eta-7 \%$), порушення режиму харчування ($OR=2,94$; $p<0,001$; $\eta-7 \%$), знижена рухова активність ($OR=2,68$; $p<0,001$; $\eta-5 \%$), щоденне перебування за електронними пристроями більше 3 год на день ($OR=2,21$; $p<0,001$; $\eta-4 \%$), відвідування підприємств швидкого приготування більш ніж 2 рази на тиждень ($OR=2,41$; $p<0,001$; $\eta-3 \%$). Таким чином, першочерговими заходами спрямованими на зниження рівня ожиріння та його наслідків серед дітей, які призводять до значного погіршення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, виявляються зміна стереотипів і середовища, яке спричиняє виникнення захворювання.

Одним із факторів, який впливає на рівень здоров'я і якість життя пацієнтів, є стан медичної допомоги. В результаті аналізу медико-організаційних заходів встановлено, що рівень діагностичної, первинної лікувально-консультативної та диспансерної роботи був недостатнім. Так, в 36,1 % випадків наявність ожиріння у дітей було виявлено в результаті самозвернення до ендокринолога. У структурі відвідувань до медичних працівників переважали звернення до вузьких спеціалістів. Виявлено, що загальний показник охоплення диспансерним наглядом був дуже низький – $(29,64 \pm 2,7) \%$.

При наданні медичної допомоги дітям з ожирінням обов'язково потрібно враховувати психологічні аспекти цього захворювання, які також були відзначені у ході дослідження якості життя хворих. Психоемоційне страждання може стати однією з найважливіших складових ожиріння, особливо у дітей. Тому сучасні програми лікування повинні базуватися на мультидисциплінарних підходах і передбачають залучення психіатрів та психологів.

Виходячи з результатів дослідження, варто зазначити, що проблема ожиріння серед дітей і підлітків вимагає прийняття рішень на національному рівні. Державна влада несе головну відповідальність за підготовку та прийняття законопроектів, цільових програм і нормативної бази, що охоплюють різні сектори на національному рівні. Основними напрямками державних стратегій є впровадження рекомендацій ВООЗ, розробка цільових та освітніх програм із профілактики

неінфекційних захворювань, створення середовища, яке сприятиме здоровому способу життя (можливості фізичної активності, доступності здорових продуктів харчування для всього населення), контроль маркетингової діяльності (маркетингу харчових продуктів та безалкогольних напоїв, впровадження стандартизованої системи маркування продуктів харчування з розміщенням інформації про харчову цінність на етикетці) [8–11, 16, 18]. На основі цільових програм та стратегій держави мають бути ухвалені адміністративні рішення у різних галузях. Отже, планування заходів щодо оптимізації якості життя дітей з ожирінням повинно здійснюватися у рамках проведення загальних стратегій, спрямованих на вирішення проблеми, та має бути комплексним із залученням усіх зацікавлених сторін.

З урахуванням проаналізованих даних було розроблено модель управління якістю життя дітей з ожирінням, яка ґрунтується на багаторівневому підході та передбачає використання механізмів моніторингу та підзвітності між суб'єктами управління різних рівнів. Головною метою запропонованої моделі є створення необхідних умов, що сприятимуть оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням. Відповідно до основної мети були сформувані принципи моделі управління:

1. Використання всіх фаз управлінського циклу, а саме збір, обробка інформації, прийняття рішень; планування реалізації рішень; доорганізація системи для виконання рішень та контроль.

2. Багаторівневий підхід, підзвітність та розподіл обов'язків і відповідальності між суб'єктами управління всіх рівнів.

3. Залучення всіх зацікавлених осіб (держави, громадянське суспільство, медичні, освітні установи та інші сфери) до вирішення проблеми дитячого ожиріння.

4. Забезпечення механізму зворотного зв'язку для ефективної взаємодії між суб'єктами і об'єктом управління.

5. Профілактична спрямованість і орієнтація на збереження і зміцнення здоров'я дитячого населення.

6. Наукова обґрунтованість цільових програм і пріоритетних заходів.

7. Орієнтація стратегій і програм на довгострокові наслідки для здоров'я і соціальної адаптації дітей, які страждають від ожиріння.

8. Доступність проведення заходів та охоплення всього дитячого населення, особливо соціально ізольованих та незахищених груп.

9. Міжнародне співробітництво та створення потенціалу та підтримки держав-членів у боротьбі з дитячим ожирінням. Впровадження нормативних актів, стандартів і рекомендацій ВООЗ.

