**УДК 616-056.257-053.4/6-036.8:614**

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ**

В. А. Огнєв, К. Г. Помогайбо

**Актуальність.**

Оцінка якості життя стає одним з поширених і загальновизнаних методів вивчення перебігу хронічних неспецифічних захворювань. За допомогою цього метода 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 підвищуються. Це обумовлено зростаючою поширеністю та впливом даного захворювання на розвиток інших хронічних станів і тривалість життя. Окрім цього, особи, що мають надмірну вагу, страждають не тільки від хвороб і обмежень рухливості, а й мають ряд проблем, пов’язаних з дискримінацією та ізоляцією, що існують по відношенню до 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 якості життя лежить система законів, закономірностей управління в сучасних умовах, які в більшості випадків носять об'єктивний характер та дають можливість передбачити перебіг процесів.

Забезпечення результативності та ефективності управління якістю життя безпосередньо пов'язані з обраним підходом до управління. Відповідно до принципів менеджменту якості, відображеними в міжнародних стандартах ISO 9000: 2005 та ISO 9004: 2009 найбільш дієвою 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 відносяться наступне: 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 свою конкретну мету, а цілі елементів в 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 і самоорганізації, що забезпечить здатність пристосовуватися до змін зовнішнього середовища за допомогою перегрупування елементів, зміни їх властивостей і інтеграції нових функцій, необхідних для виробки відповідної реакції. [2-7].

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

Матеріали та методи: Розробка моделі управління якістю життя дітей та підлітків з ожирінням проводилася із застосуванням методу моделювання. В основу моделі були покладені дані аналізу загальносвітового 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 ваги і ожиріння за допомогою верифікації даних індексу ваги тіла репрезентативної вибірки 4789 дітей та підлітків у віці 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 у віці 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 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 складав 60,68%±0,5. Якість життя більшої кількості дітей (79,3% ) відповідала середньому рівню. Відносний середній показник був значно нижче у пацієнтів з ускладненими формами захворювання ніж без ускладнень–48,26%±1,04 і 62,62%±0,43 відповідно. Встановлено, що на якість життя дітей з ожирінням значний вплив мали обмеження у фізичної і психоемоційної сфері.

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 по даному захворюванню, тому проведене дослідження включало всебічний аналіз проблеми ожиріння серед дитячого населення.

За даними моніторингу показника індексу ваги тіла серед дітей та підлітків 6-17 років було встановлено, що надлишкова маса тіла і ожиріння було діагностовано у 720 (15,1±0,5%) дітей та підлітків – у 328 (6,9±0,4 %) дівчаток і 392 (8,2±0,4 %) хлопчиків. Отже проблему зайвої ваги має кожна сьома дитини і такий рівень поширеності, в свою чергу, відповідає тенденціям у багатьох країнах світу. Причиною зростаючого рівня надлишкової маси і ожиріння серед дітей є те, що фактори розвитку сучасного суспільства привели до того, що сьогодні багато дітей ростуть в середовищі, що сприяє ожирінню[14] В умовах глобалізації та урбанізації вплив цього середовища зростає в усіх соціально-економічних групах, як в країнах з 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 телевізору, за комп'ютером або присвячують дозвілля малорухливим видам відпочинку[11-13,15,16]. Дослідження факторів ризику розвитку надмірної ваги і ожиріння підтверджують наведені загальносвітові тенденції. Так, виявлено, що провідними факторами ризику були: сімейна схильність до зайвої ваги (OR=4,11; p <0,001; η-9%), нераціональне харчування (OR=2,98; p<0,001; η-7%), порушення режиму харчування (OR=2,94; p <0,001; η-7%), знижена рухова активність (OR=2,68; p <0,001; η-5%), щоденне перебування за електронними пристроями більше за 3 години на день (OR=2,21; p<0,001; η-4%), відвідування підприємств швидкого приготування більш ніж два рази на тиждень (OR=2,41; p <0,001; η-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 сприяє виникненню захворювання.

Одним з 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 само звернення 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 ± 2,7%.

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

Виходячи з результатів дослідження, слід 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 ВОЗ, розробка цільових та освітніх програм, програм з 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- 10, 14, 17, 18]. На основі цільових програм та стратегій держави мають бути ухваленні адміністративні рішення у різних галузях. Одже, 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 всіх зацікавлених сторін.

З урахуванням проаналізованих даних, була розроблена модель управління якості життя дітей з ожирінням, яка базується на багаторівневому підході та передбачає використання механізмів моніторингу та підзвітності між суб'єктами управління різних рівнів. Головною метою запропонованої моделі є створенні необхідних умов, що сприятимуть оптимізації якості життя дітей та підлітків з ожирінням. Відповідно до основної мети були сформовані 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 (держава, 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 на 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 в 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 (ЛПЗ), 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 з 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 по раціональному харчуванню та профілактики надмірної ваги на індивідуальному, сімейному та популяційному рівнях, розробка та впровадження стандартів в 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 з 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 в 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 по боротьбі 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 наступні 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 стратегії та здійснення контролю за їх виконанням. Оскільки об'єктом управління є якість життя дітей з ожирінням, необхідно зазначити, що одним з 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 по оптимізації якості життя на основі провідних стратегій держави та контроль. Суб'єкти третього рівня, в свою чергу, здійснюють безпосередню оцінку інтегрального індексу якості життя (лікувальні профілактичні заклади) та реалізацію відповідних заходів по оптимізації (органи місцевого самоврядування, загальноосвітні 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 з традиційними методами діагностики є альтернативним та дозволяє швидко та економічно проводити всебічну (багатовимірну) та динамічну характеристику стану здоров'я пацієнтів з хронічною патологією.

