

Таким чином, у контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я необхідно є орієнтація на економічне управління її закладами незалежно від форми власності та сфери діяльності, а конкуренція в сфері охорони здоров'я має здійснюватися не за ціною, а за цінністю для пацієнта (і забезпечити реалізацію такого підходу в сучасних умовах можуть лише самі медичні працівники) [3].

#### Використані джерела

1. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник НАДУ*. 2014. № 3. С. 136–141.
2. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2015. № 1. С. 9–14.
3. Демків І. О. Особливості прояву конкуренції в сфері охорони здоров'я. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: Матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Тернопіль-Кам'янець-Подільський. 2018. С.86-90.

**Іван КАМЕНЯШ**

здобувач освітньо-професійної програми  
«Менеджмент закладів охорони здоров'я» ТНЕУ

**Павло КУЗНЯК**

здобувач освітньо-професійної програми  
«Менеджмент закладів охорони здоров'я» ТНЕУ

Науковий керівник – к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту,  
публічного управління та персоналу ТНЕУ Наталія КОТИС

### **АНАЛІЗ ЕВОЛЮЦІЇ МОДЕЛІ ВЗАЄМВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА З МЕТОЮ ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Сьогодні взаємини лікаря і пацієнта є важливою складовою процесу лікування. Однак тривалий час продуктивному спілкуванню з хворим лікарями не приділялось належної уваги. Проте, слід зазначити, що у процесі надання медичної допомоги воно має принципове значення, адже позитивний результат проведеного лікування визначається не тільки обсягом і рівнем мануальних навичок фахівця, а й ефективністю взаємодії між лікарем і пацієнтом. Звідси виникає необхідність встановлення психологічного контакту, який відображають різні моделі лікування.

Вченими найчастіше виділяється чотири базові моделі взаємин між лікарем та пацієнтом: інженерна, патерналістська, колегіальна і контрактна [1, с. 105-106].

В рамках інженерної моделі завданням лікаря є виправлення порушень в організмі хворого. Власна думка хворого з приводу його здоров'я не

враховується лікарем [1, с. 105]. Оскільки для цієї моделі характерним є технократичний підхід до пацієнта, який порушує гідність і права особистості, то у даний час дана модель неприйнятна для застосування у лікарській практиці.

Другий тип взаємодії, у якому помітний суттєвий прогрес в моральному відношенні – патерналістський. Його головні моральні характеристики – любов, милосердя, справедливість. Лікар прагне допомогти хворому та не зашкодити [1, с. 106].

В кінці 19 століття з розвитком психоаналізу і психосоціальних теорій Й. Брейера і З. Фрейда почала приділятися велика увага пацієнтові як особистості [2, с. 59]. Пізніше Т. Парсонс відзначав нерівноправність у відносинах лікаря і пацієнта, який, в основному, підкорявся вказівкам фахівця [2, с. 61]. Е. Фрейдсон також вказував на проблему професійного переважання лікарів [2, с. 63].

Це призвело до розвитку колегіальної моделі взаємин. Для колегіальної моделі властива рівноправність у взаємовідносинах лікаря та пацієнта. Завданням лікаря – дати пацієнту достатній обсяг інформації про його стан здоров'я, варіанти лікування, прогноз перебігу захворювання і про можливі ускладнення, адже хворому важливо отримати данні від лікаря та брати активну участь в плануванні лікування. Пацієнт стає повноцінним учасником планування власного лікування, будучи обізнаним, він може реалізувати право особи на свободу вибору [3, с. 8-9].

Контрактна модель, виділена Р. Вітчем, найбільшою мірою захищає моральні цінності автономної особистості. Вона передбачає, що рівність між хворим і лікарем є неможливою. При цьому пацієнт добровільно укладає договір з лікарем на прийнятних для нього умовах [1, с. 105].

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

В кінцевому підсумку, з'являються нові моделі взаємин: інформаційна – де пацієнт повністю незалежний від лікаря, і вільно приймає рішення, інтерпретаційна, у якій лікар змушений переконувати пацієнта, і дорадча – заснована на довірі і взаєморозумінні [4, с. 33].

Безумовно, дані моделі взаємин є ідеальними конструкціями. Вибір того чи іншого типу взаємодії залежить від особистості лікаря, а також пацієнта, особливостей захворювання хворого, а також від характеру медичної допомоги.

З ростом медичної грамотності та обізнаності хворих, розвитком гуманістичних ідей потрібно враховувати і думку пацієнта. В результаті отримали розвиток відносини, засновані на співробітництві і партнерстві. Це передбачає домовленості лікаря і пацієнта діяти спільними зусиллями для боротьби з хворобою, що в результаті позитивно впливає на рівень

задоволеності від проведення лікування.

За даними проведеного нами опитування, питання лікування з пацієнтами обговорюють лише 18% лікарів, а 36% обговорюють тільки основні моменти. У той же час більшість з опитаних бажали б працювати з пацієнтами, які б повністю довіряли лікарям.

