

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Західноукраїнський національний університет

Факультет економіки та управління

Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

**Організація взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних
послуг**

спеціальність 073 «Менеджмент»

освітньо-професійна програма – Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «магістр»

Виконала здобувачка

КАРИГУН Володимир

Науковий керівник:

к.е.н., доцент

Котис Наталія Володимирівна

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	7
1.1. Сутність та моделі взаємовідносин лікарів з пацієнтами.....	7
1.2. Правові та етичні принципи взаємодії медичного персоналу та споживачів.....	18
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	30
2.1. Аналіз особливостей взаємодії стоматологічних медичних закладів та споживачів.....	30
2.2. Оцінка організаційного забезпечення взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	39
2.3. Моніторинг якості взаємодії КНП «ТСП» ТМР з споживачами.....	48
Висновки до розділу 2.....	55
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМКИ ОРГАНІЗАЦІЯ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ...57	57
3.1. Впровадження пацієнт-орієнтованої моделі управління закладом охорони здоров'я.....	57
3.2. Вироблення стратегії покращення комунікації між лікарями та споживачами медичних послуг.....	65
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76

ВСТУП

Актуальність проблеми. Оптимізація організаційного забезпечення взаємодії медичного закладу зі споживачами медичних послуг передбачає акцентування уваги медичного персоналу на індивідуальній ефективності надання медичної допомоги та на параметрах, які є ключовими для задоволення пацієнтів, зокрема, оптимальність витрат часу на отримання медичної допомоги.

Дослідження взаємодії медичних установ із пацієнтами зазнало значної уваги від визнаних науковців, як закордонних, так і вітчизняних, таких як Т. Анісімова, Є. Головаха, Н. Паніна, А. Петров, Т. Баулін, Н. Беляєв, О. Гайдей, К. Левін, Я. Лісун та інші.

Метою даної кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретико-методичних засад організації взаємодії медичного закладу зі споживачами медичних послуг та розробка науково-практичних рекомендацій для поліпшення цього процесу.

Для досягнення поставленої мети були визначені та вирішені завдання. Об'єктом дослідження є процеси організації взаємодії КНП "ТСП" ТМР із споживачами медичних послуг, а предметом дослідження є теоретичні та прикладні аспекти цієї взаємодії.

У кваліфікаційній роботі використано різноманітні загальнонаукові та спеціальні методи дослідження, а також інформацію, що характеризує діяльність медичних установ, та результати соціологічних досліджень.

Практичне значення роботи полягає в тому, що сформульовані теоретичні підходи та практичні рекомендації стосовно організації взаємодії медичного закладу зі споживачами медичних послуг можуть слугувати основою для подальших наукових досліджень і дискусій, а також надавати підстави для розробки та впровадження заходів з поліпшення цього процесу. Результати дослідження можуть бути використані у практичній діяльності КНП "ТСП" ТМР.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Сутність та моделі взаємовідносин лікарів з пацієнтами

У сучасний період відносин між лікарем і пацієнтом стали ключовою складовою процесу лікування. Проте, протягом тривалого часу не приділялося достатньо уваги ефективному взаєморозумінню із хворими. Важливо відзначити, що це має вирішальне значення для надання медичної допомоги. Таким чином, виникає необхідність у встановленні психологічного контакту, який відображений різними моделями лікування.

Встановлення психологічного контакту і довірчих відносин між лікарем і пацієнтом є важливою частиною лікувального процесу та ключовою умовою його ефективності. Історія медицини демонструє, що взаємини лікаря і пацієнта постійно змінюються, відображаючи особливості розвитку суспільства та медицини.

Проблема міжособистісних відносин у сфері медицини є актуальною, оскільки успішність лікування залежить не лише від майстерності фахівця, а й від ефективності взаємодії між лікарем і пацієнтом.

Успішність практичної роботи лікаря визначається, зокрема, його здатністю організовувати взаємодію з пацієнтами, їх родичами і найближчим оточенням, а також з колегами. Це передбачає узгодження дій, розподіл функцій і вплив на настрій, поведінку та переконання співрозмовника.

Передумови для встановлення взаємин між лікарем і пацієнтом формуються ще до їх знайомства, в момент, коли хворий крокує у кабінет

лікаря.

Першовідомою передумовою є характер інформації, яку пацієнт заздалегідь збирає про лікаря, із яким він має спілкуватися. У випадку можливості вибору, пацієнт збирає рекомендації про лікаря, консультиється з пацієнтами, які вже лікувалися у нього, а також збирає відгуки від його колег по роботі. Велике значення приділяється науковому ступеню і посаді лікаря, а також наявності подальшого професійного зростання (включаючи іноземні стажування). Пацієнт намагається дізнатися не лише про фахові якості лікаря, але і про його особистісні та людські риси. Також пацієнти виявляють зацікавленість у фінансовому аспекті візиту до лікаря, що часто впливає на проблему вибору конкретного фахівця. Якщо хворий не може зібрати достатню інформацію, він, принаймні, чекаючи своєї черги за дверима кабінету, стежить за розмовами інших пацієнтів, які стосуються професійних і особистісних якостей лікаря.

До моменту, коли хворий потрапляє в кабінет лікаря, він, як правило, вже сформулював докладне уявлення про фахівця, з яким буде спілкуватися.

Другою передумовою для формування майбутніх відносин лікаря і його пацієнта є репутація медичного закладу, до якого звертається хворий, що визначається його рівнем, таким як медичний університет, НДІ, міська лікарня, приватна клініка тощо. Відповідно до репутації медичного закладу формуються певні очікування та настанови у пацієнта.

Готовність вбачати в лікарі певні якості, очікування високого рівня професійної підготовки і медичної допомоги - все це в певній мірі залежить від репутації медичного закладу. Згідно із своїми установками та очікуваннями, хворий буде вести себе в кабінеті лікаря.

У кінці кінців, третьою передумовою є те, наскільки важкою і тривалою була для пацієнта дорога до відповідного фахівця. Поведінка пацієнта буде

різною в залежності від того, чи він взяв номерок до лікаря вранці, чи записався на прийом заздалегідь, чи прийшов з сусіднього будинку, чи приїхав з іншого міста, чи змушений прийти на профілактичний огляд, чи вклав багато зусиль для того, щоб зустрітися з лікарем. Усе це буде визначати стан (роздратування, втому, пригніченість, агресивність і т. д.) пацієнта на момент початку спілкування з лікарем.

Поведінка пацієнта залежить від того, наскільки важкою і тривалою була дорога до фахівця.

Усі три вищезазначені фактори в значній мірі визначають налаштування пацієнта на співпрацю з лікарем і повинні бути враховані останнім, особливо на початкових етапах взаємодії.

Отже, взаємодія "лікар-пацієнт" відбувається за наступною схемою:



Рис. 1.1. Взаємодія лікаря та пацієнта при вирішенні проблеми

Примітка. Сформовано автором на основі [14, с. 16]

Пацієнти мають різноманітні мотиви для звернення до лікаря. По-перше, існує ситуація, коли людина бажає пройти медичне обстеження для виключення можливості наявності захворювання. В цьому випадку пацієнт намагається підтвердити свою гіпотезу, що дискомфорт, який він відчуває, викликаний зовнішніми причинами і не потребує медичного втручання.

По-друге, існує інший мотив, який полягає в виявленні симптомів і підтвердженні передбаченого діагнозу захворювання. У цьому випадку мета обстеження і очікування результатів виявляються іншими.

У першому випадку може виникнути більш негативна і навіть афективна реакція пацієнта, оскільки ви¹явлення відсутності захворювання може розходитися з його очікуваннями. У другому випадку розбіжність між прогнозом і реальністю може бути менш істотною. Важливу роль в цьому взаємодії відіграє сприйняття і взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом.

Серед типів взаємодії лікаря і пацієнта найбільш поширеним є дихотомічний розподіл: кооперація і конкуренція (згода і конфлікт, пристосування і опозиція). Кооперація визначається взаємним погодженням суб'єктів щодо цілей і відсутністю порушень цього угоди, якщо інтереси збігаються. З іншого боку, конкуренція полягає в досягненні індивідуальних або групових цілей та інтересів умовах протистояння між людьми.

В обох випадках як тип взаємодії (співробітництво чи суперництво), так і ступінь вираженості цієї взаємодії (успішна або менш успішна співпраця) визначають характер міжособистісних відносин між людьми.

З боку лікаря "вимушеність" спілкування обумовлена професійними обов'язками. Якщо звернення пацієнта до лікаря визначається потребою у допомозі, то зацікавленість лікаря в пацієнті пояснюється його професійними обов'язками, а також матеріальним винагородженням (заробітною платою). Медичний працівник, як правило, зацікавлений в зустрічі з пацієнтом, оскільки це впливає на його професійний розвиток та соціальний статус. Взаємини між лікарем і пацієнтом в історично сформованих умовах залежать від соціального устрою, ціннісних пріоритетів і типу взаємодії, а також змінюються протягом століть [14, с. 34].

Американський філософ Р. Вітч визначив чотири базові моделі взаємодій лікаря та пацієнта: інженерну, патерналістську, колегіальну і контрактну [7].

Інженерна модель передбачає виправлення порушень в організмі хворого без врахування його власної думки щодо здоров'я [7]. Однак через технократичний підхід та порушення гідності особистості, ця модель вважається неприйнятною для лікарської практики.

Патерналістська модель характеризується моральними цінностями, такими як любов, милосердя і справедливість. Лікар прагне допомагати хворому, уникаючи нанесення шкоди [15, с. 111].

У колегіальній моделі взаємовідносин лікаря та пацієнта взаємною рівністю учасників. Пацієнт отримує інформацію від лікаря і бере активну участь у плануванні лікування, хоча збіг інтересів для досягнення можливий рідко [26].

Розглянемо розвиток відносин лікар-пацієнт у наступних періодах:

«Стародавній Єгипет (близько 4000-1000 років до н. е).

