

ВОЛЧЕНКО Є.Є.

здобувач кафедри практичної психології та
соціальної роботи
Східноукраїнського національного університету
ім. В. Даля, м. Сєвєродонецьк

ДЕТЕРМІНАНТИ, РІВНІ ТА УМОВИ ВИНИКНЕННЯ КОНФЛІКТІВ У ФАХІВЦІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

В статті розкрито детермінанти, рівні та умови виникнення конфліктів у фахівців медичної галузі. Показано, що для різних галузей медичної діяльності провідними є різні види конфліктів: скорочення тривалості лікарського прийому є головним чинником конфліктогенності в системі відносин «медичний персонал – пацієнт» на амбулаторно-поліклінічному прийомі; в судово-медичній практиці ситуацію конфліктної взаємодії суб'єктів медичної практики формують результати експертизи; в стоматологічній практиці головним конфліктогенним чинником є невідповідність ціни і якості послуги; в фармації конфлікт лікаря і фармацевта – це конфлікт професіоналів, який може бути позитивним, а конфлікт пацієнта і фармацевта – це конфлікт професіонала і непрофесіонала, який непродуктивний, але може бути вирішений шляхом більш повного інформування пацієнта; з тих видів конфліктів, які існують в медичній науці, найбільше соціальне значення мають конфлікти в клінічних дослідженнях, оскільки вони провокують ризики для досліджуваних.

Ключові слова: фахівці медичної галузі, конфлікт, детермінанти конфліктів, рівні конфліктів, умови виникнення конфліктів, конфліктологічна компетентність

Постановка проблеми. Соціальна роль медицини є предметом широкого громадського обговорення. Маніфестацією конфліктогенності вітчизняної медицини і охорони здоров'я є зниження престижу професії лікаря у суспільстві. Це явище не можна пояснити певними цивілізаційними змінами. При цьому у світі, як і в нашій країні, відзначаються інші кризові ознаки у розвитку медицини і охорони здоров'я. До них можна віднести розширення медикалізації, привласнення медициною функцій соціального контролю, транснаціональне розширення фармацевтичного ринку, зміна моделей взаємин лікаря і пацієнта, як результат комерціалізації медицини, зміна конфігурації медичних практик під впливом нових біотехнологій та ін. До суто цивілізаційних змін, безумовно, слід віднести розширення сфер життя під медичним контролем – від медицини «life style» до евтаназії.

Таким чином, конфліктогенний потенціал медицини, як соціального інституту, проявляється на всіх рівнях суспільного життя. У той же час, його вивчення носить дискретний характер.

Аналіз наукових досліджень і публікацій показав, що майже відсутня або побіжно осмислюється сутність конфлікту в системі

охорони здоров'я, в медицині, як системі інтерсуб'єктної взаємодії і взаємин. У той же час, конфлікти у корпоративному середовищі медичних професіоналів – це реальний факт, який неможливо заперечувати і який існує не тільки у межах соціо-професійної групи медичних працівників, а й проектується за її межі – на відносини з суб'єктами, які знаходяться у полі даної діяльності, зокрема, зі споживачами медичних послуг.

Основна проблема описаної моделі полягає в тому, що конфлікт стереотипно сприймається тільки з негативного боку, в той час як уявленням про позитивну функцію конфлікту в системі інституційних відносин медицини не знаходиться місце [2].

Уникнення конфліктів методологічно невірне і практично є нереальним. При переході до пацієнт-орієнтованої системи відносин в охороні здоров'я (С. Єфименко) існує необхідність активізувати позитивну функцію конфлікту на основі колегіальної моделі взаємин лікаря і пацієнта. Інші моделі взаємовідносин (контрактна, техніцистська і патерналістська) містять ризики негативного розвитку конфлікту.

Мета статті – розкрити детермінанти, рівні та умови виникнення конфліктів у фахівців медичної галузі.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Конфлікти в медицині, так само як і в інших галузях, відбуваються на трьох рівнях протиріч (макро-, мезо- і мікро):

1. Система охорони здоров'я – суспільство;
2. Заклади охорони здоров'я (адміністрація) – медичний персонал;
3. Медичний персонал – пацієнти (і їхні родичі).

