

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

БІДУЧАК АНЖЕЛА СТЕПАНІВНА



УДК: 614.2:316.485.6.001.57

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ
ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ
КОНФЛІКТАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Реферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук
у галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 222 Медицина
(наукова спеціальність 14.02.03 «Соціальна медицина»)

Робота виконана в ДВНЗ «Буковинський державний медичний університет», МОН України.

Офіційні опоненти:

докторка медичних наук, професорка **ДЕЦИК Орина Зенонівна**, завідувачка кафедри громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету;

доктор медичних наук, професор **ЗЮКОВ Олег Леонідович**, медичний директор Державної наукової установи «Центр інноваційних технологій охорони здоров'я» Державного управління справами;

доктор медичних наук, професор **ЛЮБІНЕЦЬ Олег Володимирович**, завідувач кафедри громадського здоров'я ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Обґрунтування вибору теми дослідження. Здоров'я є однією з основних потреб і невід'ємним правом людини. Ця ціннісна установка – соціально-психологічний орієнтир, який визначає мотиваційну поведінку індивідів, соціальних груп і суспільства в цілому, що відбивається в соціальній політиці держави (Даниленко НВ., 2021; Соловійова ОМ., Сьоміна ВА., 2022).

Реформування державної системи охорони здоров'я відбувається більше 10 років, але всупереч очікуванням супроводжується наростанням протиріч і конфліктогенності в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), зниженням ступеня задоволеності пацієнтів і лікарів якістю наданої медичної допомоги, що є основними критеріями обґрунтованості і правильності обраного напрямку реформ. Це свідчить про неблагополуччя в соціально значущій сфері охорони здоров'я (Барзилович АД., 2020; Галай ВО., 2022).

Незважаючи на констатацію того, що конфлікт є непереборним явищем в житті суспільства, колективу і кожної людини, він забезпечує їх прогрес і поступальний розвиток. Однак конфліктні ситуації в ЗОЗ оцінюються учасниками і сторонніми спостерігачами цих процесів як небажані, що вимагають негайного вирішення. Стрес, що виникає в суб'єктів конфліктної взаємодії, ускладнює міжособистісне спілкування, знижує якість проведеного лікування, негативно впливає на психо-фізіологічний стан медичних працівників, підвищує соціальну напругу в середовищі надавачів та отримувачів медичних послуг (Лійка В., 2019; Заїка В., 2022).

Конфлікти в ЗОЗ лише зовні носять локальний характер. Функціонально вони тісно пов'язані з тими процесами і суперечностями, які становлять головний зміст соціальних змін у суспільстві.

Медичні працівники тривалий час знаходяться в складній соціальній і професійній ситуації. Незважаючи на реформування галузі, ще до початку військових подій, цей процес відбувався зі складнощами, які відбиваються й в теперішній час на діяльності закладів охорони здоров'я й відчуються кожним медичним працівником, та призводять до зниження емоційного фону, стану внутрішньої тривоги та професійної незадоволеності. Низька оплата праці медичних працівників знижує мотивацію до якісного виконання своїх професійних обов'язків. Найчастіше соціальні та побутові проблеми екстраполуються учасниками конфлікту на процес міжособистісного спілкування, що сприяє зростанню конфліктності в ЗОЗ (Поляк КЮ., 2020; Adashi EY., Cohen IG., Elberg JT., 2022).

За умов воєнного стану психоемоційне та фізичне навантаження на медичних працівників значно зросло внаслідок руйнування інфраструктури ЗОЗ, підвищення попиту громадян на певні види медичної допомоги, які були менш затребувані в мирний час, міграції медиків в межах та за межі країни, а також переміщення частини медичних працівників на військову службу. Психоемоційний стан населення, постраждалого внаслідок масштабної епідемії COVID-19 та війни, характеризується нестабільністю, що може негативно

впливати на зміст відносин при спілкуванні з працівниками сфери охорони здоров'я.

Із часів проведення реформ невирішеними питаннями залишаються виявлення причин виникнення конфліктів в ЗОЗ, організація моніторингу процесів конфліктної взаємодії та їх наслідків, вибір адекватних методів і технологій управління конфліктами, що обумовлює актуальність проблеми.

Актуальність проблеми значною мірою посилюється достатньо жорстким регулюванням організації розгляду звернень громадян з медичних питань на нормативному рівні за умов недосконалої правової підтримки лікаря на випадок виникнення конфліктної ситуації.

Проблемам управління конфліктами в сфері охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та іноземних авторів: О. В. Устінова (2019), Є. Є. Волченко (2020), В. Заїки (2022), Jerng J. S., Huang S. F., Liang H. W., Chen L. C., Lin C. K., Huang H. F., et al. (2022). Однак недостатньо висвітленими залишаються питання запобігання конфліктам в закладах охорони здоров'я, удосконалення організації роботи зі зверненнями громадян, контролю ризиків виникнення конфліктів з боку керівників закладів охорони здоров'я, а також внеску зовнішніх детермінант у розвиток та вирішення конфліктних ситуацій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, – засобів масової інформації, вищих органів управління охороною здоров'я, що підтвердило доцільність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є результатом самостійного дослідження автора та відповідає темі науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Буковинського державного медичного університету «Обґрунтування та розробка медико-соціальних технологій профілактики основних неінфекційних захворювань» (№ держреєстрації 0120U102625, термін виконання 2020-2024 рр.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробку та впровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні **завдання**:

- провести теоретичний аналіз наукових літературних джерел з міжнародних та вітчизняних підходів до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я;

- дослідити стан нормативно-правового регулювання конфліктів у сфері охорони здоров'я України;

- дослідити стан організації роботи зі зверненнями громадян в Україні та в закладах охорони здоров'я Чернівецької області;

- дослідити фактори виникнення конфліктів та технології управління конфліктами в закладах охорони здоров'я Чернівецької області;

- здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я;

- упровадити окремі елементи концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на різних рівнях управління галуззю та провести експертну оцінку її ефективності.

Об'єкт дослідження: система управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Предмет дослідження: нормативно-правове регулювання конфліктів в охороні здоров'я; стандарти акредитації закладів охорони здоров'я; організація роботи зі зверненнями громадян закладів і органів управління охороною здоров'я; міжособистісні відносини в колективах закладів охорони здоров'я; стилі конфліктної поведінки працівників; задоволеність пацієнтів медичним обслуговуванням; комунікативні схильності медичних працівників.

База наукового дослідження: заклади охорони здоров'я Чернівецької області (8 од.), Чернівецький інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, Головне управління статистики у Чернівецькій області.

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження:**

- *системного підходу і аналізу* – для проведення комплексного аналізу системи управління конфліктами в закладі охорони здоров'я як багатокомпонентної відкритої системи, складові якої взаємопов'язані між собою та зовнішнім середовищем;

- *бібліосемантичний* – для проведення теоретичного аналізу наукових літературних джерел з міжнародних і вітчизняних підходів до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я;

- *контент-аналізу* – з метою проведення змістовного вивчення нормативно-правових актів з питань врегулювання конфліктів в медицині;

- *соціологічний (анкетне опитування)* – для вивчення міжособистісних відносин в медичному колективі, стилю конфліктної поведінки медичних працівників, задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням, виявлення комунікативних схильностей медичних працівників;

- *медико-статистичний* – для збору, обробки і аналізу отриманої під час дослідження кількісної інформації;

- *графічний* – для візуалізації цифрової та текстової інформації;

- *концептуального та описового моделювання* – для обґрунтування та опису концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я;

- *функціонально-структурного моделювання* – для розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я;

- *експертних оцінок* – для проведення оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної

функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, суттєвими інноваційними елементами якої стали:

1) попередження і конструктивне врегулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я шляхом запровадження механізму посередництва – медіації, який забезпечується підготовкою професійних медіаторів в закладах вищої медичної освіти та доповненням функцій відповідальної особи за звернення громадян департаменту охорони здоров'я діяльністю з медіації;

2) запровадження додаткових стандартів акредитації закладів охорони здоров'я з питань запобігання та врегулювання конфліктів;

3) удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я і медичних працівників при взаємодії з засобами масової інформації;

4) експертна допомога медичному працівникові в конфліктних ситуаціях профільними професійними асоціаціями;

5) підвищення рівня компетентностей керівників з управління конфліктами та формування й підтримки високого рівня організаційної культури в закладах охорони здоров'я;

6) підвищення рівня комунікативних і морально-етичних компетентностей медичних працівників;

7) активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів на всіх рівнях управління сферою охорони здоров'я;

8) Комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Удосконалено підходи до організації роботи зі зверненнями громадян в закладі охорони здоров'я, підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до дослідження систем управління в охороні здоров'я на державному, галузевому, регіональному та місцевому рівнях в частині аналізу функцій з профілактики та врегулювання конфліктів.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема, управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Практичне значення роботи полягає в тому, що її результати стали підставою для впровадження окремих елементів на галузевому, регіональному та місцевому рівнях управління:

а) на галузевому та регіональному рівні матеріали дослідження використано при підготовці:

- методичних рекомендацій «Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект» № 2-2024/Бідучак А. С.

- інформаційного листа «Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я» № 7-2024/Бідучак А. С.

- раціоналізаторських пропозицій: «Функціонально-організаційна модель профілактики та управління конфліктами в медичній організації» № 29/23/Бідучак А. С.; «Алгоритм управління конфліктами в медичній організації» №30/23/Бідучак А. С.

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 123157 «Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions)». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 24.01.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 123158 «Distribution of offensive information concerning medical workers on internet». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 24.01.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 124108 «Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт»». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 23.02.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 125450 «Analysis of the emergence of conflicts in the doctor-patient system». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 08.04.2024 р.;

- свідоцтва про реєстрацію авторського права на твір: № 125449 «Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури)». Автор: Бідучак А. С. Дата реєстрації: 08.04.2024 р.;

- при використанні одержаних результатів у навчальному процесі профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України (акти впровадження – 3 од.)

б) *на місцевому рівні:*

- при використанні одержаних результатів у діяльності закладів охорони здоров'я Чернівецької області, що засвідчено актами впровадження протягом 2023-2024 рр. (усього 18 од.).

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно здійснений інформаційний пошук, визначені мета і завдання, розроблена програма дослідження, обрані методологічні підходи до вирішення поставлених завдань, здійснено збір та викопіювання даних, їх обробка, аналіз та узагальнення отриманих результатів та виконані заплановані завдання на усіх етапах дослідження. Розроблені анкети для опитування респондентів, обґрунтовано та здійснено медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, впроваджено її окремі елементи на галузевому, регіональному та місцевому рівні, організовано проведення експертної оцінки її ефективності. Узагальнено отримані результати, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації.

У роботах, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає в висуванні ідеї написання статті/тез, постановці завдань, збиранні даних, написанні основної частини, проведенні формального медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів та підготовці висновків.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження доповідались, обговорювались:

- на міжнародному рівні:

- Actual Priorities Of Modern Science, Education And Practice Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference. Paris, France, March 29 – April 01, 2022;

- II International Scientific and Theoretical Conference. Valencia, Kingdom of Spain: European Scientific Platform. September 16, 2022;

- Modern vision of implementing innovations in scientific studies: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, March 31, 2023;

- Modernization Of Science And Its Influence On Global Processes. III International Scientific and Theoretical Conference. Bern, Swiss Confederation: European Scientific Platform. April 14, 2023;

- IV International Scientific and Theoretical Conference. Coventry, United Kingdom. July 14, 2023;

- II International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations Antwerp, Kingdom of Belgium. 2023;

- The latest information and communication technologies in education. Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference. Florence, Italy. November 27-29, 2023.

- на державному рівні:

- міжнародна науково-практична конференція: Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах. Полтава, 21 грудня 2022 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики. м. Кропивницький, Україна, 10 березня 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень. V Міжнародна наукова конференція, м. Київ, 24 лютого, 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: «Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства» 28 квітня 2023 р., м. Рівне, Україна;

- міжнародна мультидисциплінарна наукова інтернет-конференція: Світ наукових досліджень. м. Тернопіль, Україна – м. Переворськ, Польща, 16-17 лютого 2023 р.;

- всеукраїнське науково-педагогічне підвищення кваліфікації «Роль соціального та емоційного інтелекту як найважливіших soft-skills XXI століття в освітньому процесі» 6 березня – 16 квітня 2023 р.;

- міжнародна науково-практична конференція: Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності. 22 грудня 2023 рік м. Одеса, Україна;

- міжнародна науково-практична конференція: Матеріали підсумкової 104-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, (м. Чернівці, 6, 8, 13 лютого 2023 р.) Чернівці: Медуніверситет, 2023;

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 44 наукові роботи (13 – одноосібно), з них: 16 статей у наукових фахових виданнях України, 6 у науко-метричних виданнях Scopus та Web of Science, з яких 3 – у виданнях з імпаکت-фактором Q₃, 1 – у закордонному виданні; 17 тез – у збірниках наукових

праць, матеріалах конференцій; монографія; інформаційний лист; методичні рекомендації; 2 раціоналізаторські пропозиції.

Обсяг і структура роботи. Повний текст дисертаційного дослідження викладений на 385 сторінках друкованого тексту, з них основного – 280 сторінок, складається з вступу, семи розділів, висновків, списку використаної літератури, який налічує 272 од. (з них 227 – кирилицею та 45 латиницею), 5 додатків, ілюстрована 26 таблицями та 77 рисунками.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У першому розділі «Міжнародні та вітчизняні підходи до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я (огляд літератури)» представлено результати бібліосемантичного дослідження наукових літературних джерел, довідкових матеріалів, нормативно-правових документів з питань управління конфліктами в закладах охорони здоров'я, проаналізовано вітчизняні та світові інформаційні ресурси за обраною темою дослідження.

Вивчено детермінанти конфлікту медицини та суспільства, проаналізовано основні причини виникнення конфліктів та способи розв'язання конфлікту між лікарем і пацієнтом, підходи до вирішення конфлікту в сфері охорони здоров'я в країнах світу, зокрема, Євросоюзу та Україні, роль засобів масової інформації (ЗМІ) в конфлікті при наданні медичної допомоги.

Установлено, що конфлікти, як правило, є складними і можуть виникати на різних рівнях та в різних сферах економічної діяльності. Немає системи, де не відбувалися б конфлікти. Оскільки сфера охорони здоров'я реформується та наближається до людей, необхідно використовувати різні механізми управління конфліктами, зокрема, які базуються на комунікації та проведенні діалогу, з метою зменшення кількості конфліктних ситуацій.

Показано, що конфлікт між лікарем і пацієнтом є складним і особливим процесом і може виникати в різних сферах діяльності, оскільки його ключовими елементами є життя та здоров'я людини. Це вказує на необхідність знаходження конструктивних шляхів співробітництва для досягнення ефективного вирішення конфліктів та покращення якості медичних послуг.

