

ISSN 1727-4338

DOI 10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022

Клінічна та експериментальна ПАТОЛОГІЯ



Т.ХХІ, №3(81), 2022

ДЕТЕРМІНАНТИ КОНФЛІКТУ МЕДИЦИНИ ТА СУСПІЛЬСТВА (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

А. С. Бідучак

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета роботи – проаналізувати дані літературних джерел щодо детермінантів і причин виникнення конфліктів медицини та суспільства.

Висновки. На підставі аналізу літератури виділено основні детермінанти та причини виникнення конфліктних ситуацій медицини та суспільства, які впливають на відносини між лікарем та пацієнтом, що мають особистісний характер, оскільки стосуються найбільшої цінності людини – її здоров'я.

Ключові слова:

медичний конфлікт, детермінанти конфлікту, лікар, пацієнт, причини виникнення конфліктів.

Клінічна та експериментальна патологія 2022. Т.21, №3 (81). С. 53-60.

DOI:10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08

E-mail:
biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua

DETERMINANTS OF THE MEDICINE AND SOCIETY CONFLICT (LITERATURE REVIEW)

A. S. Biduchak

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Purpose – to analyze the data of literature sources as to the determinants and causes of medicine and society conflict.

Conclusions. On the basis of literature review, the main determinants and causes of conflict situations in medicine and society, which influence on the relations between a doctor and a patient, and are of a personal nature, so far as they concern the greatest value of a person – his health, have been distinguished.

Key words:

medical conflict, determinants of conflict, doctor, patient, causes of conflicts.

Clinical and experimental pathology 2022. Vol.21, № 3 (81). P. 53-60.

Вступ

Професія лікаря набуває у сучасній Україні нову значимість, стає об'єктом правового контролю з боку пацієнта та його родичів. Питання відповідальності медичних працівників під час здійснення ними професійної діяльності стає все більш актуальним, оскільки стрімко збільшується кількість судових розглядів щодо компенсації моральної шкоди в рамках цивільного провадження у зв'язку з ненаданням або нена належним наданням медичної допомоги [4, 21, 25, 30].

В останні роки кількість позовів проти медичних працівників зростає в кілька разів, медицина занурюється в судові тяжби, що не приносить позитивних результатів ні лікарям, ні пацієнтам. Зі світового досвіду відомо, що статистика судових позовів пацієнтів стосовно компенсації моральної шкоди або заподіяної шкоди в результаті лікарської помилки або недбалості з року в рік буде тільки зростати. Сьогодні стало популярним звертатися до суду з вимогою про компенсацію моральної шкоди та грошової компенсації, заявлені позови щодо стягнення обчислюються мільйонами. З'являються юристи, які спеціалізуються на представленні інтересів пацієнтів у зв'язку з неякісно наданою медичною допомогою [2, 23].

За даними різних експертів, кількість судових позовів у різних регіонах України збільшилася у 2, 4, 6, 8 разів. За оцінкою експертів, до 70-75% звернень до судів пов'язане з порушенням прав пацієнтів [4, 18, 13].

Мета роботи

Проаналізувати дані літературних джерел щодо детермінантів та причин виникнення конфліктів медицини та суспільства.

Основна частина

Вибір спеціальності та успішність підготовки майбутнього лікаря визначаються зв'язками психологічних властивостей особистості, мотивами і зовнішніми чинниками. В умовах ринку виробництва освітніх послуг необхідно створення системи соціологічного супроводу формування професійних компетенцій майбутніх лікарів, що потребують розробки методик, яка включала б комплексне вивчення професійно значущих характеристик майбутніх фахівців, зокрема здатності до співчуття, співпереживання та прагнення стосовно дотримання етичних принципів, необхідних для оволодіння професійною майстерністю. Саме тоді з'явиться

можливість скорегувати адекватне уявлення про особливості взаємин між пацієнтом і лікарем в умовах ринку, коли етичні мотиви стануть превалювати над матеріальними [1, 16].

Сучасне суспільство та система виробництва медичних послуг. Виробництво медичних послуг у сучасному світі тісно пов'язане з ростом інновацій, появою стандартів випереджальних технологій і методів сучасної фармакотерапії. Однак критичний аналіз медичної інформації вказує на те, що спостерігається неухильне зростання ризику нерациональних рішень у медичній практиці і, як наслідок, значне зростання рівня ятрогенії. У зв'язку з цим формується дві взаємопротилежні точки зору на ставлення суспільства та медичних працівників. Прихильники першої вважають, що консервативна суспільна думка гальмує прогрес сучасної медицини. Прихильники другої переконані в тому, що інноваційний розвиток медицини порушує гармонійну єдність природи та людини і може призвести його до виродження [5, 21].

Проте суспільство та медицина не протистоять один одному, хоч і знаходяться у складній взаємодії. Медичні працівники та медицина в цілому вільно чи мимоволі впливають на громадську думку, змінюючи її. Від дотримання медичних норм у різних сферах діяльності популяції людей залежать життя та здоров'я кожної окремої людини, і суспільство зацікавлене їх враховувати.

З іншого боку, українське суспільство постійно обмежує витрати на охорону здоров'я, зараховуючи охорону здоров'я населення до розділу одного з головних бюджетно-споживчів доходів держави, не забуваючи повторювати, як «мантру» про те, що медична професія – це покликання людей, схильних до самопожертви на благо окремої людини та суспільства в цілому. На цьому тлі другоплановим стає розуміння того, що ефективна робота з охорони здоров'я населення і рівень медичних технологій дає значні економічні ефекти у вигляді зростання продуктивності праці, збільшення тривалості працездатного віку, зниження витрат соціальних позабюджетних фондів та ін. Вражає, але керуючі структури держави вдають, що ефективна медицина може продовжувати існувати без адекватного фінансування, постійного підживлення молодими медичними кадрами, скорочуючи реальні витрати на виробництво медичних послуг у державних медичних організаціях і медичну освіту в спеціалізованих коледжах і вузах [18, 24].