Як з'ясувалося у ході дослідження, патерналістський тип відносин залишається нормою для великої кількості лікарів і пацієнтів і в даний час. А це є істотним фактором надання медичної допомоги низької якості, так як хворий, не володіючи достатнім рівнем знань, не бере повною мірою участі у плануванні лікування.

У даний час триває активний пошук прийнятної моделі вітчизняної системи охорони здоров'я, вибір якої був би більш раціональним на сьогоднішній день. Відбувається процес перетворення медичної допомоги в напрямку надання платних медичних послуг. 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.

Отже найбільш важливим аспектом, що впливає на ефективність і продуктивність лікування, є спільна робота лікаря і пацієнта, що вступають в міжособистісні стосунки.

Таким чином, вивчивши значну кількість наукової літератури та розглянувши еволюцію відносин лікар-пацієнт, ми прийшли до висновку, що незважаючи на зміни в інтерперсональній взаємодії і розвитку нових моделей лікування, спостерігається збереження всіх підходів до лікування, що існували раніше.

Ситуація у взаємовідносинах лікарів і пацієнтів, на нашу думку, може бути охарактеризована як перехідна. Процес руйнування старих стереотипів поведінки вже майже завершено, а пошук універсальної «формули успіху» цих стосунків лише розпочався. Сьогодні, кожен пацієнт, що обслуговується в закладі охорони здоров'я, стає найприскіпливішим зовнішнім експертом якості роботи медичного закладу. Він хоче від лікаря не лише ретельного виконання професійних обов'язків та дотримання ним етико-деонтологічних принципів. Доступний, ввічливий, поміркований, пунктуальний, досвідчений лікар, який щоденно підвищує свою кваліфікацію, поважає пацієнта та уважно ставиться до всіх його проблем, пояснює мету досліджень та їх результати, намагається знайти і знаходить індивідуальний шлях до одужання кожного пацієнта це – портрет сучасного «ідеального лікаря». Лише поєднання досягнень науково-технічного прогресу з довірливими людськими стосунками між лікарем і пацієнтом може забезпечити хороші результати лікування, належну якість медичної допомоги та високу оцінку організації медичного обслуговування.

Для оптимізації взаємодії лікаря і пацієнта, а також підвищення

задоволеності хворих лікувальним процесом необхідно: інформувати пацієнта про пропонувані методи і засоби лікування, особливо при використанні методів, пов'язаних з ризиком для його здоров'я; забезпечити реалізацію прав пацієнтів; прогнозувати потенційну ефективність медичних послуг; контролювати динаміку захворювання шляхом подальших контактів з пацієнтом; розробляти превентивні заходи щодо профілактики патологічних станів.

#### **Використані джерела**

1. Dhingra C., Anand R., Prasad S. Reflection Over Doctor Patient Relationship: A Promise of Trust. *Journal of Oral Health & Community Dentistry*. 2014. Vol. 8(2), pp. 104–108
2. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctorpatient relationship. *International Journal of Surgery*, 2007, Vol. 5(1), pp. 57–65.
3. Бабияк В.И. Медицинская этика (философские аспекты). *Russian otorhinolaryngology: Медицинский научно-практический журнал*. 2012. №. 1(56). С. 3–13.
4. Богданова Т.А., Жадяева Е.Ю. Особенности коммуникативных стратегий медицинских работников в диаде «врач-пациент». Человеческий фактор: Проблемы психологии и эргономики. 2016. №. 4. С. 31–35

#### **Віта КАСІЯНЧУК**

здобувачка освітньо-професійної програми  
«Публічне управління та адміністрування» THEU  
Науковий керівник – д.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту,  
публічного управління та персоналу THEU Алла ВАСІНА

### **СУТНІСТЬ ЛІДЕРСТВА НА ПУБЛІЧНІЙ СЛУЖБІ ТА ЙОГО РОЛЬ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНУ ВЛАДИ**

В сьогоднішніх умовах одним із ключових чинників, від яких залежить успішність діяльності організацій, визнається лідерство. Саме на розвиток лідерства спрямовуються зусилля у багатьох країнах світу, як розвинених, так і тих, що прагнуть посилити свою конкурентоспроможність на міжнародній арені. Лідерство – багатоаспектне явище. Його феномен, відносини лідерства проявляються всюди та завжди, коли група людей вирішують будь-які проблеми, прагнуть до спільного результату.

Таке відбувається в усіх сферах суспільного життя (політиці, економіці, науці, культурі та ін.), а також на мікро й макрорівні взаємодії людей (від взаємовідносин у малих групах до управління державою та міжнародними справами), на формальних і неформальних рівнях. В різноманітні сфер і аспектів лідерства на особливу увагу заслуговує організаційне лідерство, до яких відноситься й публічна служба.

Посилення вимог до публічної служби з боку всіх елементів суспільної системи обумовлює необхідність суттєвого удосконалення діяльності органів