Визначено, що роль ЗМІ в медичних конфліктах є значною. Вони формують громадську думку, впливають на сприйняття і розвиток конфлікту, а також визначають образи і ролі учасників цих конфліктів. Водночас ЗМІ часто стають джерелом неправдивої інформації в соціальних медіа про роль в ньому лікаря, посилюючи тим самим конфлікт.

Констатовано, що в закладах охорони здоров'я, де реалізується система відносин «лікар-пацієнт», панує конфліктне середовище, що обумовлено руйнівною поведінкою з боку пацієнта, а з іншого боку – ринками відносин в охороні здоров'я, де економічні цінності домінують над етичними і створюють

зацікавленість надавачів медичних послуг у більшій кількості хворих, ніж здорових пацієнтів.

Проведений бібліографічний і семантичний аналіз обраних матеріалів, результати якого аргументовано довели необхідність обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

У *другому розділі* «Програма, матеріали, методи і обсяг дослідження» з використанням системного підходу представлено спеціально розроблену програму дисертаційного дослідження, реалізація якої передбачала сім послідовних організаційних етапів (рис. 1), завдяки яким отримано дані про систему управління конфліктами в закладах охорони здоров'я, що вже запроваджена в медичній сфері України, та використано їх для досягнення цілі запланованого дослідження.

Перший етап присвячувався теоретичному аналізу причин виникнення конфліктів у медицині та їх способам вирішення між лікарем та пацієнтом, проаналізовано різноманітні підходи до вирішення конфлікту в сфері охорони здоров'я країн світу та в Україні, окреслено роль ЗМІ в конфлікті під час надання медичної допомоги. Отримані результати підтвердили правильність вибору мети і напряму дослідження та доцільність наукового пошуку моделі для більш ефективного застосування відомих практик управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, враховуючи відносини різних сторін конфлікту.

Проаналізовано вітчизняні та світові інформаційні ресурси з баз даних Medline, Pubmed, Medscape, Googlescholar, матеріали ВООЗ за темою дослідження. В якості довідкових матеріалів використано 272 джерела наукової, нормативно-правової, довідкової, статистичної інформації (з них 45 од. – англомовні), вітчизняні наукові праці – 227 од., законодавчі й нормативно-правові документи – 21 од.

Результати першого етапу дослідження представлені у першому розділі дисертації.

Результати першого етапу дозволили на *другому етапі* остаточно окреслити напрям наукової роботи, визначити мету, завдання, об'єкт і предмет, зміст і структуру та обсяг інформаційних матеріалів, методологію та методичний апарат дослідження, розробити його програму та анкети соціологічного дослідження, провести збір первинної інформації. На даному етапі відбувся також вибір бази наукового дослідження – обрано багатопрофільні лікарні (3 од., серед них – 1 обласна та 2 БЛІЛ) та центри первинної медико-санітарної допомоги (5 од.) Чернівецької області, де відвідуваність і перебування пацієнтів у закладах цих типів обумовлюють тісний контакт з охороною здоров'я і можуть бути причинами конфліктів. Ураховувалась також згода керівників закладів охорони здоров'я провести дослідження автором у підпорядкованих їм закладах.

Результати другого етапу дослідження представлені в другому розділі дисертації.

| | | | |
|---|--|--|---|
| I етап | Міжнародні та вітчизняні підходи до управління конфліктами в закладах охорони здоров'я (огляд літератури) | | |
| Джерела: наукова література (усього 272 джерела, з них: 45 – іноземних авторів, джерела Інтернет-мережі, Medline, Pubmed, Medscape тощо). | | | |
| I етап | Вибір напряму дослідження, визначення мети, завдань, обґрунтування методів та обсягу дослідження | | |
| Вибір мети, визначення завдань, обґрунтування методів і обсягів дослідження | Розробка опитувальника для соціологічного дослідження серед пацієнтів (1 примірник) | Розробка анкет для соціологічного дослідження серед медичних працівників, керівників ЗОЗ, експертів (3 примірника) | |
| III етап | Системний аналіз нормативно-правового регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України | | |
| Нормативно-правові акти з питань регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України за 2005-2022 рр. (21 од.) | | | |
| IV етап | Аналіз організації роботи зі зверненнями громадян в Україні та в закладах охорони здоров'я Чернівецької області | | |
| - звіти МОЗ України – 10 од.; - звіти ДООЗ Чернівецької області – 7 од.; - Статути ЗОЗ – 27 од.; - Колективні договори ЗОЗ – 27 од.; - річні плани роботи ЗОЗ та їх структурних підрозділів – 463 од.; - положення про структурні підрозділи ЗОЗ – 80 од. | | - журнали обліку особистого прийому громадян – 9 од.; - журнали реєстрації звернень громадян – 9 од.; - розпорядчі документи – 79 од.; - звіти щодо роботи зі зверненнями громадян – 191 од.; - протоколи засідань оперативних нарад у керівника ЗОЗ – 707 од. | |
| V етап | Аналіз факторів виникнення конфліктів та технологій управління конфліктами в закладах охорони здоров'я Чернівецької області | | |
| Анкета для керівників закладів охорони здоров'я «Діагностика міжособистісних відносин в медичному колективі» – 92 од. | Анкета для лікарів «Стиль конфліктної поведінки в закладі охорони здоров'я» – 522 од. | Анкета для пацієнтів «Визначення задоволеності пацієнта якістю медичної допомоги та причин конфліктів в закладі охорони здоров'я» – 1146 од. | Виявлення комунікативних схильностей (КОС-2) за методикою В. В. Синявського, Б. А. Федоришина – 387 од. |
| VI етап | Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я | | |
| Результати теоретичного та власного дослідження | | | |
| VII етап | Упровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами на різних рівнях управління галуззю та експертна оцінка її ефективності | | |
| На галузевому рівні: - інформаційний лист – 1 од.; - методичні рекомендації – 1 од.; - раціоналізаторські пропозиції – 2 од.; - авторські свідоцтва про нововведення, науковий твір – 5 од.; - матеріали до навчальних програм профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України (акти впровадження – 3 од.) | | На регіональному рівні: - матеріали дослідження використані в діяльності ЗОЗ Чернівецької області (акти впровадження – 21 од.). Оцінка ефективності моделі: - карти експертних оцінок – 34 од. | |
| Методи дослідження: системного підходу і аналізу (I–VI); бібліосемантичний (I, III, VI); контент-аналізу (III); соціологічний (анкетне опитування) (V–VI); медико-статистичний (II, IV, V, VI); графічний (IV, V, VI, VII); концептуального та описового моделювання (VI); функціонально-структурного моделювання (VI); експертних оцінок (VII). | | | |

Рис. 1. Програма, матеріали, методи та обсяг дослідження

На *третьому етапі* дослідження проведено контент-аналіз законодавчих, нормативно-правових актів щодо організації роботи зі зверненнями громадян та інших регуляторних документів в кількості 21 од. з метою дослідження нормативно-правового регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я України на різних рівнях управління нею.

Результати третього етапу представлені в третьому розділі роботи.

На *четвертому етапі* дослідження за даними звітів МОЗ України проводився медико-статистичний аналіз та узагальнення звернень громадян за встановленими формами, які затверджені наказом МОЗ України, та за формами, визначеними дорученнями Кабінету Міністрів України. Проаналізовано організацію роботи зі зверненнями громадян в Україні за 2013, 2018, 2022 роки. На основі звітів ДОЗ Чернівецької області досліджено організацію роботи зі зверненнями громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки та проведено детальний аналіз заходів з попередження медичних конфліктів, моніторингу їх динаміки в ЗОЗ Чернівецької області та наслідків врегулювання.

Джерелами інформації на даному етапі слугували установчі, розпорядчі, облікові та звітні документи: звіти МОЗ України; звіти ДОЗ Чернівецькій області; Статути Комунальних некомерційних підприємств; Колективні договори; річні плани роботи закладу та його структурних підрозділів; положення про структурні підрозділи; журнали обліку особистого прийому громадян; журнали реєстрації звернень громадян; звіти щодо роботи зі зверненнями громадян; протоколи засідань оперативних нарад у керівника ЗОЗ.

Результати четвертого етапу представлені в четвертому розділі дисертації.

На *п'ятому етапі* дослідження, було проведено визначення факторів виникнення конфліктів та застосовних технологій управління конфліктами в системах «керівник ЗОЗ-лікар-пацієнт». З цією метою досліджувались міжособистісні відносини в медичному колективі; визначались стилі конфліктної поведінки різних сторін конфлікту в ЗОЗ та комунікативні схильності медичних працівників. Проведений аналіз задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням та їх вплив на виникнення конфліктних ситуацій за спеціально розробленими анкетами трьох видів в залежності від цільових груп респондентів для керівників ЗОЗ «Стиль конфліктної поведінки в закладі охорони здоров'я», для медичних працівників «Діагностика міжособистісних відносин в медичному колективі» та пацієнтів «Визначення задоволеності пацієнта якістю медичної допомоги та причин конфліктів в закладі охорони здоров'я». Опитування тривало впродовж 2022 – 2023 рр.

Статистична обробка категорійних даних проводилась шляхом розрахунку частоти ознак на 100 опитаних та похибки ($\pm m$). Підхід до розробки власної анкети базувався на стандартній методології. Передмова із зверненням до респондентів та їх згодою на участь у дослідженні, інструкцією щодо заповнення анкети та зобов'язанням автора зберігати конфіденційність персональних даних. За віковими показниками респонденти розподілилися таким чином: до 35 років – керівники та лікарі; 18-35 років – медичні сестри; усі респонденти – 36 - 55 років та 56 років і старше. В основу розподілу покладено вікову періодизацію розвитку та саморозвитку особистості за А. В. Васильєвим (2012) в авторській обробці зважаючи, що в дану періодизацію покладені

психологічні особистості вікових періодів дорослої людини з огляду, що вони пов'язані з виникненням та розвитком конфлікту.

Також на даному етапі дослідження було обрано для використання методу В. В. Синявського, Б. А. Федоришина, яка спрямована на виявлення комунікативних схильностей (КОС-2) респондентів, та дозволила оцінити рівень розвитку комунікативних властивостей лікарів і діагностувати їх уміння брати участь у суспільних і групових заходах, здібності впливати на людей. Усього було опитано 387 лікарів ЗОЗ Чернівецької області.

Результати п'ятого етапу дослідження представлені в п'ятому та шостому розділах дисертації.

Узагальнені результати попередніх етапів дослідження із застосуванням методів концептуального та функціонально-структурного моделювання, медико-статистичного, графічного дозволили на *шостому та сьомому етапах* здійснити медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, впровадити окремі її елементи в сферу охорони здоров'я України та діяльність досліджуваних закладів і провести експертну оцінку запропонованої моделі.

Результати шостого та сьомого етапів дослідження представлені в сьомому розділі дисертації.

На всіх етапах дослідження, разом з уже перерахованими, використані методи системного підходу і аналізу.

У *третьому розділі* «Системний аналіз нормативно-правового регулювання конфліктів у сфері охорони здоров'я України» методом контент-аналізу проаналізовано нормативно-правові установчі документи з питань регулювання конфліктів (21 од.).

Установлено, що в Україні розроблена потужна нормативно-правова база з регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, яка включає в себе захист прав пацієнтів, медичних працівників, зобов'язань закладів охорони здоров'я, але водночас зазначені механізми носять обмежений характер, оскільки правові проблеми залишаються актуальними для всіх учасників медичної допомоги.

Доведено, що правові механізми скеровані в першу чергу на врегулювання конфліктів, які вже відбулися. Питання попередження конфліктів, їх недопущення в системі взаємодії «лікар-пацієнт», «керівник-медичний працівник», «ЗОЗ-пацієнт» в актуальному законодавстві України потребують доповнення й посилення.

Дослідження аспектів врегулювання конфліктів вказує на те, що кримінальна відповідальність медичних працівників є однією з найбільш обговорюваних тем у медичній та юридичній сферах. Необережність у професійних діях або неправомірна поведінка медичного працівника може мати фатальні наслідки для пацієнта; у цьому випадку медичний працівник не лише піддається суспільному осуду, але й несе кримінальну відповідальність.

Показано, що засоби адміністративного захисту виступають гарантом інтересів прав громадян у випадку розвитку конфліктних ситуацій в сфері охорони здоров'я. Адміністративний захист пацієнт може отримати в органах державної виконавчої влади, представленої як галузевими інституціями, так і структурами загальної дії, несудовими та правоохоронними органами. Разом з

тим, на кожному рівні розгляду звернень громадян існують свої особливості, пов'язані або з низьким рівнем довіри до певного органу, який надає адміністративні послуги, це, як правило, галузеві інституції нижчих ієрархічних рівнів, або з ризиками недостатньої компетентності спеціалістів з розгляду питань медичного характеру, які працюють у структурах, де відсутні виокремлені підрозділи для роботи зі зверненнями пацієнтів закладів охорони здоров'я.

Показано, що адаптація законодавства до потреб сфери охорони здоров'я є необхідною для ефективного вирішення конфліктів, підвищення якості медичних послуг та зменшення стресу серед пацієнтів і медичного персоналу. Це сприятиме покращенню загального стану системи охорони здоров'я в Україні, забезпечуючи більш гармонійні та довірливі відносини між усіма учасниками процесу медичної допомоги.

У четвертому розділі дисертаційного дослідження «Аналіз організації роботи зі зверненням громадян в Україні та закладах охорони здоров'я Чернівецької області» на основі звітів МОЗ України, НСЗУ та ДОО Чернівецької області досліджено організацію роботи зі зверненнями громадян та проведено детальний аналіз заходів з попередження медичних конфліктів, моніторингу їх динаміки та наслідків врегулювання.

Визначено, що в Україні чисельність звернень громадян з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою, зросла з 2013 по 2022 рік на 24,0%. За виокремлені роки дослідження найбільша кількість звернень до МОЗ України зареєстрована у 2022 р. і становила 22 260 од., що на 2 631 звернення більше, ніж у 2018 р. (+11,8% до 2022 р.) та на 5 330 звернень більше, ніж у 2013 р. (+24% до 2022 р.) (рис. 2).