Соціальна роль охорони здоров'я в цілому, і виробництва медичних послуг зокрема, є предметом широкого громадського обговорення в сучасній Україні. Реалізація різних програм, концепцій, проєктів модернізації галузі дала змогу вирішити деякі нагальні завдання, але породила масу нових проблем. Найголовнішою проблемою, на нашу думку, є конфліктогенність вітчизняної медицини та охорони здоров'я, як відображення падіння престижу професії лікаря в українському суспільстві.

Формування невдоволення населення медичними працівниками, неймовірне зростання числа й

рівня конфліктних ситуацій у взаєминах пацієнта та лікаря не можна пояснити якимись «складними» цивілізаційними змінами, оскільки в більшості інших країн світу, в тому числі і розвинених, нічого подібного не спостерігається. Хоч, звичайно проблеми взаємовідносин між суспільством і медициною у період реформування галузі, як у світовій практиці, так і в Україні, спостерігаються. Зокрема, до них можна віднести розширення медикалізації, привласнення охороною здоров'я певних функцій соціального контролю, транснаціональне розширення фармацевтичного ринку, зміна моделей взаємини лікаря та пацієнта, як результат комерціалізації медицини, зміна конфігурації стандартів виробництва медичних послуг під впливом нових біотехнологій, інноваційного медичного обладнання та ін.

На думку відомого естонського лікаря Натана Ельштейна [25, 30], розглядаючи ситуацію з витокami формування конфлікту взаємин пацієнта та лікаря, слід зробити два застереження. По-перше, не можна розглядати ці питання тільки в одному ракурсі – етика лікаря та його ставлення до пацієнта. Поведінка лікаря зазвичай є відображенням ставлення до нього суспільства та пацієнтів. Проте, мова не йде про рівнозначні відносини. У них хтось зазвичай сильніший, і цим «хтось» завжди повинен бути лікар.

По-друге, і етика лікаря, і етика пацієнта (про неї майже не пишуть), а отже, і їх взаємини не є постійними, встановленими раз і назавжди, за всіх часів і в будь-якій країні. Звичайно, є непорушні постулати, незалежні від певних чинників: лікар зобов'язаний нести тим, хто до нього звертається, добро, однак і пацієнту слід ставитися до лікаря довірливо та шанобливо.

Але змінюється життя, модернізуються медичні технології, у різних країнах впроваджуються різні моделі охорони здоров'я, якість життя займає все більше місце в розумінні результатів охорони здоров'я населення, змінюються підходи до деонтології як у демократичних, так і тоталітарних державах. Усе це показує мінливість проблем етики та деонтології в медицині. Тільки за даними національної медичної бібліотеки США [3, 15, 21] у Бетезда (Меріленд), що пропонує публікації 3600 провідних медичних журналів держав усіх континентів, за досить обмежений період (п'ять років – 1991-1995) опубліковано 4725 статей, які тією чи іншою мірою торкалися питання взаємовідносин лікарів і пацієнтів. Здається, одна ця цифра – найкращий доказ актуальності проблеми. Отже, з точки зору виробництва та споживання медичних послуг, взаємини споживача і виробника значною мірою залежать від того, наскільки структура й функції виробничої системи відповідають очікуванням як пацієнтів, так і лікарів.

Про управління системою виробництва медичних послуг. Будь-яка система, в т.ч. система з виробництва медичних послуг і її структурні елементи, повинні працювати в єдиній організаційній технології, підкорюючись певним принципам. Система медичних організацій як у державному, так і в комерційному секторі повинна вирішувати завдання для досягнення

мети/результату функціонування вітчизняної охорони здоров'я. Зокрема, з точки зору забезпечення достатнього рівня доступності, якості та безпеки вироблених послуг, система медичних організацій повинна прагнути до досягнення певних результатів у вигляді збереження і примноження атрибутів здоров'я своїх пацієнтів. Слід зазначити, що український бізнес організації, підприємства та установи до теперішнього часу відстають від своїх зарубіжних аналогів у застосуванні сучасних методів управління якістю наданих послуг, хоч цей напрямок має свою історію, величезний потенціал і розвивається з початку ХХ століття [11, 24].

Здійснення виробничих процесів в умовах ринкових відносин набувають значну орієнтованість на задоволення пацієнта наданими послугами, тому що послуга стає предметом купівлі та продажу. Це підвищує вимоги до якості надання медичної допомоги та ставить питання про вартість наданих послуг. У зв'язку з цим виникає необхідність використання стандартів як вимірників надання медичної допомоги. При цьому крім технологічних стандартів виконання операцій і процедур, що стосуються діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань, повинні бути розроблені стандарти надання медичної допомоги при різних нозологіях з урахуванням вартості проведених процедур [12, 27]. На жаль, виробити стандартні вимоги, що стосуються управління взаємовідносинами пацієнта та медичного працівника, ввести жорсткий регламент з регулювання цього процесу поки нікому не вдається – настільки багатогранний і складний цей процес.

Для реальної оцінки рівня якості вироблених медичних послуг дуже важливим моментом є орієнтація системи на споживача. Споживачі (пацієнти) часто є зовнішньою стороною стосовно відношення до системи виробництва медичних послуг, і тому про них говорять як про зовнішніх споживачів. У медичних організаціях також є внутрішні споживачі, наприклад, клінічні відділення лікарні є клієнтами приймального відділення, лікувальні підрозділи – клієнтами діагностичних відділень і т.п. Робота на споживача з урахуванням його інтересів дає змогу домагатися необхідного рівня якості медичних послуг [5, 19, 22].

