

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**ФІЛОСОФІЯ, ЛОГІКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ НАУКОВИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм навчання за спеціальністю D3 «Менеджмент»
освітньої програми «Управління лікувально-профілактичними закладами»

Електронний ресурс

Рецензенти:

Вікторія Ковальська – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки, методики та менеджменту освіти Навчально-наукового інституту «Українська інженерно-педагогічна академія» Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Наталя Гончарова – доктор медичних наук, професор, магістр менеджменту, професор кафедри хірургії №2 Харківського національного медичного університету.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 27 березня 2026 року)*

Філософія, логіка та методологія наукових досліджень в охороні здоров'я :
Ф 56 конспект лекцій для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня денної та заочної форм навчання за спеціальністю ДЗ «Менеджмент» освітньої програми «Управління лікувально-профілактичними закладами» [Електронний ресурс] / уклад. В. А. Бурбига, І. М. Шалімова, В. М. Маркова. – Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – (PDF56 с.).

Конспект лекцій «Філософія, логіка та методологія наукових досліджень в охороні здоров'я» розроблений для магістрантів спеціальності «Менеджмент» (освітня програма «Управління лікувально-профілактичними закладами») і має на меті формування у майбутніх керівників медичних установ цілісного наукового світогляду та дослідницьких компетентностей. Курс інтегрує фундаментальні філософські знання, принципи логічного мислення та сучасні методології наукових досліджень, орієнтуючись на практичні потреби сучасного медичного менеджменту. У рамках восьми лекцій розглядаються філософські основи медичного знання, логіка прийняття управлінських рішень, етапи та методи наукового дослідження (від теоретичних до емпіричних і статистичних), міждисциплінарний підхід та ключові етичні та деонтологічні засади наукової діяльності. Курс підкреслює роль наукового дослідження як практичного інструменту для вирішення складних управлінських завдань, підвищення якості медичних послуг і забезпечення сталого розвитку системи охорони здоров'я.

УДК 37.01:001.891(075.8)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2026

© Бурбига В. А., Шалімова І. М.,
Маркова В. М., уклад., 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	4
МЕТА І ЗАВДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ "ФІЛОСОФІЯ, ЛОГІКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я", ЇЇ МІСЦЕ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	5
Лекція 1. Філософські основи сучасного медичного знання та управління в охороні здоров'я	7
Лекція 2. Наукове мислення і логіка в управлінні лікувально- профілактичними закладами	14
Лекція 3. Методологія наукових досліджень у сфері управління закладами охорони здоров'я	23
Лекція 4. Етапи та структура наукового дослідження у сфері охорони здоров'я	29
Лекція 5. Теоретичні та емпіричні методи наукового дослідження в медицині	34
Лекція 6. Статистичні, клініко-епідеміологічні та управлінські методи у медичних дослідженнях	38
Лекція 7. Наукове дослідження як форма практики: міждисциплінарний підхід в охороні здоров'я	43
Лекція 8. Оформлення результатів наукових досліджень та їх впровадження у практику: етичні та деонтологічні засади наукової діяльності в системі охорони здоров'я	47
ПІСЛЯМОВА	51
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.....	52

ВСТУП

Сучасна система охорони здоров'я України переживає період кардинальних трансформацій, що потребують від майбутніх управлінців медичних закладів не лише практичних навичок менеджменту, а й глибокого розуміння філософсько-методологічних засад наукового пізнання. У контексті реформування охорони здоров'я, впровадження інноваційних технологій та необхідності прийняття обґрунтованих управлінських рішень, особливої актуальності набуває формування у здобувачів освіти цілісного наукового світогляду та дослідницьких компетентностей.

Дисципліна "Філософія, логіка та методологія наукових досліджень в охороні здоров'я" посідає особливе місце в системі підготовки магістрів з управління лікувально-профілактичними закладами. Вона інтегрує фундаментальні філософські знання з практичними потребами сучасного медичного менеджменту, забезпечуючи формування критичного мислення, аналітичних здібностей та етичної культури майбутніх керівників.

Особливістю сучасного етапу розвитку медичної науки та управління є необхідність міждисциплінарного підходу, що поєднує медичні, соціальні, економічні, правові та управлінські знання. Саме тому дисципліна орієнтована на формування у здобувачів здатності до комплексного аналізу проблем охорони здоров'я, використання наукових методів дослідження в управлінській практиці та дотримання високих стандартів академічної доброчесності.

В умовах глобальних викликів, таких як пандемія COVID-19, зростання хронічних захворювань, демографічні зміни та обмеженість ресурсів, керівники медичних закладів повинні володіти не лише адміністративними навичками, а й здатністю до наукового осмислення проблем, формулювання гіпотез, проведення досліджень та обґрунтування інноваційних рішень.

МЕТА І ЗАВДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ "ФІЛОСОФІЯ, ЛОГІКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я", ЇЇ МІСЦЕ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

МЕТА ДИСЦИПЛІНИ

Метою викладання дисципліни є **формування у здобувачів вищої освіти цілісного уявлення про філософські засади науки, принципи логічного мислення та методологію наукових досліджень у сфері охорони здоров'я, забезпечення набуття знань і практичних навичок, необхідних для проведення науково-дослідної та аналітичної діяльності в системі управління лікувально-профілактичними закладами, з урахуванням вимог академічної доброчесності, етики та сучасних міждисциплінарних підходів.**

ЗАВДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ

1. Філософсько-світоглядні завдання:

- **Сформувати філософсько-світоглядну основу** для осмислення ролі науки і медицини в суспільстві, а також місця управління у системі охорони здоров'я
- **Розкрити ціннісні та гуманістичні орієнтири** в управлінні охороною здоров'я
- **Висвітлити філософські основи управлінських рішень:** свобода, відповідальність, етика, справедливість

2. Логіко-методологічні завдання:

- **Ознайомити здобувачів з основами логіки** як інструментом аналізу, аргументації, обґрунтування управлінських рішень та оцінки наукових результатів
- **Розкрити сутність і структуру наукового дослідження** в галузі управління медичними установами, з акцентом на актуальні проблеми сучасної системи охорони здоров'я
- **Надати знання про методи наукового пізнання**, у тому числі кількісні й якісні, що використовуються в медико-соціальних дослідженнях та управлінській практиці

3. Практико-дослідницькі завдання:

- **Сприяти розвитку дослідницьких навичок**, зокрема у формулюванні проблеми, гіпотези, виборі методики, зборі та інтерпретації даних у межах самостійної роботи магістранта
- **Підготувати здобувачів до практичного застосування наукових знань** у вирішенні управлінських завдань, прогнозуванні та обґрунтуванні рішень щодо розвитку лікувально-профілактичних закладів

4. Етико-деонтологічні завдання:

- **Виховати дотримання етичних норм і академічної доброчесності** у процесі проведення досліджень і підготовки наукових публікацій
- **Сформувати розуміння деонтологічних основ професійної поведінки дослідника** в охороні здоров'я

МІСЦЕ ДИСЦИПЛІНИ В НАВЧАЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ

Загальна характеристика:

- **Кількість кредитів:** 3 кредити ЄКТС
- **Загальна кількість годин:** 90 годин
- **Рівень вищої освіти:** другий (магістерський)
- **Галузь знань:** D Бізнес, адміністрування та право
- **Спеціальність:** D3 Менеджмент
- **Освітня програма:** Управління лікувально-профілактичними закладами
- **Вид дисципліни:** нормативна (обов'язкова)

Пререквізити (дисципліни, що передують вивченню):

1. Іноземна мова професійного спрямування
2. Державна політика та державне регулювання охорони здоров'я в Україні
3. Стратегічний менеджмент у сфері охорони здоров'я
4. Корпоративне управління в охороні здоров'я
5. Менеджмент закладів охорони здоров'я
6. Правові засади діяльності у сфері охорони здоров'я

Постреквізити (дисципліни, для яких дана є базовою):

1. Інноваційний менеджмент закладів охорони здоров'я
2. Інформаційні системи і технології в управлінні закладами охорони здоров'я
3. Техніка управлінської діяльності
4. Управління фінансовою та підприємницькою діяльністю у галузі охорони здоров'я
5. Переддипломна практика
6. Підготовка та захист кваліфікаційної роботи магістра

Структура курсу:

- **Змістовий модуль 1:** Філософські та логіко-методологічні основи наукового пізнання в охороні здоров'я
- **Змістовий модуль 2:** Методи наукового дослідження та етика в управлінні лікувально-профілактичними закладами

Взаємозв'язок з програмними результатами навчання:

Дисципліна безпосередньо сприяє досягненню ключових програмних результатів навчання, зокрема:

- ПРН1: Критично осмислювати, вибирати та використовувати необхідний науковий, методичний і аналітичний інструментарій для управління
- ПРН2: Ідентифікувати проблеми в закладі охорони здоров'я та обґрунтовувати методи їх вирішення
- ПРН6: Мати навички прийняття, обґрунтування та забезпечення реалізації управлінських рішень
- ПР11: Забезпечувати особистий професійний розвиток та планування власного часу

Дисципліна є фундаментальною для формування дослідницьких компетентностей майбутніх керівників медичних закладів та забезпечує інтеграцію теоретичних знань з практичними потребами сучасного менеджменту в охороні здоров'я.

Лекція 1

Філософські основи сучасного медичного знання та управління в охороні здоров'я

План

- 1.1. Філософія як підґрунтя сучасного медичного знання та управління в охороні здоров'я
- 1.2. Історико-філософські витоки та еволюція медичного знання
- 1.3. Філософські основи управлінських рішень у сфері охорони здоров'я
- 1.4. Ключові філософські категорії та принципи для медицини і управління

1.1. Філософія як підґрунтя сучасного медичного знання та управління в охороні здоров'я

У сучасній системі охорони здоров'я прийняття управлінських рішень відбувається в умовах високої складності, невизначеності та взаємозалежності багатьох чинників — соціальних, економічних, технологічних і культурних. Перша лекція курсу присвячена філософським основам медичного знання та управління, адже саме філософія задає інтелектуальну рамку для розуміння сутності медицини, природи здоров'я і хвороби, а також сенсу управлінських дій. Філософія не обмежується абстрактними міркуваннями, а пропонує системний інструментарій мислення, що дозволяє керівникові закладу охорони здоров'я бачити цілісну картину, формулювати стратегічні пріоритети та передбачати наслідки своїх рішень.

Стратегічне мислення — це здатність визначати довгострокові цілі та знаходити оптимальні шляхи їх досягнення, враховуючи обмежені ресурси, зміни середовища і множинність інтересів стейкхолдерів. Для керівника медичної установи стратегічне мислення має не лише організаційний чи фінансовий вимір, але й світоглядний, етичний та ціннісний. Саме філософія забезпечує ці виміри, виконуючи кілька ключових функцій.

1. Онтологічна функція — визначення сутності об'єкта управління

Філософія допомагає керівнику осмислити, що саме є предметом його діяльності. Заклад охорони здоров'я — це не просто інфраструктурний об'єкт або сукупність медичних послуг, а складна соціотехнічна система, у якій взаємодіють люди (пацієнти, медичний персонал, адміністратори), технології, нормативні режими та культурні цінності.

Онтологічне усвідомлення структури та динаміки цієї системи дозволяє будувати стратегії, які враховують не лише економічні показники, але й якість взаємодії між учасниками процесу, рівень довіри та задоволеність пацієнтів.

2. Епістемологічна функція — критичне ставлення до знання і даних

Керівник у медицині приймає рішення на основі інформації — статистичних звітів, результатів досліджень, клінічних рекомендацій. Епістемологічний підхід дозволяє оцінювати достовірність, межі та релевантність цієї інформації, розуміти, коли дані є обґрунтованими, а коли вони відображають лише частину реальності.

Наприклад, результати міжнародного клінічного дослідження можуть бути високоякісними, але їх застосування у конкретному регіоні вимагатиме корекції з урахуванням локальних соціально-економічних умов та рівня розвитку медичної інфраструктури.

3. Аксіологічна функція — орієнтація на цінності та пріоритети

Медичне управління неможливе без чіткого розуміння цінностей, на яких ґрунтується діяльність закладу. Це можуть бути рівність доступу до допомоги, ефективність використання ресурсів, безпека пацієнтів, повага до їх автономії. Часто ці цінності вступають у конфлікт, і завдання керівника полягає у тому, щоб визначити їх пріоритетність у конкретних умовах.

Філософія допомагає формувати прозору і зрозумілу систему пріоритетів, яка буде прийнятною як для персоналу, так і для пацієнтської спільноти.

4. Етична функція — моральна легітимність рішень

Кожне управлінське рішення у медицині має моральний вимір, оскільки воно прямо чи опосередковано впливає на життя та здоров'я людей. Етична складова стратегічного мислення передбачає дотримання принципів справедливості, благодіяння, «не нашкодь» та поваги до гідності пацієнта.

Наприклад, при оптимізації роботи лікарні з економічною метою необхідно зберегти мінімальний гарантований рівень доступу до медичних послуг для найбільш вразливих груп населення.

5. Прогностична функція — передбачення майбутніх викликів

Стратегічне мислення неможливе без уявлення про можливі сценарії розвитку ситуації. Філософія формує здатність мислити у категоріях альтернативних майбутніх, враховувати не лише наявні, але й потенційні ризики.

Так, розвиток штучного інтелекту у діагностиці створює нові управлінські завдання: визначення відповідальності за помилки алгоритмів, захист персональних даних, запобігання технологічній дискримінації.

Подібні виклики, однак, не обмежуються лише технологічною сферою. Керівники медичних закладів щодня стикаються з необхідністю ухвалювати складні рішення, що мають як практичні, так і моральні наслідки. Так, керівник лікарні може опинитися перед вибором: інвестувати в сучасне онкологічне обладнання чи розширити програму профілактики серцево-судинних захворювань. Обидва варіанти важливі, але ресурси обмежені

- Утилітарний підхід вимагатиме обрати те, що дасть найбільший сумарний ефект для здоров'я населення.

- Принцип справедливості зосередить увагу на підтримці тих, хто має найменші можливості отримати допомогу.

- Етика турботи наголосить на необхідності допомагати тим, хто вже зараз страждає і потребує лікування.

Поєднання цих підходів у стратегічному рішенні можливе лише за наявності філософського мислення, що враховує і дані, і цінності, і етичні норми.

Філософія у стратегічному мисленні керівника закладу охорони здоров'я — це основа, яка поєднує аналіз фактів, розуміння людських цінностей, моральну відповідальність та здатність бачити довгострокову перспективу. Вона перетворює управління з набору адміністративних дій на цілеспрямовану, етично обґрунтовану та соціально відповідальну діяльність, орієнтовану на благо людини і громади.

Перехід від філософського осмислення управлінської діяльності до формування медичного світогляду є закономірним, адже саме світогляд керівника закладу охорони здоров'я визначає, яким чином філософські принципи реалізуються у практичних рішеннях. Медичний світогляд — це цілісна система уявлень про сутність медицини, роль здоров'я в житті людини та суспільства, взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними чинниками. Він не зводиться лише до професійних знань у сфері медицини чи менеджменту, а охоплює морально-етичні орієнтири, гуманістичні цінності та стратегічне бачення майбутнього системи охорони здоров'я.

Формування такого світогляду ґрунтується на поєднанні кількох джерел. Передусім це професійна підготовка, що надає знання з медичних наук, клінічної практики, організації охорони здоров'я. Важливим компонентом виступає етична освіта, яка допомагає осмислити моральну відповідальність перед пацієнтами, колегами та суспільством. Значний вплив має й особистий досвід: зустріч із реальними історіями хвороб, кризовими ситуаціями або успішними прикладами медичної допомоги формує глибше розуміння цінності життя та меж професійних можливостей. Наприклад, керівник, який свого часу безпосередньо організовував надання допомоги постраждалим під час надзвичайної ситуації, нерідко переглядає власні підходи до розподілу ресурсів, навчання персоналу та побудови комунікації з громадою, адже подібний досвід виявляє сильні та слабкі сторони системи.

Медичний світогляд керівника виконує кілька ключових функцій. Він слугує орієнтиром у прийнятті стратегічних рішень, забезпечує узгодженість дій з цінностями та місією закладу, допомагає зберігати професійну стійкість у стресових умовах. Крім того, світогляд визначає підхід до інновацій: чи будуть вони сприйматися як формальна вимога, чи як інструмент підвищення якості допомоги та збереження здоров'я населення.

У підсумку, формування медичного світогляду є безперервним процесом, який вимагає від керівника постійного саморозвитку, критичного мислення та готовності поєднувати наукові знання з етичними імперативами. Саме такий світогляд перетворює управлінця на справжнього лідера, здатного вести команду й установу до стратегічних цілей, не втрачаючи головного — турботи про людину.

Формування медичного світогляду дає керівнику не лише інструменти професійного аналізу, а й здатність сприймати медицину як явище, глибоко вкорінене у загальнолюдські

смишли. Проте цього недостатньо для повноцінного управлінського мислення. Щоб ухвалювати по-справжньому виважені рішення, необхідно вийти за межі технічних і організаційних аспектів та звернутися до філософського осмислення фундаментальних понять: буття, здоров'я, хвороби та смерті.

Для керівника закладу охорони здоров'я буття — це не абстрактна філософська категорія, а жива реальність пацієнтів, колег і власної професійної спільноти. Усвідомлення цінності людського існування стає базовою відправною точкою для всіх управлінських рішень. Здоров'я у цьому контексті постає не лише як відсутність хвороби, а як гармонійний стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, що формує основу для повноцінної участі людини в житті громади.

Хвороба ж — це не просто медичний діагноз, а подія, що змінює життєвий сценарій людини, впливаючи на її психологічний стан, стосунки, економічну стабільність. Для управління важливо розуміти, що кожне рішення щодо організації лікування, закупівлі обладнання чи кадрового забезпечення безпосередньо впливає на те, як людина переживатиме свою хворобу.

Смерть у медичному контексті — тема складна й емоційно навантажена. Вона вимагає від керівника здатності поєднувати прагматичний підхід до ресурсів і процесів із глибокою повагою до людської гідності. Філософське осмислення смерті допомагає будувати систему, у якій навіть останні дні життя пацієнта будуть максимально гідними, без страждань і в атмосфері підтримки.

Таким чином, здатність керівника осмислювати буття, здоров'я, хворобу та смерть не є розкішшю чи теоретичною вправою — це практичний інструмент, який визначає якість рішень, атмосферу в колективі та рівень довіри громади до медичного закладу.

1.2. Історико-філософські витоки та еволюція медичного знання

Переходячи від філософського осмислення буття, здоров'я, хвороби та смерті до історико-філософських витоків медицини, варто усвідомити, що сучасне медичне знання не виникло спонтанно. Воно є результатом тривалого розвитку філософських уявлень про природу людини, здоров'я та хвороби, які формувалися протягом тисячоліть у різних цивілізаціях. Історія медицини та її філософія демонструють, як зміни світогляду, наукового підходу та культурних цінностей впливали на способи пізнання, організацію охорони здоров'я і підходи до лікування.

В античності медицина розвивалася тісно у зв'язку з філософією природи та моральною філософією. Фігури Гіпократ та Гален формували уявлення про здоров'я як про баланс тілесних рідин, взаємозв'язок фізичного та душевного стану. Людина розглядалася як єдність тіла і душі, а лікування мало на меті не лише усунення симптомів, а відновлення гармонії всього організму. Антична медицина закладала фундамент для розуміння принципів причинності, системності та цілісності, що залишаються актуальними і сьогодні.

У середньовіччі філософські концепції медицини формувалися під сильним впливом релігії. Здоров'я й хвороба часто пояснювалися божественним провидінням або моральними порушеннями людини. Медичні знання передавалися через авторитетні тексти та традиції, а практичне лікування поєднувалося з духовною турботою про пацієнта. В цей період виникає поняття моральної відповідальності лікаря, а також починають закладатися основи етичних норм медичної практики.

Нова доба принесла раціоналізм і науковий підхід до медицини. Філософія XVII–XVIII століть підкреслювала значення спостереження, експерименту та емпіричних доказів. З'являються перші систематичні класифікації хвороб, анатомічні дослідження і розробки у фізіології. Медицина стає дедалі більш технократичною: знання прагнуть до верифікації та доказовості, що значною мірою вплинуло на сучасні клінічні стандарти та протоколи.

Сучасна філософія медицини поєднує гуманістичні, технократичні та натуралістичні підходи. Біоетика, філософія науки та ідеї Фуко, Гуссерля і Гайдеггера розширюють розуміння медицини: тіло та хвороба розглядаються не лише як об'єкти наукового знання, а й як соціально-культурні та екзистенційні явища. Керівник медичного закладу, ознайомлений із цими підходами, здатен враховувати як наукові дані, так і суб'єктивний досвід пацієнтів і персоналу, балансувати між технологічними інноваціями та гуманістичною турботою.

Таким чином, еволюція філософського розуміння медицини демонструє поступовий рух від метафізичних пояснень і духовних трактувань до наукової системності і гуманістичного

підходу. Це дає сучасному керівникові охорони здоров'я історичну перспективу, необхідну для обґрунтованого стратегічного та етичного прийняття рішень.

Еволюція філософського розуміння медицини, від античності до сучасності, не лише формувала наукові та етичні засади, а й заклала основи різних підходів до сприйняття медичного знання та організації охорони здоров'я. Сучасний керівник медичного закладу повинен уміти поєднувати ці підходи, обираючи оптимальні стратегії управління залежно від контексту, ресурсів та потреб пацієнтів. Саме у цьому поєднанні проявляються три ключові парадигми: натуралістичний, технократичний та гуманістичний підходи.

1. Натуралістичний підхід розглядає здоров'я і хворобу як природні явища, що підпорядковані біологічним законам. Він спирається на спостереження, анатомічні та фізіологічні дослідження, експерименти і прагне пояснити стан людини через механізми організму. Для керівника закладу охорони здоров'я натуралістичний підхід важливий для оцінки ефективності лікувальних програм, планування профілактичних заходів та обґрунтованого використання ресурсів. Наприклад, аналіз статистики захворюваності на інфекційні хвороби допомагає визначити пріоритетні напрямки вакцинації та санітарної профілактики.

2. Технократичний підхід концентрується на використанні технологій, алгоритмів і науково обґрунтованих методів управління для підвищення ефективності медичних процесів. Він зосереджується на стандартизації, оптимізації ресурсів, впровадженні нових медичних технологій і цифровізації. Керівник, що застосовує технократичний підхід, приймає рішення на основі доказових протоколів, прогнозів, аналітики та технологічних інновацій. Так, вибір між різними моделями діагностичного обладнання чи систем електронної документації визначається не особистими уподобаннями, а об'єктивними критеріями ефективності та безпеки пацієнтів.

3. Гуманістичний підхід підкреслює значення пацієнта як суб'єкта медичної допомоги, його досвіду, потреб та цінностей. Він інтегрує етичні принципи, емпатію, комунікацію та соціальну відповідальність у процес управління та прийняття рішень. Керівник, що спирається на гуманістичний підхід, оцінює наслідки кожного рішення не лише з точки зору науки чи економіки, а й з позиції впливу на життя конкретної людини та громади. Наприклад, при впровадженні нових стандартів догляду за хворими на хронічні захворювання увага приділяється не лише медичним показникам, а й комфорту пацієнта, підтримці родини та психологічному стану персоналу.

Поєднання цих трьох підходів дозволяє створити збалансовану систему управління охороною здоров'я, в якій наукова обґрунтованість, технологічна ефективність і гуманістичні цінності працюють синергійно. Саме така інтеграція підходів забезпечує сучасному керівникові можливість ухвалювати стратегічно виважені, етично обґрунтовані та соціально відповідальні рішення.

Розвиток натуралістичного, технократичного та гуманістичного підходів підготував ґрунт для формування нових філософських парадигм у медицині, серед яких центральне місце займає біоетика. Сучасна медицина вимагає від керівника закладу охорони здоров'я не лише компетентності в наукових і технологічних питаннях, а й глибокого розуміння етичних принципів, здатності оцінювати соціальні та моральні наслідки своїх рішень. Біоетика виникла як відповідь на складні виклики медичної практики ХХ століття, зокрема розвиток високотехнологічних методів лікування, трансплантології, репродуктивних технологій та досліджень на людях.

Біоетика поєднує нормативні та філософські підходи, акцентуючи увагу на захисті життя та здоров'я людини, повазі до автономії пацієнта, принципах справедливості та соціальної відповідальності. Вона пропонує систематизовану основу для прийняття управлінських рішень у ситуаціях, де наука, технології та людські цінності можуть конфліктувати. Наприклад, керівник лікарні при впровадженні нових методів генної терапії має враховувати не лише клінічні результати та економічну ефективність, а й моральні дилеми щодо ризиків, доступності та потенційного впливу на майбутні покоління.

Сучасні філософські парадигми медицини розширюють традиційні підходи, пропонуючи нові інструменти для аналізу медичної практики. Ідеї Мішеля Фуко підкреслюють взаємозв'язок знання, влади та медицини, показуючи, як організаційні структури і соціальні норми впливають на доступ до медичної допомоги. Феноменологія Едмунда Гуссерля акцентує на суб'єктивному

досвіді пацієнта, його сприйнятті хвороби та страждання, а Гайдеггерівська екзистенційна перспектива допомагає зрозуміти сенс буття, смертності та ролі медицини у житті людини.

Верифікація знання, оцінка достовірності та врахування невизначеності і ризику залишаються важливими для сучасного управління. Разом із тим, філософські підходи нагадують керівникові про межі медичної науки: не все можна виміряти, передбачити чи стандартизувати, і саме цю невизначеність потрібно враховувати при стратегічному плануванні, прийнятті рішень та взаємодії з пацієнтами.

