

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«КИЄВО-МОГИЛЯНСЬКА АКАДЕМІЯ»**

Школа охорони здоров'я

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ЩОДО НАПИСАННЯ
МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ
«МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ
(В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

Київ –2015

РОЗРОБНИКИ:

Семигіна Т. В., докт. політ.наук;

Степурко Т. Г., доктор філософії (PhD)

Обговорено та рекомендовано засіданням Вченої Ради ФСНСТ НаУКМА

“ 13 ” листопада 2015 року, протокол № 13

ЗМІСТ

1. Призначення магістерської кваліфікаційної роботи	4
2. Загальні вимоги до кваліфікаційної роботи у галузі менеджменту охорони здоров'я	5
3. Рекомендації щодо написання вступу до кваліфікаційної роботи	12
4. Рекомендації щодо написання огляду літератури (першого розділу кваліфікаційної роботи)	18
5. Рекомендації щодо написання методології дослідження (другого розділу кваліфікаційної роботи)	24
6. Рекомендації щодо написання основної частини роботи (третього розділу кваліфікаційної роботи)	34
7. Рекомендації щодо написання обговорення результатів (четвертого розділу кваліфікаційної роботи)	38
8. Рекомендації щодо написання висновків та рекомендацій	40
9. Вимоги до оформлення списку літератури	44
10. Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи	45
Додаток А. Титульна сторінка кваліфікаційної роботи	47
Додаток Б. Гайд для проведення фокус-групового обговорення	48
Додаток В. Анкета для самостійного заповнення	57
Додаток Г. Різновиди джерел та приклади оформлення	72

1. ПРИЗНАЧЕННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Магістерська кваліфікаційна робота є завершальним етапом навчання на магістерській програмі «Менеджмент в охороні здоров'я». Така робота є теоретичним або практичним дослідженням однієї з актуальних тем галузі управління в охороні здоров'я та охорони громадського здоров'я. В магістерській роботі студент має змогу продемонструвати засвоєні за два роки навчання теоретичні знання та практичні навички, що застосовуються при виконанні магістерської роботи як свідчення самостійного досягнення поставлених професійних завдань.

Положенням про кваліфікаційну (випускнуну) роботу студента НаУКМА (Наказ № 591 від 24 жовтня 2012 р.) кваліфікаційну (магістерську) роботу визначено так: «форма підготовки та підсумкової атестації студента за освітньо-професійною програмою. Її захистом перед Державною комісією завершується курс навчання на освітньо-кваліфікаційних рівнях... Якістю змісту та захисту цієї роботи визначається рівень підготовленості, ступінь придатності випускника до професійної діяльності».

Магістерська кваліфікаційна робота сприяє набуттю студентами навичок працювати самостійно, оволодінню сучасними методиками дослідження, та навичками роботи з науковою літературою.

Магістерська робота – це самостійне навчально-наукове дослідження студента, яке здійснюється в межах певної тематики. Магістерська робота виконується з метою закріплення, поглиблення і узагальнення знань, одержаних студентами за час навчання, та їх застосування до комплексного вирішення конкретного фахового завдання. Магістерська робота допомагає студентові систематизувати отриманні теоретичні знання з певної тематики, виявити здатність самостійно осмислити проблему, творчо, критично її дослідити, удосконалити навички зі збору, аналізу та синтезу літературних джерел та статистичних даних, здатність застосовувати отриманні знання при вирішенні практичних завдань, формулювати висновки, пропозиції і рекомендації з предмета дослідження.

Подані далі методичні рекомендації ґрунтуються на підходах до виконання магістерської кваліфікаційної роботи, що прийняті в Національному університеті «Києво-Могилянська академія», а також на міжнародному досвіді підготовки та захисту магістерських робіт, але головним чином – на досвіді навчально-дослідницької роботи викладачів та студентів Школи охорони здоров'я НаУКМА.

2. ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ У ГАЛУЗІ МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Тематика кваліфікаційної роботи

Наукове дослідження завжди спрямовано на розв'язання певної проблеми або комплексу проблем, які мають фундаментальний, фундаментально-прикладний або прикладний характер. Дослідження, які проводять в управлінні в охороні здоров'я або в галузі громадського здоров'я, зазвичай, мають практичну спрямованість. Вони орієнтовані на вивчення практичних питань із подальшою розробкою конструктивних пропозицій щодо розв'язання виявлених прогалин та недоліків або удосконалення вже існуючих форм, методів, процесу роботи. Проте, наукове дослідження неможливе без використання теорії. Часто дослідження ґрунтуються на поєднанні теоретичного вивчення проблеми та виконанні практичної роботи **інноваційного характеру**.

Сформовано перелік рис, які визначають відповідність випускної кваліфікаційної роботи очікуванням та стандартам університету. Робота повинна:

- Мати творчий характер з використанням емпіричних даних (статистичних або якісних даних) або аналізу чинних нормативних правових актів,
- Відповідати вимогам логічного і чіткого викладу матеріалу, доказовості і достовірності фактів,
- Відобразити вміння студента користуватися раціональними прийомами пошуку, відбору, обробки та систематизації інформації, здатності працювати з нормативно-правовими актами,
- Бути правильно оформлена (чітка структура, завершеність, правильне оформлення бібліографічних посилань, списку літератури та нормативно-правових актів, акуратність виконання).

Очікується, що магістерська робота може бути виконана в одному із наступних **форматів**:

- проведення емпіричного (якісного або кількісного) дослідження або ж статистичний аналіз існуючих кількісних даних відповідно до теми та мети магістерської роботи;
- аналіз нормативно-правових та інших документів відповідно до теми та мети магістерської роботи (як правило, порівняльні дослідження ситуації в різних країнах);

- практична робота, що описує досвід управлінської зміни чи особливості управлінських процесів однієї чи декількох організацій охорони здоров'я тощо.

У магістерській роботі можливо вивчити та порівняти різні моделі, теорії, приклади як з охорони здоров'я, організації та фінансування систем охорони здоров'я, її правових аспектів, так і з управління закладами охорони здоров'я. Можливо також розглянути теоретичну модель (або моделі) та показати, як вони застосовані в українській та/або зарубіжній практиці.

Тематика кваліфікаційних робіт передбачає поглиблений аналіз широкого кола теоретико-прикладних питань в площині управління, політики, економіки охорони здоров'я, як-от:

- діагностика системних та організаційних особливостей сектору охорони здоров'я та можливості їх розвитку в рамках управлінської діяльності та політики охорони здоров'я;
- аналіз застосування інструментів політики в сфері охорони здоров'я та аналіз змісту певних напрямів політики охорони здоров'я;
- аналіз чинників, які мають вплив на політику та управління охороною здоров'я;
- виявлення громадської думки, досвіду та ставлень окремих груп стейкхолдерів до системи організації та фінансування медичних послуг;
- організаційні особливості установ різних форм власності в охороні здоров'я;
- діагностика діяльності організації щодо обраного напрямку дослідження;
- правові аспекти охорони здоров'я тощо.

Приклади тем кваліфікаційних робіт

Приклади тем магістерських робіт доступні на сайті Школи охорони здоров'я НаУКМА: <http://sph.ukma.edu.ua/school/mahisterska-prohrama-menedzhment-v-ohoroni-zdorovyva/temy-mahisterskyh-doslidzen>

Послідовність виконання магістерської роботи

Магістерську роботу доцільно виконувати в такій послідовності: попередній огляд літератури та ідентифікація актуальної тематики – вибір теми – визначення об'єкта і предмета дослідження – визначення мети і завдань роботи – виявлення і відбір літератури з теми, її вивчення – складання попереднього плану – написання вступу та огляду літератури – розробка методології дослідження, включаючи

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ (В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

інструмент дослідження – підготовка, організація та реалізація стратегії зі збору емпіричних даних – аналіз емпіричних даних - викладення основної частини тексту роботи згідно з її структурою – формулювання висновків і рекомендації – оформлення списку використаних джерел та додатків.

Далі здійснюється літературне та технічне оформлення роботи, передзахист, її рецензування, підготовка до захисту і захист.

Підготовка магістерської роботи здійснюється в кілька етапів (див. табл.1).

Таблиця 1.

Графік виконання магістерської роботи у 2015-2016 н.р.

№	Головні етапи роботи	Термін виконання
1.	Вибір теми, затвердження її кафедрою, визначення наукового керівника	8 Жовтня 2015 року
2.	Складання графіка роботи над темою	25 Жовтня 2015 року
3.	Ознайомлення наукового керівника з основними положеннями першого розділу роботи - огляду літератури (та врахування його зауважень)	18 листопада 2015 року
4.	Ознайомлення наукового керівника з основними положеннями другого розділу роботи – методології дослідження	1 грудня 2015 року
5.	Представлення первинного матеріалу	12 Лютого 2016 року
6.	Основна частина / аналіз результатів	3 Березня 2016 року
7.	Матеріал для публікації / статті	31 Березня 2016 року
8.	Подача остаточного варіанту роботи науковому керівнику	25 Квітня 2016 року
9.	Студентська конференція - Передзахист магістерської роботи	17 – 18 Травня 2016 року
10.	Завершення роботи, її оформлення та передача на рецензію	19 Травня 2016 року
11.	Подача двох примірників магістерської роботи на кафедру з відгуком наукового керівника та рецензією	31 Травня 2016 року
12.	Захист курсової роботи	14 – 15 Червня 2016 року

Магістерська робота може бути виконана або англійською, або українською мовою.

Обсяг та структура магістерської роботи

Текст кваліфікаційної роботи друкують через 1,5 комп'ютерних інтервали шрифтом Times 14 розміром на одній сторінці аркуша формату А4.

На аркуші роблять поля: ліве – 30 мм, праве - 10 мм, верхнє - 20 мм, нижнє - 30 мм. Абзацні відступи дорівнюють 5 знакам.

Загальний обсяг кваліфікаційної роботи (без додатків) – не менше **60 сторінок тексту** (формат А4) без додатків та списку літератури.

Окрім перших сторінок (титульної, змісту та за потреби переліку абревіатур), магістерська робота повинна мати виразну структуру, яка складається з низки частин (розділів).

СТРУКТУРА КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Вступ – 3-4 сторінки (вступ та висновки разом не можуть перевищувати 10% від загального обсягу роботи);

Розділ перший, що містить огляд літератури – до 20 сторінок (не більше 25% від загального обсягу роботи);

Розділ другий “Методологія дослідження” – до 20 сторінок (перший та другий розділ разом не можуть перевищувати 60% від загального обсягу роботи);

Основні розділи (два або три у залежності від мети та специфіки роботи), в яких викладено та обговорено результати дослідження – від 20 сторінок (не менше 30% від обсягу роботи);

Висновки та рекомендації – 2–3 сторінки;

Перелік використаної літератури та джерел інформації (не менше 60 джерел)

Додатки (інструментарій дослідження, таблиці, діаграми, цитати з інтерв'ю тощо).

Магістерська робота відкривається титульною сторінкою, де зазначається офіційна назва університету (Національний університет «Києво-Могилянська академія»), факультету і кафедри, тема, прізвище автора і наукового керівника, його вчений ступінь і звання, місто, де розташований університет, і календарний рік захисту (**див. додаток А**).

На наступній сторінці подають зміст роботи, який відображає її структуру (розділи, параграфи) з означенням сторінок їхнього розміщення.

Якщо у магістерській роботі вжита специфічна термінологія, а також використано маловідомі скорочення, нові символи, позначення і таке інше, то їх перелік може бути поданий в роботі у вигляді окремого списку, який розміщують перед вступом.

Приклад змісту (з кваліфікаційної роботи на тему «Політика формування здорового способу життя молоді в Україні: організаційні аспекти»)

Вступ

Розділ 1. Науково-теоретичний дискурс щодо формування здорового способу життя молоді

- 1.1. Основні засади формування здорового способу життя
- 1.2. Висвітлення концепту „політика формування здорового способу життя молоді в Україні” в науковій літературі
- 1.3. Головні європейські ініціативи та міжнародне регулювання політики формування здорового способу життя молоді
- 1.4. Розширення прав і можливостей молоді як складова формування здорового способу життя

Розділ 2. Методологія дослідження

- 2.1. Основні методологічні засади дослідження
- 2.2. Методи та інструменти дослідження
- 2.3. Характеристика вибірки дослідження
- 2.4. Труднощі та етичні засади дослідження
- 2.5. Концептуалізація основних понять дослідження

Розділ 3. Аналіз організаційних аспектів формування здорового способу життя в країнах Європи та в Україні

- 3.1. Досвід Швеції в політиці формування здорового способу життя молоді
- 3.2. Політика формування здорового способу життя молоді в Норвегії
- 3.3. Політика формування здорового способу життя молоді в Литві
- 3.4. Сучасний стан організації політики формування здорового способу життя молоді в Україні

Розділ 4. Оцінка фахівцями політики формування здорового способу життя молоді в Україні

- 4.1. Оцінка діяльності структур, що залучені до політики формування здорового способу життя молоді
- 4.2. Оцінка фінансування та нормативно-правового забезпечення політики формування здорового способу життя молоді
- 4.3. Оцінка забезпечення прав молоді бути суб'єктом та об'єктом політики формування здорового способу життя
- 4.4. Перешкоди впровадження політики формування здорового способу життя молоді та шляхи їх вирішення

Розділ 5. Перспективи розвитку політики формування здорового способу життя молоді в Україні

Висновки

Практичні рекомендації

Список використаної літератури

- Додаток А. Організаційна схема політики формування здорового способу життя в Швеції
Додаток Б. Організаційна схема політики формування здорового способу життя в Норвегії
Додаток В. Організаційна схема політики формування здорового способу життя в Литві
Додаток Г. Організаційна схема політики формування здорового способу життя в Україні
Додаток Д. Гайд для інтерв'ю з експертами

Кожна структурна частина (план, вступ, розділи, висновки, список використаної літератури, додатки) починається з нової сторінки.

Заголовки відділяють зверху і знизу трьома інтервалами. На сторінці суцільного тексту - 28 -29 друкованих рядків, а в рядку - до 60 знаків з проміжками між словами включно.

Всі сторінки нумерують. Загальну нумерацію починають з титульного листка, але порядковий номер на ньому не ставлять; на всіх наступних його розташовують на середині верхнього поля.

Нумерацію сторінок, розділів, підрозділів, пунктів, підпунктів, малюнків, таблиць, формул подають арабськими цифрами без знака №.

Номер розділу ставлять після слова “РОЗДІЛ”. Підрозділи нумерують у межах кожного розділу. Номер підрозділу складається з номера розділу і порядкового номера підрозділу, між якими ставлять крапку. В кінці номера підрозділу повинна стояти крапка, наприклад: 2.3. (третій підрозділ другого розділу). Потім у тому ж рядку йде заголовок підрозділу. Пункти нумерують у межах кожного підрозділу. Номер пункту складається з порядкових номерів розділу, підрозділу, пункту, між якими ставлять крапку. В кінці номера повинна стояти крапка, наприклад: 1.3.2. (другий пункт третього підрозділу першого розділу). Потім у тому ж рядку йде заголовок пункту.

Кожна структурна частина кваліфікаційної роботи (зміст, перелік умовних позначень, вступ, розділи, висновки, список використаної літератури, додатки) починається з нової сторінки та пишеться великими літерами. Розділ та його назва відцентровуються відповідно до тексту роботи. Назву підрозділів пишуть прописними літерами. Відступ між назвою підрозділу та текстом – два рядки.

Оформлення додатків

Додатки оформлюють як продовження роботи на наступних її сторінках, розміщуючи їх у порядку появи посилань у тексті роботи. Додаток повинен мати заголовок, надрукований угорі малими літерами з першої великої симетрично відносно тексту сторінки. Посередині рядка над заголовком малими літерами з першої великої друкується слово “Додаток __” і велика літера, що позначає додаток. Додатки слід позначати послідовно великими літерами української абетки, за винятком літер Г, Є, І, Ї, Й, О, Ч, Ь, наприклад, додаток А, додаток Б і т.д. Один додаток позначається як додаток А.

Додатки мають на меті запропонувати корисний додатковий матеріал, який допомагає краще уявити дослідницький процес. Не варто включати в додатки те, що могло б бути у головній частині або те, що не є надбанням дослідника (як-от досліджуване законодавство тощо). Прикладами того, що бажано включити в додатки, можуть бути: попередній розклад роботи, опитник або розклад інтерв'ю, а також обсягові таблиці, графіки, діаграми, результати тестових методик (заповнені бланки), детальні описи випадків тощо.

Оформлення ілюстрацій та таблиць

Ілюстрації (фотографії, схеми, графіки, карти) і таблиці необхідно подавати в роботі безпосередньо після тексту, де вони згадані вперше, або на наступній сторінці. Варто звернути увагу, що всі діаграми, які часто використовують для представлення даних кількісного дослідження, вважаються також ілюстрацією.

Ілюстрації позначають словом “Рис.” і нумерують послідовно в межах розділу, за винятком ілюстрацій, поданих у додатках. Номер ілюстрації повинен складатися з номера розділу і порядкового номера ілюстрації, між якими ставиться крапка. Наприклад: Рис. 1.2 (другий рисунок першого розділу). Номер ілюстрації, її назва і пояснювальні підписи розміщують послідовно під ілюстрацією. Якщо в роботі подано одну ілюстрацію, то її нумерують за загальними правилами.

Таблиці нумерують послідовно в межах розділу. В правому верхньому куті над відповідним заголовком таблиці розміщують напис “Таблиця” із зазначенням її номера. Номер таблиці повинен складатися з номера розділу і порядкового номера таблиці, між якими ставиться крапка, наприклад: “Таблиця 1.2” (друга таблиця першого розділу). Якщо в роботі одна таблиця, її нумерують за загальними правилами. При переносі частини таблиці на інший аркуш (сторінку) слово “Таблиця” і номер її вказують один раз справа над першою частиною таблиці, над іншими частинами пишуть слова “Продовження табл.” і вказують номер таблиці, наприклад: “Продовження табл.1.2”.

Кожна таблиця повинна мати назву, яку розміщують над таблицею і друкують симетрично до тексту. Назву і слово “Таблиця” починають з великої літери. Назву не підкреслюють. Кожен заголовок над графою стосується всіх даних цієї графи, кожен заголовок рядка в боковику - всіх даних цього рядка. Заголовок кожної графи в головці таблиці має бути по можливості коротким. Висота рядків повинна бути не меншою 8 мм. Графу з порядковими номерами рядків до таблиці включати не треба. Якщо текст, який повторюється в графі таблиці, складається з одного слова, його можна замінити лапками; якщо з двох або більше слів, то при першому повторенні його замінюють словами “Те ж”, а далі лапками. Ставити лапки замість цифр, марок, знаків, символів, які повторюються, не слід. Якщо цифрові або інші дані в якому-небудь рядку таблиці не подають, то в ньому ставлять прочерк. Таблицю розміщують після першого згадування про неї в тексті, таким чином, щоб її можна було читати без повороту переплетеного блоку роботи.

3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ ВСТУПУ ДО КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Структура вступу

Вступ (**приблизний обсяг – до 4-х сторінок**) є першою текстовою частиною кваліфікаційної роботи.

У вступі обґрунтовують актуальність роботи, яка пишеться на основі огляду літератури. До того ж, виділяють невирішені раніше частини загальної проблеми, наголошується на тому, чого немає в попередніх дослідженнях, але міститься у Вашому дослідженні. У вступі також описують: проблему, предмет дослідження, мету та завдання роботи, методи та досліджувані групи, наукову новизну, практичну значущість, апробацію та впровадження, структуру роботи.