Серед фахівців з управління найбільш складним структурним елементом виробничої системи визнаються кадрові ресурси медичної організації [4, 20]. Тут і великі відмінності у професійній підготовці, демографічних параметрах, особистісні особливості виробників медичних послуг, і різноспрямованість та складність завдань і функцій різних категорій медичного персоналу та багато іншого. На успіх результатів управління медичної організації впливає і те, наскільки кваліфіковано її керівники управляють конвеєром із виробництва медичних послуг, спрямованих на поліпшення якості та задоволення очікувань пацієнтів.

Комплексна система управління ефективністю та якістю діяльності виробників медичних послуг передбачає чітку роботу всіх ланок управління

і збіги їх інтересів щодо забезпечення доступності, якості та безпеки на всіх рівнях виробництва. В основу цієї роботи покладена стандартизація медичних технологій, забезпечення чіткої організації медичного обслуговування пацієнтів, регламенту праці виконавців, структури, обсягу допомоги на всіх етапах реалізації медичного технологічного процесу, оптимального розміщення всіх видів ресурсів і контролю за їх використанням. Якщо система управління якістю працює оптимально, то всі її зусилля повинні забезпечити задоволення очікувань споживачів медичних послуг. Проте ми постійно стаємо свідками, а часто і учасниками, конфліктів між споживачами (пацієнтами) і виробниками медичних послуг (медичним персоналом), що є предметом службових розслідувань, перевірок і судових слухань [14, 26].

Складні у процесі реформування вітчизняної медицини соціальні умови взаємодії пацієнтів і медичного персоналу, умови праці в медичних організаціях, трансформація соціального статусу лікарів і медичних сестер є системними причинами суперечностей [6, 28]. Вивчення конфліктогенного потенціалу виробництва медичних послуг містить чимало «білих плям», які вимагають проведення досліджень і системного аналізу причинно-наслідкових зв'язків. Це дасть змогу належно осмислити специфічну сутність формування конфліктів, оскільки сам факт їх існування неможливо заперечувати. Крім того, зростання числа конфліктів між пацієнтами і медичними працівниками та їх структура показують, що ця проблема вже давно вийшла за межі взаємин окремого пацієнта та лікаря.

Протиріччя системи взаємин лікаря та пацієнта в умовах реформування. Полем взаємин, на яке вступає пацієнт і лікар, є виробництво медичних послуг (медицина) як сукупність наук і практичної діяльності, що спрямована не тільки на збереження і зміцнення здоров'я людей, а й на запобігання та лікування хвороб. Причому для обох сторін взаємин медицина може бути наукою, а може бути і мистецтвом. У такому підході немає протиріччя, протиріччя виникають із моменту впровадження в медицину бізнесу, коли на тлі покликання до професійної медичної діяльності для медичних працівників формується мотивація до отримання прибутку, причому її розмір диктується не морально-етичними нормами, а жорсткими економічними законами ринку та економіки.

На жаль, більшість пацієнтів починає усвідомлювати справжню цінність здоров'я лише після зіткнень з тяжкими та хронічними хворобами або фізичними каліцтвами. Саме в цей момент вони усвідомлюють, що тільки здоров'я може поєднуватися з відчуттям щастя. І дійсно, неможливо уявити щасливе життя індивідуума за межами фізичного та морального здоров'я. Крім того, багатьом людям для досягнення достатнього рівня якості життя недостатньо тільки відсутності тілесних недуг, їм потрібно ще й душевна гармонія з собою, близькими людьми та навколишнім світом. Ось чому лікар повинен сприймати пацієнта як єдиний біологічний,

фізичний та соціальний об'єкт у всіх його досить складних і багатограних взаємодіях із навколишнім середовищем [9, 16].

Але саме тут взаємини пацієнта та лікаря в умовах бізнесу піддаються серйозним випробуванням, оскільки пацієнт у більшості випадків не дотримувався принципів «здоров'язберігаючої» поведінки, а навпаки, зберігає за собою право на сповідання принципів «здоров'яруйнуючої» поведінки. Такий спосіб життя і призводить до формування хронічних хвороб та поєднується з ускладненнями інвалідністю. Лікар, як виробник медичних послуг в умовах ринкової економіки, знаходиться в досить складному становищі. З одного боку, як представник суспільства та професіонал він повинен дотримуватися принципу «хворобі легше і дешевше запобігти, ніж лікувати», але з іншого боку він знаходиться під тиском спокуси бізнесу, заснованого на принципі «отримання максимального прибутку». І саме тут спрацює механізм ціноутворення, пов'язаний із принципом, «що тяжче захворювання, то більше ускладнень, більший обсяг діагностичних та лікувальних заходів, а отже, і відпускна ціна медичних послуг, і можливість збільшити прибуток». На цьому етапі у взаєминах пацієнта та лікаря починають домінувати економічні цінності, відсуваючи на другий план моральні, які до останнього часу розглядалися у вітчизняній медицині, як абсолютний атрибут професії медичного працівника.

У реформованій українській медицині стійкість абсолютних цінностей під впливом ринку викликає найбільшу кількість побоювань, а необхідність вироблення ціни на здоров'я призводить до непорозуміння і соціальних суперечок щодо справедливості формування прейскуранта. Саме в медицині відсутність матеріальної опори формування «справедливих цін» не дасть можливості зробити хоч якісь припущення щодо механізму ціноутворення. Протягом двох останніх десятиліть працюючі в державних медичних організаціях лікарі стали неформально надавати платні послуги та зіткнулися з необхідністю власноручного вироблення рівня цін. Тому в медицині надають послуги фахівці, які виступають в ролі ціновстановлювачів, чие наявне знання про механізми ціноутворення може бути використано для вивчення тих інтерпретацій ціни, яких дотримуються продавці товарів і послуг [10, 21].