Отже, біоетика та сучасні філософські парадигми виступають інтегруючим елементом, який поєднує наукову системність, технологічні інновації та гуманістичні цінності. Вони забезпечують керівникові закладу охорони здоров'я методологічну і етичну основу для ухвалення комплексних рішень, що відповідають сучасним вимогам медицини та суспільства.

1.3. Філософські основи управлінських рішень у сфері охорони здоров'я

Управлінські рішення у сфері охорони здоров'я завжди перебувають на перетині філософських категорій свободи, відповідальності, етики та справедливості. Кожне з цих понять має власний зміст і водночас тісно взаємодіє з іншими, утворюючи цілісну методологічну основу для діяльності керівника.

Свобода у контексті управління означає можливість вибору серед різних стратегій та дій, що можуть бути застосовані для досягнення поставлених цілей. Проте у медичній сфері ця свобода завжди обмежена нормативно-правовими актами, фінансовими ресурсами, технічними можливостями та етичними стандартами. Справжня свобода управлінця полягає не у відсутності обмежень, а у здатності робити вибір, який відповідає як інтересам закладу, так і потребам пацієнтів та суспільства загалом.

Відповідальність є природним наслідком свободи вибору. Для керівника медичного закладу вона має багатовимірний характер: юридичний (відповідальність за дотримання законодавства), професійний (відповідність стандартам медичної практики), етичний (дотримання моральних принципів) та соціальний (вплив рішень на добробут громади). Відповідальність у сфері охорони здоров'я особливо висока, адже від управлінських рішень нерідко залежить життя та здоров'я людей.

Етика забезпечує моральну рамку для прийняття рішень. Вона вимагає, щоб управлінські дії відповідали принципам поваги до людської гідності, недопущення шкоди, справедливого розподілу ресурсів та прозорості процесів. У сучасних умовах важливо враховувати не лише класичну медичну етику, але й нові виклики — цифровізацію охорони здоров'я, використання великих даних, розвиток штучного інтелекту в діагностиці та лікуванні, що потребує оновлених етичних орієнтирів.

Справедливість у сфері охорони здоров'я стосується рівного доступу до медичних послуг, чесного розподілу ресурсів та забезпечення недискримінаційного ставлення до пацієнтів. З управлінської точки зору справедливість передбачає баланс між ефективністю та рівністю: оптимальне використання ресурсів не повинно відбуватися за рахунок ущемлення прав уразливих груп населення.

Таким чином, свобода дає можливість вибору, відповідальність визначає межі та наслідки цього вибору, етика формує його моральні орієнтири, а справедливість забезпечує соціальну рівновагу. Лише гармонійне поєднання цих чотирьох категорій дозволяє керівникові ухвалювати рішення, які є стратегічно ефективними, морально обґрунтованими та суспільно корисними.

У сфері охорони здоров'я ухвалення управлінських рішень майже завжди пов'язане з багатошаровими ціннісними системами, що можуть вступати у взаємне протиріччя. Ціннісні конфлікти виникають тоді, коли різні сторони — пацієнти, медичний персонал, адміністрація, держава, громадські організації — керуються власними пріоритетами, які не завжди збігаються. Для пацієнта головною цінністю є доступність і якість лікування, для адміністрації — ефективність використання ресурсів, для лікаря — професійні стандарти та клінічні протоколи, для держави — стабільність і контроль системи охорони здоров'я в цілому.

Ці конфлікти можуть бути як явними (наприклад, суперечки щодо фінансування певних медичних програм), так і латентними (прихованими), коли напруга існує, але не виражена відкрито. Особливо складними вони стають у кризових умовах — під час епідемій, військових

дій, економічної нестабільності, коли необхідно балансувати між індивідуальними правами та колективною безпекою.

Гуманістичні моделі управління в охороні здоров'я пропонують розв'язання таких конфліктів через акцент на людській гідності, діалозі та співпраці. Їх філософська основа полягає в розумінні того, що будь-яка управлінська дія повинна враховувати не лише економічну доцільність, а й морально-етичні наслідки для конкретної людини. Керівник, який застосовує гуманістичний підхід, будує систему ухвалення рішень на прозорості, участі стейкхолдерів та пошуку консенсусу, навіть якщо цей процес потребує більше часу.

Серед ключових принципів гуманістичних моделей — повага до автономії особистості, рівний доступ до медичних послуг, пріоритет інтересів пацієнта над інституційними чи політичними міркуваннями, а також готовність визнавати та виправляти управлінські помилки. Такі моделі підвищують довіру до медичних установ, сприяють формуванню стійкої корпоративної культури та зменшують ризик ескалації ціннісних конфліктів.

Таким чином, розуміння природи ціннісних суперечностей і впровадження гуманістичних підходів в управління дозволяє керівникові не лише уникати деструктивних наслідків, а й перетворювати конфлікти на ресурс для розвитку організації та вдосконалення системи охорони здоров'я загалом.

Ефективне управління у сфері охорони здоров'я неможливе без чіткого етичного підґрунтя, яке визначає не лише зміст управлінських рішень, а й спосіб їхнього ухвалення та реалізації. Управлінська етика формує систему ціннісних орієнтирів, що допомагає керівнику балансувати між інтересами пацієнтів, медичного персоналу, держави та інших зацікавлених сторін. У медичній галузі, де ціна помилки вимірюється не лише фінансовими втратами, а й людськими життями, етичні стандарти набувають особливої ваги.

Довіра є ключовою умовою для функціонування цієї системи. Вона виникає там, де управлінські дії є прозорими, послідовними та ґрунтуються на взаємоповазі. Для керівника сфери охорони здоров'я довіра означає готовність підлеглих і колег сприймати його рішення як справедливі та обґрунтовані, навіть у складних або кризових ситуаціях. Втрата довіри, навпаки, призводить до опору, демотивації та зниження ефективності роботи всієї команди.

Діалог виступає головним інструментом підтримання та відновлення довіри. Він передбачає не лише передавання інформації, а й уважне слухання, врахування різних точок зору та відкритість до корекції власної позиції. У системі охорони здоров'я, де рішення часто стосуються великої кількості людей і мають багатогранні наслідки, культура діалогу сприяє пошуку збалансованих і прийнятних для більшості рішень.

Емпатія доповнює цей процес, надаючи йому глибшого людського виміру. Здатність керівника поставити себе на місце іншого — пацієнта, лікаря, медичної сестри чи адміністративного працівника — допомагає краще розуміти потреби та мотиви всіх учасників процесу. Емпатичний підхід не лише знижує рівень конфліктності, а й створює атмосферу, у якій люди готові ділитися ідеями, співпрацювати та підтримувати одне одного.

Таким чином, поєднання управлінської етики, довіри, діалогу та емпатії формує цілісну гуманістичну основу для ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я. Ці елементи не лише підвищують якість управління, а й зміцнюють репутацію керівника, сприяють згуртованості колективу та забезпечують стійкий розвиток організації навіть у мінливих соціально-економічних умовах.

1.4. Ключові філософські категорії та принципи для медицини і управління

Розглядаючи філософські основи управлінських рішень у сфері охорони здоров'я, ми дійшли висновку, що жодне рішення не існує у відриві від фундаментальних категорій, якими мислить і діє людина. На перший план виходять ті поняття, що визначають саму основу людського існування — буття, усвідомлення власної ролі у ньому, система цінностей, якою ми керуємося, і прагнення до істини як вищого критерію правильності дії.

Буття у філософії розглядається як універсальна реальність, що охоплює все існуюче — від матеріального світу до духовних явищ. У контексті медицини та управління воно набуває особливого сенсу, адже тут мова йде про підтримання, відновлення чи збереження життя, тобто про вплив на найцінніше, що є у людини. Кожне управлінське рішення у сфері охорони здоров'я

— це, в певному сенсі, вибір між різними можливими сценаріями буття для конкретних людей або цілих спільнот.

Людина в цьому контексті постає не лише як пацієнт чи медичний працівник, але й як моральний суб'єкт, наділений гідністю, правами та внутрішнім світом. Філософське осмислення ролі людини дозволяє уникати редукції її образу до біологічного організму чи «робочої одиниці». У центрі управлінських рішень повинна залишатися особистість зі своєю унікальною історією, досвідом і потребами.

Цінності виступають містком між буттям і практичною діяльністю. У медицині вони проявляються у виборі пріоритетів — що важливіше в конкретній ситуації: швидкість втручання чи максимальна безпека, економічна ефективність чи доступність допомоги для найуразливіших груп? Система цінностей керівника і колективу безпосередньо впливає на те, якими будуть результати управління.

Істина в медичному та управлінському середовищі має подвійний вимір. З одного боку, це наукова істина — перевірені знання, що ґрунтуються на доказах. З іншого — це практична істина, яка враховує конкретні умови, людський фактор і моральний аспект. Дотримання істини у прийнятті рішень означає поєднання наукової обґрунтованості з етичними міркуваннями, уникнення маніпуляцій фактами та забезпечення чесності перед усіма зацікавленими сторонами.

Таким чином, категорії буття, людини, цінностей та істини формують філософський каркас, без якого управлінські рішення у сфері охорони здоров'я ризикують перетворитися на суто технічні дії, відірвані від гуманістичної основи. Їхнє усвідомлення і врахування дозволяє будувати систему, де медична допомога не лише ефективна, а й морально виправдана.

Якщо категорії буття, людини, цінностей та істини формують філософський фундамент, на якому базуються управлінські підходи в медицині, то наступним кроком стає розуміння тих універсальних принципів, які забезпечують внутрішню узгодженість, динамічний розвиток і здатність системи охорони здоров'я реагувати на виклики. Тут на перший план виходять такі ключові поняття, як цілісність, системність, розвиток і причинність.

Цілісність у медичному управлінні означає сприйняття організації охорони здоров'я як єдиного живого організму, у якому всі підрозділи, процеси та люди взаємопов'язані. Лікар, медсестра, адміністратор, пацієнт — кожен є частиною загальної картини, і жодна ланка не може розглядатися ізольовано. Ігнорування цієї єдності призводить до фрагментації процесів, втрати ефективності та зниження якості допомоги.

Системність передбачає здатність керівника охоплювати поглядом усю структуру, бачити взаємозалежності між елементами, передбачати наслідки змін в одній частині системи для інших. У медичній сфері це виявляється, наприклад, у тому, що впровадження нових стандартів лікування неминуче вимагає змін у підготовці персоналу, оновленні матеріальної бази та адаптації управлінських процесів.

Розвиток — це не просто модернізація обладнання чи впровадження нових протоколів, а безперервне вдосконалення всієї системи, з урахуванням науково-технічного прогресу, суспільних потреб та змін у світогляді медичних працівників. Розвиток неможливий без відкритості до нових знань і готовності до інновацій, навіть якщо вони потребують значних зусиль та зміни звичних підходів.

Причинність у філософії управління означає розуміння того, що кожне управлінське рішення має наслідки, а кожен наслідок має свої глибинні причини. Для керівника в медицині це означає необхідність аналізу не лише видимих проблем, а й їхніх першопричин — від кадрового дефіциту до етичних дилем і конфліктів цінностей. Лише глибокий причинно-наслідковий аналіз дає змогу створювати ефективні та стійкі управлінські стратегії.

Таким чином, інтеграція принципів цілісності, системності, розвитку та причинності в управлінську практику створює підґрунтя для стабільного функціонування та стратегічного зростання системи охорони здоров'я, роблячи її здатною відповідати як на поточні, так і на майбутні виклики.

Професійна ідентичність лікаря та управлінця у сфері охорони здоров'я формується на перетині особистісних переконань, етичних норм і суспільних очікувань. Для лікаря вона базується на поєднанні медичної компетентності, гуманістичного ставлення до пацієнта та готовності діяти в умовах невизначеності, коли ціна помилки може бути надзвичайно високою.

Для управлінця у медичній сфері ідентичність передбачає усвідомлення себе не лише як адміністратора чи менеджера, а як лідера, здатного поєднати стратегічне бачення розвитку системи з глибоким розумінням її людського виміру.

Моральні виклики, з якими стикаються обидві категорії фахівців, охоплюють конфлікти інтересів, дилеми розподілу обмежених ресурсів, вибір між суворим дотриманням протоколів та індивідуальним підходом, а також необхідність балансувати між ефективністю та співчуттям. У практиці лікаря моральна напруга може виникати, коли клінічно доцільне рішення суперечить бажанням пацієнта чи його родини. Для управлінця моральним викликом стають ситуації, коли економічні чи політичні обмеження заважають реалізувати оптимальні медичні стандарти.

Роль рефлексії в цьому контексті важко переоцінити. Рефлексія — це здатність зупинитися, критично проаналізувати власні дії, мотиви й емоції, а також усвідомити їх вплив на пацієнтів, колег і систему в цілому. Для лікаря вона є інструментом професійного зростання, запобігання емоційному вигоранню та збереження емпатії. Для управлінця — способом перевірки стратегічних рішень на відповідність цінностям охорони здоров'я та потребам людей.

Отже, професійна ідентичність, здатність долати моральні виклики та культура рефлексії — це взаємопов'язані складові, які визначають не лише ефективність медичної допомоги, а й довіру до всієї системи охорони здоров'я. Саме вони підсумовують філософські основи сучасного медичного знання та управління, створюючи місток між теоретичними принципами та щоденною практикою.

Завершуючи розгляд філософських основ сучасного медичного знання та управління в охороні здоров'я, слід підкреслити, що ефективна діяльність у цій сфері потребує поєднання глибокого розуміння фундаментальних категорій і принципів із високою професійною ідентичністю, етичними орієнтирами та здатністю до постійної рефлексії. Лікар і управлінець, які усвідомлюють моральні виклики своєї роботи, здатні приймати рішення, що зберігають баланс між інтересами окремої людини та суспільства, між доцільністю і гуманністю. Рефлексія, як внутрішній інструмент самопізнання та професійного зростання, дає змогу не лише вдосконалювати власну практику, але й формувати більш цілісну, морально стійку систему охорони здоров'я, яка відповідає як сучасним науковим вимогам, так і вічним цінностям людяності.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти вплив філософських течій (позитивізм, прагматизм, постмодернізм) на формування сучасних підходів до наукових досліджень в охороні здоров'я та їхній вплив на управління ЛПЗ.
2. Проаналізувати відображення принципів гуманізму в сучасних управлінських практиках ЛПЗ, навівши приклади з реальних закладів.
3. Підготувати презентацію на тему «Роль філософії науки в розвитку системи охорони здоров'я України», включивши приклади внеску українських вчених у медичну науку.
4. Скласти глосарій із 10 ключових термінів за темою «Філософські основи науки в охороні здоров'я» (наприклад: емпіризм, раціоналізм, епістемологія).
5. Розробити концепцію дослідження на тему «Вплив філософських принципів на етичні рішення в управлінні ЛПЗ», визначивши мету, завдання та об'єкт дослідження.

Лекція 2

Наукове мислення і логіка в управлінні лікувально-профілактичними закладами

План

- 2.1. Наукове мислення управлінця: сутність, структура, типи
- 2.2. Логічні засади та культура мислення в медичному менеджменті
- 2.3. Логіка прийняття управлінських рішень і наукова аргументація на практиці

2.1. Наукове мислення управлінця: сутність, структура, типи

Наукове мислення управлінця у сфері охорони здоров'я — це цілеспрямований, системний і обґрунтований процес пізнання та прийняття рішень, спрямований на досягнення суспільно

значущих результатів у медичній практиці та організації охорони здоров'я. Воно відрізняється від повсякденного мислення високим рівнем абстракції, логічною строгістю та опорою на перевірені знання.

Структуру наукового мислення в управлінні можна розглядати через два основних рівні:

- **Емпіричний рівень** — базується на безпосередньому досвіді, спостереженнях, аналізі конкретних фактів і статистичних даних. Для управлінця у медицині це може бути аналіз кількості госпіталізацій, даних про захворюваність або результатів клінічних аудитів.
- **Теоретичний рівень** — ґрунтується на узагальненні та інтерпретації емпіричних даних, створенні моделей і концепцій, що пояснюють механізми функціонування системи охорони здоров'я та прогнозують наслідки управлінських рішень.

Наукове мислення складається з низки ключових елементів:

- **Поняття** — узагальнені уявлення про об'єкти та явища (наприклад, «первинна медична допомога», «епідеміологічний ризик», «якість медичних послуг»).
- **Судження** — твердження, що відображають зв'язки між поняттями («покращення якості медичних послуг зменшує повторну госпіталізацію»).
- **Умовиводи** — логічні висновки, отримані на основі суджень (як-от висновки, що інвестиції у профілактику дозволяють зменшити витрати на стаціонарне лікування).

"Механізмом" наукового мислення виступають **логічні операції**: аналіз і синтез, порівняння, узагальнення, класифікація, встановлення причинно-наслідкових зв'язків. У практиці управління охороною здоров'я вони проявляються у вмінні відокремлювати суттєві фактори від другорядних, знаходити спільні риси між різними ситуаціями, формувати стратегічні рішення на основі комплексної оцінки даних.

Таким чином, наукове мислення управлінця у сфері охорони здоров'я — це не лише інтелектуальна здатність, а й професійна компетенція, що забезпечує ефективність управлінських рішень, їх відповідність науковим доказам і соціальній доцільності.

Побутове, професійне та наукове мислення мають різні завдання, методи та рівень структурованості, що особливо важливо для управлінця у сфері охорони здоров'я. Побутове мислення, характерне для повсякденних життєвих ситуацій, орієнтується на швидке прийняття рішень, часто базується на особистому досвіді, інтуїції та емоціях. Воно рідко потребує формальної перевірки правильності висновків і не завжди має чітко визначену систему. Професійне мислення ґрунтується на спеціалізованих знаннях і навичках, орієнтоване на вирішення завдань у межах певної галузі. Воно передбачає використання ustalених стандартів, протоколів і практичних алгоритмів, що підвищує передбачуваність та ефективність рішень.

Наукове мислення вирізняється високим рівнем системності, обґрунтованості та перевірюваності результатів. Його метою є отримання нового знання або вдосконалення існуючого, при цьому застосовуються стандартизовані методи дослідження та аналізу. Для управлінця закладу охорони здоров'я наукове мислення є основою для прийняття стратегічних і тактичних рішень, адже воно вимагає орієнтації на доказовість, системності в підходах, дотримання нормативних вимог і високого рівня професійної відповідальності. У контексті управління ЛПЗ це означає, що кожне рішення має ґрунтуватися не лише на досвіді чи інтуїції, а й на ретельно перевірених даних, аналізі тенденцій та прогнозуванні наслідків, що забезпечує стійкий розвиток закладу та високу якість медичних послуг.

Мислення виступає ключовим ресурсом управлінської компетентності керівника лікувально-профілактичного закладу, оскільки саме здатність до глибокого аналізу, синтезу інформації та критичного оцінювання альтернатив визначає ефективність управлінських рішень. Сучасний керівник повинен володіти рядом рис, які дозволяють успішно функціонувати у складній і динамічній системі охорони здоров'я. Серед них особливо важливі: **аналітичність**, що забезпечує здатність розкладати проблеми на складові, виявляти причинно-наслідкові зв'язки та оцінювати потенційні наслідки рішень; **гнучкість**, яка дозволяє оперативно реагувати на зміни у законодавстві, технологічні інновації чи соціальні виклики; **адаптивність**, що проявляється у здатності інтегрувати нові підходи та знання у практику управління, не порушуючи стабільності системи.

Не менш важливою складовою ефективного мислення є **саморефлексія** — усвідомлення власних дій, мотивів і помилок з метою постійного професійного вдосконалення. Для керівника

ЛПЗ це може реалізовуватися через регулярний аналіз прийнятих рішень, ведення рефлексивних журналів, обговорення складних кейсів у колективі та практики peer-review. Такі інструменти дозволяють не лише розвивати логічну культуру, а й формувати атмосферу довіри, взаємоповаги та відповідальності у команді, що, у свою чергу, підвищує ефективність роботи закладу та якість медичних послуг для населення.

Таким чином, мислення як ресурс управлінської компетентності поєднує аналітичну точність, гнучкість, адаптивність і саморефлексію, створюючи надійну основу для прийняття обґрунтованих та етично відповідальних управлінських рішень.

В умовах швидкозмінного середовища охорони здоров'я критичне та евристичне мислення стають невід'ємними складовими ефективної управлінської діяльності. **Критичне мислення** дозволяє керівникові ЛПЗ систематично оцінювати інформацію, виявляти слабкі місця у даних, аналізувати аргументи і робити обґрунтовані висновки. Воно передбачає здатність до об'єктивного оцінювання альтернатив, розпізнавання логічних помилок і уникнення упередженості, що особливо важливо при розподілі обмежених ресурсів, формуванні стратегічних планів чи ухваленні рішень у кризових ситуаціях. Критичне мислення забезпечує баланс між швидкістю прийняття рішень і їх науковою обґрунтованістю, що підвищує ефективність менеджменту та довіру до керівника з боку персоналу і громади.

Разом із тим, **евристичне мислення** спрямоване на швидке знаходження рішень у ситуаціях, де повна інформація відсутня або класичні алгоритми не працюють. Воно поєднує креативність, інтуїцію та практичний досвід, дозволяючи виробляти нестандартні, але раціональні рішення. У медичному управлінні це проявляється, наприклад, при оптимізації потоків пацієнтів під час епідемічних спалахів, інтеграції нових технологій у роботу закладу чи розробці унікальних профілактичних програм для конкретних груп населення. Використання евристичних підходів разом із критичною оцінкою дозволяє керівникові знаходити ефективні компроміси між швидкістю, безпекою та якістю медичних послуг.

Таким чином, поєднання критичного та евристичного мислення формує у керівника ЛПЗ здатність одночасно аналізувати, оцінювати та генерувати ефективні управлінські рішення, що відповідають складним і часто непередбачуваним умовам сучасної системи охорони здоров'я.

Одним із ключових аспектів ефективного управління у сфері охорони здоров'я є інтеграція мислення керівника з ціннісно-світоглядними орієнтирами, що визначають етичну та соціальну доцільність рішень. **Мислення і цінності** взаємопов'язані: логічний, аналітичний підхід до оцінки даних і формування стратегій повинен узгоджуватися з моральними принципами, професійною етикою та гуманістичними стандартами медичної практики. Кожне управлінське рішення, від планування ресурсів до організації медичних процесів, має враховувати права пацієнтів, справедливий розподіл допомоги та довгострокові інтереси громади.

У практичному сенсі це означає, що керівник ЛПЗ не лише застосовує логічні операції для аналізу проблем, але й оцінює їх у контексті цінностей: що є справедливим, безпечним і етичним для пацієнтів та персоналу. Таке поєднання **логіки та цінностей** дозволяє уникати конфліктів інтересів, формувати довіру у колективі та підвищувати якість управлінських рішень. Воно забезпечує не тільки ефективність, а й соціальну та моральну стійкість системи охорони здоров'я.

Таким чином, мислення, інтегроване з ціннісно-світоглядними орієнтирами, стає фундаментом для професійної, етично обґрунтованої та соціально відповідальної діяльності керівника лікувально-профілактичного закладу.

2.2. Логічні засади та культура мислення в медичному менеджменті

У межах управління лікувально-профілактичними закладами важливим є усвідомлення того, що ефективність рішень значною мірою залежить від правильного використання **логічних форм мислення**. До основних логічних форм належать **поняття, судження та умовиводи**, які забезпечують системність і обґрунтованість управлінських дій.

Поняття відображають сутність об'єктів або явищ, що аналізуються в управлінні охороною здоров'я: наприклад, «якість медичної послуги», «ефективність лікувальних програм», «ризик інфекційного ускладнення». Вони слугують базовими одиницями для формулювання суджень і умовиводів.

Судження пов'язують поняття, дозволяючи стверджувати або заперечувати наявність певних властивостей або зв'язків між об'єктами. Наприклад, судження «Впровадження електронної системи обліку пацієнтів зменшує ризик медичних помилок» інтегрує фактичні дані та управлінські цілі.

Умовиводи формують висновки на основі одного або кількох суджень, що забезпечує логічну цілісність процесу прийняття рішень. У практиці медичного менеджменту широко використовуються такі типи умовиводів:

- **Дедукція** — логічний висновок від загального до конкретного. Наприклад, якщо відомо, що сучасні стандарти інфекційного контролю знижують поширення нозокоміальних інфекцій у будь-якому закладі, то впровадження цих стандартів у конкретній лікарні підвищить безпеку пацієнтів.

- **Індукція** — висновок від конкретних фактів до загального положення. Наприклад, спостерігаючи, що в кількох відділеннях певного закладу знизилася частота помилок завдяки новому протоколу, можна зробити висновок про ефективність цього підходу для всієї лікарні.

- **Аналогія** — висновок на основі подібності між явищами або ситуаціями. Наприклад, якщо певний метод управління персоналом успішно працює в відділенні інтенсивної терапії, можна прогнозувати його ефективність у відділенні кардіології за умови схожих умов і ресурсів.

Таким чином, володіння логічними формами мислення дає керівникові ЛПЗ змогу обґрунтовувати рішення, поєднувати теоретичні моделі з практичними даними та забезпечувати прогнозованість і послідовність у розвитку закладу.

У процесі управління лікувально-профілактичними закладами керівник постійно оперує різними логічними операціями, які дозволяють перетворювати інформацію на обґрунтовані управлінські рішення. До основних операцій належать **аналіз, синтез, порівняння, узагальнення та абстрагування**, кожна з яких має свої специфічні функції та практичне застосування у медичному менеджменті.

Аналіз передбачає розкладання складного об'єкта або процесу на складові, щоб виявити взаємозв'язки та закономірності. Наприклад, керівник може аналізувати статистику повторних госпіталізацій у відділенні терапії, виділяючи фактори ризику та проблемні етапи лікувального процесу.