СТРУКТУРА ВСТУПУ

Опис теми дослідження – обґрунтування актуальності, наукове і практичне значення, короткий аналітичний огляд літератури та виявлення прогалин в існуючих знаннях

Мета та завдання дослідження

Використовуйте виразні формулювання мети

Сформулюйте три – п'ять завдань дослідження

Аргументується вибір об'єкту та предмету дослідження

Гіпотези чи очікувані результати дослідження

Показуються різні точки зору, тенденції в розробці проблеми

Підходи реалізації дослідження

Короткий опис методології чи методів дослідження, межі дослідження

Практична значущість дослідження

Структура роботи (скільки сторінок в роботі, скільки ілюстрацій, скільки джерел використано, кількість додатків тощо)

Кінцевий текст вступу легше писати, коли готові основні частини роботи, оскільки в ньому стисло подають інформацію основних розділів. Під час складання вступу Ви критично переосмислюєте запропоноване у дослідницькій пропозиції на самому початку роботи. Однак робота над магістерською роботою неможлива, якщо спершу не визначені ключові елементи дослідження: мета, завдання, гіпотези чи очікувані результати, розуміння актуальності та важливості дослідження.

Приклад обґрунтування актуальності дослідження

В Україні триває розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІДу, що передусім стосується молоді. Вразливими у контексті ВІЛ визнано такі групи, як споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки секс-бізнесу, чоловіки, які мають секс із чоловіками.

З погіршенням епідеміологічної ситуації до тематики ВІЛ/СНІДу зверталось чимало українських науковців. Так, різні аспекти формування та реалізації політики протидії епідемії розглядали А. Бега, Л. Беленська, Ю. Скуйбіда, І. Хожило, О. Худоба, О. Юрченко та інші. Поведінку молоді, зокрема сексуальну, та обізнаність у питаннях ВІЛ/СНІДу, шляхи та фактори ризику інфікування ВІЛ досліджували О. Балакірева, І. Гришаєва, М. Люльчук, О. Плевако, Т. Семигіна, В. Щербина тощо. Частина науковців (наприклад, О. Жабокрицька, С. Закопайло, В. Лях, С. Лапаєнко, Н. Романова, С. Терницька) зосереджується на психолого-педагогічних аспектах роботи з профілактики ВІЛ/СНІДу, формуванні у молоді мотивації до здорового способу життя.

Проте в науковому та політичному дискурсі мало уваги звертається на таку уразливу до ВІЛ групу як чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), котрих вважають групою високого ризику щодо інфікування ВІЛ. Одним із шляхів протидії епідемії ВІЛ серед ЧСЧ є реалізація ефективних превентивних заходів в межах чіткої державної політики профілактики ВІЛ серед ЧСЧ. Однак наукових публікацій, присвячених проблемам політики та державного управління в цій сфері та саме щодо цієї групи ризику, в Україні обмаль [100], дані щодо поширеності ВІЛ серед ЧСЧ ненадійні. Наукових праць щодо досвіду інших країн щодо профілактики ВІЛ серед даної групи теж обмаль. І це актуалізує потребу у проведенні дослідження щодо можливих кроків у розробленні сучасної політики профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, яка відповідала б міжнародним вимогам та стандартам. Адже Україна, ратифікувавши Декларацію про прихильність боротьбі з ВІЛ/СНІДом взяла на себе зобов'язання щодо зменшення уразливості груп ризику до інфікування ВІЛ, в тому числі й групи ЧСЧ.

Формулювання мети та завдань дослідження

Мета дослідження – це найголовніше завдання дослідження. Мета повинна вказувати на кінцевий теоретико-пізнавальний та практично-прикладний результат. Зауважимо, що доцільно пам'ятати про те, якою є мета відповідно до задуму та дизайну дослідження – розвідувальною, описовою, пояснювальною або оцінювальною.

Зазвичай, формулювання мети розпочинається з таких слів:

- Виявити
- Вивчити..
- Описати...
- Встановити...
- З'ясувати...

Завдання дослідження – це проміжні цілі або дослідницькі питання, на які потрібно отримати відповіді задля досягнення основної мети. Вони можуть включати такі складові:

- вирішення певних теоретичних питань, які входять до загальної проблеми дослідження (як-от, виявлення сутності понять, явищ, процесів, подальше вдосконалення їх вивчення, розробка ознак, рівнів функціонування, критеріїв ефективності, принципів та умов застосування тощо);
- всебічне вивчення практики вирішення проблеми, виявлення її типового стану, недоліків і труднощів, їхніх причин, певних особливостей передового досвіду; таке вивчення дає змогу уточнити, перевірити дані, опубліковані в спеціальних неперіодичних і періодичних виданнях, підняти їх на рівень наукових фактів, обґрунтованих у процесі спеціального дослідження;
- обґрунтування необхідної системи заходів щодо вирішення даної проблеми;
- перевірка запропонованої системи заходів щодо відповідності її критеріям оптимальності, тобто досягнення максимально важливих у відповідних умовах результатів вирішення проблеми при певних затратах часу і зусиль;
- розробка методичних рекомендацій та пропозицій щодо використання результатів дослідження у практиці роботи установ (організацій).

Завдання дослідження (у кваліфікаційній роботі їх повинно бути 5-6) формулюють у формі переліку дій:

- проаналізувати,
- порівняти,
- проранжувати,
- розробити класифікацію,
- обґрунтувати,
- розробити рекомендації та ін.

До завдань **не включають**:

- підготовчі етапи дослідження, що створюють передумови для аналізу та узагальнень результатів:
- огляд літератури/теоретичне вивчення проблеми,
- розробку інструментів дослідження, збір первинного матеріалу, створення бази даних, статистичну обробку.

Важливо, щоб назва, мета й завдання мали між собою логічні зв'язки.

Приклади формулювання мети та завдань дослідження

Тема: Покращення якості надання нейрохірургічних послуг в Міжнародному центрі нейрохірургії (МЦНХ) на основі бенчмаркінгу моделей бізнесу МЦНХ та британської лікарні «Парксайд»

Мета: бенчмаркінг стратегічної ідеї, бізнес-культури, бізнес-процесів та індикаторів результативності МЦНХ та лікарні Парксайд для з'ясування кращих практик та можливості їх використання в МЦНХ з метою покращення там якості надання послуг.

Завдання:

1. Проаналізувати основні мотивації успішної роботи персоналу МЦНХ, їх задоволеність умовами праці та обізнаність з потребами клієнтів.
2. Визначити задоволеність пацієнтів результатами та умовами лікування в МЦНХ, їх оцінку якості послуг в МЦНХ.
3. Виявити основні переваги та недоліки лікування в Парксайд на основі анкетування пацієнтів.
4. Визначити та проаналізувати особливості стратегічної ідеї, бізнес-культури, бізнес-процесів та індикаторів результативності МЦНХ з виявленням сильних і слабких сторін в організації його роботи.
5. Визначити та проаналізувати обособленості стратегічної ідеї, бізнес-культури, бізнес-процесів та індикаторів результативності британської лікарні Парксайд.
6. Визначити приклади кращих практик в організації бізнесу лікарні Парксайд, які можуть бути запропоновані для застосування в Міжнародному центрі нейрохірургії.
7. Розробити практичні рекомендації щодо покращення якості надання нейрохірургічних послуг в МЦНХ з використанням кращих практик лікарні Парксайд.

Тема: Політика формування здорового способу життя молоді в Україні: організаційні аспекти

Мета: виявити основні прогалини в організаційних механізмах здійснення політики формування здорового способу життя молоді в Україні та визначити шляхи їх оптимізації, з урахуванням досвіду європейських країн, а також думки українських фахівців.

Завдання:

1. Виявити ключові глобальні та європейські ініціативи у сфері формування здорового способу життя та дослідити документальну базу їх діяльності.
2. З'ясувати адміністративну структуру органів державної влади, які беруть участь у формуванні здорового способу життя в Швеції, Норвегії, Литві та Україні.
3. Оцінити механізми взаємодії між ключовим суб'єктами політики формування здорового способу життя молоді у Швеції, Норвегії, Литві та Україні.
4. Оцінити нормативно-правове забезпечення формування здорового способу життя молоді в Швеції, Норвегії, Литві та Україні.
5. Проаналізувати думки фахівців щодо основних прогалин нинішньої політики формування здорового способу життя молоді в Україні та можливостей їх вирішення.
6. Розробити рекомендації для оптимізації організаційних механізмів політики формування здорового способу життя молоді в Україні.

Тема: Профілактика ВІЛ серед чоловіків, що мають секс із чоловіками: напрями політики для України

Мета: визначити перспективні напрями політики України щодо профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Завдання:

- охарактеризувати міжнародні вимоги щодо організації профілактики поширення ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками;
- проаналізувати європейський досвід реалізації державної політики профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками;
- оцінити поточний стан впровадження в Україні заходів із профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками;
- розробити та оцінити прийнятні для України варіанти політики профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками;
- надати рекомендації щодо розвитку в Україні політики профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Тема: Он-лайн технології в профілактиці ВІЛ/СНІДу серед молоді

Мета: з'ясувати поточну практику використання он-лайн технологій у профілактиці ВІЛ/СНІДу серед молоді та розробити рекомендації щодо її удосконалення

Завдання:

1. Визначити он-лайн технології, що використовуються для поширення інформації про здоровий спосіб життя та профілактики ВІЛ/СНІДу.
2. Описати досвід використання недержавними організаціями он-лайн технологій у профілактиці ВІЛ/СНІДу серед молоді.
2. Виявити особливості застосування он-лайн технологій для профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді, в тому числі молоді груп ризику.
4. Розробити рекомендації для організацій, що планують використовувати он-лайн технології для профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді.

Формулювання об'єкту та предмету дослідження

Об'єкт дослідження – це процес або явище, що породжує проблемну ситуацію й обране для вивчення.

Об'єкт дослідження - зазначений в темі вид (напряма, галузь) управлінської діяльності в сфері охорони здоров'я, напрям політики охорони здоров'я, соціетальний феномен, що має відношення до сфери охорони здоров'я.

Предмет дослідження міститься в межах об'єкта.

Предмет – чинники, умови, форми і методи, моделі, технології, складові (одне із перерахованого) певного виду управлінської діяльності, політики, явища.

Об'єкт і предмет дослідження як категорії наукового процесу співвідносяться між собою як загальне і часткове. Вони мають бути пов'язані із метою дослідження: мета – розкрити предмет дослідження та розробити рекомендації щодо удосконалення об'єкта дослідження.

Приклади формулювання об'єкту та предмету дослідження

Об'єкт: Політика формування здорового способу життя молоді в Україні, Швеції, Норвегії та Литві.

Предмет: Організаційні аспекти політики формування здорового способу життя молоді в Україні, Швеції, Норвегії та Литві.

Об'єкт: Політика профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.

Предмет: Стратегії та засоби політики профілактики ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками.

4. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ ОГЛЯДУ ЛІТЕРАТУРИ (ПЕРШОГО РОЗДІЛУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ)

Структура огляду літератури

Огляд літератури повинен висвітлювати загальні концепції, які стосуються об'єкту Вашого дослідження, і які допоможуть Вам сформулювати інструменти дослідження, порівняти результати власного емпіричного дослідження із тими результатами, які наявні в літературі.

Огляд літератури повинен послідовно розкривати: найбільш загальні теорії та концепції, результати інших досліджень, аналіз закордонної практики тощо.

Огляд літератури – як і кожен розділ у кваліфікаційній роботі – повинен мати назву, як «Теоретико-методологічні основи вивчення...», «Сучасний науковий дискурс щодо ...».

СТРУКТУРА ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Ключові концепції, теорії, моделі ... [основного конструкта дослідження /об'єкта дослідження]

Сучасний стан досліджень ...

Вивчення міжнародної практики ...

Висновки до розділу

У огляді літератури слід, по можливості, навести всі точки зору з питання, що обговорюється з максимальною об'єктивністю викладення цих точок зору.

Якщо в огляді літератури використано результати чийогось дослідження, то має бути зрозуміло, хто, коли і де проводив це дослідження. При цьому не слід розлого викладати ці результати, переписувати отримані кимось дані. Вони мають лише слугувати підтвердженню чи запереченню певної думки, слугувати для оцінки певної програми та інших аналітичних завдань.

Якщо у роботі розглядається правове регулювання певної соціальної проблеми, то робота повинна містити аналіз певних підходів, визначених

нормативно-правовими актами, оцінку їх реалізації, порівняння між собою регулювання у різних країнах тощо, а не переказ змісту чинного законодавства.

Кожен розділ у кваліфікаційній роботі повинен мати власні висновки. Розділи з оглядом літератури – не виняток. У **висновках до огляду літератури** потрібно дати оцінку розглянутій літературі та даним. Наприклад, можливо відзначити базові підходи до розв'язання якоїсь проблеми, сильні та слабкі сторони, перспективи розвитку та обмеження певних підходів. Висновки подають у вигляді синтезованих тверджень, вони мають відповідати поставленим завданням. У висновках не повинно з'являтися якихось нових думок, що не впливають із тексту роботи, і них також не повинно міститися прямих цитат із використаних джерел та посилань на літературу.

Стилістика огляду літератури

Огляд літератури – це не реферат чи підручник. Це – аналітична праця, яка свідчить про вміння добирати та систематизувати матеріал. **Твердження та аргументи слід підтверджувати фактами, думками різних авторів, аналізом конкретного практичного досвіду** (не забуваючи при цьому посилатися на джерело інформації та зазначаючи відповідний номер у прикінцевому списку літератури).

Приклади написання огляду літератури

Вивчення проблем становлення і формування особистості в інтернатних закладах свідчить про несприятливий психічний розвиток дітей у закритих установах, що, в першу чергу, пов'язано із своєрідною системою спілкування дорослих з дітьми; частою зміною дорослих; звуженням оточуючого простору; відсутністю диференційованого підходу до дітей тощо. Соціалізація дітей-сиріт утруднюється особливостями стану їхнього здоров'я та розвитку. Діти, які виховуються в інтернатних закладах, відрізняються від тих, хто виховується в сім'ях, розвитком інтелекту і особистості в цілому. Групове спілкування з дорослими, постійні вказівки, настанови та контроль з боку дорослих формують в інтернатних вихованців специфічні особливості психологічного розвитку, що підтверджується результатами досліджень психологів (О.Г. Антонова-Турченко [51], М.П. Аралова [2], І.Д. Бех [3], Я.О. Гошовський [14], І.В. Дубровіна [16], Т.М. Землянхіна [23], М.І. Лисіна [31], А.М. Прихожан, М.Н. Толстих [48]).

Зокрема, І.В. Дубровіна [16] наголошує, що у дітей, які виховуються в інтернатних закладах, спостерігається низька результативність у сфері спілкування, бідність засобів спілкування. Т.М. Землянхіна [23] і М.І. Лисіна [31], вивчаючи особливості розвитку допитливості депривованих дітей у ранньому віці, дійшли висновку, що однією з найтривожніших ознак є їхня пасивність, викликана дефіцитом спілкування з дорослими. У цієї групи дітей спостерігаються схильність до конфліктних переживань, надмірна обережність і неприйняття нового.

Тема децентралізації стала нині однією із найбільш обговорюваних в українському політичному дискурсі. Вона переважно розуміється як передання певних повноважень із центрального (національного) рівня на рівень місцевий (локальний). За визначенням С. Кравченко, під час децентралізації відбувається переміщення влади від національних урядів до субнаціональних і місцевих органів влади, а також до місцевих громад [4], у той час як Н. Левчук веде мову про децентралізацію державно-управлінських послуг [5]. Децентралізація протистоїть централізації – політичному процесу, на основі якого формується централізм як управлінська політична система з властивими їй вертикальною структурою та субординацією, концентрацією влади в єдиному центрі.

Питання децентралізації, зміни рівнів політики висвітлювались у працях багатьох дослідників (Д. Ансьєн [7], К. Кокс, Д. Пек [19], Е. Свінгідоу [22] та ін.), які аналізують інституційний, процесуальний та інші виміри складного феномену децентралізації. Як зауважує І. Гоптарєва, у сучасній політиці наявне як суміщення, так і диференціація суспільних інтересів, що зумовлює взаємопроникнення функцій гілок влади та суб'єктів політики різних рівнів [2].

Тези в огляді літератури не повинні ґрунтуватися на власних емоціях («цікаво, що...», «всесвітньо визнаний дослідник...») та вподобаннях («найбільш привабливим виглядає підхід...»), «здоровому глузді» («всім відомо, що...») тощо.

Наприклад, речення «Система охорони здоров'я має достатню мережу, однак за останні роки кількість гострих проблем у ній, на жаль, збільшилась» є неприйнятним для курсової роботи, адже в ньому: 1) зайвим є емоційно-оцінчне слово «на жаль»; 2) не зрозуміло, про яку мережу йде мова; 3) шаблонне словосполучення «останні роки» не дає уяви, про який період ідеться – два роки перед написанням курсової роботи, десять, двадцять три роки незалежності України, останні 50 років; 4) словосполучення «гострі проблеми» без пояснення, що це за проблеми, більше підходить для журналістсько-публіцистичного матеріалу, аніж навчально-наукового доробку.

Якщо в огляді літератури вживають маловідомі скорочення (ЧСЧ, БЖД, ТБ абощо), то їх перелік може бути поданий у роботі у вигляді окремого списку, який розміщують перед вступом.

Ілюстрації та таблиці в огляді літератури

В огляді літератури не доцільно використовувати ілюстрації (діаграми, графіки, малюнки) або таблиці, **складені іншими авторами**, запозичені з іншої літератури. Якщо аналізуються дані чийогось дослідження, представленого у вигляді діаграм чи таблиць, то в огляді літератури доцільний лише короткий опис основних результатів цього дослідження

Водночас **можливо використати таблиці чи малюнки для узагальнення описаної в тексті інформації**. Наприклад, можливо самостійно побудувати

логічно-структурну схему основних чинників того чи іншого явища (якщо в тексті огляду аналізуються ці чинники, вивчені різними авторами). Або в роботі описується певна динаміка розвитку якогось явища чи використовуються різного роду статистичні дані, зібрані кимось, що порівнюються між собою.

Всі таблиці та графіки повинні мати назви і містити посилання на джерело інформації (наприклад, «Побудовано за даними Світового банку, 2012 [84]»). Якщо таблиця за розміром більша ніж одна сторінка, то вона повинна бути винесена з основного тексту роботи в додатки.

На всі ілюстрації та таблиці кваліфікаційної роботи повинні бути посилання в тексті. Не слід оформлювати посилання на ілюстрації як самостійні фрази, в яких лише повторюється те, що міститься у підписі. У тому місці, де викладається тема, пов'язана з ілюстрацією, і де безпосередньому читачеві треба вказати на неї, розміщують посилання у вигляді виразу у круглих дужках (рис. 1.5) або зворот типу: "...як це видно з рис. 1.5" або "як це показано на рис. 1.5". Далі наведено приклад посилання на ілюстрацію.

Приклад використання узагальнюючої ілюстрації в огляді літератури

Узагальнюючи теоретичні підходи щодо забезпечення соціального добробуту населення, окреслені в праці вітчизняних та зарубіжних науковців, можна виділити три напрями відповідної державної політики (рис. 1.1). Ці напрями різняться за суб'єктами впливу, оскільки спрямовані на підтримку працюючих та роботодавців, осіб, які потребують додаткових соціальних гарантій, а також на ті недержавні суб'єкти, що можуть привнести додаткові ресурси у соціально-економічні програми.