У різних кодексах лікарської етики декларується постулат: «Мотиви матеріальної, особистої вигоди не повинні впливати на прийняття лікарем професійного рішення». На думку дослідників з економічно розвинених країн, ймовірність піддатися одному з семи основних хірургічних втручань у звичайної людини на одну третину вища у лікаря або члена його сім'ї. Це служить яскравою ілюстрацією опортуністичного поведінки в умовах асиметрії інформації про ринок медичних послуг. Адже медичним працівником в ринкових умовах рухає не стільки бажання допомогти пацієнтові, скільки прагнення збільшити свою особисту вигоду [7, 29].

Однак взаємини між пацієнтом та лікарем в ідеалі повинні будуватися на взаємній довірі та чесному

відношенні один до одного, що в кінцевому підсумку і визначається поняттям «совість». У реальній ситуації більшості медичних працівників властива наявність якогось внутрішнього цензора, який допомагає розрізнити позитивні та негативні аспекти в оцінці його професійної діяльності. Для лікаря-професіонала дуже важливо навчитися прислухатися до внутрішнього голосу, займатися самооцінкою та слідувати порадам своєї совісті [2, 19, 25]. Тільки ця якість дасть змогу в умовах бізнесу й ринкової економіки встановити необхідний рівень довіри пацієнтів та їх родичів. Як тільки рівень взаємної довіри між споживачем і виробником медичних послуг знижується, виникає «родючий ґрунт» для формування конфлікту.

Історія конфлікту між пацієнтом і лікарем. Конфлікт – найбільш гострий спосіб усунення протиріч, що виникають у процесі взаємодії людей, він полягає у протидії суб'єктів конфлікту та зазвичай супроводжується негативними емоціями. У медицині прийнято розрізнити два основні різновиди конфліктів [1, 11, 26]:

I. Міжособистісні конфлікти, сторонами яких виступають медичний персонал (лікар) і пацієнт; лікар і лікар; лікар і директор медичного закладу;

II. Міжгрупові конфлікти, сторонами яких виступають адміністрація медичної організації та пацієнт, лікар і родичі пацієнта, адміністрація медичної організації та родичі пацієнта.

Причини виникнення конфліктів у сфері виробництва медичних послуг досить різноманітні, зокрема: організаційні, економічні, деонтологічні, діагностичні, лікувальні, профілактичні, а також психологічні.

У контексті розуміння проблем конфліктології уся історія людства – це історія різного роду конфліктів між десятками країн і народів, між великими і малими соціальними спільнотами, і нарешті, між окремими людьми [17, 27]. Одна частина людей прагнула вирішити виникаючі протиріччя за допомогою доведення конфлікту до його апогею, і тоді конфлікт вирішувався за допомогою війни, а всі «лаври» діставалися переможцю. Інша частина мріяла про формування різних спілок на основі систем стримувань і противаг, зводячи на чільне місце поняття «поганий мир краще найпрекраснішої війни». У кінцевому підсумку багато людей з найдавніших часів мріяли про створення безконфліктного суспільства, а державу розглядали, як універсальний механізм для запобігання та вирішення соціальних конфліктів.

Що ж стосовно сучасності, то конфлікти різних рівнів від міждержавних до конфліктів між окремими людьми – це повсякденна реальність. Стосовно ж медицини, виробництво медичних послуг як галузь, яка зачіпає найважливіші інтереси кожної людини щодо збереження свого життя та здоров'я, не може існувати без конфліктів. У захисті цих інтересів навіть від уявної загрози людина легко може перейти всі розумні межі.

Якщо в охороні здоров'я СРСР конфліктна ситуація отримувала розвиток найчастіше тільки

в особистому спілкуванні пацієнта та лікаря із залученням адміністрації лікувального закладу в ролі арбітра, то в умовах трансформації українського суспільства усе частіше і частіше випадки взаємного непорозуміння між пацієнтом та лікарем, після серії болісних експертиз, у тому числі і судово-медичних, закінчуються в судах [14, 23]. Пацієнти та їхні родичі зазвичай негативно ставляться до судових розглядів і рішень суддів, навіть якщо справа вирішується на їх користь. А якщо справа вирішується на користь медичної організації або лікаря, то негативна реакція споживачів медичних послуг і їх родичів досягає свого піку, що іноді сумно закінчується для лікуючого лікаря. Вони піддаються фізичному впливу (побиття) або навіть вбивства. За різними оцінками проти медичних працівників щорічно в Україні відбувається близько 3000 злочинів [8, 15, 26].

Але навіть якщо судова справа вирішена на користь медичної організації або лікаря, вона все одно завдає шкоди їх ринковій та професійній репутації, а також незмінно забирає багато часу та нервів. Як і в багатьох хворобливих ситуаціях, конфлікту набагато легше запобігти, ніж його припинити, тому кожному практикуючому лікарю можна порадити проаналізувати типові конфліктні ситуації та заздалегідь обмірковувати заходи їх первинної профілактики при спілкуванні з пацієнтами.

Причини та сторони конфліктних ситуацій при виробництві медичних послуг. У дослідженні причин зародження структурних конфліктів у медицині особливий інтерес представляє той факт, що сам по собі конфлікт є невід'ємним елементом розвитку громадських систем [2, 9, 18]. Конфлікти при виробництві медичних послуг – це своєрідний індикатор невирішених проблем реформованої системи охорони здоров'я в цілому і окремої медичної організації зокрема. Під час надання медичних послуг до сторін конфлікту слід віднести пацієнта, його родичів та виробника медичних послуг (медичний персонал і медична організація).