Стародавня Греція (близько 600-100 років до н. е).

Середні століття (близько 1200-1600 рр. н. е).

Епоха Просвітництва (кінець XVII - початок XIX століття).

Відносини лікар-пацієнт в XIX-XX століттях.

Новітній час» [39, с. 55].

У Стародавньому Єгипті лікування та сам лікар відігравали особливу роль, а їхні відносини мали своє коріння в ритуалах священика і прихожанина, за припущенням Л. Едельштейна [39, с.57]. Зусилля людини спрямовувалися на оволодіння природою, уникнення хвороб і смерті шляхом магії та вшанування богів, і священики-цілителі виступали як посередники. Лікування фокусувалося переважно на видимих порушеннях, а психічні розлади ускладнювали процес лікування. Ймовірно, в Стародавньому Єгипті існував патерналістський тип

відносин, де цілитель виконував роль "батька" з медичними знаннями, а пацієнт грав роль дитини, підпорядковуючись вказівкам "старшого" [39, с. 55-57].

Під впливом передових філософських ідей у Стародавній Греції лікарі розглядали хвороби, їхні причини та зв'язок із зовнішнім середовищем. Вони відмовилися від магічних та релігійних підходів до медицини, сприяючи розвитку демократичних відносин між лікарем і пацієнтом. У цьому суспільстві виникла колегіальна модель взаємодії, хоча патерналістський тип ще зберігався, зокрема, у Клятві Гіппократа, яка поклала основу морально-етичних норм [44, с. 56]. Ця Клятва забезпечила більш високий рівень гуманізму, підкреслюючи інтереси пацієнта перед інтересами лікаря.

У Середньовіччі в контексті зростання впливу християнства лікарі сприймали хвороби як наслідок гріхів, де зцілення тіла пов'язувалося з зціленням душі [39, с. 78]. Відносини між лікарем і пацієнтом визначалися моделлю активність-пасивність, що відображало патерналістський підхід, де лікар володів надприродними здібностями та мав високе суспільне становище [39, с. 81].

У період антифеодальних рухів і революцій відбувається переосмислення завдання медицини в суспільстві, метою якого стає як індивідуальне, так і суспільне здоров'я, в цей же час лікарська етика оформляється як система розгорнутих конкретних моральних обов'язків лікаря, що регулюють його професійну діяльність [58, с. 54].

Події, які привели до Великої французької революції, поклали кінець епохи, в якій знедолених людей і тих, у кого були психічні розлади, ізолювали від суспільства. При цьому відносини між лікарем і пацієнтом почали складатися у напрямку колегіальної моделі [29, с. 122].

У кінці 19 століття з розвитком психоаналізу і психосоціальних теорій Й. Брейера і З. Фрейда велика увага стала приділятися пацієнтові як особистості

[4, с. 37]. Пізніше Т. Парсонс відзначав нерівноправність у відносинах лікаря і пацієнта, який, в основному, підкорявся вказівкам фахівця [4, с. 45]. Е. Фрейдсон також вказував на проблему професійного переважання лікарів [29].

Це призвело до розвитку колегіальної моделі взаємин. Завданням лікаря було дати пацієнту достатній обсяг інформації про його стан здоров'я, варіанти лікування, прогноз перебігу захворювання і про можливі ускладнення. Хворий став повноцінним учасником планування власного лікування, будучи обізнаним, він зміг реалізувати право особи на свободу вибору.

В результаті відбувається зародження пацієнт-орієнтованої медицини. Тепер хворий не просто об'єкт, а людина, що потребує допомоги, підтримки та освіти.

В кінцевому підсумку, з'являються нові моделі взаємин: інформаційна – де пацієнт повністю незалежний від лікаря, і вільно приймає рішення, інтерпретаційні, при яких лікар змушений переконувати пацієнта, і дорадча – заснована на вірі і взаєморозуміння.

«За даними опитування, проведеного Мартиненко Л.В. та іншими, питання лікування з пацієнтами обговорюють лише 18% лікарів, а 36% обумовлюють тільки основні моменти. У той же час більшість з опитаних бажали б працювати з пацієнтами, які б повністю довіряли лікарю» [40, с. 39].

«В даний час триває активний пошук прийнятної моделі вітчизняної системи охорони здоров'я, вибір якої був би більш раціональний на сьогоднішній день. Відбувається процес перетворення медичної допомоги в напрямку надання платних медичних послуг, в тому числі стоматологічних. У підсумку лікар стає виробником, а пацієнт – споживачем. Розвивається контрактна модель відносин, в рамках якої їх взаємодія відбувається таким чином, що кожна зі сторін має прописані зобов'язання, але також досягає певної вигоди» [7].

На сьогоднішній день взаємини між медиками-професіоналами і пацієнтами будуються на основі патерналістської (або сакральної) моделі, моделі колегіального типу, моделі контактного типу та моделі технічного типу.

Патерналістські модель відносин в медицині в сучасному суспільстві втрачає свої позиції. Патерналізм, який традиційно панував в медичній практиці, поступається місцем принципу співпраці. Повсюдно поширилася норма, згідно з якою лікар не має права приймати рішення без згоди пацієнта, а той в свою чергу виступає як компетентний споживач медичних послуг і потребує всебічної інформації з приводу свого захворювання, методів лікування і реабілітації [7].

Модель технічного типу взаємодії також має свої недоліки, оскільки в результаті стрімкого розвитку біомедичних технологій виникає лікар-вчений. Цей фахівець веде себе як вчений-практик, спрямований на виправлення неполадок в організмі пацієнта, а сам процес усунення "поломок" вважається самоцінним з точки зору наукового знання, проявляючи яскраву неупередженість лікаря. Етична проблема стосується того, як пацієнт сприймається як несправжній механізм, але це виправляється відповідальністю самого пацієнта за прийняття остаточних рішень. На сьогодні це є найбільш морально привабливою моделлю колегіального типу. Лікар і пацієнт взаємодіють як рівні партнери в боротьбі з хворобою, і їхні соціальний статус, вік чи освіта не впливають на рівноправність.

Модель контактного типу взаємодії відзначається рівною відповідальністю лікаря та пацієнта за результат лікування. Згідно з угодою, яка може бути як усна, так і письмова, обговорюються всі аспекти професійних відносин між лікарем і конкретним пацієнтом. Ця модель широко застосовується в Європі, США і Росії, і вона дозволяє уникнути відмови лікаря в емпатії, яка є характерною для моделі технічного типу, а також уникнути відмови пацієнта в моральній відповідальності, яка є рисою моделі сакрального типу. Ця модель сприяє уникненню неправильної і неконтрольованої рівності, яка може виникнути в колегіальній моделі. У відносинах, заснованих на контракті, лікар розуміє, що пацієнт має право на свободу управління своїм життям і долею під час важливих виборів.

В Україні практичне застосування цієї моделі має істотну відмінність від

загальносвітової практики. Зважаючи на ряд культурно-історичних причин патерналізм в Україні міцно увійшов в медичну практику. Тому позбутися від патерналістських установок суспільної свідомості за 30-40 років просто неможливо. Портрет сучасної вітчизняної медицини визначають два чинники – демократичні і ринкові перетворення в суспільстві і пов'язана з ними реформа охорони здоров'я. При цьому поліваріантність медичних послуг є досить новою як для споживачів послуг – пацієнтів, так і для їх виробників – медичних працівників. Патерналістська модель взаємовідносин в медицині критикується, на зміну їй приходять контактна і колегіальна моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. При цьому принциповим є питання про автономію пацієнта.

З ростом грамотності хворих і розвитком гуманістичних ідей потрібно враховувати і думку пацієнта. В результаті отримали розвиток відносини, засновані на співробітництві і партнерстві. Це призвело до домовленості лікаря і пацієнта діяти спільними зусиллями для боротьби з хворобою, що в результаті позитивно вплинуло на рівень задоволеності від лікування.

При цьому у зв'язку з бурхливим розвитком телебачення, багаторазовим збільшенням кількості друкованих газетних і журнальних видань, інших форм і засобів масової комунікації в Україні в кінці ХХ - на початку ХХІ ст., навіть в суспільно-політичних газетах і журналах медична інформація у вигляді тих чи інших «Корисних порад», рубрик «Ваше здоров'я», «Ключ до здоров'я», «Домашній доктор», «Зціли себе» тощо в все більш зростаючих обсягах адресується до найширшої аудиторії і чинить все більш істотний вплив як на масову свідомість, так і на індивідуальні уявлення, установки, переконання, мотиви читачів, які в той же час є епізодичними або регулярними споживачами тих чи інших медичних послуг, тобто пацієнтами [54, с. 51].

Отже, на сучасному етапі лікувальний процес передбачає не тільки відповідальні особисті рішення пацієнта (які значною мірою базуються на його інформативності), але і облік лікарем при структуруванні взаємин з пацієнтом (поряд з визнанням зміненого статусу пацієнта) ступеня і спрямованості

інформованості останнього, багато в чому детермінують ті чи інші його рішення.

«У будь-якому міжособистісному спілкуванні можна зустріти конфліктні ситуації, структурними компонентами яких є: об'єкт і предмет, особистості опонентів – активних учасників конфлікту, місця проживання, умови роботи і життя, обстановка соціальної взаємодії, цілі діяльності, стратегія і тактика протидії, потреби і інтереси. У сучасному світі конфлікти зустрічаються майже на кожному кроці і, на жаль, є нормою життя. Провідні вітчизняні дослідники в галузі регулювання конфліктів називають такі основні принципи управління конфліктом» [65, с: 123].

Компетентність в цьому контексті передбачає, що втручання в розвиток конфліктної ситуації повинно проводитися кваліфікованими фахівцями з відповідною теоретичною підготовкою та достатнім досвідом, такими як психолог, юрист або медіатор.