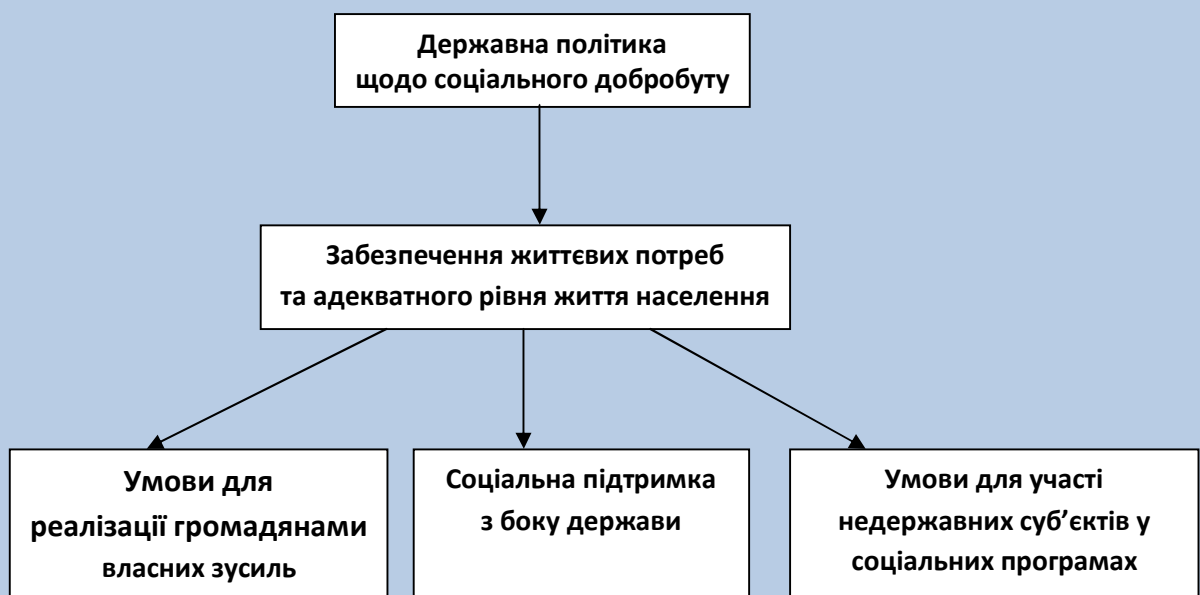


Рис. 1.1. Основні напрями державної політики щодо забезпечення соціального добробуту населення

Загальні правила цитування

При написанні кваліфікаційної роботи студент повинен давати посилання на джерела, матеріали або на окремі результати досліджень, у яких розробляються проблеми, задачі, питання, вивченню яких присвячена робота. Такі посилання дають змогу відшукати документи і перевірити достовірність відомостей, отримати необхідну інформацію щодо його змісту, обсягу.

Якщо використовують відомості, матеріали з монографій, оглядових статей, інших джерел з великою кількістю сторінок, тоді в посиланні необхідно точно вказати номери сторінок, ілюстрацій, таблиць, на які дано посилання в кваліфікаційній роботі.

Посилання на літературу в основному тексті роботи подавати у квадратних дужках, де перша цифра – номер позиції у списку літератури, літера с. – позначення слова «сторінка», друга цифра – номер сторінки. Наприклад: [21, с. 40], [23, с. 40–43], [28, с. 5; 40, с. 58–60], [7; 11; 68].

Науковий етикет вимагає точно відтворювати цитований текст, оскільки найменше скорочення витягу може спотворити зміст, закладений автором.

Загальні вимоги до цитування такі:

- текст цитати починається і закінчується лапками і наводиться в тій граматичній формі, в якій він поданий у джерелі, із збереженням особливостей авторського написання;
- кожна цитата обов'язково супроводжується посиланням на джерело;
- цитування повинне бути повним, без довільного скорочення авторського тексту і без перекручень думок автора. Пропуск слів, речень, абзаців при цитуванні допускається без перекручення авторського тексту і позначається трьома крапками. Вони ставляться у будь-якому місці цитати (на початку, всередині, наприкінці). Якщо перед випущеним текстом стояв розділовий знак, то він не зберігається;
- при непрямому цитуванні (переказі, викладі думок інших авторів своїми словами), що дає значну економію тексту, слід бути гранично точним у викладенні думок автора, коректним щодо оцінювання його результатів, і давати відповідні посилання на джерело.

Усі імена авторів та назви їх творів, назви документів наводяться українською мовою (якщо кваліфікаційна робота пишеться українською, або

англійською – якщо робота подається англійською, без різниці, яку мову було використано в оригіналі).

Приклад оформлення прямого цитування в кваліфікаційній роботі

Складність сучасних політичних проблем є практичною гарантією того, що вони стають на перешкоді горизонтальної координації аналітикам в суспільних організаціях, які значною мірою ієрархічні або вертикальні у своїй культурі. Д. Потер зазначає: «Будучи настільки погано структуровані, як це є насправді, суспільні проблеми чітко не розмежовуються: ми не знаємо, де одна проблема починається, а інша закінчується. Вони частково перекриваються, перетинаються і зіштовхуються одна з одною» [11, с. 89].

Приклад оформлення непрямого цитування в кваліфікаційній роботі

Застосування принципів Р. Вадела в організаціях державного сектора допомагає службовцям зрозуміти, який внесок у майбутню діяльність організації вони можуть зробити, а також як бажання клієнтів будуть пов'язані з їх службовими дорученнями, і як їх праця сприятиме підтримці іміджу й призначенню організації [10; 26].

Приклад оформлення цитування при скороченні авторського тексту

Державні службовці відіграють центральну роль у реалізації критерію справедливості. Як наголошував К. Кернаген, з огляду на владу, яку державні службовці реалізують при розробці і здійсненні державної політики «...необхідно приділяти велику увагу етичним нормам, якими вони керуються, виробляючи рекомендації й ухвалюючи рішення ... державні службовці повинні перейматися питаннями типу: який варіант курсу політики буде найсправедливішим у даному випадку? Завдяки якому варіанту можна найкраще реалізувати цінність?» [8, с. 159]. Необхідно також зазначити, що деякі автори (зокрема, М. Браун, Д. Стоун, В. Тертичка) вважають, ніби вибір знарядь або альтернатив не відбувається в такий систематизований спосіб, як впливає з переліку критеріїв [2; 4; 12].

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МЕТОДОЛОГІЇ ДОСЛІДЖЕННЯ (ДРУГОГО РОЗДІЛУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ)

Структура другого розділу

У розділі «Методологія дослідження» максимально детально описуються основні методологічні засади дослідження, методи та інструменти дослідження, критерії відбору груп респондентів, метод формування вибірки, труднощі при виконанні дослідження, етичні засади дослідження, характеристика учасників (вік, стать, освіта, професійна приналежність, зайнятість, інші особливості, що мають значення) або документів, які досліджувалися.

ОРІЄНТОВНА СТРУКТУРА РОЗДІЛУ «МЕТОДОЛОГІЯ»

Основні методологічні засади дослідження

Аргументи щодо вибору кількісного чи якісного дослідження, або поєднання декількох дизайнів
Якщо обрано якісне дослідження, вказується його методологія (наприклад, етнографічне, феноменологічне, кейс-стаді)
Час, місце та етапи проведення дослідження
Наявність пілотного дослідження

Методи збору даних

Які методи збору даних було використано?
Чому обрано саме такий метод збору даних?
Аргументи на користь використання цього методу збору даних за даної тематики, цілей дослідження?
Місце та тривалість проведення інтерв'ю

Дизайн вибірки дослідження (кількісні дослідження)

Генеральна та вибіркові сукупності
Одиниця вибірки
Метод формування вибіркової сукупності (ймовірнісна, стратифікаційна вибірки тощо)
Репрезентативність вибірки
Як було відібрано респондентів дослідження?
(наприклад, дослідник пропоставив анкетування під час занять в школі)
Розрахунок обсягу вибірки
Responserate

Відбір респондентів дослідження (якісне дослідження)

Метод відбору інформантів (наприклад, снігова куля, максимальної варіації тощо)
Аргументація обраного методу
Критерії відбору респондентів (наприклад, стаж роботи, управлінська посада) або документів
Кількість опитаних респондентів/розглянутих документів, проведених фокус-груп

Метод аналізу даних – вимірювання змінних, використання в аналізі, залежні й незалежні змінні

Інструменти дослідження

Загальний опис інструмента (опитувальник, анкета для самостійного заповнення)
Загальна тематика частин інструменту
Детальна інформація про кожну частину інструменту
Особливості формулювання питань
Особливості шкал
Чи було проведено претест інструменту, які зміни внесено після претесту
Якщо анкета – якість заповнених та відбрактованих анкет

Концептуалізація основних понять дослідження

Якщо інструмент дослідження містить певні концепти, то їх потрібно пояснити. Наприклад, як визначається та вимірюється «здоров'я» чи «доступність медичної допомоги», «якість медичної допомоги»
Давайте посилання на попередні та поважні джерела, які дають дефініцію понять та підходи до вимірювання.

Труднощі та етичні засади дослідження

Чи гарантується анонімність та конфіденційність учасникам дослідження
Які механізми забезпечення
Інші етичні міркування

Соціально-демографічні характеристики респондентів /Характеристика документів

Розподіл за статтю, віком, регіоном тощо
Різновиди документів (наприклад, міжнародні програми, документи організацій тощо)

Методологія дослідження є невід'ємною частиною кращого розуміння наступного розділу кваліфікаційної роботи – результатів дослідження.

Будь-яке дослідницьке рішення, яке Ви використовували під час планування та реалізації польового етапу робіт, має бути обґрунтовано. Однак ставте наголос на найбільш принципових методологічних рішеннях дослідження.

Наявність достатньо повної інформації про методи дослідження необхідна в першу чергу для того, щоб читач міг оцінити правдоподібність результатів. Також іноді виникає потреба повторити дослідження згодом, тож повна інформація про методологію дасть змогу відтворити дослідження в максимально наблизений до оригінального підходу спосіб.

Всі підрозділи методології дослідження мають бути збалансовані за змістом та обсягом. Якщо деякі підрозділи суттєво більші за інші, необхідно переосмислити та переформатувати структуру розділу.

Основні методологічні засади дослідження

Методологія дослідження – це способи, які дозволяють вирішувати завдання проєктів, досягати поставленої мети дослідження. Більшість наукових проблем вимагають використання спеціальних наукових методів дослідження. Вони являють сукупність способів, дослідницьких прийомів, принципів пізнання, які застосовуються в конкретній науці.

В підрозділі, де описуються методологічні засади дослідження, не зайвим є посилання на завдання Вашого дослідження, виконання яких Ви вважаєте можливим при застосуванні обраної методології дослідження.

Тут можна зазначити та **аргументувати кількісну чи якісну методологію дослідження**, так само як і те, чи є дослідження експериментальним, інтервенційним, лонгітюдним чи розвідувальним. Також, варто було б **надати загальну коротку інформацію про дизайн дослідження, його часові та географічні межі**.

Якщо Ви поєднуєте якісну та кількісну методології дослідження, або доповнюєте анкетування експертним опитуванням, варто структурувати подальші підрозділи відповідно до використаних методологій: спершу описати дизайн вибірки, метод збору та аналізу даних, інструмент дослідження для анкетування, після чого представити елементи дизайну експертного дослідження.

Порівнюючи у своїй роботі ситуацію в різних країнах, потрібно обґрунтувати вибір країн, надати інформацію, які саме критерії були взяті до уваги.

Приклад опису методологічних засад дослідження

Назва: Роль неформальних практик в професійній діяльності лікарів

Теоретичним підґрунтям дослідження є інтерпретативна парадигма, яка зосереджена на буденному житті індивіда, його мотиваціях, суб'єктивних смислах, орієнтується на виявленні латентних механізмів для пояснення вчинків, дій. Феноменологічна парадигма (соціальний конструктивізм П. Бергера і Т. Лукмана) фокусується на вивченні суб'єктивно сконструйованого індивідом життєвого світу та відображає методологічні засади представленого дослідження. В рамках цього підходу вивчається соціальна реальність, що формується внаслідок взаємодії індивідів, беручи за основу той факт, що їх розуміння цієї соціальної реальності є схожими [45]. Звернення до даної парадигми в дослідженні блату, хабарів та інших неформальних практик дозволить виявити значення, що надають неформальним практикам лікарі в межах своєї професійної діяльності та роль соціального контексту при формуванні спільного розуміння явищ, що є основою для взаємодії.

Таким чином, представлене дослідження є якісним за своєю методологією, що дає змогу забезпечити не лише виявлення випадків звернення до неформальних практик лікарями з метою вирішення професійних та особистих питань, а й дозволить зрозуміти їх суб'єктивне бачення практик та тих значень, які вони (не) надають використанню «зв'язків» в особистих цілях.

Емпіричне дослідження було проведено в лютому-березні 2014 року в м. Вінниця. Вибір міста зумовлений наявністю інформантів, готових взяти участь в дослідженні, тематика якого є сенситивною. Незважаючи на те, що практика звернення до неформальних методів в побудові кар'єри є загальновідомим явищем, сприймається як норма в українському суспільстві, тим не менше, подібний досвід зазвичай не розголошується через потенційні санкції. Саме тому тематика досліджуваного явища є сенситивною, тож і охочих поділитися власним досвідом обходження правил та формальних норм складно виявити.

Не забувайте, що опис методологій, які не були використані, – це даремно витрачений час читача.

Пам'ятайте, що читачами Вашої кваліфікаційної роботи найчастіше є професіонали та досвідчені люди, тож потрібно в роботі зберегти баланс між найменшими деталями та зрозумілим описом методології. Для цього найкраще вказувати назву методу та коротко охарактеризувати спосіб, який згаданий метод використано саме у Вашій роботі.

Дизайн вибірки дослідження

Цей підрозділ кваліфікаційної роботи детально описує елементи дизайну дослідження, а саме:

- Що є генеральною сукупністю дослідження (кількісні дослідження)
- Чи формувалася вибіркова сукупність кількісного дослідження та якою є одиниця вибірки;

- Метод формування вибіркової сукупності (ймовірнісна, стратифікаційна вибірки тощо в кількісному дослідженні або метод снігової кулі, максимальної варіації в якісному дослідженні) та аргументація обраного методу;
- Розрахунок обсягу вибірки в кількісному дослідженні або кількість опитаних респондентів/розглянутих документів, проведених фокус-груп; обґрунтування вказаної кількості;
- Чи є вибірка репрезентативною? За якими параметрами?
- Як було відібрано респондентів дослідження? Встановлено з ними контакт? (наприклад, дослідник проводив анкетування під час занять в школі, тож інформація має бути представлена про те, що було досягнуто попередньої домовленості з класними керівниками);
- В якісному дослідженні, критерії відбору респондентів (наприклад, стаж роботи, управлінська посада) або документів.

Деталізована інформація щодо респондентів дослідження (наприклад, соціально-демографічні характеристики, які будуть важливими для представлення результатів) може бути винесена у відповідний додаток і представлена у таблицях або графічній формі.

Приклад обґрунтування вибірки при кількісному опитуванні

Назва: Неформальні платежі пацієнтів в країнах Центральної та Східної Європи

Улітку 2011 р. було опитано по 800 представників домогосподарств України, Болгарії та Угорщини. Респонденти були відібрані за допомогою ймовірнісної багатоступеневої вибірки.

По-перше, відбиралися пункти вибірки (відповідно до регіональних, міський / сільський та етнічних характеристик), далі - близько 10 адрес / домашніх господарств були відібрані методом випадкової маршруту в пункті вибірки. Востаннє, в обраному домогосподарстві, один член сім'ї старше 18 років був запрошений для участі в дослідженні. Використання принципу «останнього дня народження» було застосовано при відборі одного члена з усього домогосподарства.

Збір даних був завершений після того, як було зібрано близько 800 інтерв'ю в кожній країні. Опис ключових соціально-демографічних змінних і відсоток респондентів, які погодилися взяти участь в дослідженні, представлено в табл.2.1. Особи, які відмовилися або не змогли взяти участь, були замінені в вибірці з використанням такого ж підходу до відбору. Крім того, близько 0,5% - 4% анкет в країні не були включені в аналіз після контролю якості та через невідповідність у відповідях анкети.

Це перше репрезентативне міжнародне дослідження неформальних платежів, яке проводиться в Україні та де використовується ідентична методологія збору даних та дизайну вибірки, що дає змогу оцінити відмінності в досвіді та ставленні громадськості до неофіційних платежів за медичну допомогу в європейських країнах.

Приклад опису критеріїв при відборі респондентів в якісному дослідженні

Назва: Роль неформальних практик в професійній діяльності лікарів

З метою виявлення різнобічних рис досліджуваного явища, інформанти дослідження були відібрані, враховуючи наступні критерії.

По-перше, стаж роботи мав складати не менше 5 років. Такий часовий проміжок може гарантувати досліднику наявність в лікаря певного досвіду роботи в медичному закладі, у нього сформована соціальна мережа професійних зв'язків. Також, практики вирішення проблемних ситуацій мали б зустрітися в професійному житті. Більше того, наявність досвіду роботи (особливо у випадках, коли досвід роботи більший 15 - 20 років) дасть змогу прослідкувати трансформації у використанні неформальних практик під час побудови кар'єри в медичній сфері у різні історичні періоди та побачити, наскільки істотними були зміни у використанні власних контактів за різних соціально-політичних укладів.

По-друге, до інформантів дослідження не потрапить молодший медичний персонал (медсестри, санітарки, фельдшери), оскільки попередні дослідження свідчать про їхню меншу залученість в розподіл ключових ресурсів, а отже в організаційні та управлінські процеси діяльності медичної установи [48, 70].

По-третє, дослідження має на меті врахувати досвід лікарів, що займають різні позиції у ієрархічній структурі медичного закладу та звернути увагу на відмінності у використанні подібних практик лікарями та управлінцями (завідуючими відділень, головних лікарів).

Четверте, до вибірки будуть включені як практикуючі лікарі, так і ті, що не працюють лікарями - вони або взагалі пішли з медицини, або працюють в дотичних до медичної сфери галузях (фармацевтичній, недержавній організації), що дозволить виявити особливості лікарів, які уможливають функціонування в існуючій системі охорони здоров'я. Також, такий різноманітний досвід дасть можливість зрозуміти мотиви для продовження чи завершення лікарської діяльності, в яку вкорінено безліч неформальних практик. До того ж, передбачається, що ті, хто реалізує свої здібності поза медичною галуззю, діляться власним досвідом блату, хабарів та взаємообмінів більш охоче, порівняно з тими, хто досі працює в медичних установах.

Враховуючи визначені критерії відбору респондентів, проведено 10 неструктурованих інтерв'ю з лікарями.

Приклад обґрунтування вибірки при інтерв'юванні експертів

Назва: Політика формування здорового способу життя молоді в Україні: організаційні аспекти

При відборі організацій для участі в дослідженні застосовувався метод „снігової кулі”. Так, пріоритетними були перш за все головні структури в Україні щодо ФЗСЖ - Міністерство, освіти, науки, молоді та спорту, а також його підрозділ – Державний інститут сімейної та молодіжної політики. Експертами з вищеперелічених структур були надані контакти інших експертів, які також працюють в зазначеній сфері і могли б взяти участь в опитуванні. З тими експертами, що працюють в Києві, були проведені напівструктуровані інтерв'ю під час особистих зустрічей, з представниками інших регіонів України спілкування відбувалось за допомогою електронної пошти та Skype-зв'язку.

Головними критеріями для відбору респондентів були

- досвід роботи у даній сфері не менше 5 років;
- наявність контактів та згода на участь у дослідженні.

Приклад обґрунтування вибірки при аналізі документів

Назва: Політика формування здорового способу життя молоді в Україні: організаційні аспекти

В рамках дослідження аналіз документів передбачав вивчення організаційних аспектів політики ФЗСЖ молоді у ряді європейських країн. При відборі країн для аналізу було поставлено наступні вимоги:

- територіальна належність до європейського регіону;
- наявність даних та документів із досліджуваної теми, викладених українською, російською чи англійською мовами в мережі Інтернет;
- наявність кращих показників щодо здоров'я молоді, аніж в Україні.

Так, до дослідження потрапили скандинавські країни – Швеція та Норвегія, а також пост-соціалістична Литва.