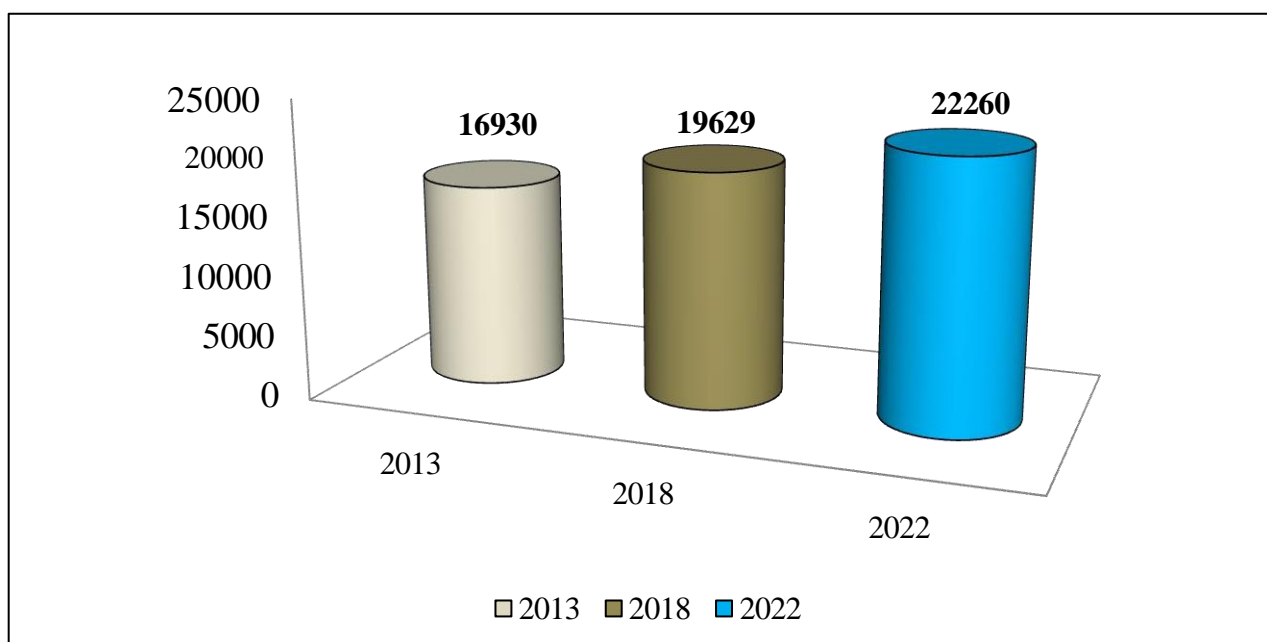


Рис. 2. Динаміка звернень громадян до МОЗ України за 2013, 2018 та 2022 роки

Це свідчить про посилення процесів демократизації суспільства, доступність для дописувачів інформаційного поля та їх активність в ньому, з одного боку, а з іншого – про зростання проблем, які не попереджаються на місцях, та про наявність умов, в яких вони виникають і розвиваються, викликаючи незадоволеність потреб споживачів у медичній допомозі та медичному обслуговуванні, особливо серед найменш соціально захищених контингентів населення.

Показано, що в Україні функціонує структурована за рівнями владна система забезпечення звернень громадян. З метою відстоювання своїх конституційно закріплених прав на медичну допомогу та охорону здоров'я громадяни активно звертаються до різних владних інституцій – Верховної ради України, Офісу Президента України, Кабінету Міністрів України, безпосередньо до МОЗ України, до НСЗУ, інших установ і організацій. Використовуються різні канали для звернень: Урядовий контактний центр України; телефонна «гаряча лінія» МОЗ України; електронне листування; безпосередні звернення.

Аналіз структури звернень громадян до МОЗ України за причинами засвідчив, що найбільша їх кількість (23,4 на 100 тис. нас. у 2013 р., 32,1 на 100 тис. нас. в 2018 р. та 21,4 на 100 тис. нас. в 2022 р.) стосувалася питань надання медичної допомоги. Провідні місця в структурі звернень, з певними коливаннями відносних показників за окремі роки, стабільно посідали кадрові питання (відповідно 14,6, 17,6 та 10,4 на 100 тис. нас.), направлення на МСЕК та ЛКК (відповідно 12,9, 11,5 та 6,5 на 100 тис. нас.). Характерно, що кількість звернень з приводу забезпечення ліками та виробами медичного призначення не тільки залишались на провідних місцях в структурі звернень (6,6, 5,4 та 7,6 на 100 тис. нас.), але й зростала, а з приводу неправомірних дій медичних працівників (відповідно 7,7, 8,5, та 7,63 на 100 тис. нас.) відрізнялась незначними коливаннями за досліджувані роки й не мала тенденції до зниження.

Виявлено, що кількість скарг в структурі звернень громадян помітно зменшилась (9,65% в 2013 році до 4,0% в 2022 році). Переважали заяви/клопотання (відповідно 88,55% та 91,5%), решта приходилася на пропозиції/зауваження.

Незважаючи на зміни в структурі, в ній стабільно утримувались звернення, які по суті були викликані або порушенням прав і захисту законних інтересів громадян в сфері охорони здоров'я (скарги) або порушеннями чинного законодавства чи недоліками в діяльності підприємств, установ, організацій (клопотання, заява).

Виявлено, що з початком функціонування Національної служби здоров'я України саме в цій структурі акумулюються звернення, пов'язані з незадоволеністю громадян якістю медичної допомоги, зокрема, низькою фінансовою її доступністю, що проявляється в відмові забезпеченості громадян лікарськими засобами на пільгових умовах, відмовами в наданні/безоплатному наданні медичних послуг із гарантованих НСЗУ пакетів, вимаганні коштів у громадян на лікування в закладах охорони здоров'я.

Аналіз роботи зі звернення громадян до Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за 2019-2023 роки показав, що за 2023 рік надійшло 14 626 од. звернень громадян, що на 46,2% більше у порівнянні з 2019 роком, коли НСЗУ щойно розпочала свою роботу (рис. 3).

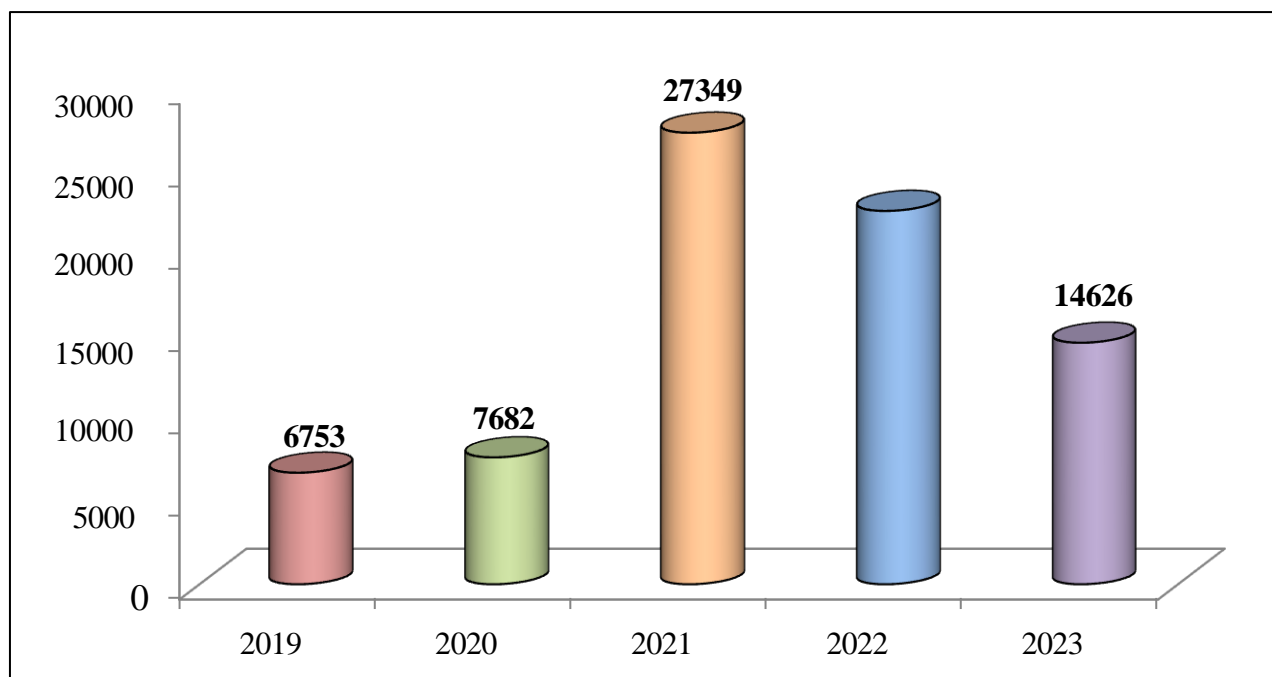


Рис. 3. Динаміка звернень громадян до НСЗУ за 2019-2023 роки

Показники кількості звернень на 100 тис. населення найвищими виявилися в 2023 році і становили 41,97 на 100 тис. нас. та в 2021 році – 33,31 на 100 тис. нас.; дещо нижчим показник спостерігався у 2022 році (27,47 на 100 тис. нас.), у 2019 році – 12,86 на 100 тис. нас. та у 2020 році – 11,67 на 100 тис. нас.

Показано, що засади державної політики щодо права громадян на звернення, зокрема, з питань охорони здоров'я та медичної допомоги, реалізуються також на рівні органів регіональної влади. Так, робота Департаменту охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації за цим напрямом формалізована управлінськими рішеннями керівника, структурована за функціями між відділами, забезпечена відповідальною особою для реагування на звернення та контролю за своєчасністю реагування на них. Громадянам доступні різні канали подання звернень.

Аналіз чисельності звернень за роками до ДОЗ Чернівецької ОДА показав, що найбільший відсоток звернень спостерігався серед жителів села у 2019 р. – 63,26% (2022 р. – 59,76%; 2015 р. – 53,27%). Серед жителів міст зареєстрований найбільший відсоток звернень у 2015 р. – 46,73% (2022 р. – 40,24%; 2019 – 36,74%) (рис. 4).

Порівнюючи кількість та відсоток звернень за досліджуваний період, спостерігається найбільший відсоток у 2019 р., який склав 12,72% в порівнянні з 2015 р. – 10,76%; та 2022 р. – 7,47%.

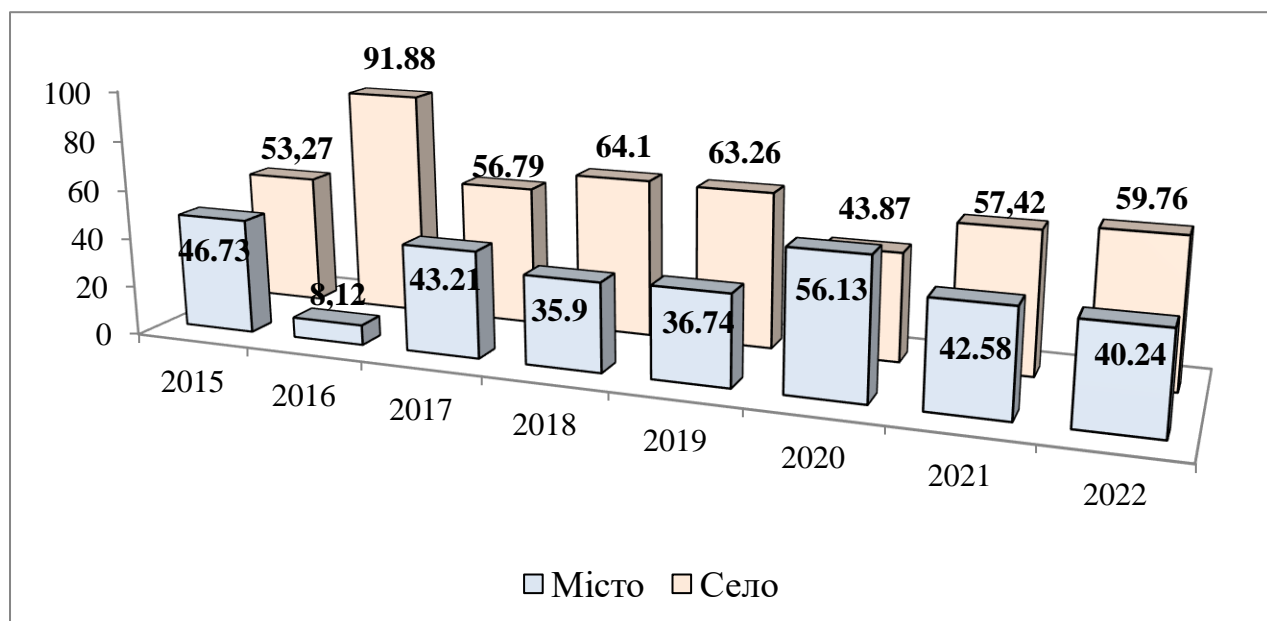


Рис. 4. Кількість звернень громадян до ДООЗ Чернівецької ОДА за територією проживання (місто-село) за 2015-2022 роки (у відсотках)

Виявлено, що структура звернень жителів Чернівецької області з питань охорони здоров'я та медичного обслуговування за рейтинговими позиціями подібна до структури звернень громадян до МОЗ України. Найбільший відсоток звернень в структурі займали питання надання медичної допомоги (65,7% у 2015 р., 46,8% у 2016 р., 57,5% у 2022 р.), забезпечення ліками та медичними виробами (24,2%-35,6%), направлення на МСЕК, ЛКК (5,1-11,4%), надання медичної допомоги в піковий період епідемії COVID-19 у 2021 році (8,7%). Зросла частка звернень з приводу неправомірних дій медичних працівників з 0,2 до 1,0%, їх грубого, формального ставлення до пацієнтів, рідних – з 0,2 до 1,3%.

Доведено, що значний обсяг роботи органів державної та регіональної влади в системі забезпечення конституційного права громадян на звернення обумовлений недоліками в діяльності безпосередніх надавачів медичної допомоги – закладів охорони здоров'я Чернівецької області. Це підтверджено даними про обмежене використання в більшості досліджуваних закладів нормативно-правових документів з питань звернень громадян, каналів зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами, порушення в процедурах реєстрації та реагування на звернення, відсутність статутно закріплених зобов'язань закладів щодо роботи зі зверненнями громадян та офіційно призначених осіб, відповідальних за роботу зі зверненнями громадян. Не в кожному закладі проводиться моніторинг звернень та реагування на них, а також аналіз структури та динаміки статистичних даних, що відображають звернення.

П'ятий розділ дисертаційного дослідження «Аналіз причин виникнення конфліктів та технологій управління конфліктами в закладах охорони здоров'я

Чернівецької області» присвячений аналізу причин конфліктної поведінки, дослідженню технологій регулювання та форм вирішення конфліктів в закладі охорони здоров'я. Відповідно до чергового завдання дослідження, проведено анкетне анонімне опитування серед обраних цільових груп (керівники закладів охорони здоров'я, медичні директори, завідувачі відділень), які висловили свою думку із зазначеної проблеми.

Результатами соціологічного дослідження встановлено, що в медичних колективах конфлікти є звичайним явищем; найчастішими причинами конфліктів, за 37,5-79,2% відповідей, в залежності від віку, керівників закладів охорони здоров'я, є ситуації з пацієнтами.

Іншими причинами конфліктів виявлені невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників.

Керівники більш старшого віку (56 років і старше) заявили про високу частоту конфліктів у 41,7% відповідей, у той час як таку саму частоту конфліктів зазначили лише 12,5% керівників віком до 35 років. Цим показано, що більш молоді керівники або не розпізнають конфлікт внаслідок нестачі досвіду, або намагаються його уникати в зв'язку з неспроможністю/небажанням його врегулювати/вирішити.

Виявлено, що найбільш активно приймають участь у конфлікті особи вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше (52,8-58,3% відповідей), а особи вікової категорії до 35 років доволі часто є пасивними спостерігачами (37,5%) та не приймають участь у конфліктах (25,0%), що перекликається з відповідями про обізнаність молодих керівників про частоту конфліктів в їх колективах. Ігнорування конфліктів керівниками свідчить про недостатню контрольованість ними конфліктів, оскільки практикується пасивне спостереження замість прийняття управлінських заходів з врегулювання та вирішення конфлікту.