Радикальність у вирішенні конфлікту визначається тим, щоб ступінь втручання фахівця не перевищувала його глибини знань у сфері питання, що є аналогією до професійної медичної преміси "не завдавай шкоди".

Співпраця та компроміс вказують на те, що найбільш бажаною стратегією вирішення конфлікту є знаходження шляхів, які дозволять уникнути активного протистояння сторін, роблячи способи вирішення спору максимально мирними та конструктивними.

На наш погляд, останнє положення має особливе значення саме для медицини, оскільки дії лікаря і пацієнта за своєю природою спочатку об'єднані спільною мотивацією - відновлення здоров'я.

Як писав АВ Решетніков, «в більшості випадків при наданні медичної допомоги медичні працівники мають справу не тільки з захворюванням, але і з психосоціальними проблемами пацієнтів. «Необхідно затратити чимало зусиль, – зазначав він, – щоб зрозуміти, як краще впоратися з проблемами з медичної та з соціальної точок зору, так як вони неминуче будуть складати значну частину в запитах пацієнтів незалежно від того, чи будуть лікарі розглядати ці проблеми як

властиві отриманню медичної допомоги або які є такими» [50, с. 10]

Одним з найбільш багатообіцяючих напрямків в соціальних науках, пов'язаних з медициною, є розвиток нових соціальних технологій, що мають на меті модифікацію медичної поведінки особистості і груп в інтересах загальної справи.

1.2 Правові та етичні принципи взаємодії медичного персоналу та споживачів

«Одним з основних питань, які вивчаються в рамках медичної діяльності, є нормативно-правове забезпечення прав громадян у медичній сфері. Від того, наскільки якісною є юридична база прав громадян в медицині, наскільки ефективно окремо взятий громадянин може скористатися наданими йому правами, багато в чому залежить успішний динамічний розвиток як медичного права, так і правової держави в цілому.

Права громадян у сфері медичної діяльності – це передбачені міжнародними і національними нормативно-правовими актами положення, що гарантують громадянам охорону здоров'я та надання медичної допомоги при виникненні захворювання» [38, с. 65].

«Права пацієнта – це інструменти управління процесом надання медичної допомоги. Використовуючи свої права, сам пацієнт (або призначений ним представник) здатний прийняти рішення про доцільність самого медичного втручання, про місце його проведення, про умови, в яких воно буде здійснено, про обстановку, про його учасників, про необхідну для нього медичної інформації, про вигляді і обсязі втручання, про залучення інших осіб, що представляють або захищають інтереси пацієнта» [42, с. 23].

«Генеральна Асамблея ООН ще у 1948 р. прийняла Загальну декларацію прав людини. Це фундаментальний документ, у якому проголошені невід'ємні права кожної людини, незалежно від раси, статі, мови, релігії, національності, політичних або інших переконань. Більшість країн включають основні

положення Декларації у своє базове законодавство» [42].

Відносини лікар-пацієнт в Україні законодавче регулюються наступними «Швидкий розвиток медицини визначає актуальність відносин між медичними працівниками та пацієнтами у сфері права та моралі. Проблематика моралі лікарів набула важливого значення з початкових етапів її виникнення та розвитку. Зазначена сфера відносин визначає предмет медичної етики, завдання якої вирішити етичні проблеми, які виникають під час медичної діяльності. За сучасних умов медична етика теж зазнала принципових змін. Поява нових відносин у сфері трансплантації, донорства, генетики, репродуктивних технологій ставить перед медициною нові етичні проблеми» [42].

Відсутність юридичної відповідальності за порушення етичних норм створює ризик недостатнього забезпечення їх дотримання. Лікарі постійно взягають на себе відповідальність за рішення, що стосуються здоров'я, життя та прав особи. У такому контексті важливим є використання в медичній практиці не лише правових норм, але й етичних принципів, а також чітке визначення меж їх взаємодії. З розвитком медичної науки виникають проблеми, пов'язані зі зміною людських цінностей в медичній етиці.

«З першого січня 2018 року в Україні розпочалася медична реформа, метою якої є наближення до світових стандартів у сфері медичного обслуговування та створення умов доступного лікування для кожного громадянина. Утім вітчизняне законодавство має ряд прогалин та колізій, в деяких нормативних актах відсутні визначення основних понять, залишаються поза увагою важливі питання, вирішення яких перекладається на медичних працівників. Тому слід виробити єдину концепцію реформування законодавства та систематизувати існуючу нормативну базу в єдиний Медичний кодекс України, в основу якого покласти існуючі суспільні реалії та загальноприйняті норми моралі і етики у сфері медичної діяльності» [17].

«Слід погодитися з думкою Р.А. Майданика, що Медичний кодекс повинен містити сім основних груп етичних норм лікаря, покликаних регулювати відносини з пацієнтами:» [17]

- «лікарської етики та суспільства;
- загальнолюдської та професійної етики і моралі у відносинах між лікарем та пацієнтом;
- колегіальності лікарів і традицій медичного співтовариства; 4) наукових досліджень за участю лікаря;
- застосування новітніх медичних технологій;
- поінформованості лікаря;
- поваги до професії лікаря» [38, с. 67].

«У вересні 2009 р. у м. Євпаторії Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій та Х з'їздом Всеукраїнського лікарського товариства був прийнятий та підписаний Етичний кодекс лікаря України. У п. 1.3 цього кодексу зазначається, що у разі порушення Кодексу до лікарів можуть бути застосовані санкції з боку етичних комісій або комітетів цих закладів і організацій. Крайньою формою громадського осуду за порушення фахових і загальнолюдських морально-етичних принципів визначено виключення лікаря з професійної асоціації, членом якої він є» [38, с. 65]. Однак такої міри відповідальності недостатньо для попередження недотримання медичними працівниками норм Кодексу. У медичному законодавстві слід визначити дисциплінарну відповідальність або накладення штрафних санкцій за недотримання норм Етичного кодексу.

Схожу позицію підтримує О.Г. Рогова, яка досліджувала процеси створення Етичних кодексів в медицині. «Вчена вказує, що за сучасних умов етичні кодекси в медичних законодавствах існують у вигляді документів, які мають назву формуляри та розрізняються за юридичною чинністю. Слід погодитися з її думкою, що для реалізації норм етичного кодексу необхідно ухвалити його у встановленому законодавчому порядку, задля забезпечення нормативності його застосування всіма суб'єктами правовідносин та юридичної формалізації наслідків недотримання його норм» [51].

Суб'єктивний рівень полягає у психологічному ставленні лікарів та пацієнтів один до одного. Поведінка пацієнта визначається в оцінці наданих

йому медичних послуг. Критеріями оцінки є увага медичних працівників, доступність та ефективність лікування. Медичні працівники зобов'язані уникати суб'єктивної поведінки, адже це може суперечити їх рівню професійності.

Кожен пацієнт повинен враховувати принципи медичної етики на як особистому, так і об'єктивному рівні, розглядаючи це не лише як своє право, але й як свій обов'язок. Якщо лікарі несуть відповідальність за порушення етичних норм, то так само необхідно установлювати відповідальність пацієнтів перед медичним персоналом. Незалежно від соціального статусу або хвороби, важливо суворо дотримуватись правил лікаря як особистих, так і професійних. Винятком можуть бути особи з психічними розладами або ті, які не можуть усвідомлювати свої дії. Відповідальність пацієнтів може виявлятися у вигляді штрафів або, наприклад, компенсації моральної шкоди. Тільки при повному взаєморозумінні можна говорити про ефективність вирішення етичних проблем.

Об'єктом медичної етики завжди була особистість хворого. Лікування, як діяльність медичних працівників, ґрунтувалося на конкретних принципах медичної етики, а саме на основних ідеях і фундаментальних поняттях, якими повинен керуватися медичний працівник у відносинах з пацієнтом. Ці принципи можна розділити на загальні та основні.

Окрім зазначених основних принципів, можна виокремити й загальні етичні принципи:

- принцип правдивості (полягає у наданні лікарем повної, об'єктивної інформації щодо стану його здоров'я);
- принцип справедливості (лікарі повинні надавати медичну допомогу незалежно від раси, кольору шкіри та віросповідання хворого);
- принцип нерозголошення інформації (медичні працівники зобов'язані не розголошувати інформацію щодо стану здоров'я пацієнта іншим особам, без наявної згоди самого пацієнта);

принцип відповідальності (медичний працівник та пацієнт повинні

відповідально відноситись до дотримання прав один одного).

В.Н. Сап'оров до «медичної етики відносить не лише етику, якої повинні дотримуватись лікарі і медичний персонал, а й аспекти щодо нових медичних технологій (трансплантація органів, методи репродуктивних технологій, сурогатне материнство, генетичне медичне втручання тощо)» [58, с. 54].

«Не позбавлені уваги й етичні питання щодо евтаназії. З історії відомо, що згідно з Кримінальним кодексом Радянської Росії 1922 р. дозволялося умертвіння хворого зі співчуття. Невдовзі таку правову норму було скасовано. Евтаназія широко застосовувалася у фашистській Німеччині як «знищення невиліковних», найчастіше вона застосовувалася для масового вбивства у концтаборах євреїв, які внаслідок невиліковних хвороб не могли працювати. Після Другої світової війни евтаназія була легалізована тільки у 1977 р., коли у США було ухвалено перший у світі закон «Про право людини на смерть», згідно з яким було дозволено здійснення пасивної евтаназії» [62].

«Розвинуті країни використовують різні форми для законодавчого закріплення прав пацієнтів, а також дотримання етичних вимог. З 1983 року у Франції діє Національний комітет по етиці у сфері наук про життя та здоров'я, до завдань якого входить забезпечення відповідного контролю за дотриманням етичних норм поведінки лікарів щодо пацієнтів, колег і суспільства загалом. Право пацієнтів на участь в регулюванні системою охорони здоров'я Франції забезпечується участю представників громадських об'єднань в роботі органів управління та медичних закладах» [69].