При вивченні організаційних аспектів політики формування здорового способу життя як в Україні, так і в інших обраних країнах, аналізувалися нормативно-правові акти, видані державними органами країни, міжнародні та національні оцінки політики охорони здоров'я в країнах тощо. Крім цього, використовувалися лінки офіційних сайтів державних та громадських структур, що задіяні до політики ФЗСЖ молоді.

Критеріями, за якими обиралися документи для аналізу, були:

- релевантність (належність документу до галузі сприяння здоров'ю загалом та політики ФЗСЖ молоді, зокрема);
- територіальна належність (документ має загальноєвропейський характер або стосується однієї з країн, обраних для аналізу);
- доступність (наявний доступ до оригіналу документа або його електронної версії);
- актуальність (документ є чинним на момент проведення дослідження);
- достовірність (документ отриманий з офіційного джерела);
- мова викладу (українська, російська або англійська).

Метод збору даних

Окрім інформації про те, яким був метод збору даних в дослідженні (наприклад, анкетування, інтерв'ювання), ще обов'язково необхідно включити пояснення та аргументації обраного Вами методу. Абсолютно не зайвим тут є посилання на попередні дослідження та методологічну літературу, в яких наявні свідчення про переваги даного методу збору даних загалом та більш конкретно - при вивченні схожого на Ваш предмет дослідження.

Додаткові деталі про процес збору даних в якісних дослідження можуть включати:

- ❖ інформацію про те, хто збирав дані
- ❖ як записувалося та транскрибувалося інтерв'ю
- ❖ тривалість інтерв'ю
- ❖ місце проведення інтерв'ю
- ❖ чи велися нотатки і чи вони включені до аналізу тощо.

Приклад опису неструктурованих інтерв'ю як методу збору даних

Назва: Роль неформальних практик в професійній діяльності лікарів

Емпіричний матеріал для дослідження зібрано за допомогою неструктурованих інтерв'ю, які найбільше підходять до розкриття теми дослідження та розуміння значень, що вкладають респонденти у поняття, що вивчаються. Основною перевагою цього методу збору даних є те, що дослідник не обмежений визначеним переліком та послідовністю питань, а має лише теми для розмови та орієнтовні питання. Таким чином, зміст інтерв'ю може бути підкореговано в процесі розмови в залежності від розуміння респондентами теми дослідження та їхнього особистого досвіду звернення до неформальних практик. Відсутність закріпленого переліку визначених наперед питань також дозволяє надати інтерв'ю вигляду неформальної розмови та не обмежувати не релевантним досвіду респондента питаннями задля виявлення специфічних якісних рис досліджуваного явища, яким він може не надавати особливого значення [16]. В рамках даного дослідження використання методу інтерв'ю дасть змогу розкрити поняття “неформальні практики” (використання “зв'язків”, хабарів, блату, бартеру) з точки зору самих акторів досліджуваного феномену - лікарів, а також прослідкувати значення, які вони надають буденним неформальним практикам в професійному житті.

Інструменти дослідження

Якщо в дослідницькій роботі були зібрані емпіричні дані шляхом анкетування чи опитування, з використанням відповідного інструменту дослідження, то детальний опис структури та особливостей анкети чи опитувальника мають бути подані в данному підрозділі.

Зразок оформлення різного типу інструментів дослідження наведено у **додатках Б, В.**

Особливу увагу варто звернути на ті дослідницькі рішення, які спрямовані на покращення надійності отриманих даних. Наприклад, підтема Вашого дослідження є чутливою для респондентів, тож в роботі необхідно описати, які саме техніки були застосовані для отримання повної інформації, як от: питання про досвід і ставлення колега та родичів, відсоткова суб'єктивна оцінка респондентом поширеності суспільно небажаної практики, власний досвід звернення до практики.

Додатково варто описати типи питань Вашого інструменту (відкриті чи закриті питання), типи шкал, які Ви використовуєте (наприклад, шкала Лікерта), використання та адаптація інструментів дослідження, які використовувалися в інших дослідженнях та інші особливості (чи було проведено претест, чи були враховані результати претесту при формуванні кінцевої версії анкети).

Приклад опису тематичних блоків анкети в структурованому інтерв'ю

Для інтерв'ю з респондентами був розроблена спеціальна анкета (див додаток А). Вона містала окремі тематичні блоки:

Блок А. Демографічні дані. Містить ключові відомості про особу респондента, його нинішній соціальний та сімейний статуси.

Блок В. Матеріальне становище респондента. Даний блок мав на меті визначити рівень забезпеченості респондента, канали його доходів, а також доступ до деяких благ.

Блок С. Здоров'я і самопочуття. У цій частині респонденти вказували рівень задоволеності життям та навколишніми умовами, визначали стан свого здоров'я, надавали суб'єктивну оцінку факторам, що чинять вплив на їх здоров'я, а також описували стратегію поведінки при виникненні проблем зі здоров'ям. Також ця частина гайда для інтерв'ю була покликана дослідити соціальне самопочуття респондентів. Тому у ній фігурують запитання щодо задоволеності різними аспектами щоденного функціонування людини, психічного комфорту, мереж соціальної підтримки тощо. Крім того, респонденти надали відомості про власну поінформованість щодо проблеми ВІЛ/СНІД.

Блок D. Харчування. Досліджувалися якість харчування респондентів, їх оцінка власного раціону як здорового/нездорового, особливості харчування – кількість прийомів їжі на день, місця харчування респондентів, частота вживання певних продуктів, дотримання діет та церковних постів, схильність до вегетаріанства. Також респонденти констатували своє ставлення до генно-модифікованої продукції.

Блок Е. Інфраструктура. Оцінювався доступ респондентів до спортивних та розважальних об'єктів.

Блок F. Цінності та стиль життя. Даний блок вивчав, що саме для сьогодношньої молоді є найважливішим в житті, які складові формують її стиль життя, а також ставлення до спорту, паління, алкоголю, кальяну, токсичних речовин.

Блок G. Комунікативний блок. У цьому розділі розглядалися ключові канали отримання інформації респондентами, а також ступінь їх довіри рекламі ліків та препаратів.

Приклад опису опитувальника в неструктурованому інтерв'ю

Назва: Роль неформальних практик в професійній діяльності лікарів

Опитувальник дослідження складається з трьох частин, які відповідають основним етапам побудови кар'єри в медичній галузі - навчання в університеті, практика і працевлаштування, та безпосередньо лікарська діяльність.

В першій частині фокусом інтерв'ю був період навчання респондентів в університеті як перший етап знайомства з системою. Важливо було виявити мотиви вибору професії лікаря та фахового спрямування, досвід використання неформальних методів у навчальному процесі (хто допомагав, що потрібно було передбачити), ставлення студентів та викладачів до подібних практик. Оскільки тематика дослідження є сенситивною, питання формулювалися таким чином, щоб не запитувати респондентів безпосередньо про досвід звернення до неформальних практик, а розкривати цей феномен за допомогою непрямих запитань. Наприклад, практики залучення інших осіб («зв'язки»), хабарів тощо до прийняття рішення розкривалися за допомогою таких питань як «Сплата за іспити або протекція звична практика серед студентів сьогодні, наскільки це було актуально у часи Вашого навчання?», «Розкажіть, будь ласка, про Ваш вступ до університету. Що потрібно було передбачити окрім загальної підготовки?»

Увага в другій частині опитувальника зосереджувалася на етапі проходження медичної практики та працевлаштування, оскільки ці стадії часто є взаємопов'язаними. Важливого значення набуває можливість впливу студентів/випускників на цей процес, необхідні ресурси (знання, зв'язки, гроші

і т.д.) задля вибору бажаного медичного закладу, складнощі, з якими стикалися респонденти під час пошуку місця проходження практики, працевлаштування.

Питання третього розділу мали на меті виявити схеми організації робочого процесу та практику вирішення питань, що виникають в медичному закладі, шляхи взаємодії в колективі, можливості впливу на рішення, що приймаються та необхідні ресурси успішної професійної діяльності. Ці та інші аспекти розкривалися за допомогою таких питань як «Що може посприяти успішній кар'єрі?», «Яким чином вирішуються конфлікти у Вашому відділенні?»

Концептуалізація основних понять дослідження

Іноді дослідження використовує складні концепти, які можуть мати декілька різних визначень та підходів у вимірюванні. Таким чином, в даному підрозділі необхідно надати тлумачення термінології, операціоналізувати конструкти (пояснити поняття, якими Ви послуговуєтеся).

Приклад опису концептуалізації

Дане дослідження використовує такі концепти як «споживач медичної послуги», що є типовою практикою країн з більш розвинутою економікою й системою охорони здоров'я. Адже, вважається, що пацієнт характеризується пасивною поведінкою та є суб'єктом дій лікаря, який знаходиться в патерналістичних взаємовідносинах з пацієнтом. Тоді як «споживач» є більш активним гравцем, який володіє певною інформацією щодо хвороби, несе відповідальність за своє здоров'я та робить власний вибір щодо (не)споживання медичної допомоги (послуги).

В юридичному полі, яке регламентує сферу охорони здоров'я (З-н України про Основи законодавства України про охорону здоров'я[1]) не міститься визначень медичної послуги та особа, яка потребує та отримала (або не отримала медичну допомогу), не розглядається як активний споживач. Так само і принципи бюджетного кодексу не трактують медичну допомогу як послугу, а особу – як споживача [15].

Розуміючи контекст реформи системи охорони здоров'я України, яка рухається в напрямку зміни принципів фінансування відштовхуючись від наданої медичної послуги та відповідного діагнозу, пропонується в рамках цього дослідження використовувати термінологію «медична послуга» та «споживач» замість медична допомога та пацієнт. Останні ми також вживаємо як синоніми до медичної послуги та споживачу відповідно, однак надаємо їм сучасного та активного змісту.

Труднощі та етичні засади дослідження

В даному підрозділі варто описати:

- труднощі, з якими довелося зіткнутися в процесі дослідження;
- застереження щодо того, в чому може полягати обмеженість конкретного дослідження (особливо якщо йдеться про використання якісних методів).

Приклад опису етичних засад та труднощів дослідження

Під час проведення дослідження було дотримано таких етичних принципів:

- принцип поінформованості – учасникам дослідження було надано інформацію про характер дослідження, а саме про актуальність, мету та завдання дослідження, тривалість опитування;
- принцип добровільності – була отримана особиста згода респондента на участь в дослідженні. Також було отримана особиста згода учасників дослідження на проведення аудіо-запису. Було звернено увагу респондентів на те, що їхня участь є добровільною і будь-якої миті може бути перервана за їх бажанням;
- принцип конфіденційності – зберігання в таємниці інформації, що може зашкодити людям, які перебувають у ролі респондента. Дослідником гарантувалась та забезпечувалась конфіденційність отриманої в ході дослідження інформації. Інформація не була розголошена, керівництву чи іншим його колегам організації, у якій респонденти працюють чи отримують послуги, іншим юридичним або фізичним особам.

Крім того всім експертам була дана гарантія, що під час аналізу та представлення даних справжні імена учасників інтерв'ю не використовуватимуться.

Щодо труднощів, які стосуються проведення фокус-груп із клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, слід звернути увагу на поодинокі випадки відмови осіб. Серед основних причин відмови брати участь у фокус-групах, зі слів самих респондентів, були: обмежені часові можливості; безоплатна участі в дослідженні; скептичне ставлення до досліджень, які, за словами потенційних респондентів, ніяким чином не впливають на зміни в системі послуг ВІЛ-сервісних організацій; острах, що відверті відповіді негативно вплинуть на процес та якість отримання послуг в подальшому. Тим не менше, деякі причини відмови інтерв'юєру вдалося мінімізувати.

Щодо труднощів, які виникали під час безпосереднього проведення фокус-груп клієнтами ВІЛ-сервісних організацій, слід виділити наступне: на початку фокус-групи респонденти із острахом ставилися до питань, невпевнено розповідали про власний досвід отримання послуг та участь у практиках колективного представництва інтересів, намагалися обходити дані тематики та не розкривали питання, що їх стосувалися. Більше того, фокус-група А відбувалася із СІН, частина з яких перебувала в ремісії, а частина в активному вживанні, тому деяким респондентам була властива агресивна поведінка, інші ж поводити себе дуже замкнуто, мовчазно. Фокус-група А потребувала жорсткого керівництва, пошуку і встановлення психологічного контакту з кожним респондентом.

Труднощів у проведенні інтерв'ювання з експертами були пов'язані здебільшого із часовими обмеженнями респондентів та соціально-політичною ситуацією, що склалася в час проведення в країні. Складні політичні події вплинули на часові рамки дослідження.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ ОСНОВНОЇ ЧАСТИНИ РОБОТИ (ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ)

Загальні рекомендації щодо викладення результатів дослідження

Готуючись до викладення тексту магістерської роботи, доцільно ще раз уважно прочитати її назву, що містить проблему, яка повинна бути розкрита. Проаналізований та систематизований матеріал викладається відповідно до змісту у вигляді окремих підрозділів, що мають власну назву. Кожний підрозділ висвітлює самостійне питання.

Результати проведеного дослідження подаються у попередньо систематизованому, узагальненому, придатному до аналізу вигляді. Форма викладання отриманих даних визначається метою, гіпотезами, методами дослідження та індивідуальним стилем автора. Це прикладна наукова творча робота, яка має показати вміння автора побачити і ґрунтовно описати ті процеси, протиріччя й закономірності, що приховуються поза отриманими цифрами та фактами.

Процедура упорядкування даних включає їхнє угруповання та класифікацію за певними ознаками, що дозволяє «стиснути» інформацію та встановити нові межі відмінностей в масі емпіричних даних. Виділяють просте та перехресне угруповання – класифікацію відповідно за однією або двома обраними ознаками (вік, стать, освіта, соціальний статус, висловлені судження тощо). Перехресне угруповання дозволяє встановити певні взаємозалежності, визначити вплив одного показника на інший.

Найчастіше, розділ, де описано результати Вашого дослідження, є чи не єдиною частиною кваліфікаційної роботи, де відсутні посилання на попередні дослідження та інші джерела інформації.

Розділ з результатами дослідження також має закінчуватися **висновками**, де потрібно підкреслити найважливіші – з огляду на мету та завдання дослідження – знахідки. Так само як і у випадку попередніх розділів, висновки не повинні містити якісь нові думки, що не впливають із попереднього тексту опису результатів.

Опис результатів кількісного дослідження

Результати кількісного дослідження можуть викладатися в табличній, графічній та описовій (текстовій) формі з попередньо обчисленими рангами, відсотками, середніми значеннями, кореляціями, коефіцієнтами відмінностей тощо.

Важливим у даному розділі є послідовне викладення, аналіз та інтерпретація всіх, без винятку, отриманих у дослідженні даних. Розподіл на параграфи відбиває виконання завдань дослідження, які були сформульовані в програмі відповідно до його мети.

Починати необхідно з описових даних, одновимірною та двовимірною розподілів. Передусім подаються більш узагальнені дані, наприклад, загальний розподіл відповідей на основні блоки анкети тощо.

Більшої наочності розподілу та динаміки отриманих статистичних даних можна досягти за допомогою використання графіків, діаграм, гістограм тощо.

Проте слід уникати як занадто громіздких таблиць, в які вміщується велика кількість різноманітних показників, так і великої кількості дрібних таблиць, які є малоінформативними.

Приклади опису результатів кількісного дослідження

Українська молодь не лише схильна до вживання висококалорійної їжі, а й до того, щоб споживати таку їжу ввечері. Понад половину опитаних робить це три і більше разів на тиждень (див. табл. 3.2), при цьому частіше цим займаються юнаки та чоловіки, аніж дівчата та жінки.

Таблиця 3.2.

Розподіл відповідей на питання «Наскільки часто Ви вживаєте висококалорійну їжу після 18 години вечора?» (N= 1200, %)

Варіанти відповідей	Всього	Розподіл за статтю		Розподіл за віком			Розподіл за місцем проживання		
		Чоловіки	Жінки	14-17 років	18-24 роки	25-35 років	Обласн. центр	Район. центр	Село
1-2 рази на тиждень	46,1	38,8	54	51,1	44,8	45,5	44,5	50,6	42,6
3 рази на тиждень	19,3	20,9	17,7	20,8	20,5	18	18,8	17,7	21,5
4 рази і більше на тиждень	34,6	40,3	28,3	28,1	34,7	36,5	36,7	31,8	35,8

Загалом, лише п'ята частина респондентів висловила незадоволеність своїм харчуванням, а майже 80% - повністю чи скоріше ним задоволені. Віковий розподіл зображений на рис. 3.7.

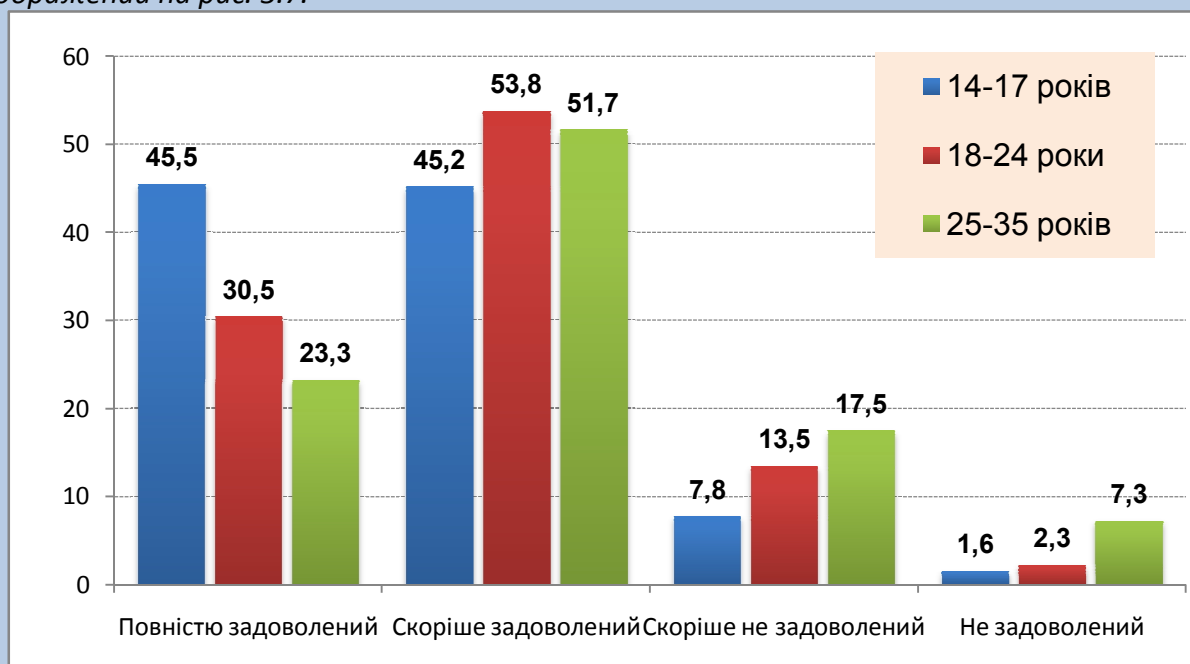


Рис 3.7. Розподіл відповідей на питання «Наскільки Ви задоволені якістю свого харчування?» (N=1200; %)

Зверніть увагу на те, що таблиця та графіки не мають «говорити самі за себе»: представляючи наочну ілюстрацію, її варто описати в тексті. Дотримуйтеся такого принципу: читач має прочитати все текст без використання таблиць та графіків. Лише ті читачі, які зацікавлені в ваших результатах дослідження найбільше, звернуть увагу і на ілюстративні матеріали.

Деякі отримані дані (у вигляді таблиць або протоколів) можуть бути наведені у додатках до основного тексту роботи.

Виклад результатів якісного дослідження

В Школі охорони здоров'я здебільшого використовують кількісно-якісні та якісні дослідження, які передбачають збір та аналіз поглибленої неструктурованої або напівструктурованої інформації (висловлювань, спостережень, протоколів, документів тощо), отриманої від невеликої кількості респондентів або джерел.