Перша сторона конфлікту – пацієнт. При зверненні за медичною допомогою він у більшості випадків відчуває загрозу його базовим цінностям. Крім того, він відчуває страх (страх розвитку тяжкої хвороби або смерті, втрати роботи та ймовірність стати інвалідом); крім того, він відчуває страх перед хворобливими або емоційно некомфортними лікувальними чи діагностичними маніпуляціями, а також побоювання стосовно непередбачених, і можливо чималих витрат, пов'язаних із лікуванням [9, 27, 30]. У міру зниження престижу медичної професії у сучасному суспільстві зростає рівень недовіри до вітчизняної медицини, що супроводжується високим рівнем самолізування або «лізування по Інтернету», спробами спрямовувати та контролювати роботу лікаря. Доповнюється це браком знань про стан свого здоров'я у поєднанні з неадекватною інформацією з непрофесійних джерел, що народжує помилкове сприйняття хвороби, її перебігу і виливається в незадоволеність діями лікаря.

Будь-яке звернення за медичною допомогою супроводжується формуванням у пацієнта

банального фізичного дискомфорту. Больові відчуття, запаморочення, задишка, дискомфорт у поєднанні з тривалим очікуванням прийому в некомфортних умовах спотворює сприйняття ситуації, погіршує процеси гальмування та підвищує агресивність. Крім того, багато патологічних процесів безпосередньо впливають на центральну нервову систему. Пацієнти із захворюваннями серцево-судинної та дихальної системи, анемії відчувають хронічну гіпоксію головного мозку, що неминуче призводить до зниження рівня інтелекту та провокує формування неадекватних реакцій на те, що відбувається, особливо під час загострень. Також причиною підвищеної дратівливості може бути звичайна гіпоглікемія, нерідка у випадках, коли пацієнт прийшов натщесерце здавати аналізи або обстежуватися. Не варто скидати з рахунків і стан ендокринного статусу пацієнта, коли як нормальні, так і патологічні коливання рівня гормонів можуть підвищувати конфліктогенність поведінки.

Крім того, існують типові вікові зміни психіки, що часто включають марення збитку та переслідування, причиною якого може стати будь-який медичний працівник. Не можна скидати з рахунків і алкогольну енцефалопатію, яка також часто стає причиною агресивної та конфліктної поведінки. І, нарешті, слід брати до уваги особистісні особливості пацієнта. Є пацієнти, які цілеспрямовано звертаються за медичною допомогою з метою організації конфліктної ситуації або скандалу. Це, як правило, патологічні кверулянти, що знаходять задоволення в написанні різного роду заяв, скарг та звернень. Серед пацієнтів часто трапляються літні або самотні люди, які відчувають дефіцит спілкування. Трапляються і «пацієнти-консьюмеристи» (англ. Consumer – споживач), які бажають розбагатіти шляхом отримання компенсацій через суд, тобто, намагаються задовольняти свої потреби за рахунок виробника [3, 23].

Друга сторона конфлікту – медичний працівник. Досить часто він провокує пацієнта різними дрібницями (запізнення, розхристаний або несвіжий халат, різке запрошення до кабінету, розмова по телефону під час прийому, що доповнюється сформованими стереотипами пацієнтів («лікар хороший, тільки якщо він літній і досвідчений», «хороший хірург – обов'язково чоловік» та ін.) і в цьому випадку навіть висококваліфікований фахівець, якщо це молодий лікар, буде відкинутий незалежно від його дій і результатів. Доповнюється це вічним браком часу, який виникає через дефіцит кадрів і нормативів, які не враховують необхідність спілкування з пацієнтом [4, 13]. Отже, лікар змушений або затягувати прийом, зменшуючи кількість прийнятих пацієнтів і змушуючи їх чекати, або підходити до огляду спрощено та формально, створюючи у пацієнтів абсолютно справедливе відчуття безглуздості звернення за медичною допомогою. Як той, так й інший варіанти формують значний конфліктний потенціал, що доповнюється розвитком у багатьох спеціалістів синдрому професійного вигорання (байдужість,

індиферентність поведінки, похмурий характер, відсутність реакції на зауваження, негативне ставлення до пацієнтів і т.п.).

Причиною цього синдрому у медичних працівників є стреси, середні за інтенсивністю та тривалі за часом. Провокують стрес, як правило, перевантаження та високий рівень відповідальності перед пацієнтами, а також в окремих випадках – недостатній рівень професійних навичок і соціальна незахищеність. Дослідження показують, що найбільш уразливі ті, що реагують на стрес агресивно, нестримано, хочуть протистояти йому за будь-яку ціну, не відмовляються від суперництва [5, 22]. Такі медичні працівники схильні недооцінювати складність поставлених перед ними завдань і час, необхідний для їх вирішення. Стресогенний фактор викликає у них почуття пригніченості, зневіри, через те що не вдається досягти запланованого. Такому типу особистості властиві дві основні особливості: надзвичайно висока змагальність та постійне відчуття цейтноту. Подібні медичні працівники амбітні, агресивні, прагнуть до високого рівня досягнень, заганняючи при цьому себе в жорсткі часові рамки. Саме з цієї групи фахівців не слід формувати персонал реєстратур поліклінік, приймальних відділень лікарень, травм пунктів, станцій швидкої медичної допомоги та інших екстрених служб [10, 13, 15].

Професійне вигорання менше стосується людей, які мають досвід успішного подолання професійного стресу та здатних конструктивно змінюватися в напружених умовах. Також стресу стійкіше протистоять люди, які мають високу самооцінку та впевненість в собі, своїх здібностях і можливостях. Важливою відмінною рисою людей, стійких до професійного вигорання, є їх здатність формувати й підтримувати в собі позитивні, оптимістичні установки та цінності як щодо самих себе, так і інших людей і життя взагалі.