Виявлено некомпетентність від 58,0% до 88,0% керівників, в залежності від віку, щодо застосування соціально-психологічних технологій врегулювання конфлікту, оскільки вони вважають, що неможливо вирішити конфлікт, не попираючи права і почуття гідності всіх учасників конфлікту. А 37,5%-41,7% керівників своїми відповідями підтвердили неспроможність прийняти обґрунтовані аргументи другої сторони конфлікту, що показало їх нездатність до переорієнтації, за необхідності, власної поведінки.

Отримані результати показали, що лише 33,3-50,0% керівників застосовують конструктивні форми участі та вирішення конфлікту.

Доведено, що частина опитаних керівників – 22,2-22,9% – на випадок виникнення конфлікту обирали співробітництво як найбільш конструктивну форму його вирішення; компроміс обрали 19,5-37,5% респондентів; але значна частка керівників обирала неефективні форми – уникнення (20,8-25,0%) та суперництво (12,5-22,2%) (рис. 5).

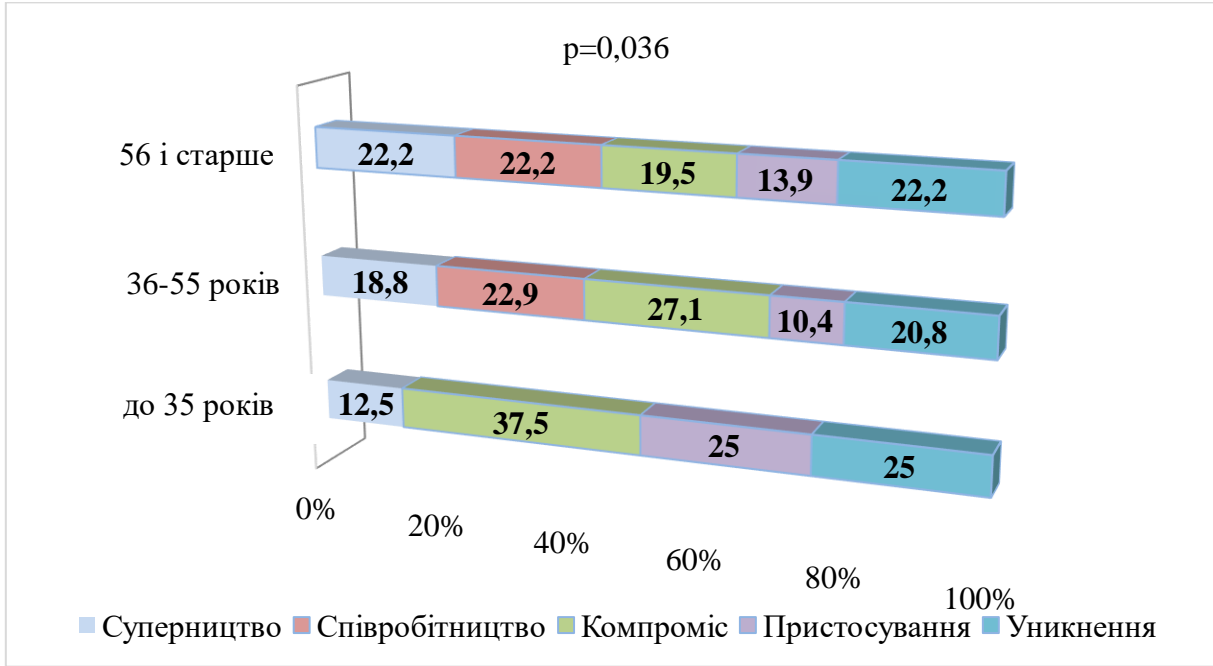


Рис. 5. Форми вирішення конфлікту керівниками закладів охорони здоров'я (у відсотках)

Незнайомі більшості керівників можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів, а саме, усім респондентам до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше.

Виявлено, що медичні працівники мають брак знань і навичок у вирішенні конфліктів, що підтверджено відповідями 100,0% керівників вікової категорії до 35 років та 83,3% керівників вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше.

Виявлено, що 42,0-50,0% пацієнтів лише частково задоволені ставленням до них медичного персоналу; 40,1-46,2% респондентів відмітили незадоволеність тривалістю очікування на прийом до лікаря більше нормативного – 30-40 хвилин; 42,3-47,8% пацієнтів тільки частково задоволені результатами медичної допомоги, а 13,6%-25,8% – взагалі ними не задоволені; 36,4-45,6% засвідчили низький рівень задоволеності санітарно-гігієнічними умовами в закладі охорони здоров'я.

З'ясовано, що, на думку 29,4-32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів в закладі охорони здоров'я є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% пацієнтів – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% пацієнтів – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% пацієнтів – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта та, за даними 30,1-31,4% опитаних, під час чергування й надання екстреної медичної допомоги (рис. 6).

Результатами дослідження показано, що 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

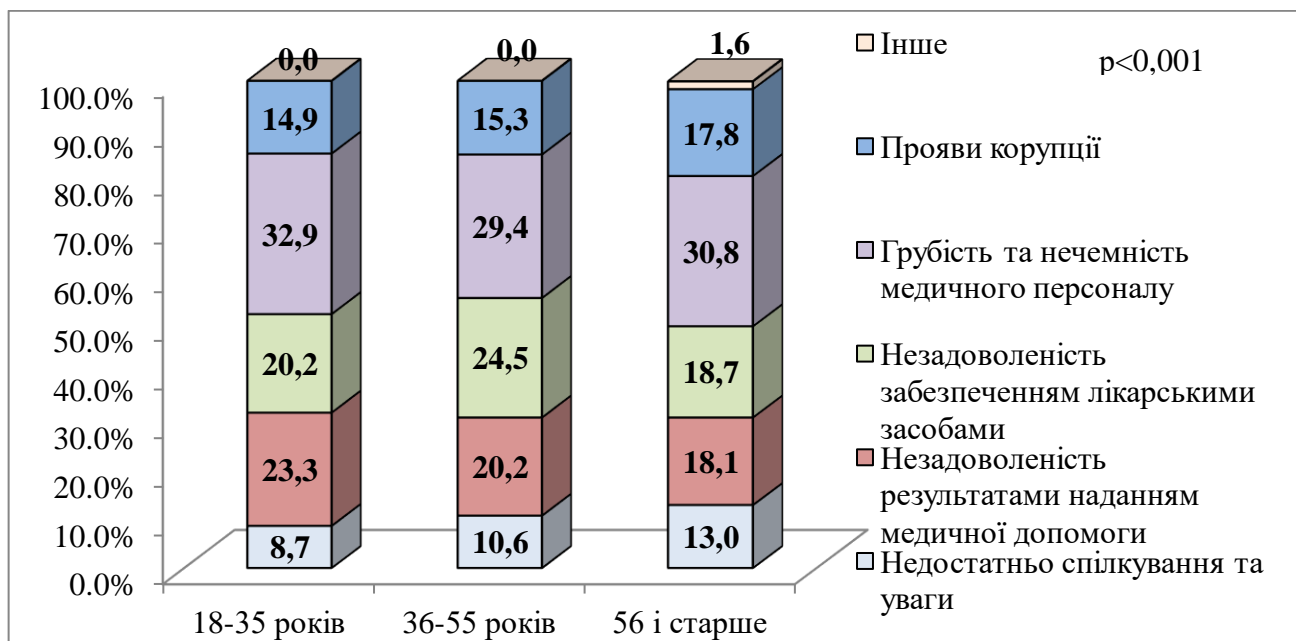


Рис. 6. Причини конфліктів у медичних колективах (у відсотках)

Доведена низька поінформованість 68,9-78,3% пацієнтів з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту та незадоволеність 35,7- 42,7% пацієнтів державним регулюванням конфліктів між лікарем та пацієнтом.

Шостий розділ дисертації «Оцінка міжособистісних відносин та комунікативних компетентностей медичних працівників» присвячений аналізу факторів, що стають причинами виникнення конфліктів безпосередньо в середовищі, де відбуваються комунікації між особами, зацікавленими в результатах медичної допомоги та задоволенні власних професійних і соціальних інтересів.

Установлено, що в медичних колективах існують високі ризики схильності до конфліктів, оскільки значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів, в залежності від віку, відзначили у себе авторитарний стиль поведінки, 4,4-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний. Домінування конформістської моделі організаційної поведінки виявлено у третини медичних працівників (від 29,9 до 34,0% лікарів і медичних сестер, в залежності від віку) (рис. 7).

За даними 67,7-69,3% респондентів, в залежності від вікової категорії, у них «можлива» схильність до конфлікту; також вважають себе конфліктними особистостями від 16,2% до 21,3%, що підтвердило вище одержані результати.

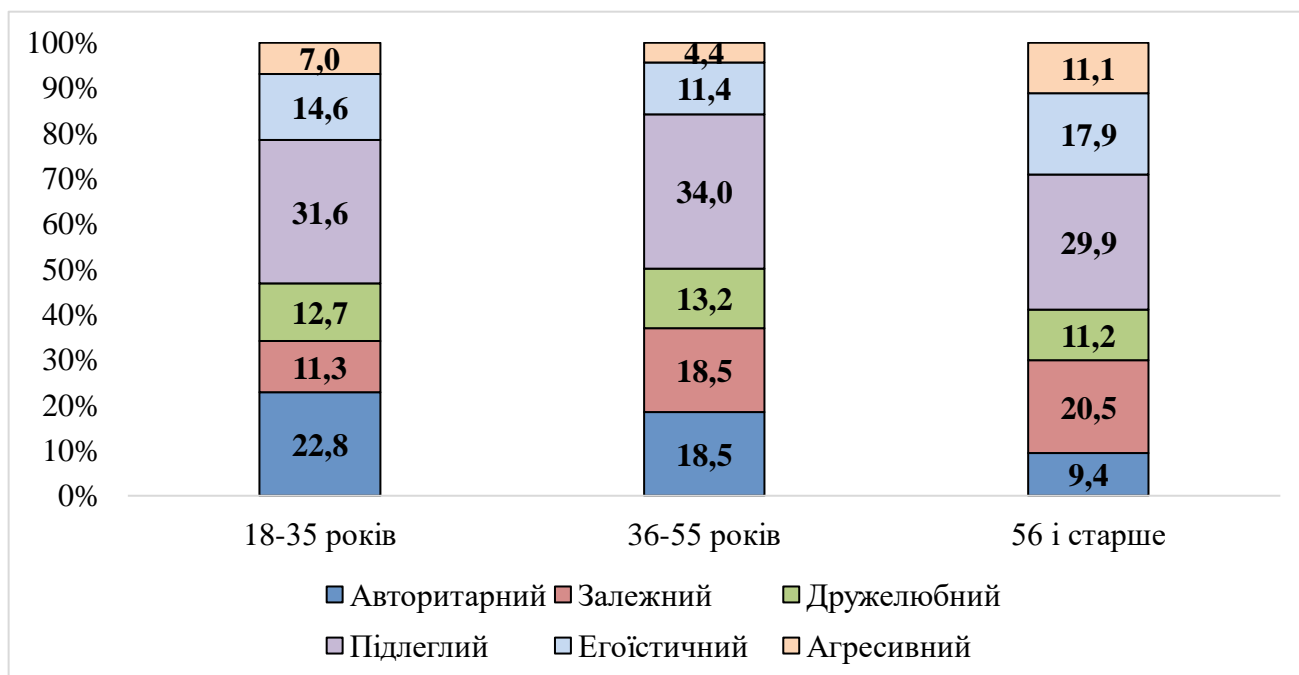


Рис. 7. Моделі організаційної поведінки за стилями в медичних колективах

Виявлено по всіх вікових категоріях середню здатність до конфлікту з оцінкою від 3-х до 5-ти балів (рис. 8): 18-35 років – 20,9-31,6%; 36-55 років – 13,8-37,6%; 56 років і старше – 19,7-31,5%. Найбільша здатність до конфлікту на рівні загалом у 5-7 балів спостерігається у вікових категоріях 18-35 років (38,7% відповідей) та 56 років і старше (38,5% відповідей); у віковій категорії 36-55 років таких відповідей було 37,9%.

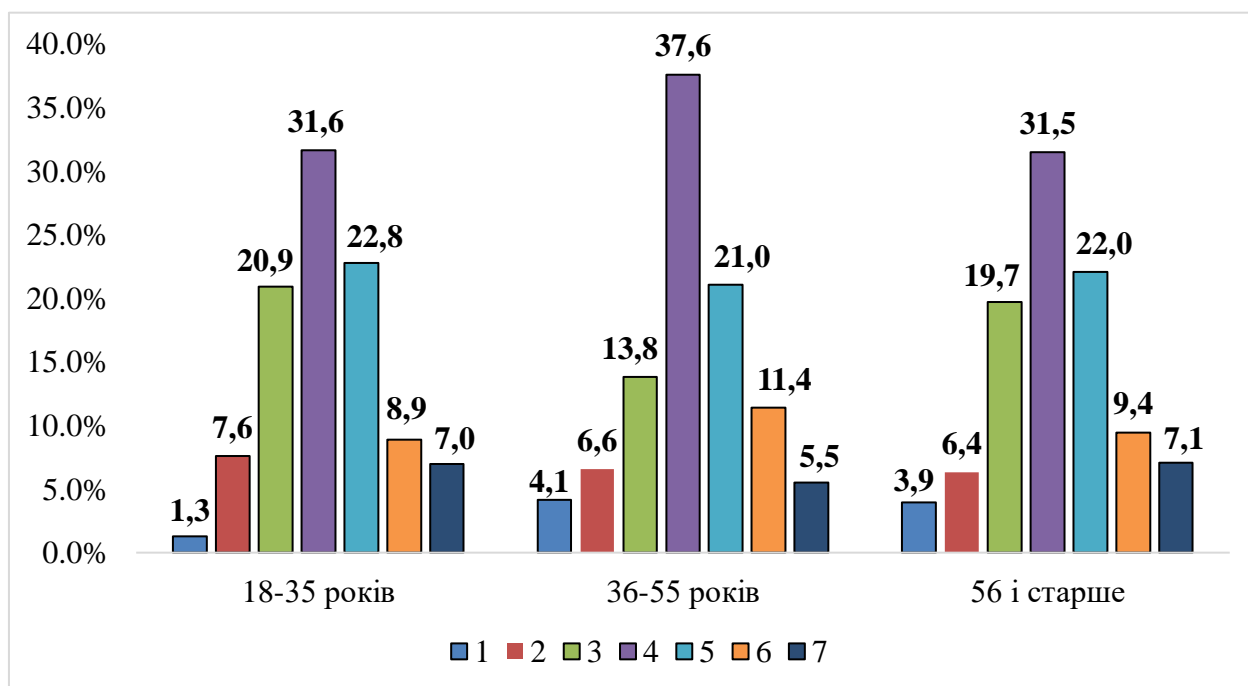


Рис. 8. Оцінка здатності до конфлікту у респондентів (від 1 до 7 балів) (у відсотках)

Виявлено, що найчастіше конфлікти виникають між лікарем та родичами пацієнта, що засвідчили відповідями 32,5% респондентів; 25,3% відповідей вказали на лікаря та пацієнта як сторони конфлікту; конфлікти між лікарями і середнім медичним персоналом виникають, за даними 16,3% респондентів, а між лікарями – за даними 14,6% опитаних; керівник і лікар конфліктують, за відповідями 11,3% учасників дослідження (рис. 9).