Представити думки респондентів можна як у вигляді цитат в тексті, але тоді обсяг цитати має бути не більший за 4-5 рядків, або у вигляді ілюстрацій в окремих

боксах, де автор підсумовуючи описує загальний досвід та ставлення інформанта до предмету дослідження.

Водночас матеріал якісного дослідження може бути згрупований і представлений у вигляді таблиці або певної матриці.

Особливо в якісному дослідженні потрібно пам'ятати про те, що в результатах викладаються «сухі» факти, тоді як інтерпретація дослідження відбувається в наступному розділі – обговоренні результатів.

Приклади опису результатів якісного дослідження

Про необхідність проведення більш глибоких консультацій з клієнтами програм аптечних інтервенцій говорить 3 із 7 опитаних фахівців. Наприклад, представник організації, що впроваджувала вказані програми, зауважив, що було б добре, щоб в кожній аптеці була окрема кімната для консультування, в якій соціальний працівник міг консультувати клієнтів: *«часто в аптеках з'являються нові СІНУ, які ніколи не чули про програми профілактики, і дуже важливо, щоб з такою людиною попрацював кваліфікований працівник. В загальному залі аптеки важко уявити таку консультацію. Було б добре соціальному працівнику чергувати у години напливу клієнтів і поспілкуватися з кожним із них».* Деяко схожу думку висловив один із зовнішніх фахівців, який говорить про необхідність роботи аустріч-працівників, які б працювали у визначені дні та могли надати кваліфіковану консультацію. Важливо, щоб у даному процесі клієнти знали, що вони можуть прийти в певний час і отримати необхідну допомогу.

Відповідно до існуючих підходів визначення добробуту, узагальнені дані щодо зміни напрямів політики забезпечення соціального добробуту в Україні, задекларованими у програмах діяльності президентів та урядів України у 1997-2014 рр. представлено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Підходи до забезпечення добробуту населення в Україні (1997-2014 рр.)

	Ринок праці	Оплата праці та доходи	Трудові відносини	Система соціального забезпечення/захисту	Соціальна підтримка окремих категорій	Демографічна політика	Освіта	Наука	Охорона здоров'я	Житлова політика	Культура	Фізкультура, спорт	Підходи до визначення добробуту
1997-2000	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	соціальний добробут
2000-2004	+	+	??	??	??	??	+	+	+	??	?	??	матеріальний добробут
2005-2009	+	??	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	соціально-економічний добробут
2010-2014	??	+	??	+	+	+	+	?	+	+	?	??	матеріальний добробут

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ (ЧЕТВЕРТОГО РОЗДІЛУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ)

При обговоренні результатів дослідження автор поводить з отриманими даними як із повноправними науковими фактами. Оскільки ці факти є новими, то необхідно показати, в чому полягає їхнє значення, як вони співвідносяться з існуючими теоріями, концепціями та результатами інших досліджень (описаними в огляді літератури), а також іншими фактами даного дослідження..

Отже, мета написання розділу, в якому обговорюються результати (звісно, він також повинен мати назву), – це **демонстрація співвідношень між фактами**. Для її досягнення потрібно:

- 1) показати принципи відношень та узагальнень, представлених у результатах; потрібно не підсумовувати результати, а саме обговорювати, пояснювати логіку встановлених зв'язків та сформульованих суджень;
- 2) підкреслити винятки, визначити незрозумілі моменти.
- 3) показати, як Ваші результати та трактування узгоджуються з опублікованими раніше роботами або суперечать їм. З ними можна погодитися, приєднатися до них, захистити чи підтвердити певну точку зору; запропонувати нову точку зору, дати інше пояснення відомим фактам; припустити, що така точка зору є слушною, але може бути деякий інший важливий новий аспект; переформулювати відому точку зору в більш зрозумілому та чіткому вигляді; відхилити певну точку зору, враховуючі її невідповідність фактам; відкинути певні аргументи, якщо вони не є коректними або не захищають певну позицію; примирити різні точки зору на основі більш глибокого розуміння суті речей, формулювання нової концепції; переглянути власні твердження.

Цей розділ завершується короткими висновками про те, наскільки результати дослідження в цілому узгоджуються з даними інших досліджень, в чому протирічать або доповнюють попередні дослідження, як пов'язуються з певними

теоріями чи концепціями, які нові наукові або дослідницькі питання виникають у зв'язку з ними.

Приклади формулювання тексту в розділі із обговорення результатів

Респондентами було відзначено потребу у визначенні мети, ключових стратегій щодо профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, що цілком відповідає і рекомендаціям міжнародної спільноти, і європейським практикам реалізації відповідної політики, адже як в економічно-розвинутих, так і постсоціалістичних країнах в національних програмах протидії ВІЛ/СНІДу група ЧСЧ чітко відображена та визначені відповідні цілі та індикатори щодо профілактики ВІЛ та ІПСШ [92; 78; 108; 91; 109].

Оскільки цілі державного управління повинні надходити з того середовища, де «мешкає» цільова група [28], важливо, аби політика ґрунтувалася на потребах самої спільноти, тобто ЧСЧ. Формулювання політики саме в такий спосіб підвищить шанси розв'язати наявну проблему, як-от зменшити ризиковану поведінку ЧСЧ, і як наслідок, вплинути на перебіг епідемії ВІЛ серед ЧСЧ в Україні. Впровадження якісно-орієнтованих послуг можуть допомогти проводити моніторинг впливу заходів на поведінку цільової групи, що, в свою чергу, дозволить найкраще адаптувати їх під потреби ЧСЧ.

У додатку Б представлено варіант (модель) політики профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, визначений з урахуванням вимог міжнародних організацій, європейського досвіду та оцінок респондентів даного дослідження. Метою такої політики має стати зупинення епідемії ВІЛ серед ЧСЧ (нуль нових випадків інфікування), шляхом корекції їхньої ризикованої поведінки та зниження рівня їхньої дискримінації суспільством та органами охорони здоров'я. Як ключові стратегії у варіанті запропонованої політики визначено: 1) профілактику передачі ВІЛ та ІПСШ шляхом пропагування безпечного сексу, підвищення мотивації до збереження здоров'я (поєднання експліцитної та імпліцитної профілактики); 2) забезпечення раннього виявлення та лікування ВІЛ та ІПСШ шляхом тестування, консультування, забезпечення доступу до лікування та його якості; 3) зниження особистих і соціальних наслідків поширення ВІЛ та СНІДу шляхом інтеграції інфікованих людей в життя суспільства, обмеження проявів дискримінації та стигматизації.

8. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ ВИСНОВКІВ ТА РЕКОМЕНДАЦІЙ

Формулювання висновків

Логічним завершенням магістерської роботи є висновки. Головна їх мета — підсумки проведеної роботи.

Висновки подають у вигляді окремих лаконічних положень, методичних рекомендацій – синтезованих тверджень, сформульованих на основі отриманих результатів.

Висновки повинні відповідати поставленим завданням. У висновках необхідно зазначити не тільки те позитивне, що вдалося виявити в результаті вивчення теми, а й недоліки та проблеми практичного функціонування закладів охорони здоров'я чи певних напрямів політики охорони здоров'я.

Один висновок повинен не суперечити іншому, а підкріплювати його. Якщо висновки не будуть пов'язані між собою, текст втратить свою єдність.

ВИСНОВКИ (структура)

Підсумовування

Коротко повторіть основні положення, зміст та результати Вашого дослідження

Теоретичні результати та практичні впровадження

Проілюструйте та «продайте» ваші результати та висновки

Продемонструйте Ваші побажання та рекомендації

Дороговкази для майбутніх досліджень

Інші спостереження

Чіткий та систематичний виклад основних положень дослідження

Важливо!!! Не включайте нові, раніше не згадані, ідеї, думки та факти у Висновках

Приклади формулювання висновків кваліфікаційної роботи

Тема:Профілактика ВІЛ серед чоловіків, що мають секс із чоловіками:напрями політики для України

1. Головні міжнародні вимоги щодо профілактики ВІЛ серед ЧСЧ були представлені ВООЗ, ЮНЕЙДС, ГФ, ЧСЧГФ та визначили доказову базу, що має бути основою при прийнятті відповідних політичних рішень. Політика профілактики ВІЛ серед ЧСЧ повинна: враховувати медичний, поведінковий, інституційний та структурний підходи; сприяти відповідності впроваджуваних заходів потребам ЧСЧ; орієнтуватися на розширення доступу ЧСЧ до мінімального пакету профілактичних послуг; впроваджувати антидискримінаційні нормативно-правові акти; бути орієнтованою на дотримання прав людини; сприяти зниженню уразливості людей на основі сексуальної орієнтації та гендерної ідентичності в контексті боротьби з ВІЛ/СНІДом; забезпечувати належне фінансування галузі та встановлювати механізми контролю за розподілом та використанням коштів.

2. Аналіз європейського досвіду засвідчив, що країни розглядають групу ЧСЧ як повноцінного об'єкта політики профілактики ВІЛ. В рамках національного законодавства протидії ВІЛ/СНІДу країнами виразно визначені мета, координаційні механізми, ключові стратегії, проміжні цілі з індикаторами досягнення щодо подолання ВІЛ серед ЧСЧ. Включення ЧСЧ до національних програм протидії ВІЛ/СНІДу на рівні з іншими групами ризику, проведення антидискримінаційних заходів, встановлення партнерства між державними структурами та ЧСЧ-громадами, адаптація національного плану протидії ВІЛ/СНІДу на місцевому рівні є ключовими елементами політики профілактики ВІЛ серед ЧСЧ. На додаток до цього, одні з найрозвинутіших країн Європи – Нідерланди та Швеція, застосовують ще інші додаткові передові стратегії протидії ВІЛ/СНІДу, як-от спеціалізовані клініки для ЧСЧ, окремі стратегії профілактики ВІЛ для ЧСЧ, централізоване фінансування урядом єдиної НДО, що працює з ЧСЧ.

3. Аналіз нормативно-правової бази України засвідчив, що група ЧСЧ лишається «латентною» в національному законодавстві. ЧСЧ включені лише до декількох нормативних документів: Стандарту надання соціальних послуг для осіб з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом та Протоколу ДКТ. В чинній Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД група ЧСЧ міститься лише в додатках, що зумовлює сприйняття даної групи як другорядної та перешкоджає адекватному розподілу відповідних ресурсів, необхідних для профілактичної роботи серед ЧСЧ. Прийняті Україною міжнародні зобов'язання щодо протидії ВІЛ серед ЧСЧ та впровадженні антидискримінаційних стратегій щодо ЧСЧ наразі ніяк не відображені в українському законодавстві.

4. [...]

5. [...]

6. [...]

Тема: Покращення якості надання нейрохірургічних послуг в Міжнародному центрі нейрохірургії (МЦНХ) на основі бенчмаркінгу моделей бізнесу МЦНХ та британської лікарні «Парксайд»

1. [...]

2. [...]

3. Дослідженням виявлено, що модель бізнесу МЦНХ суттєво відрізняється від моделі бізнесу Парксайд. Основною місією МЦНХ є лікування пацієнтів з захворюваннями спинного та головного

мозку різної складності оперативним шляхом, а основним бізнесом Парксайд є створення сучасної лікувальної інфраструктури для провідних лікарів-консультантів Британії для проведення ними оперативних втручань. Тобто, ключовими клієнтами МЦНХ є пацієнти та їх родичі, а ключові клієнти Парксайд – це лікарі-консультанти, для яких тут створюються всі необхідні умови для успішного лікування пацієнтів.

4. Що стосується бізнес-культури досліджуваних лікарень, то в МЦНХ виявлений в більшій мірі виробничо-орієнтований характер бізнес-культури, тоді як в Парксайд бізнес культура є в основному клієнт-орієнтована, відмічається чітке розуміння та постійне вивчення потреб та очікувань клієнтів.

5. На сучасному етапі розвитку МЦНХ існують у повному обсязі 5 основних бізнес процесів, пов'язаних з 1) забезпеченням доступу до нових технологій, введенням нових послуг, 2) встановленням діагнозу та підходу до лікування, 3) підготовкою до операції, 4) проведенням оперативного втручення, 5) післяопераційним доглядом за пацієнтом. Два інші основних бізнес процеси існують в окремих елементах і не на постійній основі (партнерство з лікарями – «постачальниками хворих» та забезпечення супроводу пацієнта після виписки зі стаціонару)ю Дослідженням виявлено вісім основних бізнес процесів в Парксайд. Порівняльний аналіз основних бізнес-процесів обох госпіталів показав їх часткову сумісність, наприклад, процеси забезпечення роботи з «постачальниками» нових пацієнтів, проведення підготовки до оперативного втручення та післяопераційного догляду за пацієнтом, тоді як інші бізнес процеси відрізняються по своїй суті, хоча мають подібні окремі підпроцеси.

6. [...]

7. [...]

Формулювання практичних рекомендацій

Практичні рекомендації, які завершують магістерську роботу, повинні пропонувати конкретним виконавцям засоби щодо усунення виявлених у ході дослідження недоліків і слабких сторін. У рекомендаціях слід уникати категоричного, вказівного тону, директивних вимог змінити певні соціальні умови, ухвалити конкретні економічні чи правові рішення.

Рекомендації можуть ґрунтуватися лише на даних, отриманих в результаті виконання роботи. Наприклад, Ви можете виявити, які перешкоди існують в Україні для впровадження тієї чи іншої програми охорони здоров'я, і відповідно запропонувати певним організаціям ініціювати роботу із здійснення змін.

Приклади формулювання практичних рекомендацій

Проведене дослідження дає підстави для висловлення низки практичних рекомендацій щодо розвитку перспективних напрямів політики профілактики ВІЛ серед ЧСЧ.

Щодо вдосконалення нормативно-правової бази:

1. ВБО «Гей-Альянсу» та експертній групі щодо уразливих популяцій при Державній службі протидії ВІЛ-інфекції та іншим соціально-небезпечним захворюванням, залучивши представників державних структур (МОЗу, Українського центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом), ЧСЧ-сервісних та ВІЛ-сервісних організацій, а також представників міжнародних структур (ВООЗ, UNDP), ініціювати проведення круглого столу щодо розгляду питання про внесення низки змін до Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, зокрема:

- внесення ЧСЧ до преамбули та основного тексту програми;
- розширення групи ЧСЧ й визначення групи «сексуальні меншини»;
- визначення мети, цілей та індикаторів їх досягнення, із зазначенням виконавців та координаторів заходів та джерел фінансування;
- включення додаткового моніторингового показнику, як-от порушення прав та дискримінація ЧСЧ (з визначенням чітких критеріїв сутності дискримінації та порушення прав);
- визначення ключових стратегій профілактики ВІЛ серед ЧСЧ;
- визначення шляхів та чітких механізмів для партнерства між державою та ЧСЧ та ЛГБТ-громадами;

-встановлення вимоги адаптувати Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД до локальних особливостей в регіонах та визначити відповідальних осіб за виконання.

2. Представникам ВБО «Точка опори» на засіданні Національної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу ініціювати розгляд питання щодо внесення змін до закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” щодо специфікації визначення «груп підвищеного ризику до інфікування ВІЛ» і включення до переліку таких груп, поряд з іншими, групи сексуальних меншин.

3. [...]

Щодо вдосконалення механізмів фінансування

4. [...]

5. [...]

9. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОФОРМЛЕННЯ СПИСКУ ЛІТЕРАТУРИ

У кінцевому варіанті роботи список літератури та джерел інформації слід подавати після висновків.

Список літератури має бути складений за алфавітом (а не в порядку згадування позицій в основному тексті) й оформлений відповідно до вимог Книжкової палати України та держстандарту.

Зразок оформлення різного типу джерел наведено у **додатку Г**.

Посилання на електронні ресурси оформлюються за тим ж принципами, що й посилання на паперові матеріали. У них має бути максимально віддзеркалені усі складові бібліографічного опису джерела (автор, назва, вихідні дані тощо). У вихідних даних має бути зазначено, що це електронний ресурс. Необхідно подати адресу сторінки, на якій розміщено статтю/матеріал, а не адресу сайту загалом.

Англомовні (російськомовні та іншомовні) видання для україномовних наукових текстів оформлюються за українськими стандартами. Проте вихідні параметри (режим доступу і т.і. подаються англійською, російською тощо мовами).

Деякі практичні поради щодо оформлення посилань:

- оформлювати посилання краще одразу, при знаходженні матеріалу, адже за другим разом до матеріалу можна – в силу різних обставин – не доступитися;

- не можна переносити прізвища, залишаючи в попередньому рядку ініціали або інші умовні скорочення, пов'язані з ним; не можна розривати умовні (графічні) скорочення типу вид-во. Для дотримання усіх сформульованих правил використовують нерозривний пробіл: одночасно натискають Ctrl+Shift+пробіл;

- при оформленні посилань використовується тире (–), а не дефіс (-). Поставити тире можна, одночасно натискаючи Alt+0150 (на клавішах NumLock, розташованих на стандартній клавіатурі праворуч).

10. ПІДГОТОВКА ДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи полягає в тому, що студент друкує та подає роботу до Державної екзаменаційної комісії (ДЕК) у двох примірниках, з рецензією фахівця та відгуком наукового керівника.

Готовність кваліфікаційної роботи та її відповідність вимогам визначається на **передзахисті**.

Під час попереднього захисту перевіряється відповідність кваліфікаційної роботи заявленій темі, даються рекомендації по усуненню виявлених недоліків, в тому числі і в оформленні роботи.

До захисту магістерської роботи допускають студентів, які:

- ❖ повністю виконали всі вимоги навчального плану (не мають заборгованостей);
- ❖ отримали визначений мінімум залікових, балів з обраного напряму підготовки на магістерській програмі;
- ❖ представили готовий текст кваліфікаційної роботи, відгук наукового керівника на роботу та рецензію.

Захист роботи проводять відповідно до графіка, затвердженого кафедрою, у присутності комісії у складі голови ДЕК та чотирьох членів кафедри.

Процедура захисту включає:

- ❖ доповідь студента про результати роботи (до 15 хвилин);
- ❖ оголошення відгуку наукового керівника й рецензента;
- ❖ запитання до автора;
- ❖ відповіді студента на запитання членів ДЕК та осіб, присутніх на захисті;
- ❖ заключне слово студента.

Для **доповіді** студентові надається 10-15 хвилин, що відповідає 3-5 сторінкам друкованого тексту (TimesNewRoman, 14, інтервал 1,5). Цей виступ повинен містити в собі:

- ❖ виразне формулювання проблеми;
- ❖ коротке обґрунтування актуальності роботи та ступеня наукової розробки проблеми;

- ❖ визначення мети кваліфікаційної роботи, засобів її досягнення, конкретних завдань дослідження;
- ❖ стислі відомості про структуру роботи;
- ❖ опис методології дослідження;
- ❖ представлення ключових результатів дослідження;
- ❖ виклад зроблених автором узагальнень, висновків, рекомендацій.

Для кращого сприйняття присутніми матеріалу бажано **підготувати презентацію**(7-8 слайдів) з представленням діаграм, графіків та найбільш важливими тезами. Готуючи слайди, варто пам'ятати, що:

- ❖ на одному слайді слід розміщувати якнайменше інформації;
- ❖ розмір шрифту не повинен бути меншим, ніж 20;
- ❖ краще використовувати темні літери на світлому фоні.

Під час захисту студенту варто по суті відповісти на запитання членів державної комісії та присутніх, дати аргументовані роз'яснення щодо критичних зауважень рецензії. Адже саме відповіді великою мірою визначають оцінку студента.