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

**Суб'єкти управління першого рівня**

МОЗ

Органи управління на регіональному рівні

Органи державної влади

Визначення проблеми

Планування вирішення проблеми

Координація діяльності різних структур

Контроль кінцевого результату

**Суб'єкти управління другого рівня**

ЛПЗ вищого рівня

Громадські організації

Органи управління охороною здоров'я

Органи місцевого самоврядування

Робоча група з моніторингу основних показників ожиріння серед дітей

Збір і оцінка інформації,створення комп'ютерної бази, складання зведених звітів про проблему

Розробка пріоритетних заходів

Контроль кінцевого результату

**Суб'єкти управління третього рівня**

Реалізація пріоритетних заходів по оптимізації якості життя дітей з ожирінням

ЛПЗ

**Об'єкт управління**

Параметри якості життя

Фізичний

Соціальний

Психічний

інформаційно-методична база

технології

Фінансування

кадри

матеріально-технічна база

Ресурсне забезпечення

Громадські організації

Органи місцевого самоврядування

Загальноосвітні заклади

передача зведених звітів про стан проблеми

передача даних про стан проблеми

оцінка інтегрального показника якості життя

Рис. 1 Модель управління якістю життя дітей з ожирінням

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 з 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 створювання асоціацій по забезпеченню 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 по збереженню і зміцненню 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 Ваги Тіла при проведенні профілактичних оглядів дітей та підлітків; проведення лікувально-профілактичних заходів переважно на рівні первинної ланки медичної допомоги; підвищення рівня відповідальності сімейного лікаря 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.

**Література**

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В. Изучение качества жизни в педиатрии. 2010. 272 с.

2. Лига М.Б. Формирование концептуальных подходов к качеству жизни в контексте неоклассической социологии // European Social Science Journal. – 2012. – № 2. – С. 242-248.

3. Малюга С.В. Социальное управление: сущность, управление и проблемы // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2010. – № 7. – С. 235-241.

4. Нагимова А.М. Теоретические подходы к исследованию проблемы качества жизни // Электронный экономический вестник Татарстана. – 2012. – № 1. – С. 355-361.

5. Присяжный М.Ю. Подходы к определению понятия «качество жизни» // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2011. – № 5 – С. 283-295.

6. Присяжный М.Ю. Понятие «качества жизни» в системе смежных понятий // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2011. – № 4. – С. 201-208.

7. Спиридонов С.П. Индикаторы качества жизни и методологии их формирования // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В.И. Вернадского. – 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. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A randomized trial of sugar-sweetened beverages and adolescent body weight. N Engl J Med. 2012;367:1407–16.

10. Huang TTK, Cawley JH, Ashe M, Costa SA, Frerichs LM, Zwicker L, et al. Mobilisation of public support for policy actions to prevent obesity. Lancet. 2015;385:2422–3

11. Lake A, Townshend T. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. J R Soc Promot Health. 2006;126:262–7

12.Litwin SE. Childhood Obesity and Adulthood Cardiovascular Disease: Quantifying the Lifetime Cumulative Burden of Cardiovascular Risk Factors. J Am Coll Cardiol. 2014;64:1588-90.

13. Lobstein T, Jackson-Leach R. 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. 2006;1:33–41.

14. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, et al. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. Lancet. 2015;385:2510–20.

15. Pediatr ResMiller AL, Lee HJ, Lumeng JC. Obesity-associated biomarkers and executive function in children. Pediatr Res. 2015;77:143–7.2

16. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children’s participation, mental health, and psychosocial development. Occup Ther Health Care. 2013;27:99–112.

17. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. Lancet Diabetes Endocrinol. 2015.

18. Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A trial of sugar-free or sugar-sweetened beverages and body weight in children. N Engl J Med. 2012;367:1397–406.

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.

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ**

В. А. Огнєв, К. Г. Помогайбо

**Харківський національний медичний університет**

Вступ. В даний час оцінка якості життя є одним з загальновизнаних методів вивчення перебігу хронічних неспецифічних захворювань.

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

**Результати та обговорення**.Виходячи з результатів отриманих даних, була побудована модель управління якості життя дітей з ожирінням. Визначені: основна мета, структура, завдання та принципи запропонованої моделі. Основними напрямками взаємодії між елементами моделі є: розробка державних стратегій, моніторинг основних показників дитячого ожиріння та планування пріоритетних заходів по оптимізації.

**Висновок:** Ефективне функціонування моделі управління дозволить покращити якість життя та буде сприяти адоптації дітей з даною патологією у суспільстві.

Ключові слова: якість життя, діти, ожиріння, модель управління, стратегії, заходи.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОБОСНОВАНИЕ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

В. А. Огнев, К. Г. Помогайбо

Харьковский национальный медицинский университет

**Введение.** В настоящее время оценка качества жизни является одним из общепризнанных методов изучения течения хронических неспецифических заболеваний.

**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 и обсуждения.** 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.

**Вывод:** Эффективное функционирование модели управления позволит улучшить качество жизни и будет способствовать адоптации 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**

**VA Ognev, K. G. Pomogaibo**

**Kharkiv National Medical University**

**Introduction.** At present, assessing the quality of life is one of the most widely accepted methods for studying the course of chronic nonspecific diseases.

**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.

**Conclusion:** 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.