«В Ізраїлі в Міністерстві охорони здоров'я функціонує спеціальне бюро з розгляду скарг пацієнтів до персоналу державних медичних закладів, а в кожному медичному закладі, згідно з Законом про захист пацієнтів передбачається створення трьох комісій: перевірна – працює зі скаргами пацієнтів та їх родичів; контролю якості – її висновки є конфіденційними та не підлягають розголошенню, але повинні фіксуватись в медичних документах хворого пацієнта; етична – до складу якої входять юристи, психологи, громадські діячі та лікарі» [69].

«Сучасна медична етика – це співпраця та довіра між медичним працівником та пацієнтом, що ґрунтується на повазі та дотриманні прав один одного. Тим більш, вона є основою сучасного медичного законодавства. Проблеми медичної етики потребують уваги всіх учасників суспільних відносин, адже у медичній практиці приймаються рішення соціально-важливі і стосуються кожного громадянина. За допомогою нових технологій виникають нові людські цінності, що потребують не лише правового регулювання, а й дотримання етичних норм. Наприклад, у випадку клонування або сурогатного материнства, коли у дитини може бути біологічна та соціальна мати або батько. Водночас швидко розвивається і сфера платних медичних послуг, за допомогою яких можна на замовлення створити нове життя. Які наслідки для майбутнього покоління буде мати така практика, залишається поки що лише здогадуватись» [69].

РОЗДІЛ 2

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Аналіз особливостей взаємодії стоматологічних медичних закладів та споживачів

Взаємодія стоматолога з пацієнтом представляє собою складний та різноаспектний процес, в якому лікар виступає не лише як фахівець, що використовує свої знання та досвід для лікування та підтримки здоров'я, але й як особа, що розглядає цей процес у контексті морально-етичних, культурних та релігійних цінностей. Зміни в інфраструктурі охорони здоров'я та стоматології, зокрема, розділили стоматологічні заклади на державні та недержавні, що призвело до зростання конкуренції серед лікарів з професійної та етичної точки зору.

Під час прийому лікар-стоматолог виконує ряд функцій, таких як діагностика, психотерапія, організація, менеджмент, лікування, реклама і інші. Реалізація цих функцій в умовах високої відповідальності за якість та результат стоматологічних втручань може створювати стресове середовище. Залежно від контексту виконання тих чи інших функцій, лікар-стоматолог має враховувати особливості комунікативного наміру: надання інформації, висловлення думок, рекомендацій, роз'яснень, вираження співчуття, навіювання, попередження, похвала, вираження надії та інше.

«Як зазначено у наукових працях, професійна взаємодія стоматологів характеризується відповідними типами спілкування й взаємодії, стилями й тактикою взаємодії» [6, с. 45].

Так, ураховуючи провідну мету професійної діяльності стоматолога, виділяють кілька типів його спілкування з іншими суб'єктами процесу лікування (хворі, їхні родичі, медичний персонал) як основи їх професійної взаємодії, могутнього засобу впливу на моральний і психічний стан хворих та

їх родичів, який є невід'ємною частиною успішного лікування:

- основне (протікає під час виконання стоматологом своєї професійної діяльності (тобто в процесі лікування пацієнтів), і збігається з професійними діями лікарів у рамках вирішення ними медичних завдань, при з'ясуванні анамнезу, в ході дослідження стану здоров'я хворого, його огляду, лікування, спостереження тощо);

- допоміжне (використовується в процесі супутнього лікування, при обміні інформацією з колегами щодо методів лікування, при ознайомленні з думкою інших фахівців-медиків з різних медичних питань, під час зустрічей і консультацій з родичами хворих; має характер окремих мовних дій (тобто періодичної вербальної взаємодії);

- оказіональне (супроводжує основну роботу стоматолога, наприклад, при виконанні хірургічних операцій мова допомагає виконувати необхідні фізичні дії, координувати поведінку учасників медичних маніпуляцій; воно уривчасте, впливає й тісно пов'язане з невербальними діями лікаря, становить єдине ціле з ними;

- репліки лікаря нерідко складаються з одного слова («Скальпель!») ;

- фатичне спілкування (має своєю метою відвернути хворого від тривожних думок, страхів, переживань, пов'язаних з проведенням болючих процедур, оперативного втручання; покликане зняти нервову напругу у хворого; передбачає підбадьорювання партнерів, пацієнта, жартування, позитивно впливає на емоційну сферу пацієнта і сприяє кращому взаєморозумінню учасників процесу професійної діяльності) [5;6, с. 43].

Зрозуміло, що стоматолог з метою організації ефективної взаємодії має володіти всіма зазначеними типами спілкування, провідною метою якого є встановлення взаєморозуміння лікаря і пацієнта. Тому головна лікарська заповідь «Primum nolī nocere» по суті акумулює в собі базові цінності стоматолога, має поширюватися не лише на його власне лікарську практику, але й на практику взаємодії.

Щодо типів професійної взаємодії стоматологів, то найбільш поширеним

I. Герасимо вбачає «дихотомічний розподіл:

1. Кооперація (взаємодія, за якої її суб'єкти досягають взаємної угоди щодо переслідуваних цілей і прагнуть не порушувати її, доки збігаються їхні інтереси).

2. Конкуренція (взаємодія, яка характеризується досягненням індивідуальних або групових цілей та інтересів в умовах протиборства між людьми)» [10, с. 123].

В обох випадках як тип взаємодії (співробітництво чи суперництво), так і ступінь вираженості цієї взаємодії (успішна або менш успішна співпраця), визначають характер міжособистісних відносин в системі «стоматолог - пацієнт».

І тут варто згадати про те, що сучасний стоматологічний прийом традиційно ведеться в «чотири руки». Від сформованих взаємин між лікарем і його асистентом залежать не тільки емоційний настрій і підхід до справи, але і здоров'я пацієнта.

Вагомими для нашого дослідження стали погляди американського біоетика Роберта Витча [7], який виділив чотири моделі взаємодії в системі «лікар-пацієнт», що розглянуті нами у парagraфі 1.2 і є цілком дієвими і для стоматологів:

Для того, щоб визначити, яку модель взаємин обирають пацієнти стоматологічної практики і якої позиції вони дотримуються, будучи споживачами стоматологічних послуг нами проведене соціологічне опитування серед пацієнтів КНП "ТСП" ТМР.

Дані проведеного опитування свідчать, що пацієнти частіше обирають патерналістську модель, адже 49 (39,2%) пацієнтів основну роль у лікувальному процесі віддають лікарю. Патерналістські настрої більшою мірою притаманні пацієнтам, поведінка яких формується на основі низького рівня компетентності в питаннях медицини, ціни і лікарських засобів. Проте медичний патерналізм можна виправдати з погляду концепції лікарського гуманізму: ставлення до хворого з позиції милосердя, особливо тоді, коли

хворий персоніфікує страждання, безпорадність. Так 48 (38,4%) респондентам для прийняття рішення щодо лікування, необхідна допомога лікаря у вигляді поради або консультації (інтерпретаційна модель). При цьому автономія пацієнта полягає не лише у свободі вибору, але й розумінні аргументів на користь правильного вибору. 28 (22,4%) пацієнтів бажають самостійно обирати вид медичної допомоги та контролювати процес лікування (рис.2.1). У цьому випадку реалізується інформаційна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Отримані дані свідчать про наявність у пацієнтів високої довіри до лікаря-стоматолога, впевненості в його професійній компетентності, незважаючи на те, що самі пацієнти все більше позиціонують себе як активні споживачі стоматологічних послуг.

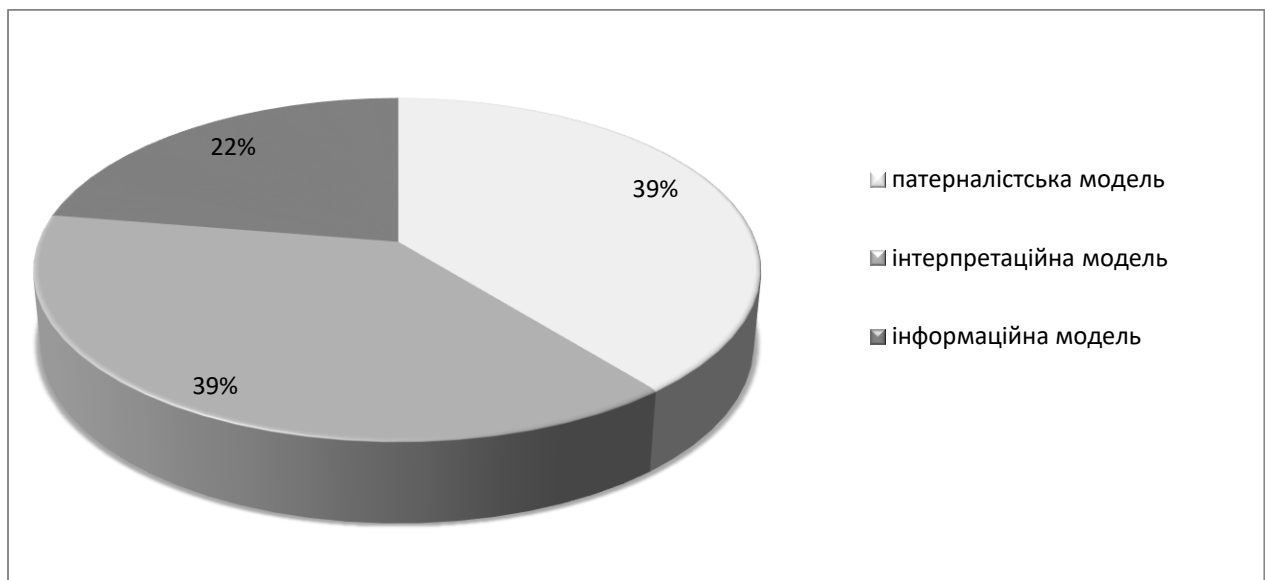


Рис. 2. 1. Обрані моделі взаємин пацієнтів КНП "ТСП" ТМР

Примітка. Сформовано автором на основі даних опитування

В. Сабурова, аналізуючи зазначені моделі, вважає їх ідеальними конструкціями. Реальний вибір того чи іншого типу відносин визначається особливостями особистості лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги [55].