Наведена схема розкриває так звані вертикальні конфлікти, суб'єкти яких займають різне соціальне положення, ранги і володіють різною силою [3].

В системі охорони здоров'я існують й горизонтальні конфлікти:

1. На рівні «суспільство» можуть виникати суперечності і конфлікти з приводу проведеної у суспільстві політики в галузі охорони здоров'я між основною частиною громадян (громадянським суспільством) з одного боку – і вищими керівними структурами (органами влади), – з іншого.
2. На рівні «адміністрація» можливі як вертикальні конфлікти між різними рівнями управлінських структур, так і горизонтальні, наприклад, між різними лікувальними установами.
3. На рівні «лікар», «хворий» виникають горизонтальні конфлікти: лікар-лікар, хворий-хворий.

Протиріччя, через які виникають конфлікти в системі охорони здоров'я: на рівні «суспільство – охорона здоров'я» (відсутність цілісної та послідовної концепції розвитку охорони здоров'я; недостатність фінансового та матеріально-технічного забезпечення системи охорони здоров'я, що має об'єктивні (економічна криза, недолік

ресурсів) і суб'єктивні (недалекоглядна, безвідповідальна державна політика) причини.

Брак виділених коштів призводить до таких негативних наслідків як: соціально-трудові конфлікти, мітинги та ін.; недолік грошових коштів на медикаментозне забезпечення та обладнання; невдоволення медичного персоналу рівнем винагороди своєї праці, що змушує шукати додаткові заробітки, і, в свою чергу, знижує якість роботи.

Суть конфліктів в системі лікар-хворий полягає в зіткненні думок, поглядів, ідей, інтересів, точок зору і очікувань учасників взаємодії.

Цікавим виявилось дослідження тактики поведінки у конфлікті, що залежить від ступеня конфліктності і рівня конфліктогенності медичного працівника.

При дослідженні особистісних профілів медичних працівників в результаті застосування спостереження і стандартизованих опитувальників схильність до конфліктності і тенденція до уникнення конфліктів виявилася у такий спосіб: 8,5% – дуже високий ступінь конфліктності; 25% – високий ступінь конфліктності; 58% – виражений ступінь; 8,5% – низький ступінь конфліктності.

Виділяються об'єктивні, суб'єктивні та нереалістичні конфлікти.

Об'єктивні конфлікти викликані незадоволенням обіцяного, несправедливим розподілом будь-яких обов'язків, переваг і спрямовані на досягнення конкретних результатів. Прикладами можуть служити обіцянки лікарем хворому повного лікування, а в результаті особливостей перебігу хвороби – стійка втрата працездатності; неякісне виконання своїх обов'язків (післяопераційні ускладнення з вини медичного працівника, несвоєчасний обхід); відмова у госпіталізації хворого або несвоєчасна госпіталізація, несвоєчасне виконання операцій, процедур і т.п.; розміщення у палаті з вмираючим хворим; вимога винагороди за виконану роботу тощо.

Суб'єктивні конфлікти часто пов'язані з розбіжністю очікувань пацієнта з реальністю. Приводом може служити невідповідне уявлення про належну поведінку медичного персоналу (грубість, нечемність), проведення процедур (нерегулярність, непунктуальність, недбалість), санітарно-гігієнічні умови перебування в стаціонарі (бруд, шум, запах), неправильна діагностика або неправильне призначення терапії тощо.

Нереалістичні конфлікти мають на меті відкрите вираження накопичених негативних емоцій, образ, ворожості, – коли гостра конфліктна взаємодія стає не засобом досягнення конкретного результату, а самоціллю [1]. Цей конфлікт нерідко зумовлений упередженим ставленням пацієнта до медичної служби в цілому або до окремого лікаря зокрема.