Структурними елементами запропонованої моделі є суб'єкти управління, об'єкт управління,

а також ресурсне забезпечення. Модель містить суб'єкти управління якістю життя першого (органи державної влади, зокрема Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) і органи управління на регіональному рівні), другого (обласні лікувально-профілактичні заклади (ЛПЗ), органи управління на регіональному рівні та органи місцевого самоврядування, районні, міські, обласні заклади управління охороною здоров'я та громадські організації) та третього (лікувально-профілактичні заклади, навчальні заклади, громадські організації) рівнів. Об'єктом управлінського впливу виступає якість життя дітей та підлітків з ожирінням, як окрема категорія, яка характеризує ступінь обмеження життєдіяльності у фізичній, психологічній і соціальній сфері. Ресурсним забезпеченням моделі управління є кадри, матеріально-технічна, інформаційно-методична база, технології та фінансування. Кадрове забезпечення включає керівників органів самоврядування, лікарів усіх спеціальностей та рівнів надання медико-профілактичної допомоги, керівників та членів громадських організацій, керівників, педагогів та вихователів дошкільно-шкільних закладів, керівників та членів підприємств із виробництва продуктів харчування та підприємств громадського харчування. Матеріально-технічною базою є органи місцевого самоврядування, лікувально-профілактичні установи, дитячі дошкільно-шкільні установи, засоби масової інформації, виробники продуктів харчування, підприємства громадського харчування, громадські організації та інші. Інформаційно-методичний ресурс передбачає використання передового зарубіжного та вітчизняного досвіду, результатів науково-дослідних робіт, навчальних матеріалів, статистичної інформації, інтернет-сайтів, соціальної реклами та програм засобів масової інформації. Для реалізації запланованих заходів можуть використовуватися такі технології: розробка програм профілактики, діагностики та лікування, освітніх програм із раціонального харчування та профілактики надмірної маси тіла на індивідуальному, сімейному та популяційному рівнях, розробка та впровадження стандартів у різних сферах, створення належних умов для здорового способу життя, впровадження телекомунікаційних та інтернет-ресурсних технологій. Фінансування запропонованої моделі може здійснюватися за рахунок державного та місцевого бюджету, міжнародних фондів, інвестицій громадських організацій, приватних інвестицій.

Взаємодія між суб'єктами та об'єктом управління здійснюється шляхом механізму зворотного зв'язку, за допомогою якого суб'єкти управління вищого рівня отримують необхідну інформацію про стан проблеми, що, в свою чергу, забезпечує своєчасне та адекватне реагування.

Організація роботи моделі передбачає виконання відповідних завдань:

1. Розробка стратегій і програм із боку держави для різних сфер (секторів), що впливають на проблему дитячого ожиріння: охорони здоров'я, освіти, сільського господарства, харчової промисловості, громадського харчування, торгівлі та маркетингу, екологічного планування, масової інформації та інших.

2. Контроль і координація діяльності всіх структурних підрозділів, відповідальних за реалізацію покладених на них завдань.

3. Створення робочої групи з моніторингу основних показників ожиріння серед дітей.

4. Використання методології та нормативних показників, що дозволяють стандартним способом оцінювати основні аспекти проблеми ожиріння серед дітей (поширеність, стереотипи харчування, фізичну активність дітей і підлітків у різних соціально-економічних групах та інші).

5. Оцінка інтегрального показника якості життя дітей з ожирінням лікувально-профілактичними закладами та передача даних моніторингової групи.

6. Планування та реалізація комплексу заходів щодо оптимізації якості життя дітей з ожирінням на основі програм і стратегій держави в різних сферах та контроль її виконання.

Суб'єктами першого рівня повинно здійснюватися визначення проблеми, планування провідних стратегій і контроль. Розробка державних стратегій і програм із боротьби з ожирінням серед дітей, які, в свою чергу, служать основними механізмами управління, проводиться з урахуванням моніторингових даних (зведених звітів про проблему), використання світового досвіду, стандартів та принципів ВООЗ. Другий рівень управління передбачає створення робочої групи з моніторингу основних показників дитячого ожиріння, що складається з представників суб'єктів даного рівня. Робоча група уповноважена виконувати такі функції: збір та оцінку необхідної інформації про проблему ожиріння з використанням стандартних методик, створення загальної комп'ютерної бази, складання зведених звітів та передачу на розгляд суб'єктам першого рівня, планування пріоритетних заходів на основі державних стратегій та здійснення контролю за їх виконанням. Оскільки об'єктом управління є якість життя дітей з ожирінням, необхідно зазначити, що одним із напрямків діяльності робочої групи є моніторинг якості життя дітей з даною патологією та в запропонованій моделі вказані основні етапи моніторингу якості життя: збір інформації про стан якості життя дітей, включення даної інформації в зведені звіти про проблему ожиріння, розробка заходів із оптимізації якості життя на основі провідних стратегій держави та контроль. Суб'єкти третього рівня, в свою чергу, здійснюють безпосередню оцінку інтегрального індексу