Розвиток нових медичних технологій, зміна характеру сучасної стоматології призвели до того, що на сьогодні пацієнт стоматологічних клінік прагне стати рівноправним суб'єктом взаємовідносин у системі охорони

здоров'я та отримувати високоякісну стоматологічну допомогу, що відповідає сучасним світовим стандартам, що стосуються не тільки технологічних нововведень і матеріалів, але і технологій соціальних взаємодій з медичним персоналом. Тому лікар має вміти будувати взаємодію на основі конструктивного діалогу та полілогу. Слово стоматолога є свідченням його милосердя, чуйності, загальної культури й освіченості; воно здатне повернути пацієнтові втрачену гармонію з навколишнім світом. Даний аспект зазначено в працях деяких науковців [5; 10].

Щодо стилів взаємодії, то цікавим для нас виявилось дослідження Е. Савина [6, с. 45], яка виділила індивідуальні стилі роботи лікарів-стоматологів і моделі взаємодій лікарів з дітьми в стоматологічних клініках різної форми власності. За результатами дослідження дослідницею виявлено чотири стилі взаємодії: «позитивний», «негативний», «мовчазної майстерності», «батога і пряника». Оптимальним для стоматології дитячого віку дослідниця вбачає «позитивний» стиль із середнім рівнем мовленнєвої активності лікаря.

Розглядаючи різні аспекти професійної взаємодії стоматологів, не можна обійти питання щодо тактик (сукупність комунікативних прийомів, вибір та послідовність мовленнєвих актів на певному етапі взаємодії; становить одну або декілька мовленнєвих дій у межах обраних стратегій) і стратегій (когнітивний процес, «сукупність теоретичних ходів»; контроль і вибір дійових ходів спілкування і гнучкої їх видозміни в конкретній ситуації, тобто оптимальна реалізація інтенцій мовця щодо досягнення конкретної мети спілкування), якими лікарі послуговуються у фаховій діяльності. Стратегії вирізняються «гнучкістю та динамікою», зазнаючи постійних змін та доповнень у процесі взаємодії [56]; вони підпорядковують тактику.

Лікар-стоматолог має володіти різними стратегіями й тактиками взаємодії, які дозволяють планувати майбутню розмову, брати на себе ініціативу в бесіді, організовувати цілісний контакт, надавати взаємодії особистісного характеру, врегульовувати конфліктні ситуації, пропонувати спільні дії, а отже, ефективно впливати на об'єкт, на який спрямоване мовлення, наприклад, вдале привернення

уваги, з'ясування і передавання інформації, підтримання контакту, обговорення, узгодження, переконання, провокування, приведення до певного емоційного стану тощо. Під ефективним впливом під час взаємодії розуміють досягнення запланованого регулятивного впливу - цілеспрямованого зрушення в системі орієнтирів адресата», тобто досягнення комунікативних цілей спілкування. Ззовні це виявляється у певній стратегії поведінки, тобто стратегії комунікативного регулювання професійної взаємодії, яка залежить від того, яку роль відіграє лікар-стоматолог, яка все частіше змінюється на роль консультанта, радника або компетентного експерта-професіонала, який допомагає пацієнтові прийняти остаточне рішення та інформує його про стан здоров'я, користь і можливий ризик можливих втручань.

У діяльності лікаря-стоматолога не все визначається його професійними можливостями. Він часто стикається з необхідністю визнання того факту, що не все може змінити людина за власним бажанням. З іншого боку, лікар-стоматолог змушений швидко і самостійно приймати рішення, брати на себе відповідальність і віддавати собі звіт в тому, що його професійні дії можуть мати далекосяжні наслідки для пацієнта.

Організація стоматологом професійної взаємодії має урахувати оновлену свідомість сучасного пацієнта, в якій виникли нові образи стоматологічних послуг, моделі відносин лікаря і пацієнта, етичних та естетичних аспектів стоматологічної практики, яка відповідає всім новітнім тенденціям сучасного суспільства. А отже, він мотивований на реалізацію свого права отримати високий рівень обслуговування і сучасного стоматологічного сервісу. Тому під час організації взаємодії лікарю доводиться урахувати основні мотиви, які спонукають хворого до взаємодії саме з цим стоматологом, якими можуть бути усвідомлена чи підсвідома потреба в пораді, заспокоєнні, консультації, соціальному спілкуванні й, нарешті, природна потреба виговоритись і тим самим полегшити свій душевний стан. Зважаючи на зазначене, взаємовідносини з пацієнтом мають будуватися залежно від його віку, професії, загального культурного рівня, характеру, настрою, важкості та

особливостей захворювання. Всі заходи щодо лікування хворого та догляду за ним мають здійснюватися спокійно, чітко, охайно, не дратуючи його, не завдаючи йому болю, в жодному разі не принижуючи його людську гідність. Потрібно враховувати зазвичай властиве пацієнтам відчуття незручності, досади в зв'язку зі своєю неспроможністю та залежністю.

Підсумовуючи, зазначимо, що на підставі проведеного аналізу нами встановлено основні типи, стилі, тактики й технології професійної взаємодії в діяльності стоматолога, виявлено психологічні особливості професійної взаємодії, причини непродуктивної взаємодії стоматолога і пацієнта. Щодо подальших наукових розвідок, то ці доробки є засадничими для обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії методами інтерактивного навчання.

2.2. Оцінка організаційного забезпечення взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

КНП «Тернопільська міська стоматологічна поліклініка Тернопільської міської ради» (КНП "ТСП" ТМРК) - амбулаторний заклад охорони здоров'я, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, що відповідають Законодавству України та Статуту.

Основними завданнями діяльності КНП "ТСП" ТМРК є:

- стоматологічне медичне обслуговування населення, що постійно проживає (перебуває) на території м. Тернопіль та області через надання йому медичних стоматологічних послуг у порядку та обсязі, встановлених Законодавством України, що спрямовані на збереження, поліпшення, відновлення здоров'я населення;
- забезпечення профілактики, діагностики та лікування захворювань порожнини рота та щелепно-лицевої ділянки;
- організація взаємодії з іншими закладами охорони здоров'я з метою

забезпечення наступництва у наданні медичної стоматологічної допомоги на різних рівнях та ефективного використання ресурсів системи медичного обслуговування населення.

Лікувально-діагностична робота, яка проводиться КНП "ТСП" ТМРК передбачає: здійснення медичної практики з надання пацієнтам відповідно до законодавства України на безоплатній та платній основі послуг вторинної/спеціалізованої амбулаторної медичної стоматологічної допомоги, у тому числі екстреної (невідкладної) медичної стоматологічної допомоги усім хворим при гострих і раптових захворюваннях, забезпечення належних умов для профілактики, діагностики та лікування стоматологічних послуг; надання платних медичних стоматологічних і інших послуг; проведення профілактичних оглядів ротової порожнини дорослого та дитячого населення; підготовка та проведення зубопротезування дорослого та дитячого населення; повне та якісне обстеження, встановлення діагнозу та організація своєчасного лікування хворих в амбулаторних умовах, тощо.

Поточне керівництво здійснює директор, який призначається на посаду і звільняється з неї за рішенням власника відповідно до порядку, визначеного законодавством України та відповідним рішенням обласної ради.

Структура КНП "ТСП" ТМРК, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів затверджуються директором.

Організаційна структура є показником організованості стоматологічної поліклініки як системи. КНП "ТСП" ТМРК функціонує на базі лінійно-функціональної структури управління, при якій уся відповідальність за прийняті рішення покладається на лінійного керівника, а кожен функціональний підрозділ відповідає за закріплену діяльність.

Структура КНП "ТСП" ТМР включає медичну частину, у складі якої терапевтичне відділення, лікувально-профілактичне відділення, відділення стоматології дитячого віку, ортопедичне відділення, а також господарсько-обслуговуючу частину, організаційно-методичний кабінет (рис. 2.1).

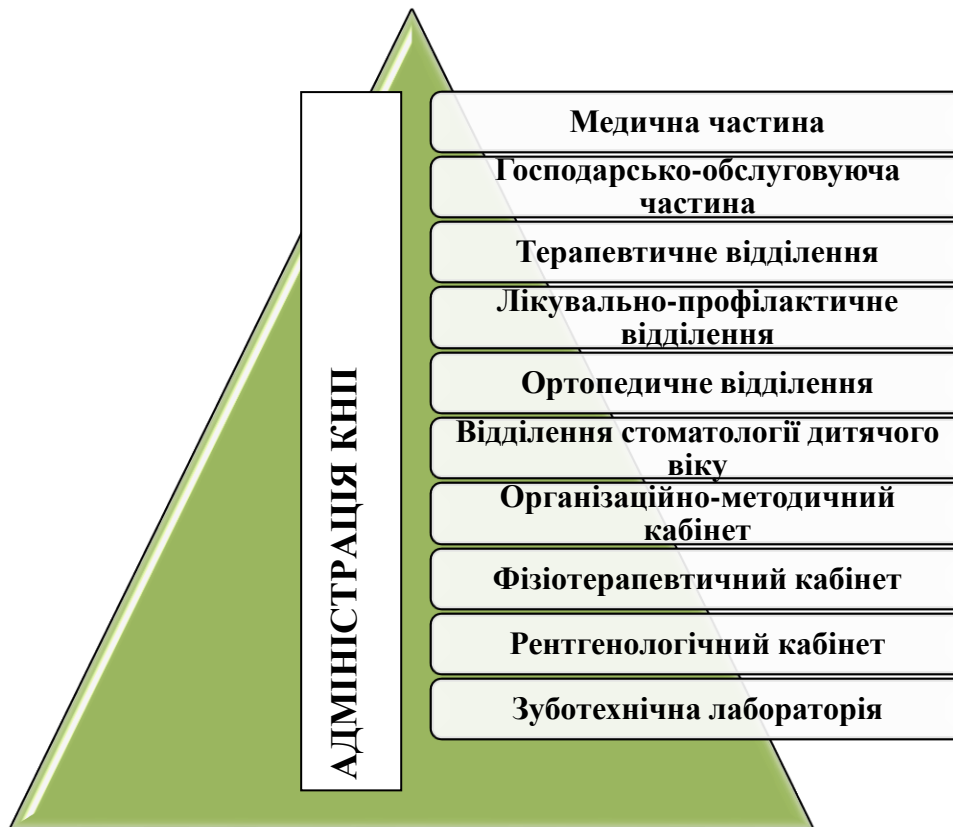


Рис. 2.1. Структура КНП "ТСП" ТМР

Примітка. Сформовано за

Штатну чисельність працівників директор визначає на власний розсуд на підставі фінансового плану, погодженого в установленому законодавством та статутом порядку з урахуванням необхідності створення відповідних умов для забезпечення належної доступності та якості медичної допомоги.