Синтез — це об'єднання окремих елементів у цілісну систему. На практиці це може проявлятися у формуванні комплексного плану профілактичних заходів на основі даних з різних відділень лікарні, інтегруючи клінічні, адміністративні та соціальні аспекти.

Порівняння дозволяє визначити подібності та відмінності між об'єктами або явищами. Керівник може порівнювати ефективність різних протоколів лікування або організаційних підходів у двох відділеннях, щоб вибрати оптимальний варіант.

Узагальнення полягає у формулюванні загальних висновків на основі аналізу конкретних фактів. Наприклад, на підставі результатів моніторингу рівня задоволеності пацієнтів можна узагальнити, які організаційні зміни забезпечують підвищення якості обслуговування.

Абстрагування дозволяє відокремити суттєве від несуттєвого, виділяючи ключові фактори управлінської ситуації. Наприклад, при плануванні закупівель обладнання керівник може абстрагуватися від дрібних технічних деталей, зосереджуючи увагу на функціональності, ефективності та потребах пацієнтів.

Застосування цих логічних операцій у комплексі забезпечує керівникові ЛПЗ системність, обґрунтованість і передбачуваність рішень, підвищує ефективність управління та сприяє покращенню якості медичних послуг.

Управлінська діяльність у сфері охорони здоров'я вимагає від керівника не лише глибоких фахових знань, але й уміння чітко, послідовно та аргументовано мислити. Для цього важливими є два взаємопов'язані інструменти — формальна та діалектична логіка. Формальна логіка забезпечує правильність побудови міркувань, дотримання чітких правил і структур, тоді як діалектична логіка дозволяє враховувати динаміку процесів, розвиток явищ і взаємодію суперечливих факторів.

Принцип тотожності означає, що будь-яке поняття чи твердження повинно зберігати незмінний зміст у межах одного міркування. Для керівника ЛПЗ це означає чіткість у

визначеннях і термінах. Наприклад, якщо у протоколі наради термін «оптимізація штату» використовується, то він має означати одне й те саме на всіх етапах обговорення, щоб уникнути подвійного трактування.

Принцип несуперечності вимагає, щоб у межах одного міркування не допускалися твердження, які взаємно виключають одне одного. В управлінській практиці це означає, що керівник не може одночасно ухвалювати рішення про збільшення фінансування певного відділення та скорочення його бюджету. Чітке дотримання цього принципу допомагає уникнути хаосу в управлінських діях і підвищує довіру персоналу.

Принцип достатньої підстави полягає в тому, що кожне управлінське рішення повинно мати обґрунтування, яке можна чітко сформулювати та перевірити. Для медичного менеджера це означає спирання на статистичні дані, клінічні протоколи, фінансові розрахунки чи результати аудиту, а не на інтуїцію чи особисті симпатії.

Принцип виключеного третього стверджує, що будь-яке твердження в межах формальної логіки або істинне, або хибне, і третього не дано. У практиці керівника ЛПЗ це може проявлятися у чітких адміністративних рішеннях, коли потрібно однозначно обрати — впроваджувати новий стандарт чи відмовитися від нього, без «сірих зон» невизначеності.

Діалектична логіка, на відміну від формальної, дозволяє бачити, що явища можуть бути внутрішньо суперечливими і змінюватися з часом. Для управлінця у сфері охорони здоров'я це особливо важливо, адже рішення, які сьогодні здаються оптимальними, можуть потребувати корекції завтра внаслідок нових наукових даних, змін у законодавстві або появи нових технологій.

Таким чином, ефективний керівник медичного закладу поєднує в своїй роботі строгість формальної логіки з гнучкістю діалектичного підходу: перша забезпечує ясність і послідовність, друга — здатність адаптуватися до змін та враховувати багатогранність управлінських ситуацій.

Культура логічного мислення керівника закладу охорони здоров'я — це не лише володіння набором інтелектуальних прийомів, а й сформована система інтелектуальної дисципліни, яка забезпечує точність, обґрунтованість і послідовність управлінських рішень. У сфері медицини, де помилка може коштувати здоров'я чи життя пацієнта, вимоги до якості мислення керівника особливо високі.

Одним із ключових компонентів культури логічного мислення є дотримання **стандартів аргументації**. Будь-яке управлінське рішення в ЛПЗ має супроводжуватися чітким обґрунтуванням, яке включає:

- достовірні та актуальні дані (медична статистика, фінансові показники, звіти підрозділів);
- прозору логіку переходу від фактів до висновків;
- перевірку релевантності аргументів до поставленої проблеми.

Важливим елементом є **перевірка коректності висновків**. Керівник має уникати логічних помилок, таких як поспішне узагальнення, підміна тези, хибна аналогія чи апеляція до емоцій замість фактів. У практичній діяльності це означає: перш ніж ухвалити рішення, слід не лише перевірити факти, а й упевнитися, що вони справді ведуть до заявленого висновку.

Для підвищення дисципліни мислення можуть використовуватися **протоколи міркування** — структуровані схеми аналізу проблеми та обґрунтування рішень. Наприклад, під час планування реорганізації відділення керівник може застосувати алгоритм:

1. Формулювання проблеми (зниження ефективності роботи).
2. Збір релевантних даних (показники завантаженості, скарги пацієнтів, відгуки персоналу).
3. Аналіз можливих причин (кадровий дефіцит, технічне забезпечення, логістика).
4. Висунення кількох альтернативних рішень.
5. Оцінка кожного варіанту за критеріями ефективності, вартості, безпеки.
6. Обґрунтування остаточного вибору та план впровадження.

Дотримання такої логічної культури дозволяє керівникові уникати необґрунтованих рішень, підтримувати високий рівень довіри серед колективу та забезпечувати стабільний розвиток ЛПЗ.

У сфері медичного менеджменту та клінічної практики логічні помилки можуть призвести не лише до управлінських прорахунків, але й до критичних наслідків для пацієнтів та репутації закладу охорони здоров'я. Розуміння найпоширеніших когнітивних і логічних пасток дозволяє керівникові діяти більш обґрунтовано та знижувати ризик прийняття хибних рішень.

Однією з найпоширеніших помилок є **помилкове узагальнення**, коли висновок робиться на основі недостатньої або нерепрезентативної вибірки. У медичній сфері це може проявлятися у висновках про ефективність методу лікування після кількох успішних випадків, без належної статистичної перевірки. Подібною за небезпекою є **помилка post hoc** («після цього — отже, через це»), коли подія В вважається наслідком події А лише через їх часову послідовність, хоча причинного зв'язку може не бути.

Інша часта пастка — **хибна дихотомія**, коли керівник або лікар розглядає лише два варіанти рішень, ігноруючи проміжні чи комбіновані підходи. Не менш небезпечною є **підміна тези** — навмисне або ненавмисне зміщення предмета дискусії, що відволікає від реальної проблеми. **Ad hominem** («аргумент до особистості») полягає в дискредитації опонента замість аналізу його аргументів. **Аргумент до більшості** (*argumentum ad populum*) є прикладом групового мислення, коли правильність рішення оцінюється за кількістю прихильників, а не за його доказовою базою.

Особливо небезпечними для медичної статистики є **помилка базової частоти** (ігнорування статистичних даних у користь інтуїтивної оцінки) та **екологічна помилка** (перенесення характеристик групи на окрему особу). **Survivorship bias** (упередження вижившого) призводить до переоцінки успішних прикладів, тоді як невдалі випадки залишаються поза увагою, що створює ілюзію високої ефективності методів чи рішень.

Для запобігання цим помилкам керівнику ЛПЗ доцільно застосовувати низку методик. **Чек-листи** допомагають системно перевіряти наявність логічної послідовності та повноти даних. Метод **«диявольського адвоката»** стимулює критичний перегляд навіть найпереконливіших рішень. **Pre-mortem-аналіз** дозволяє уявити потенційний провал рішення ще до його реалізації та виявити можливі слабкі місця. **Аналіз чутливості** дає змогу оцінити, як зміна вихідних даних вплине на підсумкові висновки, а **peer-review** (рецензування колегами) забезпечує зовнішню перевірку обґрунтованості та коректності міркувань.

Висока культура критичного мислення, поєднана з методичною перевіркою аргументів і рішень, створює основу для ефективного управління в медицині. Керівник, який усвідомлює і вміє уникати логічних помилок, значно підвищує стійкість організації до ризиків і забезпечує більш якісне, безпечне та обґрунтоване функціонування закладу охорони здоров'я.

2.3. Логіка прийняття управлінських рішень і наукова аргументація на практиці

Управлінські рішення у закладі охорони здоров'я (ЛПЗ) — це не лише формальні накази чи розпорядження, а складний інтелектуальний процес, що поєднує аналіз даних, прогнозування наслідків, оцінку ризиків та врахування інтересів пацієнтів, персоналу й суспільства. Сучасна управлінська наука пропонує декілька підходів до організації цього процесу, серед яких провідне місце займають раціональна та обмежено раціональна моделі, а також evidence-based management.

Раціональна модель передбачає, що керівник діє за чіткою логічною схемою: визначає проблему, формує цілі, збирає та аналізує всю необхідну інформацію, розробляє можливі альтернативи, оцінює їх за встановленими критеріями та обирає оптимальний варіант. Такий підхід добре працює в умовах, коли дані повні й достовірні, час для аналізу достатній, а фактори ризику можна точно оцінити. У сфері охорони здоров'я прикладом може бути планування закупівель обладнання на основі техніко-економічного обґрунтування та прогнозів потреб пацієнтів.

Обмежено раціональна модель, запропонована Гербертом Саймоном, враховує реальні обмеження людського мислення та організаційного середовища: неповноту інформації, обмеження часу, когнітивні спотворення, конфлікт інтересів тощо. Керівник у такій ситуації часто обирає не «ідеальне», а «достатньо добре» рішення (*satisficing*), яке задовольняє ключові вимоги та може бути впроваджене з мінімальними витратами часу й ресурсів. Наприклад, при раптовому дефіциті медичного персоналу адміністрація може оперативно перерозподілити робочі графіки, не проводячи повний аналіз усіх можливих варіантів.

Evidence-based management (управління, засноване на доказах) додає у менеджмент принципи доказової медицини. Рішення ухвалюються на основі найкращих наявних наукових досліджень, аналітики, внутрішньої статистики ЛПЗ та досвіду інших установ. Цей підхід допомагає уникнути рішень, що ґрунтуються лише на інтуїції чи традиції, і підвищує обґрунтованість управлінських дій.

Прийняття рішень у медицині нерозривно пов'язане з **ризиком і невизначеністю**. Тут корисними є інструменти:

- **Дерева рішень** — графічні схеми, які допомагають візуалізувати можливі варіанти дій, ймовірності настання подій та їх наслідки.
- **Розрахунок очікуваної цінності** — метод, який дозволяє кількісно оцінити кожну альтернативу, враховуючи ймовірність і значущість результатів.
- **Критерії вибору** (максимін, мінімакс, критерій Байєса тощо) — математичні підходи для вибору оптимального рішення в умовах різного рівня невизначеності.

Таким чином, ефективний керівник ЛПЗ повинен вміти поєднувати формальні моделі прийняття рішень із гнучкістю та адаптацією до реалій медичного середовища, де повнота інформації, час та ресурси майже завжди обмежені.

У медичному менеджменті якість управлінського рішення безпосередньо визначає ефективність роботи закладу охорони здоров'я та, зрештою, впливає на життя і здоров'я пацієнтів. Сам процес ухвалення рішень у ЛПЗ можна розглядати як послідовність логічних і взаємопов'язаних етапів, кожен з яких має власні завдання, контрольні точки та ризики.

Першим кроком є чітке **формулювання проблеми**. Невизначені або надто загальні формулювання часто призводять до неправильних рішень, адже управлінець починає діяти не з реальними причинами, а з поверхневими симптомами. Важливо відокремити проблему від наслідків, уточнити її межі та визначити ключових стейкхолдерів.

Далі формується **гіпотеза** — попереднє пояснення причин проблеми або прогноз можливого результату. У медичному середовищі гіпотеза повинна базуватися на перевірених даних, клінічних протоколах, актуальних наукових дослідженнях і враховувати місцевий контекст.

Третій етап — **збір та верифікація даних**. Тут важливо не лише зібрати достатній обсяг інформації, але й перевірити її достовірність та актуальність. У цьому допомагають внутрішні звіти, результати клінічного аудиту, статистичні бази, дані електронної медичної документації. На цьому ж етапі доцільно виявляти прогалини в інформації, які можуть вплинути на якість рішення.

Після цього проводиться **оцінка альтернативних варіантів вирішення проблеми**. Для кожної альтернативи розглядаються очікувані результати, можливі ризики, ресурси, часові обмеження та вплив на пацієнтів і персонал. Використання методів багатокритеріального аналізу дозволяє структурувати порівняння та уникнути суб'єктивних упереджень.

Вибір оптимального варіанта є наступним кроком. Тут важливо дотримуватися узгоджених критеріїв — медичних, економічних, етичних. Часто цей етап супроводжується колегіальними обговореннями та погодженням з різними рівнями управління.

Після ухвалення рішення слідує його **комунікація** — доведення змісту, обґрунтування та очікуваних результатів до всіх, хто буде залучений у реалізацію. Якісна комунікація зменшує опір змінам і підвищує мотивацію персоналу.

Реалізація рішення — етап, де управлінець стикається з практичними труднощами: нестачею ресурсів, непередбаченими зовнішніми змінами, людським фактором. Успіх залежить від чіткого планування, розподілу відповідальності та моніторингу проміжних результатів.

Завершальною фазою є **моніторинг та оцінка результатів**. Тут аналізуються фактичні наслідки, проводиться порівняння з початковими очікуваннями, виявляються відхилення та причини їх виникнення. Цей етап часто формує базу знань для майбутніх рішень.

Важливо впроваджувати логічні контрольні точки — моменти, коли керівник свідомо зупиняється для перевірки, чи зберігає рішення актуальність, чи не з'явилися нові обставини, які змінюють вихідні умови. Такий підхід підвищує гнучкість управління та дозволяє уникати стратегічних помилок.

У сфері управління охороною здоров'я, де рішення керівника лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) можуть безпосередньо впливати на життя та здоров'я людей, наукова аргументація набуває особливого значення. Вона є не лише інструментом переконання, а й механізмом забезпечення обґрунтованості рішень, підвищення їхньої ефективності та довіри з боку персоналу, пацієнтів і зовнішніх стейкхолдерів.

Теза — це центральне твердження, яке керівник прагне довести чи обґрунтувати. У практиці ЛПЗ тезою може бути, наприклад, необхідність впровадження нової клінічної процедури, зміни графіків роботи, модернізації діагностичного обладнання чи перегляду системи контролю якості медичних послуг. Чітке й однозначне формулювання тези — перший крок до науково обґрунтованого управлінського рішення.

Аргументи є підставами, що підтверджують правдивість чи доцільність тези. У сфері охорони здоров'я вони можуть мати різну природу:

- **Емпіричні аргументи** — базуються на фактах, спостереженнях, результатах роботи закладу, даних медичної статистики та клінічних аудитів. Наприклад, зростання показників після запровадження певної програми профілактики.
- **Статистичні аргументи** — спираються на обробку та інтерпретацію великих масивів даних, що дозволяє виявляти закономірності та тенденції (наприклад, аналіз захворюваності за останні 5 років у конкретному регіоні).
- **Нормативні аргументи** — ґрунтуються на положеннях чинного законодавства, наказів МОЗ, міжнародних протоколів та стандартів (наприклад, рекомендації ВООЗ щодо вакцинації).
- **Етичні аргументи** — апелюють до моральних принципів медичної діяльності, таких як справедливість, конфіденційність, повага до гідності пацієнта.
- **Експертні аргументи** — посилення на думки авторитетних фахівців або професійних асоціацій, які мають підтверджену репутацію та досвід.

Демонстрація або обґрунтування — це логічне поєднання аргументів у цілісну систему, яка переконливо веде від тези до висновку. У медичному менеджменті важливо, щоб демонстрація була не лише логічно послідовною, але й зрозумілою для різних аудиторій — від лікарів і медсестер до адміністративного персоналу та органів влади.

Ключові вимоги до наукової аргументації в управлінні ЛПЗ — **валідність і надійність**. Валідність означає, що аргументи дійсно доводять заявлену тезу, а не інше твердження; надійність — що вони базуються на перевірених, достовірних джерелах і можуть бути відтворені або перевірені іншими фахівцями.

Таким чином, наукова аргументація у сфері охорони здоров'я — це не формальна вимога, а стратегічний ресурс, який допомагає керівнику приймати зважені, обґрунтовані та ефективні рішення, здатні витримати як внутрішню, так і зовнішню експертизу.

У сфері охорони здоров'я управлінські рішення нерозривно пов'язані з якістю даних, на яких вони базуються. Навіть найретельніше сплановане рішення втрачає цінність, якщо інформаційна основа є неповною, викривленою або методологічно слабкою. Саме тому першим кроком у забезпеченні ефективності управлінських рішень є критична оцінка достовірності даних. Достовірність означає, що дані відповідають реальному стану речей, отримані із надійних джерел та перевірені незалежними методами. Наприклад, у лікарняному закладі (ЛПЗ) статистика післяопераційних ускладнень має бути підтверджена як клінічною документацією, так і електронними медичними записами, щоб уникнути спотворення звітності.

Репрезентативність даних визначає, наскільки вибірка відображає реальну картину у всій цільовій сукупності. Якщо адміністрація ЛПЗ приймає рішення про закупівлю нового обладнання, ґрунтуючись лише на відгуках двох відділень із десяти, висновок може виявитися упередженим. Репрезентативна вибірка гарантує, що враховано інтереси та особливості різних структурних підрозділів, пацієнтських груп і типів медичної допомоги.

У статистичному аналізі важливо розрізняти статистичну та практичну значущість. Статистична значущість вказує, що отриманий результат малоімовірно є випадковим (наприклад, $p < 0.05$), проте це ще не означає, що він має реальний вплив на практику. У медицині можна отримати статистично значущу різницю в тривалості госпіталізації між двома методами

лікування, але якщо ця різниця становить лише кілька годин, практична цінність рішення щодо впровадження нового методу може бути сумнівною.

Ще одне критичне питання — розмежування кореляції та причинності. Кореляція лише вказує на зв'язок між двома змінними, але не гарантує, що одна є причиною іншої. У ЛПЗ можна виявити, що в палатах із новим освітленням пацієнти швидше одужують, але це не обов'язково означає, що саме освітлення є причиною покращення; можливо, ці палати також отримали оновлене обладнання чи працюють за удосконаленими протоколами догляду.

Коректність висновків у медичному управлінні залежить від критичного мислення керівника, методологічної дисципліни та готовності перевіряти гіпотези за допомогою незалежних джерел даних. Лише поєднання достовірності, репрезентативності, розуміння статистичної та практичної значущості, а також чіткого відмежування кореляції від причинності дозволяє ухвалювати управлінські рішення, які будуть науково обґрунтованими та безпечними для пацієнтів.

Ефективне управління в охороні здоров'я неможливе без здатності чітко, переконливо та прозоро комунікувати прийняті рішення різним групам зацікавлених сторін — від колег та керівництва до пацієнтів, громадськості й регуляторних органів. Навіть найобґрунтованіше управлінське рішення може втратити силу, якщо воно буде подане без належної аргументації або не врахує очікування аудиторії.

Ключовим інструментом у цьому процесі є **візуалізація доказів**. Використання інфографіки, діаграм, інтерактивних панелей показників (dashboards) та карт пацієнтських потоків дозволяє не лише зробити дані зрозумілими, а й показати їхню практичну значущість. У сфері охорони здоров'я це може означати наочну демонстрацію зниження рівня госпіталізацій, підвищення ефективності використання ресурсів або поліпшення якості медичних послуг після впровадження нового підходу.

Важливою складовою є **робота з контраргументами**. У будь-якому професійному середовищі рішення викликають запитання, сумніви та опір. Менеджер повинен передбачати потенційні зауваження, готувати дані, що їх спростовують або уточнюють, та демонструвати готовність до відкритого діалогу. Це не лише зменшує конфліктність, а й зміцнює довіру до процесу прийняття рішень.

Не менш значущими залишаються **прозорість і підзвітність**. У контексті охорони здоров'я це передбачає чітке пояснення методів збору та аналізу даних, критеріїв оцінки ефективності та можливих обмежень рішення. Коли стейкхолдери бачать, що управлінська команда діє відкрито, на основі надійних доказів та етичних принципів, вони з більшою ймовірністю підтримають реалізацію навіть складних або непопулярних заходів.

Таким чином, комунікація й захист управлінських рішень в охороні здоров'я — це не лише передача інформації, а й побудова довіри, формування спільного розуміння цілей та створення умов для ефективної реалізації змін.

Розвиток логічного та наукового мислення в професійній діяльності керівника закладу охорони здоров'я — це не одноразова подія, а безперервний процес, який вимагає свідомого планування, регулярної практики та аналізу власних дій. У сучасних умовах, коли управлінські рішення повинні ґрунтуватися на доказах і враховувати як клінічні, так і організаційні аспекти, керівник має працювати над систематичним вдосконаленням власних когнітивних навичок.

Ефективним інструментом є індивідуальний план розвитку (Individual Development Plan, IDP), який передбачає чітке визначення цілей у сфері логічного та наукового мислення, вибір відповідних ресурсів (курси, література, наставництво), встановлення часових рамок та критеріїв оцінювання прогресу. Такий підхід допомагає уникнути хаотичності у навчанні та забезпечує поступове формування компетентностей.

Розбір кейсів (case-based learning) дозволяє відпрацьовувати навички критичного аналізу, виявлення помилок у аргументації та знаходження оптимальних рішень у складних, багатофакторних ситуаціях. Особливу цінність мають міждисциплінарні кейси, що включають як клінічні, так і економічні та етичні аспекти.

Симуляційні тренінги дають можливість відпрацьовувати прийняття рішень у безпечному середовищі, моделюючи кризові ситуації (наприклад, спалах інфекції в лікарні чи дефіцит

ресурсів). Це сприяє формуванню швидкого та при цьому обґрунтованого мислення, яке витримує тиск часу та обставин.

Рефлексивні журнали (reflective journals) допомагають керівнику системно аналізувати власні рішення, виявляти упередження та слабкі місця у міркуваннях, фіксувати нові ідеї та підходи. Такі записи є основою для подальшого професійного зростання.

Важливою практикою є участь у М&М (Morbidity & Mortality) та quality rounds, де розбираються клінічні випадки з ускладненнями чи помилками. Участь у таких обговореннях вчить критично аналізувати причини невдач, знаходити шляхи покращення процесів і підтримує культуру прозорості та безперервного вдосконалення.

Таким чином, розвиток логічного та наукового мислення керівника ЛПЗ — це системна робота, яка поєднує індивідуальне навчання, командну взаємодію та культуру відкритого обговорення, що в кінцевому підсумку підвищує якість управлінських рішень і сприяє безпеці пацієнтів.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти дедуктивний і індуктивний методи в контексті аналізу управлінських проблем ЛПЗ, навівши приклади їх застосування (наприклад, аналіз плинності кадрів).
2. Визначити та описати три логічні помилки, які можуть виникнути під час аналізу даних у медичних дослідженнях, і запропонувати способи їх уникнення.
3. Підготувати презентацію на тему «Значення логічного мислення для прийняття управлінських рішень у ЛПЗ», включивши кейс із реальної практики.
4. Скласти глосарій із 10 термінів за темою «Логіка наукових досліджень в охороні здоров'я» (наприклад: силогізм, гіпотеза, контраргумент).
5. Розробити логічну схему аналізу проблеми низької задоволеності пацієнтів у ЛПЗ, використовуючи принципи аргументації та уникнення логічних помилок.

Лекція 3

Методологія наукових досліджень у сфері управління закладами охорони здоров'я

План

- 3.1. Поняття та структура методології наукового дослідження в управлінні охороною здоров'я
- 3.2. Рівні та принципи методології досліджень в управлінні ЛПЗ
- 3.3. Методологічна культура керівника ЛПЗ та її практичне значення
- 3.4. Типи досліджень у галузі управління охороною здоров'я та критерії їх вибору

3.1. Поняття та структура методології наукового дослідження в управлінні охороною здоров'я

У сучасному управлінні закладами охорони здоров'я науковий підхід до вирішення проблем є невід'ємною умовою ефективності та стійкості системи. Методологія наукового дослідження виступає ключовим інструментом, який дозволяє керівникам лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) систематизувати процес пізнання, обґрунтовувати управлінські рішення та прогнозувати їхні наслідки.

Під методологією у сфері охорони здоров'я розуміють систему принципів, підходів і процедур, які спрямовують дослідницьку діяльність до отримання достовірних і практично застосовних результатів. Вона не лише забезпечує структурованість наукового пошуку, але й допомагає враховувати унікальні особливості медичного менеджменту, де рішення впливають на здоров'я і життя людей. Наприклад, при розробці стратегії оптимізації роботи приймального відділення лікарні методологія дозволяє визначити, які аспекти (час очікування, якість діагностики, задоволеність пацієнтів) потребують дослідження, і як ці дані можна використати для вдосконалення процесів. Таким чином, методологія в охороні здоров'я — це не абстрактна теорія, а практичний інструмент, що поєднує наукову строгість із реальними потребами медичних закладів. Ця практична спрямованість методології стає основою для її використання як інструменту організації наукового пошуку та підвищення ефективності управлінських рішень.