При підготовці до захисту слід взяти до уваги, що визначальними критеріями оцінювання кваліфікаційної роботи виступають:

- ❖ самостійність роботи,
- ❖ новизна, практична значимість рекомендацій,
- ❖ вміння студента вести дискусію, аргументовано захищати свою концепцію й висновки,
- ❖ теоретичний рівень дослідження,
- ❖ якість літературного стилю тексту роботи,
- ❖ правильність оформлення посилань, списку джерел, що використано, ілюстративного матеріалу,
- ❖ відгук наукового керівника й рецензента.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний університет «Києво-Могилянська академія»

Факультет соціальних наук і соціальних технологій

Школа охорони здоров'я

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «ОБІЗНАНІСТЬ МАТЕРІВ ЩОДО ЗДОРОВ'Я, РОЗВИТКУ І
ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ»

Підготувала:
студентка 2 року навчання
факультету соціальних наук і
соціальних технологій
спеціальність 8.03060101
“Менеджмент організацій
і адміністрування
(в охороні здоров'я)”

Порошенко П.О.

Науковий керівник
канд.мед.наук, доцент

Річардсон Е.В.

КИЇВ-2015

Тема дослідження: Система охорони здоров'я: гендерний погляд
Дослідження фінансується: Швейцарським Бюро Співробітництва в Україні

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ФОКУС-ГРУПОВИХ ДИСКУСІЙ

Нижче наведено загальний гайд для фокус-груп. Він може бути скоригований до певної міри у разі потреби (наприклад для наступного обговорення, яке базується на попередньому), але без зміни змісту запитань. Протягом дискусії можуть бути поставлені додаткові уточнюючі запитання.

I. ВСТУП (15 ХВ)

- **Привітайте учасників та представте себе.**

Вітаю всіх вас та висловлюю вам вдячність за те, що прийняли запрошення взяти участь у цьому обговоренні. Ваша участь дуже важлива для нас. Дозвольте мені спершу представити себе... я буду вести обговорення сьогодні. Обговорення триватиме близько двох годин.

- **Поясніть загальну мету інтерв'ю.**

Питання, які ми сьогодні обговорюватимемо, стосуються вашої думки щодо уявлень, які мають чоловіки та жінки про здоров'я, а також про досвід звернень за медичною допомогою в Україні. Це інтерв'ю та подібні інтерв'ю з лікарями, пацієнтами та представниками міжнародних і урядових організацій проводяться в рамках дослідження, яке фінансується Швейцарським Бюро Співробітництва в Україні. На основі результатів дослідження буде розроблено рекомендації для втілення політики та заходів спрямованих на краще задоволення потреб чоловіків і жінок в Україні .

- **Опишіть зміст інтерв'ю .**

Вам буде задано кілька основних питань щодо особливостей чоловічого та жіночого ставлення і поведінки в контексті здоров'я та звернень до лікаря.

- **Запросіть учасників до представлення одне одному**

Давайте дізнаємося більше одне про одного – будемо розповідати про себе по колу по черзі. Будь ласка, назвіть Ваше ім'я та посаду, яку Ви обіймаєте. Давайте почнемо звідси:...

Будь ласка напишіть Ваше ім'я на аркуші паперу перед Вами.

- **Обговоріть процес обговорення в групі.**

Перед тим як ми розпочнемо, зазначу деякі деталі про процес обговорення.

Буде декілька ключових питань, які ми обговоримо разом. Додатково Вас попросять заповнити коротку анкету, пов'язану з темою обговоренням.

Будь ласка, пам'ятайте, що не існує правильних чи не правильних відповідей. Ми зацікавлені у Ваших особистих міркуваннях з цього приводу. Дуже важливо, щоб кожен висловився.

Ми заохочуємо Вас чітко відповідати на коментарі інших учасників. Проте ми би Вас просили говорити по черзі, не перебиваючи один одного.

Якщо Ви не зрозуміли питання, будь ласка, повідомте нас про це.

Якщо ми будемо товктися на одному питанні, ми можемо перебити Вас та продовжити далі, щоб мати змогу обговорити всі заплановані питання.

- **Представте асистента (якщо він є).**
Тут також присутній мій асистент: ...та ... Вони будуть занотовувати наше обговорення.
- **Що стосується конфіденційності.**
Це інтерв'ю має виключно наукову мету. Інформація, що обговорюватиметься, буде проаналізовано в загальному вигляді та ім'я респондента ніколи не буде використано в жодному аналізі чи звіті.

Ми сподіваємось, Ви будете почуватись вільно, щоб говорити відкрито.

- **Поясніть наявність та мету приладу запису інформації (диктофону) та представте спостерігачів.**
Я маю потребу зробити запис нашої дискусії адже я не хочу втратити жодного Вашого коментаря. Ніхто поза цією кімнатою не матиме доступу до цих записів.
- **Попросіть учасників підписати Письмову Згоду.**
Всі деталі, які я Вам щойно пояснив(ла) описано у Письмовій Згоді. Будь ласка, прочитайте її та підпишіть як підтвердження згоди взяти участь в інтерв'ю.

Дайте респонденту 2 копії форми інформованої згоди заповнені і підписані дослідником. Зберіть одну з форм підписану респондентом.

- **Переконайтеся, що учасники готові розпочати.**
Чи маєте Ви якісь запитання? Можемо вмикати диктофон?

Ввімкніть диктофон та назвіть код інтерв'ю.

II. ПЕРВИННЕ ОБГОВОРЕННЯ ПОГЛЯДІВ НА ЗДОРОВ'Я (ПЕРЕКОНАНЬ ЩОДО ЗДОРОВ'Я) З УРАХУВАННЯМ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОВЕДІНКИ І СТАВЛЕННЯ ЧОЛОВІКІВ І ЖІНОК (15 ХВ)

- **Ще раз поясніть загальну мету інтерв'ю.**
Давайте розпочнемо. Як вже було зазначено, ця дискусія зосереджена на розумінні системи охорони здоров'я в Україні з позицій окремо чоловіка, окремо жінки. Ми особливо зацікавлені у Вашій власній точці зору і Вашому досвіді.

- **Обговоріть загальні переконання та поведінку респондента стосовно існуючих особливостей, які стосуються чоловічої та жіночої поведінки.**
 - *Які функції у суспільстві Ви вважаєте типовим для чоловіків і для жінок?*
 - *Яке Ваше ставлення до цих функцій?*
 - *Чи є між ними різниця?*
 - *Які основні відмінності у поведінці чоловіків та жінок? Яке Ваше ставлення до цих відмінностей?*

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.
- **Виявіть переконання та поведінку респондента, пов'язані зі здоров'ям людини, з урахуванням існуючих відмінностей між чоловіками та жінками.**
 - *Що Ви сприймаєте як ризик для Вашого здоров'я?*
 - *Скажіть перше, що спаде Вам на думку: Ваша власна поведінка, екологічні аспекти, соціальні аспекти тощо.*
 - *Що ви знаєте про здоровий спосіб життя?*
 - *Яке ваше ставлення до здорового способу життя?*
 - *Як ви думаєте, чи це важливо і для кого це?*
 - *Які, на Вашу думку, основні аспекти здорового способу життя?*
 - *Чи ведете Ви здоровий спосіб життя? Поясніть відповідь. (Чи дотримуєтесь при здорового способу життя?)*

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.
- **Обговоріть переконання щодо здоров'я та поведінку, що сприймаються респондентом, з урахуванням існуючих відмінностей між чоловіками та жінками.**
 - *Які відмінності у ставленні до здоров'я та здорової / нездорової поведінки між чоловіками і жінками Ви вбачаєте? Обґрунтуйте свою відповідь.*
 - *Як жінки та чоловіки відрізняються уразливістю з точки зору здоров'я? Які наслідки цього?*
 - *Які нерівності між чоловіками та жінками щодо здоров'я в Україні Ви спостерігаєте?*

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

III. ОБГОВОРЕННЯ ПОВЕДІНКИ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ІЗ СПОЖИВАННЯМ ПОСЛУГ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, З УРАХУВАННЯМ ВІДМІННОСТЕЙ МІЖ ЧОЛОВІКАМИ ТА ЖІНКАМИ (30 ХВ)

Обговоріть реальний та гіпотетичний досвід споживання медичних послуг респондентом.
Покажіть Картку 1 респондентові.

КАРТКА 1

Послуги охорони здоров'я:

1. первинна допомога (лікарі загальної практики, сімейні лікарі)
2. послуги амбулаторного фахівця - дерматолога, офтальмолога
3. стаціонарні лікарняні послуги
4. послуги швидкої допомоги
5. послуги з охорони репродуктивного здоров'я
6. послуги з охорони психічного здоров'я
7. стоматологічні послуги

(не наполягати на відповіді:) Послугами яких фахівців Ви користувалися протягом останніх 2 років? Послугами яких фахівців Ви користувалися з метою профілактики? Яка існує потреба у послугах?

- Опишіть причини, які змусять Вас відвідати дільничного чи сімейного лікаря?

- Опишіть причини, які змусять Вас відвідати медичного спеціаліста (наприклад, уролога/гінеколога; іншого медичного фахівця, наприклад, дерматолога, офтальмолога тощо)?

- Чи такі ж причини існують для Вашого(-ої) чоловіка/дружини та/або інших членів родини?

- Хто у Вашій родині несе відповідальність за своє здоров'я/за здоров'я членів родини? На Вашу думку, чи така ситуація характерна для типової української родини?

Важливо зібрати якомога більше причин з метою визначити, чи чоловіки та жінки однаково сприймають необхідність профілактичних заходів і на якій стадії вони схильні звертатися до медичного фахівця.

Для того, щоб додатково визначити фактори, які спонукають відвідати лікаря, запитайте респондента наступне.

- На якій стадії (захворювання) Ви точно відвідаєте лікаря?

- Які симптоми ігноруватимете?

- Яких фахівців Ви вважаєте за потрібне відвідувати регулярно задля перевірки, без виразних симптомів захворювання?

- Чи будете Ви це робити самостійно? Чому? Поясніть свою відповідь/думку.

- Які скринінгові або діагностичні програми Ви вважаєте за потрібне проходити без виразних симптомів захворювання?

- Чи будете Ви це робити самостійно? Чому? Поясніть свою відповідь/думку.

- Чи часто Ви займаєтесь самолікуванням? У яких саме випадках? Чому так або ні?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

Обговоріть різновиди споживання послуг охорони здоров'я респондентом та його/її сприйняття потреб окремо для чоловіків, окремо для жінок у цих послугах.

ПРЕВИННА ДОПОМОГА (ПЕРВИННА ЛАНКА)

Покажіть респонденту КАРТКУ 2 та КАРТКУ 3.

Подумайте/Згадайте про Ваші візити до лікарів первинної ланки, таких як дільничний лікар / терапевт, сімейний лікар, лікар загальної практики, або будь-якого лікаря вузької спеціалізації в поліклініці. Будь ласка, згадайте цей досвід, відповідаючи на наступні питання.

КАРТКА 2

Послуги ПЕРВИННОЇ допомоги:

- дільничний лікар
- дільничний терапевт
- сімейний лікар
- поліклінічний спеціаліст

КАРТКА 3

Досвід звернення до лікаря:

- за яких обставин відвідуєте? (особливості хвороби, стадія)
- які причини відмови від послуг лікаря? Що заважає Вам звертатися до лікаря при наявності проблем зі здоров'ям?
- як часто самостійно лікуєтеся? нетрадиційні методи?
- як часто звертаєтесь не для лікування, а для перевірки?
- особливості інших членів сім'ї?
- чи отримуєте інформацію в достатньому обсязі?
- чи відчуваєте себе комфортно, якщо Вас оглядає лікар іншої статі?
- чи можете легко поділитися з лікарем своїми скаргами на здоров'я?
- чи притримуєтеся схеми лікування, яку призначив лікар?
- якщо Ви не задоволені допомогою (не одужуєте, не згодні з діагнозом, зі схемою лікування), що Ви робите?

- Чи відчуваєте Ви дискомфорт під час відвідування лікаря, звертаючись до нього з проблемами здоров'я? У яких випадках/за яких діагнозів Ви відчуваєте дискомфорт? Поясніть свою відповідь.

- Наскільки легко Вам спілкуватись з лікарем з приводу проблем власного здоров'я?

- На Вашу думку, чи медичний персонал ставиться до жінок та чоловіків по-різному під час надання медичних послуг? Яким чином? (У чому полягає різниця?)

- Під час відвідування лікаря чи зазнаєте Ви певних проблем, пов'язаних із тим, що Ви – жінка/чоловік? Чи не могли б Ви докладніше розповісти про це – які саме проблеми? Що можна покращити?

- Чи впливає стать лікаря на процес отримання медичних послуг? У яких випадках? За яких діагнозів/проблем? Чому Ви відчуваєте дискомфорт (спілкування з лікарем з приводу власної проблеми, фізичне обстеження, інше)?

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ (В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

- Якої інформації щодо здоров'я та лікування, на Вашу думку, не вистачає пацієнтам чоловічої та жіночої статі? Яких програм, спрямованих на чоловіче та жіноче здоров'я, не вистачає в Україні?

- Чи вважаєте Ви, що чоловіки та жінки повинні мати окремі послуги (відділи, департаменти, лікарні) чи спеціально розроблені медичні послуги на рівні ПЕРВИННОЇ допомоги? У яких випадках? Що потрібно зробити, щоб послуги з охорони здоров'я стали відповідати особливим потребам чоловіків та жінок?

- Як Ви справляєтесь зі стресом? Чи користуєтесь послугами фахівців? Чи отримуєте Ви інформацію від лікаря первинної ланки? Чи існує у Вас потреба у послугах медичного фахівця для боротьби зі стресом?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я (включаючи планування сім'ї та контрацепцію, аборти)

А тепер, будь ласка, подумайте про Ваш досвід щодо репродуктивного здоров'я. Питання будуть в деякій мірі схожі на попередні, які стосувались первинної медичної допомоги.

Покажіть респонденту КАРТКУ 4 та КАРТКУ 3. Це передбачає кілька видів допомоги. Це може бути відвідування фахівців з надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я (наприклад, гінеколог, андролог, уролог та ін) або фахівців з лікування інфекцій (венеричні захворювання, уrogenітальні інфекції). Також, це стосується послуг з надання допомоги при пологах (допологової, пологової, післяпологової допомоги) і пов'язані з ними консультації та послуги, такі як годування груддю, послуги педіатрів тощо. Важливою частиною є послуги з планування сім'ї, що включають в себе також консультації з використання контрацепції та запобігання небажаній вагітності. Ви також могли чути про сексологів та консультації з сексуального життя або мали досвід отримання послуг від цих фахівців. Зрештою, Ви могли чути або бути учасником програм, пов'язаних з профілактикою і лікуванням раку молочної залози, раку передміхурової залози тощо.

Будь ласка, згадайте про цей досвід, відповідаючи на наступні питання. Якщо у Вас немає досвіду користування/споживання деяких послуг - будь ласка, подумайте про Ваше ставлення або те, що Ви чули або що Вам відомо.

КАРТКА 4

Послуги охорони РЕПРОДУКТИВНОГО здоров'я:

- відвідування фахівців (наприклад, гінеколог, андролог, уролог та ін)
- фахівці з лікування інфекцій (венеричні захворювання, уrogenітальні інфекції)
- пологи (допологової, пологової, післяпологової допомоги)
- пов'язані з пологами консультації та послуги (годування груддю, послуги педіатрів)
- планування сім'ї, використання контрацепції та запобігання небажаній вагітності
- сексологія
- програми профілактики і лікування раку молочної залози, раку передміхурової залози тощо

КАРТКА 3

Досвід звернення до лікаря:

- за яких обставин відвідуєте? (особливості хвороби, стадія)
- які причини відмови від послуг лікаря? Що заважає Вам звертатися до лікаря при наявності проблем зі здоров'ям?
- як часто самостійно лікуєтеся? нетрадиційні методи?
- як часто звертаєтеся не для лікування, а для перевірки?
- особливості інших членів сім'ї?
- чи отримуєте інформацію в достатньому обсязі?
- чи почуваєте себе комфортно, якщо Вас оглядає лікар іншої статі?
- чи можете легко поділитися з лікарем своїми скаргами на здоров'я?
- чи притримуєтеся схеми лікування, яку призначив лікар?
- якщо Ви не задоволені допомогою (не одужуєте, не згодні з діагнозом, зі схемою лікування), що Ви робите?

- Яке Ваше ставлення до послуг сімейного планування та консультацій з використання контрацепції? Який Ви мали досвід з отримання послуг планування та консультацій з використання контрацепції?

- Яке Ваше ставлення до абортів? Який Ви мали досвід стосовно переривання вагітності?

- Чи відчуваєте Ви дискомфорт під час відвідування лікаря, звертаючись до нього з проблемами репродуктивного здоров'я? У яких випадках/за яких діагнозів Ви відчуваєте дискомфорт? Поясніть свою відповідь.

- Наскільки легко Вам спілкуватись з лікарем з приводу проблем репродуктивного здоров'я?

- На Вашу думку, чи медичний персонал ставиться до жінок та чоловіків по-різному під час надання послуг з репродуктивного здоров'я? Яким чином? (У чому полягає різниця?)

- Під час відвідування лікаря чи зазнаєте Ви певних проблем, пов'язаних із тим, що Ви – жінка/чоловік? Чи не могли б Ви докладніше розповісти про це – які саме проблеми? Що можна покращити? [Для чоловіків] Згадайте послуги з надання допомоги при пологах. Чи зазнавали Ви проблем? Якщо так, то яких саме? Згадайте послуги з планування сім'ї. Чи зазнавали Ви проблем? Якщо так, то яких саме?

- Чи впливає стать лікаря на процес отримання послуг з репродуктивного здоров'я? У яких випадках? За яких діагнозів/проблем?

- Якої інформації щодо репродуктивного здоров'я та лікування, на Вашу думку, не вистачає пацієнтам чоловічої та жіночої статі? Яких програм, спрямованих на чоловіче репродуктивне здоров'я, не вистачає в Україні? А на жіноче?

- Чи вважаєте Ви, що чоловіки та жінки повинні мати окремі послуги (відділи, департаменти, лікарні) чи спеціально розроблені послуги з охорони репродуктивного здоров'я? У яких випадках? Що потрібно зробити, щоб послуги з охорони репродуктивного здоров'я стали відповідати особливим потребам чоловіків та жінок?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

IV. ЗАГАЛЬНЕ ОБГОВОРЕННЯ ПРО РОЛІ ТА ПОВЕДІНКУ ЧОЛОВІКА І ЖІНКИ В УКРАЇНІ (20 ХВ)

- **Мозковий штурм для пошуку можливих шляхів покращення надання медичної допомоги, враховуючи окремо потреби жінок та чоловіків.**

Зараз ми будемо займатись мозковим штурмом. Я маю наступні запитання для вас.

Покажіть картку 5 респондентові.

<p>КАРТКА 5</p> <p><i>Чи могли б ви описати зміни в національній політиці, які можуть змінити Вашу поведінку?</i></p> <p><i>Іншими словами, що в країні має статися, щоб Ви більше турбувалися про своє здоров'я чи ж частіше ходили до лікаря?</i></p>

Будь ласка, пам'ятайте, що для нас немає правильних чи не правильних відповідей. Ми зацікавлені у Ваших особистих міркуваннях з цього приводу. Будь ласка, також пам'ятайте, що ми маємо на меті розширити нашу уявлення про можливі заходи (включаючи економічні, соціальні, інституційні, етичні, культурні, демографічні та галузєво-специфічні критерії).

Це перш за все завдання мозкового штурму. Учасник може додати стільки ідей, скільки зможе. Запишіть усі ідеї на дошці. Заохочуйте до дискусії

Чи могли б ви описати зміни в національній політиці, які можуть змінити Вашу поведінку

(наприклад: встановлення прозорих правил споживання медичної допомоги призведе до того, що Вам буде простіше звертатися по допомогу, а отже Ви будете ходити до лікаря при кожній потребі.)

Іншими словами, що в країні має статися, щоб Ви більше турбувалися про своє здоров'я чи ж частіше ходили до лікаря?

Чи: Якби медичне страхування функціонувало і були б передбачені штрафи за куріння, то чи Ви б тоді кинули курити?