У бюджетних структурних підрозділах штатним розписом КНП "ТСП" ТМР передбачено 39,25 лікарських посад, 31,5 посади молодших спеціалістів з медичною освітою, 17,75 молодшого медичного персоналу та 14 посад іншого персоналу. На даний час всі наявні посади зайняті. Всього на бюджеті працює 42 лікаря-стоматолога, 24 молодших спеціалістів з медичною освітою, в тому числі 2 зубних техніки та 2 рентген-лаборанта, 13 молодших медичних сестер та 15 осіб із числа обслуговуючого персоналу.

У відділеннях, що надають платні стоматологічні послуги працюють 11 лікарів-стоматологів на 8,0 зайнятих ставках, у тому числі 4 – стоматологи-ортопеди (3,5 ст.), 6 зубних техніків (6,0 ст., 5 медичних сестер, 2 молодші

медичні сестри та 6 осіб із числа обслуговуючого персоналу.

У КНП "ТСП" ТМР працюють висококваліфіковані фахівці, адже медичний персонал систематично підвищує рівень кваліфікації, зокрема 73,7% лікарів мають присвоєні відповідні кваліфікаційні категорії (рис.2.2).

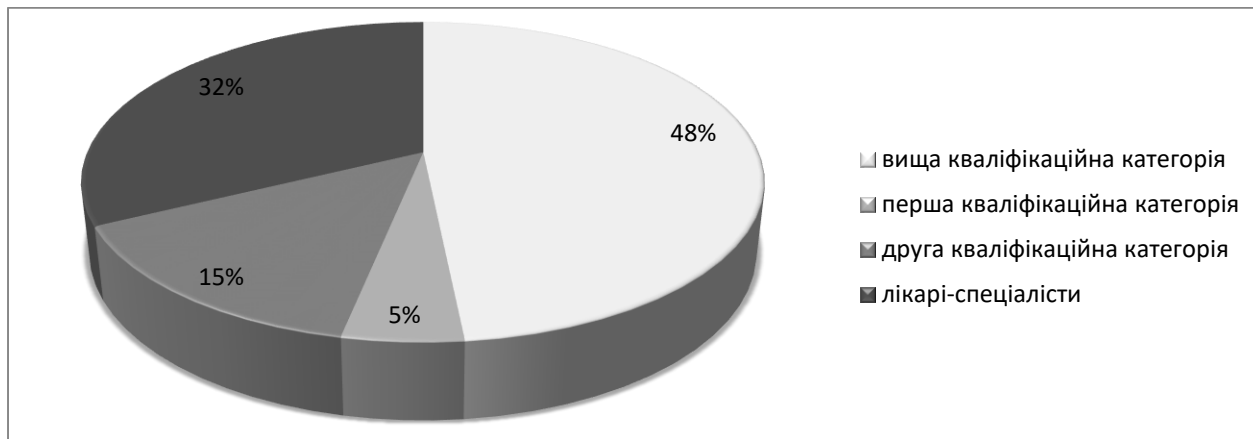


Рис. 2.2. Кваліфікаційні категорії лікарів КНП "ТСП" ТМР

Примітка. Сформовано

Кваліфікаційний рівень молодших спеціалістів з медичною освітою у досліджуваному закладі охорони здоров'я теж свідчить про хороший професіоналізм медичного персоналу (рис. 2.3)



Рис. 2.3. Кваліфікаційні категорії молодших спеціалістів з медичною освітою КНП "ТСП" ТМР

Примітка. Сформовано

Відсоток атестованих молодших спеціалістів з медичною освітою (медичні сестри зі стоматології, зубні техніки, рентген-лаборанти) КНП "ТСП" ТМР становить 65,7%.

Про належну організацію взаємовідносин між лікарями та пацієнтами КНП "ТСП" ТМР свідчить аналіз динаміки звернень пацієнтів до лікарів-стоматологів досліджуваного закладу охорони здоров'я .

Отже, за період 2020-2022 рр. загальна кількість цих звернень до лікарів-стоматологів збільшилася на 4,7%, зокрема: на 20,6% збільшилася кількість звернень дорослого населення. Проте, на 20,4% зменшилась кількість звернень дитячого населення. Кількість осіб з первинним зверненням за вказаний період збільшилася на 6,8%, у тому числі на 25,6% збільшилася кількість звернень дорослого населення. Знову ж таки на 17,6% зменшилася кількість звернень дитячого населення. Тенденція зменшення звернень дітей свідчить про те, що лікарям стоматологам КНП "ТСП" ТМР не вдається налагодити ефективну взаємодію з дітьми.

Таблиця 2.1.

**Кількість звернень пацієнтів до лікарів-стоматологів КНП "ТСП"
ТМР у 2020-2022 рр.**

Все населення	Роки		
	2020	2021	2022
Звернень усього (абс. значення):	65640	66352	68721
у тому числі:			
доросле населення	40156	42463	48425
дитяче населення	25484	23889	20296
Звернення дорослого населення до лікарів-стоматологів (на 10 тис. дорослого населення)	4412,75	4714,44	5399,75
Звернення дитячого населення до лікарів-стоматологів (на 10 тис. дорослого населення)	11276,11	10674,26	8917,40
Первинне звернення, усього осіб:	38182	37769	40767
у тому числі:			
доросле населення	21551	23517	27061
дитяче населення	16631	14252	13706
первинне звернення дорослого населення до лікарів-стоматологів (на 10 тис. дорослого населення)	2368,24	2610,97	3017,51
первинне звернення дитячого населення до лікарів-стоматологів (на 10 тис. дитячого населення)	7358,85	6368,19	6021,97

Примітка. Сформовано автором на основі даних КНП «ЗОКСП» ЗОР

Кількість населення, яке пройшло профілактичний огляд лікаря-стоматолога у КНП "ТСП" ТМР у порівнянні з попереднім роком збільшилася на 6,8%, у тому числі: доросле населення у 2019 р. на 25,6% більше, порівняно із 2017 роком, проте, на 17,6% зменшилася кількість профілактичних оглядів серед дитячого населення (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

**Профілактичні огляди та планова санація населення у КНП "ТСП" ТМР у
2020 - 2022 рр.**

Все населення	Роки		
	2020	2021	2022
Все населення, охоплене проф. оглядами (чол.)	38182	37769	40767
у тому числі:			
доросле населення	21551	23517	27061
дитяче населення	16631	14252	13706
частка дорослого населення охопленого профілактичними стоматологічними оглядами (% від кількості населення)	23,68	26,11	30,18
частка дитячого населення охопленого профілактичними стоматологічними оглядами (% від кількості населення)	73,59	63,68	60,22
частка дорослого населення які потребували санації від населення (%)	20,06	20,74	21,39
частка дитячого населення які потребували санації від населення (%)	51,42	38,01	45,94
частка дорослого населення які потребували санації від оглянутих (%)	84,72	79,45	70,87
частка дитячого населення які потребували санації від оглянутих (%)	69,87	59,69	76,28
частка дорослого населення якому проведено санацію (% від кількості населення)	16,54	19,90	19,90
частка дитячого населення якому проведено санацію (% від кількості населення)	48,62	35,50	42,12
частка дорослого населення якому проведено санацію (% від тих, хто потребував санації)	82,42	95,95	93,05
частка дитячого населення якому проведено санацію (% від тих, хто потребував санації)	94,56	93,41	91,70

Примітка. Сформовано

Рівень міжособісної взаємодії лікарів-стоматологів та пацієнтів підтверджується кількістю звернень пацієнтів протягом визначеного періоду часу. Власне системні звернення свідчать про високий професіоналізм лікарів, етичність, належні комунікативні навички, вірний підхід до хворих, а також, безумовно, вагоме значення має наявність новітнього обладнання та

використання якісних матеріалів.

У КНП "ТСП" ТМР , кількість прийомів дорослого населення лікарями-стоматологами (у розрахунку на 1 посаду) постійно збільшується, оскільки їх у 2019 році на 6,4% більше, ніж у 2017 році (табл. 2). Негативною тенденцією є зменшення на 20,4% (у розрахунку на одну посаду) кількість прийомів дитячого населення, що ще раз підтверджує наше припущення, про неналежну організацію взаємодії з маленькими пацієнтами та підлітками. Також, це пояснюється наявністю медичних державних закладів-конкурентів, а також приватних стоматологічних кабінетів, які власне спеціалізуються на наданні медичної стоматологічної допомоги дитячому населенню. Очевидним є те, що у цих конкурентів максимально адаптовані умови та підібраний персонал для роботи із вказаною категорією населення.

Таблиця 2.3.

Кількість прийомів лікарів-стоматологів КНП "ТСП" ТМР у 2020-2022 рр.