Больові точки взаємин пацієнта та медичного персоналу. Виходячи зі змісту відомого вислову «театр починається з вішалки», стосовно медицини її можна трансформувати з точки зору організації виробництва медичних послуг у такому контексті: «лікарня починається з приймального відділення», а «поліклініка – з реєстратури» [27, 29]. Адже саме на початковому етапі виробництва медичних послуг, на самому початку медичного конвеєра і зароджується більшість конфліктів між пацієнтом і лікарем.

Ринкові реформи в галузі охорони здоров'я змінили основи взаємовідносин між пацієнтом і лікарем. Трансформація виробництва товарів і послуг в Україні призвела до того, що медична допомога населенню перетворилася на виробництво медичних послуг, стала частиною бізнесу з усіма його атрибутами: виробництво, ціноутворення, взаємодія попиту і пропозиції, купівля та продаж [9, 26]. Довірчі стосунки між пацієнтом і лікарем залишилися в минулому, змінившись на взаємини покупця та продавця. Якщо в минулі роки лікар сприймався як гуманіст і подвижник, то сьогодні, у міру ринкової трансформації вітчизняної медицини,

він перетворився на традиційного суб'єкта ринку – виробника медичних послуг.

Саме цей «виробник послуг» сприймається суспільством як своєрідний бізнесмен і ділок, який на перше місце ставить свою вигоду, а вже потім – здоров'я пацієнтів. Протиріччя взаємин між пацієнтом і лікарем у багатьох випадках закінчуються формуванням конфліктної ситуації, яка супроводжується негативними емоціями обох сторін. Аналіз суті більшості конфліктів призводить до висновку про те, що відбувається зіткнення думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору та очікувань у процесі конфлікту, насамперед пов'язаних із дефіцитом інформації і низьким рівнем терпимості обох сторін [6, 17, 25]. Конфлікти при виробництві медичних послуг – це своєрідний індикатор невирішених проблем реформованої системи охорони здоров'я України в цілому та окремої медичної організації зокрема.

Висновок

Проаналізовано основні детермінанти конфлікту при наданні медичних послуг та визначено деякі особливості становища сторін у конфлікті. Конфлікт може бути пов'язаний, з одного боку, з наданням доступу до медичних послуг та матеріально-технічним забезпеченням умов надання послуг, а з іншого – з процесом надання медичної послуги як комплексного поняття. З усією очевидністю викреслюється потреба побудови системи балансу та захисту інтересів обох сторін. Відповідно, ми повинні розглядати конфлікт як позитивний елемент, необхідний для розвитку системи охорони здоров'я та створення «раннього реагування» на виникнення конфліктної ситуації в системі відносин «лікар – пацієнт», а також створення позитивної системи взаємодії між ними.

Список літератури

1. Березовська ЛІ, Юрков ОС. Психологія конфлікту. Мукачево; 2016. 201с.
2. Бобровник СВ. Компромiс i конфлікт у праві: теоретико-методологічне дослідження [автореферат]. Київ; 2013. 40 с.
3. Булеца СБ. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми [дисертація]. Одеса; 2016. 437 с.
4. Войлісовська В. Конфлікт та його причини. Держслужбовець [Інтернет]. 2016;9[цитовано Сер 29]. Доступно: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ds/2016/sepember/issue-9/article-21398.html>
5. Гуторова ОО. Менеджмент організації. Харків; 2017. 267 с.
6. Дроздова ОВ. Диференціація способів і засобів захисту прав пацієнта. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Юридичні науки. 2016;1(1):109-13.
7. Дудкін ПД, Мосій ОБ, Владимир ОМ, Кужда ТІ, Лазарюк ВВ, Мельник ЛМ, та ін. Організаційна поведінка. Аспекти ефективного підприємництва. Тернопіль; 2015. 252 с.
8. Дуткевич ТВ. Конфліктологія з основами психології управління. Київ: Центр навчальної літератури; 2005. 456 с.
9. Заборовський ВВ, Нечипорук ЛД, Горват ТД. Поняття та сутність юридичного конфлікту у сфері медичної Клінічна та експериментальна патологія. 2022. Т.21, № 3 (81)