Яка політика чи заходи мають бути здійснені для цього? Як вони можуть вплинути на поведінку? Чи є різниця між ініціативами уряду та ініціативами міжнародної організації?(може, уряд зовсім безнадійний? А вся надія на міжнародні ініціативи?)

Чи можете ви запропонувати сфери для покращення урядом? Для органів державної влади у вашому регіоні? Для міжнародних організацій?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

- **Попросіть учасників відреагувати на обговорення.**

Чи є щось таке, що Ви вважаєте доречним, ми ще не обговорили?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

- **Попросіть учасників відреагувати на зв'язок між здоровим способом життя, зверненням за медичною допомогою та відмінностями між чоловіками та жінками.**

Що Ви думаєте з приводу нерівностей між чоловіком і жінкою в системі охорони здоров'я?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

- **Переконайтесь у тому, що обговорення було вичерпним.**

Чи хотіли б Ви зробити якісь коментарі на завершення?

Коли відповіді вичерпаються, продовжуйте.

V. СОЦІО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТА (3 ХВ)

- Роздайте анкету та попросіть респондента відповісти на питання, пов'язані з його / її соціально-демографічними характеристиками:

Ваш вік?

Який рівень освіти?

Яка Ваша професія і чим Ви займаєтесь?

Який Ваш дохід на місяць?

Чи бюджет Вашої сім'ї складається лише з Вашої частки?

Яка Ваша частка?

Який Ваш сімейний стан?

Чи є у Вас діти?(кількість, вік)

Чи є у Вас проблеми зі здоров'ям на Вашу думку?

Чи є у Вас проблеми зі здоров'ям згідно встановлених лікарями діагнозів?

Хронічні хвороби?

VI. ЗАКЛЮЧНА ЧАСТИНА (5 ХВ)

- **Подякуйте респондентові.**

Це є завершення інтерв'ю. Швейцарське бюро співробітництва в Україні та Школа охорони здоров'я НаУКМА дуже дякують Вам за Ваш внесок в дослідження. Ваша думка дуже цінна для нашого дослідження.

- **Поясніть ще раз що відбуватиметься з зібраною інформацією.**

Як було зазначено на початку, наше дослідження має лише наукову мету. Ніхто поза межами цієї кімнати не матиме доступу до записів. Інформація буде проаналізована в загальному вигляді, і Ваше ім'я ніколи не буде використано в жодному аналізі чи звіті.

ПРИКЛАД АНКЕТИ

.....

Шановні Могіляниці!

Ми, дослідницька група Школи Охорони Здоров'я Києво-Могілянської академії, звертаємось до Вас як до представників української інтелектуальної еліти з проханням взяти участь у дослідженні та зробити внесок у розвиток засобів покращення громадського здоров'я. Ваші відповіді дозволять нам розробити програми з охорони здоров'я в університеті, а згодом і поширити їх на інші групи населення.

Дослідження спрямоване на подолання прогалини в інформації стосовно здоров'я в Україні, що, зокрема, відрізняє її від розвинених країн. Наприклад, у середині ХХ століття у Великій Британії було розпочато дослідження британських лікарів, яке допомогло отримати інформацію про найвагоміші фактори, що впливають на здоров'я, і ці знахідки й досі використовуються багатьма країнами для створення політичних та інших заходів, спрямованих на покращення здоров'я населення. Пропонуємо взяти участь у подібному дослідженні.

Наприкінці даної анкети ми попросимо Вас надати контактні дані. Ми не маємо на меті розголошувати Ваші особисті відповіді – контактна інформація необхідна для того, щоб запросити Вас до участі у програмах, які могли б Вас зацікавити, або щоб поставити ще декілька запитань.

За бажанням можете зазначити Ваш псевдонім, ім'я без прізвища та вкласти бланк відповідей у конверт або скріпити степлером.

Як відповідати на запитання

Ви маєте опитувальник і три аркуші. Ми просимо Вас нічого не писати на опитувальнику, оскільки пізніше його буде передано студентам інших факультетів. Будь ласка, дайте відповідь на запитання 1-99 на стандартному бланку для відповідей зеленого кольору, а на запитання 101-199 на іншому бланку блакитного кольору. Просимо ретельно замальовувати кружечки, що відповідають обраним варіантам.

Існує також третій аркуш, на якому ми просимо Вас надати відповідь на кількісні запитання та персональну інформацію.

Сподіваємось, що з Вашою допомогою ми зможемо швидко провести опитування, а пізніше ми повідомимо Вас про результати і запропонуємо програми, про потребу в яких ми дізнаємось з відповідей учасників анкетування.

Також ми запрошуємо усіх, хто зацікавився, до співпраці у цьому проєкті.

001. Чи вживали Ви алкогольні напої (горілку, вино, шампанське, пиво, слабоалкогольні напої) протягом останніх 12 місяців, і якщо так, то як часто:

- A. Я ніколи в житті не вживав (не вживала) алкогольних напоїв (перейти до 005)
- B. Я вживав (вживала) алкогольні напої раніше, але не робив (не робила) це жодного разу протягом останніх 12 місяців (перейти до 005)
- C. Так, вживав (вживала), але рідше ніж раз на місяць
- D. Так, вживав (вживала) частіше ніж раз на місяць, але рідше ніж раз на тиждень
- E. Вживаю алкогольні напої майже щотижня
- F. Вживаю алкогольні напої кілька разів на тиждень
- G. Вживаю алкогольні напої майже щодня

002. Протягом останнього місяця (30 днів) скільки було днів, коли Ви вживали хоча б одну дозу алкоголю? (Одна доза складає 25 грамів горілки або коньяку, або 100 грамів вина або шампанського, або 200 грамів пива, або 125 грамів слабоалкогольного напою типу джин-тоніку)

- A. 0 днів
- B. 1 або 2 дні
- C. від 3 до 5 днів
- D. від 6 до 9 днів
- E. від 10 до 19 днів
- F. від 20 до 29 днів
- G. усі 30 днів

003. Якщо Ви вживаєте алкогольні напої, то яку їх кількість Ви випиваєте протягом вечірки або іншого заходу, де Вам пропонують алкоголь

- A. я не вживаю алкоголю взагалі
- B. менш, ніж одна доза
- C. від однієї до трьох доз
- D. від трьох до п'яти доз
- E. шість і більше доз

004. Протягом останніх 30 днів скільки було днів, коли Ви випивали п'ять або більше доз алкоголю поспіль, тобто протягом кількох годин?

- A. 0 днів
- B. 1 день
- C. 2 дні
- D. від 3 до 5 днів
- E. від 6 до 9 днів
- F. від 10 до 19 днів
- G. 20 або більше днів

005. Як змінилося Ваше ставлення до алкогольних напоїв з часу Вашого вступу до університету?

- A. Я взагалі не вживав алкогольних напоїв до вступу, але потім почав їх вживати
- B. Я вживав алкогольні напої до вступу, а тепер перестав їх вживати
- C. Я тепер вживаю більше алкогольних напоїв, ніж до вступу
- D. Я тепер вживаю менше алкогольних напоїв, ніж до вступу
- E. Мое вживання алкогольних напоїв після вступу майже не змінилося
- F. Я взагалі не вживав алкогольних напоїв до вступу і не вживаю їх зараз

006. Як Ви ставитесь до людей, які протягом вечірки або іншого заходу, де Вам пропонують алкоголь, взагалі не вживають алкогольних напоїв?

- A. я радий, що є інші люди, які, як і я, не вживають алкоголю
- B. дивлячись на них, я замислююся, чи їй самому не припинити вживати алкоголь
- C. я поважаю їх, але не збираюся припинити вживання алкоголю
- D. я намагаюся жартом або іншим чином умовити їх випити хоч трохи алкоголю
- E. я вважаю таку їх поведінку ненормальною, але намагаюся не продемонструвати свого ставлення
- F. мені байдуже

007. Як Ви ставитесь до людей, які протягом вечірки або іншого заходу, де Вам пропонують алкоголь, вживають "забагато" алкогольних напоїв? (можливі кілька варіантів)

- A. "Забагато" алкоголю не буває
- B. я вважаю їх "крутими"
- C. я намагаюся порадити їм пити менше
- D. я допомагаю таким людям безпечно дістатися додому
- E. мені байдуже

008. Чи напивалися Ви до стану сп'яніння?

- A. я не вживаю алкоголю взагалі
- B. я вживав алкоголь, але ніколи не напивався до стану сп'яніння
- C. я напивався до стану сп'яніння кілька разів за все життя, але жодного разу протягом останніх 12 місяців
- D. я напивався до стану сп'яніння 1 або більше разів протягом останніх 12 місяців
- E. я напивався до стану сп'яніння 1 або більше разів протягом останнього місяця
- F. протягом останнього року я напиваюся до стану сп'яніння майже щотижня

009. Чи вживають Ваші друзі алкогольні напої?

- A. ніхто не вживає
- B. меншість з них вживає
- C. приблизно половина вживає
- D. більшість вживає
- E. всі вживають

010. Як Ви гадаєте, чи напиваються Ваші друзі до стану сп'яніння щонайменше раз на тиждень?

- A. Мої друзі не вживають алкоголю взагалі
- B. Ті з моїх друзів, які випивають, ніколи не напиваються до стану сп'яніння
- C. Ті з моїх друзів, які випивають, напиваються до стану сп'яніння рідше, ніж раз на тиждень
- D. Лише декілька з моїх друзів, які випивають, напиваються до стану сп'яніння щонайменше раз на тиждень
- E. Приблизно половина з моїх друзів, які вживають алкоголь, напиваються до стану сп'яніння щонайменше раз на тиждень
- F. Більшість з моїх друзів, які вживають алкоголь, напиваються до стану сп'яніння щонайменше раз на тиждень
- G. Всі мої друзі, які вживають алкоголь, напиваються до стану сп'яніння щонайменше раз на тиждень

011. Чи Ви керували автомобілем після вживання алкоголю?

- A. ні, ніколи
- B. один чи два рази
- C. інколи
- D. досить часто
- E. у мене немає посвідчення водія

012. Як часто Ви відчуваєте, що зголодніли та не маєте можливості поїсти через те, що не можете це собі дозволити, і тому змушені економити?

- A. Ніколи
- B. Рідко
- C. Інколи
- D. Часто
- E. Майже щодня

013. Як часто Ви пропускаєте сніданок зранку перед тим, як їдете до університету або на роботу?

- A. Ніколи
- B. Раз на місяць або рідше
- C. Раз на тиждень або рідше
- D. 2-4 дні на тиждень
- E. 5-6 днів на тиждень
- F. Майже щодня
- G. Зазвичай я не снідаю.

014. Якому м'ясу Ви надаєте перевагу?

- A. Свинині
- B. Курятині
- C. Яловичині
- D. Кролятині
- E. Дичині
- F. Іншому
- G. Мені все одно
- H. Не вживаю м'яса взагалі

Усі наступні питання (015-030) мають однакові варіанти відповіді.
Якщо існують відмінності за сезоном та іншими обставинами,
оберіть середнє.

- A. ніколи
- B. раз на місяць або менше
- C. раз на тиждень або менше
- D. 2-4 дні на тиждень
- E. 5-6 днів на тиждень
- F. раз на день
- G. 2 рази на день
- H. 3 або більше разів на день

015. Як часто Ви п'єте фруктові соки?
016. Як часто Ви п'єте свіжовичавлений сік?
017. Якщо не рахувати соків, як часто Ви їсте фрукти?
018. Як часто Ви їсте картоплю? (картоплі фрі та чіпсів не враховуйте)
019. Як часто Ви їсте моркву?
020. Як часто Ви їсте інші овочі? (картоплі та моркви не враховуйте)
021. Як часто Ви споживаєте молоко, сир, твердий сир або інші молочні продукти?
022. Як часто Ви їсте рибу?
023. Як часто Ви їсте птицю?
024. Як часто Ви їсте м'ясо?
025. Як часто Ви їсте «червоні» сорти м'яса (свинину, яловичину, овече м'ясо в усіх можливих формах приготування, як то смажене, варене, копчене, у вигляді ковбас та ін.)
026. Як часто Ви їсте крупи? (рис, гречка...)
027. Як часто Ви їсте солодощі (цукерки чи шоколад)?
028. Як часто ви п'єте «содові» напої (кока-кола та ін..)
029. Як часто Ви п'єте чай? (чорний або зелений, не рахуйте фруктові чаї)
030. Як часто Ви п'єте каву?

031. Яку кількість цукру зазвичай Ви додаєте до своїх страв та напоїв (будь ласка, порахуйте чайні ложки цукру (або варення) на день у будь-якому напої чи страві)

- A. Менше, ніж 1 чайна ложка на день
- B. 1-2 чайних ложок на день
- C. 3-4 чайних ложки на день
- D. 5-6
- E. 7-8
- F. 9-10
- G. більше, ніж 10
- H. Не додаю цукру в їжу та напої взагалі.

032. Коли Ви готуєте салат, чим зазвичай Ви заправляєте його? Якщо не готуєте самі, то яким салатом надаєте перевагу?

- A. з майонезом
- B. із соняшниковою олією
- C. з оливковою олією
- D. зі сметаною
- E. з йогуртом

033. Скільки порцій фруктів та овочів Ви зазвичай з'їдаєте протягом дня? (1 порція = 1 середніх розмірів фрукт, 1/2 стакану порізаних, консервованих або приготованих фруктів або овочів, 3/4 стакану фруктового/овочевого соку, невелику тарілку салатної зелені або 1/2 стакану сушених фруктів)

- A. Я взагалі не їм фрукти та овочі
- B. Я їм фрукти та овочі не щодня
- C. 1-2
- D. 3-4
- E. 5 або більше

034. Який вид хлібу Ви найчастіше вживаєте?

- A. висівковий
- B. сірий хліб
- C. чорний, житній
- D. білий
- E. зазвичай не вживаю ніякого

035. Чи вважаєте Ви ваше харчування здоровим?

- A. Так
- B. Скоріше так
- C. Складно визначитись
- D. Скоріше ні
- E. Ні

036. Які фактори заважають Вам харчуватися більш здоровою їжею? (виберіть 3 найбільш важливих фактори):

- A. бракує грошей
- B. бракує часу
- C. бракує знань стосовно цієї теми
- D. бракує самоконтролю
- E. здорова їжа несмачна
- F. не вважаю діету настільки важливою, щоб приділяти цьому увагу
- G. не хочу змінювати звички
- H. я вважаю свою діету здоровою

037. Ви коли-небудь курили хоча б одну сигарету або частину сигарети?

- A. Так
- B. Ні (перейдіть до питання 057)

038. В якому віці Ви спробували викурити першу цілу сигарету?

- A. я ніколи не курив сигарет
- B. я ніколи не викурював цілу сигарету
- C. до вступу до університету
- D. під час першого року навчання
- E. під час другого року навчання
- F. під час третього року навчання
- G. під час четвертого року навчання
- H. пізніше

039. Ви викурили більше чи менше 100 сигарет або еквівалентної кількості тютюну за все Ваше життя?

- A. Більше
- B. Менше
- C. Ніколи не курив

040. Чи курили Ви коли-небудь щоденно?

- A. Так
- B. Ні
- C. Ніколи не курив (перейдіть до питання 057)

041. Коли ви почали курити щоденно?

- A. Я ніколи не курив (курила) щоденно
- B. До вступу до університету
- C. Під час першого року навчання
- D. Під час другого року навчання
- E. Під час третього року навчання
- F. Під час четвертого року навчання
- G. Пізніше

Для наступних тверджень (111-125) виберіть із таких варіантів відповіді:

- A. Зовсім не погоджуюся
 - B. Не погоджуюся
 - C. Ані погоджуюсь, ані не погоджуюся
 - D. Погоджуюся
 - E. Цілком погоджуюся
111. Сигарети з низьким вмістом смол менш шкідливі, ніж звичайні сигарети
112. Ментолові сигарети менш шкідливі, ніж звичайні сигарети
113. Кожна викурювана сигарета завдає шкоди здоров'ю
114. Куріння допомагає контролювати вагу
115. Люди, думка яких важлива для Вас, вважають, що Вам не слід курити
116. Оскільки кожен має від чогось померти, можна просто насолоджуватися життям і курити
117. Тютюновим компаніям варто дозволити рекламувати і пропагувати сигарети, як їм заманеться
118. Уряд має більше робити для того, щоб зменшити поширеність куріння
119. Тютюнові компанії роблять добру справу для українського суспільства
120. Правила НаУКМА заохочують куріння
121. Законодавство України заохочує куріння
122. Легкі сигарети полегшують припинення куріння
123. Легкі сигарети є менш шкідливими за звичайні
124. Зменшення кількості викурюваних сигарет корисне для здоров'я
125. Якщо б паління було заборонене на території університету, то було б менше курців і вони б курили менше
-
126. Розглядаючи здоров'я у цілому, на Вашу думку, хто має бути відповідальним за покращення здоров'я населення:
- A. уряд і державні медичні установи мають провести заходи для охорони здоров'я населення
 - B. кожна людина самостійно має піклуватись про охорону свого здоров'я

Для відповіді на наступні питання (127-172) використовуйте такі варіанти:

- A. взагалі не погоджуюсь
- B. не погоджуюсь

- С. не певен/ не певна
- Д. погоджуюсь
- Е. абсолютно згоден(а)

- 127. Алкоголь у невеликих дозах сприяє здоров'ю та підвищенню розумової активності
- 128. Слабоалкогольні напої (алкопопси, такі як лонгер, шейк, ром-кола, бренді-кола) не можуть призвести до стану сп'яніння
- 129. Паління призводить до інсульту
- 130. Паління призводить до імпотенції у чоловіків, що курять
- 131. Паління призводить до раку легень у курців
- 132. Паління призводить до емфіземи
- 133. Паління призводить до плям на зубах курця
- 134. Паління призводить до передчасного старіння
- 135. Рак легень у некурців може виникнути від пасивного паління
- 136. Спосіб, у який курець вдихає (затягується), може впливати на кількість смоли та нікотину, які потрапляють до його організму
- 137. Нікотин у сигаретах – це хімічна речовина, що спричиняє найбільшу частку пов'язаного з курінням раку
- 138. Якість сигарет, вироблених в інших країнах, вища за якість вітчизняних
- 139. Сигарети, вироблені в інших країнах, менш шкідливі для здоров'я, ніж вітчизняні сигарети
- 140. Паління під час вагітності завдає шкоди вагітній жінці і збільшує ризик ускладнень
- 141. Нікотин – це хімічна речовина в сигаретах, що викликає звикання
- 142. Нікотин від матері, яка палить, переходить до дитини під час вагітності
- 143. Нікотин від матері, яка палить, передається дитині через грудне молоко
- 144. Паління під час вагітності уповільнює розвиток дитини всередині матки
- 145. Ризик викиднів у жінок, що палять, є нижчим
- 146. Діти жінок, що палять, мають більшу вагу при народженні
- 147. Передчасні пологи рідше трапляються серед матерів, що курять, ніж серед тих жінок, що не курять
- 148. Куріння підвищує ризик мертвородження
- 149. Куріння під час вагітності підвищує ризик раптової смерті немовляти
- 150. Куріння біля немовляти підвищує ризик його раптової смерті

151. Діти матерів, які курять, мають більше проблем з навчанням в школі
152. Діти матерів, які курять, мають більший ризик вживання наркотиків
153. Діти матерів, які курять, мають більше респіраторних проблем (з легенями)
154. Люди мають право працювати у середовищі, вільному від тютюнового диму
155. Курці частіше хворіють на хворобу Паркінсона, аніж ті, хто не курить
156. Всі курці можуть із легкістю кинути курити, як тільки забажають
157. Безпечно для здоров'я покурити декілька років, якщо потім перестати
158. Тютюновий дим викликає захворювання серця та судин
159. Дотримання дієти з великою кількістю свіжих фруктів та овочів позитивно впливає на здоров'я
160. Вживання великої кількості цукру позитивно впливає на здоров'я
161. Вживання різноманітної їжі позитивно впливає на здоров'я
162. Вживання дієти з високим вмістом жиру позитивно впливає на здоров'я
163. Щоденне вживання тваринних продуктів (риби, птиці, яєць та нежирного м'яса) позитивно впливає на здоров'я
164. Зменшення вживання жирного м'яса та тваринних жирів позитивно впливає на здоров'я
165. Вживання молока та молочних продуктів позитивно впливає на здоров'я
166. Вживання бобових продуктів позитивно впливає на здоров'я
167. Фізичні вправи позитивно впливають на здоров'я
168. Чим важче людське тіло, тим здоровішою є сама людина
169. Сало - це здоровий продукт харчування, який містить корисні речовини
170. Здоровий спосіб життя може убезпечити від карієсу
171. Рак може розвинутися у ротовій порожнині
172. ВІЛ-інфікована людина може виглядати здоровою та вести нормальне життя

173. ВІЛ може передаватися (зазначте всі відповіді, які підходять)

- A. через використання спільної склянки чи чашки
- B. через використання спільних шприців та голок
- C. через нестерильні інструменти пірсінгу та тату
- D. через спільне використання книжок та CD
- E. через незахищений секс
- F. від матері до плоду
- G. через спільне використання сигарет
- H. через басейн

174. Які з нижче наведених засобів Ви вважаєте найбільш ефективними для захисту проти ВІЛ та венеричних захворювань? (зазначте всі відповіді, які підходять)

- A. чоловічі презервативи
- B. жіночі презервативи
- C. протизаплідні пігулки
- D. контрацептивні гелі, піна, тощо
- E. діафрагма
- F. все вищезазначене

175. На вашу думку, хто має бути ініціатором вживання захисних / контрацептивних засобів у гетеросексуальних відносинах?