якості життя (лікувально-профілактичні заклади) та реалізацію відповідних заходів із оптимізації (органи місцевого самоврядування, загально-освітні заклади, громадські організації та лікувально-профілактичні заклади).

Оцінка показників інтегрального індексу якості життя дітей, яка має проводитися лікарями лікувально-профілактичних закладів, включає три основних етапи: анкетування пацієнтів, розрахунок відносного показника якості життя за спеціальною формулою у відсотках та порівняння результатів зі шкалою. Методологія дослідження якості життя, поряд із традиційними методами діагностики, є альтернативною та дозволяє швидко та економічно проводити всебічну (багатовимірну) та динамічну характеристику стану здоров'я пацієнтів із хронічною патологією.

Запропонована модель містить комплексні заходи, які мають проводитися суб'єктами управління даного рівня (рис. 1).

Місцевими органами самоврядування повинно бути створено середовище, яке сприятиме дотриманню здорового способу життя (облаштування спортивних та ігрових майданчиків).

До обов'язкових заходів загальноосвітніх установ належать: включення медико-гігієнічного виховання в навчальний план; проведення шкільних інтервенцій, які мотивують дітей до певних змін стереотипів; створення освітніх програм на індивідуальному та сімейному рівнях; введення стандартів на продукти харчування в шкільному меню; заборона продажу солодких напоїв і висококалорійних продуктів із низьким вмістом корисних речовин на території шкіл; створення відповідних умов для занять фізичними вправами у вільний час для всіх дітей (в тому числі з обмеженими можливостями) та з урахуванням гендерного аспекту.

Громадські організації можуть створювати додаткові умови для реалізації подібних заходів: активізація і створення асоціацій із забезпечення державою здорового середовища проживання; впровадження навичок здорового харчування серед населення; розвиток стратегій і політики здорового способу життя.

Необхідними заходами для досягнення належного рівня якості медичної допомоги дітям з ожирінням є реалізація програм із збереження і зміцнення здоров'я, профілактики неінфекційних захворювань і проведення санітарної освіти; впровадження сучасних технологій і стандартів профілактики, діагностики та лікування даного захворювання; обов'язковий моніторинг показників індексу маси тіла при проведенні профілактичних оглядів дітей та підлітків; проведення лікувально-профілактичних заходів переважно на рівні первинної ланки медичної допомоги; підвищення рівня відповідальності сімейного лікаря