Кількість прийомів:	Роки		
	2020	2021	2022
лікарів-стоматологів, що надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу дорослому населенню (в перерахунку на зайняту посаду в рік)	1434,14	1516,54	1669,83
лікарів-стоматологів, що надають амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу дитячому населенню (в перерахунку на зайняту посаду в рік)	2427,05	2275,14	1932,95

Примітка. Сформовано автором на основі даних КНП «ЗОКСП» ЗОР

Слід відзначити, що кількість пацієнтів дитячого віку зменшується навіть незважаючи на те, що з адміністраціями шкіл та дитячих садочків КНП "ТСП" ТМР укладені договори на огляди і лікування дітей. Планова санація організованих дитячих колективів проводиться за графіком, погодженим з директорами шкіл та садочків.

Лікарями-стоматологами поліклініки проводиться навчання по догляду за порожниною рота, контроль та корекцію цих навичок у пацієнтів, а також

рекомендується індивідуальний підбір засобів профілактики. Систематично проводяться уроки здоров'я у ЗОШ та дитячих садках міста, індивідуальні та групові лекції, бесіди з дітьми та їх батьками щодо питань профілактики та необхідності своєчасного лікування зубів та ротової порожнини. З метою проведення ендо- та екзогенної профілактики карієсу зубів здійснюється професійна гігієна ротової порожнини рота, ремінералізуюча терапія, а також герметизація зубних фісур.

Відділення КНП "ТСП" ТМР оснащені необхідним сучасним стоматологічним обладнанням, у тому числі рентгенологічний кабінет, де проводиться рентгенографія зубів як пацієнтам поліклініки, так і громадянам, направленим з інших стоматологічних закладів міста.

Поліклініка проводить і впроваджує в практику наукові розробки, нові форми і методи діагностики, лікування і профілактики стоматологічних захворювань, здійснює інформаційно-аналітичну роботу. Запровадження нових методик лікарської практики дозволяє персоналу покращувати рівень надання медичних послуг, зокрема за допомогою сучасної апаратури УЗД.

Особливістю КНП "ТСП" ТМР, яка засвідчує бажання організувати взаємодію лікаря та пацієнта на найкращому рівні є те, що саме тут працює єдиний в області цілодобовий черговий кабінет. Він призначений для надання невідкладної стоматологічної медичної допомоги, адже в основному пацієнти звертаються сюди з гострим больовим симптомом. Цілодобовий черговий кабінет працює без перерви і без вихідних.

Також, для забезпечення належної взаємодії між лікарями і пацієнтами та ефективного надання медичних послуг, у КНП "ТСП" ТМР працює реєстратура. Тут проводиться запис пацієнтів до лікарів, наявна інформація про графіки роботи та чергування персоналу, організовано видачу та збереження амбулаторних карт пацієнтів.

Також, серед особливих послуг КНП "ТСП" ТМР – обслуговування пацієнтів на дому. Дуже часто пацієнти телефонують до реєстратури, викликаючи лікаря до лежачих хворих, чи до таких, які через фізичний стан не

можуть прийти до поліклініки. В таких випадках лікар з медсестрою виїжджають на дім і всі види стоматологічної допомоги надають на дому.

Отже, проведений аналіз організаційного забезпечення діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я дозволив визначити певні принципи та моделі організації взаємодії лікарів та пацієнтів у КНП "ТСП" ТМР .

2.3. Моніторинг якості взаємодії КНП "ТСП" ТМР з споживачами

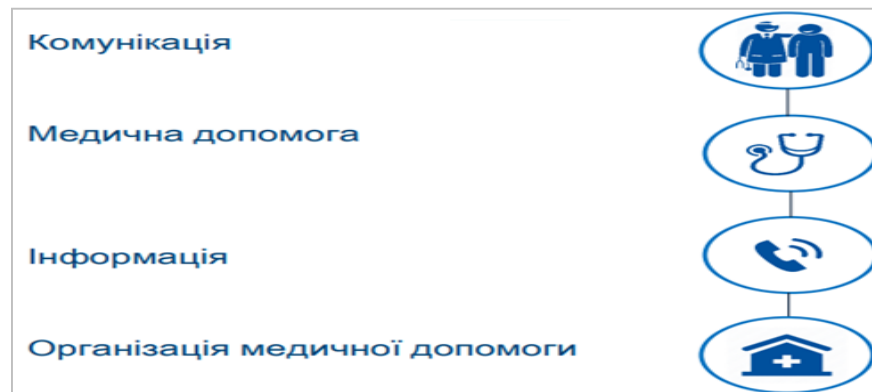


Рис. 2.4. Змістовні блоки розробленої анкети-питальника

Примітка. Сформовано автором

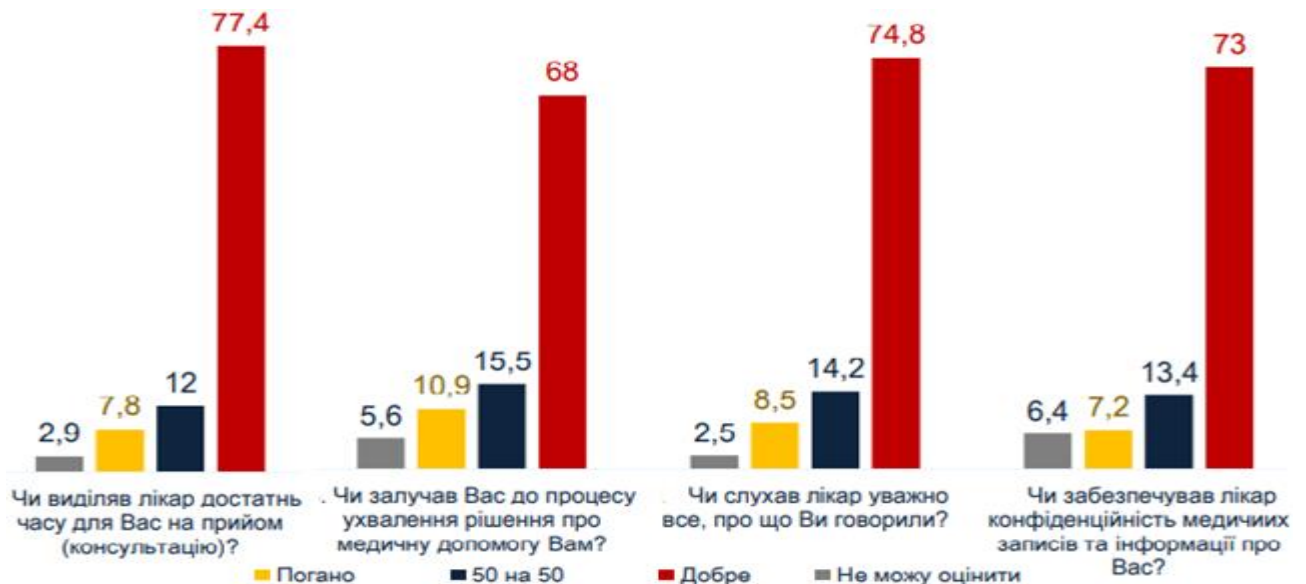


Рис. 2.5. Результати опитування блоку «Комунікація»

Примітка. Сформовано автором на основі опитування

Як показано на графіку 2.5, більшість опитаних пацієнтів (68-77%) високо оцінюють комунікативну взаємодію медичного персоналу КНП "ТСП" ТМР як

«добру». Процент тих, хто відзначив аспекти комунікації закладу охорони здоров'я як «погані», становить 2,5-6,4%, залежно від конкретних аспектів, які оцінюються.

Другий блок опитування дозволив провести оцінку якості медичної допомоги, що надається пацієнтам лікарями-стоматологами у КНП "ТСП" ТМР. З діаграми 2.6 видно, що кількість задоволених пацієнтів майже втричі перевищує кількість незадоволених, що свідчить про високу якість медичної допомоги у даному закладі охорони здоров'я.

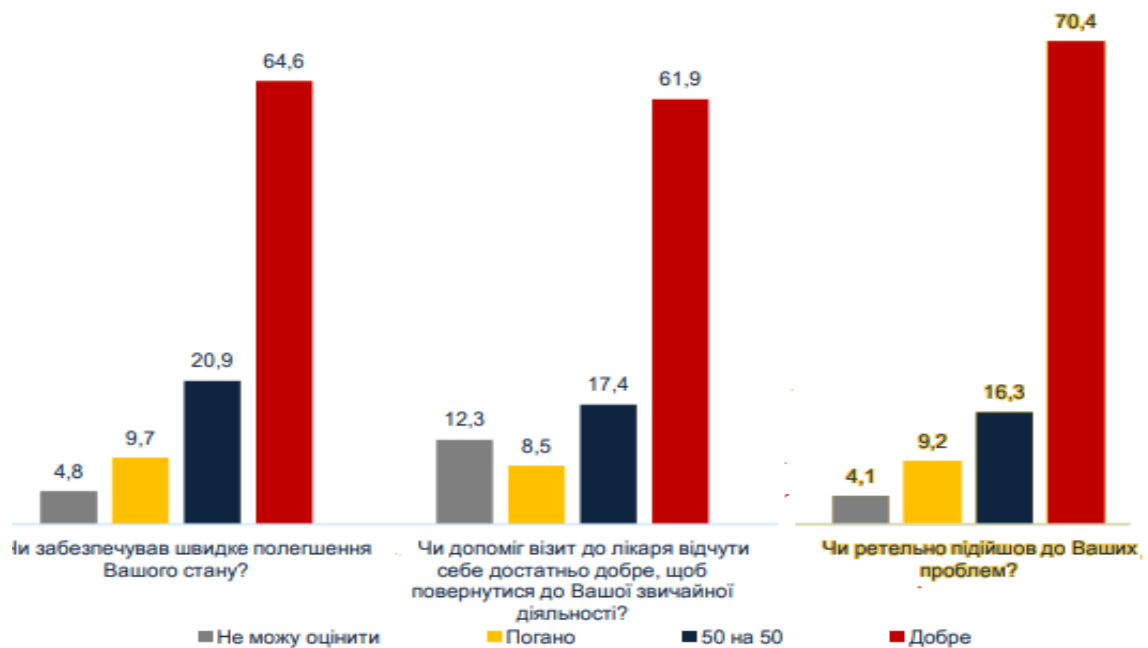


Рис. 2.6 Результати опитування блоку «Медична допомога»

Примітка. Сформовано автором на основі опитування У відповідях на питання другого блоку опитування більшість пацієнтів вказали, що лікарі КНП "ТСП" ТМР ефективно забезпечують швидке полегшення стану хворих, уважно вирішують проблеми пацієнтів та допомагають їм повернутися до звичної діяльності і почувати себе достатньо

добре (відповідно 65%, 70% та 62%).