Розглянемо причини і умови виникнення конфліктів в медицині. Слід зазначити, що процес надання медичної допомоги включає різні види взаємин у тріаді «лікар-пацієнт-суспільство» (інформаційні,

економічні, правові, етичні та ін.), а також різні типи соціальної взаємодії – конкуренція, кооперація, конфлікт з урахуванням набору функцій кожного з них.

Однією з форм реалізації взаємовідносин соціальних суб'єктів в медичній сфері є конфлікт, який виступає як інтерперсональний спосіб розвитку соціального інституту медицини.

Суб'єктами медичної практики, які беруть участь в конфліктних ситуаціях, є медичні працівники, пацієнти, медичні колективи в цілому, групи підтримки, які приймають сторону пацієнта і інших учасників, що входять у сферу медичної діяльності.

Рівень конфліктогенності взаємин лікаря і пацієнта залежить від матеріально-технічної бази лікувального закладу; кваліфікації медичного персоналу; якості та вартості послуг, що надаються; оцінки пацієнтом об'єктивних і суб'єктивних складових медичної допомоги.

Сторонами конфлікту в медицині у міжособистісних конфліктах є: лікар – пацієнт; лікар – лікар; лікар – адміністратор; у міжгрупових: адміністрація – пацієнт, лікар – родичі пацієнта, адміністрація (юридична особа) – пацієнт (позивач у суді).

Предметом конфлікту в медицині виступають: об'єктивні причини (які не залежать від лікаря): організаційно-технічні, фінансові (економічні); суб'єктивні причини (залежні від лікаря): інформаційно-деонтологічні, діагностичні, лікувально-профілактичні, тактичні.

Найбільш поширеними способами вирішення конфліктів у медичній практиці виступають: досудовий (вирішення конфлікту на первинному рівні лікар – пацієнт, завідувача відділенням, адміністрації); судовий (органами державної юрисдикції; органами недержавної юрисдикції). Способи вирішення конфліктів призводять до відповідних типових результатів вирішення конфлікту: розв'язання конфлікту на досудовому рівні; виконання рішення суду [4].

Слід зазначити, що конфліктна поведінка серед пацієнтів притаманна особам передпенсійного або пенсійного віку, які мають невисокий рівень освіти, невпорядковане особисте життя, мало комфортні побутові умови. Серед них значна частка тих, хто, незважаючи на незадовільний стан здоров'я, змушені працювати іноді навіть понад звичайну норму навантаження, встановлену за фахом або віком.

Суб'єктами конфліктів в медичній практиці частіше стають громадяни з низьким рівнем доходів, що обмежує їх можливості в отриманні оплачуваних (або частково оплачуваних) видів медичної допомоги та лікування якісними та ефективними лікарськими засобами.

Соціально-економічні характеристики медичних працівників та їх партнерів з конфліктної взаємодії (пацієнтів) практично аналогічні. Відмінності виявлені в тому, що у конфлікт часто вступають лікарі, які мають високу професійну кваліфікацію. Незважаючи на усвідомлений вибір спеціальності і значний досвід роботи з людьми, низька заробітна плата, часто відповідна лише рівню прожиткового мінімуму, є од-

ним з основних чинників, що визначає соціо-психологічний дискомфорт лікарського персоналу і впливає на характер інтерсу'єктних взаємин у момент надання медичної допомоги.

Одним з перших кроків у вирішенні конфліктів є факт визнання існуючих протиріч. Коли наявність протиріч визнають обидві сторони, необхідно визначити предмет спору; окреслити межі взаємних претензій; виявити позиції сторін.

Все це відкриває наступну стадію у розвитку конфлікту – стадію спільного пошуку варіантів її вирішення. Спільний пошук виходу з конфліктної ситуації передбачає дотримання низки умов: відокремлення реальних причин конфлікту від інциденту (формальний привід для початку зіткнення); концентрація уваги на існуючі проблеми, а не на особистих емоціях; діяти за принципом «тут і зараз» – тобто вирішувати проблеми, які безпосередньо стали причиною даного конфлікту, не згадуючи інші спірні події та факти; створювати обстановку рівної участі у пошуках можливих варіантів врегулювання конфлікту; говорити тільки за себе; вміти чути і слухати іншого; дотримуватися шанобливе ставлення до особистості опонента – говорити про факти і події, а не про якість тієї чи іншої особистості; створювати клімат взаємної довіри і співпраці [5].