У контексті управління ЛПЗ методологія допомагає структурувати складні управлінські

завдання, що часто мають міждисциплінарний характер. Наприклад, при аналізі ефективності впровадження телемедицини в районній лікарні керівник стикається з необхідністю оцінити не лише економічні витрати, а й клінічні результати, задоволеність персоналу та доступність послуг для населення. Методологія дозволяє вибудувати чіткий алгоритм дослідження: від формулювання проблеми (наприклад, низька доступність спеціалізованої допомоги в сільській місцевості) до вибору методів збору даних (анкетування, аналіз медичних записів) і подальшої інтерпретації результатів. Вона забезпечує системність, допомагаючи уникнути хаотичних рішень, що ґрунтуються на інтуїції чи часткових даних. Важливо, що методологія не лише сприяє отриманню знань, але й забезпечує їх практичне застосування, дозволяючи керівнику обґрунтувати, наприклад, доцільність інвестицій у нове обладнання перед радою директорів чи державними органами. Таким чином, методологія стає мостом між теоретичним аналізом і реальними управлінськими діями, підвищуючи якість рішень у динамічному та складному середовищі охорони здоров'я.

Оскільки методологія виконує роль такого мосту, важливо зрозуміти її внутрішню структуру, яка складається з кількох взаємопов'язаних рівнів: філософського, загальнонаукового, конкретно-наукового та методико-технологічного. Філософський рівень задає світоглядні основи дослідження, визначаючи, як керівник сприймає природу проблем у сфері охорони здоров'я. Наприклад, філософське розуміння здоров'я як комплексного стану фізичного, психічного та соціального благополуччя впливає на вибір пріоритетів при плануванні профілактичних програм.

Загальнонауковий рівень пропонує універсальні методи пізнання, такі як аналіз, синтез чи моделювання, які застосовуються в різних дисциплінах. У медичному менеджменті це може бути системний аналіз для оцінки ефективності логістики в лікарні.

Конкретно-науковий рівень фокусується на спеціалізованих підходах, характерних для управління охороною здоров'я, наприклад, використанні епідеміологічних моделей для прогнозування потреб у ресурсах під час сезонних спалахів грипу.

Методико-технологічний рівень включає конкретні інструменти та техніки, такі як статистичний аналіз даних про госпіталізації чи якісні методи, як-от фокус-групи з медичним персоналом для оцінки їхньої мотивації.

Ці рівні не ізольовані, а взаємодіють: філософські засади формують загальнонаукові принципи, які, своєю чергою, адаптуються до конкретних завдань управління ЛПЗ і реалізуються через відповідні методики. Наприклад, рішення про реорганізацію системи чергування лікарів може починатися з філософського осмислення справедливості розподілу навантаження, переходити до загальнонаукового аналізу робочих процесів, спиратися на конкретно-наукові дані про втому персоналу та завершуватися вибором техніки, як-от анкетування для збору зворотного зв'язку. Така багаторівнева структура забезпечує цілісність і обґрунтованість дослідницького процесу.

Розуміння структури методології дозволяє чітко відмежувати її від суміжних понять, таких як методика і техніка дослідження, що є важливим для уникнення плутанини в управлінській практиці. Методологія, як уже зазначалося, є системою принципів і підходів, що спрямовують дослідження в цілому. Вона визначає, як підійти до проблеми стратегічно, наприклад, вирішуючи, чи варто досліджувати економічну ефективність нового діагностичного методу з позиції вартості для системи чи з точки зору доступності для пацієнтів.

Методика, натомість, є конкретизацією методології — це набір процедур і методів, які використовуються для вирішення певного завдання. Наприклад, методика оцінки ефективності нового методу діагностики може включати порівняльний аналіз витрат і результатів за групами пацієнтів.

Техніка дослідження — це ще вужче поняття, що стосується конкретних інструментів і засобів реалізації методики, таких як програмне забезпечення для обробки статистичних даних (наприклад, SPSS для аналізу медичних звітів) або стандартизовані анкети для опитування пацієнтів.

У практиці управління ЛПЗ ці поняття тісно пов'язані: методологія визначає, що ми хочемо дослідити (наприклад, вплив нової системи електронного запису на час очікування), методика конкретизує, як це зробити (шляхом збору даних про тривалість прийому та аналізу скарг), а техніка забезпечує практичне виконання (використання таймерів або програм для

моніторингу). Чітке розмежування цих понять дозволяє керівнику уникати хаотичного підходу до досліджень і забезпечує логічну послідовність у прийнятті рішень, що є критично важливим у сфері охорони здоров'я, де помилки можуть мати серйозні наслідки.

3.2. Рівні та принципи методології досліджень в управлінні ЛПЗ

Розуміння структури методології, її відмінностей від методики та техніки дослідження відкриває шлях до глибшого осмислення її рівнів і принципів, які визначають ефективність наукового пошуку в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ).

Філософський рівень методології є основою, що задає фундаментальні засади дослідницької діяльності. Він охоплює онтологію, яка визначає природу об'єктів дослідження, гносеологію, що з'ясовує шляхи отримання знань, та аксіологію, яка окреслює цінності, що лежать в основі наукової роботи.

У контексті управління ЛПЗ **онтологія** допомагає усвідомити, що заклад охорони здоров'я — це не лише фізична інфраструктура чи набір медичних процедур, а складна соціотехнічна система, де взаємодіють люди, технології та суспільні норми. Наприклад, при дослідженні ефективності роботи поліклініки онтологічний підхід спонукає розглядати її як цілісну систему, що включає потоки пацієнтів, мотивацію персоналу та доступність послуг.

Гносеологія, своєю чергою, визначає, як ці знання можна отримати: через аналіз медичної статистики, опитування стейкхолдерів чи спостереження за процесами.

Аксіологія фокусується на цінностях, таких як справедливість доступу до медичної допомоги чи безпека пацієнтів, які стають орієнтирами при виборі пріоритетів дослідження. Наприклад, при оцінці доцільності впровадження нової системи скринінгу онкологічних захворювань аксіологічний підхід спонукає враховувати не лише економічну ефективність, а й етичну цінність ранньої діагностики для вразливих груп населення.

Таким чином, філософський рівень створює світоглядну основу, яка спрямовує дослідницьку діяльність у руслі гуманістичних і соціально відповідальних цілей.

Ця світоглядна основа природно переходить до загальнонаукового рівня методології, який пропонує універсальні інструменти для аналізу та вирішення управлінських завдань у сфері охорони здоров'я. На цьому рівні ключовими є системний підхід, моделювання, аналіз і синтез.

Системний підхід розглядає ЛПЗ як цілісну систему, де зміна одного елемента (наприклад, графіку роботи медсестер) впливає на інші аспекти, такі як задоволеність персоналу чи якість догляду за пацієнтами. Наприклад, при дослідженні причин довгих черг у приймальному відділенні системний підхід дозволяє врахувати взаємозв'язки між кількістю персоналу, технічним забезпеченням і організацією запису.

Моделювання, як інструмент, допомагає створювати спрощені версії реальних процесів, щоб прогнозувати наслідки управлінських рішень. Наприклад, комп'ютерна модель потоків пацієнтів може показати, як зміна системи попереднього запису вплине на час очікування.

Аналіз і синтез дозволяють розкласти проблему на складові (наприклад, виявити, що затримки в діагностиці пов'язані з браком обладнання) і згодом об'єднати отримані дані в цілісне рішення (наприклад, план закупівлі нового обладнання з урахуванням бюджету та потреб).

Ці загальнонаукові методи забезпечують універсальну основу для дослідження, яка адаптується до специфіки управління ЛПЗ, створюючи міст до наступного рівня методології.

На конкретно-науковому рівні методологія набуває спеціалізованого характеру, використовуючи соціальні та управлінські теорії, адаптовані до контексту медичних закладів. Цей рівень фокусується на застосуванні знань із соціології, економіки, теорії організацій та інших дисциплін для вирішення специфічних проблем охорони здоров'я. Наприклад, теорія організаційної поведінки може бути використана для аналізу мотивації медичного персоналу, що дозволяє розробити стратегії підвищення продуктивності та зниження плинності кадрів. У практиці ЛПЗ це може проявлятися у впровадженні програм нематеріального стимулювання, таких як гнучкий графік чи визнання досягнень, що базується на соціологічних дослідженнях потреб працівників.

Економічні моделі, такі як аналіз витрат і вигод, допомагають оцінити доцільність інвестицій у профілактичні програми, наприклад, вакцинацію проти грипу для населення регіону.

Конкретно-науковий рівень також включає використання епідеміологічних і статистичних

методів для аналізу даних про захворюваність, що дозволяє прогнозувати потребу в ресурсах під час сезонних спалахів. Наприклад, керівник ЛПЗ може використати регресійний аналіз для визначення зв'язку між рівнем вакцинації та зниженням госпіталізацій, щоб обґрунтувати виділення додаткових коштів на імунізацію. Таким чином, конкретно-науковий рівень адаптує загальнонаукові методи до реалій медичного менеджменту, забезпечуючи їх практичну спрямованість і релевантність.

Ця практична спрямованість конкретизується на методико-технологічному рівні, який фокусується на виборі специфічних методів, прийомів і процедур для реалізації дослідницьких завдань. На цьому рівні керівник ЛПЗ обирає інструменти, які дозволяють зібрати, обробити та інтерпретувати дані відповідно до поставлених цілей. Наприклад, для оцінки ефективності нової системи електронного документообігу можна використати кількісні методи, такі як аналіз часу, витраченого на оформлення медичних записів, або якісні методи, як-от інтерв'ю з персоналом для оцінки їхньої адаптації до системи. Техніки збору даних можуть включати анкетування пацієнтів для вимірювання їхньої задоволеності чи використання програмного забезпечення для обробки великих масивів медичної статистики. У практиці управління ЛПЗ методико-технологічний рівень часто передбачає комбінацію методів: наприклад, при дослідженні причин високого рівня повторних госпіталізацій керівник може поєднати статистичний аналіз даних із фокус-групами для виявлення суб'єктивних факторів, таких як недостатня комунікація між лікарями та пацієнтами.

Вибір методів і процедур залежить від характеру проблеми, доступних ресурсів і рівня точності, необхідного для прийняття рішення. Цей рівень завершує структуру методології, переводячи теоретичні засади та наукові підходи в практичні інструменти, які безпосередньо впливають на якість управлінських рішень.

Ефективність усіх рівнів методології залежить від дотримання ключових методологічних принципів, які забезпечують надійність і доцільність дослідницької діяльності в управлінні ЛПЗ.

Принцип системності вимагає розглядати об'єкт дослідження як цілісну систему, де кожен елемент (персонал, обладнання, пацієнти) взаємодіє з іншими. Наприклад, при аналізі причин затримок у наданні невідкладної допомоги системність спонукає враховувати не лише швидкість роботи медперсоналу, а й логістику, технічне забезпечення та організаційні процеси.

Принцип наукової обґрунтованості передбачає, що будь-яке рішення чи висновок базується на перевірених даних і методах, наприклад, використанні клінічних протоколів для оцінки ефективності нового методу лікування.

Об'єктивність вимагає уникнення упереджень і суб'єктивних суджень, що досягається через використання стандартизованих процедур і незалежної перевірки результатів.

Верифікованість забезпечує можливість відтворення результатів іншими дослідниками, що є важливим для довіри до висновків, наприклад, при оцінці впливу нової програми профілактики на рівень захворюваності.

Міждисциплінарність відображає необхідність інтеграції знань із різних галузей — медицини, економіки, соціології — для комплексного вирішення проблем. Наприклад, розробка стратегії боротьби з антибіотикорезистентністю потребує поєднання медичних, управлінських і соціальних підходів.

Нарешті, принципи гуманізму та соціальної відповідальності наголошують на тому, що будь-яке дослідження в охороні здоров'я має бути спрямоване на благо людини та суспільства, враховуючи етичні аспекти та потреби вразливих груп. Наприклад, при плануванні розподілу ресурсів у лікарні гуманістичний підхід спонукає надавати пріоритет тим, хто має обмежений доступ до медичних послуг. Ці принципи не лише забезпечують методологічну строгість, але й гарантують, що дослідження в управлінні ЛПЗ сприяють створенню справедливої, ефективної та гуманної системи охорони здоров'я.

3.3. Методологічна культура керівника лікувально-профілактичного закладу та її практичне значення

Дотримання методологічних принципів і розуміння рівнів методології створюють основу для формування методологічної культури керівника лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), яка є ключовим елементом його професійної компетентності.

Методологічна культура — це інтеграція знань, навичок і ціннісних орієнтацій, що дозволяє керівнику системно підходити до дослідницької діяльності та управлінських рішень у сфері охорони здоров'я. Вона охоплює не лише вміння застосовувати наукові методи, а й розуміння їхньої філософської та етичної основи, а також здатність адаптувати ці знання до практичних потреб ЛПЗ. Наприклад, керівник, який планує реорганізацію системи надання первинної медичної допомоги, спирається не лише на статистичні дані про потоки пацієнтів, а й на етичні принципи забезпечення рівного доступу до послуг.

Методологічна культура передбачає вміння поєднувати теоретичні знання (наприклад, про моделі управління ресурсами) з практичними навичками (аналіз даних про завантаженість лікарів) і ціннісними орієнтаціями, такими як пріоритет здоров'я громади. Ця інтеграція забезпечує цілісний підхід до вирішення складних управлінських завдань, де кожне рішення має бути науково обґрунтованим, етично виправданим і соціально доцільним.

Цілісність методологічної культури природно переходить до її ролі у формуванні стратегічного мислення керівника ЛПЗ, яке є необхідним для ефективного управління в умовах динамічних змін у системі охорони здоров'я. Стратегічне мислення передбачає здатність бачити довгострокові перспективи, прогнозувати наслідки рішень і балансувати між різними інтересами — економічними, медичними та соціальними. Методологічна культура сприяє цьому, надаючи керівнику інструменти для системного аналізу проблем, вибору оптимальних методів дослідження та оцінки їхньої доцільності. Наприклад, при розробці стратегії профілактики хронічних захворювань у регіоні керівник може використати методологічні підходи, щоб оцінити, які фактори (рівень освіченості населення, доступ до медичних послуг, фінансування) найбільше впливають на успіх програми. Це вимагає не лише знання методів збору даних, але й розуміння, як ці дані інтерпретувати в контексті ширшої мети — покращення здоров'я громади.

Методологічна культура допомагає структурувати мислення, уникаючи фрагментарного підходу, коли рішення приймаються на основі окремих фактів без урахування їхнього взаємозв'язку. Таким чином, вона перетворює керівника з адміністратора на лідера, здатного розробляти стратегії, які враховують як поточні виклики, так і майбутні потреби системи охорони здоров'я.

Ця здатність до стратегічного мислення безпосередньо впливає на практичне значення методологічної культури, яке проявляється у трьох ключових аспектах: покращенні якості досліджень, підвищенні ефективності управління та зміцненні комунікацій із науковою спільнотою.

По-перше, методологічна культура забезпечує високу якість досліджень, оскільки керівник, який володіє методологічними знаннями, може чітко формулювати гіпотези, обирати релевантні методи та уникати упереджень. Наприклад, при оцінці ефективності нової системи телемедицини методологічно підготовлений керівник використає комбінацію кількісних (аналіз даних про кількість консультацій) і якісних (інтерв'ю з пацієнтами) методів, щоб отримати повну картину результатів.

По-друге, методологічна культура підвищує ефективність управління, дозволяючи приймати обґрунтовані рішення, які зменшують ризики та оптимізують ресурси. Наприклад, при аналізі причин високого рівня післяопераційних ускладнень керівник може використати методологічний підхід для виявлення системних проблем (недостатня кваліфікація персоналу чи застаріле обладнання) і розробити цілеспрямовані заходи для їх усунення.

По-третє, методологічна культура полегшує комунікацію з науковою спільнотою, оскільки керівник, який володіє мовою науки та дотримується стандартів академічної доброчесності, може ефективно представляти результати своїх досліджень на конференціях чи у професійних виданнях. Наприклад, підготовка звіту про вплив програми вакцинації на рівень госпіталізацій вимагає чіткої аргументації, що ґрунтується на верифікованих даних, що робить висновки переконливими для колег і експертів. Таким чином, методологічна культура стає основою для професійного зростання керівника та підвищення авторитету ЛПЗ.

Ці практичні переваги методологічної культури найкраще ілюструються через реальні приклади використання методологічних знань у управлінських дослідженнях, таких як проекти покращення якості (quality improvement projects), аналіз політики чи оцінка програм.

У проектах покращення якості методологічна культура дозволяє керівнику системно

підійти до вирішення конкретних проблем. Наприклад, у лікарні, де спостерігається високий рівень скарг на тривале очікування у приймальному відділенні, керівник може застосувати методологію циклу PDCA (Plan-Do-Check-Act): спланувати зміни (впровадження електронної черги), протестувати їх на невеликій групі, перевірити результати (зменшення часу очікування) і впровадити на постійній основі.

Аналіз політики, наприклад, оцінка впливу нової державної програми фінансування медичних послуг, вимагає від керівника використання методів порівняльного аналізу, щоб оцінити, як зміни вплинули на доступність і якість допомоги в ЛПЗ.

Оцінка програм, таких як профілактичні кампанії проти діабету, передбачає застосування методологічних інструментів для збору даних (анкетування, медична статистика) і їхньої інтерпретації з урахуванням соціальних і економічних факторів. Наприклад, керівник може використати регресійний аналіз, щоб визначити, чи вплинула інформаційна кампанія на рівень ранньої діагностики діабету, і на основі цього обґрунтувати подальше фінансування програми.

Ці приклади демонструють, як методологічна культура дозволяє керівнику ЛПЗ не лише вирішувати поточні проблеми, а й створювати базу знань для майбутніх управлінських рішень, сприяючи сталому розвитку закладу та системи охорони здоров'я в цілому.

3.4. Типи досліджень у галузі управління охороною здоров'я та критерії їх вибору

Методологічна культура керівника лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ), яка інтегрує знання, навички та ціннісні орієнтації, створює міцну основу для ефективного використання досліджень у практиці управління. Дослідження відіграють ключову роль у розвитку системи охорони здоров'я, дозволяючи не лише вдосконалювати управлінські практики, а й адаптувати їх до сучасних викликів, таких як зростання хронічних захворювань, обмеженість ресурсів чи впровадження цифрових технологій. Вони дають змогу керівникам ЛПЗ приймати обґрунтовані рішення, спираючись на достовірні дані, а не на припущення чи інтуїцію. Наприклад, дослідження впливу нової системи електронного запису на рівень задоволеності пацієнтів може допомогти оптимізувати процеси в поліклініці, зменшивши час очікування та підвищивши якість обслуговування. Крім того, дослідницька діяльність сприяє створенню доказової бази для обґрунтування стратегічних рішень перед органами влади чи інвесторами, а також підтримує інноваційний розвиток ЛПЗ, дозволяючи впроваджувати нові підходи до профілактики, діагностики чи організації медичної допомоги. Таким чином, дослідження є невід'ємною частиною сучасного управління охороною здоров'я, забезпечуючи його наукову обґрунтованість і практичну ефективність.

Ця ключова роль досліджень зумовлює необхідність їхньої чіткої класифікації, щоб керівник міг обрати оптимальний тип залежно від поставлених завдань. Дослідження в управлінні охороною здоров'я можна класифікувати за кількома критеріями:

- за метою;
- за характером процесу;
- за рівнем узагальнення.

За метою розрізняють фундаментальні, прикладні та пошукові дослідження.

Фундаментальні дослідження спрямовані на поглиблення теоретичних знань, наприклад, аналіз впливу організаційної культури на ефективність роботи ЛПЗ.

Прикладні дослідження мають практичну спрямованість, наприклад, оцінка економічної доцільності впровадження телемедичних консультацій у віддалених регіонах.

Пошукові дослідження проводяться для попереднього вивчення проблеми, коли бракує даних для чіткої гіпотези, наприклад, з'ясування причин низької явки на профілактичні огляди.

За характером процесу дослідження поділяються на кількісні, якісні та змішані.

Кількісні методи, такі як статистичний аналіз даних про госпіталізації, дозволяють отримати числові показники, наприклад, для оцінки ефективності нового протоколу лікування.

Якісні методи, як-от глибинні інтерв'ю з медперсоналом, допомагають зрозуміти суб'єктивні аспекти, наприклад, причини професійного вигорання.

Змішані методи поєднують обидва підходи, наприклад, аналізуючи числові дані про плинність кадрів разом із фокус-групами для з'ясування мотиваційних факторів.

За рівнем узагальнення дослідження бувають **описові** (збір даних про поточний стан,

наприклад, рівень задоволеності пацієнтів), **аналітичні** (виявлення причинно-наслідкових зв'язків, наприклад, вплив дефіциту персоналу на якість догляду) та **експериментальні** (тестування змін у контрольованих умовах, наприклад, пілотне впровадження нової системи чергування).

Така класифікація допомагає керівнику ЛПЗ чітко визначити, який тип дослідження найкраще відповідає конкретній управлінській задачі. Вибір відповідного типу дослідження залежить від специфіки завдань ЛПЗ, доступних ресурсів і очікуваних результатів, що робить цей процес стратегічно важливим. Наприклад, якщо мета полягає в швидкому виявленні причин зростання скарг на якість медичних послуг, доцільно обрати пошукове якісне дослідження, яке включає опитування пацієнтів і персоналу, оскільки воно не потребує значних ресурсів і дозволяє отримати попередні висновки. Натомість для оцінки довгострокового впливу нової системи управління запасами ліків краще підійде аналітичне кількісне дослідження, яке базується на даних про витрати та доступність медикаментів.

Ресурси, такі як фінансування, час і кваліфікація персоналу, також відіграють ключову роль. Наприклад, невелика районна лікарня з обмеженим бюджетом може обрати описове дослідження для оцінки поточного рівня використання обладнання, тоді як великий медичний центр із доступом до аналітичних інструментів може провести експериментальне дослідження для тестування нової моделі маршрутизації пацієнтів.

Очікувані результати також впливають на вибір: якщо потрібні конкретні рекомендації для негайного впровадження, прикладні дослідження будуть пріоритетними, тоді як для розробки стратегічного плану розвитку ЛПЗ доцільніше провести фундаментальне дослідження організаційних процесів. Важливо, щоб керівник враховував контекст задачі: наприклад, у кризових умовах, таких як епідемія, швидкі пошукові дослідження можуть бути ефективнішими, ніж тривалі аналітичні.

Таким чином, вибір типу дослідження є балансом між метою, ресурсами та практичними потребами, що забезпечує релевантність і корисність отриманих результатів. Ця релевантність найкраще ілюструється через приклади вдалого вибору типу дослідження для вирішення управлінських завдань у медицині.

Уявімо, що керівник ЛПЗ стикається з проблемою високого рівня повторних госпіталізацій у кардіологічному відділенні. Для її вирішення він обирає змішане аналітичне дослідження: кількісний аналіз даних про частоту повторних госпіталізацій виявляє ключові діагнози та фактори ризику, а якісні інтерв'ю з пацієнтами та лікарями розкривають проблеми в комунікації щодо післягоспітального догляду. На основі цих даних розробляється програма навчання для персоналу та інструкції для пацієнтів, що знижує рівень повторних госпіталізацій.

Інший приклад — експериментальне дослідження для оцінки нової системи електронного запису в поліклініці. Керівник проводить пілотне впровадження в одному відділенні, порівнюючи час очікування та задоволеність пацієнтів до і після змін, що дозволяє обґрунтувати масштабування системи на весь заклад.

У третьому випадку, при аналізі ефективності регіональної програми профілактики діабету, доцільним є прикладне описове дослідження, яке включає збір даних про кількість учасників і рівень ранньої діагностики, що допомагає оцінити успішність програми та обґрунтувати її подальше фінансування.

Ці приклади демонструють, як правильний вибір типу дослідження дозволяє не лише вирішувати конкретні управлінські завдання, а й створювати стійкі покращення в системі охорони здоров'я, підвищуючи якість медичних послуг і довіру громади до ЛПЗ.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти етапи наукового дослідження в управлінні ЛПЗ із етапами клінічних досліджень, визначивши спільні та відмінні риси.
2. Проаналізувати методологічні підходи до дослідження ефективності профілактичних програм в Україні за останні 5 років, указавши їхні сильні та слабкі сторони.
3. Скласти програму дослідження на тему «Оптимізація робочих процесів у приймальному відділенні ЛПЗ», включивши мету, завдання, об'єкт, предмет і методи.
4. Підготувати презентацію на тему «Методологічні помилки в дослідженнях управління

ЛПЗ і як їх уникнути», навівши приклади з практики.

5. Підібрати 5 літературних джерел за темою «Методологія наукових досліджень в охороні здоров'я» і скласти бібліографічний опис за алфавітним принципом із розширеним анотуванням.

Лекція 4

Етапи та структура наукового дослідження у сфері охорони здоров'я.

План

- 4.1. Особливості досліджень у сфері медичного управління
- 4.2. Логіка дослідницької діяльності в управлінні ЛПЗ
- 4.3. Основні етапи наукового дослідження в медичному управлінні
- 4.4. Формулювання наукового апарату дослідження в управлінні ЛПЗ

4.1. Особливості досліджень у сфері медичного управління

Наукові дослідження в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) мають унікальну специфіку, зумовлену їхньою міждисциплінарною природою, що вимагає поєднання знань із різних галузей для вирішення складних управлінських завдань. На відміну від суто медичних досліджень, які зосереджені на клінічних аспектах, таких як розробка нових методів діагностики чи терапії, дослідження в медичному управлінні охоплюють ширший спектр питань, інтегруючи медичні, соціальні, економічні, правові та управлінські знання. Наприклад, аналіз ефективності роботи амбулаторії потребує не лише оцінки якості медичних послуг (медичний аспект), а й врахування рівня задоволеності пацієнтів (соціальний аспект), витрат на обладнання та персонал (економічний аспект), відповідності нормативним актам (правовий аспект) і оптимізації організаційних процесів (управлінський аспект).