- діяльності. Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія: Право. 2021;63:136-40. doi: 10.24144/2307-3322.2021.63.24
10. Засєкіна ЛВ, Пастрик ТВ. Основи психології та міжособове спілкування. Київ: Медицина; 2018. 216 с.
 11. Іпатов АВ, Гула ІС, Кузьміна ЛВ, Коробкін ЮІ. Основи правового захисту лікаря і пацієнта. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2018; 3-4:60-6.
 12. Карташов М. Медіація як форма вирішення корпоративних спорів. Підприємство, господарство і право. 2019;10:11-5. doi: 10.32849/2663-5313/2019.10.02
 13. Шинкаренко ІО. Навчальний контент. Конфліктологія. Дніпро; 2019. 202 с.
 14. Гребеньков ГВ, редактор. Конфліктологія. Львів: Магнолія 2006; 2017. 228 с.
 15. Корнелюк Ю. Природа юридичного конфлікту: феноменологічний дискурс. Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Юридичні науки. 2019;6(22):74-80. doi: 10.23939/law2019.22.074
 16. Лемеха РІ. Кримінально-правове значення лікарської помилки. Вісник Львівського торговельно-економічного університету. Юридичні науки. 2019;8:102-8. doi: 10.36477/2616-7611-2019-08-11
 17. Луцишин ГІ. Конфліктологія та теорія переговорів. Львів: Львівська політехніка; 2015. 197 с.
 18. Майданик Р. Питання цивільно-правової відповідальності за договором про надання медичних послуг. Право України. 2011;11-12:82-90.
 19. Миронова Г. Агресія пацієнта: як уникнути трагедії. Ваше здоров'я [Інтернет]. 2016[цитовано 2022 Вер 01]. Доступно: <https://www.vz.kiev.ua/agresiya-patsiyenta-yak-unyknuty-tragediyi/>
 20. Мостовенко ОС. Захист прав пацієнта під час надання медичних послуг у контексті цивільно-правової відповідальності. Науковий вісник публічного та приватного прав. 2018;1(1):78-83.
 21. Мочалов ЮО. Запобігання виникненню помилок і конфліктів у договірних відносинах медичних закладів і страхових організацій. Журнал заступника головного лікаря. 2014;2:48-55.
 22. Надьон ВВ. Правова категорія «конфлікту» як підстава для захисту прав пацієнтів. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я; 2019 Кві 12; Ужгород. Ужгород; 2019, с. 90-5.
 23. Наливайко ОБ. Формування професійної культури майбутніх сімейних лікарів у процесі контекстної підготовки [дисертація]. Вінниця; 2016. 286 с.
 24. Позднякова ЛО, Гриценко НВ. Управління конфліктами. Харків; 2018. 74 с.
 25. Поліщук В, Седашова О. Медіація для медичного бізнесу: менеджмент конфліктних ситуацій. Приватний лікар [Інтернет]. 2019[цитовано 2022 Сер 30];5:10. Доступно: <https://www.trush.com.ua/blog/menedzhment-konfliktnikh-situaciyi-v-me/>
 26. Розгон ОВ, Устінченко АМ. Способи вирішення конфліктів у медичних правовідносинах. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Право. 2016;22:123-6.
 27. Токарева КС. Медіація у спорах щодо охорони здоров'я. Наше право. 2020;4:39-46.
 28. Чубко ОБ. Конфліктні ситуації у роботі лікаря як одна з причин професійного вигорання. НейроNEWS. 2015;8:10-2.
 29. Щеглов Є, Смуток М. Конфлікт медичного закладу з пацієнтом: правовий аспект. Практика управління медичним закладом. 2012;8:20-5.
 30. Ясиновський ІГ. Компетентнісні характеристики медіатора: теоретико-правовий аналіз. Право і суспільство. 2015;5 (Ч 2):79-83.
- ### References
1. Berezovs'ka LI, Yurkov OS. Psykhologhiia konfliktu [Psychology of conflict]. Mukachevo; 2016. 201 p. (in Ukrainian)
 2. Bobrovnyk SV. Kompromis i konflikt u pravi: teoretyko-metodolohichne doslidzhennia [avtoreferat] [Compromise and conflict in law: a theoretical and methodological study [abstract]. Kyiv; 2013. 40 p. (in Ukrainian)
 3. Buletsa SB. Tsyvil'ni pravovidnosyny, scho vynykaiut' u sferi zdiisnennia medychnoi diial'nosti: teoretychni ta praktychni problemy [dysertatsiia] [Civil legal relations arising in the field of medical activity: theoretical and practical problems [dissertation]. Odesa; 2016. 437 p. (in Ukrainian)
 4. Voilisovs'ka V. Konflikt ta yoho prychny [Conflict and its causes]. Derzhsluzhbovets' [Internet]. 2016;9[tsytovano Ser 29]. Dostupno: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ds/2016/september/issue-9/article-21398.html> (in Ukrainian)
 5. Hutorova OO. Menedzhment orhanizatsii [Management of the organization]. Kharkiv; 2017. 267 p. (in Ukrainian)
 6. Drozdova OV. Dyferentsiatsiia sposobiv i zasobiv zakhystu prav patsiienta [Differentiation of ways and means to protect patient's rights]. Naukovyi visnyk Khersons'koho derzhavnoho universytetu. Seriia: Yurydychni nauky. 2016;1(1):109-13. (in Ukrainian)
 7. Dudkin PD, Mosii OB, Vladymyr OM, Kuzhda TI, Lazariuk VV, Mel'nyk LM, ta in. Orhanizatsiina povedinka. Aspekty efektyvnoho pidpriemnytstva [Organizational behavior. Aspects of effective entrepreneurship]. Ternopil'; 2015. 252 p. (in Ukrainian)
 8. Dutkevych TV. Konfliktolohiia z osnovamy psykhologii upravlinnia [Conflictology with the basics of management psychology]. Kyiv: Tsentri navchal'noi literatury; 2005. 456 p. (in Ukrainian)
 9. Zaborovsky VV, Nechiporuk LD, Horvat TD. Poniattia ta sutnist' yurydychnoho konfliktu u sferi medychnoi diial'nosti [The concept and essence of a legal conflict in the field of medical activity]. Uzhhorod National University Herald. Series: Law. 2021;63:136-40. doi: 10.24144/2307-3322.2021.63.24 (in Ukrainian)
 10. Zasiakina LV, Pastryk TV. Osnovy psykhologii ta mizhosobove spilkuvannia [Basics of psychology and interpersonal communication]. Kyiv: Medytsyna; 2018. 216 p. (in Ukrainian)
 11. Ipatov AV, Hula IS, Kuz'mina LV, Korobkin Yu I. Osnovy pravovoho zakhystu likaria i patsiienta [Basics of legal protection of the doctor and the patient]. Ukrain's'kyi visnyk medykosotsial'noi ekspertyzy. 2018; 3-4:60-6. (in Ukrainian)
 12. Kartashov M. Mediatsiia yak forma vyrishennia korporatyvnykh sporiv [Mediation as a form of corporate dispute resolution]. Pidpriemnytstvo, gospodarstvo i pravo. 2019;10:11-5. doi: 10.32849/2663-5313/2019.10.02 (in Ukrainian)
 13. Shynkarenko IO. Navchal'nyi kontent. Konfliktolohiia [Educational content. Conflictology]. Dnipro; 2019. 202 p. (in Ukrainian)
 14. Hreben'kov HV, redaktor. Konfliktolohiia [Conflictology]. L'viv: Mahnoliia 2006; 2017. 228 p. (in Ukrainian)
 15. Korneliuk Yu. Pryroda yurydychnoho konfliktu: fenomenolohichni dyskurs [The nature of legal conflict: a phenomenological