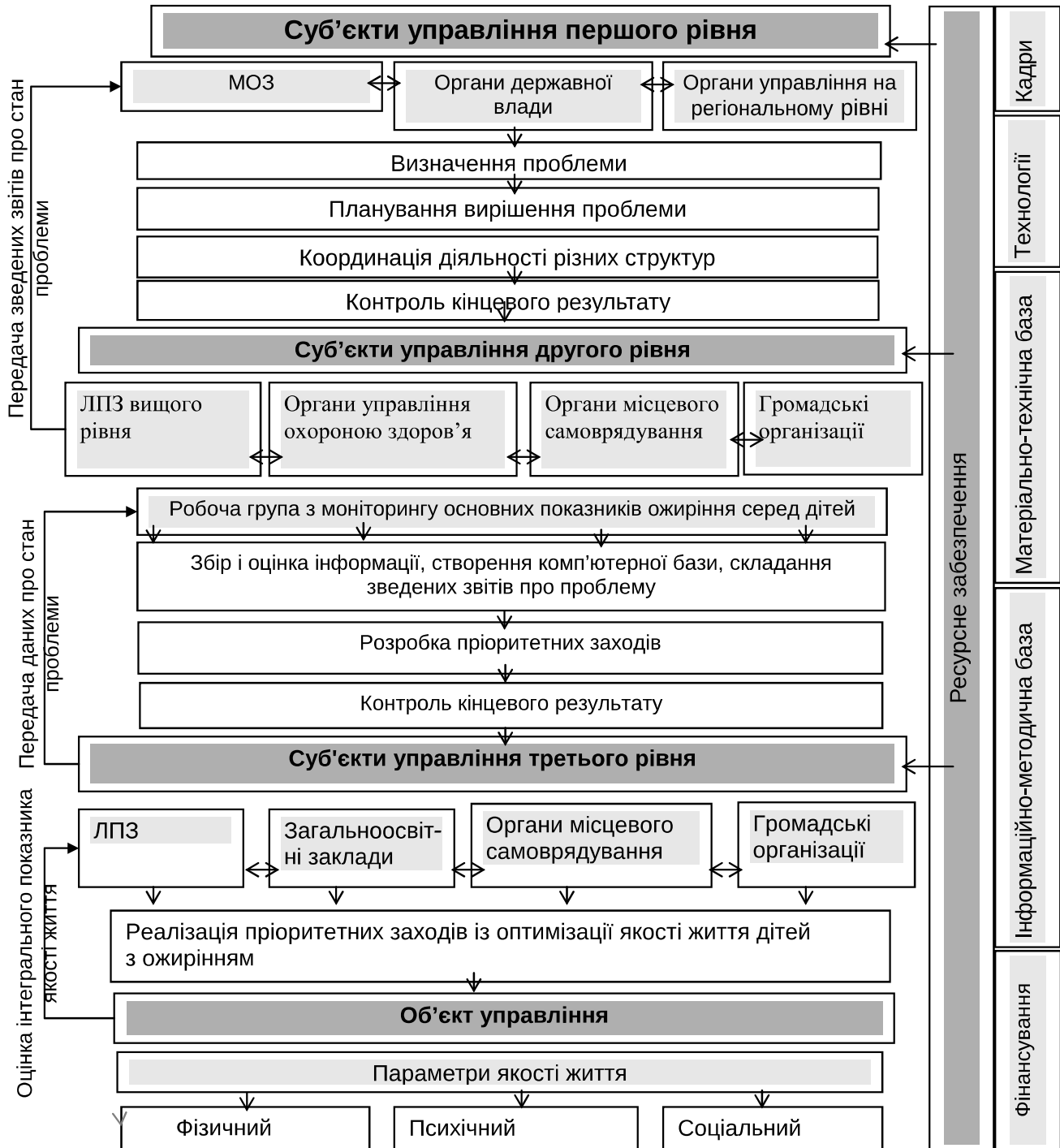


Рис. 1. Модель управління якістю життя дітей з ожирінням.

щодо надання медичної допомоги дітям з ожирінням та рівня кваліфікації з питань нутриціології; підвищення значимості диспансерного нагляду дітей з ожирінням і проведення оцінки якості диспансеризації; проведення психосоціальної корекції (психотерапії, мотиваційного інтерв'ю, використання сімейно-орієнтованого підходу); вивчення задоволеності пацієнтів (батьків хворих дітей) якістю медичної допомоги.

Висновки

Ефективна взаємодія між основними елементами запропонованої моделі управління якістю

життя дітей з ожирінням дає можливість оцінювати стан проблеми якості життя дітей з цією патологією та планувати відповідні пріоритетні заходи. Розробка та планування вказаних заходів повинна здійснюватися у рамках загальних державних стратегій, спрямованих на вирішення проблеми дитячого ожиріння, та має бути комплексним із залученням таких структур, як органи місцевого самоврядування, загальноосвітні установи, громадські організації та лікувально-профілактичні установи всіх рівнів. Таким чином, розроблена модель має практичне значення для

лікарів системи охорони здоров'я та дозволяє оптимізувати лікувально-профілактичну та реабілітаційну роботу серед дитячого населення.

Перспективи подальших досліджень. Заходи з оптимізації якості медичної допомоги дітям з

ожирінням, які запропоновані у моделі плануються впровадити в діяльність лікувально-профілактичних закладів та оцінити медичну, соціальну та економічну ефективність.