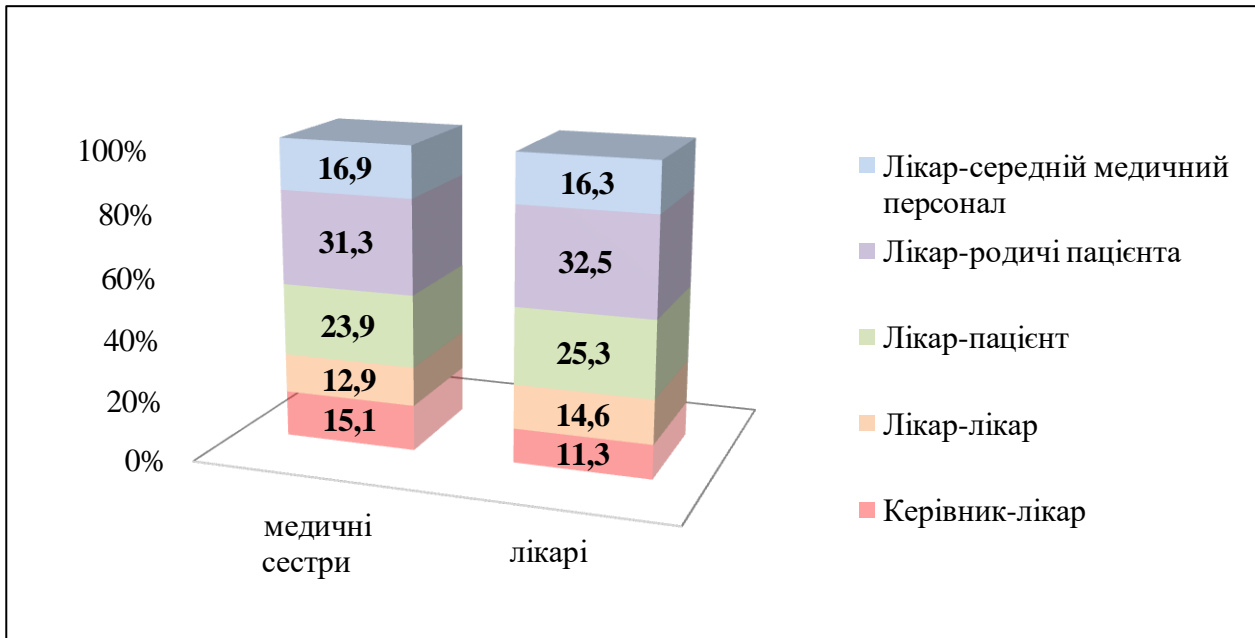


Рис. 9. Види конфліктів у медичних колективах

Показано, що причинами виникнення конфліктів між медичними працівниками в колективах виявлені: нездорова конкуренція за певні посади (37,3% відповідей лікарів, 34,7% – медичних сестер), неспроможність досягти такого ж успіху, як у колег з професійного оточення (на думку 32,1% лікарів, 40,8% – медичних сестер), високі амбіції (на думку 20,4% лікарів та 14,8% медичних сестер), які не задовольняються. Це створює ризики для здатності лікарів зосередитися на якісному виконанні своїх обов'язків, може призвести до зниження ефективності медичної допомоги пацієнтам, незадоволеності останніх як медичною допомогою, так і системою охорони здоров'я в цілому.

Виявлено, що респонденти відчувають найбільшу довіру до судових органів і особистих зв'язків (за відповідями відповідно 32,5% і 26,8% респондентів) в питаннях захисту власних інтересів на випадок виникнення конфліктної ситуації. Керівники закладів охорони здоров'я, владні та громадські організації таку довіру мають серед значно меншого про шарку респондентів (10,4% відповідей). Судовий спосіб вирішення спорів є найбільш розповсюдженим в Україні, але це зовсім не означає, що він задовольняє інтереси обох сторін.

Отримані результати в процесі вивчення міжособистісних відносин в медичному колективі покладались в основу побудови стратегії врегулювання та попередження конфліктних ситуацій, а також зниження напруженості у взаєминах між співробітниками.

Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників перебувають на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Середній рівень комунікативних здібностей виявлений у 12,7% опитаних, і лише у 18,6% респондентів він виявився високим та в 16,9% респондентів – дуже високим (рис. 10).

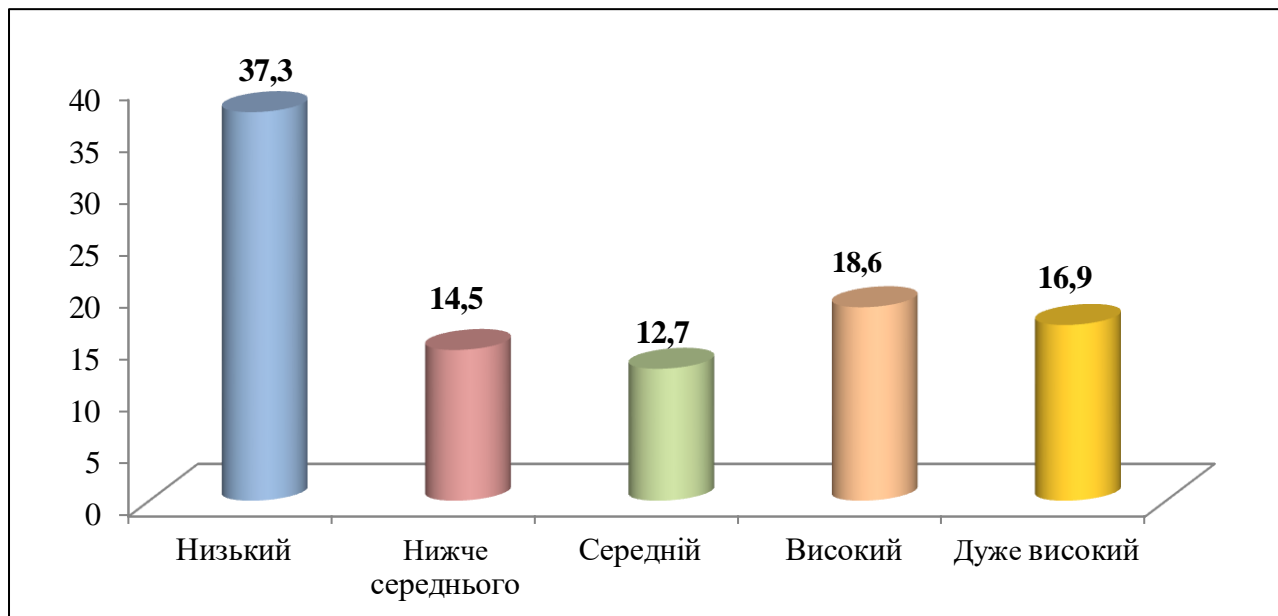


Рис. 10. Розподіл респондентів-медичних працівників за рівнями прояву комунікативних здібностей (у відсотках)

Отримані результати засвідчили недостатню комунікативну компетентність медичних працівників, що можна вважати вихідними умовами виникнення конфліктів в медичних колективах між різними сторонами, які спілкуються (лікар-лікар, лікар-пацієнт, лікар-керівник, лікар-медична сестра, лікар-родичі пацієнта).

Установлено, що для населення надзвичайно важливими серед комунікативних компетентностей медичних працівників є вміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом, проводити бесіду, вислухати і дати пораду, проявляти співчуття пацієнтові щодо його захворювання, доступно аргументувати обраний курс лікування, налаштувати на позитивний результат лікування.

Сьомий, заключний розділ дисертації «Медико-соціальне обґрунтування, розробка та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я» містить медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи управління конфліктами в ЗОЗ на основі одержаних результатів - світового, зокрема, європейського і вітчизняного досвіду управління конфліктами в сфері охорони здоров'я, рекомендацій ВООЗ з управління глобальними конфліктами, об'єднуючою парадигмою для якої слід обирати збереження здоров'я населення, даних власного дослідження, які вказали на численні недоліки в наявній системі управління конфліктами в сфері охорони

здоров'я на різних рівнях управління нею. Зважаючи на те, що заклад охорони здоров'я є відкритою системою, побудова моделі охоплювала зазначені рівні – державний, галузевий, регіональний і місцевий.

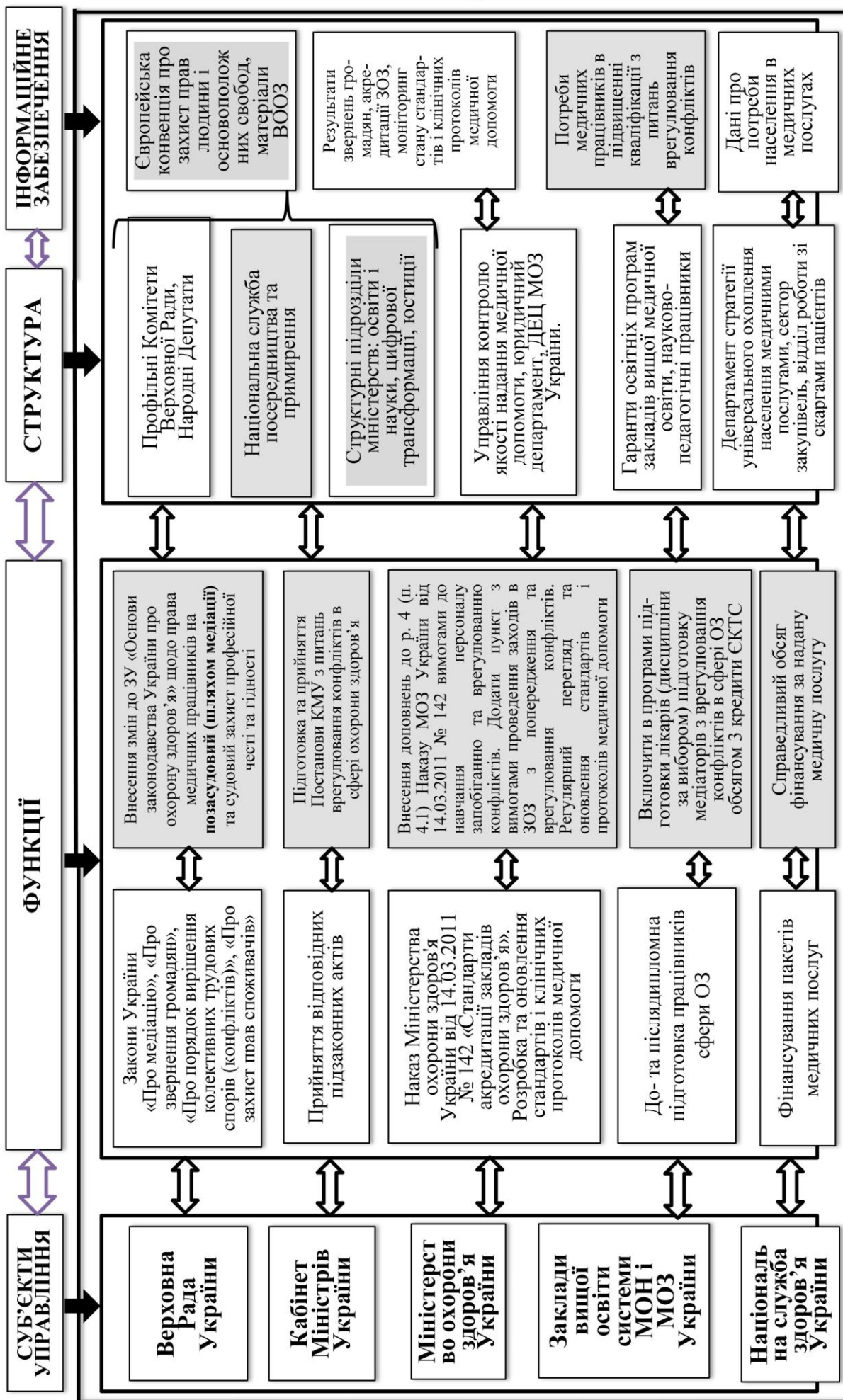
На державному й галузевому рівні концептуальною моделлю передбачено адаптацію Закону України «Про медіацію» під специфічні потреби сфери охорони здоров'я. Вирішення питання можливо шляхом внесення змін до статті 77 л) «Професійні права та пільги медичних і фармацевтичних працівників» Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в частині права медичних працівників не лише на судовий, але й на досудовий (шляхом медіації) захист професійної честі та гідності. Виходячи з того, що медіація проводиться з метою запобігання виникнення конфліктів (спорів) або врегулювання будь-яких конфліктів (спорів), такі зміни носитимуть у першу чергу превентивний характер і будуть скеровуватися органами центральної виконавчої влади на регіональний рівень з метою уникнення й пом'якшення або врегулювання та вирішення конфліктів з використанням механізму медіації в закладах охорони здоров'я. Адаптація законодавства потребує також відповідної підготовки медіаторів для більш професійного підходу до запровадження медіації в сфері охорони здоров'я.

За таких умов потребують узгодження із Законом України «Про медіацію» положення Законів України «Про звернення громадян», «Про порядок вирішення колективних трудових спорів (конфліктів)», «Про захист прав споживачів».

Стандарти акредитації є державним механізмом управління якістю медичної допомоги, який забезпечує вищий рівень якості в порівнянні з ліцензійними умовами та націлений на недопущення дефектів медичної допомоги та медичного обслуговування, причинами яких може стати конфлікт (рис. 11).

Іншими компонентами моделі на даному рівні визначені справедливий обсяг фінансування за надану медичну послугу шляхом виділення коштів у відповідному потребам населення обсязі з державного бюджету через НСЗУ, своєчасний перегляд та оновлення стандартів і клінічних протоколів медичної допомоги відповідно до розвитку світових медичних технологій.

Моделлю передбачено заходи превентивного характеру для зменшення конфліктів шляхом внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 14.03.2011 № 142 «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я», а саме, до розділу 4 «Права, обов'язки та безпека пацієнтів», п. 4.1 «Проведення семінарських занять із медичним персоналом закладу з питань дотримання етики та деонтології» доповнити вимогами до навчання персоналу запобігання та врегулювання конфліктів, а також доповнення розділу 4 окремим пунктом з перевірки проведення в закладі заходів з попередження та врегулювання конфліктів. Іншими компонентами моделі на даному рівні визначені справедливий обсяг фінансування за надану медичну послугу шляхом виділення коштів у відповідному потребам населення обсязі з державного бюджету через НСЗУ, своєчасний перегляд та оновлення стандартів і клінічних протоколів медичної допомоги відповідно до розвитку світових медичних технологій.