- discourse]. *Visnyk Natsional'noho universytetu «L'vivs'ka politekhnika»*. *Yurydychni nauky*. 2019;6(22):74-80. doi: 10.23939/law2019.22.074 (in Ukrainian)
16. Lemekha RI. Kryminal'no-pravove znachennia likars'koi pomylky [The criminal-legal significance of a medical error]. *Visnyk L'vivs'koho torhovel'no-ekonomichnoho universytetu*. *Yurydychni nauky*. 2019;8:102-8. doi: 10.36477/2616-7611-2019-08-11 (in Ukrainian)
 17. Lutsyshyn HI. Konfliktologhiia ta teoriia perehovoriv [Conflictology and negotiation theory]. *L'viv: L'vivs'ka politekhnika*; 2015. 197 p. (in Ukrainian)
 18. Maidanyk R. Pytannia tsyvil'no-pravovoi vidpovidal'nosti za dohovorem pro nadannia medychnykh posluh [The issue of civil liability under the contract for the provision of medical services]. *Pravo Ukrainy*. 2011;11-12:82-90. (in Ukrainian)
 19. Myronova H. Ahresiia patsiienta: yak unyknyti trahedii []. *Vashe zdorov'ia* [Internet]. 2016[tsytovano 2022 Ver 01]. Dostupno: <https://www.vz.kiev.ua/agresiya-patsiyenta-yak-ynyknuty-tragediyi/> (in Ukrainian)
 20. Mostovenko OS. Zakhyst prav patsiienta pid chas nadannia medychnykh posluh u konteksti tsyvil'no-pravovoi vidpovidal'nosti [Patient aggression: how to avoid a tragedy]. *Naukovi visnyk publichnoho ta pryvatnoho prav*. 2018;1(1):78-83. (in Ukrainian)
 21. Mochalov Yu O. Zapobihannia vynykenniu pomylk i konfliktiv u dohovimykh vidnosynakh medychnykh zakladiv i strakhovykh orhanizatsii [Prevention of errors and conflicts in the contractual relations of medical institutions and insurance organizations]. *Zhurnal zastupnyka holovnoho likaria*. 2014;2:48-55. (in Ukrainian)
 22. Nad'on VV. Pravova katehoriia «konfliktu» yak pidstava dlia zakhystu prav patsiientiv [The legal category of «conflict» as a basis for protecting patients' rights]. V: *Materialy Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Zabezpechennia prav liudyny chetvertoho pokolinnia u systemi okhorony zdorov'ia*; 2019 Kvi 12; Uzhhorod. Uzhhorod; 2019, p. 90-5. (in Ukrainian)
 23. Nalyvaiko OB. Formuvannia profesiinoi kul'tury maibutnikh simeinykh likariv u protsesi kontekstnoi pidhotovky [dysertatsiia] [Formation of the professional culture of future family doctors in the process of contextual training [dissertation]. *Vynnytsia*; 2016. 286 p.
 24. Pozdniakova LO, Hrytsenko NV. Upravlinnia konfliktamy [Conflict management]. *Kharkiv*; 2018. 74 p. (in Ukrainian)
 25. Polischuk V, Siedashova O. Mediatsiia dlia medychnoho biznesu: menedzhment konfliktnykh sytuatsii [Mediation for medical business: management of conflict situations]. *Pryvatnyi likar* [Internet]. 2019[tsytovano 2022 Ser 30];5:10. Dostupno: <https://www.trush.com.ua/blog/menedzhment-konfliktnykh-situatsiy-v-me/> (in Ukrainian)
 26. Rozghon OV, Ustinchenko AM. Sposoby vyrishennia konfliktiv u medychnykh pravovidnosynakh [Methods of conflict resolution in medical legal relations]. *Visnyk Kharkivs'koho natsional'noho universytetu imeni V.N. Karazina. Serii: Pravo*. 2016;22:123-6. (in Ukrainian)
 27. Tokarieva KS. Mediatsiia u sporakh schodo okhorony zdorov'ia [Mediation in health disputes]. *Our Law*. 2020;4:39-46. (in Ukrainian)
 28. Chubko OB. Konfliktni sytuatsii u roboti likaria yak odna z prychnyn profesiinoho vyhorannia [Conflict situations in the doctor's work as one of the causes of professional burnout]. *NeiroNEWS*. 2015;8:10-2. (in Ukrainian)
 29. Schehlov Ye, Smutok M. Konflikt medychnoho zakladu z patsiientom: pravovyi aspekt [Conflict between a medical facility and a patient: legal aspect]. *Praktyka upravlinnia medychnym zakladom*. 2012;8:20-5. (in Ukrainian)
 30. Yasynovs'kyi IH. Kompetentnisni kharakterystyky mediatora: teoretykopravovyi analiz [Competence characteristics of a mediator: theoretical and legal analysis]. *Pravo i suspil'stvo*. 2015;5(Ch 2):79-83. (in Ukrainian)

Відомості про автора:

Бідучак А. С. – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна.

E-mail: biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3475-1497>

Information about author:

Biduchak A. S. – MD, PhD, associate professor of the Department of Social Medicine and Public Health, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: biduchak.anzhela@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-3475-1497>

Стаття надійшла до редакції 30.06.2022 р.

© А. С. Бідучак