Список літератури

1. Баранов А. А. Изучение качества жизни в педиатрии / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий, И. В. Винярская. – К. : Здоров'я, 2010. – 272 с.
2. Лига М. Б. Формирование концептуальных подходов к качеству жизни в контексте неоклассической социологии / М. Б. Лига // *European Social Science Journal*. – 2012. – № 2. – С. 242–248.
3. Малюга С. В. Социальное управление: сущность, управление и проблемы / С. В. Малюга // *Научные проблемы гуманитарных исследований*. – 2010. – № 7. – С. 235–241.
4. Нагимова А. М. Теоретические подходы к исследованию проблемы качества жизни / А. М. Нагимова // *Электронный экономический вестник Татарстана*. – 2012. – № 1. – С. 355–361.
5. Присяжный М. Ю. Подходы к определению понятия «качество жизни» / М. Ю. Присяжный // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. – 2011. – № 5. – С. 283–295.
6. Присяжный М. Ю. Понятие «качества жизни» в системе смежных понятий / М. Ю. Присяжный // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. – 2011. – № 4. – С. 201–208.
7. Спиридонов С. П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования / С. П. Спиридонов // *Вопросы современной науки и практики*. – 2010. – № 10–12. – С. 208–223.
8. *A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. Geneva: World Health Organization, 2012
9. *A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight* / С. В. Ebbeling, H. A. Feldman, V. R. Chomitz [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 367. – P. 1407–1416.
10. *A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children* / J. C. Ruyter, M. R. Olthof, J. C. Seidell, M. B. Katan // *N. Engl. J. Med.* – 2012. – Vol. 367. – P. 1397–1406.
11. *Child and adolescent obesity: part of a bigger picture* / T. Lobstein, R. Jackson-Leach, M. L. Moodie [et al.] // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385. – P. 2510–2520.
12. *Lake A. Obesogenic environments: exploring the built and food environments* / A. Lake, T. Townshend // *J. R. Soc. Promot. Health*. – 2006. – Vol. 126. – P. 262–267.
13. *Litwin S. E. Childhood obesity and adulthood cardiovascular disease: Quantifying the lifetime cumulative burden of cardiovascular risk factors* / S. E. Litwin // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2014. – Vol. 64 – P. 1588–1590.
14. *Lobstein T. Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease* / T. Lobstein, R. Jackson-Leach // *International Journal of Pediatric Obesity*. – 2006. – Vol. 1. – P. 33–41.
15. *Miller A. L. Obesity-associated biomarkers and executive function in children* / A. L. Pediatr Res Miller, H. J. Lee, J. C. Lumeng // *Pediatr. Res*. – 2015. – Vol. 77. – P. 143–147.
16. *Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity* / T. T. K. Huang, J. H. Cawley, M. Ashe [et al.] // *Lancet*. – 2015. – Vol. 385. – P. 2422–2423.
17. *Pizzi M. A. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development* / M. A. Pizzi, K. Vroman // *Occup. Ther. Health Care*. – 2013. – Vol. 27. – P. 99–112.
18. *Popkin B. M. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses* / B. M. Popkin, C. Hawkes // *Lancet Diabetes Endocrinol.* – 2016. – Vol. 4 (2). – P. 174–186.
19. *Zeller M. H. Predictors of health-related quality of life in obese youth* / M. H. Zeller, A. C. Modi // *Obesity (Silver Spring)*. – 2006. – Vol. 14 (1). – P. 122–130.

References

1. Baranov, A.A., Albitskiy, V.Yu., & Vinyarskaya, I.V. (2010). *Izucheniye kachestva zhizni v pediatrii [Studying the quality of life in pediatrics]*. Kyiv: Zdorovia [in Russian].
2. Liga, M.B. (2012). Formirovaniye kontseptualnykh podkhodov k kachestvu zhizni v kontekste neoklassicheskoy sotsiologii [Formation of conceptual approaches to the quality of life in the context of neoclassical sociology]. *European Social Science Journal*, 2, 242-248. [in Russian].
3. Malyuga, S.V. (2010). Sotsialnoye upravleniye: sushchnost, upravleniye i problem [Social management: essence, management and problems]. *Nauchnyye problemy gumanitarnykh issledovaniy – Scientific Problems of Humanitarian Research*, 7, 235-241 [in Russian].
4. Nagimova, A.M. (2012). Teoreticheskiye podkhody k issledovaniyu problemy kachestva zhizni [Theoretical approaches to the study of the quality of life problem]. *Elektronnyy ekonomicheskiy vestnik Tatarstana – Electronic Economic Bulletin of Tatarstan*, 1, 355-361 [in Russian].
5. Prisyazhnyy, M.Yu. (2011). Podkhody k opredeleniyu ponyatiya "kachestvo zhizni" [Approaches to the definition of the concept of "quality of life"]. *Aktualnyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk – Actual Problems of the Humanities and Natural Sciences*, 5, 283-295 [in Russian].