Такий міждисциплінарний підхід дозволяє розробляти комплексні рішення, які враховують усі аспекти діяльності ЛПЗ. Наприклад, при дослідженні причин низької доступності спеціалізованої допомоги у сільській місцевості керівник може поєднати соціологічні опитування населення, економічний аналіз витрат на транспорт і дані про відповідність законодавчим нормам, щоб запропонувати обґрунтовану стратегію, як-от впровадження мобільних медичних бригад.

Ця міждисциплінарна природа досліджень природно переходить до їхньої мети, яка полягає у вдосконаленні управлінських процесів, підвищенні ефективності ЛПЗ і забезпеченні якості медичних послуг.

Дослідження в цій сфері спрямовані на створення практичних рішень, які дозволяють оптимізувати ресурси, покращувати організацію роботи та підвищувати задоволеність як пацієнтів, так і персоналу. Наприклад, дослідження, присвячене скороченню часу очікування в приймальному відділенні, має на меті не лише підвищення ефективності роботи ЛПЗ, а й покращення досвіду пацієнтів, що впливає на їхню довіру до закладу.

Інший приклад — аналіз економічної доцільності профілактичних програм, який може допомогти знизити рівень госпіталізацій із хронічними захворюваннями, заощаджуючи бюджет і покращуючи здоров'я громади.

Таким чином, мета досліджень у медичному управлінні полягає в тому, щоб забезпечити баланс між операційною ефективністю, якістю медичної допомоги та соціальними потребами, створюючи стійку систему охорони здоров'я.

Досягнення цих цілей залежить від чіткого розуміння об'єктів і суб'єктів досліджень у медичному управлінні.

Об'єктом дослідження є ЛПЗ як соціотехнічна система, що включає не лише фізичну інфраструктуру (обладнання, приміщення), а й організаційні процеси (планування, логістика, документообіг), людські ресурси (персонал, його кваліфікація та мотивація) і результати діяльності (якість догляду, задоволеність пацієнтів). Наприклад, об'єктом дослідження може бути система управління запасами ліків у лікарні, яка впливає на доступність медикаментів і витрати закладу.

Суб'єктами дослідження є стейкхолдери ЛПЗ: керівники, які приймають управлінські рішення, медичний і адміністративний персонал, який реалізує ці рішення, а також пацієнти, чий

потреби є центральними для системи охорони здоров'я. Наприклад, при дослідженні причин професійного вигорання медсестер суб'єктами будуть самі медсестри, тоді як об'єктом — організація їхньої роботи, включаючи графіки, навантаження та підтримку. Такий підхід дозволяє чітко визначити, на що спрямоване дослідження, і врахувати інтереси всіх залучених сторін.

Ця чіткість у визначенні об'єктів і суб'єктів підкреслює необхідність системного підходу та врахування етичних аспектів у дослідницькій діяльності.

Системний підхід передбачає розгляд ЛПЗ як цілісної системи, де кожен елемент — від персоналу до технологій — взаємодіє з іншими. Наприклад, дослідження впливу нової системи електронного запису потребує аналізу не лише її технічної ефективності, а й впливу на робоче навантаження персоналу, задоволеність пацієнтів і відповідність правовим нормам. Ігнорування одного з цих елементів може призвести до неповних або помилкових висновків.

Етичні аспекти є не менш важливими, оскільки дослідження в медичному управлінні безпосередньо впливають на здоров'я та добробут людей. Наприклад, при оцінці доцільності скорочення витрат на діагностичне обладнання необхідно враховувати, чи не обмежить це доступ до якісної медичної допомоги для вразливих груп населення.

Етичні принципи, такі як справедливість, повага до автономії та уникнення шкоди, стають основою для вибору методів і оцінки результатів, забезпечуючи, що дослідження сприяють не лише ефективності ЛПЗ, а й соціальній відповідальності та гуманістичним цінностям.

4.2. Логіка дослідницької діяльності в управлінні ЛПЗ

Специфіка досліджень у медичному управлінні, яка поєднує міждисциплінарний підхід із системністю та етичними принципами, вимагає чіткої логіки для забезпечення ефективності та практичної цінності. Логіка дослідження в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) є структурованим підходом, який спрямовує процес від постановки управлінської проблеми до розробки конкретних рекомендацій. Вона передбачає послідовне проходження етапів: від визначення проблеми, наприклад, високого рівня скарг на організацію прийому пацієнтів, до збору даних, їхнього аналізу та формулювання рішень, таких як оптимізація системи запису. Цей підхід виключає хаотичність, дозволяючи керівнику чітко окреслити мету, наприклад, скорочення часу очікування, і систематично рухатися до її досягнення. Наприклад, при дослідженні причин низької ефективності роботи реанімаційного відділення логіка дослідження допомагає спочатку ідентифікувати ключові фактори (недостатня кількість персоналу, застаріле обладнання), потім зібрати релевантні дані (статистика робочого навантаження, технічні звіти) і нарешті запропонувати конкретні заходи, як-от залучення додаткових фахівців або модернізація обладнання.

Таким чином, логіка дослідження забезпечує структурованість, роблячи процес прозорим і цілеспрямованим. Ця структурованість тісно пов'язана з роллю керівника ЛПЗ, який виступає одночасно як дослідник і практик, інтегруючи аналітичне мислення в управлінські процеси.

Як дослідник, керівник застосовує наукові методи для аналізу проблем, формулює гіпотези та оцінює дані, щоб зрозуміти, наприклад, чому нова система електронного документообігу не дає очікуваних результатів. Як практик, він використовує ці дані для прийняття рішень, які впливають на реальну роботу закладу, наприклад, коригуючи процеси для підвищення ефективності.

Аналітичне мислення дозволяє керівнику бачити взаємозв'язки між різними аспектами діяльності ЛПЗ, такими як робоче навантаження персоналу, задоволеність пацієнтів і бюджетні обмеження. Наприклад, при дослідженні причин високого рівня повторних госпіталізацій керівник може проаналізувати медичні записи, щоб виявити клінічні фактори, і провести опитування пацієнтів, щоб з'ясувати проблеми з післягоспітальним доглядом, а потім інтегрувати ці дані для розробки програми навчання для персоналу. Така інтеграція аналітичного мислення робить керівника не просто адміністратором, а стратегом, який здатен поєднувати науковий підхід із практичними потребами ЛПЗ.

Ця інтеграція спирається на філософські засади дослідницької логіки, які надають їй глибини та системності:

- **Причинно-наслідковий підхід** допомагає встановити, що саме спричиняє проблему, наприклад, чи низька продуктивність лабораторії зумовлена браком обладнання, чи недостатньою кваліфікацією персоналу, чи поєднанням цих факторів.

- **Системність** передбачає розгляд ЛПЗ як цілісної системи, де зміна одного елемента, наприклад, графіку чергувань, може вплинути на якість догляду, мотивацію працівників і навіть бюджет.

- **Діалектичне бачення розвитку** акцентує на динамічності управлінських процесів: рішення, яке сьогодні вирішує проблему, може потребувати перегляду в майбутньому через появу нових викликів, таких як зміна потреб населення чи технологічні інновації. Наприклад, при дослідженні доцільності впровадження телемедицини керівник враховує не лише поточну економічну вигоду, а й потенційні майбутні зміни в поведінці пацієнтів, які можуть активніше використовувати онлайн-консультації.

Ці філософські засади забезпечують, що дослідницька діяльність не обмежується поверхневим аналізом, а враховує складність і мінливість системи охорони здоров'я.

Значення логічної послідовності в дослідницькій діяльності полягає в її здатності забезпечувати достовірність і практичну цінність результатів. Чітка логіка дозволяє уникнути упереджень і помилок, які можуть виникнути через хаотичний підхід. Наприклад, при дослідженні впливу нової системи мотивації персоналу логічна послідовність передбачає спочатку аналіз поточного рівня плинності кадрів, потім опитування працівників для з'ясування їхніх потреб, далі тестування нової програми в пілотному режимі й нарешті оцінку її впливу на продуктивність.

Такий підхід гарантує, що висновки базуються на перевірених даних, а не на припущеннях. Крім того, логічна послідовність забезпечує практичну цінність, оскільки результати дослідження безпосередньо відповідають управлінській проблемі. Наприклад, якщо дослідження показує, що впровадження гнучкого графіку знижує плинність кадрів на 10%, керівник може обґрунтувати його масштабування перед адміністрацією чи інвесторами, спираючись на чіткі докази.

Таким чином, логічна послідовність не лише підвищує надійність дослідження, а й робить його результати застосовними для реальних управлінських рішень, сприяючи ефективності та сталому розвитку ЛПЗ.

4.3. Основні етапи наукового дослідження в медичному управлінні

Логіка дослідницької діяльності, яка забезпечує структурованість і достовірність у вирішенні управлінських проблем, реалізується через чітко визначені етапи наукового дослідження.

У контексті управління лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) ці етапи дозволяють систематично підійти до аналізу проблем і розробки рішень, що мають практичну цінність.

Першим є **підготовчий етап**, який закладає фундамент для всього дослідження. На цьому етапі керівник визначає актуальну управлінську проблему, наприклад, зростання скарг на тривалість очікування в амбулаторії. Вибір проблеми ґрунтується на її значущості для ЛПЗ, наприклад, вплив на задоволеність пацієнтів чи репутацію закладу. Аналіз літератури допомагає з'ясувати, які підходи до вирішення подібних проблем уже застосовувалися, наприклад, досвід інших ЛПЗ у впровадженні систем попереднього запису. Формування концепції дослідження передбачає чітке окреслення ключових понять і рамок, наприклад, фокус на скороченні часу очікування як показнику ефективності. Цей етап завершується створенням міцної основи для подальшого дослідження, що дозволяє уникнути розмитих цілей і забезпечує чітке розуміння напрямку роботи.

Ця основа плавно переходить до **теоретичного етапу**, на якому формуються гіпотези та визначаються методологічні підходи. Розробка гіпотез передбачає висунення припущень про можливі результати, наприклад, що впровадження електронної системи запису скоротить середній час очікування на 20%. Гіпотеза має бути конкретною, перевірюваною та пов'язаною з проблемою. Вибір методологічного підходу включає рішення, чи буде дослідження кількісним (наприклад, аналіз статистики часу очікування), якісним (опитування пацієнтів про їхній досвід)

чи змішаним, залежно від мети та ресурсів. На цьому етапі також обираються методи, такі як анкетування, аналіз документів або статистична обробка даних, які відповідають поставленим завданням. Наприклад, для перевірки гіпотези про скорочення часу очікування можна обрати кількісний метод порівняння даних до і після впровадження системи, доповнений якісними інтерв'ю для оцінки суб'єктивного сприйняття змін. Теоретичний етап забезпечує чіткий план дій, який спрямовує подальший збір і аналіз даних.

Теоретична підготовка реалізується на **емпіричному етапі**, який зосереджений на зборі, узагальненні та первинній обробці даних. Організація збору даних передбачає створення інструментів, таких як анкети для пацієнтів або програмне забезпечення для моніторингу часу очікування, а також визначення вибірки, наприклад, певної групи пацієнтів або відділень. Узагальнення даних включає їх систематизацію, наприклад, групування за віком, типом звернення чи часом доби, щоб виявити закономірності. Первинна обробка передбачає очищення даних від помилок, таких як неточні записи, і підготовку до аналізу. Наприклад, при дослідженні ефективності нової системи управління чергами емпіричний етап може включати збір даних про тривалість прийому в різних відділеннях і опитування персоналу про зручність роботи з системою. Цей етап є критично важливим, оскільки від якості зібраних даних залежить достовірність подальших висновків.

Емпіричні дані стають основою для **аналітичного етапу**, на якому проводиться аналіз, інтерпретація результатів і перевірка гіпотез. Аналіз даних може включати статистичні методи, наприклад, порівняння середнього часу очікування до і після впровадження нової системи, або якісний аналіз відповідей пацієнтів для виявлення їхніх скарг чи пропозицій. Інтерпретація результатів передбачає пояснення отриманих даних у контексті поставленої проблеми: наприклад, якщо час очікування скоротився лише на 10% замість прогнозованих 20%, аналіз може вказати на недостатнє навчання персоналу як причину. Перевірка гіпотез дозволяє оцінити, чи підтвердилися початкові припущення, і виявити нові закономірності, наприклад, що система ефективніша для певних категорій пацієнтів. Цей етап завершується формуванням висновків, які пояснюють, чому результати виявилися саме такими, і які фактори вплинули на їх досягнення.

Аналітичні висновки переходять до **завершального етапу**, на якому формулюються остаточні висновки, розробляються практичні рекомендації та готується звіт. Висновки узагальнюють результати дослідження, наприклад, підтверджуючи, що електронна система запису частково вирішує проблему черг, але потребує додаткових заходів, таких як навчання персоналу. Практичні рекомендації є конкретними діями для ЛПЗ, наприклад, впровадження тренінгів для працівників або коригування системи для врахування пікових годин.

Підготовка звіту передбачає створення структурованого документа, який чітко презентує проблему, методи, результати та рекомендації для стейкхолдерів, таких як адміністрація ЛПЗ чи органи охорони здоров'я. Наприклад, звіт може бути використаний для обґрунтування додаткового фінансування на модернізацію системи запису. Цей етап завершує дослідницький цикл, переводячи отримані знання в практичні дії, які сприяють підвищенню ефективності управління ЛПЗ і якості медичних послуг.

4.4. Формулювання наукового апарату дослідження в управлінні ЛПЗ

Чітка структура етапів наукового дослідження, яка забезпечує систематичний підхід до вирішення управлінських проблем у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), спирається на ретельно сформований науковий апарат. Він є основою для створення логічно обґрунтованого та практично застосовного дослідження.

Першим кроком є формулювання проблеми, яке передбачає визначення актуальної управлінської ситуації та обґрунтування її значущості. Наприклад, якщо в ЛПЗ спостерігається високий рівень плинності медичного персоналу, проблема може бути сформульована як питання: "Які фактори сприяють відтоку кваліфікованих кадрів?". Обґрунтування значущості включає аналіз наслідків, таких як зниження якості медичних послуг, зростання витрат на підбір і навчання нових працівників, а також вплив на репутацію закладу. Чітке визначення проблеми дозволяє звузити фокус дослідження, уникнути розмитих формулювань і забезпечити його релевантність для практичних потреб ЛПЗ, задаючи напрямок для подальших етапів.

Цей напрямок конкретизується через формування **теми** дослідження, яка тісно пов'язує

проблему з практичними потребами ЛПЗ. Тема має бути чіткою, лаконічною та відображати управлінську задачу. Наприклад, для вищезгаданої проблеми тема може звучати як “Розробка стратегій зниження плинності медичного персоналу в ЛПЗ через удосконалення системи мотивації”. Така формулювання підкреслює зв’язок із реальними викликами, такими як потреба в стабільному кадровому складі, і вказує на практичний результат — створення стратегій. Тема дослідження формується на основі аналізу поточної ситуації в ЛПЗ і враховує контекст, наприклад, обмеженість ресурсів чи специфіку регіону. Це дозволяє зробити дослідження не лише теоретично значущим, а й безпосередньо корисним для вирішення конкретних управлінських завдань, таких як підвищення лояльності працівників чи оптимізація робочих процесів.

На основі теми формулюються **мета і завдання дослідження**, які чітко окреслюють цілі та конкретні кроки для їх досягнення. Мета є узагальненим вираженням того, що дослідження прагне досягти. Наприклад, мета може бути сформульована як “розробка рекомендацій для зниження плинності медичного персоналу шляхом удосконалення мотиваційних програм у ЛПЗ”.

Завдання конкретизують цей напрямок, розбиваючи його на послідовні дії:

- 1) аналіз причин плинності кадрів;
- 2) оцінка ефективності діючих мотиваційних програм;
- 3) розробка нових стратегій мотивації;
- 4) прогнозування їхнього впливу на стабільність персоналу.

Завдання мають бути конкретними, вимірюваними та досяжними, щоб забезпечити чіткий план дій. Наприклад, при дослідженні плинності кадрів завдання можуть включати опитування працівників для з’ясування їхніх потреб і аналіз статистики плинності за останні роки. Такий підхід забезпечує фокус дослідження та його практичну спрямованість.

Чітка мета і завдання стають основою для формування **гіпотези**, яка передбачає можливі результати та їх зв’язок із проблемою. Гіпотеза є припущенням, яке можна перевірити в процесі дослідження. Наприклад, гіпотеза може звучати так: “Впровадження гнучкого графіку роботи та програм визнання досягнень знизить плинність медичного персоналу в ЛПЗ на 15% протягом року”. Вона має бути конкретною, перевірюваною та пов’язаною з поставленою проблемою, щоб спрямовувати дослідження в потрібному напрямку. Наприклад, у згаданому випадку гіпотеза передбачає, що певні мотиваційні заходи матимуть вимірюваний ефект, який можна оцінити через аналіз даних про плинність. Формування гіпотези вимагає попереднього аналізу літератури та контексту ЛПЗ, щоб припущення були обґрунтованими та враховували реальні умови, такі як бюджет чи організаційна культура.

Гіпотеза уточнюється через вибір об’єкта, предмета та методів дослідження, які визначають фокус і інструменти роботи. Об’єктом дослідження є ширша система, у межах якої існує проблема, наприклад, система управління персоналом у ЛПЗ. Предмет звужує фокус до конкретного аспекту, наприклад, фактори, що впливають на плинність медичних працівників, такі як мотивація чи робоче навантаження. Вибір методів залежить від характеру проблеми та доступних ресурсів: наприклад, для оцінки мотиваційних факторів можуть використовуватися якісні методи (інтерв’ю з працівниками), кількісні методи (аналіз статистики плинності) або їх комбінація. Наприклад, анкетування персоналу може допомогти виявити суб’єктивні причини відтоку, тоді як статистичний аналіз — оцінити їхній масштаб. Вибір методів має бути обґрунтованим, щоб забезпечити достовірність даних і відповідність меті дослідження.

Ці елементи наукового апарату об’єднуються в логічну модель дослідження, яка структурує весь процес через побудову схеми або матриці та визначення послідовності збору, обробки та аналізу даних. Логічна модель є своєрідною “дорожньою картою”, яка показує, як від проблеми перейти до результатів. Наприклад, для дослідження плинності кадрів модель може включати:

- 1) збір даних через анкетування працівників і аналіз статистики плинності;
 - 2) обробку даних, включаючи групування за віком, стажем чи відділенням;
 - 3) аналіз, який виявляє ключові фактори, такі як низька оплата чи відсутність кар’єрного зростання;
 - 4) розробку рекомендацій, таких як впровадження бонусів чи гнучкого графіку.
- Схема може бути представлена у вигляді матриці, де по горизонталі вказані етапи (збір,

обробка, аналіз), а по вертикалі — категорії даних (мотивація, робоче навантаження, організаційні фактори). Така модель забезпечує прозорість і логічну послідовність, дозволяючи керівнику ЛПЗ чітко бачити зв'язок між проблемою, методами та результатами, що підвищує ефективність дослідження та його практичну цінність.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти структуру наукового апарату дослідження в управлінських і клінічних дослідженнях ЛПЗ, указавши, як вони адаптуються до різних цілей.
2. Проаналізувати проблему високої плинності кадрів у ЛПЗ, сформулювавши дослідницьке запитання, мету, завдання та гіпотезу.
3. Розробити логічну модель дослідження на тему «Оцінка впливу гнучкого графіку роботи на мотивацію медичного персоналу», включивши етапи збору, обробки та аналізу даних.
4. Підготувати презентацію на тему «Роль наукового апарату в забезпеченні достовірності досліджень у ЛПЗ», навівши приклад із реальної практики.
5. Опрацювати два літературних джерела за темою «Структура наукового дослідження в охороні здоров'я» і підготувати конспект, виділивши ключові принципи.

Лекція 5

Теоретичні та емпіричні методи наукового дослідження в медицині

План

- 5.1. Класифікація методів наукового дослідження в медичній сфері
- 5.2. Теоретичні методи у медичних дослідженнях
- 5.3. Емпіричні методи збору даних у медичній сфері та їх практичне застосування

5.1. Класифікація методів наукового дослідження в медичній сфері

Формування наукового апарату дослідження в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) створює основу для вибору відповідних методів, які забезпечують достовірність і практичну цінність отриманих результатів. У медичній сфері методи наукового дослідження класифікуються за кількома критеріями, що дозволяє керівникам систематично підходити до аналізу управлінських проблем.

Загальна типологія методів включає теоретичні, емпіричні та статистичні методи. **Теоретичні методи** спрямовані на осмислення та узагальнення інформації, наприклад, створення концептуальних моделей для оптимізації робочих процесів у ЛПЗ. **Емпіричні методи** фокусуються на зборі фактичних даних, таких як спостереження за потоками пацієнтів чи опитування персоналу. **Статистичні методи** використовуються для обробки та аналізу числових даних, наприклад, оцінки впливу нової системи запису на час очікування.

Ця типологія допомагає структурувати дослідницький процес, дозволяючи обрати методи, які найкраще відповідають конкретним завданням, наприклад, оцінці ефективності управлінських нововведень чи аналізу причин незадоволеності пацієнтів. Така базова класифікація доповнюється поділом методів на кількісні та якісні, кожен із яких має свої переваги та обмеження в медичних дослідженнях.

Кількісні методи, такі як статистичний аналіз даних про кількість госпіталізацій чи витрати на обладнання, дозволяють отримати чіткі числові показники, які легко порівнювати та інтерпретувати. Наприклад, керівник ЛПЗ може використати регресійний аналіз для оцінки зв'язку між рівнем фінансування профілактичних програм і зниженням рівня захворюваності. Перевагою кількісних методів є їхня об'єктивність і можливість обробки великих обсягів даних, але вони обмежені в здатності розкрити суб'єктивні аспекти, такі як мотивація персоналу.

Якісні методи, як-от інтерв'ю чи фокус-групи, допомагають зрозуміти глибинні причини проблем, наприклад, чому медсестри відчують професійне вигорання. Їхня перевага полягає в гнучкості та здатності виявляти неочевидні фактори, але вони менш придатні для узагальнень через суб'єктивність і меншу стандартизацію.

У медичних дослідженнях ці методи часто комбінуються: наприклад, кількісний аналіз може показати зростання плинності кадрів, а якісні інтерв'ю розкриють, що причиною є недостатня підтримка з боку керівництва. Таке співвідношення дозволяє отримати цілісну

картину, поєднуючи точність чисел із глибиною людського досвіду. Ця комбінація кількісних і якісних підходів спирається на методи загальнонаукового характеру, які є універсальними інструментами для досліджень у медичному управлінні.

Аналіз передбачає розкладання проблеми на складові, наприклад, оцінку окремих аспектів роботи приймального відділення, таких як час очікування, кваліфікація персоналу чи доступність обладнання.

Синтез, навпаки, об'єднує отримані дані в цілісну картину, наприклад, формулюючи загальну стратегію оптимізації роботи відділення на основі виявлених проблем.

Моделювання дозволяє створювати спрощені схеми реальних процесів, наприклад, комп'ютерну модель потоків пацієнтів для прогнозування впливу нової системи запису. Ці методи є універсальними, оскільки застосовуються в різних дисциплінах, але в контексті ЛПЗ вони адаптуються до специфіки медичного управління. Наприклад, аналіз може бути використаний для оцінки витрат на нове обладнання, а синтез — для розробки комплексного плану модернізації, який враховує бюджет, потреби персоналу та очікування пацієнтів.

Загальнонаукові методи забезпечують міцну основу для структурування дослідження, роблячи його логічним і послідовним. Ця логічна основа доповнюється методами міждисциплінарного характеру, які відображають специфіку медичного управління як сфери, що інтегрує медичні, соціальні, економічні та управлінські підходи. Наприклад, для дослідження ефективності програми профілактики діабету керівник може поєднати медичні методи (аналіз епідеміологічних даних), соціологічні (опитування населення про обізнаність із програмою), економічні (аналіз витрат і вигод) та управлінські (оцінка організації програми).

Міждисциплінарний підхід дозволяє врахувати всі аспекти проблеми: наприклад, при аналізі причин низької доступності медичних послуг у сільській місцевості дослідник може використовувати медичні показники (рівень захворюваності), соціальні дані (доступ до транспорту), економічні розрахунки (вартість виїзних бригад) і управлінські моделі (оптимізація маршрутів медичних команд). Така інтеграція забезпечує комплексність дослідження, дозволяючи розробляти рішення, які не лише вирішують проблему, а й відповідають реальним умовам ЛПЗ. Таким чином, міждисциплінарні методи роблять дослідження в медичному управлінні гнучкими та адаптованими до складної природи системи охорони здоров'я.

5.2. Теоретичні методи у медичних дослідженнях

Класифікація методів наукового дослідження, яка охоплює теоретичні, емпіричні та статистичні підходи, створює основу для розуміння їхньої ролі в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ). Теоретичні методи відіграють ключову роль у формуванні концептуальної бази, яка дозволяє керівникам осмислювати складні управлінські проблеми та розробляти обґрунтовані рішення.

Одними з основних теоретичних методів є аналіз, синтез і узагальнення. Аналіз передбачає розкладання проблеми на складові для детального вивчення, наприклад, оцінку окремих факторів, що впливають на ефективність роботи амбулаторії, таких як організація прийому, кваліфікація персоналу чи доступність обладнання. Синтез об'єднує отримані дані в цілісну картину, наприклад, формулюючи стратегію оптимізації роботи амбулаторії на основі аналізу всіх факторів. Узагальнення дозволяє зробити висновки, які виходять за межі конкретного випадку, наприклад, розробити універсальні рекомендації для зниження часу очікування в подібних ЛПЗ.