□ - існуючі елементи □ - запропоновані елементи

Рис. 1.1. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами на державному та галузевому рівнях

На регіональному рівні ключовими елементами моделі визначені функції попередження конфліктів шляхом активного інформаційно-комунікаційного забезпечення взаємодії з громадянами з метою досягнення найбільш повного порозуміння між сторонами потенційних конфліктів в системі «лікар-пацієнт», «пацієнт-заклад охорони здоров'я», «керівник-медичний працівник», «медичний працівник-родичі пацієнта» відділом інформаційно-комунікаційних технологій; функції профілактики конфліктів та їх вирішення, які покладаються на медіатора/посередника, як нейтральної третьої сторони, яким може бути відповідальна особа за звернення громадян у ДОЗ в разі проходження ним відповідного навчання; місцеві програми з охорони здоров'я та інвестиції на підтримку інфраструктури ЗОЗ об'єднаними територіальними громадами; залучення представників органів управління ОТГ та представників громади до ліцензійних і акредитаційних комісій; експертна допомога медичним працівникам в конфліктних ситуаціях фаховими експертами профільних професійних асоціацій; громадські асоціації пацієнтів; активізація діяльності прес-служби ДОЗ з метою своєчасного реагування на несприятливі події в закладах охорони здоров'я з використанням інформації, правдивість якої підтверджена експертними висновками високопрофесійних експертів, що ґрунтуються на фактах і даних доказової медицини (рис. 12).

Розробляючи концептуальну функціонально-організаційну модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, автор вважає, що з огляду на актуальність і гостроту проблеми конфліктів в сфері охорони здоров'я, підсилення її зовнішніми факторами об'єктивного характеру та складність впливу на індивідуальні психологічні властивості особистостей сторін конфлікту, керівнику доцільно розробити окремий цільовий документ – Комплексну програму управління конфліктами на кілька (3-5) років із заходами моніторингу її виконання та оцінкою проміжних результатів за визначений період (півроку – рік).

Комплексна програма управління конфліктами скеровується на попередження, врегулювання та вирішення конфліктів, які включають наступні заходи:

- *соціально-психологічного характеру* (удосконалення процесів зовнішньої та внутрішньої комунікації в закладі охорони здоров'я; підвищення професійних, морально-етичних і комунікативних компетентностей медичних працівників; уникнення несанкціонованої співпраці з засобами масової інформації; виховання культури професійної поведінки, єдності цілей і цінностей працівника і закладу охорони здоров'я, ідентифікації працівника з закладом, де він працює);

- *адміністративно-організаційні заходи* (унормування попередження та врегулювання конфліктів; розстановка кадрів з урахуванням психологічної сумісності працівників; залучення посередників; забезпечення широкого доступу й використання цільової інформації за умови захисту її конфіденційної складової та каналів зовнішньої і внутрішньої комунікації для усіх потенційних і наявних сторін конфлікту; утворення постійної/тимчасових комісій з розгляду звернень громадян та професійних конфліктів; покладання обов'язків на висококваліфікованих спеціалістів щодо участі в підготовці експертних висновків для надання достовірної інформації на запити вищих органів

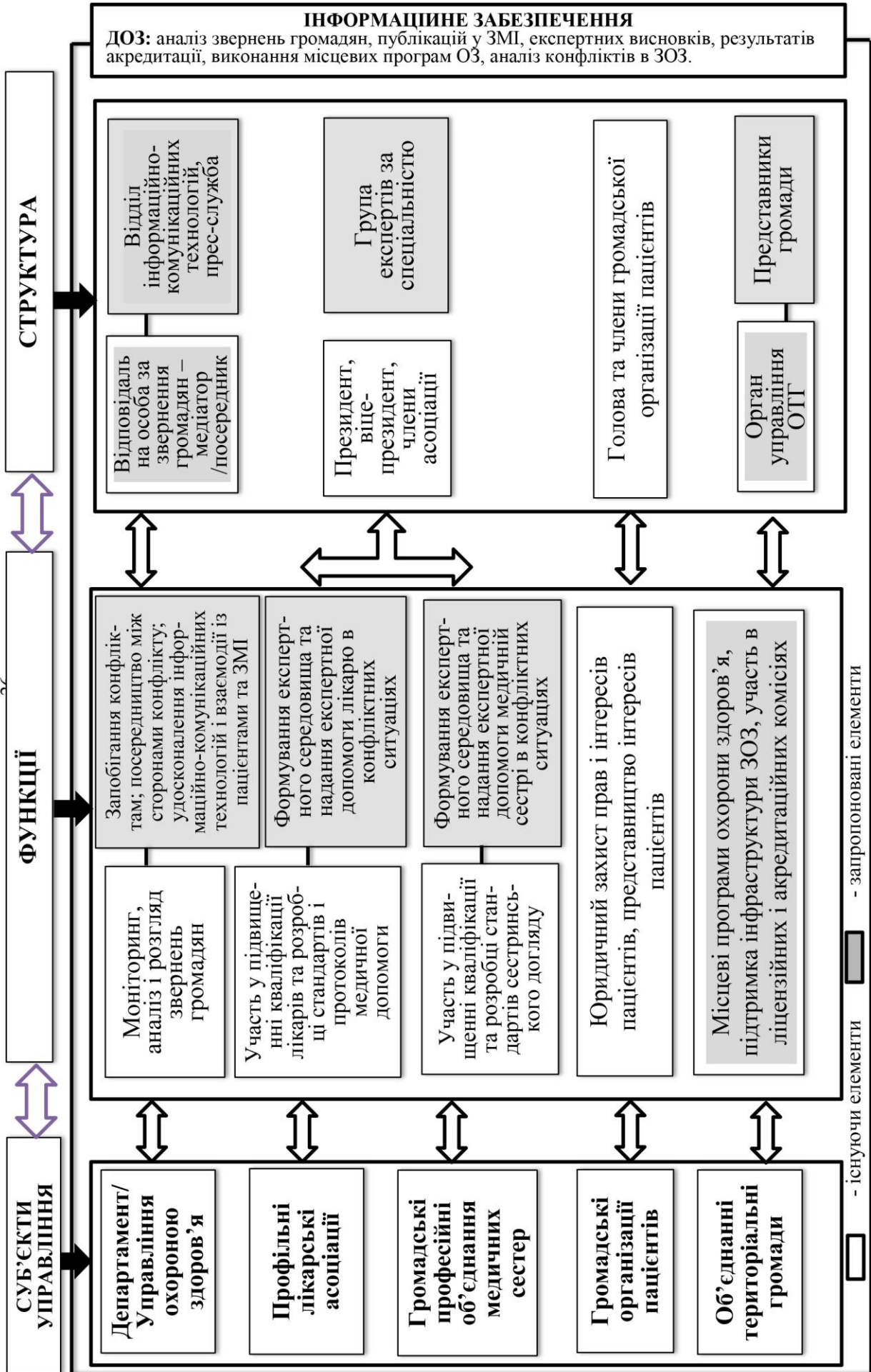


Рис. 12. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами на регіональному рівні

управління та засобів масової інформації у разі загрози/виникнення конфлікту; профілактичні огляди медичних працівників за участю медичного психолога; удосконалення корпоративної культури, кадрової політики, управління якістю медичної допомоги);

- *мотиваційні заходи* (покращення умов та безпеки праці, робочого середовища; доступ працівників до інноваційних технологій; кар'єрне зростання; соціальний захист; справедливі заохочувальні винагороди працівникам, які вносять вагомий внесок в досягнення цілей закладу охорони здоров'я);

- *координація діяльності з попередження та врегулювання конфліктів* (широке обговорення ризиків потенційних конфліктів на нарадах, зборах, зустрічах та під час неформального спілкування керівника закладу, керівників структурних підрозділів з різними сторонами потенційного конфлікту. В залежності від характеру потенційного конфлікту спілкування може відбуватися з залученням представників громадськості та ЗМІ; управлінські рішення (накази, розпорядження) з перерозподілу функцій і завдань, ресурсів, додаткових робіт і порядку їх виконання за результатами аналізу ризиків конфліктів та конфліктів, що відбулися).

Комплексна програма з управління конфліктами підлягає моніторингу, аналізу та контролю за її виконанням керівником закладу охорони здоров'я, заступниками керівника, лінійними та функціональними менеджерами згідно з розподілом обов'язків за кожною складовою програми (рис. 13).

У Комплексній програмі з управління конфліктами мають бути вказані терміни виконання заходів, а аналіз їх виконання має входити до аналітичного звіту закладу за кожен рік активності програми.

Програму варто розглядати в сукупності з впливом зовнішніх регуляторів конфліктів в закладі охорони здоров'я: змінами нормативно-правової бази, підтримкою вищих органів управління (забезпечення доступу до медіації), конструктивною підтримкою пацієнтів і медичних працівників представниками громадських організацій, територіальних громад.

Індикаторами ефективності програми пропонується обрати наступні:

- 1) динаміка кількості звернень громадян в різні інстанції з приводу незадоволеності медичною допомогою/медичним обслуговуванням;
- 2) структура звернень громадян в різні інстанції з приводу незадоволеності медичною допомогою/медичним обслуговуванням та її зміни з часом;
- 3) рівень комунікативної та морально-етичної компетентності персоналу (за результатами навчання та кількості конфліктів внаслідок некомпетентності за даними характеристиками);
- 4) динаміка показників плинності кадрів;
- 5) структура та обсяг мотиваційних заохочень працівників;
- 6) відгуки громадян в соціальних мережах, на форумах, офіційному веб-сайті закладу охорони здоров'я (за кількістю та змістом);
- 7) результати соціологічних опитувань пацієнтів та працівників;
- 8) динаміка кількості трудових спорів;
- 9) частота залучення медіатора до профілактики та врегулювання конфліктів та інші.

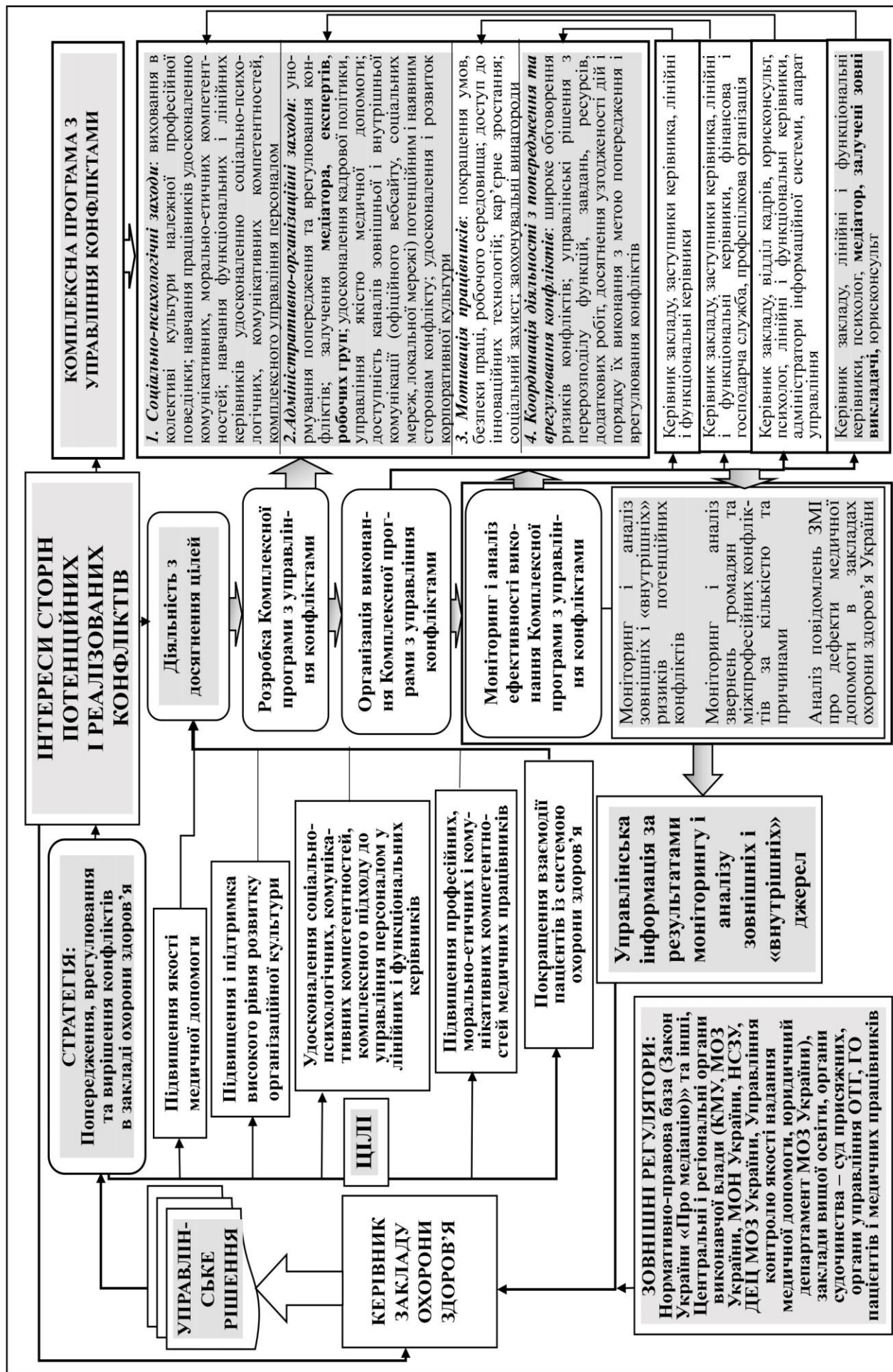


Рис. 13. Концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я

Щороку програма має переглядатись і доповнюватись заходами, відповідними для утримання низького рівня конфліктів.

Таким чином, концептуальна функціонально-організаційна модель пропонує управління конфліктами в ЗОЗ на державному, регіональному та місцевому рівнях, носить попереджувально-профілактичний характер і забезпечує вирішення конфліктів у більш демократично-лояльний спосіб у разі реалізації конфлікту в сфері ОЗ.

Розроблена в ході дослідження концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в ЗОЗ відображає сучасні тенденції розвитку охорони здоров'я та дозволяє позитивно вплинути на організаційну культуру закладу охорони здоров'я, якість медичної допомоги та задоволеність пацієнтів спілкуванням з медичними працівниками та всією системою охорони здоров'я.