Багато організаційних конфліктів у медичному середовищі легше попередити, ніж вирішити. Оскільки центральною фігурою конфліктів є особистість, то така профілактика має бути особистісно-орієнтованою.

Серед значущих організаційно-управлінських умов, що сприяють зниженню конфліктності, можна виділити також корекцію суб'єктивних (внутрішніх) умов конфліктності фахівця-медика в ході індивідуальної роботи; створення організаційно-управлінських умов, що сприяють зниженню проявів конфліктності.

Висновки. Для різних галузей медичної діяльності провідними є різні види конфліктів: скорочення тривалості лікарського прийому є головним чинником конфліктогенності в системі відносин «медичний персонал – пацієнт» на амбулаторно-поліклінічному прийомі; в судово-медичній практиці ситуацію конфліктної взаємодії суб'єктів медичної практики формують результати експертизи; в стоматологічній практиці головним конфліктогенним чинником є невідповідність ціни і якості послуги; в фармації конфлікт лікаря і фармацевта – це конфлікт професіоналів, який може бути позитивним, а конфлікт пацієнта і фармацевта – це конфлікт професіонала і непрофесіонала, який непродуктивний, але може бути вирішений шляхом більш повного інформування пацієнта; з тих видів конфліктів, які існують в медичній науці, найбільше соціальне значення мають конфлікти в клінічних дослідженнях, оскільки вони провокують ризики для досліджуваних.

Список використаних джерел

1. Гришина Н.В. Психология конфликта. – СПб.: Питер, 2001. – 464 с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).
2. Дмитриев А.В. Конфликтология. – М.: Альфа-М, 2003. – 336 с.
3. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 368 с.: ил. – (Серия «Практикум по психологии»)
4. Конфликтология / Под ред. А.С. Кармина; изд. 2-е, испр. – СПб.: Изд-во «Лань», 2000. – 448 с., ил.
5. Майерс Д. Социальная психология / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 688 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).

Spysok vykorystanykh dzherel

1. Gryshyna N.V. Psyhologija konflykta. – SPb.: Pyter, 2001. – 464 s.: yl. – (Seryja «Mastera psyhologyy»).
2. Dmytryev A.V. Konflyktologija. – M.: Al'fa-M, 2003. – 336 s.
3. Emel'janov S.M. Praktykum po konflyktologyy. SPb.: Yzd-vo «Pyter», 2000. – 368 s.: yl. – (Seryja «Praktykum po psyhologyy»)
4. Konflyktologija / Pod red. A.S. Karmyna; yzd. 2-e, yspr. – SPb.: Yzd-vo «Lan'», 2000. – 448 s., yl.
5. Majers D. Socyal'naja psyhologija / Per. s angl. – SPb.: Yzd-vo «Pyter», 2000. – 688 s.: yl. (Seryja «Mastera psyhologyy»).

Volchenko Eu.**DETERMINANTS, LEVELS AND CONDITIONS OF CONFLICTS IN THE MEDICAL FIELD**

The article reveals the determinants, levels and conditions of conflicts in medical professionals. It is shown that different types of conflicts are leading for different branches of medical activity: reduction of the duration of medical reception is the main factor of conflict in the system of relations "medical staff - patient" at the outpatient clinic; in forensic practice, the situation of conflict interaction of the subjects of medical practice is formed by the results of the examination; in dental practice, the main conflict-causing factor is the mismatch between price and quality of service; in pharmacy, the conflict between doctor and pharmacist is a conflict of professionals, which can be positive, and the conflict between patient and pharmacist is a conflict between professional and non-professional, which is unproductive, but can be resolved by more fully informing the patient; Of the types of conflicts that exist in medical science, the most socially important are conflicts in clinical trials, because they provoke risks for the subjects.

Keywords: *medical specialists, conflict, determinants of conflicts, levels of conflicts, conditions of conflicts, conflictological competence*