Ці методи формують теоретичну базу, яка допомагає керівнику не лише зрозуміти проблему, а й визначити напрями її вирішення, наприклад, через реорганізацію робочих процесів чи перерозподіл ресурсів. Також теоретична основа доповнюється методами абстрагування, моделювання та аналогії, які сприяють прогнозуванню та оптимізації управлінських процесів у ЛПЗ.

Абстрагування дозволяє зосередитися на ключових аспектах проблеми, відкидаючи другорядні деталі: наприклад, при дослідженні причин низької ефективності лабораторії можна абстрагуватися від технічних деталей обладнання, зосередившись на організації робочого процесу.

Моделювання створює спрощені схеми реальних систем, наприклад, комп'ютерну модель

потоків пацієнтів для прогнозування впливу нової системи запису на завантаженість відділення.

Аналогія використовує досвід інших ЛПЗ чи галузей для пошуку рішень: наприклад, впровадження логістичних підходів із бізнесу для оптимізації маршрутизації медичних бригад у сільській місцевості. Ці методи дозволяють керівнику не лише прогнозувати результати управлінських рішень, а й оптимізувати їх, наприклад, шляхом тестування моделі нової системи управління запасами ліків перед її впровадженням, що знижує ризики та економить ресурси.

Прогнозування та оптимізація, забезпечені цими методами, спираються на логічні інструменти, такі як індукція, дедукція та гіпотетико-дедуктивний метод, які є основою для розробки та перевірки гіпотез.

Індукція дозволяє робити узагальнення на основі окремих фактів: наприклад, якщо в кількох відділеннях ЛПЗ спостерігається зростання скарг на тривале очікування, можна припустити, що проблема пов'язана з організацією запису.

Дедукція, навпаки, застосовує загальні принципи до конкретного випадку: якщо відомо, що гнучкий графік роботи підвищує мотивацію персоналу, можна припустити, що його впровадження в ЛПЗ знизить плинність кадрів.

Гіпотетико-дедуктивний метод поєднує ці підходи: керівник формулює гіпотезу, наприклад, “впровадження електронної системи запису скоротить час очікування на 20%”, а потім перевіряє її через аналіз даних.

Ці логічні інструменти дозволяють створювати перевірювані припущення, які стають основою для обґрунтованих управлінських рішень, наприклад, щодо доцільності інвестицій у нові технології чи програми навчання. Значення логічного мислення в теоретичному пізнанні полягає в його здатності забезпечувати обґрунтованість і послідовність управлінських рішень у ЛПЗ.

Логічне мислення допомагає структурувати проблему, виявляти причинно-наслідкові зв'язки та уникати упереджень. Наприклад, при дослідженні причин високого рівня повторних госпіталізацій логічне мислення дозволяє керівнику систематично оцінити всі можливі фактори — від якості після госпітального догляду до доступності профілактичних заходів — і сформулювати висновки, які базуються на доказах, а не на припущеннях. Це особливо важливо в медичному управлінні, де помилкові рішення можуть мати серйозні наслідки для здоров'я пацієнтів і репутації ЛПЗ. Логічне мислення також сприяє комунікації зі стейкхолдерами, оскільки чітко структуровані аргументи, підкріплені теоретичними методами, роблять результати дослідження переконливими для адміністрації, інвесторів чи регуляторних органів. Таким чином, теоретичні методи, підкріплені логічним мисленням, створюють міцну основу для прийняття рішень, які є не лише ефективними, а й науково обґрунтованими та соціально відповідальними.

5.3. Емпіричні методи збору даних у медичній сфері та їх практичне застосування

Теоретичні методи, які формують концептуальну основу для досліджень у медичному управлінні, потребують емпіричної перевірки через методи збору даних, які забезпечують фактичну базу для аналізу та прийняття рішень у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ).

Одним із ключових емпіричних методів є **спостереження**, яке дозволяє отримувати дані шляхом безпосереднього вивчення процесів чи поведінки. Спостереження може бути **структурованим**, коли дослідник використовує чіткі критерії, наприклад, фіксує час очікування пацієнтів у приймальному відділенні за заздалегідь визначеним протоколом, або **неструктурованим**, коли керівник просто спостерігає за роботою персоналу для виявлення неочевидних проблем, таких як неефективна комунікація. Правила проведення спостереження включають чітке визначення мети, уникнення втручання в процес і забезпечення об'єктивності, наприклад, через використання кількох спостерігачів. Переваги спостереження в управлінських дослідженнях полягають у його здатності фіксувати реальні процеси в природних умовах: наприклад, спостереження за потоками пацієнтів може виявити вузькі місця в організації роботи поліклініки, такі як нераціональний розподіл часу прийому. Цей метод є простим і доступним, що робить його цінним інструментом для керівників ЛПЗ.

Дані, отримані через спостереження, часто доповнюються **експериментальними методами**, які дозволяють тестувати управлінські інновації в контрольованих умовах. Експерименти в медичному управлінні поділяються на клінічні, натурні та лабораторні.

Клінічний експеримент може стосуватися тестування нових протоколів догляду, наприклад, оцінки впливу зміненого графіку медсестер на якість догляду за пацієнтами. **Натурний експеримент** проводиться в реальних умовах ЛПЗ, наприклад, пілотне впровадження системи електронного запису в одному відділенні для оцінки її впливу на час очікування. **Лабораторний експеримент**, хоча рідше застосовується в управлінні, може включати моделювання процесів у штучних умовах, наприклад, симуляцію логістики в комп'ютерній програмі. Особливістю експериментів є їхня здатність встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, наприклад, чи дійсно нова система управління чергами знижує перевантаженість відділення. Проте вони потребують ретельного планування, щоб уникнути етичних ризиків, таких як погіршення якості послуг під час тестування, що робить їх складнішими, але цінними для оцінки управлінських інновацій.

Експериментальні дані часто поєднуються з методами збору суб'єктивної інформації, такими як анкетування, інтерв'ювання та фокус-групи, які дозволяють зрозуміти потреби персоналу та пацієнтів. **Анкетування** є ефективним для збору стандартизованих даних, наприклад, оцінки рівня задоволеності працівників умовами праці через опитувальники з чіткими запитаннями. **Інтерв'ювання**, особливо глибинне, дає змогу розкрити індивідуальні думки, наприклад, причини професійного вигорання серед лікарів. **Фокус-групи**, які передбачають групові дискусії, корисні для виявлення спільних проблем, наприклад, бар'єрів у доступі до медичних послуг для певних груп населення.

Ці методи дозволяють отримати якісні дані, які доповнюють кількісні показники. Наприклад, анкетування може показати, що 60% пацієнтів незадоволені тривалістю очікування, а фокус-група розкриє, що причиною є незручний інтерфейс системи запису. Такі методи є гнучкими та доступними, але вимагають ретельного дизайну, щоб уникнути упередженості, наприклад, через неправильно сформульовані запитання.

Вказані методи доповнюються аналізом документів, медичних карт і адміністративної інформації, який дозволяє виявляти управлінські проблеми на основі наявних даних. **Аналіз документів** може включати вивчення звітів про витрати ЛПЗ, щоб визначити, чи є неефективне використання ресурсів, наприклад, надмірні закупівлі певних медикаментів. **Медичні карти** є джерелом даних про якість догляду, наприклад, дозволяють виявити частоту повторних госпіталізацій як індикатор проблем у післягоспітальному супроводі. **Адміністративна інформація**, така як графіки роботи чи журнали скарг, допомагає ідентифікувати організаційні недоліки, наприклад, перевантаження певних відділень через нераціональний розподіл персоналу. Цей метод є економним, оскільки використовує вже наявні дані, але потребує ретельної перевірки їхньої якості та повноти. Наприклад, аналіз медичних карт може показати, що повторні госпіталізації зумовлені недостатньою комунікацією між лікарями та пацієнтами, що стає основою для подальшого дослідження.

Практичне застосування емпіричних методів у медичному управлінні полягає у формуванні доказової бази для прийняття рішень і вдосконалення роботи ЛПЗ. Ці методи дозволяють зібрати конкретні дані, які стають основою для виявлення проблем і розробки рішень. Наприклад, спостереження за роботою приймального відділення може виявити, що затримки пов'язані з недостатньою кількістю персоналу в пікові години, а анкетування підтвердить, що це викликає незадоволеність пацієнтів. На основі даних керівник може запропонувати перерозподіл робочих змін або залучення додаткових працівників. Аналогічно, аналіз медичних карт може показати, що низька ефективність профілактичних програм зумовлена недостатньою обізнаністю населення, що спонукає до розробки інформаційної кампанії.

Отже емпіричні методи забезпечують достовірність і конкретність даних, що дозволяє керівникам ЛПЗ приймати обґрунтовані рішення, які підвищують ефективність управління, якість медичних послуг і задоволеність усіх стейкхолдерів, від персоналу до громади.

Завдання для самостійної роботи

1. Описати відмінності між теоретичними (аналіз, синтез) та емпіричними (спостереження, експеримент) методами в контексті дослідження управлінських проблем ЛПЗ.
2. Проаналізувати, як поєднання якісних і кількісних методів може допомогти у вирішенні проблеми низької задоволеності пацієнтів у ЛПЗ, навівши приклад.
3. Скласти програму емпіричного дослідження для оцінки ефективності системи

електронного запису в ЛПЗ, включивши мету, методи (наприклад, анкетування, спостереження), тривалість і способи фіксації результатів.

4. Підготувати презентацію на тему «Застосування емпіричних методів для виявлення управлінських проблем у ЛПЗ», включивши кейс із реальної практики.

5. Підібрати 5 літературних джерел за темою «Емпіричні методи в медичних дослідженнях» і скласти бібліографічний опис із короткою анотацією.

Лекція 6

Статистичні, клініко-епідеміологічні та управлінські методи у медичних дослідженнях

План

- 6.1. Статистичні методи аналізу медичних даних
- 6.2. Клініко-епідеміологічні методи досліджень
- 6.3. Соціальні та управлінські методи в медичних дослідженнях
- 6.4. Вибір методу дослідження в управлінні ЛПЗ

6.1. Статистичні методи аналізу медичних даних

Емпіричні методи збору даних, які забезпечують фактичну основу для досліджень у медичній сфері, потребують подальшої обробки для отримання достовірних і значущих висновків, що є особливо важливим в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ).

Статистичні методи аналізу медичних даних відіграють ключову роль у цьому процесі, дозволяючи кількісно оцінити явища, виявити закономірності та обґрунтувати управлінські рішення. Одним із базових інструментів є **описова статистика**, яка включає середні величини та показники варіативності. Середні величини, такі як середнє арифметичне (наприклад, середній час очікування в поліклініці), медіана (серединне значення часу госпіталізації) та мода (найпоширеніший діагноз у відділенні), дають змогу узагальнити дані для розуміння типових характеристик. Показники варіативності, такі як дисперсія та стандартне відхилення, дозволяють оцінити, наскільки дані різноманітні, наприклад, як сильно варіюється час очікування між різними днями чи відділеннями. Ці інструменти допомагають керівнику ЛПЗ швидко отримати уявлення про стан процесів, наприклад, оцінити стабільність роботи приймального відділення чи виявити відхилення в затратах на медикаменти.

Наведена базова оцінка даних плавно переходить до **кореляційного аналізу**, який використовується для виявлення взаємозв'язків між змінними в медичних даних. Кореляційний аналіз дозволяє визначити, чи існує зв'язок між двома показниками, наприклад, між рівнем робочого навантаження медсестер і частотою медичних помилок. Коефіцієнт кореляції, який варіюється від -1 до 1, показує силу та напрямок цього зв'язку: наприклад, позитивна кореляція може вказувати, що збільшення навантаження супроводжується зростанням помилок. У контексті управління ЛПЗ цей метод допомагає ідентифікувати фактори, які впливають на ключові показники, наприклад, чи пов'язана задоволеність пацієнтів із кількістю доступного персоналу. Однак кореляція не вказує на причинно-наслідковий зв'язок, тому потребує обережної інтерпретації, щоб уникнути хибних висновків, наприклад, припущення, що більша кількість персоналу автоматично покращує якість догляду.

Для глибшого розуміння причинно-наслідкових зв'язків застосовуються **регресійний і дисперсійний аналіз**, які дозволяють прогнозувати результати та оцінювати вплив факторів. **Регресійний аналіз** моделює залежність однієї змінної від іншої: наприклад, можна оцінити, як зміна кількості лікарів у зміні впливає на час очікування пацієнтів. У ЛПЗ це може допомогти спрогнозувати, чи інвестиції в додатковий персонал скоротять затримки в приймальному відділенні. **Дисперсійний аналіз (ANOVA)** використовується для порівняння кількох груп, наприклад, для оцінки, чи відрізняється рівень задоволеності пацієнтів між різними відділеннями чи після впровадження нової системи запису. Ці методи дозволяють не лише виявити ключові фактори, що впливають на результати, а й оцінити їхню значущість, наприклад, чи дійсно новий графік роботи персоналу суттєво впливає на ефективність. Такі інструменти є цінними для керівників ЛПЗ, оскільки забезпечують точні прогнози та допомагають обґрунтувати витрати на управлінські нововведення.

Ці аналітичні методи доповнюються статистичною перевіркою гіпотез, яка є основою для обґрунтування достовірності висновків у дослідженнях. **Принцип перевірки гіпотез** полягає у формулюванні нульової гіпотези (наприклад, “нова система управління чергами не впливає на час очікування”) та альтернативної гіпотези (наприклад, “нова система скорочує час очікування”). Методи, такі як t-тест чи хі-квадрат, дозволяють оцінити, чи є отримані результати статистично значущими. У контексті управління ЛПЗ це може бути використано для перевірки, чи впровадження програми мотивації персоналу дійсно знижує плинність кадрів, чи зміни є випадковими. Наприклад, керівник може перевірити гіпотезу, що введення бонусів зменшує кількість звільнень, аналізуючи дані до і після впровадження програми. Статистична перевірка гіпотез забезпечує об’єктивність і надійність висновків, що є критично важливим для обґрунтування управлінських рішень перед стейкхолдерами, такими як адміністрація чи інвестори, і сприяє створенню доказової бази для вдосконалення роботи ЛПЗ.

6.2. Клініко-епідеміологічні методи досліджень

Статистичні методи, які дозволяють кількісно оцінити дані та перевірити гіпотези, створюють основу для глибшого аналізу медичних і управлінських процесів, але для оцінки здоров’я населення та якості медичних послуг необхідні спеціалізовані підходи, такі як **клініко-епідеміологічні методи**.

Одним із ключових є **когортні дослідження**, які базуються на спостереженні за групою людей (когортою) протягом тривалого часу для оцінки довгострокових результатів медичних чи управлінських втручань. Принцип когортних досліджень полягає у порівнянні груп із різним впливом певного фактора, наприклад, тих, хто брав участь у програмі профілактики діабету, і тих, хто не брав. У контексті управління лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) когортні дослідження можуть застосовуватися для оцінки ефективності управлінських рішень, таких як вплив програми навчання персоналу на зниження частоти медичних помилок. Наприклад, когортне дослідження може показати, що лікарі, які пройшли додаткове навчання з комунікації, рідше стикаються зі скаргами від пацієнтів. Цей метод цінний для прогнозування довгострокових результатів, але вимагає значних ресурсів і часу, що робить його особливо корисним для стратегічного планування.

Така довгострокова перспектива доповнюється **поперечними дослідженнями** та дослідженнями «випадок-контроль», які зосереджені на виявленні причинно-наслідкових зв’язків у конкретний момент або в ретроспективі. **Поперечні дослідження** аналізують дані, зібрані в один момент часу, наприклад, оцінка рівня задоволеності пацієнтів у різних відділеннях ЛПЗ для виявлення зв’язку між організацією роботи та якістю обслуговування. Вони є швидкими й економними, але обмежені в здатності встановлювати причинність через одномоментний характер даних.

Дослідження «випадок-контроль», навпаки, порівнюють групу з певною характеристикою (наприклад, пацієнтів із повторними госпіталізаціями) із контрольною групою (без таких госпіталізацій), щоб визначити фактори ризику, наприклад, недостатній післягоспітальний супровід. У ЛПЗ цей метод може допомогти виявити, чи пов’язана висока частота повторних госпіталізацій із браком координації між лікарями та пацієнтами. Обидва методи є ефективними для швидкого виявлення проблем, що дозволяє керівникам ЛПЗ оперативно реагувати на виклики, такі як неефективність певних процесів.

Для узагальнення результатів різних досліджень застосовуються **систематичний огляд і метааналіз**, які є основою доказової медицини. **Систематичний огляд** передбачає структуроване збирання та оцінку всіх доступних досліджень із певної теми, наприклад, ефективності програм профілактики серцево-судинних захворювань. **Метааналіз** іде далі, об’єднуючи дані з кількох досліджень для отримання більш точних висновків, наприклад, визначення середнього ефекту впровадження електронних медичних записів на зниження адміністративних помилок у ЛПЗ. Ці методи дозволяють узагальнити розрізнені дані, створюючи надійну доказову базу для управлінських рішень. Наприклад, систематичний огляд може показати, що програми навчання персоналу в різних ЛПЗ мають схожий позитивний ефект на якість догляду, що обґрунтовує їхнє впровадження. Однак ці методи потребують високої якості вихідних даних і ретельного відбору досліджень, щоб уникнути упередженості, що робить їх складними, але цінними для

стратегічного управління.

Ці клініко-епідеміологічні методи відіграють важливу роль в оцінці якості медичної допомоги та управлінні ЛПЗ, надаючи керівникам інструменти для аналізу здоров'я населення та ефективності медичних процесів. **Епідеміологічний аналіз** допомагає виявити закономірності захворюваності, наприклад, зростання кількості випадків грипу в регіоні, що може сигналізувати про потребу в додаткових ресурсах для ЛПЗ. У контексті управління він дозволяє оцінити якість медичної допомоги, наприклад, через аналіз показників повторних госпіталізацій чи частоти ускладнень після хірургічних втручань. Такі дані допомагають керівникам виявляти системні проблеми, наприклад, недостатню підготовку персоналу чи недоліки в організації профілактичних програм, і розробляти цілеспрямовані заходи для їх усунення. Наприклад, когортне дослідження може показати, що програма вакцинації знизилася рівень госпіталізацій, що обґрунтовує її подальше фінансування. Таким чином, клініко-епідеміологічні методи забезпечують доказову базу для вдосконалення управління ЛПЗ, сприяючи підвищенню якості медичних послуг і ефективному використанню ресурсів.

6.3. Соціальні та управлінські методи в медичних дослідженнях

Клініко-епідеміологічні методи, які забезпечують аналіз здоров'я населення та якості медичних послуг, доповнюються соціальними та управлінськими методами, які фокусуються на організаційних і людських аспектах управління лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ).

Одним із ключових інструментів є **SWOT-аналіз**, який дозволяє оцінити сильні та слабкі сторони, можливості та загрози в діяльності ЛПЗ. Сильні сторони можуть включати, наприклад, висококваліфікований персонал чи сучасне обладнання, тоді як слабкі сторони — застаріла інфраструктура чи недостатня координація між відділеннями. Можливості можуть стосуватися впровадження нових технологій, таких як телемедицина, а загрози — скорочення фінансування чи зростання конкуренції. У контексті управління ЛПЗ SWOT-аналіз допомагає керівнику системно оцінити поточний стан закладу та визначити стратегічні пріоритети. Наприклад, якщо аналіз показує, що сильною стороною є досвідчений персонал, а слабкою — низька мотивація, керівник може розробити програму нематеріального стимулювання, використовуючи можливості, такі як гранти на навчання. Цей метод є простим, але ефективним для стратегічного планування, оскільки дозволяє врахувати як внутрішні, так і зовнішні фактори. Оцінка, отримана через SWOT-аналіз, часто потребує поглиблення через залучення фахівців, що реалізується методом експертного опитування.

Експертне опитування передбачає консультації з професіоналами, які мають досвід у медичному управлінні чи клінічній практиці, для оцінки доцільності управлінських рішень. Наприклад, при плануванні реорганізації роботи приймального відділення керівник може звернутися до експертів, таких як досвідчені адміністратори ЛПЗ чи спеціалісти з логістики, щоб оцінити, чи запропонована система маршрутизації пацієнтів буде ефективною. Метод дозволяє отримати кваліфіковану думку, особливо коли даних недостатньо або проблема є складною. Наприклад, експерти можуть допомогти оцінити ризики впровадження нової системи електронного документообігу, враховуючи її вплив на персонал і бюджет. Однак цей метод залежить від якості експертів і може бути суб'єктивним, тому потребує чіткої організації, наприклад, використання стандартизованих анкет чи структурованих інтерв'ю для забезпечення об'єктивності.

Ця потреба в об'єктивності природно переходить до **соціологічних методів**, таких як **соціометрія** та **контент-аналіз**, які використовуються для вивчення організаційної культури та комунікацій у ЛПЗ. **Соціометрія** дозволяє дослідити міжособистісні зв'язки в колективі, наприклад, визначити, які працівники є лідерами думок у команді, щоб залучити їх до впровадження змін. Наприклад, при реорганізації графіку роботи соціометрія може допомогти виявити, хто з медсестер має найбільший вплив на колег, щоб забезпечити підтримку нововведень.

Контент-аналіз, своєю чергою, застосовується для вивчення текстів, таких як звіти, скарги чи внутрішні комунікації, щоб виявити проблеми в організаційній культурі. Наприклад, аналіз скарг пацієнтів може показати, що основною причиною незадоволеності є недостатня комунікація з лікарями, що спонукає до розробки тренінгів із комунікативних навичок. Ці методи

дозволяють отримати глибоке розуміння соціальних аспектів управління, що є важливим для створення згуртованої та ефективної команди в ЛПЗ.

Соціологічні методи доповнюються **інформаційно-аналітичними системами та методами оцінки ефективності управлінських рішень**, які забезпечують комплексний підхід до управління ЛПЗ. **Інформаційно-аналітичні системи**, такі як **програми для обробки медичних і адміністративних даних**, дозволяють автоматизувати аналіз великих обсягів інформації, наприклад, оцінити завантаженість відділень чи ефективність використання ресурсів. Наприклад, система моніторингу може показати, що певне обладнання використовується лише на 50% потужності, що сигналізує про потребу в перерозподілі ресурсів.

Методи оцінки ефективності, такі як аналіз витрат і вигод чи оцінка ключових показників ефективності (KPI), допомагають визначити, чи досягли управлінські рішення поставлених цілей. Наприклад, після впровадження нової системи запису керівник може оцінити її ефективність через показники часу очікування та задоволеності пацієнтів. Ці інструменти забезпечують об'єктивну оцінку, дозволяючи керівникам ЛПЗ приймати рішення, які оптимізують ресурси, підвищують якість медичних послуг і відповідають стратегічним цілям закладу.

6.4. Вибір методу дослідження в управлінні ЛПЗ

Соціальні та управлінські методи, які дозволяють аналізувати організаційну культуру та ефективність рішень у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), потребують ретельного вибору, щоб забезпечити їхню відповідність конкретним управлінським завданням. Критерії вибору методу дослідження включають відповідність меті, об'єкту дослідження та можливостям збору даних.

Мета дослідження визначає, який метод буде найефективнішим: наприклад, якщо мета — оцінити короткостроковий вплив нової системи запису на час очікування, доцільно обрати кількісний метод, як-от аналіз статистики.

Об'єкт дослідження, наприклад, система управління персоналом чи потоки пацієнтів, впливає на вибір інструментів: для аналізу мотивації персоналу краще підійде якісне інтерв'ю, а для оцінки логістики — моделювання потоків.

Можливості збору даних, такі як доступ до медичних записів, кваліфікація дослідників чи бюджет, також є вирішальними. Наприклад, невеликий ЛПЗ із обмеженими ресурсами може обрати аналіз наявних адміністративних даних замість дорогого експерименту. Ці критерії забезпечують, що обраний метод відповідає завданню та реальним умовам, дозволяючи отримати достовірні результати з мінімальними витратами.

Ця відповідність мети та умов дослідження природно переходить до необхідності поєднання кількісного та якісного аналізу для комплексного вирішення управлінських завдань. Кількісний аналіз, наприклад, статистична оцінка частоти повторних госпіталізацій, надає об'єктивні дані про масштаби проблеми, тоді як якісний аналіз, такий як фокус-групи з пацієнтами, розкриває суб'єктивні причини, наприклад, недостатню комунікацію щодо післягоспітального догляду. Поєднання цих підходів дозволяє отримати цілісну картину: наприклад, при дослідженні причин низької ефективності роботи лабораторії кількісний аналіз може показати, що затримки пов'язані з піковими годинами, а якісні інтерв'ю з персоналом виявлять, що проблема частково зумовлена застарілим програмним забезпеченням. Такий комплексний підхід є особливо цінним у медичному управлінні, де рішення впливають на численні аспекти — від якості догляду до задоволення стейкхолдерів.

Поєднання методів забезпечує глибше розуміння проблем і дозволяє розробляти більш обґрунтовані та ефективні управлінські стратегії. Ця комплексність аналізу посилюється завдяки застосуванню інноваційних технологій, таких як **штучний інтелект (ШІ) і великі дані**, які трансформують дослідження в медичному управлінні. ШІ може використовуватися для обробки великих обсягів даних, наприклад, аналізу медичних записів для виявлення закономірностей у госпіталізаціях чи прогнозування пікових навантажень у ЛПЗ. Великі дані дозволяють інтегрувати інформацію з різних джерел — від електронних медичних карт до відгуків пацієнтів у соціальних мережах — для створення повнішого уявлення про стан закладу. Наприклад, ШІ може допомогти оптимізувати розподіл персоналу, прогнозуючи періоди високого попиту на основі

історичних даних. Однак використання цих технологій вимагає належної інфраструктури та навичок, а також уваги до етичних аспектів, таких як захист конфіденційності даних.