Незалежна експертна оцінка запропонованої концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в ЗОЗ згідно з висновками експертів в цілому відповідає принципам комплексності (8,56) балів, етапності (9,21) і пріоритетної орієнтації на пацієнта (9,46) балів і доступність (9,27); інформативність (9,35); описові властивості (9,5); прогностичні властивості (9,57); удосконалення інформаційного захисту ЗОЗ (9,41); системність (8,42); виявлення та аналіз заходів щодо удосконалення роботи зі зверненням громадян (9,62) балів. Значимість закладених елементів в основу моделі управління конфліктами в ЗОЗ для досягнення намічених цілей експерти оцінили у 9,28 балів.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено актуальність проблеми конфлікту в медичній галузі та невідповідність наявної системи управління конфліктами в закладах охорони здоров'я України світовим зразкам попередження, врегулювання та вирішення конфліктів.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та шляхи вирішення зазначеної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, розробленої на основі рекомендацій ВООЗ, міжнародного та вітчизняного досвіду, результатів власного дослідження, впровадження окремих елементів якої в практику роботи закладів охорони здоров'я довело свою ефективність, що передбачалось метою і завданнями дослідження.

1. Установлено, що конфлікти можуть виникати в різних сферах економічної діяльності. У сфері охорони здоров'я сторонами конфлікту найчастіше виступають: лікар і пацієнт, пацієнт і заклад охорони здоров'я, медичні працівники, медичний працівник і керівництво закладу охорони здоров'я. Конфлікт в медицині є складним і специфічним процесом, оскільки зачіпає особливо чутливу сферу – життя і здоров'я пацієнта. Незважаючи на дві властивості конфлікту – конструктивну і деструктивну, в охороні здоров'я він часто призводить до стресових ситуацій, наслідком яких стає незадоволеність пацієнта взаємодією з системою охорони здоров'я, а медичного працівника – професійною діяльністю.

2. Показано, що в Україні розроблена потужна нормативно-правова база з регулювання конфліктів в сфері охорони здоров'я, яка включає в себе захист прав пацієнтів, медичних працівників, зобов'язань закладів охорони здоров'я. Водночас зазначені механізми носять обмежений характер, оскільки правові проблеми залишаються актуальними для всіх учасників медичної допомоги, а правові механізми скеровані в першу чергу на врегулювання конфліктів, які вже відбулися, а не на їх попередження.

3. Визначено, що в Україні чисельність звернень громадян з питань, пов'язаних із взаємодією з медичною системою, зросла з 2013 по 2022 рік на 24,0%. Найбільша їх кількість до МОЗ України (23,4 на 100 тис. нас. у 2013 р., 32,1 на 100 тис. нас. в 2018 р. та 21,4 на 100 тис. нас. в 2022 р.) стабільно стосувалася питань надання медичної допомоги. З приводу кадрових питань рівень звернень складав відповідно 14,6, 17,6 та 10,4 на 100 тис. нас., направлень на МСЕК та ЛКК – відповідно 12,9, 11,5 та 6,5 на 100 тис. нас., з приводу забезпечення ліками та медичними виробами – 6,6, 5,4 та 7,6 на 100 тис. нас. відповідно, з приводу неправомірних дій медичних працівників – відповідно 7,7, 8,5, та 7,63 на 100 тис. нас. Кількість скарг в структурі звернень громадян зменшилась (9,65% в 2013 році до 4,0% в 2022 році), але в ній стабільно утримувались звернення, викликані порушенням прав і захисту законних інтересів громадян та недоліками в діяльності закладів охорони здоров'я.

4. Виявлено, що з початком функціонування Національної служби здоров'я України саме в цій структурі акумулюються звернення, пов'язані з незадоволеністю громадян якістю медичної допомоги, зокрема, низькою фінансовою її доступністю, що проявляється в відмові забезпеченості громадян лікарськими засобами на пільгових умовах, відмовами в наданні/безоплатному наданні медичних послуг із гарантованих НСЗУ пакетів, вимаганні коштів у громадян на лікування в закладах охорони здоров'я.

5. Виявлено, що структура звернень жителів Чернівецької області з питань охорони здоров'я та медичного обслуговування за рейтинговими позиціями подібна до структури звернень громадян до МОЗ України. Найбільший відсоток звернень у структурі займали питання надання медичної допомоги – 65,7% у 2015 р., 46,8% у 2016 р., 57,5% у 2022 р., забезпечення ліками та медичними виробами – 24,2%-35,6%, направлення на МСЕК, ЛКК – 5,1-11,4%, надання медичної допомоги в піковий період епідемії COVID-19 у 2021 році – 8,7%. Водночас зросла частка звернень з приводу неправомірних дій медпрацівників з 0,2% до 1,0% та грубого, формального ставлення медичних працівників до пацієнтів, рідних – з 0,2% до 1,3%.

6. Доведено, що в досліджуваних закладах охорони здоров'я Чернівецької області обмежено використовуються нормативно-правові документи з питань роботи зі зверненнями громадян, порушуються законодавчо визначені процедури реєстрації та реагування на звернення, відсутні статутно закріплені зобов'язання щодо роботи зі зверненнями громадян. Не в кожному закладі проводиться моніторинг звернень та реагування на них, а також аналіз структури та динаміки статистичних даних, що відображають звернення. Керівниками закладів офіційно не призначені особи, відповідальні за роботу зі зверненнями громадян; доступні канали зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами не використовуються.

7. Установлено, високу частоту конфліктів у колективах, як відмітили керівники віком 56 років і старше у 41,7% відповідей та керівники віком до 35 років – у 12,5% відповідей, а також 18,5% лікарів та 15,0% медичних сестер. Найчастішими причинами конфліктів, за даними 37,5-79,2% керівників, в залежності від віку, є ситуації з пацієнтами, невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників. На думку 29,4-32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% – прояви корупції з боку медичного персоналу. Конфлікти між лікарем і пацієнтом, на думку 41,5-43,7% останніх, найчастіше виникають під час погіршення стану пацієнта та за даними 30,1-31,4% під надання екстреної медичної допомоги. Причинами конфліктів між медичними працівниками встановлені: нездорова конкуренція за посади (37,3% відповідей лікарів, 34,7% – медичних сестер), неспроможність досягти такого ж успіху, як у колег (на думку 32,1% лікарів, 40,8% – медичних сестер), високі амбіції (на думку 20,4% лікарів та 14,8% медичних сестер), які не задовольняються.

8. Доведено, що медичні працівники мають брак знань і навичок у вирішенні конфліктів, що підтверджено відповідями 100,0% керівників вікової категорії до 35 років та 83,3% керівників вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше. Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів, в залежності від віку, відзначили у себе авторитарний стиль поведінки, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний, 29,9%-34,0% – конформістський. Вказали, що мають схильність до конфліктів, 66,8% лікарів та 72,5% середніх медичних працівників, а вважають себе безумовно конфліктними – відповідно 13,1% та 19,7% опитаних.

9. Установлено, що для населення надзвичайно важливими з боку медичних працівників є вміння уникати конфліктних ситуацій з пацієнтом, проводити бесіду, вислухати і дати пораду, проявляти співчуття щодо його захворювання, доступно аргументувати обраний курс лікування, налаштувати на позитивний результат медичної допомоги. Доведена низька поінформованість 68,9-78,3% пацієнтів з технічних питань процедури звернення на випадок конфлікту та незадоволеність 35,7-42,7% пацієнтів державним регулюванням конфліктів між лікарем та пацієнтом. Показано, що лише 29,4-38,8% пацієнтів з метою вирішення конфлікту звертаються до керівника закладу охорони здоров'я. Скаржаться від 14,5% до 28,2% осіб; медіатор бере участь у вирішенні конфлікту за повідомленнями лише 0,8%-2,4% пацієнтів; судовий метод використовували старші вікові категорії пацієнтів у 2,7-4,2% випадків.

10. Доведено, що 22,0-23,0% керівників на випадок виникнення конфлікту обирали співробітництво як найбільш конструктивну форму його вирішення; компроміс обирали 19,4-37,5% респондентів, але 21,0-25,0% керівників обирали уникнення, а 13,0-22,0% – суперництво, які визнані неефективними формами його вирішення. Виявлено, що ступінь активності в конфліктах з боку керівників вища в осіб вікових категорій 36-55 років та 56 років і старше (52,8-

58,3%); водночас 37,5% керівників віком до 35 років є пасивними спостерігачами, а 25,0% цієї вікової групи взагалі не приймають участь у конфліктах. Незнайомі усім керівникам до віком до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше можливості залучення медіатора до вирішення конфліктів.

11. Результати теоретичного та власного дослідження обумовили медико-соціальне обґрунтування та розробку концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, інноваційними елементами якої стали: запровадження механізму посередництва для попередження і врегулювання конфліктів – медіації; запровадження стандартів акредитації з питань запобігання та врегулювання конфліктів у закладах охорони здоров'я; удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я при взаємодії з засобами масової інформації; експертна допомога медичним працівникам в конфліктних ситуаціях профільними професійними асоціаціями; підвищення рівня компетентностей керівників і медичних працівників з управління конфліктами; активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів; Комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

12. Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: комплексність, системність і профілактична спрямованість оцінена в $8,46 \pm 0,02$; $8,66 \pm 0,12$ і $9,43 \pm 0,04$ балів, етапність, доступність та інформативність – у $9,40 \pm 0,02$; $9,22 \pm 0,04$ і $9,50 \pm 0,03$ балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Biduchak AS. Doctor and patient: two parties of one conflict. Буковинський медичний вісник. 2022;26(2):77-80. DOI: 10.24061/2413-0737.XXVI.2.102.2022.14
2. Бідучак АС. Детермінанти конфлікту медицини та суспільства (огляд літератури). Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(3):53-60. DOI: 10.24061/1727-4338.XXI.3.81.2022.08
3. Бідучак АС, Горачук ВВ, Гопко НВ. Характеристика стилів поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. Клінічна та експериментальна патологія. 2022;21(4):3-8. DOI: 10.24061/1727-4338.XXI.4.82.2022.01 (*Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статті до друку*).
4. Biduchak AS. Analysis of the emergence of conflicts in the doctor - patient system. Буковинський медичний вісник. 2022;26(4):55-7. DOI: 10.24061/2413-0737.XXVI.4.104.2022.9

5. Biduchak AS, Нопко NV, Gorachuk VV. Results of medical interaction analysis employees with mass information media (from claims to understanding). Буковинський медичний вісник. 2023;27(1):47-52. DOI: 10.24061/2413-0737.27.1.105.2023.9 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
6. Biduchak AS. Distribution of offensive information concerning medical workers on Internet. Клінічна та експериментальна патологія. 2023;22(1):82-7. DOI: 10.24061/1727-4338.XXII.1.83.2023.13
7. Biduchak AS. Conflict situations in medical organizations (from problems to solutions). Одеський медичний журнал. 2023;2:47-50. DOI: 10.32782/2226-2008-2023-2-8
8. Бідучак АС. Оцінка задоволеності населення ставленням медичного персоналу в конфліктних ситуаціях. Україна. Здоров'я нації. 2023;3:7-13. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/01
9. Бідучак АС. Аналіз термінів розгляду звернень громадян в Чернівецькій області за 2015-2022 роки. Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2023;15:1016-24. DOI: 10.52058/2786-4952-2023-15(33)-1016-1025
10. Biduchak A, Chornenka Z. Research of Conflict Situation Management in Medical Organizations. Health. 2022;14(7):725-36. DOI: 10.4236/health.2022.147052 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
11. Biduchak A, Нопко N, Alsalama MWO, Chornenka Z, Mazur O. Peculiarities of Medical Personnel Behavior Styles in Conflict Situations. Health. 2022; 14(12):1210-26. DOI: 10.4236/health.2022.1412086 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
12. Biduchak A, Нопко N, Chornenka Z, Alsalama MWO, Тумкул D. Comparative analysis of patient complaints for medical care over the last 10 years. Medical Science. 2023;27(135):e205ms2984. DOI: 10.54905/dis-/v27i135/e205ms2984 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку)*.
13. Biduchak AS. Development of conflictology as a science. Клінічна та експериментальна патологія. 2017;16(4):122-4. DOI: 10.24061/1727-4338.XVI.4.62.2017.22
14. Biduchak AS, Beletska AA. Analysis of the types of conflicts and their causes. Клінічна та експериментальна патологія. 2018;17(2):141-3. DOI: 10.24061/1727-4338.XVII.2.64.2018.26 *(Дисертант здійснив збір даних, написання початкового проекту статті, підготовку висновків)*.
15. Бідучак АС. Аналіз роботи зі зверненнями громадян в Україні та рівні їх контролю. Буковинський медичний вісник. 2023;27(4):6-11. DOI: 10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.2
16. Бідучак АС. Управління конфліктами в медичному закладі. Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія:

Медицина. 2024;2:983-91. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-2(36)-983-991

17. Biduchak A, Mararash H, Alsalama MWO, Chornenka Zh, Yasinska E. Organizational and functional model of improvement of the system of prevention of conflict situations in the field of healthcare. Georgian Medical News.

2023;11(344):13-8. *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

18. Biduchak A, Chornenka Zh, Нopko N, Alsalama MWO, Domanchuk T. Assessment of population satisfaction with medical care in conflict conditions. Journal of Medicine and Life. 2024;17(1):67-72. DOI: 10.25122/jml-2023-0193 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

19. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «лікар-пацієнт». Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2022;2:133-5. DOI: 10.32782/2415-8127.2022.66.25

20. Бідучак АС. Алгоритм дій керівника медичної установи в конфліктній ситуації. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. 2024;1:128-33. DOI: 10.32782/2415-8127.2024.69.22

21. Бідучак АС. Комунікаційні напрями оптимізації профілактики та управління конфліктами в системі відносин «керівник - лікар - пацієнт». Перспективи та інновації науки. Серія: Педагогіка. Серія: Психологія. Серія: Медицина. 2024;5:1071-84. DOI: 10.52058/2786-4952-2024-5(39)-1071-1084

22. Biduchak AS, Chornenka ZhA. Assessment of correlation levels in the structure of conflicts within the doctor-patient system. Одеський медичний журнал. 2024;2:45-9. DOI: 10.32782/2226-2008-2024-2-8 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

23. Бідучак АС, Горачук ВВ, Аль Салама Мухамед Васек Обейд, Миронюк МБ, Чорненька ЖА. Аналіз конфліктів в медичній галузі: актуальність сьогодення. Буковинський медичний вісник. 2024;28(2):3-7. DOI: 10.24061/2413-0737.28.2.110.2024.1 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

24. Бідучак А, Чорненька Ж, Горачук В. Оцінка задоволеності пацієнтів наданням медичної допомоги в умовах конфлікту. In: Psychology, medicine and biology: the development of necessary technologies in the field of health care: collective monograph. Boston: Primedia eLaunch; 2024, p. 216-26. DOI: 10.46299/ISG.2024.MONO.MED.2.11.1 *(Дисертанту належать ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу, візуалізація результатів, підготовка висновків і статі до друку).*

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

25. Biduchak AS. Analysis of the management of conflict situations in medical organizations. В: Матеріали підсумкової 104-ї наук.-практ. конф. з міжнар. участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського

державного медичного університету; 2023 Лют 06, 08, 13; Чернівці. Чернівці: Медуніверситет; 2023, с. 412.

26. Бідучак АС. Аналіз управління конфліктними ситуаціями в медичних організаціях. В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Актуальні питання науки, освіти і суспільства в сучасних умовах; 2022 Гру 21; Полтава. Полтава: ЦФЕНД; 2022, с. 50.