6. Prisyazhnyy, M.Yu. (2011). Ponyatiye "kachestva zhizni" v sisteme smezhnykh ponyatiy [The concept of "quality of life" in a system of related concepts]. *Aktualnyye problemy gumanitarnykh i yestestvennykh nauk – Actual Problems of the Humanities and Natural Sciences*, 4, 201-208 [in Russian].
7. Spiridonov, S.P. (2010). Indikatory kachestva zhizni i metodologii ikh formirovaniya [Indicators of the quality of life and the methodology of their formation]. *Voprosy sovremennoy nauki i praktiki. Universitet im. V.I. Vernadskogo – Issues of Modern Science and Practice. V.I. Vernadskyi University*, 10-12, 208-223 [in Ukrainian].
8. A framework for implementing the set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. (2012). Geneva: World Health Organization.
9. Ebbeling, C.B., Feldman, H.A., Chomitz, V.R., Antonelli, T.A., Gortmaker, S.L., Osganian, S.K., et al. (2012). A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. *N. Engl. J. Med.*, 367, 1407-1416.
10. Ruyter, J.C., Olthof, M.R., Seidell, J.C., & Katan, M.B. (2012). A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. *N. Engl. J. Med.*, 367, 1397-1406.
11. Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M.L., Hall, K.D., Gortmaker, S.L., Swinburn, B.A. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385, 2510-2520.
12. Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *J. R. Soc. Promot. Health*, 126, 262-267.
13. Litwin, S.E. (2014). Childhood obesity and adulthood cardiovascular disease: Quantifying the lifetime cumulative burden of cardiovascular risk factors. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 64, 1588-1590.
14. Lobstein, T., & Jackson-Leach, R. (2006). Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*, 1, 33-41.
15. Miller, A.L., Lee, H.J., & Lumeng, J.C. (2015). Obesity-associated biomarkers and executive function in children. *Pediatr. Res.*, 77, 143-147.
16. Huang, T.T.K., Cawley, J.H., Ashe, M., Costa, S.A., Frerichs, L.M., Zwicker, L. et al. (2015). Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. *Lancet*, 385, 2422-2423.
17. Pizzi, M.A., & Vroman, K. (2013). Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. *Occup. Ther. Health Care*, 27, 99-112.
18. Popkin, B.M., & Hawkes, C. (2016). Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 4 (2), 174-186.
19. Zeller, M.H., & Modi, A.C. (2006). Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity (Silver Spring)*, 14 (1), 122-130.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБОСНОВАННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКОСТЮ ЖИЗНІ ДІТЕЙ С ОЖИРЕННЯМ

В.А. Огнев, Е.Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: предоставить медико-социальное обоснование и разработать модель управления качеством жизни детей и подростков с ожирением.

Материалы и методы. Использовался метод моделирования. В основу модели были положены данные анализа общемирового опыта по проблеме детского ожирения и результаты проведенных исследований (качества жизни, распространенности, факторов риска, качества медицинского обслуживания).

Результаты. Исходя из результатов полученных данных, была построена модель управления качества жизни детей с ожирением. Определены: основная цель, структура, задачи и принципы предложенной модели. Основными направлениями взаимодействия между элементами модели являются разработка государственных стратегий, мониторинг основных показателей детского ожирения и планирования приоритетных мероприятий по оптимизации.

Выводы. Эффективное функционирование модели управления позволит улучшить качество жизни и будет способствовать адаптации детей с данной патологией в обществе.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: качество жизни; дети; ожирение; модель управления; стратегии; мероприятия.

MEDICAL AND SOCIAL GROUNDS OF LIFE QUALITY MANAGEMENT MODEL FOR CHILDREN WITH OBESITY

V.A. Ognev, K.G. Pomogaibo

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Purpose: to provide medical and social justification and develop a model for managing the quality of life of children and adolescents with obesity.

Materials and Methods. The method of modeling was used. The model was based on data from the analysis of the world experience on the problem of childhood obesity and the results of the conducted studies: (quality of life, prevalence, risk factors, quality of medical care).

Results. Based on the results of the data obtained, a model for managing the quality of life of obese children was built. The goal, structure, tasks and principles of the proposed model are determined. The main areas of interaction between the elements of the model are: the development of government strategies, monitoring of basic indicators of childhood obesity and planning of priority optimization activities.

Conclusions. Effective functioning of the management model will improve the quality of life and will promote the adoption of children with this pathology in society.

KEY WORDS: **life quality; children; obesity; model management; strategy; measures.**

Рукопис надійшов до редакції 12.03.2018 р.

Відомості про авторів:

Огнєв Віктор Андрійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; тел.: +38(057) 707-73-20.

Помогайбо Катерина Георгіївна – асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; тел.: +38(097) 680-92-40.