Інноваційні технології розширюють можливості досліджень, дозволяючи керівникам ЛПЗ отримувати точніші прогнози та швидше реагувати на виклики, наприклад, під час епідемій чи реорганізації процесів. Практичне значення вибору методів і технологій найкраще ілюструється через **кейси стратегічного дослідження** в охороні здоров'я, які демонструють зв'язок між дослідженням і управлінською практикою. Наприклад, для вирішення проблеми високого рівня скарг на тривале очікування в поліклініці керівник може провести дослідження, поєднуючи кількісний аналіз (статистика часу очікування) і якісні фокус-групи (збір відгуків пацієнтів). Результати можуть показати, що затримки пов'язані з неефективною системою запису, а ШІ-додаток для прогнозування потоків пацієнтів допоможе оптимізувати графік прийому. На основі цього керівник розробляє нову систему запису, яка знижує час очікування на 25%, що підтверджується подальшим аналізом. Інший кейс — оцінка програми профілактики хронічних захворювань: когортне дослідження показує зниження госпіталізацій на 15%, а SWOT-аналіз допомагає визначити, як розширити програму за рахунок грантового фінансування. Ці приклади демонструють, як правильно обрані методи та технології дозволяють створювати доказову базу, яка переводить дослідження в конкретні управлінські дії, підвищуючи ефективність ЛПЗ і якість медичних послуг.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти когортні дослідження та дослідження «випадок-контроль» у контексті оцінки якості медичної допомоги в ЛПЗ, указавши їхні переваги та обмеження.
2. Проаналізувати статистичні методи, використані в дослідженнях ефективності управлінських рішень в Україні за останні 5 років, визначивши найпоширеніші методи.
3. Розробити програму статистичного дослідження для оцінки впливу програми мотивації на плинність кадрів у ЛПЗ, включивши мету, завдання, методи аналізу та способи перевірки гіпотез.
4. Підготувати презентацію на тему «Роль метааналізу в доказовій медицині та управлінні ЛПЗ», навівши приклад із реальної практики.
5. Опрацювати два літературних джерела за темою «Статистичні методи в медичних дослідженнях» і підготувати конспект, виділивши основні методи та їхнє застосування.

Лекція 7

Наукове дослідження як форма практики: міждисциплінарний підхід в охороні здоров'я

План

- 7.1. Роль міждисциплінарного підходу в сучасному медичному знанні
- 7.2. Методологія міждисциплінарного дослідження
- 7.3. Організація командної наукової роботи
- 7.4. Результати та впровадження міждисциплінарних досліджень

7.1. Роль міждисциплінарного підходу в сучасному медичному знанні

Сучасні виклики в управлінні лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ), які вимагають комплексного аналізу даних і використання різноманітних методів, підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу в наукових дослідженнях. Наукове дослідження в охороні здоров'я є не лише теоретичною діяльністю, а й формою практики, спрямованою на вирішення конкретних управлінських проблем. Наприклад, зростання скарг на тривалість очікування в поліклініці може вимагати аналізу не лише організаційних процесів, а й соціальних, економічних і технологічних факторів.

Наукове дослідження дозволяє керівнику ЛПЗ структурувати проблему, зібрати докази та розробити практичні рішення, такі як оптимізація системи запису чи перерозподіл персоналу. Цей підхід перетворює науку на інструмент, який безпосередньо впливає на якість медичних послуг і ефективність управління, наприклад, через оцінку впливу нової системи маршрутизації пацієнтів

на їхню задоволеність. Таким чином, дослідження стають мостом між теоретичним аналізом і практичними діями, забезпечуючи обґрунтованість управлінських рішень.

Ця практична спрямованість дослідження спирається на **міждисциплінарність**, яка потребує чіткого визначення для розуміння її унікальності. **Міждисциплінарність** передбачає інтеграцію методів, знань і підходів із різних дисциплін для створення цілісного рішення, на відміну від мультидисциплінарності, де дисципліни працюють паралельно без глибокої взаємодії, або трансдисциплінарності, яка виходить за межі академічних дисциплін, залучаючи, наприклад, громадськість. У міждисциплінарному підході фахівці з різних галузей спільно розробляють рішення: наприклад, економіст оцінює витрати на нову програму профілактики, медик аналізує її клінічну ефективність, а соціолог вивчає сприйняття програми населенням. Такий підхід дозволяє уникнути фрагментарності, забезпечуючи комплексне бачення проблеми. Наприклад, при дослідженні причин низької явки на профілактичні огляди міждисциплінарність допомагає поєднати медичні, соціальні та управлінські аспекти, створюючи рішення, які враховують усі фактори.

Ця інтеграція є необхідною для аналізу складних соціально-біомедичних систем, таких як ЛПЗ, де взаємодіють численні елементи — від медичних протоколів до соціальних очікувань. Соціально-біомедичні системи є складними через їхню багатокомпонентність: рішення в одному аспекті, наприклад, скорочення витрат на обладнання, може вплинути на якість догляду, мотивацію персоналу та задоволеність пацієнтів. Міждисциплінарний підхід дозволяє врахувати ці взаємозв'язки, наприклад, оцінюючи вплив управлінських змін не лише на бюджет, а й на здоров'я населення. Без такого підходу дослідження ризикують бути однобічними, ігноруючи ключові фактори, такі як етичні чи соціальні наслідки. Наприклад, впровадження телемедицини потребує не лише технічної реалізації, а й аналізу доступності для вразливих груп, що вимагає залучення соціології та етики. Міждисциплінарність забезпечує цілісність аналізу, роблячи дослідження релевантними для складних реалій ЛПЗ.

Ця цілісність досягається через перетин різних сфер знання, зокрема медицини, управління, соціології, економіки, етики та інформатики. Медицина надає клінічну основу, наприклад, оцінку ефективності профілактичних програм. Управління фокусується на оптимізації процесів, таких як розподіл ресурсів чи логістика. Соціологія допомагає зрозуміти поведінку персоналу чи пацієнтів, наприклад, через аналіз причин відмови від вакцинації. Економіка дозволяє оцінити витрати й вигоди, наприклад, доцільність інвестицій у нове обладнання. Етика забезпечує врахування моральних аспектів, таких як справедливий доступ до медичних послуг. Інформатика сприяє використанню цифрових технологій, наприклад, аналізу великих даних для прогнозування навантаження на ЛПЗ. Ці сфери переплітаються в дослідженні: наприклад, аналіз ефективності програми профілактики діабету може поєднувати медичні показники (зниження рівня госпіталізацій), економічний аналіз (вартість програми), соціологічні дані (обізнаність населення) та етичні принципи (доступність для малозабезпечених). Такий міждисциплінарний підхід забезпечує комплексне вирішення проблем, підвищуючи якість управління ЛПЗ і сприяючи сталому розвитку системи охорони здоров'я.

7.2. Методологія міждисциплінарного дослідження

Міждисциплінарний підхід, який інтегрує знання з медицини, управління, соціології, економіки, етики та інформатики, вимагає чіткої методології для забезпечення ефективності досліджень у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ). Першим кроком у методології міждисциплінарного дослідження є формування **дослідницького запитання**, яке вимагає комплексного підходу. Таке запитання має охоплювати кілька аспектів проблеми, щоб відобразити складність соціально-біомедичних систем. Наприклад, для вирішення проблеми низької явки на профілактичні огляди запитання може звучати: “Які медичні, соціальні та організаційні фактори впливають на участь населення в профілактичних програмах?”. Це запитання передбачає аналіз клінічних даних (медичний аспект), поведінки населення (соціологічний аспект) і процесів організації оглядів (управлінський аспект). Формування такого запитання вимагає чіткого визначення мети, наприклад, підвищення рівня участі, і врахування контексту ЛПЗ, наприклад, обмеженості ресурсів чи регіональних особливостей. Такий підхід

забезпечує, що дослідження буде не лише теоретично значущим, а й практично застосовним для вирішення конкретних управлінських завдань.

На основі дослідницького запитання здійснюється вибір методів із різних галузей знання, що дозволяє комплексно підійти до вирішення управлінських завдань. Наприклад, для аналізу низької явки на профілактичні огляди можна поєднати методи епідеміології (аналіз статистики відвідуваності), соціології (опитування населення про бар'єри) та економіки (оцінка витрат на інформаційні кампанії). Вибір методів залежить від специфіки завдання: якщо потрібно оцінити економічну доцільність програми, доцільно застосувати аналіз витрат і вигод; якщо ж фокус на організаційних проблемах, можна використати моделювання процесів. Наприклад, при дослідженні ефективності нової системи маршрутизації пацієнтів у ЛПЗ можуть застосовуватися статистичний аналіз (для оцінки часу очікування), фокус-групи (для збору відгуків пацієнтів) і моделювання (для прогнозування потоків). Важливо, щоб методи були взаємодоповнювальними, забезпечуючи цілісне охоплення проблеми. Цей підхід дозволяє отримати багатогранні дані, які враховують усі аспекти управлінської задачі, від клінічних до соціальних.

Вказаний комплексний вибір методів стикається з проблемами термінології, стандартизації та взаєморозуміння між фахівцями різних дисциплін. Кожна галузь має власну професійну мову: наприклад, медичні терміни, такі як “морбідність”, можуть бути незрозумілими для економістів, тоді як управлінські поняття, як-от “оптимізація процесів”, можуть бути абстрактними для клініцистів. Проблеми стандартизації виникають, коли методи різних дисциплін використовують різні підходи до збору чи обробки даних, наприклад, якісні методи соціології менш стандартизовані, ніж кількісні методи статистики. Взаєморозуміння ускладнюється відмінностями в пріоритетах: економіст може акцентувати на зниженні витрат, тоді як медик — на якості догляду. Для подолання цих проблем необхідне створення спільного глосарію та чітких протоколів співпраці. Наприклад, при дослідженні ефективності програми вакцинації команда може узгодити єдині показники успіху, такі як рівень охоплення та зниження захворюваності, щоб усі фахівці працювали в одному напрямку. Це забезпечує ефективну співпрацю та знижує ризик непорозумінь.

Успішне подолання цих проблем дозволяє перейти до **інтеграції** даних із різних джерел для створення цілісної картини. **Інтеграція** передбачає об'єднання результатів різних методів у єдину систему висновків. Наприклад, при дослідженні причин високого рівня повторних госпіталізацій епідеміологічний аналіз може показати частоту таких випадків, соціологічні опитування розкривають проблеми в комунікації з пацієнтами, а економічний аналіз оцінить витрати на післягоспітальний догляд. Ці дані об'єднуються для формулювання рекомендацій, наприклад, створення програми навчання для персоналу з акцентом на комунікацію та оптимізацію ресурсів. Інтеграція вимагає використання інструментів, таких як інформаційно-аналітичні системи, які дозволяють обробляти різноманітні дані, або матриць, які зіставляють результати різних методів. Наприклад, матриця може показати, як соціальні бар'єри (з опитувань) корелюють із медичними показниками (з епідеміологічних даних). Такий підхід забезпечує, що дослідження не лише розкриває окремі аспекти проблеми, а й створює комплексне рішення, яке є цінним для управління ЛПЗ і сприяє підвищенню якості медичних послуг.

7.3. Організація командної наукової роботи

Методологія міждисциплінарного дослідження, яка інтегрує різноманітні методи та дані для вирішення управлінських завдань у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), вимагає ефективної організації командної роботи, щоб забезпечити співпрацю фахівців із різних дисциплін. Роль керівника або дослідника в координації міждисциплінарного проєкту є центральною, оскільки він виступає сполучною ланкою між різними спеціалістами та забезпечує єдність мети. **Керівник** визначає загальний напрямок дослідження, наприклад, оцінку впливу нової системи управління чергами на ефективність роботи ЛПЗ, і забезпечує, щоб кожен учасник команди розумів свою роль у досягненні цієї мети. Він також відповідає за планування, розподіл ресурсів і контроль термінів, наприклад, узгоджуючи графік збору даних для медичних, соціологічних і економічних компонентів дослідження. Крім того, керівник має сприяти комунікації між учасниками, вирішуючи потенційні конфлікти чи непорозуміння, наприклад, між медиками, які акцентують на клінічних результатах, і економістами, які зосереджені на витратах.

Така координація забезпечує, що проєкт залишається сфокусованим і ефективним, сприяючи створенню цілісних рішень для управління ЛПЗ.

Ефективна координація залежить від чітких принципів розподілу обов'язків і взаємодії фахівців із різних сфер. **Розподіл обов'язків** ґрунтується на експертизі учасників: наприклад, медик може відповідати за аналіз клінічних даних, соціолог — за опитування населення, а спеціаліст з інформаційних технологій — за обробку даних у системі. Принципи взаємодії включають регулярні зустрічі, обмін проміжними результатами та спільне обговорення висновків. Наприклад, у дослідженні причин низької явки на профілактичні огляди команда може організувати щотижневі обговорення, де медик презентує дані про захворюваність, соціолог ділиться результатами опитувань, а управлінець оцінює організаційні бар'єри. Для забезпечення ефективної взаємодії використовуються інструменти, такі як спільні платформи для обміну даними чи чітко визначені протоколи співпраці. Ці принципи дозволяють кожному учаснику зосередитися на своїй експертизі, водночас сприяючи інтеграції результатів у єдину стратегію, наприклад, розробку програми підвищення обізнаності населення.

Така співпраця, однак, стикається з **проблемами комунікації та конфліктів цінностей** у міждисциплінарних командах. Проблеми комунікації виникають через різницю в термінології та підходах: наприклад, медики можуть використовувати клінічні терміни, які незрозумілі для ІТ-спеціалістів, а управлінці можуть акцентувати на ефективності, що суперечить етичним пріоритетам. Конфлікти цінностей можуть виникати, коли учасники мають різні цілі: наприклад, економіст може пропонувати скорочення витрат, тоді як медик наголошує на необхідності додаткових ресурсів для якості догляду. Для вирішення цих проблем керівник має встановити чіткі **канали комунікації**, наприклад, через регулярні брифінги чи спільний глосарій, і сприяти діалогу, який враховує цінності всіх учасників. Наприклад, при дослідженні доцільності телемедицини команда може узгодити, що економія ресурсів не повинна знижувати доступність послуг для вразливих груп. Такий підхід мінімізує конфлікти та забезпечує гармонійну співпрацю.

Ця гармонійна співпраця неможлива без дотримання **етики командної роботи**, яка включає принципи авторства, відповідальності та академічної доброчесності. Питання авторства виникають при визначенні, хто саме зробив ключовий внесок у дослідження: наприклад, чи медик, який зібрав клінічні дані, чи соціолог, який розробив опитування, має бути першим автором. Чіткі принципи, такі як визначення внеску на початку проєкту, допомагають уникнути конфліктів. **Відповідальність** передбачає, що кожен учасник відповідає за якість своєї частини роботи: наприклад, ІТ-спеціаліст має гарантувати точність обробки даних, а управлінець — обґрунтованість рекомендацій. **Академічна доброчесність** вимагає уникнення плагіату, фальсифікації даних чи інших порушень, наприклад, маніпуляції результатами для підтвердження бажаних висновків. У ЛПЗ ці принципи є особливо важливими, оскільки дослідження впливають на здоров'я та добробут людей. Наприклад, при розробці програми профілактики етичне порушення, як-от приховування негативних результатів, може підірвати довіру до ЛПЗ. Дотримання етичних норм забезпечує надійність і цінність міждисциплінарного дослідження, зміцнюючи його роль як практичного інструменту для управління.

7.4. Результати та впровадження міждисциплінарних досліджень

Ефективна організація командної наукової роботи, яка забезпечує співпрацю фахівців із різних дисциплін, завершується отриманням результатів, що мають практичну цінність для управління лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ). Переваги інтегрованих результатів міждисциплінарних досліджень полягають у їхній здатності забезпечувати обґрунтовані управлінські рішення, враховуючи складність соціально-біомедичних систем. На відміну від однобічних підходів, міждисциплінарні результати поєднують медичні, соціальні, економічні та етичні аспекти, створюючи цілісну картину. Наприклад, дослідження причин низької явки на профілактичні огляди може показати, що проблема зумовлена не лише організаційними бар'єрами (управлінський аспект), а й недостатньою обізнаністю населення (соціологічний аспект) та обмеженим бюджетом (економічний аспект). Такі інтегровані результати дозволяють розробити комплексне рішення, наприклад, інформаційну кампанію, поєднану з оптимізацією графіку оглядів, що підвищує їхню доступність. Ця багатогранність забезпечує, що управлінські

рішення не лише вирішують проблему, а й враховують усі можливі наслідки, сприяючи сталій роботі ЛПЗ.

Ці інтегровані результати потребують стратегій ефективного впровадження в практику ЛПЗ, щоб їхній потенціал реалізувався повною мірою. Однією з ключових стратегій є **пілотне тестування**, яке дозволяє перевірити рекомендації в обмеженому масштабі перед повним впровадженням. Наприклад, якщо дослідження рекомендує нову систему електронного запису, її можна спочатку протестувати в одному відділенні, оцінивши вплив на час очікування та задоволеність пацієнтів. Інша стратегія — **залучення стейкхолдерів**, таких як персонал, адміністрація чи громада, через презентації чи тренінги, щоб забезпечити їхню підтримку. Наприклад, для впровадження програми профілактики хронічних захворювань можна провести навчання для медсестер, щоб вони ефективно інформували пацієнтів. Також важливим є використання інформаційно-аналітичних систем для **моніторингу результатів**, наприклад, відстеження змін у показниках госпіталізацій після запуску програми. Ці стратегії забезпечують, що результати дослідження не залишаються теоретичними, а стають частиною реальних управлінських процесів, підвищуючи ефективність ЛПЗ.

Таке впровадження підкреслює значення наукового дослідження як ціннісного та практичного ресурсу для управління. Міждисциплінарне дослідження надає не лише конкретні рекомендації, а й ціннісну основу, яка враховує **етичні принципи**, такі як **справедливість і доступність медичних послуг**. Наприклад, дослідження, яке показує, що скорочення витрат на діагностику може обмежити доступ для вразливих груп, допомагає управлінцю прийняти рішення, яке балансує між економією та соціальною відповідальністю. Практична цінність полягає в тому, що дослідження надають доказову базу для обґрунтування рішень перед стейкхолдерами, наприклад, для залучення фінансування на нове обладнання чи програми. Крім того, результати досліджень можуть служити основою для стратегічного планування, наприклад, визначення пріоритетів для розвитку ЛПЗ на основі аналізу потреб населення. Таким чином, наукове дослідження стає інструментом, який поєднує теоретичні знання з практичними діями, сприяючи підвищенню якості управління та медичних послуг.

Ця роль дослідження підкреслює міждисциплінарність як сучасну вимогу до дослідника в охороні здоров'я. У складних системах, таких як ЛПЗ, жодна дисципліна не може самотійно вирішити всі виклики. Дослідник мусить бути здатним інтегрувати знання з медицини, соціології, економіки, етики та інформатики, щоб створювати рішення, які є одночасно ефективними та соціально відповідальними. Наприклад, сучасний дослідник у ЛПЗ має не лише аналізувати клінічні дані, а й оцінювати економічні наслідки, соціальні настрої та етичні аспекти своїх рекомендацій. Це вимагає від нього гнучкості, вміння працювати в команді та розуміння міждисциплінарних методів. Міждисциплінарність також відповідає глобальним трендам в охороні здоров'я, де зростає попит на комплексні рішення, наприклад, використання великих даних для персоналізації догляду чи врахування соціальних детермінант здоров'я. Таким чином, міждисциплінарність стає не просто підходом, а необхідною компетенцією для дослідника, який прагне зробити внесок у розвиток ЛПЗ і системи охорони здоров'я загалом.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти міждисциплінарний, мультидисциплінарний і трансдисциплінарний підходи в дослідженнях управління ЛПЗ, навівши приклади їхнього застосування.

2. Проаналізувати, як міждисциплінарний підхід може допомогти у вирішенні проблеми низької доступності медичних послуг у сільській місцевості, указавши необхідні дисципліни.

3. Скласти програму міждисциплінарного дослідження на тему «Оптимізація профілактичних програм у ЛПЗ», включивши методи з медицини, соціології та економіки.

4. Підготувати презентацію на тему «Переваги міждисциплінарного підходу в управлінні ЛПЗ», включивши кейс із реальної практики.

5. Підібрати 5 літературних джерел за темою «Міждисциплінарність у дослідженнях охорони здоров'я» і скласти бібліографічний опис із розширеним анотуванням.

Оформлення результатів наукових досліджень та їх впровадження у практику: етичні та деонтологічні засади наукової діяльності в системі охорони здоров'я

План

- 8.1. Етичні принципи наукової діяльності в охороні здоров'я
- 8.2. Академічна доброчесність у наукових дослідженнях
- 8.3. Деонтологічні основи професійної поведінки дослідника
- 8.4. Етичні виклики в управлінських дослідженнях

8.1. Етичні принципи наукової діяльності в охороні здоров'я

Міждисциплінарні дослідження, які інтегрують знання з різних сфер для вирішення управлінських завдань у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), завершуються **оформленням результатів і їхнім впровадженням у практику**, що вимагає суворого дотримання етичних принципів. Моральні основи науки і медицини підкреслюють взаємозв'язок науки, етики та суспільної відповідальності. Наукові дослідження в охороні здоров'я не лише спрямовані на отримання нових знань, а й мають слугувати суспільному благу, наприклад, підвищенню якості медичних послуг чи доступності профілактичних програм. Цей зв'язок із суспільною відповідальністю вимагає від дослідника усвідомлення впливу своїх висновків на здоров'я населення та репутацію ЛПЗ. Наприклад, дослідження ефективності нової системи управління чергами має враховувати не лише економічні вигоди, а й її вплив на доступність послуг для вразливих груп, таких як люди похилого віку. Таким чином, етика стає невід'ємною частиною наукової діяльності, забезпечуючи, що дослідження сприяють добробуту суспільства, а не лише вирішенню технічних завдань.

Ця суспільна відповідальність ґрунтується на **принципі «не нашкодь»**, який є базовою цінністю в медичних і управлінських дослідженнях. У контексті ЛПЗ цей принцип означає, що будь-яке дослідження не повинно завдавати шкоди ні учасникам, ні системі охорони здоров'я. Наприклад, при тестуванні нової системи електронного документообігу дослідник має переконатися, що вона не призведе до збоїв у доступі до медичних записів, які можуть вплинути на якість догляду. У управлінських дослідженнях «не нашкодь» також стосується уникнення рішень, які можуть погіршити умови праці персоналу чи обмежити права пацієнтів. Наприклад, скорочення витрат на обладнання, рекомендоване на основі економічного аналізу, не повинно знижувати якість діагностики. Цей принцип вимагає від дослідника ретельно оцінювати наслідки своїх рекомендацій, щоб вони сприяли покращенню роботи ЛПЗ без негативних побічних ефектів.

Цей підхід тісно пов'язаний із **принципами гуманізму та поваги до людської гідності**, які включають **інформовану згоду**, добровільність участі та право на відмову. У дослідженнях, що проводяться в ЛПЗ, учасники — чи то пацієнти, чи персонал — повинні бути повністю поінформовані про мету, методи та можливі ризики дослідження. Наприклад, при опитуванні медсестер про причини професійного вигорання необхідно чітко пояснити, як будуть використані дані та як забезпечується їхня конфіденційність. **Добровільність участі** означає, що ніхто не може бути примушений до участі, а **право на відмову** дозволяє учасникам у будь-який момент вийти з дослідження без наслідків. Ці принципи є критично важливими в охороні здоров'я, де дослідження часто стосуються чутливих питань, таких як здоров'я чи робочі умови. Дотримання гуманістичних принципів зміцнює довіру до дослідницького процесу, забезпечуючи, що учасники почуватимуться захищеними та поважаними.

Ці гуманістичні принципи доповнюються **вимогами справедливості, недискримінації та захисту конфіденційності персональних даних**. **Справедливість** передбачає, що дослідження не повинні створювати нерівність у доступі до медичних послуг чи можливостей. Наприклад, при оцінці нової програми профілактики дослідник має переконатися, що вона доступна для всіх груп населення, незалежно від соціального статусу чи місця проживання. **Недискримінація** виключає будь-яке упередження за ознаками віку, статі чи етнічної приналежності, наприклад, при відборі учасників для опитування про якість медичних послуг. **Захист конфіденційності** є особливо важливим у медичних дослідженнях, де використовуються чутливі дані, такі як медичні записи чи відгуки персоналу. Наприклад, при аналізі скарг пацієнтів дослідник має забезпечити анонімність даних, щоб уникнути їхнього зловживання. Ці принципи гарантують, що

дослідження проводяться з повагою до прав усіх стейкхолдерів, сприяючи довірі до ЛПЗ і забезпечуючи етичну основу для впровадження результатів у практику.

8.2. Академічна доброчесність у наукових дослідженнях

Етичні принципи, такі як гуманізм, справедливість і захист конфіденційності, які забезпечують повагу до учасників досліджень у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), доповнюються академічною доброчесністю, яка є основою надійності та довіри до наукових результатів. **Академічна доброчесність** визначається як сукупність принципів, що передбачають чесність, прозорість і відповідальність у проведенні та представленні досліджень. У сфері охорони здоров'я її значення є особливо високим, оскільки результати досліджень безпосередньо впливають на здоров'я населення та управлінські рішення. Наприклад, недостовірні дані про ефективність нової системи управління персоналом можуть призвести до неефективного використання ресурсів або зниження якості медичних послуг. Дотримання академічної доброчесності забезпечує, що висновки досліджень є обґрунтованими та можуть бути використані для прийняття рішень, наприклад, при розробці програм профілактики чи оптимізації робочих процесів у ЛПЗ. Це зміцнює довіру стейкхолдерів — від адміністрації до громадськості — до наукової діяльності.