27. Бідучак АС. Аналіз причин виникнення конфліктів в системі «лікар-пацієнт». В: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Наука, освіта і суспільство: актуальні проблеми теорії та практики; 2023 Бер 10; Кропивницький. Кропивницький: ЦФЕНД; 2023. Ч. 2, с. 29.

28. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації. В: Матеріали V Міжнар. наук. конф. Технології, інструменти та стратегії реалізації наукових досліджень; 2023 Лют 24; Київ. Вінниця: Європейська наукова платформа; 2023; с. 248-9. DOI: 10.36074/mcnd-24.02.2023

29. Бідучак АС. Стратегії поведінки у конфліктних ситуаціях в медицині В: Матеріали міжнар наук.-практ. конф. Теоретико-практичні аспекти розвитку науки, освіти та суспільства; 2023 Кві 28; Рівне. Рівне: ЦФЕНД; 2023, с. 63-4.

30. Бідучак АС. Медичні конфлікти в системі «Медична організація - лікар - пацієнт». Матеріали міжнар. мультидисциплін. наук. інтернет-конф.; 2023 Лют 16-17; Тернопіль, Україна – Переворськ, Польща. Світ наукових досліджень. 2023;16:298-9.

31. Бідучак АС. Конфлікти в системі «викладач-студент». В: Матеріали Всеукр. наук.-педагог. підвищення кваліфікації Роль соціального та емоційного інтелекту як найважливіших soft-skills XXI століття в освітньому процесі; 2023 Бер 06 - Кві 16; Полтава. Полтава: Гельветика; 2023, с. 43-4.

32. Бідучак АС. Медична комунікація в системі відносин «керівник-лікар-пацієнт». В: Матеріали I міжнар. наук. конф. Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності; 2023 Гру 22; Одеса. Вінниця: УКРЛОГОС Груп; 2023, с. 461-3. DOI: 10.36074/mcnd-22.12.2023

33. Biduchak A. Causes of conflict in the system "Patient-Doctor". In: Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference Actual priorities of modern science, education and practice; 2022 Mar 29-Apr 01; Paris, France. Paris; 2022, p. 390-2. DOI: 10.46299/ISG.2022.1.12

34. Biduchak AS. Conflicts in the doctor-patient system. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Scientific forum: theory and practice of research; 2022 Sep 16; Valencia, Spain. Valencia: European Scientific Platform; 2022, p. 107. DOI: 10.36074/scientia-16.09.2022

35. Бідучак АС. Стили поведінки медичного персоналу у конфліктних ситуаціях. In: Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference Modern vision of implementing innovations in scientific studies; 2023 Mar 31; Sofia, Bulgaria. Sofia: European Scientific Platform; 2023, p. 128-9. doi: 10.36074/scientia-31.03.2023

36. Biduchak A. Behavioral style and conflict in medicine. In: Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference Modernization of science and its influence on global processes; 2023 Apr 14; Bern, Switzerland. Bern: European Scientific Platform; 2023, p. 94. DOI: 10.36074/scientia-14.04.2023

37. Бідучак АС. Неправдива інформація про медичних працівників в

мережі Інтернет (захист та протидія). In: Proceedings of the IV International Scientific and Theoretical Conference The driving force of science and trends in its development; 2023 Jul 14; Coventry, United Kingdom. Coventry: European Scientific Platform; 2023, p. 178. DOI: 10.36074/scientia-14.07.2023

38. Бідучак АС. Модель удосконалення системи профілактики конфліктних ситуацій у сфері охорони здоров'я. In: Proceedings of the II International Scientific and Theoretical Conference Modern tools and methods of scientific investigations; Antwerp, Belgium. Antwerp; December 8, 2023, p. 309-11. DOI: 10.36074/scientia-08.12.2023

39. Бідучак А. Рівні організації роботи зі зверненнями громадян. In: Proceedings of the XI International Scientific and Practical Conference The latest information and communication technologies in education; 2023 Nov 27-29; Florence, Italy. Florence; 2023, p. 243-5.

40. Бідучак АС. Взаємодія медичних працівників із засобами масової інформації (від претензій до порозуміння). In: Proceedings of the V International Scientific and Practical Conference Débats scientifiques et orientations prospectives du développement scientifique; 2023 Jul 21; Paris, France. Paris; 2023. p. 172-3. DOI: 10.36074/logos-21.07.2023

41. Biduchak A. Analysis of the frequency of conflicts in healthcare institutions. В: Матеріали III Міжнар. наук. конф. Наукові орієнтири: теорія та практика досліджень; 2024 Тра 17; Ужгород. Ужгород; 2024, с. 303-4. DOI: 10.62731/mcnd-17.05.2024

42. Бідучак А. Оцінка здатності медичних працівників до конфлікту. In: Proceedings of the XX International scientific and practical conference Problems of solving global problems of humanity; 2024 May 20-22; Athens, Greece. Athens; 2024, p. 239-41.

*Наукові праці, які додатково відображають наукові
результати дослідження:*

43. Бідучак АС, Белецька АА. Конфлікт-менеджмент у медичній організації: монографія. Чернівці: БДМУ; 2020. 228 с.

44. Бідучак АС, укладач. Сучасні підходи до врегулювання конфлікту в системі «лікар-пацієнт»: правовий аспект: метод. реком. Чернівці; 2023. 36 с.

АНОТАЦІЯ

Бідучак А.С. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2025.

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді Д 26.613.07 Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2025.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – управлінню конфліктами в закладі охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) – шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження (за окремими елементами) концептуальної функціонально-організаційної моделі управління конфліктами в закладі охорони здоров'я. Автором, на основі дослідження регіональних особливостей організації роботи зі зверненнями громадян виявлено ряд суттєвих недоліків: використання неповного переліку нормативно-правових документів з питань звернень громадян, поодиноких каналів зворотного зв'язку з пацієнтами та їх родинами, порушення в процедурах реєстрації та реагування на звернення, відсутність статутно закріплених зобов'язань закладів щодо роботи зі зверненнями громадян та офіційно призначених осіб, відповідальних за роботу зі зверненнями громадян. Інформація про роботу зі зверненнями громадян відсутня в аналітичних звітах про діяльність досліджуваних закладів.

У медичних колективах виявлено високу частоту конфліктів за даними опитувань керівників віком 56 років і старше у 41,7% відповідей та керівників віком до 35 років – у 12,5% відповідей, а також даних 18,5% лікарів та 15,0% медичних сестер; на періодичне виникнення конфліктів вказали відповідно 54,3% та 54,4% респондентів. Найчастішими причинами конфліктів, за даними відповідей 37,5-79,2% керівників закладів охорони здоров'я, в залежності від віку, є ситуації з пацієнтами, невідповідне ведення медичних документів, рівень заробітної плати, питання підвищення кваліфікації працівників. На думку 29,4- 32,9% пацієнтів, основними причинами конфліктів є грубість і нечемність медичного персоналу, 18,7-24,5% пацієнтів – незадоволеність забезпеченням лікарськими засобами, 18,0-23,3% пацієнтів – незадоволеність результатами медичної допомоги, 14,9-17,8% пацієнтів – прояви корупції з боку медичного персоналу. Причинами виникнення конфліктів між медичними працівниками в колективах виявлені: нездорова конкуренція за певні посади (37,3% відповідей лікарів, 34,7% – медичних сестер), неспроможність досягти такого ж успіху, як у колег з професійного оточення (на думку 32,1% лікарів, 40,8% – медичних сестер), високі амбіції, які не задовольняються (на думку 20,4% лікарів та 14,8% медичних сестер). Доведено, що комунікативні здібності у 37,3% медичних працівників знаходяться на низькому, а в 14,5% – на нижчому за середній рівень (загалом у 51,8% опитаних). Значна частка медичних працівників практикує деструктивні моделі організаційної поведінки: 9,4-22,8% респондентів, в залежності від віку, відзначили у себе авторитарний стиль поведінки, 4,0-11,1% – агресивний, а 11,4-17,9% опитаних – егоїстичний, 29,9%-34,0% – конформістський. Вказали, що мають схильність до конфліктів, 66,8% лікарів та 72,5% середніх медичних працівників; а вважають себе безумовно конфліктними – відповідно 13,1% та 19,7% опитаних.

На випадок виникнення конфлікту 22,0-23,0% керівників обирали співробітництво, компроміс – 19,4-37,5% респондентів, уникнення – 21,0-25,0% керівників, а 13,0-22,0% – суперництво. Незнайомі усім респондентам – керівникам до 35 років, 85,4% опитаних 36-55 років, 83,3% керівників 56 років і старше механізми залучення медіації для профілактики і врегулювання конфліктів.

Обґрунтовано та розроблено концептуальну функціонально-організаційну модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я, основними відмінностями якої визначені: запровадження механізму посередництва для попередження і врегулювання конфліктів – медіації; запровадження стандартів акредитації з питань запобігання та врегулювання конфліктів у закладах охорони здоров'я; удосконалення інформаційного захисту закладу охорони здоров'я при взаємодії з засобами масової інформації; експертна допомога лікарю в конфліктних ситуаціях профільними лікарськими асоціаціями; підвищення рівня компетентностей керівників і медичних працівників з управління конфліктами; активне застосування інформаційно-комунікаційних технологій між усіма сторонами потенційних і наявних конфліктів; Комплексна програма управління конфліктами в закладі охорони здоров'я.

Запропонована та впроваджена за окремими елементами концептуальна функціонально-організаційна модель управління конфліктами в закладі охорони здоров'я отримала високу оцінку висококваліфікованих незалежних експертів за десятибальною шкалою: комплексність, системність і профілактична спрямованість оцінена в $8,46 \pm 0,02$; $8,66 \pm 0,12$ і $9,43 \pm 0,04$ балів, етапність, доступність та інформативність – у $9,40 \pm 0,02$; $9,22 \pm 0,04$ і $9,50 \pm 0,03$ балів, що підтвердило її потенційну дієздатність та дозволяє рекомендувати для подальшого впровадження в сфері охорони здоров'я України.

Ключові слова: пацієнт, лікар, медичні працівники, керівник, стиль управління, профілактика та врегулювання конфліктів, комунікація, якість медичної допомоги, медіатор, нормативно-правова база, звернення громадян, засоби масової інформації, експерти, юридична та психологічна підтримка, організаційна поведінка.

SUMMARY

Biduchak A.S. Medico-social substantiation of the conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution. – Manuscript.

Dissertation for obtaining the scientific degree of doctor of medical sciences on the specialty 14.02.03 «Social medicine» (field of knowledge 22 – Health care). – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation is defended in the specialized academic council D 26.613.07 of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation is dedicated to solving the current problem of domestic social medicine - conflict management in a health care institution (hereinafter referred to as a health care institution) – by means of medical and social substantiation, development and implementation (by individual elements) of a conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution. The author, on the basis of a study of the regional features of the organization of work with citizens' appeals, identified a number of significant shortcomings: the use of an incomplete list of regulatory and legal documents on the issues of citizen appeals,

individual feedback channels with patients and their families, violations in the procedures of registration and response to appeals, lack of statutory obligations of institutions to work with citizens' appeals and officially appointed persons responsible for work with citizens' appeals. There is no information on the work with citizens' appeals in the analytical reports on the activities of the investigated institutions.

In medical teams, a high frequency of conflicts was revealed according to surveys of managers aged 56 and older in 41.7% of responses and managers aged up to 35 years in 12.5% of responses, as well as data from 18.5% of doctors and 15.0% medical nurses; 54.3% and 54.4% of respondents indicated the periodic occurrence of conflicts, respectively. The most frequent causes of conflicts, according to the answers of 37.5-79.2% of managers of health care institutions, depending on age, are situations with patients, inappropriate maintenance of medical documents, the level of wages, issues of improving the qualifications of employees. According to 29.4-32.9% of patients, the main causes of conflicts are the rudeness and rudeness of medical personnel, 18.7-24.5% of patients – dissatisfaction with the provision of medicines, 18.0-23.3% of patients – dissatisfaction with the results of medical assistance, 14.9-17.8% of patients – manifestations of corruption on the part of medical personnel. The reasons for the emergence of conflicts between medical workers in collectives were found to be: unhealthy competition for certain positions (37.3% of responses by doctors, 34.7% by nurses), inability to achieve the same success as colleagues from the professional environment (in the opinion of 32.1 % of doctors, 40.8% of nurses), high ambitions that are not satisfied (according to 20.4% of doctors and 14.8% of nurses). It has been proven that the communication skills of 37.3% of medical workers are at a low level, and 14.5% are at a lower than average level (in total, 51.8% of respondents). A significant proportion of medical workers practice destructive models of organizational behavior: 9.4-22.8% of respondents, depending on age, noted an authoritarian style of behavior, 4.0-11.1% – aggressive, and 11.4-17, 9% of respondents are selfish, 29.9%-34.0% are conformist. 66.8% of doctors and 72.5% of average medical workers indicated that they are prone to conflicts; and 13.1% and 19.7% of respondents consider themselves definitely conflicted, respectively.

In the event of a conflict, 22.0-23.0% of managers chose cooperation, compromise – 19.4-37.5% of respondents, avoidance – 21.0-25.0% of managers, and 13.0-22.0% – rivalry. All respondents – managers aged 18-35, 85.4% of respondents aged 36-55, 83.3% of managers aged 56 and older are unfamiliar with the mechanisms of involving mediation for the prevention and resolution of conflicts.

A conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution was substantiated and developed, the main differences of which are defined as: the introduction of a mediation mechanism for the prevention and settlement of conflicts – mediation; introduction of accreditation standards for the prevention and resolution of conflicts in health care institutions; improvement of information protection of the health care institution when interacting with mass media; expert assistance to doctors in conflict situations by specialized medical associations; increasing the level of competencies of managers and medical workers in conflict management; active use of information and communication technologies between all parties to potential and existing conflicts; A comprehensive conflict

management program in a healthcare institution.

The proposed and implemented conceptual functional-organizational model of conflict management in a health care institution, which was proposed and implemented by individual elements, was highly rated by highly qualified independent experts on a ten-point scale: complexity, systematicity, and preventive orientation were rated at 8.46 ± 0.02 ; 8.66 ± 0.12 and 9.43 ± 0.04 points, phasing, accessibility and informativeness – in 9.40 ± 0.02 ; 9.22 ± 0.04 and 9.50 ± 0.03 points, which confirmed its potential effectiveness and allows to recommend it for further implementation in the sphere of health care of Ukraine.

Keywords: patient, doctor, medical workers, manager, management style, prevention and resolution of conflicts, communication, quality of medical care, mediator, regulatory and legal framework, appeals of citizens, mass media, experts, legal and psychological support, organizational behavior.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОЗ – охорона здоров'я

ДОЗ – Департамент охорони здоров'я

ПМД – первинна медична допомога

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ЗМІ – засоби масової інформації

ОДА – Обласна державна адміністрація

БЛІЛ – багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування

ЛКК – лікарсько-консультативна комісія

МСЕК – медико-соціальна експертна комісія