Оцінка інформаційного забезпечення взаємодії лікаря та пацієнта була проведена за допомогою третього блоку анкетування (рис. 2.7).



Рис. 2.7. Результати опитування блоку «Інформація»

Примітка. Сформовано автором на основі опитування

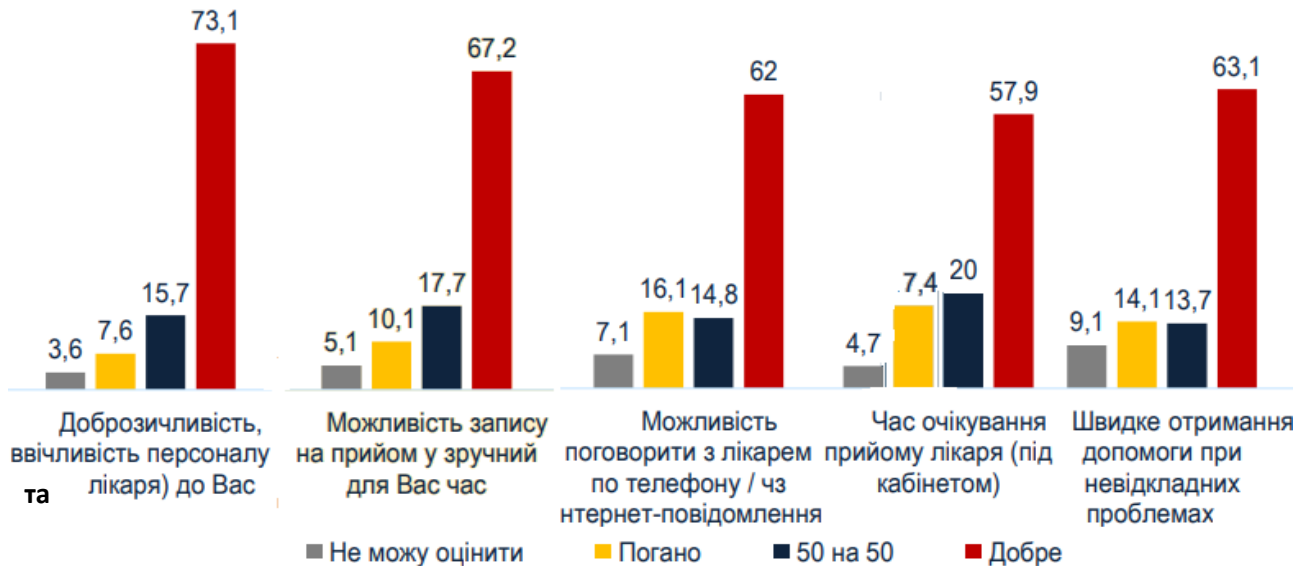


Рис. 2.8. Результати опитування блоку «Організація медичної допомоги»

Примітка. Сформовано автором на основі опитування

поведінки пацієнта, в основному, обмежені приписами і вимогами лікаря.

Пацієнти і лікарі часто не знаходять розуміння в процесі лікування, вказуючи на некомпетентність один одного. Порушення етичних норм і деформалізація закону набули форми практик. Цьому сприяє низька оплата праці лікарів. Винагорода медичного працівника як додатковий дохід нерідко «залежить» від порушення закону, коли лікар віддає перевагу тому пацієнтові, який більше платить в руки лікаря. Приклади того, що медичний працівник надає допомогу, виходячи не з міркувань медичного характеру (невідкладна медична допомога), веде до зневіри в щирість медичної допомоги, лікарів підриваючи основу етичних відносин лікуючого і пацієнта.

Думки лікарів і пацієнтів різко розходяться, коли від розгляду принципів рівноправності сторін у процесі надання медичної допомоги ми переходимо до обговорення принципів контролю над наданням – отриманням медичної допомоги. Лікарі будуть відчувати себе набагато спокійніше, якщо в ухваленні рішення прийме участь представник спеціальної організації. Професіонали готові ділитися відповідальністю, але не згодні з контролем суспільства. Найбільшу закритість співтовариство лікарів проявляє в тому, щоб виносити на загальне обговорення недоліки професійної діяльності.

Досить багато пацієнтів не довіряють лікарям і критично оцінюють їх компетентність. Думки про некомпетентність пацієнта або медичного працівника досить спірні. У більшості, коли пацієнти говорять про некомпетентність медичного працівника, то мова йде деяким чином про недовіру, сумнів і страх. Точно так само, лікарю легше вважати причиною відмови від втручання некомпетентність пацієнта, а не розбиратися в істинних причинах.

Висновки до розділу 2

Встановлено основні типи, стилі, тактики й технології професійної взаємодії в діяльності стоматолога, виявлено психологічні особливості професійної взаємодії, причини непродуктивної взаємодії стоматолога і

пацієнта. Щодо подальших наукових розвідок, то ці доробки є засадничими для обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії методами інтерактивного навчання. Щодо подальших наукових розвідок, то ці доробки є засадничими для обґрунтування технології підготовки майбутніх стоматологів до професійної взаємодії методами інтерактивного навчання.

КНП "ТСП" ТМР – амбулаторний заклад охорони здоров'я, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, що відповідають Законодавству України та Статуту.

Проведений аналіз організаційного забезпечення діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я дозволив визначити певні принципи та моделі організації взаємодії лікарів та пацієнтів у КНП "ТСП" ТМР.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМКИ ВДОСКОНАЛЕННЯ МІЖСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА

3.1. Впровадження пацієнт-орієнтованої моделі управління закладом охорони здоров'я

Якщо говорити про найбільш прийнятну для вітчизняної дійсності модель взаємодії медичного персоналу і пацієнтів, то, на наш погляд, вона повинна бути комплексною, включаючи переважно елементи моделі контактного типу, але з врахуванням умов надання медичної допомоги (місце проживання, тип медичної установи та інше). Також доцільно враховувати окремі елементи патерналістської і технічної моделей.

Щодо колегіальної моделі, то відомо, що пацієнт і лікар розглядаються як "колеги", проте це не передбачає, що пацієнт наділяється повноваженнями медичного персоналу. Замість цього, ця модель визначає рівність лікаря та пацієнта в правах, взаємну повагу один до одного та співпрацю. Хоча внесок елементів цієї моделі важливий, особливо в окремих медичних організаціях, вони можуть бути не такими актуальними в інших випадках.

Структурні компоненти колегіальної взаємодії можна знайти в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Модель колегіальної взаємодії лікаря та пацієнта

Складові взаємодії	Лікар	Предмет взаємодії	Пацієнт
Мотивація взаємодії	Усвідомлення лікарем відповідності його діяльності інтересам пацієнта. Мотивація лікаря на позитивну взаємодію заради вилікування пацієнта	Діагностування та лікування здоров'я пацієнта. Мотиваційна орієнтація: здоров'я пацієнта	Усвідомлення пацієнтом власних інтересів згідно з інформацією лікаря. Мотивація пацієнта на позитивну взаємодію заради власного одужання
Комунікація сторін	Інформування пацієнта про його стан і необхідні процедури, тощо. Обрання стилю спілкування, відповідного віку та типу інтелекту пацієнта	Комунікативна орієнтація: вербальне та невербальне спілкування	Довіра до лікаря при спілкуванні
Когнітивний компонент	Усвідомлення лікарем стану здоров'я пацієнта, зокрема психологічного стану та можливих мотивів поведінки	Когнітивна орієнтація: усвідомлення ситуації взаємодії	Об'єктивна оцінка стану здоров'я, необхідності проведення процедур, тощо
Ситуація взаємодії	Адекватна оцінка ситуації, адекватна самооцінка лікаря. Розуміння мотивів пацієнта. За необхідності — переоцінка ситуації з метою її корекції. Активний пошук засобів позитивного вирішення протиріч (чи конфліктної ситуації)	Діяльнісна орієнтація: ситуація взаємодії: спільна мета, здійснення та протиріччя, які можуть виникати	Адекватна оцінка ситуації, адекватна самооцінка пацієнта. Розуміння мотивів лікаря
Емоції сторін	Мінімізація лікарем власних негативних емоцій. Конфліктостійкість лікаря	Емоційна сфера взаємодії	Мінімізація пацієнтом власних негативних емоцій
Результат взаємодії	Творче позитивне розв'язання лікарем завдань та ситуацій	Індивідуальні дії сторін. Співробітництво. Безконфліктна взаємодія. Позитивне	Сприяння пацієнта у розв'язанні конфліктних ситуацій

Примітка. Сформовано автором на основі [7;19]

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

Необхідною умовою для ефективної взаємодії лікаря та пацієнта є належне організаційне та ресурсне забезпечення. При збереженні наявних позитивних тенденцій КНП «ТСП» ТМР впродовж наступних кількох років зможе стати медичною установою європейського зразка, забезпечить доступне медичне стоматологічне обслуговування населення.

Аналіз організаційного забезпечення діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я дозволив визначити певні принципи та моделі організації взаємодії лікарів та пацієнтів у КНП "ТСП" ТМР .