- A. чоловіки
- B. жінки
- C. обидва партнери
- D. хтось із партнерів, не залежно від статі
- E. Навіщо взагалі забивати собі цим голову?

176. Чи достатньо Ви знаєте про ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом?

- A. так
- B. ні, і я хочу дізнатися більше
- C. ні, і не хочу знати

Цей розділ стосується проблем зі здоров'ям та хвороб. Варіанти відповідей на питання 177-179 наступні:

- A. серцево-судинні захворювання
- B. рак
- C. інфекційні захворювання
- D. гастрит
- E. діабет
- F. надмірна вага/ожиріння

177. Які проблеми зі здоров'ям чи захворювання спричиняє недостатнє вживання фруктів та овочів? (відмітьте всі правильні відповіді)

178. Які проблеми зі здоров'ям чи захворювання спричиняє недостатнє вживання клітковини та інших волокон? (відмітьте всі правильні відповіді)

179. Які проблеми зі здоров'ям чи захворювання спричиняє надмірне вживання цукру? (відмітьте всі правильні відповіді)

Наступні питання (180-181) мають спільні варіанти відповідей

- A. вживання більшої кількості клітковини та інших волокон
- B. вживання меншої кількості цукру
- C. вживання меншої кількості фруктів
- D. вживання меншої кількості солі
- E. вживання більшої кількості фруктів і овочів
- F. вживання меншої кількості консервантів/харчових добавок

180. Що допомагає знизити ризик певних онкологічних захворювань?

181. Що допомагає запобігти серцевим захворюванням?

Наведені нижче питання (182-183) мають ті самі варіанти відповідей. Відмітьте всі варіанти відповідей, які є правильними, на Вашу думку

- A. Газети
- B. Журнали
- C. Радіо
- D. Телебачення
- E. Інтернет
- F. Уроки в школі або в іншому навчальному закладі
- G. Медичні працівники
- H. Спілкування з сім'єю, друзями або колегами

182. З яких джерел Ви зазвичай отримуєте інформацію щодо тютюнових виробів, їх впливу на здоров'я людини і спроб регулювати це питання на політичному рівні?

183. З яких джерел Ви отримуєте інформацію про здорове харчування?

184. Ви вважаєте себе щасливою людиною?

- A. так
- B. в основному так
- C. по-різному
- D. в основному ні
- E. ні

185. Що Ви думаєте про власну вагу?

- A. Занадто мала вага
- B. Трохи замала вага
- C. Точно така, як треба
- D. Трохи зavelика вага
- E. Занадто велика вага

186. Чи Ви намагаєтесь щось зробити з власною вагою?

- A. Нічого не намагаюсь зробити
- B. Зберегти теперішню вагу
- C. Втратити вагу
- D. Набрати вагу

187. На якому курсі Ви навчаєтесь?

- A. Перший рік (бакалавр)
- B. Другий рік (бакалавр)
- C. Третій рік (бакалавр)
- D. Четвертий рік (бакалавр)
- E. П'ятий рік (спеціаліст)
- F. Перший рік (магістр)
- G. Другий рік (магістр)

188. Як давно Ви розпочали навчання в НАУКМА?

- A. 2006
- B. 2005
- C. 2004
- D. 2003
- E. 2002
- F. 2001
- G. 2000
- H. 1999 або раніше

189. Ви працюєте?

- A. Повна зайнятість
- B. Неповна зайнятість
- C. Волонтерська робота
- D. Відпрацьовую в університеті
- E. ні

190. Ваш факультет
- A. гуманітарних наук
 - B. економічних наук
 - C. правничих наук
 - D. інформатики
 - E. природничих наук
 - F. соціальних наук і соціальних технологій
191. Ваша стаття
- A. жіноча
 - B. чоловіча
192. Де Ви жили до вступу до НАУКМА?
- A. АР Крим
 - B. Черкаська обл.
 - C. Чернігівська обл.
 - D. Чернівецька обл.
 - E. Дніпропетровська обл.
 - F. Донецька обл.
 - G. Івано-Франківська обл.
 - H. Харківська обл.
- 193.
- A. Херсонська обл.
 - B. Хмельницька обл.
 - C. Кіровоградська обл.
 - D. М. Київ
 - E. Київська обл.
 - F. Львівська обл.
 - G. Луганська обл.
 - H. Миколаївська обл.
- 194.
- A. Одеська обл.
 - B. Полтавська обл.
 - C. Рівненська обл.
 - D. Сумська обл.
 - E. Тернопільська обл.
 - F. Вінницька обл.
 - G. Волинська обл.
 - H. Закарпатська обл.
- 195.
- A. Запорізька обл.
 - B. Житомирська обл.
 - C. За межами України

196. Тип і розмір населеного пункту:

- A. Місто з населенням понад 1 мільйон
- B. Місто з населенням 100,000–999,000
- C. Місто з населенням 50,000–99,000
- D. Місто з населенням 20,000–49,000
- E. СМТ з населенням менш ніж 20,000
- F. Селище
- G. Сільська місцевість

197. Якою мовою (мовами) Ви першою навчилися говорити у дитинстві? (оберіть декілька, якщо опановували їх одночасно)

- A. Українською
- B. Російською
- C. Іншою мовою національної меншини в Україні
- D. Іншою мовою, поширеною в країнах колишнього СРСР
- E. Іншою мовою, що не підпадає під наведені вище формулювання

198. Сімейний стан

- A. неодружений/ незаміжня
- B. одружений/ заміжня
- C. неодружений/незаміжня але живу з партнером/кою
- D. неодружений/незаміжня і живу сам/а, але маю партнера/ку
- E. вдова/вдівець
- F. розлучений/а
- G. живу окремо від чоловіка/дружини

199. Чи у Вас є діти?

- A. немає
- B. очікуємо дитину в близькому майбутньому
- C. одна дитина
- D. двоє дітей
- E. більше ніж двоє дітей

Насамкінець, просимо Вас заповнити останній блок опитування, що стосується Ваших персональних даних. Школа охорони здоров'я запевняє Вас, що ця інформація використовуватиметься виключно для того, щоб запросити Вас взяти участь у тих програмах, що будуть підготовлені з огляду на результати опитування, і для подальшого контактування з Вами з приводу проведення повторного опитування у майбутньому. Будь ласка, вкажіть Ваші дані на аркуші для кількісних відповідей.

Дякуємо Вам за співпрацю!

Якщо Ви зацікавилися у даному проекті – будь ласка, приєднуйтеся до дослідницької команди!

Різновиди джерел та приклади оформлення

Різновид	Приклад
Стаття в журналі чи бюлетені	
<i>Стаття, що має ОДНОГО автора</i>	<p>Семигіна Т. В. Місцеве самоврядування в Україні: можливості для громади / Семигіна Т. В. // Соціальна політика і соціальна робота. – 2004. – № 3. – С. 26-43.</p> <p>Семигіна Т. Протидія вірусу чи канонам системи охорони здоров'я? (Аналіз політичної відповіді на поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні) [Електронний ресурс] / Семигіна Т. // Віче. – 2010. – № 5. – Режим доступу : http://www.viche.info/journal/1898/. – Назва з екрана.</p>
<i>Стаття, що має ДВОХ авторів</i>	<p>Семигіна Т. Застосування теорії ролей у сучасній практичній соціальній роботі / Семигіна Т., Кабаченко Н. // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2005. – №1 (9). – С.46-56.</p> <p>Беседа А. А. Політика протидії епідемії туберкульозу у європейських країнах: міжнародні стандарти і локальна практика їх застосування [Електронний ресурс] / Беседа А. А., Семигіна Т. В. // Контроль над тютюном й охорона громадського здоров'я у Східній Європі. – 2012. – Т.2. – Дод.1. – Режим доступу : http://andreevin.narod.ru/journal/2012/s1/27.pdf. – Назва з екрана.</p>
<i>Стаття, що має ТРЬОХ і більше авторів</i>	<p>Семигіна Т. Розробка та проведення курсів підвищення кваліфікації для працівників ВІЛ-сервісних організацій / Семигіна Т., Бойко А., Богдан Д. // Соціальна політика і Соціальна робота. – 2005. – № 4. – С. 112-123.</p> <p>Семигіна Т. Подарунок лікарю: корупція чи подяка? У кожному разі – потрібні зміни у стосунках «пацієнт-лікар» [Електронний ресурс] / Т. Семигіна, І. Грига, Т. Степурко // Віче. – 2011. – Режим доступу : http://www.viche.info/journal/2732. – Назва з екрана.</p> <p>Spicer N. National and subnational HIV/AIDS coordination: are global health initiatives closing the gap between intent and practice? [Electronic resource] / Spicer N., Aleshkina J., Biesma R., Brughra R., Caceres C., Chilundo B., Chkhatarashvili K., Harmer A., Miede P., Murzalieva G., Ndubani P., Rukhadze N., Semigina T., Walsh A., Walt G., Zhang X. // Global Health. – 2010. – Vol. 6. – Mode of access : http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/3. – Title from the screen.</p>
Матеріали наукових конференцій	
<i>(Для матеріалів, що мають одного, двох чи більше авторів – зазначення авторів, як і для статей)</i>	<p>Семигіна Т.В. Дослідження політики охорони громадського здоров'я: методологічні та аксіологічні аспекти [Електронний ресурс] / Семигіна Т. В. // "Дні науки філософського факультету – 2011", Міжн. наук. конф. (2011 ; Київ). Міжнародна наукова конференція "Дні науки філософського факультету – 2011", 20–21 квіт. 2011 р. : [м-ли доповідей та виступів] / редкол. : А. Є. Конверський [та ін.]. – К. : Вид.-поліграф. центр "Київський університет", 2011. – Ч. 5. – С. 123-125. – Режим доступу: http://phildep.smuga.com.ua/file/materials2011DN_5.pdf. – Назва з екрана.</p>

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ (В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

Колективні монографії, збірки або їх частини	
<i>(Для матеріалів, що мають одного, двох чи більше авторів – зазначення авторів, як і для статей)</i>	<p>Буюджи Д. Вразливі групи в контексті епідемії ВІЛ/СНІДу / Буюджи Д., Семигіна Т. //Виклик та подолання: ВІЛ/СНІД та права людини в Україні [посібник] / відп. редактор А. Скурбаті;– К.: ПРООН, 2008. – С. 22 -32.</p> <p>Semigina T. Effects of the Global Fund on the health system [Electronic resource] / Semigina T. // Interactions between global health initiatives and health systems: Evidence from counties. – UK: The MPS Academic Consortium, 2009. – P. 192-200. – Mode of access :http://www.who.int/healthsystems/publications/MPS_academic_case_studies_Book_01.pdf.– Title from the screen.</p> <p>Сартори Дж. Пересматривая теорию демократии [Электронный ресурс] / Дж. Сартори // Антология мировой политической мысли / Г. Ю. Семигин. – Режим доступа : http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Polit/Sem/index.php. – Заглавие с экрана.</p>
Посібники або їх частини, методичні рекомендації	
<i>(Для видань, що мають одного, двох чи більше авторів – зазначення авторів, як і для статей)</i>	<p>Банас О. В.Методичні рекомендації з питань ВІЛ та ЧСЧ для соціальних працівників: Метод. посібник[Електронний ресурс] / Банас О. В., Валько С. С., Гейдар Л. М., Марченко Р. С., Мостяев О. І., Семигіна Т. В., Ярошенко А. А. [ред. Шеремет С. П.]. – К.: ПРООН, 2012. – 80 с. – Режим доступу : http://www.undp.org.ua/files/ua_8901sozRab26-03-2012Time3-15.pdf .– Назва з екрана.</p>
Монографії, книжки в Google books	
<i>(Для видань, що мають одного чи більше авторів – зазначення авторів, як і для статей)</i>	<p>Решетников М.М. Психическая травма [Электронный ресурс]/ Решетников М.М. – СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с. – Режим доступа :http://lib100.com/book/reshetnikov_psihicheskaja_travma/reshetnikov_sy%20travma.pdf. – Заглавие с экрана.</p> <p>Wall A. Health Policy [Electronic resource]/ Wall A., Owen B. – 2d ed. – London and New York: Routledge, 2002. – 189 p –Mode of access : http://books.google.com.ua/books?id=0FdArJY71kgC&pg=PR3&dq=health+policy&hl=uk&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q=health%20policy&f=false. –Title from the screen.</p>
Автореферати дисертацій	
	<p>Малік Є.О. Система фінансування охорони здоров'я: конкурентні та соціальні критерії розвитку: автореф. дис... канд. екон. наук: спец. 08.00.08 [Електронний ресурс]/ Є.О. Малік; Держ. вищ. навч. заклад "Київ. нац. екон. ун-т ім. В.Гетьмана". – К., 2007. – 18 с. – Режим доступу :http://www.nbu.gov.ua/ard/2007/07meoskr.zip. – Назва з екрана.</p> <p>Семигіна Т. В. Політика охорони громадського здоров'я в Україні у контексті процесів глокалізації (політологічний аналіз) : Автореф. ... доктора політ. наук, спец. 23.00.02 / Семигіна Т.В. ; Інститут політичних і етнонаціональних досліджень ім. І. Ф. Кураса. – К., 2013. – 44 с.</p>

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ (В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

Законодавство, нормативно-правові акти	
<i>(база даних законодавства доступна за адресою: http://www.rada.gov.ua)</i>	<p>Закон України «Про недержавне пенсійне забезпечення» від 9.07.2003 р. № 1057-IV [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/закон%20України%20про%20недержавне%20пенсійне%20забезпечення . - Назва з екрана.</p> <p>Указ Президента України „Про Стратегію подолання бідності” від 15.08.2001 р. № 637/2001. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/637/2001.- Назва з екрана.</p> <p>Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції реформування системи соціальних послуг» від 13.04.2007 р № 178. - [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/178-2007-p .- Назва з екрана.</p> <p>Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді і спорту, Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики МОЗ «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику» від 13.09.2010 р. № 3123/275/770[Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0903-10 .– Назва з екрана.</p> <p>Розпорядження Київської міської державної адміністрації «Про реорганізацію Центру соціально-психологічної реабілітації дітей Служби у справах дітей виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) шляхом приєднання до Центру соціально-психологічної реабілітації дітей №1 Служби у справах дітей виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)» від 15.09.2012 р. № 1449 [Електронний ресурс]. - Режим доступу до ресурсу : http://kievcity.gov.ua/administratsija/rozporjadzhennja/465/ . – Назва з екрана.</p>
Звіти	
<i>(Для звітів, що мають одного, двох чи більше авторів – зазначення авторів, як і для статей)</i>	<p>Banki S. Resolving Immigration Status, Part 2: Comparative Case Studies [Electronic resource] / Banki S., Katz I.; University of New South Wales. – 2009. – Mode of access : http://www.immi.gov.au/media/publications/pdf/unsw-report-2.pdf . –Title from the screen.</p>
<i>Звіти без авторів</i>	<p>Визначення потреб чоловіків, які практикують секс з чоловіками, в основних послугах із профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки: повний аналітичний звіт за результатами дослідження [Електронний ресурс] // UNDP. – 2010. – 128 с. – Режим доступу: http://www.gay.nikolaev.ua/hr_26-01-11.pdf . - Назва з екрана.</p> <p>Річний звіт ВБО «Українського фонду Благополуччя дітей» за 2010 рік [Електронний ресурс] // ВБО «Український фонд Благополуччя дітей. – Режим доступу: http://www.ccf.org.ua/Uploads/Files/reports/CCF_report_ua.pdf . – Назва з екрана.</p>

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАПИСАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ
ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНІЗАЦІЙ І АДМІНІСТРУВАННЯ (В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я)»**

Політичні документи, архівні матеріали	
	<p>Програма економічних реформ України на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс] // Веб-сторінка Президента України. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf. – Назва з екрана.</p> <p>Strategy for preventing and controlling HIV infection for the period 2010-2015 [Electronic resource] // Government of the republic of Slovenia. – Mode of access : http://www.mz.gov.si/en/splosno/cns/news/article/670/6002/. – Title from the screen.</p> <p>Законы вавилонского царя Хаммурапи [Электронный ресурс] // Электронная библиотека Исторического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова. – Режим доступа: http://www.hist.msu.ru/ER/Etext/hammurap.htm . – Заглавие с экрана.</p>
Статистичні дані	
<i>(З офіційних сайтів відомств статистики, міжнародних баз даних)</i>	<p>Соціально-економічне становище домогосподарств України у 2009 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств) [Електронний ресурс] // Держ. к-т статистики України. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdvdg_rik/dop_sesd_2006/arh_sesd.htm. – Назва з екрана.</p> <p>Стан та структура злочинності в Україні (2011 рік – 9 місяців) [Електронний ресурс] // Міністерство внутрішніх справ України. – Режим доступу : http://mvs.gov.ua/mvs/control/main/uk/publish/article/717126;jsessionid=39E610BC587EA92F3D6370F8589D1E0F. – Назва з екрана.</p> <p>The 2010 Legatum Prosperity Index: An Inquiry into Global Wealth and Wellbeing [Electronic resource] // Legatum Institute. – Mode of access : www.prosperity.com/downloads/2010LegatumProsperityIndexBrochure.pdf . – Title from the screen.</p>
Фактична інформація з веб-сторінок	
	<p>Програма виховної роботи з питань протидії торгівлі дітьми «Особиста гідність. Безпека життя. Громадянська позиція» [Електронний ресурс] // ВБО «Український Фонд благополуччя дітей». – Режим доступу: http://www.ccf.org.ua/Uploads/Files/docs/Program_serednitskaya.doc . – Назва з екрана.</p> <p>О социальной карте москвича [Электронный ресурс] // Официальный сайт проекта «Социальная карта москвича». – Режим доступа: http://www.soccard.ru/index.php. – Заглавие с экрана.</p> <p>Social Welfare Programs [Electronic resource] // Ministry of Labour, Family and Social Affairs Republic of Slovenia. – Mode of access : http://www.mddsz.gov.si/en/areas_of_work/social_affairs/social_welfare_programs/. – Title from the screen.</p>