Ця довіра може бути підірвана через основні **порушення академічної доброчесності**, такі як плагіат, фабрикація, фальсифікація та самоплагіат. **Плагіат** передбачає використання чужих ідей, текстів чи даних без належного цитування, наприклад, копіювання звіту іншого ЛПЗ про впровадження телемедицини без посилання на джерело. **Фабрикація** — це створення вигаданих даних, наприклад, вигадування результатів опитування персоналу про задоволеність умовами праці. **Фальсифікація** полягає у свідомому спотворенні даних, наприклад, зміна статистики госпіталізацій для підтвердження ефективності програми. **Самоплагіат** виникає, коли дослідник повторно публікує власні попередні роботи без зазначення цього, що може вводити в оману щодо новизни результатів. У контексті ЛПЗ ці порушення є особливо небезпечними, оскільки можуть призвести до хибних управлінських рішень, наприклад, впровадження неефективної системи на основі сфальсифікованих даних, що загрожує якості догляду та репутації закладу.

Для уникнення таких порушень ключове значення мають принципи відповідального авторства та належного цитування. **Відповідальне авторство** передбачає, що всі учасники дослідження, які зробили значний внесок, визнаються як автори, а їхні ролі чітко визначені. Наприклад, у міждисциплінарному дослідженні ефективності програми профілактики медик, який аналізував клінічні дані, і соціолог, який проводив опитування, мають бути зазначені як співавтори, тоді як технічний персонал, який лише збирав дані, може бути згаданий у подяках. **Належне цитування** вимагає точного посилання на всі використані джерела, наприклад, при використанні економічної моделі для аналізу витрат ЛПЗ дослідник має вказати автора моделі. Ці принципи забезпечують прозорість і справедливість, дозволяючи читачам оцінити достовірність результатів. У ЛПЗ відповідальне авторство також допомагає уникнути конфліктів у команді, наприклад, щодо визнання внеску в розробку нової системи управління.

Запобігання порушенням академічної доброчесності в дослідженнях ЛПЗ вимагає впровадження конкретних механізмів. Одним із них є **використання програмного забезпечення** для виявлення плагіату, яке дозволяє перевірити тексти звітів чи публікацій на оригінальність. Наприклад, перед публікацією звіту про ефективність нової системи запису ЛПЗ може перевірити його на плагіат, щоб уникнути ненавмисного копіювання. Інший механізм — **створення чітких протоколів дослідження**, які визначають стандарти збору, обробки та представлення даних, що знижує ризик фабрикації чи фальсифікації. Навчання дослідників і персоналу ЛПЗ з питань академічної доброчесності також є важливим: наприклад, тренінги можуть роз'яснити, як правильно цитувати джерела чи уникати самоплагіату. Крім того, **етичні комітети ЛПЗ** можуть здійснювати нагляд за дослідженнями, перевіряючи їх на відповідність стандартам доброчесності. Ці механізми не лише захищають репутацію ЛПЗ, а й забезпечують, що результати досліджень є надійними та можуть бути впевнено застосовані для вдосконалення управлінських процесів і якості медичних послуг.

8.3. Деонтологічні основи професійної поведінки дослідника

Академічна доброчесність, яка забезпечує надійність і прозорість наукових досліджень у лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ), тісно пов'язана з **деонтологічними принципами**, що регулюють професійну поведінку дослідника. Поняття деонтології, яке походить від грецького «deon» (обов'язок), у медичній практиці традиційно стосується норм професійної етики, таких як відповідальність перед пацієнтами. У науковій діяльності в охороні здоров'я деонтологія розширює ці принципи, охоплюючи обов'язки дослідника перед суспільством, колегами та науковою спільнотою. Наприклад, при дослідженні ефективності нової системи управління персоналом у ЛПЗ дослідник зобов'язаний не лише забезпечити достовірність даних, а й враховувати, як результати вплинуть на умови праці медиків і якість догляду. Деонтологія в науковій діяльності підкреслює необхідність дотримання професійних стандартів, щоб дослідження слугували суспільному благу, а не лише кар'єрним чи комерційним інтересам. Таким чином, деонтологія стає основою для етичної та відповідальної науки в охороні здоров'я.

Ця основа конкретизується через **професійні обов'язки дослідника**, які включають об'єктивність, чесність і відповідальність. **Об'єктивність** вимагає від дослідника уникати упереджень, наприклад, при інтерпретації даних про ефективність програми профілактики не слід завищувати її успіхи через бажання отримати фінансування. **Чесність** передбачає відкрите визнання обмежень дослідження, наприклад, зазначення, що результати аналізу роботи приймального відділення базуються на даних одного ЛПЗ і можуть не бути універсальними. **Відповідальність** означає, що дослідник усвідомлює наслідки своєї роботи: наприклад, рекомендація скоротити витрати на обладнання не повинна ставити під загрозу якість діагностики. У контексті ЛПЗ ці обов'язки є особливо важливими, оскільки помилки чи упередження можуть вплинути на здоров'я пацієнтів або ефективність закладу. Наприклад, чесне представлення даних про плинність кадрів дозволяє розробити реалістичні стратегії утримання персоналу, тоді як їх спотворення може призвести до марних витрат.

Ці професійні обов'язки формують **деонтологічні вимоги** до керівників і учасників наукових проєктів, які працюють у ЛПЗ. Керівник проєкту відповідає за створення умов для етичного дослідження, наприклад, забезпечуючи прозорий розподіл обов'язків і доступ до ресурсів. Він також має стежити, щоб усі учасники дотримувалися етичних стандартів, наприклад, уникали маніпуляцій із даними для досягнення бажаних результатів. Учасники проєкту, зі свого боку, зобов'язані виконувати свої завдання якісно та своєчасно, наприклад, медик має надавати точні клінічні дані, а соціолог — достовірні результати опитувань. У міждисциплінарних проєктах, таких як оцінка нової системи телемедицини, деонтологічні вимоги включають повагу до експертизи колег: ІТ-спеціаліст не повинен ігнорувати зауваження медиків про клінічні ризики. Ці вимоги забезпечують, що кожен учасник проєкту сприяє створенню достовірних і корисних результатів, які можуть бути впроваджені в практику ЛПЗ без етичних порушень.

Ця співпраця спирається на взаємну повагу та етику наукової комунікації в міждисциплінарних командах, що є ключовим елементом деонтології. **Взаємна повага** передбачає визнання цінності внеску кожного учасника, незалежно від його дисципліни: наприклад, думка економіста про витрати так само важлива, як і оцінка медика щодо клінічних результатів. **Етика наукової комунікації** вимагає відкритості, уникнення конфліктів через нав'язування власних поглядів і готовності до конструктивного діалогу. Наприклад, при обговоренні результатів дослідження ефективності програми вакцинації команда має спільно аналізувати розбіжності в даних, а не звинувачувати окремих учасників. У ЛПЗ, де міждисциплінарні команди часто включають медиків, управлінців і соціологів, етика комунікації допомагає уникнути конфліктів, наприклад, між пріоритетами економії ресурсів і якості догляду. Дотримання цих принципів забезпечує ефективну співпрацю, підвищує якість дослідження та сприяє створенню результатів, які є етично обґрунтованими та корисними для управління ЛПЗ.

8.4. Етичні виклики в управлінських дослідженнях

Деонтологічні принципи, які забезпечують взаємну повагу та відповідальність у міждисциплінарних командах лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), тісно пов'язані з **етичними викликами**, що виникають під час проведення управлінських досліджень. Критерії оцінювання етичності дослідження спираються на міжнародні стандарти та національне

законодавство. Міжнародні документи, такі як Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації (WMA), керівні принципи Ради міжнародних організацій медичних наук (CIOMS) і Кодекс біоетики ЮНЕСКО, встановлюють основні вимоги до етичних досліджень, зокрема захист прав учасників, прозорість методів і уникнення шкоди. В Україні ці принципи доповнюються законодавством, зокрема Законом України «Про захист персональних даних» і нормами етичних комітетів. Наприклад, при дослідженні ефективності нової системи управління персоналом у ЛПЗ дослідник має забезпечити, щоб методи збору даних, такі як опитування працівників, відповідали вимогам Гельсінської декларації щодо добровільності та конфіденційності. Ці критерії допомагають оцінити, чи є дослідження етичним, і забезпечують його відповідність глобальним і національним стандартам, що є критично важливим для довіри до результатів.

Одним із ключових етичних викликів є **забезпечення конфіденційності даних персоналу та пацієнтів** у дослідженнях ЛПЗ. Управлінські дослідження часто передбачають аналіз чутливої інформації, наприклад, медичних записів для оцінки якості догляду чи відгуків працівників про умови праці. Захист конфіденційності вимагає **анонімізації даних**, щоб уникнути ідентифікації учасників. Наприклад, при дослідженні причин плинності кадрів у ЛПЗ анкети працівників мають бути закодовані, щоб їхні відповіді не могли бути пов'язані з конкретними особами. Крім того, дослідник має використовувати захищені системи для зберігання даних, наприклад, шифровані бази даних, щоб запобігти витоку інформації. Недотримання конфіденційності може підірвати довіру до ЛПЗ і завдати шкоди репутації, а також призвести до юридичних наслідків. Цей виклик вимагає від дослідника не лише технічних рішень, а й усвідомлення етичної відповідальності за захист прав учасників.

Забезпечення конфіденційності тісно пов'язане з **проблемою конфлікту інтересів і балансом між правом знати та правом на приватність**. Конфлікт інтересів може виникати, коли дослідник має особисту чи професійну зацікавленість у певних результатах, наприклад, якщо керівник ЛПЗ, який проводить дослідження, прагне представити позитивні результати для залучення фінансування. Це може спонукати до **маніпуляцій даними**, наприклад, вибіркового представлення статистики про ефективність нової програми. Баланс між правом знати та правом на приватність вимагає, щоб інформація, яка може бути корисною для суспільства чи організації, не порушувала конфіденційність учасників. Наприклад, при публікації результатів дослідження про задоволеність пацієнтів ЛПЗ має розкривати узагальнені дані, але не індивідуальні відгуки, які можуть ідентифікувати особу. Для вирішення цих викликів дослідник повинен чітко декларувати потенційні конфлікти інтересів і дотримуватися протоколів, які забезпечують прозорість і захист даних.

Ці етичні виклики підкреслюють **відповідальність керівника** дослідження, який має знаходити баланс між інтересами організації, суспільства та самого дослідника. Керівник несе відповідальність за те, щоб результати дослідження сприяли розвитку ЛПЗ, наприклад, через оптимізацію процесів, але не за рахунок порушення прав учасників чи суспільних інтересів. Наприклад, при дослідженні доцільності скорочення витрат на профілактичні програми керівник має оцінити, чи не обмежить це доступ до послуг для вразливих груп, що є суспільним інтересом. Водночас дослідник має захищати власну професійну репутацію, уникаючи дій, які можуть бути сприйняті як неетичні, наприклад, приховування негативних результатів. Цей баланс досягається через чітке дотримання етичних стандартів, залучення етичних комітетів для оцінки дослідження та відкрите спілкування зі стейкхолдерами. Таким чином, етична відповідальність керівника забезпечує, що управлінські дослідження не лише вирішують практичні завдання ЛПЗ, а й відповідають високим стандартам суспільної та професійної відповідальності.

Завдання для самостійної роботи

1. Порівняти вимоги Гельсінської декларації та Кодексу біоетики ЮНЕСКО до етичності досліджень у ЛПЗ, указавши їхнє значення для управлінських досліджень.
2. Проаналізувати етичні виклики, які можуть виникнути при дослідженні конфіденційних даних персоналу ЛПЗ, і запропонувати способи їх вирішення.
3. Скласти план впровадження результатів дослідження «Оцінка ефективності системи мотивації персоналу» в практику ЛПЗ, враховуючи етичні принципи.

4. Підготувати презентацію на тему «Етичні та деонтологічні засади в управлінських дослідженнях ЛПЗ», навівши приклад порушення академічної доброчесності та його наслідки.

5. Опрацювати два літературних джерела за темою «Етика наукових досліджень в охороні здоров'я» і підготувати конспект, виділивши ключові принципи та виклики.

ПІСЛЯМОВА

Курс «Філософія, логіка та методологія наукових досліджень в охороні здоров'я» створено для формування у здобувачів комплексного розуміння наукового дослідження як інструменту вирішення управлінських і клінічних завдань у системі охорони здоров'я. Протягом восьми лекцій детально розглянуто ключові аспекти дослідницької діяльності, які охоплюють теоретичні, практичні та етичні виміри, необхідні для ефективного управління лікувально-профілактичними закладами (ЛПЗ) і вдосконалення медичних послуг.

Лекція 1 розкрила філософські основи науки в охороні здоров'я, акцентуючи на ролі філософії у формуванні наукового світогляду та зв'язку між науковими знаннями й управлінською практикою. **Лекція 2** зосередилася на логічних основах наукового пізнання, пояснюючи принципи логічного мислення, структуру аргументації та методи уникнення логічних помилок у дослідженнях. **Лекція 3** висвітлила методологію наукового дослідження, зокрема етапи планування, формулювання гіпотез і вибір методів, які забезпечують достовірність результатів. **Лекція 4** поглибила розуміння структури наукового апарату, зосередившись на формулюванні проблеми, мети, завдань і логічної моделі дослідження в управлінні ЛПЗ.

Лекція 5 детально розглянула теоретичні та емпіричні методи, такі як аналіз, синтез, спостереження та експеримент, підкреслюючи їхнє практичне застосування для збору даних і вирішення управлінських завдань. **Лекція 6** розширила цей аналіз, охопивши статистичні методи (описова статистика, кореляційний і регресійний аналіз), клініко-епідеміологічні підходи (когортні дослідження, метааналіз) і соціально-управлінські методи (SWOT-аналіз, експертне опитування). **Лекція 7** підкреслила значення міждисциплінарного підходу, розкриваючи методологію інтеграції знань із медицини, соціології, економіки, етики та інформатики, а також принципи організації командної роботи. Нарешті, **Лекція 8** акцентувала на етичних і деонтологічних засадах, включаючи принципи академічної доброчесності, захист конфіденційності та баланс інтересів у управлінських дослідженнях.

Курс підкреслює, що наукове дослідження в охороні здоров'я є не лише теоретичною діяльністю, а й практичним інструментом, який сприяє підвищенню якості медичних послуг, оптимізації управління ЛПЗ і суспільному благу. Міждисциплінарний підхід, етична відповідальність і використання сучасних технологій стають ключовими для створення досліджень, які відповідають складним викликам системи охорони здоров'я. Отримані знання та навички дозволяють здобувачам не лише проводити дослідження, а й критично оцінювати інформацію, розробляти обґрунтовані рішення та впроваджувати інновації. Курс закликає застосовувати ці компетенції для створення етичних, ефективних і соціально відповідальних рішень, які сприятимуть сталому розвитку охорони здоров'я та підвищенню якості життя населення.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна література

1. Беспалов В. Г. Методологія та організація наукових досліджень. Київ, 2021.- 210 с.
2. Бориченко К. В., Гудзь А. О., Панфілов О. Є. *Методологія та організація наукових досліджень: навчально-методичний посібник*. Одеса: Фенікс, 2022 journals.uzhnu.uz.ua+10dspace.onua.edu.ua+10ResearchGate+10.
3. Мотенко Я. В., Шишкіна Є. К. *Методологія наукових досліджень* — навчальний посібник, Харків: ФОП Іванченко, 2022 — теоретична модель побудови та реалізації наукових проєктів repository.kpi.kharkov.ua.
4. Соціологія. Основи загальної, спеціальних та галузевих теорій. Підручник. Затверджено МОН України. Лукашевич М.П., Туленков М.В., Яковенко Ю.І. 544 с. т. 2024 р.
5. Основи методології та організації наукових досліджень: Навч. посіб. для студентів, курсантів, аспірантів і ад'юнтів / за ред. А. Є. Конверського. — К.: Центр учбової літератури, 2010. — 352 с.
6. Пустовіт С. В. [та ін.] *Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання в умовах ковідної реальності*. НУОЗ ім. П. Л. Шупика, 2022 — монографія про філософсько-методологічні та біоетичні виміри в епоху пандемії ResearchGate+2ResearchGate+2repo.knmu.edu.ua+2.
7. Самардак М.М. Філософія науки. Напрями, теми, концепції. Навчальний посібник.- К.: Парапан, 2011.- 204 с.

Допоміжна література

1. Білоконь С. В. Основи біоетики та біобезпеки: навчальний посібник / С. В. Білоконь — Одеса: Одеський національний університет імені І. І. Мечникова, 2017. — 155 с.
2. Богачев А. Досвід та сенс.- К.: Дух і літера, 2011.- 336 с.
3. Етична експертиза біомедичних досліджень. Методичні рекомендації. —К: Сфера, 2008.- 48 с.
4. Етос і мораль у сучасному світі / [Аболіна Т. Г., Ермоленко А. М., Кисельова О. О. та ін.] ; під ред. В. А. Малахова. — К. : Вид. ПАРАПАН, 2014. — 200 с.
5. Загальна декларація про біоетику та права людини (ЮНЕСКО, 2005 р.).
6. Загальні принципи організації діяльності комісій з питань етики при лікувально-профілактичних закладах, в яких проводяться клінічні випробування лікарських засобів. Посібник [автори укладачі: Л. Ковтун, Л. Янкова, С. Распутняк, О. Сілантьєва, Я. Мальцева, Л. Попова, М. Калашнікова, Т. Федорчук]. — Київ: ДЕЦ МОЗ, 2017.- 48 с.
7. Запорожан В. М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека. - К.: Здоров'я, 2013.- 456 с.
8. Засоріна Г. (2022). *Охорона здоров'я в контексті розвитку людського капіталу. Економіка і організація управління* 2(46), с.17–27 — зв'язок системи здравоохоронення з розвитком людського капіталу, логіка братства між управлінськими рішеннями та соціально-економічним контекстом ResearchGate.
9. Індекс здоров'я. Україна.- К.: 2019.-172 с.
10. Корягін М. В. Основи наукових досліджень: навч. посібник / М. В. Корягін, М. Ю. Чік. — К.: Алерта, 2014. — 622 с.
11. Малачинська М. Й. (2023). *Зміни у підходах та методології дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги в умовах війни*. Ефективність державного управління — розгляд адаптації методологічних підходів для функціонування ЛПЗ у воєнних умовах epa.nltu.edu.ua.
12. Марзеєва Н., Чорна В., Махнюк В. (2023). *Еколого-гігієнічні, економічні та правові аспекти формування нормативної бази проектування ЛПЗ на рівні територіальних громад*. Аргумент — стандарти будівництва як управлінська складова розвитку закладу охорони здоров'я ResearchGate.
13. Миронюк І., Погоріляк Р. (2023). *Розвиток науки про комунікації в охороні здоров'я України: аналітичний огляд. Україна. Здоров'я нації* — огляд сучасних досліджень комунікації як ключового елементу управління закладом journals.uzhnu.uz.ua.

14. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми / Москаленко В.Ф., Попов М.В. — Вінниця: Нова книга, 2005.—218 с.
15. Свендсен Л. Фр.Г. Філософія самотності.- К.: Ніка-Центр, 2017.
16. Семигіна Т., Столярик О. (2024). *Соціальна робота у сфері охорони здоров'я України: виклики та перспективи*. Журнал *Humanitas* — інтеграція соціальної роботи, правового забезпечення та кадрового навчання в управлінську практику journals.uzhnu.uz.ua+8journals.vnu.volyn.ua+8ResearchGate+8.
17. Філософія та методологія науки. Підручник/Під ред.. І.С. Добронравової, Л.І. Сидоренко.- К., 2008.- 228 .с.
18. Флек Л. Як постає та розвивається науковий факт. Вступ про вчення про мисленнєвий стиль і мисленнєвий колектив.- Чернівці: Книги-XXI, 2019.- 206 с.
19. Шульгай А.Г., Сатурська Г.С., Панчишин Н.Я., Слободян Н.О. (2021). *Особливості використання якісних методів досліджень в охороні здоров'я, зокрема у громадському здоров'ї та медсестринстві*. Вісник медичних і біологічних досліджень, 3(4), 161–166 — аналіз якісних методів у практиці закладів охорони здоров'я bmbr.com.ua+1ResearchGate+1.

Посилання на інформаційні ресурси в Інтернеті, відео-лекції, інше методичне забезпечення

1. Бабаджан, В.Д., Бакуменко, Н.С., Кадикова, О.І. та ін. (ред. П.Г. Кравчун, В.Д. Бабаджан, В.В. М'ясоєдов) (2020). *Методологія наукових досліджень в медицині: Навчальний посібник* (260 с.). Харків: ХНМУ. Доступно за посиланням у форматі PDF: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/26906> ([vnmu.edu.ua](https://repo.knmu.edu.ua), repo.knmu.edu.ua)
2. Луцький національний технічний університет, Козубцов, І.М. (2022). *Методологія наукових досліджень: Конспект лекцій* [для магістрів ІТ-спеціальностей] (242 с.). Луцьк: ЛНТУ. • PDF: https://lib.iitta.gov.ua/734685/1/.../Конспект_лекцій_МНД.pdf (lib.iitta.gov.ua)
3. Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (НУОЗУ) (2019). *Логіка та методологія наукового дослідження: Навчальні матеріали*. Чернівці: ЧНУ. • PDF: https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka2/rp_filosofiaa.pdf ([nuozu.edu.ua](https://www.nuozu.edu.ua))
4. НІХТ ДУ НАМНУ (Харків) (2023). *Методологія наукових досліджень в медицині [PhD-курс] (силлабус)*. • PDF: https://repo.knmu.edu.ua/.../Навчальний_посібник_МНДМ.pdf (repo.knmu.edu.ua)
5. Посібник від NUPH (2023). *Методологія наукових досліджень* [навчальний посібник для аспірантів]. • PDF: <https://dspace.nuph.edu.ua/.../метод-семінар.pdf> (dspace.nuph.edu.ua)
6. Рівненський державний медичний університет (Запоріжжя). Утюж, І.Г., Спиця, Н.В., Сепетий, Д.П., Мегрелішвілі, М.О. (2018). *Філософія науки. Етика та методологія наукового дослідження: Навчально-методичний посібник* (76 с.). Запоріжжя: ЗДМУ. • PDF: https://dspace.zsmu.edu.ua/.../Філософія_науки_етика_методологія.pdf (dspace.zsmu.edu.ua)
7. Полтава / Centre: Бірта, Г.О., Бургу, Ю.Г. (2014). *Методологія і організація наукових досліджень: Навчальний посібник* (142 с.). Київ: «Центр учбової літератури». • PDF: https://shron1.chtyvo.org.ua/Burhu_Yurii/.../Методологія_і_організація.pdf (shron1.chtyvo.org.ua)
8. Полтавський університет економіки і торгівлі: перегляд навчальних програм. (2022). *Методологія наукових досліджень* [розділ лекцій]. • PDF: https://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/.../Posibnyk_MND.pdf (dspace.wunu.edu.ua)
9. Репозитарій НЛУ: *Методологія наукових досліджень* (2018). • PDF: https://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/SENMK/OMND.pdf (library.nlu.edu.ua)
10. ВНМУ (Вінниця) (2020). *Філософія, логіка та методологія наукових досліджень в охороні здоров'я: Підручник/силабус*. Вінниця. • PDF: <https://www.vnmu.edu.ua/index.php?id=117726&...=.pdf> ([vnmu.edu.ua](https://www.vnmu.edu.ua))
11. Західноукраїнський національний університет (2023). *Методологія організації наукової роботи в медичних науках: Академічна доброчесність*. • PDF: <https://neuro.kiev.ua/.../НД-1.2.2.pdf> (neuro.kiev.ua)
12. Чернівецький державний університет охорони здоров'я (НУОЗ) (2019). *Філософія, сучасна методологія наукових досліджень та біоетика: Навчальні матеріали*. Чернівці. • PDF: https://www.nuozu.edu.ua/zagruzka2/rp_filosofiaa.pdf ([nuozu.edu.ua](https://www.nuozu.edu.ua))

13. Черкаський національний університет ім. Б. Хмельницького (2021). Іщенко, М. П. *Патріот України у системі цінностей філософії гуманізму і демократії* (188 с.). • e-print доступ: <http://eprints.cdu.edu.ua/4610/> (ru.wikipedia.org)
14. РГ СумДУ – *Методологія наукових досліджень* (конспект лекцій). 2022. • PDF: https://lib.iitta.gov.ua/.../Конспект_лекцій_МНД.pdf (lib.iitta.gov.ua)
15. Запоріжжя (2018). *Етика та методологія наукового дослідження* [PhD-курс у ЗДМУ]. • PDF: https://dspace.zsmu.edu.ua/.../Філософія_науки_етика_методологія.pdf (dspace.zsmu.edu.ua)

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Бурбига Валентина Анатоліївна
Шалімова Ірина Миколаївна
Маркова Влада Миколаївна

ФІЛОСОФІЯ, ЛОГІКА ТА МЕТОДОЛОГІЯ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Конспект лекцій
для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня
денної та заочної форм навчання за спеціальністю ДЗ «Менеджмент»
освітньої програми «Управління лікувально-профілактичними закладами»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 27.03.2026. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 3,06. Обсяг 0,665. Зам. № 108/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна