

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ГАРДЕЦЬКИЙ Мар'ян Святославович

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

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Гардецький М.С.

Науковий керівник:
д.е.н., доцент Жуковська А.Ю.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«__» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	7
1.1. Особливості взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	7
1.2. Моделі організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	15
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА МІСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА № 1» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	24
2.1. Діагностика рівня конфліктності в досліджуваному закладі охорони здоров'я в процесі взаємодії зі споживачами медичних послуг	24
2.2. Моніторинг задоволеності споживачів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я.....	37
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	46
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	59

ВСТУП

Актуальність проблеми. Лікарська професія є однією з найшляхетніших, адже вона побудована на глибоких взаєминах між людьми. Це комунікативний простір, де пацієнт гостро потребує не лише медичної допомоги, а й розуміння, співчуття, поваги та милосердя з боку лікаря. Утім, варто пам'ятати, що пацієнт також має свої зобов'язання перед лікарем, який простягає йому руку допомоги. Ефективність медичної допомоги залежить від обопільної поваги, взаєморозуміння, гуманності та готовності до співпраці з обох сторін.

Однак, навіть за ідеальних умов, ні лікарі, ні пацієнти не застраховані від помилок. У медичній практиці нерідко виникають конфлікти. Пацієнти можуть проявляти агресію через недовіру до лікарів, підвищену правову обізнаність або зростання частки приватних медичних закладів, що формують інші очікування щодо якості послуг. З іншого боку, причиною проблем можуть бути й самі лікарі – через нестачу уваги до пацієнта, недостатню кваліфікацію, особливості характеру або відсутність поінформованої згоди. Пацієнту важливо знати всі аспекти майбутнього лікування, а лікар зобов'язаний докладно роз'яснити свої дії та можливі результати.

Цікаво, що за статистикою, причиною конфліктів у сфері медичної допомоги частіше стають не професійні помилки, а саме взаємини між лікарем та пацієнтом. Саме цей аспект, який інколи залишає бажати кращого, підкреслює важливість вдосконалення комунікації у медицині.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми взаємодії закладів охорони здоров'я і споживачів медичних послуг постійно перебувають у центрі уваги представників різних наукових галузей. У медичній сфері значний внесок у вивчення цього питання зробили такі дослідники, як Т. Батишева, О. Бобров, Т. Веприк, О. Грандо, С. Грандо, В. Колягін, Б. Лаун, В. Манулик, В. Оржешковський. У філологічній галузі питання взаємодії між лікарями та пацієнтами досліджували Л. Белінсон, М. Борсукова, В. Жура, Ж. Кисмуратова, Н. Литвиненко, Н. Сидорова, М. Ширінян, С. Шустова.

Психологічний і психолого-педагогічний аспекти розглядали у своїх роботах М. Боухал, Г. Кіпіані, Р. Конечний, С. Максименко, Ю. Михайлюк, Н. Петрова, З. Романець, С. Трушкіна, Л. Урванцев, М. Філоненко. Соціологічний підхід до проблеми представлений роботами Н. Осипової та Т. Сьоміної, а управлінські аспекти аналізували Т. Желюк, А. Жуковська, Н. Кривокульська, А. Мельник, М. Шкільняк.

Попри широку палітру досліджень у різних наукових напрямках, залишається недостатньо вивченою проблема організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг. Ця прогалина в науковому аналізі актуалізує необхідність детального дослідження обраної тематики, що визначає завдання кваліфікаційної роботи.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретичних положень та розробці практичних рекомендацій щодо вдосконалення організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Для досягнення поставленої мети було визначено та вирішувались такі **завдання**:

- дослідження особливостей взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг;
- вивчення моделей організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг;
- проведення діагностики рівня конфліктності в досліджуваному закладі охорони здоров'я в процесі взаємодії зі споживачами медичних послуг;
- здійснення моніторингу задоволеності споживачів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- вироблення стратегічні підходи до удосконалення організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є методи та способи

організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Для досягнення визначеної мети та розв'язання поставлених завдань у ході дослідження було використано широкий спектр **наукових методів**, які забезпечили комплексність та глибину аналізу: аналіз, синтез, індукція та дедукція – застосовувались для дослідження теоретичних засад організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг; метод ідеалізації – використовувався для конструювання образів «ідеального лікаря» та «ідеального пацієнта», що сприяє кращому розумінню бажаних характеристик взаємодії; метод типологізації – дозволив виокремити чотири психологічні типи лікарів у процесі взаємодії з пацієнтами; метод моделювання – був використаний для створення чотирьох моделей взаємодії лікаря з пацієнтом у процесі надання медичної допомоги чи послуг; метод факторного аналізу – застосовувався для визначення чинників, які впливають на процес взаємодії лікаря та пацієнта; метод групування – використовувався для класифікації конфліктів, що виникають у процесі взаємодії лікарів та пацієнтів, на чотири основні групи; метод анкетного опитування – сприяв визначенню рівня конфліктності медичних працівників і пацієнтів, а також рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у досліджуваному закладі охорони здоров'я; метод експертного опитування – застосовувався для визначення значущості критеріїв оцінки якості медичних послуг, що використовувались для аналізу рівня задоволеності пацієнтів; метод стратегування – використовувався для розробки стратегії організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг. Комплексне застосування цих методів забезпечило цілісність і наукову обґрунтованість результатів дослідження, а також дозволило розробити ефективні рекомендації для вдосконалення взаємодії між лікарем і пацієнтом.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретичних основ взаємодії закладу охорони здоров'я та споживачів медичних послуг. Вперше було здійснено комплексне моделювання процесів

взаємодії лікаря та пацієнта, визначено психологічні типи лікарів, розроблено моделі комунікації, що сприяє поглибленню розуміння механізмів цієї взаємодії.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені теоретичні положення та практичні рекомендації щодо вдосконалення організації взаємодії закладу охорони здоров'я і споживачів медичних послуг можуть бути успішно застосовані у роботі закладів охорони здоров'я. Зокрема, вони можуть бути впроваджені у діяльність КНП «Тернопільська міська стоматологічна поліклініка № 1» Тернопільської міської ради та інших медичних установ для підвищення якості надання медичних послуг, покращення рівня задоволеності пацієнтів та оптимізації комунікаційних процесів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Особливості взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

Стан вітчизняної системи охорони здоров'я та її соціально-економічні виклики викликають значну увагу як серед науковців, так і серед громадськості. У центрі цієї уваги перебуває процес взаємодії між лікарями та пацієнтами, який у сучасних умовах набуває особливої важливості. Причиною цього є зростання очікувань громадян щодо якості медичних послуг на фоні реальної практики, яка часто не відповідає цим запитам. Додаткове занепокоєння викликають неформальні практики оплати медичних послуг, що суперечать принципам безоплатності, закріпленим законодавчо.

Ефективність лікувального процесу багато в чому залежить від якості взаємодії лікаря та пацієнта. Встановлення довірливих та позитивних стосунків базується на професійній кваліфікації лікаря, його досвіді, емпатії та здатності враховувати суб'єктивний стан пацієнта. Також велике значення має загальна атмосфера закладу охорони здоров'я, а також професійна поведінка всіх медичних працівників, від персоналу реєстратури до керівників структурних підрозділів.

«Процес взаємодії між лікарем і пацієнтом часто ускладнюється через різні точки зору та позиції. Лікар, як правило, зосереджується на об'єктивних ознаках захворювання та його фізіологічних аспектах, прагнучи чітко визначити умови для подальшого дослідження і лікування. Пацієнт же, навпаки, концентрується на своїх суб'єктивних переживаннях, які часто є центральними у його розумінні хвороби. Ці переживання повинні розглядатися лікарем як важливі реальні фактори, які можуть вплинути на результат лікування. Лікарю необхідно не лише розуміти емоційний стан пацієнта, але й використовувати ці знання для підтримки його позитивного налаштування на

одужання» [15].

Відмінності в позиціях лікаря та пацієнта є природними, адже вони виконують різні ролі в ситуації лікування. Водночас лікар має уникати поглиблення цих розбіжностей до рівня конфлікту, який міг би загрожувати ефективності медичної допомоги. Одним із ключових принципів взаємодії є підхід, за яким лікують не лише хворобу, але й людину, враховуючи її унікальні особисті особливості.

Для успішного лікувального процесу необхідно забезпечити позитивну міжособистісну взаємодію та взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом. Такий підхід сприяє не лише кращим медичним результатам, але й підвищенню задоволеності пацієнтів якістю отриманих послуг.

Сутність взаєморозуміння як соціально-психологічного феномена розкривається у двох ключових аспектах.

1. «Узгодження індивідуального осмислення предмета спілкування. У контексті взаємодії лікаря та пацієнта предметом спілкування зазвичай виступають проблеми соматичного характеру, переживання або занепокоєння пацієнта щодо власного здоров'я. Важливо, щоб обидві сторони мали спільне бачення проблеми, яке дозволить створити основу для подальшої продуктивної комунікації» [34].

2. «Взаємоприйнятна оцінка та прийняття цілей, мотивів і установок. Цей аспект передбачає двостороннє прийняття та розуміння поглядів і мотивів партнерів по взаємодії. У процесі такого спілкування досягається схожість або близькість когнітивного, емоційного та поведінкового реагування на прийнятні для обох сторін способи досягнення спільної мети. У випадку лікаря і пацієнта такою метою є одужання або, щонайменше, покращення стану здоров'я пацієнта. Для досягнення цього необхідно, щоб лікар і пацієнт поділяли спільне розуміння перебігу терапії, її особливостей і очікуваних результатів» [34].

Перший контакт між лікарем і пацієнтом відіграє вирішальну роль у створенні позитивної взаємодії та довірливих стосунків. При формуванні

першого враження важливі такі фактори, як: зовнішній вигляд лікаря, його міміка, жестикуляція, тон голосу, тембр і манера мови. Наприклад, якщо пацієнт бачить лікаря, який виглядає неохайно або втомлено, це може підірвати його довіру. Пацієнт може сумніватися, що лікар, який виглядає виснаженим, здатен забезпечити належний рівень турботи. Навпаки, охайний вигляд і впевнена манера поведінки лікаря можуть створити відчуття професіоналізму й емпатії, що сприяє встановленню довіри.

Водночас важливе значення має здатність лікаря враховувати емоційний і психологічний стан пацієнта. Наприклад, «напруженість або невдоволення пацієнта, який добирався незручним транспортом або довго чекав у черзі, не повинні ставати причиною негативного налаштування лікаря. Замість цього лікар має проявити терпимість і тактовність, допомогти пацієнту заспокоїтися, створити комфортну атмосферу для спілкування, а вже після цього переходити до обговорення проблеми» [35].

Взаєморозуміння між лікарем і пацієнтом є ключовим чинником успішного лікувального процесу. Воно базується на здатності сторін узгоджувати спільне бачення проблеми, приймати мотиви й установки одне одного, а також на емоційній готовності до співпраці. Формування першого позитивного враження про лікаря та врахування ним емоційного стану пацієнта дозволяють створити основу для ефективної комунікації та досягнення спільної мети – покращення здоров'я пацієнта.

У діагностичній та лікувальній взаємодії лікаря та пацієнта суттєву роль відіграють очікування (експектації) обох сторін щодо якостей, поведінки та професійних дій один одного. У зв'язку з цим актуальними стають поняття «ідеального» та «реального» лікаря та пацієнта.

«Ідеальний лікар» уявляється пацієнтам як професіонал із визначеними особистісними, характерологічними та соціальними рисами. До ключових характеристик належать:

- стать: більшість пацієнтів схильні ідентифікувати ідеального лікаря з тією ж статтю, що й вони самі, особливо у сфері, де взаємодія має інтимний

характер (наприклад, сексологія);

- вік: старший вік лікаря часто асоціюється з більшим досвідом і професійністю;

- національність та віросповідання: у сучасному світі, де міжнаціональні відносини є складними, важливими стають толерантність і відсутність упереджень з боку лікаря;

- сексуальна орієнтація: цей фактор має особливе значення у специфічних медичних практиках, де рівень довіри та відкритості є критичним.

Згідно з Ж. Лаканом, основними факторами, що впливають на взаємодію лікаря та пацієнта, є: стать, вік, національність (раса), віросповідання, сексуальна орієнтація.

Особливо важливою у сучасних умовах є толерантність лікаря до національних, релігійних та культурних відмінностей пацієнтів. Національна та культурна чутливість допомагають створити атмосферу довіри, мінімізувати конфлікти та покращити комунікацію. Лікарю необхідно уникати проявів упереджень, демонструючи емпатію, відкритість і повагу до будь-якої культурної приналежності пацієнта.

На практиці як лікар, так і пацієнт рідко відповідають ідеалізованим уявленням одне одного. Це може створювати напруження у процесі взаємодії, якщо очікування значно розходяться з реальністю. Важливою стає здатність лікаря гнучко адаптуватися до різних пацієнтів, проявляючи професійність, емпатію та терпимість.

«Ідеалізація лікаря та пацієнта ґрунтується на очікуваннях обох сторін щодо професійних і особистісних якостей. Однак у реальності важливіше створення умов для довіри та ефективного спілкування, де толерантність, відсутність упереджень та емпатія відіграють ключову роль. У сучасній медичній практиці все більшу вагу набувають навички культурної компетенції та здатність лікаря враховувати соціальні й психологічні особливості пацієнта» [13].

У сучасних умовах взаємодія між лікарем і пацієнтом значною мірою залежить від культурних, релігійних та особистісних чинників. Ці аспекти стають особливо важливими у сферах медицини, що вимагають високого рівня довіри та глибокої міжособистісної взаємодії, таких як сексопатологія.

«Зростає тенденція вибору лікаря тієї ж національності або спорідненої культурної приналежності. Це пояснюється підвищеним комфортом і довірою, що виникають на основі спільного культурного фону. У релігійному контексті фактор віросповідання також стає дедалі вагомим. У різних конфесіях існують специфічні вимоги до особистої гігієни, харчування, а також певні обмеження щодо взаємодії між статями. Наприклад, у мусульманських громадах жінки часто віддають перевагу лікарям-жінкам того ж віросповідання, що пов'язано з релігійними нормами та традиціями. У деяких випадках звернення за медичною допомогою до лікаря іншого віросповідання може сприйматися як порушення релігійних принципів» [24].

Пацієнти високо цінують у лікарях такі риси, як: професіоналізм і любов до своєї роботи; емпатія – здатність співпереживати та глибоко розуміти пацієнта; доброзичливість – ввічливість, чуйність, душевність і уважність; почуття гумору, яке допомагає створювати невимушену атмосферу.

Стиль спілкування лікаря має значний вплив на формування довіри пацієнта. Лікар, здатний адаптувати стиль комунікації до потреб і настрою пацієнта, сприяє покращенню лікувального процесу.

Розрізняють чотири основні психологічні типи лікарів, що визначають їхній підхід до взаємодії з пацієнтами:

1. Співпереживаючий лікар. «Цей тип лікаря відзначається глибокою емпатією, здатністю відчувати емоційний стан пацієнта, розуміти його проблеми та переживання. Такі лікарі схильні підтримувати пацієнта у його концепції хвороби, розділяючи з ним емоційні та психологічні труднощі» [14].

2. Емоційно-нейтральний лікар. «Характеризується відстороненістю, що дозволяє уникати емоційного вигорання. Цей підхід може бути ефективним для лікарів у спеціальностях, де важлива об'єктивність та стриманість» [14].

3. Директивний лікар. «Відзначається впевненістю та прагненням контролювати процес лікування, чітко спрямовуючи дії пацієнта. Такий стиль може бути ефективним у кризових або гострих ситуаціях» [14].

4. Недирективний лікар. «Цей тип лікаря надає більше автономії пацієнту, створюючи умови для його участі у прийнятті рішень щодо лікування» [].

Ефективність взаємодії лікаря та пацієнта залежить не лише від професійних знань і навичок лікаря, але й від його здатності адаптувати свій підхід до індивідуальних особливостей пацієнта. Національність, віросповідання, а також стиль комунікації та особистісні характеристики лікаря формують фундамент довіри та сприяють кращим результатам лікування. У сучасній медичній практиці важливо враховувати ці фактори, особливо в умовах багатокультурного суспільства.

«Психологічні типи лікарів утворюють чотири пари, що визначають стиль їхньої взаємодії з пацієнтом: співпереживаючий – недирективний; співпереживаючий – директивний; емоційно-нейтральний – недирективний; емоційно-нейтральний – директивний. Кожна з цих пар поєднує емоційний аспект (співпереживання чи нейтральність) та поведінковий стиль (директивність чи недирективність)» [17].

Вибір пацієнтом «ідеального» лікаря залежить від його попереднього життєвого досвіду, включаючи спілкування з авторитетними особами, такими як батьки, вчителі чи інші значущі фігури. Пацієнт часто несвідомо порівнює лікаря з цими образами, формуючи власні уподобання. Відповідно, пацієнт обирає лікаря, керуючись особистими мотивами, уподобаннями та цінностями.

Лікар, у свою чергу, не має права вибирати пацієнта і зобов'язаний бути готовим до роботи з будь-якою людиною, незалежно від її характеру, культурних чи соціальних особливостей.

Лікарі також формують образ «ідеального» пацієнта, який зазвичай включає такі риси: мала поінформованість у медичних питаннях; віра у професіоналізм лікаря та відсутність сумнівів у його вміннях; готовність

беззаперечно виконувати призначення; здатність чітко й лаконічно формулювати свої скарги та проблеми; відсутність іпохондрії (надмірної тривоги щодо свого здоров'я).

Ці характеристики вказують на те, що лікарі часто орієнтовані на директивний стиль взаємодії, який передбачає домінуючу роль лікаря та залежну роль пацієнта. Директивний стиль взаємодії лікаря з пацієнтом має кілька ключових особливостей:

«відповідальність лікаря: лікар бере на себе всю відповідальність за результат терапії, оскільки негативний результат зазвичай розглядається як його помилка або прояв некомпетентності» [23].

«захист від сприйняття медицини як сфери обслуговування: директивність дозволяє лікареві зберігати професійний авторитет та уникати надмірного підпорядкування вимогам пацієнта» [23].

«залежність пацієнта: пацієнт у такій моделі менш активно бере участь у процесі прийняття рішень, що зменшує його відповідальність за можливі негативні наслідки» [23].

Хоча лікарі можуть проявляти співпереживання, вони не завжди готові до повноцінного партнерства з пацієнтом. Це обумовлено не лише стилем комунікації, але й особливостями організації охорони здоров'я та суспільним сприйняттям медицини.

Директивний підхід дозволяє лікареві тримати ситуацію під контролем, але при цьому може зменшити довіру пацієнта або його задоволеність лікуванням. Водночас партнерський підхід, де пацієнт активніше залучений у процес прийняття рішень, може сприяти кращим результатам і зростанню відповідальності самого пацієнта за своє здоров'я.

Типологія лікарів та очікування пацієнтів відіграють ключову роль у формуванні взаємодії. Директивний стиль залишається домінуючим через високий рівень відповідальності лікаря, але сучасні тенденції медицини спрямовані на розвиток партнерської моделі, яка враховує активну участь пацієнта у лікувальному процесі. Оптимальне поєднання емпатії,

професіоналізму та співпраці сприяє встановленню довіри, покращенню комунікації та досягненню позитивних результатів лікування.

Успішність взаємодії між лікарем і пацієнтом значною мірою залежить від комунікативної компетентності лікаря. Ця професійна якість є однією з ключових у медичній діяльності, оскільки передбачає поєднання знань, навичок і здатності до контролю власних емоцій. Комунікативна компетентність включає психологічну обізнаність, яка дозволяє лікарю розуміти типи особистості, особливості поведінки різних людей, способи реагування на стрес залежно від темпераменту, а також зв'язок між типом статури та психологічними особливостями пацієнта.

Не менш важливими є спеціальні навички, які допомагають лікарю встановлювати контакт із пацієнтом, уважно слухати його, сприймати як вербальну, так і невербальну інформацію. Уміння «читати» невербальні сигнали, такі як міміка, жести чи постава, будувати конструктивний діалог, формулювати точні запитання — усе це є невід'ємною частиною успішного спілкування.

Крім того, «для ефективної взаємодії лікар повинен володіти власними емоціями. Здатність зберігати впевненість, контролювати свої реакції та поведінку, особливо в напружених ситуаціях, є надзвичайно важливою. Адекватна комунікація між лікарем і пацієнтом передбачає не лише розуміння пацієнта, а й відповідне реагування на його емоційний стан. Пацієнти можуть перебувати в різних душевних станах: вони можуть відчувати гнів, смуток, занепокоєння, тривогу чи навіть розпач. Лікар повинен бути готовий до таких емоційних проявів і вміти налагоджувати стосунки, спрямовані на вирішення професійних завдань» [16].

Отже, комунікативна компетентність лікаря є основою для досягнення довіри з боку пацієнта і забезпечення позитивного результату лікування. Лікар, який володіє необхідними знаннями, навичками та емоційною стійкістю, здатний ефективно взаємодіяти навіть у складних ситуаціях, сприяючи поліпшенню якості лікування та загального добробуту пацієнта.

1.2. Моделі організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

Питання взаємодії між лікарем і пацієнтом залишається актуальним і обговорюється впродовж десятиліть як у вітчизняній, так і в західній науці. Взаємодія між цими сторонами є основою, яка визначає не лише успішність профілактичних, діагностичних і лікувальних заходів, а й формує фундамент валеологічного простору, задаючи вектор розвитку здоров'я нації.

Американський біоетик і філософ Р. Вітч запропонував чотири основні моделі взаємодії лікаря та пацієнта: пасторську (патерналістську), інженерну, колегіальну та контрактну. Ці моделі є базовими варіантами професійної комунікації в медицині. Р. Вітч стверджував, що «вибір конкретної моделі залежить як від суспільних установок, так і від специфічних обставин, таких як стан здоров'я пацієнта, рівень його поінформованості чи тяжкість захворювання. Крім аналізу практичної застосовності цих моделей, він також розглядав їх у контексті гуманізму та біоетики, намагаючись узгодити принципи професіоналізму з моральними та етичними нормами» [18].

Однією з найбільш історично значущих моделей є пасторська, або патерналістська, модель. Вона передбачає стосунки між лікарем і пацієнтом, що нагадують відносини між батьком і дитиною чи духовним наставником і підопічним. У цій моделі лікар виступає як авторитетна фігура, чия компетентність і турбота про пацієнта не підлягають сумніву. Основу таких відносин становить емпатія, співпереживання та безумовна довіра до лікаря.

Пацієнт у цій моделі займає пасивну позицію, повністю покладаючись на рішення лікаря і не ставлячи під сумнів його рекомендації чи методи лікування. «Роль лікаря у таких взаєминах розширюється до морального й емоційного наставництва, де він не лише лікує хворобу, а й бере на себе відповідальність за всі аспекти добробуту пацієнта. За словами Р. Вітча, ця модель морально виправдана, адже відповідає потягу пацієнтів до співпереживання та співчуття, а також ґрунтується на вірі в сакральність

медицини» [18].

Пасторська модель панувала в медицині до середини XX століття, коли лікар мав статус сакральної фігури, а його знання та компетентність були практично недоступними для критики. Пацієнти беззастережно довіряли лікареві та його методам. Такий підхід був ефективним у суспільстві, де роль пацієнта обмежувалася лише виконанням вказівок фахівця.

Однак із середини XX століття, у зв'язку з розвитком науки, технологій і медичної освіти, ця модель почала втрачати актуальність. Сьогодні пацієнти прагнуть більшої залученості у процес лікування, відстоюючи своє право на інформацію про стан здоров'я, можливі варіанти лікування та наслідки медичних втручань. Сучасні пацієнти хочуть бути активними учасниками лікувального процесу, а не лише об'єктами медичних маніпуляцій.

Попри свою історичну значущість, пасторська модель не відповідає сучасним очікуванням суспільства. «Її основним недоліком є відсутність партнерства між лікарем і пацієнтом, що суперечить сучасним цінностям рівності, прозорості та доступності медичної інформації. У сучасному суспільстві лікар перестав бути виключно авторитетною фігурою, наділеною беззаперечною владою. Пацієнти очікують від лікаря відкритості, готовності до діалогу і співпраці. Більше того, медична практика сьогодні стикається із потребою враховувати не лише фізичний, але й психологічний та соціальний стан пацієнта. У цьому контексті директивний підхід пасторської моделі не забезпечує необхідного рівня взаємодії та довіри» [27].

Пасторська модель, яка «була ефективною в умовах традиційного суспільства, нині поступово поступається місцем моделям, що передбачають активну участь пацієнта у процесі лікування. Сучасна медицина потребує підходів, які враховують партнерство між лікарем і пацієнтом, забезпечують емоційну рівність і прозорість комунікації. Перехід до таких моделей є не лише відповіддю на запити сучасного суспільства, але й важливим кроком у підвищенні якості медичних послуг та задоволеності пацієнтів» [31].

Особливий інтерес у контексті взаємовідносин лікаря та пацієнта

викликає інженерна модель, яка у сучасному суспільстві є досить поширеною. Ця модель сприймається багатьма медичними працівниками як засіб збереження авторитетності лікаря та його професійного статусу, а також як відображення високого рівня науково-технологічного розвитку медицини. Окрім того, інженерна модель нерідко стає для лікаря захисним механізмом від необґрунтованих претензій пацієнтів і способом уникнення надмірної емоційної залученості, що може призводити до «емоційного вигорання».

У межах інженерної моделі пацієнт сприймається лікарем як «механізм», який потребує діагностики та ремонту. Лікар підходить до пацієнта виключно з точки зору об'єктивних даних, отриманих у процесі обстеження, таких як результати лабораторних аналізів, зображень або фізіологічних вимірювань. Лікування у такій моделі зводиться до виконання низки маніпуляцій, спрямованих на усунення виявлених «поломок».

«Для інженерної моделі характерний директивний стиль комунікації, коли лікар приймає рішення та диктує пацієнту наступні кроки. Емпатія, співчуття та турбота, які є важливими складовими гуманної медицини, практично відсутні в такому підході. Пацієнт розглядається не як особистість, а як об'єкт медичного втручання, агрегат, що потребує ремонту. Це перегукується з «науковою медициною», яка розглядає хворобу не як особистісний досвід людини, а як сукупність відхилень від фізіологічної норми» [31].

З точки зору біоетики, інженерна модель є аморальною, оскільки ігнорує особистісний вимір пацієнта. Вона зводить пацієнта до об'єкта маніпуляцій, позбавляючи його людської гідності. Відомі лікарі та біоетики неодноразово критикували антигуманність цього підходу.

Так, американський кардіолог і гуманіст Б. Лаун зазначає, що «інженерний підхід підриває основи тритисячолітньої традиції довіри між лікарем і пацієнтом» [10]. Він пише: «На місці процесу лікування з'явився набір маніпуляцій: менеджмент витіснив турботу про хворого, мистецтво вислухати стражденого поступилося місцем медичним технологіям» [10].

Лікарі більше не приймають до уваги особистість хворого – вони стурбовані фрагментарними, «не так працюючими» біологічними системами та органами. Сама людина «виключена з гри, її ніби немає на сцені».

Попри свою технологічну ефективність, інженерна модель має низку суттєвих недоліків. Вона не враховує емоційний стан пацієнта, його потреби у співпереживанні та підтримці. Такий підхід може викликати у пацієнта відчуття ізоляції, втрати контролю над ситуацією та відчуження від процесу лікування. Відсутність емпатії з боку лікаря не лише знижує довіру пацієнта, але й може негативно вплинути на результати лікування, оскільки психологічний стан пацієнта відіграє важливу роль у процесі одужання.

Інженерна модель, яка «стала символом технологічного прогресу медицини, забезпечує високий рівень діагностики та лікування завдяки об'єктивним даним. Проте її основний недолік полягає у відсутності гуманістичного підходу, що є критично важливим у медичній практиці. Сучасна медицина не може обмежуватися лише технологіями та кількісними показниками. Вона повинна повертатися до основ гуманізму, забезпечуючи пацієнтам не лише лікування, але й підтримку, співчуття та увагу до їхніх особистісних потреб» [31].

Інженерна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом серйозно суперечить сучасним науковим підходам, біомедичним принципам і правилам, а також основам гуманістичної медицини. Вона викликає численні етичні, наукові та практичні питання, які потребують детального розгляду.

З точки зору сучасної науки, інженерна модель несумісна з парадигмою системного підходу до людини, її здоров'я та хвороб. Системний підхід розглядає людину як психосоматичний феномен, де фізичний і психічний стан тісно взаємопов'язані. В межах інженерної моделі пацієнт сприймається виключно як сукупність «об'єктивних» даних і фізіологічних показників, що унеможливорює врахування його психологічного стану, емоційних переживань та особистісних проблем. Ці аспекти можуть істотно впливати на перебіг хвороби та її лікування, але в рамках інженерного підходу вони залишаються

поза увагою лікаря.

Однією з головних вад інженерної моделі є фактична відсутність справжньої міжособистісної взаємодії між лікарем і пацієнтом. У цій моделі лікар займає директивну, авторитарну позицію, вимагаючи від пацієнта беззастережного прийняття та виконання всіх призначень. Такий підхід ігнорує особистісні, соціальні та емоційні аспекти життя пацієнта. Замість справжньої комунікації між лікарем і пацієнтом формується технологічний зв'язок, у межах якого пацієнт розглядається як абстрактний об'єкт дослідження і лікування.

Попри всі недоліки, інженерна модель залишається поширеною в сучасній системі охорони здоров'я. Вона є особливо близькою молодим лікарям, які захоплюються стрімким розвитком інформаційних технологій і їхніми можливостями в діагностиці та лікуванні. Однак таке технократичне захоплення призводить до спрощеного бачення медичної взаємодії, де основною метою стає перемога над хворобою за будь-яку ціну, а всі рішення приймаються на основі розрахунку ресурсних витрат, співвідношення ризиків і передбачуваної корисності.

Подібний підхід зводить медичну практику до суто технологічного процесу, що значно звужує її гуманістичну сутність. Лікарі перестають бачити в пацієнтах особистостей, а пацієнти, своєю чергою, відчують ізоляцію, втрату контролю над ситуацією та відсутність підтримки. Такий розрив між лікарем і пацієнтом підриває довіру до медицини, яка повинна бути не лише ефективною, але й людиною.

Інженерна модель, «попри свою технологічну ефективність, значно обмежує можливості сучасної медицини через ігнорування психологічного та соціального виміру пацієнта. Її домінування у певних галузях медицини є викликом, який вимагає переосмислення медичних підходів у напрямку більш гуманістичних і системних моделей. Медицина повинна повертатися до своїх етичних коренів, де центральним елементом є людина з її індивідуальністю, потребами та переживаннями. Лише такий підхід здатний забезпечити баланс

між технологічним прогресом і моральними засадами медичної практики» [31].

«Технологічний рівень сучасної медицини, безперечно, нерідко передбачає певний ступінь деперсоналізації пацієнта. Це особливо очевидно в умовах роботи мультидисциплінарних команд лікарів, коли кожен спеціаліст виконує вузькоспеціалізовану функцію, часто не маючи безпосереднього контакту з пацієнтом. У таких ситуаціях важливою стає роль сполучної ланки між пацієнтом і командою лікарів, яка забезпечує комунікацію, дотримуючись етичних і деонтологічних норм. Навіть у разі відсутності прямого контакту з пацієнтом або його неможливості (наприклад, при коматозному стані), лікар повинен діяти з повагою до людської гідності, особистості та потреб пацієнта, демонструючи емпатію та увагу» [5].

Інженерна модель взаємин лікаря і пацієнта, яка зводить медичний процес до суто технологічного підходу, хоча й має місце в сучасній медицині, не відповідає ідеалам її гуманізації. Сучасна медицина повинна спрямовуватися на створення більш збалансованих і етичних моделей взаємодії, що враховують не лише фізичний, а й психологічний та соціальний вимір особистості пацієнта.

Однією з найбільш перспективних моделей взаємин лікаря та пацієнта, згідно з Р. Вітчем, є колегіальна модель. Її сутність полягає у рівноправному діалозі між лікарем і пацієнтом, який базується на взаємних знаннях, комунікативних практиках та емпатії. Важливим аспектом колегіальної моделі є поінформованість пацієнта, яка дозволяє йому активно брати участь у прийнятті рішень, що стосуються його здоров'я.

Утім, у реаліях сучасного суспільства взаємна довіра, конфіденційність і збіг інтересів між лікарем і пацієнтом можуть сприйматися як ілюзорні характеристики. Щоб колегіальна модель набула широкого поширення, необхідний розвиток медичних і комунікативних знань у суспільстві, а також суттєві зміни в підготовці лікарів.

Для реалізації колегіальної моделі взаємодії необхідна підготовка нового

покоління лікарів, які будуть орієнтовані на системно-особистісний підхід до пацієнта. Це включає психосоматичну орієнтацію в діагностиці та лікуванні, де будь-яка патологія розглядається не лише через призму фізіології, але й з урахуванням психологічного і соціального контексту.

Крім того, біоетична парадигма має стати основою професійної діяльності лікаря. Для цього необхідно запровадити системні реформи у сфері медичної освіти, спрямовані на формування клінічного мислення, яке поєднує наукові знання, етичні принципи та комунікативні навички. Лікарі мають бути підготовлені не лише науково, але й психологічно та юридично, щоб ефективно працювати в умовах сучасного суспільства, яке висуває нові вимоги до медичної професії.

«Колегіальна модель взаємин лікаря і пацієнта є перспективним напрямом розвитку сучасної медицини. Вона сприяє підвищенню довіри між пацієнтом і лікарем, забезпечує етичність і прозорість медичних процесів. Її впровадження вимагає глибоких змін у підходах до медичної освіти, акценту на розвитку комунікативних навичок і дотримання принципів біоетики. Такий підхід дозволить зробити медицину більш гуманною, орієнтованою на особистість пацієнта, та забезпечить високий рівень якості надання медичних послуг» [24].

«Контрактна модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом ґрунтується на принципах свободи, взаємної поваги, особистої гідності, чесності, поінформованості та справедливості. У межах цієї моделі лікар визнає за пацієнтом право самостійно керувати своїм життям і здоров'ям, усвідомлюючи, що пацієнт несе відповідальність за свої рішення. Такий підхід передбачає укладення між лікарем і пацієнтом своєрідної угоди, заснованої на взаємній довірі та зобов'язаннях допомоги одне одному» [24].

Контрактна модель, на думку Р. Вітча, є найбільш реалістичною та досконалою формою взаємодії лікаря і пацієнта. Вона дозволяє лікарю зберігати професійну нейтральність і захищати себе від «емоційного вигорання», оскільки передбачає чітке розмежування відповідальності сторін.

Лікар не бере на себе абсолютний контроль над рішеннями пацієнта, що зменшує психологічний тиск, характерний для директивних моделей взаємин. Крім того, така форма взаємодії дає лікарю можливість у будь-який момент «вийти з гри», зберігаючи професійність і етичність.

З боку пацієнта контрактна модель надає велику свободу дій, але одночасно вимагає високого рівня відповідальності. Пацієнт має активно брати участь у прийнятті рішень, що стосуються його здоров'я, однак така відповідальність може бути важким тягарем, особливо якщо пацієнт недостатньо обізнаний або не здатний об'єктивно оцінити ситуацію.

Згідно з дослідженнями, контрактна модель є більш прийнятною для пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні. У таких умовах пацієнт має більше можливостей для обговорення варіантів лікування, прийняття рішень і самостійного виконання рекомендацій лікаря. Однак пацієнти стаціонарів, як правило, потребують більшого рівня комунікації, емоційної підтримки та участі лікаря в ухваленні рішень, що пояснюється їхнім більш вразливим психологічним станом.

Сучасні пацієнти очікують від лікарів не лише професійної компетентності, але й високого рівня емпатії, уважності та готовності до діалогу. Для багатьох пацієнтів саме спілкування з лікарем є важливим терапевтичним чинником, що сприяє покращенню психологічного стану та навіть зменшенню больового синдрому. Це підкреслює важливість розвитку у лікарів навичок комунікації, здатності до співпереживання та розуміння індивідуальних особливостей пацієнтів.

Очікування сучасного суспільства спрямовані на те, щоб лікарі були не лише фахівцями у своїй галузі, але й психологічно підготовленими до роботи з пацієнтами. Це передбачає знання різних комунікативних технік, уміння вибудовувати емоційну взаємодію, розуміння стереотипів, сформованих у суспільстві під впливом процесів медикалізації.

У сучасній медицині лікареві відводиться роль, яка виходить за межі традиційних уявлень про його професію. Лікар має бути не лише медичним

експертом, але й виконувати функції психотерапевта або психолога, здатного налагоджувати конструктивний діалог із пацієнтом. Він стає своєрідним «буфером» між медичним середовищем і суспільством, забезпечуючи гармонійні стосунки між цими сферами.

Контрактна модель взаємин лікаря та пацієнта відповідає сучасним вимогам до медичної практики, адже вона базується на принципах свободи, відповідальності та взаємної поваги. Однак її успішна реалізація потребує високого рівня обізнаності пацієнтів, розвинених комунікативних навичок лікарів і вдосконалення медичної освіти. Лікарі нового покоління повинні бути підготовленими не лише науково, але й психологічно, щоб забезпечувати якісний, етичний і гуманний підхід до лікування пацієнтів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ КНП «ТЕРНОПІЛЬСЬКА МІСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА № 1» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Діагностика рівня конфліктності в досліджуваному закладі охорони здоров'я в процесі взаємодії зі споживачами медичних послуг

Процес надання медичних послуг передбачає інтенсивну міжособистісну взаємодію між медичними працівниками, пацієнтами та їхніми родинами. Ця взаємодія, попри її важливість для досягнення позитивного результату лікування, нерідко стає джерелом конфліктів. Конфлікти можуть виникати на різних рівнях залежно від типу учасників взаємодії та їхньої ролі в медичному процесі. Розглянемо основні типи конфліктів, які найчастіше зустрічаються у закладах охорони здоров'я.

1. Міжособистісні конфлікти. «Цей тип конфліктів охоплює: взаємодію між медичними працівниками, наприклад, між лікарем і медичною сестрою, між двома лікарями або лікарем і завідувачем відділення; конфлікти між лікарем і пацієнтом; напружені ситуації між лікарем і родичами пацієнта» [12].

2. Персонально-інтергрупові конфлікти. «Такі конфлікти виникають, коли одна зі сторін представлена групою підтримки. Приклади включають: конфлікти між лікарем і пацієнтом разом із його родичами чи друзями; суперечки між пацієнтом і його родиною; конфлікти між пацієнтом і родичами сусіда по палаті; непорозуміння між самими пацієнтами» [12].

3. Інтергрупові конфлікти. «Цей тип конфліктів виникає: між групами родичів пацієнтів і медичними працівниками; між різними професійними групами в межах одного підрозділу чи між підрозділами закладу; між представниками різних закладів охорони здоров'я» [12].

4. Інтраперсональні конфлікти. «Такі конфлікти виникають у вигляді внутрішніх суперечностей у пацієнтів, лікарів або родичів пацієнтів. Ці конфлікти можуть бути пов'язані зі стресом, емоційним перевантаженням

чи почуттям відповідальності за ухвалені рішення» [12].

Для якісного аналізу рівня конфліктності в медичних закладах необхідно дотримуватися чіткої методології, яка включає такі етапи: «визначення кількості питань, які необхідно включити в анкету; формування питань таким чином, щоб вони відображали основні аспекти взаємодії між сторонами; оцінка значущості кожного питання для загальної картини конфліктності» [30].

У процесі підготовки до дослідження було проведено аналіз літературних джерел, аналогічних досліджень, а також пілотне опитування медичних працівників і пацієнтів для визначення найважливіших критеріїв оцінки. Результати підготовчого етапу дозволили сформулювати низку правил для створення анкети та обробки даних: кількість питань має бути обмеженою (не більше 30), щоб забезпечити зручність для респондентів; доступність формулювань: питання повинні бути простими для розуміння як медичними працівниками, так і пацієнтами; релевантність: питання повинні охоплювати ключові медичні та організаційні аспекти, які впливають на взаємодію; суцільність опитування: анкетування має включати всіх учасників процесу взаємодії; можливість висловлення власної думки: анкета повинна надавати респондентам змогу залишати коментарі; регулярність обробки даних: для поточного моніторингу рівня конфліктності необхідно аналізувати анкети щомісяця, з подальшим узагальненням за кварталами, півріччями та роком.

Перші чотири правила були використані під час проведення дослідження, що дозволило забезпечити точність і репрезентативність отриманих даних. П'яте правило актуальне переважно для постійного моніторингу конфліктності в закладах охорони здоров'я.

Конфлікти в закладах охорони здоров'я є «неминучими через складність і багаторівневість взаємодії між медичними працівниками, пацієнтами та їхніми родинами. Однак системний підхід до аналізу цих конфліктів, зокрема за допомогою анкетування, дозволяє ідентифікувати основні проблеми, що впливають на якість взаємодії, і розробити ефективні стратегії для їх вирішення. Регулярний моніторинг рівня конфліктності сприятиме

підвищенню якості медичних послуг, створенню комфортного середовища для всіх учасників лікувального процесу та зменшенню напруженості у системі охорони здоров'я» [26].

Для аналізу рівня конфліктності у взаємодії медичного персоналу та пацієнтів у КНП «ТМСП № 1» ТМР було проведено анкетне опитування. У дослідженні взяли участь 100 респондентів, розділених на дві групи: 1) перша група – 50 медичних працівників (69 % лікарів і 31 % середнього медичного персоналу); 2) друга група – 50 пацієнтів.

Анкета була розроблена у кілька етапів і складалася з трьох блоків: 1) перший блок містив нейтральні питання, які допомагали респондентам адаптуватися до опитування; 2) другий блок включав цільові питання, спрямовані на виявлення рівня конфліктності та особливостей взаємодії; 3) третій блок складався із соціально-демографічних питань для визначення профілю респондентів.

Для підвищення точності даних у формулюваннях питань були виключені варіанти з подвійним запереченням чи альтернативними відповідями. Усього анкета містила 20 питань. У її складанні використовувалися методики: 1) методика діагностики особистісної агресивності та конфліктності; 2) методика експрес-діагностики поведінкового стилю в конфліктній ситуації.

Першим напрямком дослідження стала частота контактів між медичними працівниками та пацієнтами, результати якого наведені у табл. 2.1.

Результати опитування: 81 % пацієнтів звертаються за медичною допомогою у разі необхідності в індивідуальному порядку; 2 % респондентів відзначили щоденні контакти з медичним персоналом; 10 % пацієнтів зазначили, що взаємодія відбувається щотижнево; 9 % респондентів не змогли визначити частоту своїх контактів із медичним персоналом.

Отримані дані свідчать про те, що основна частина пацієнтів звертається до медичного персоналу лише за необхідності, що може знижувати ризик виникнення конфліктів через обмежену частоту взаємодії. Водночас наявність

пацієнтів, які взаємодіють із медичними працівниками частіше (щоденно чи щотижнево), вказує на необхідність підвищеної уваги до цих груп з боку медичного персоналу, оскільки саме в таких випадках можливе виникнення напруженості чи непорозумінь.

Таблиця 2.1

**Частота контактів медичного персоналу з пацієнтами
в КНП «ТМСП № 1» ТМР**

№ п/п	Частота контактів	%
1.	Щоденно	2
2.	Декілька разів на тиждень	10
3.	По мірі необхідності, індивідуально	81
4.	Важко відповісти	9

Примітка. Наведено за матеріалами опитування

Проведене дослідження виявило особливості частоти взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами, які можуть впливати на рівень конфліктності в закладі. Використані методики дозволили зібрати репрезентативні дані для подальшого аналізу. Отримані результати свідчать про переважно низький рівень частоти контактів у більшості пацієнтів, що позитивно впливає на зменшення ризику конфліктів. Утім, для пацієнтів із частими контактами важливо впроваджувати додаткові заходи для покращення комунікації та зменшення напруженості. Це сприятиме створенню комфортного середовища для обох сторін лікувального процесу.

Одним із ключових аспектів дослідження рівня конфліктності у взаємодії медичних працівників та пацієнтів у КНП «ТМСП № 1» ТМР стала оцінка ролі пацієнтів у лікувальному процесі. Результати цього дослідження наведені у табл. 2.2.

Опитування показало, що більшість лікарів (74 %) зазначили, що пацієнти не завжди, але допомагають їм у процесі лікування. Водночас, при детальному аналізі відповідей було виявлено, що лікарі визначають

позитивний вплив пацієнтів через такі дії: правильний догляд за собою; пацієнти, які дотримуються базових правил догляду, створюють сприятливі умови для лікувального процесу; виконання приписів лікаря; своєчасне і точне виконання рекомендацій лікаря є важливим чинником успішності терапії.

Таблиця 2.2

Ролі пацієнтів в процесі взаємодії з лікарями в КНП «ТМСП № 1» ТМР

№ п/п	Роль пацієнтів	%
1.	Допомагають лікарю в процесі лікування	9
2.	Частіше допомагають лікарю в процесі лікування	74
3.	Частіше заважають лікарю в процесі лікування	9
4.	Присутність небажана	4
	Іноді допомагають, іноді заважають	4

Примітка. Наведено за матеріалами опитування

Залученість пацієнтів у лікувальний процес має велике значення для забезпечення ефективності медичних заходів. Однак рівень участі пацієнтів залежить від багатьох чинників, таких як рівень обізнаності, бажання співпрацювати, стан здоров'я і навіть психологічні особливості. Лікарі, у свою чергу, визнають, що активна участь пацієнтів у лікуванні сприяє досягненню кращих результатів, але її відсутність може ускладнювати взаємодію і створювати передумови для конфліктів.

Результати опитування свідчать про те, що пацієнти в основному відіграють важливу роль у лікувальному процесі, особливо через дотримання лікарських рекомендацій і догляд за собою. Проте не завжди ця роль виконується на належному рівні, що може створювати напруженість у взаємодії з медичними працівниками.

Для зниження рівня конфліктності у взаємодії з пацієнтами необхідно: «підвищувати обізнаність пацієнтів про їхню роль у лікувальному процесі; формувати довіру між пацієнтами та лікарями через якісну комунікацію; забезпечувати пацієнтів доступною інформацією про важливість виконання

медичних приписів і правил догляду» [20].

Таким чином, активна співпраця між медичними працівниками та пацієнтами є основою успішного лікувального процесу, яка не лише сприяє покращенню результатів лікування, але й мінімізує ризик виникнення конфліктів.

Результати анкетного опитування, проведеного серед медичних працівників і пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР, дозволили оцінити рівень стійкості до конфліктів у цих двох групах: медичних працівників і пацієнтів (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

**Рівень конфліктостійкості медичних працівників та пацієнтів в
КНП «ТМСП № 1» ТМР**

Рівень конфліктності	Медичні працівники		Пацієнти	
	Абсолютний	Відносний	Абсолютний	Відносний
Високий рівень конфліктності	8	8,2	11	10,9
Рівень вираженої конфліктності	27	27,8	33	32,7
Середній рівень конфліктності	57	58,8	51	50,5
Низький рівень конфліктності (висока конфліктостійкість)	5	5,2	6	5,9
Всього респондентів	97	100	101	100

Примітка. Наведено за матеріалами опитування

Аналіз анкетування медичного персоналу показав наступні результати: 8,2 % респондентів мають високий рівень конфліктності, що свідчить про значну схильність до конфліктних ситуацій; 27,8 % виявили рівень вираженої конфліктності, який також вказує на потенційний ризик виникнення напруженості у взаємодії; 58,7 % мають середній рівень конфліктності, що є типовим для більшості респондентів і свідчить про відносно стабільний рівень емоційної регуляції; лише 5 % продемонстрували високий рівень конфліктостійкості, що свідчить про здатність до ефективного управління стресом і запобігання конфліктам.

Серед пацієнтів спостерігається дещо інший розподіл схильності до конфліктності: 10,9 % опитаних виявили високий рівень конфліктності, що є свідченням частого виникнення напруженості у взаємодії; 32,7 % мають рівень вираженої конфліктності, що також вказує на підвищену емоційну чутливість та можливі труднощі у спілкуванні; 50,5 % пацієнтів демонструють середній рівень конфліктності, що є найпоширенішою категорією і свідчить про помірну здатність до вирішення конфліктних ситуацій; лише 5,9 % респондентів мають високий рівень конфліктостійкості, що вказує на їхню здатність залишатися спокійними та врівноваженими навіть у складних ситуаціях.

Порівняльний аналіз свідчить, що рівень конфліктності серед пацієнтів дещо вищий, ніж серед медичних працівників, що може бути пояснено їхнім більш вразливим емоційним станом, пов'язаним із хворобою чи лікувальним процесом. Медичний персонал загалом демонструє більш стабільну стійкість до конфліктів, що є важливим для ефективного виконання професійних обов'язків.

Отримані результати підкреслюють важливість роботи над підвищенням рівня конфліктостійкості як серед медичних працівників, так і серед пацієнтів. Зокрема, для зменшення конфліктності у взаємодії можна рекомендувати наступні заходи: «проведення тренінгів із комунікативних навичок для медичного персоналу; розробка програм психологічної підтримки для пацієнтів; забезпечення якісної комунікації між сторонами для зниження напруженості у складних ситуаціях. Ці заходи сприятимуть створенню більш комфортного середовища для всіх учасників лікувального процесу та підвищенню ефективності надання медичної допомоги» [21].

Поведінка медичних працівників і пацієнтів у конфліктних ситуаціях має суттєве значення для забезпечення ефективності взаємодії та зменшення напруженості в лікувальному процесі. Аналіз результатів опитування показав, що обидві групи респондентів демонструють тенденцію до уникнення конфліктів, примирення та пошуку компромісів. Залежно від рівня

конфліктності та конфліктостійкості, у двох групах виявлені такі стратегії поведінки: поведінкові стратегії медичних працівників та пацієнтів (табл. 2.4).

Медичні працівники обирають такі тактики поведінки в конфліктних ситуаціях: 37,1 % демонструють «примирення» як основну стратегію, спрямовану на уникнення ескалації конфлікту та збереження позитивного клімату у взаємодії; 34 % надають перевагу «компромісу», який дозволяє швидко досягати взаємоприйнятних рішень; 9,3 % використовують «м'який стиль», спрямований на детальне обговорення проблеми та пошук глибокого взаєморозуміння; 13,4 % застосовують «стиль уникнення», що свідчить про схильність уникати конфліктів шляхом ігнорування їх або відтермінування вирішення; 6,2 % використовують «жорсткий стиль», орієнтуючись на домінування та контроль у ситуації.

Таблиця 2.4

**Тактики поведінки у конфліктах медичних працівників та пацієнтів в
КНП «ТМСП № 1» ТМР**

Рівень конфліктності	Медичні працівники		Пацієнти	
	Абсолютний	Відносний	Абсолютний	Відносний
Жорсткий стиль	6	6,2	11	10,9
Примирення	36	37,1	31	30,7
Компроміс	33	34	30	29,7
М'який стиль (співробітництво)	9	9,3	23	22,8
Стиль уникнення конфлікту	13	13,4	6	5,9
Всього респондентів	97	100	101	100

Примітка. Наведено за матеріалами опитування

Пацієнти, залежно від особистісних особливостей та емоційного стану, демонструють наступний розподіл стратегій: 30,7 % обирають «примирення» як спосіб зменшення напруженості у взаємодії з медичним персоналом; 29,7 % вдаються до «компромісу», прагнучи досягти порозуміння через взаємні поступки; 22,8 % використовують «м'який стиль», проявляючи готовність до

відкритого діалогу та пошуку спільного рішення; 5,9 % демонструють «стиль уникнення», що свідчить про уникання конфліктів через небажання брати участь у їхньому вирішенні; 10,9 % використовують «жорсткий стиль», що може свідчити про прагнення відстояти свою точку зору навіть за рахунок ескалації конфлікту.

Співставлення результатів опитування по обом групам дало змогу зробити наступні висновки: «примирення» та «компроміс» є найпоширенішими стратегіями в обох групах, що свідчить про загальну схильність до збереження стабільності у взаємодії; «м'який стиль» частіше обирають пацієнти (22,8 % порівняно з 9,3 % серед медичних працівників), що може бути пов'язано з потребою у відкритій комунікації та емоційній підтримці; стиль «уникнення» більше характерний для медичних працівників (13,4 % проти 5,9 % серед пацієнтів), що може пояснюватися їхнім прагненням уникати зайвої емоційної напруги; «жорсткий стиль» частіше використовують пацієнти (10,9 % проти 6,2 % серед медичних працівників), що може свідчити про потребу захищати свої інтереси в умовах невизначеності або напруженості.

Аналіз поведінкових стратегій показує, що медичні працівники та пацієнти у більшості випадків обирають конструктивні способи вирішення конфліктів, такі як примирення, компроміс або співпраця. Однак наявність значної частки респондентів, які використовують стиль уникнення або жорсткий стиль, свідчить про необхідність підвищення комунікативної компетентності обох сторін.

Для зменшення конфліктності у взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами варто: «запроваджувати програми з навчання навичкам управління конфліктами та ефективної комунікації; забезпечувати психологічну підтримку для зниження емоційної напруги; створювати умови для відкритого діалогу між сторонами, що сприятиме зменшенню конфліктних ситуацій та покращенню якості взаємодії. Такі заходи допоможуть зменшити ризик ескалації конфліктів, забезпечити комфортні умови для лікування та

підвищити ефективність медичних послуг» [21].

Проведене дослідження виявило, що соціально-психологічні характеристики медичних працівників і пацієнтів під час конфліктної міжособистісної взаємодії мають багато спільного. Проте конфліктна поведінка виявляється більш властивою певним категоріям пацієнтів, які мають специфічні соціально-демографічні риси.

Основні характеристики пацієнтів із конфліктною поведінкою:

1. Вікові особливості: конфліктна поведінка частіше зустрічається у пацієнтів старшого віку – передпенсійного або пенсійного;
2. Освітній рівень: переважна більшість респондентів із проявами конфліктності мають середній або середньо-спеціальний рівень освіти: 14 % – середня освіта, 70 % – середньо-спеціальна освіта та 16 % – вища освіта.
3. Сімейний стан: респонденти з невлаштованим особистим життям частіше демонструють конфліктну поведінку: 32 % – перебувають у розлученні, 19 % – мають незареєстровані відносини, 12 % – перебувають у другому шлюбі.
4. Житлові умови: конфліктна поведінка також корелює з рівнем комфорту побутових умов: 60 % проживають у власній окремій квартирі, 6 % мають власний будинок із сучасними зручностями, 5 % проживають у будинку без зручностей.
5. Матеріальний стан: матеріальна скрута є однією з основних причин підвищеної конфліктності: 94 % респондентів мають дохід на одного члена сім'ї у розмірі прожиткового мінімуму, 6 % – дохід нижчий за прожитковий мінімум.

Отримані дані свідчать, що конфліктна поведінка пацієнтів часто обумовлена низьким рівнем освіти, матеріальною нестабільністю, поганими житловими умовами та емоційною вразливістю, характерною для людей старшого віку або тих, хто має складнощі в особистому житті. Ці фактори створюють базу для формування стресу, напруженості та незадоволеності, які можуть проявлятися у вигляді конфліктів у взаємодії з медичними

працівниками.

Для зниження конфліктності необхідно забезпечити:

1. Підвищення якості комунікації: медичним працівникам слід звертати більше уваги на побудову відкритого і довірливого діалогу з пацієнтами, особливо зі старшими людьми.
2. Соціально-психологічну підтримку: запровадження консультацій соціальних працівників або психологів може допомогти пацієнтам справлятися зі стресовими ситуаціями.
3. Навчання персоналу: проведення тренінгів для медичних працівників з ефективного вирішення конфліктів і роботи з вразливими групами населення.
4. Соціальну допомогу: вивчення соціальних проблем пацієнтів і надання відповідної підтримки через програми співпраці з соціальними службами.

Соціально-психологічні характеристики пацієнтів значною мірою впливають на їхню поведінку в конфліктних ситуаціях. Матеріальні труднощі, невлаштованість особистого життя та недостатній рівень освіти є основними факторами, що сприяють виникненню напруженості. Врахування цих факторів у роботі медичних закладів дозволить знизити рівень конфліктності та забезпечити якіснішу взаємодію між медичним персоналом і пацієнтами.

Дослідження виявило, що соціально-демографічні характеристики медичних працівників та пацієнтів відіграють важливу роль у формуванні конфліктних ситуацій у медичній практиці. Особливості цих характеристик, а також їхній вплив на конфліктність, розглядаються нижче.

Соціально-демографічні характеристики медичних працівників:

1. Рівень освіти: 32,9 % респондентів мають середньо-спеціальну освіту; 67,1 % – вищу освіту, що є переважним рівнем серед медичних працівників.
2. Сімейний стан: 47,4 % респондентів перебувають у шлюбі, з них: 12 % – у другому шлюбі, 34 % – у розлученні, 20 % – у незареєстрованих

відносинах.

3. Житлові умови: 92,7 % медичних працівників мають окрему квартиру; 5 % проживають у власному будинку із сучасними зручностями; 2,3 % – у будинках без зручностей.

Аналіз показав, що ініціаторами конфліктів частіше стають пацієнти з низьким рівнем доходів. Така ситуація обумовлена їхніми обмеженими можливостями отримання оплачуваних (або частково оплачуваних) медичних послуг та доступу до якісних лікарських засобів. Цей фактор створює почуття незадоволеності та напруженості, що може проявлятися у формі конфліктної поведінки.

Основними причинами виникнення конфліктів у медичній практиці є:

1. Матеріальні обмеження пацієнтів: низький дохід, який не дозволяє покрити витрати на якісне лікування, є однією з основних причин конфліктів. Пацієнти відчують фрустрацію через неспроможність отримати необхідну медичну допомогу.

2. Різниця в соціально-економічному статусі: порівняно стабільний рівень матеріального забезпечення медичних працівників контрастує з проблемами пацієнтів, що сприяє виникненню нерозуміння та напруженості.

3. Нерівний доступ до послуг: пацієнти з нижчим рівнем доходу часто не можуть дозволити собі сучасні медичні процедури чи препарати, що створює передумови для звинувачення медичних працівників у несправедливості або недостатній допомозі.

Для зниження рівня конфліктності пацієнтів необхідно:

1. Організувати навчання медичного персоналу: медичним працівникам важливо розвивати навички комунікації для взаємодії з пацієнтами, які перебувають у складних соціально-економічних умовах. Це сприятиме зменшенню напруженості та формуванню довіри.

2. Надати соціальну підтримку пацієнтам: запровадження програм соціальної допомоги пацієнтам із низьким рівнем доходу може значно знизити рівень конфліктності у медичних закладах.

3. Забезпечити інформування пацієнтів: надання пацієнтам зрозумілої інформації про можливості отримання безкоштовних чи частково оплачуваних медичних послуг допоможе зменшити їхнє відчуття несправедливості.

Підвищення рівня комунікативної компетентності медичних працівників і забезпечення соціальної підтримки пацієнтам із низьким доходом сприятиме поліпшенню взаємодії між сторонами та зниженню ризику виникнення конфліктів.

Конфлікти в медичній практиці є неминучим явищем, що виникає через складну міжособистісну взаємодію між медичними працівниками та пацієнтами. Основними причинами конфліктів стають психологічний стан учасників, соціально-економічні умови, особливості професійної діяльності лікарів та напруженість ситуації, в якій опиняється пацієнт.

«Лікарі з високою професійною кваліфікацією, попри свідомий вибір професії та великий досвід роботи, нерідко відчують психологічний дискомфорт через низький рівень заробітної плати. Це створює емоційне напруження, яке може позначатися на якості взаємодії з пацієнтами. Зі свого боку, пацієнти часто перебувають у стресовому стані через усвідомлення загрози своєму здоров'ю, труднощі, пов'язані зі змінами звичного способу життя, і психічну напруженість. Процес отримання медичної допомоги для пацієнтів є складною життєвою ситуацією, яка потребує не лише фізичних, але й емоційних зусиль» [28].

Ефективне вирішення конфліктів можливе лише через конструктивне спілкування між сторонами. Уникання конфліктів є методологічно помилковим підходом, який лише відкладає проблему, але не усуває її. У сучасній системі охорони здоров'я, орієнтованій на пацієнта, важливо активізувати позитивну функцію конфлікту. Це можливо завдяки впровадженню колегіальної моделі взаємин між лікарем і пацієнтом, яка базується на рівноправному діалозі, взаємоповазі та співпраці.

Зростання поширеності нервово-психічних та психосоматичних захворювань, поведінкових розладів і форм саморуйнівної поведінки ставить

перед медичною сферою нові виклики. Це вимагає розширення знань і навичок не лише медичних працівників, але й медичних психологів і соціальних працівників, які працюють у системі охорони здоров'я. Їхня роль у вирішенні конфліктів та налагодженні міжособистісної взаємодії стає дедалі важливішою.

Для зниження рівня конфліктності в медичній практиці необхідно навчати лікарів методикам конструктивного вирішення конфліктів, ефективної комунікації та підвищення психологічної культури. Це сприятиме не лише зменшенню напруженості у взаємодії з пацієнтами, але й підвищенню якості медичних послуг і задоволеності пацієнтів. Перехід до системи, орієнтованої на пацієнта, де основою є довіра і співпраця, допоможе створити більш комфортні умови як для пацієнтів, так і для медичних працівників.

2.2. Моніторинг задоволеності споживачів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я

«Ефективність міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта значною мірою визначається зворотним зв'язком, отриманим після надання медичних послуг. Одним із ключових індикаторів цього є рівень задоволеності пацієнтів якістю отриманої медичної допомоги. У сучасній практиці оцінка задоволеності пацієнтів зазвичай здійснюється із використанням соціологічного підходу, зокрема через анкетування, яке дозволяє вивчити думку пацієнтів щодо різних аспектів якості медичних послуг» [34].

Об'єктом дослідження стали пацієнти віком від 18 років, які проходили лікування у КНП «ТМСП № 1» ТМР у період з липня до жовтня 2024 року. Усі респонденти добровільно надали поінформовану згоду на участь у дослідженні. Збір даних здійснювався методом анкетування під час виписки пацієнтів, що забезпечувало охоплення повного спектру їхнього досвіду отримання медичних послуг.

Для дослідження було розроблено спеціальну анкету «Вивчення думки пацієнтів щодо якості медичних послуг». На етапі підготовки до опитування

створено карту «Вивчення думки пацієнтів щодо значущості показників роботи медичного закладу для оцінки задоволеності якістю послуг», яка включала 50 питань, що стосувалися діяльності закладу охорони здоров'я. Пацієнтам пропонувалося оцінити значущість кожного показника за наступними критеріями: значуще; малозначуще; незначуще; не маю думки.

На основі аналізу отриманих відповідей було відібрано 22 питання, які згрупували за двома критеріями: «медичні» та «організаційні» аспекти.

Під час збору матеріалу було заповнено 57 анкет, з яких після перевірки для аналізу використано 50. Оцінка задоволеності пацієнтів проводилася на основі оціночної шкали з балами від 0 до 7, де: 0 – нейтральний стан, 1 – дуже незадоволений/на, 2 – незадоволений/на, 3 – скоріше незадоволений/на, ніж задоволений/на, 4 – скоріше задоволений/на, ніж незадоволений/на, 5 – задоволений/на, 6 – дуже задоволений/на. Для кожного критерію розраховувалися підсумкові коефіцієнти задоволеності, які дозволили зробити узагальнені висновки про якість медичних послуг з позиції пацієнтів.

Отримані результати демонструють важливість зворотного зв'язку як основи для вдосконалення медичних послуг. Пацієнтська оцінка дозволяє не лише визначити рівень задоволеності, але й ідентифікувати проблемні аспекти якості медичної допомоги, які потребують вдосконалення. Такий підхід сприяє підвищенню довіри до медичного закладу, поліпшенню міжособистісної взаємодії лікарів і пацієнтів та забезпечує відповідність медичних послуг сучасним стандартам.

Основною незалежною змінною в даному дослідженні була задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, яка оцінювалася за чотирма градаціями: більше задоволений, ніж незадоволений (коефіцієнт задоволеності 0,6-0,74); задоволений (коефіцієнт задоволеності 0,75-1); більше незадоволений, ніж задоволений (коефіцієнт задоволеності 0,4-0,59); незадоволений (коефіцієнт задоволеності 0-0,39).

Для визначення задоволеності пацієнтів аналізувалися наступні критерії, згруповані у дві основні категорії:

1. Організаційні критерії (9): робота реєстратури; терміни очікування прийому у лікаря; умови перебування у відділенні (побутові); дотримання режиму роботи закладу; стан санітарних кімнат; своєчасність обстеження; термін обслуговування; рівень сучасності обладнання; доступність послуг вузьких спеціалістів.

2. Медичні критерії (12): турбота та увага лікарів; турбота та увага медичних сестер; рівень знань лікарів; рівень знань медичних сестер; час огляду; зовнішній вигляд лікаря; зовнішній вигляд медичних сестер; досягнення очікуваного результату від лікування; доступність пояснень лікаря щодо лікування; роз'яснення рекомендацій в процесі лікування; рівень діагностики; своєчасність обстеження.

Заключне питання анкети передбачало можливість пацієнтам висловити свої пропозиції, зауваження та оцінити додаткові критерії, які не були відображені у попередніх питаннях.

Збір даних здійснювався з використанням кількісних та якісних методів аналізу. Кількісні показники представлено у вигляді середніх значень, а якісні – у вигляді часток. Для вивчення вагомості критеріїв якості послуг було використано метод експертних оцінок із розрахунком коефіцієнта конкордації, що забезпечило узгодженість оцінок фахівців. В експертизі брали участь п'ять фахівців у галузі організації охорони здоров'я зі стажем роботи понад 10 років.

Для аналізу взаємозв'язків між критеріями, а також впливу статевих вікових характеристик, соціального статусу та тривалості захворювання на задоволеність пацієнтів було проведено дисперсійний аналіз (ANOVA). Розрахунки виконувались у програмі «Statistica 8», що дозволило перевірити статистичну значущість змінних. Також використовувався критерій Левена для перевірки гомогенності дисперсій та відповідності нормальному розподілу змінних.

Дослідження включало аналіз контингенту пацієнтів, які проходили лікування, та оцінку їхньої задоволеності медичними й організаційними аспектами надання допомоги (табл. 2.5).

Серед респондентів переважали жінки –67,3%. Аналіз вікової структури показав наступний розподіл: від 18 до 25 років –1,8%; від 25 до 35 років –7,3%; від 35 до 45 років –10,9%; від 45 до 55 років –29,0%; від 55 до 65 років –32,7%; - понад 65 років –18,3%.

Переважає більшість респондентів прийняла участь респондентів у формуванні додаткових критеріїв. Загалом 67% респондентів висловили свою думку, причому: 21,6% запропонували додаткові критерії для оцінки; 11,3% подали пропозиції щодо покращення роботи закладу.

Аналіз організаційних аспектів показав, що 90% критеріїв отримали позитивну оцінку. Однак виявлено проблему з доступністю інформаційних матеріалів, яка отримала низький рівень оцінки – 0,47 за шкалою задоволеності (табл. 2.5).

Позитивну оцінку від респондентів отримали 91,6% медичних критеріїв. Разом із тим, виявлено слабкі сторони: «повнота та доступність роз'яснень лікарями рекомендацій в процесі лікування» отримала оцінку 0,57, що вказує на необхідність вдосконалення цього аспекту взаємодії; загальна задоволеність критерієм «доступність роз'яснень лікаря» становила 0,81, що, попри позитивну тенденцію, потребує покращення (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Коефіцієнт задоволеності пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР якістю медичних послуг

Критерії оцінки	Коефіцієнт задоволеності
1	2
Організаційні (критерій 1)	
Робота реєстратури	0,67
Дотримання закладом розпорядку дня	0,94
Зовнішній вигляд лікарів	0,97
Зовнішній вигляд медичних сестер	0,95
Термін очікування обслуговування	0,63
Доступність інформаційних матеріалів	0,47
Умови (побутові) перебування у відділенні	0,92
Стан санітарних кімнат	0,91
Рівень сучасності обладнання	0,85
Задоволеність критерієм 1	0,82

1	2
Медичні (критерій 2)	
Повнота медичного огляду	0,82
Турбота та увага від лікарів	0,93
Турбота та увага від медичних сестер	0,91
Рівень знань лікарів	0,94
Рівень знань медичних сестер	0,91
Час огляду	0,71
Досягнення очікуваного результату від лікування	0,83
Доступність роз'яснень лікарів з приводу лікування	0,96
Роз'яснення рекомендацій під час лікування	0,57
Своєчасність обстеження	0,92
Терміни обслуговування	0,73
Рівень діагностики	0,79
Задоволеність критерієм 2	0,81
Загальний рівень задоволеності	0,8

Примітка. Складено автором на основі дослідження

Дослідження показало високий рівень задоволеності пацієнтів організаційними та медичними аспектами роботи лікарні, однак виявило кілька важливих напрямків для вдосконалення: забезпечення більшої «доступності інформаційних матеріалів» для пацієнтів; поліпшення «повноти та зрозумілості роз'яснень рекомендацій» лікарями, особливо при виписці.

Загальні результати свідчать про високий рівень довіри та задоволеності пацієнтів роботою лікарні, проте акцент на усуненні виявлених недоліків сприятиме підвищенню якості надання медичних послуг та покращенню взаємодії між лікарями та пацієнтами.

З табл. 2.6 видно, що у структурі задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг цілком задоволені нею 86,4 % пацієнтів, що є досить високим показником.

Наступним етапом стала оцінка критеріїв з позиції їхньої вагомості до підсумкової оцінки. Для цього після експертної оцінки кожному критерію було присвоєно його вагомість. Сумарно вагомість критерію 1 становила 0,43, критерію 2 – 0,57.

Одним із ключових завдань дослідження стало визначення залежності

рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг від їхніх статевих та вікових характеристик. Це дослідження проводилося серед пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР.

Таблиця 2.6

Питома вага критеріїв 1 і 2 в оцінці задоволеності якістю медичних послуг пацієнтами КНП «ТМСП № 1» ТМР (в % до результату)

Градація критеріїв		Організаційні	Медичні	Всього
1.	більш задоволений, ніж незадоволений (0,6-0,69)	9,0	4,5	13,6
2.	задоволений (0,7-1)	36,4	50,0	86,4
3.	Більш незадоволений, ніж задоволений (0,4-0,59)	4,5	4,5	9,0
4.	Незадоволений (0-0,39)	0	0	0
Всього		45,4	54,6	100

Примітка. Складено автором на основі дослідження

Для вивчення залежності було використано однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) (рис. 2.1). Він дозволив оцінити ступінь впливу статевих та вікових характеристик пацієнтів на задоволеність роботою реєстратури. Критерієм значущості обрано $P < 0,05$, що свідчить про статистично достовірну відмінність між групами.

Отримані результати дали змогу зробити такі висновки:

1. Статеві характеристики: аналіз показав наявність достовірної відмінності у рівні задоволеності роботою реєстратури між чоловіками та жінками. Значення критерію F перевищило критичне значення ($F > F_{кр}$), що підтверджує статистичну значущість відмінностей. Результати вказують, що жінки, як правило, більш чутливі до організаційних аспектів роботи реєстратури, тоді як чоловіки більше орієнтовані на медичні результати.

2. Вікові характеристики: хоча цей аспект дослідження не розглядався у цьому конкретному аналізі, попередні результати вказують на те, що старші пацієнти (особливо старші 55 років) зазвичай виявляють вищу задоволеність послугами, що може бути пов'язано з їхніми очікуваннями та досвідом взаємодії з медичними закладами (табл. 2.7).

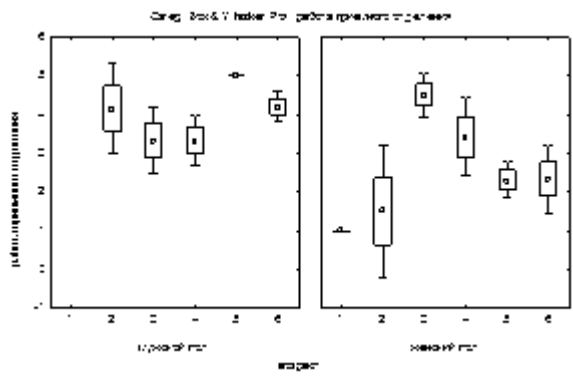


Рис. 2.2. Залежність задоволеності якістю медичних послуг від статевих та вікових характеристик пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР

Примітка. Складено автором на основі дослідження

Дослідження рівня задоволеності роботою реєстратури показало значні відмінності в оцінках, виставлених чоловіками та жінками. Середня оцінка, виставлена чоловіками, склала 3,6 бала з можливих 6, тоді як жінки оцінили цей критерій у середньому на 2,6 бала. Ці результати свідчать про різницю у сприйнятті якості роботи реєстратури залежно від статі.

Окремий інтерес представляє аналіз оцінок, виставлених пацієнтами молодшого віку (18-35 років). Чоловіки цієї вікової категорії демонструють вищу задоволеність роботою реєстратури порівняно з жінками аналогічного віку. Це може бути зумовлено такими факторами:

Очікування та критерії оцінки: чоловіки молодшого віку, як правило, менше уваги приділяють організаційним аспектам роботи медичного закладу та більше орієнтуються на оперативність і результативність надання послуг.

Емоційне сприйняття: жінки, особливо молодшого віку, часто демонструють більшу чутливість до комунікативних і організаційних недоліків, що може знижувати їхню загальну оцінку.

Особистий досвід: чоловіки молодшого віку можуть рідше стикатися з медичною системою, що формує менш критичний підхід до її роботи. Натомість жінки частіше взаємодіють із медичними закладами, наприклад, через планові огляди чи профілактичні заходи, що робить їхню оцінку більш

ВИМОГЛИВОЮ.

Таблиця 2.9

Підсумковий рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг

КНП «ТМСП № 1» ТМР

Критерії оцінки	Коефіцієнт задоволеності <i>K_{к_у1}22</i>	Коефіцієнт вагомості <i>K_в122</i>	Всього <i>K_р</i>
Організаційні (критерій 1)			
Робота реєстратури	0,67	0,09	0,06
.....			
Сучасність обладнання	0,85	0,03	0,02
Медичні (критерій 2)			
Повнота медичного огляду	0,82	0,08	0,07
.....			
Рівень діагностики	0,79	0,07	0,05
Загальний рівень задоволеності	0,8		0,89

Примітка. Складено автором на основі проведеного дослідження

Результати дослідження демонструють, що чоловіки загалом і молодші чоловіки зокрема більш задоволені роботою реєстратури порівняно з жінками. Це свідчить про необхідність врахування гендерних відмінностей у підходах до організації медичних послуг. Зокрема, для підвищення задоволеності серед жінок важливо приділяти більше уваги комунікації, доступності інформації та створенню комфортної атмосфери під час взаємодії. Ці результати також підкреслюють значущість індивідуалізованого підходу до оцінки та покращення медичних послуг, враховуючи не лише загальні тенденції, але й специфіку сприйняття різних соціально-демографічних груп.

У ході дослідження задоволеності пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР якістю медичних послуг було проведено комплексний аналіз ключових аспектів взаємодії між пацієнтами та медичним персоналом.

Отримані результати дали змогу зробити висновки за такими основними напрямками дослідження:

1. Загальний рівень задоволеності: середній рівень задоволеності якістю медичних послуг становив 0,8. З урахуванням вагових коефіцієнтів цей

показник зріс до 0,89, що вказує на переважно позитивну оцінку пацієнтами медичних і організаційних аспектів обслуговування.

2. Статеві та вікові відмінності: виявлено, що чоловіки, у середньому, більш задоволені роботою реєстратури порівняно з жінками. Особливо високу задоволеність демонстрували чоловіки молодшого віку (18-35 років), що може бути зумовлено їхніми очікуваннями та менш критичним підходом до організаційних аспектів роботи.

3. Методика оцінки: обрана методика оцінки задоволеності пацієнтів дозволила провести детальний аналіз за критеріями організаційного та медичного рівня якості послуг. Вона також є універсальною і може бути застосована для оцінки рівня задоволеності пацієнтів в інших відділеннях лікарні чи в закладі охорони здоров'я загалом.

«Методика оцінки, що базується на анкетуванні, розрахунку вагових коефіцієнтів і детальному аналізі результатів, є ефективним інструментом для: виявлення проблемних критеріїв: ідентифікація аспектів, які отримують низькі оцінки, дозволяє спрямувати зусилля на їх вдосконалення; підвищення якості послуг: корекція виявлених недоліків сприяє покращенню якості медичної допомоги; покращення взаємодії: поліпшення взаємодії між пацієнтами та медичним персоналом сприяє зниженню конфліктності та підвищенню довіри до медичних закладів» [14].

Дослідження задоволеності пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР дозволило не лише оцінити поточний стан якості медичних послуг, але й створити основу для подальшого вдосконалення роботи лікарні. Використання цієї методики дозволить регулярно проводити моніторинг рівня задоволеності пацієнтів, що сприятиме підвищенню ефективності управління закладом охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЧНІ ПІДХОДИ ДО УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Серед сучасних підходів до управління стійким розвитком закладів охорони здоров'я важливе місце займає стратегія управління взаємовідносинами з клієнтами (CRM). Вона стала невід'ємною частиною розвитку організацій, інтегруючись у всі ключові процеси. Значущість цієї стратегії полягає не лише в автоматизації процесів, а й у формуванні клієнт-орієнтованої моделі взаємодії.

Дж. Кіркбі запропонував концепцію CRM, яка «акцентує увагу на орієнтації діяльності організації на клієнта. Вона спрямована на те, щоб трансформувати фінансові цілі організації у конкретні операційні завдання через управління взаємовідносинами з клієнтами. Згідно з цією концепцією, стратегія CRM – це цілеспрямована діяльність, яка покликана підвищувати цінність клієнтів через розвиток компетенцій, що формуються у процесі взаємодії» [25].

Дж. Кіркбі виділяє кілька ключових завдань для розробки та реалізації стратегії CRM у закладах охорони здоров'я. «Перш за все, це управління портфелем клієнтів, яке передбачає сегментацію пацієнтів за їхніми потребами, очікуваннями та попереднім досвідом, що дозволяє забезпечити індивідуалізований підхід. Наступним завданням є оптимізація клієнтського досвіду. Це означає вдосконалення всіх етапів взаємодії з пацієнтами, від першого звернення до подальшого супроводу» [34].

Також важливим завданням є адаптація організаційної структури до моделі, орієнтованої на клієнтів. Це дозволить краще досягати цілей закладу та забезпечувати якісний сервіс. Крім того, необхідно створити систему ключових показників ефективності (KPI), яка допоможе оцінювати якість взаємодії з пацієнтами. Такі показники мають включати рівень задоволеності пацієнтів, їхню довіру до закладу та ефективність наданих послуг.

У КНП «ТМСП № 1» ТМР концепція CRM Дж. Кіркбі може бути використана для покращення взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами. Це можна реалізувати через механізми зворотного зв'язку, персоналізацію медичних послуг та впровадження інноваційних методів управління.

Стратегія CRM за концепцією Дж. Кіркбі є дієвим інструментом для покращення взаємовідносин між медичними закладами та пацієнтами. Вона сприяє ефективному управлінню процесами, підвищенню якості медичних послуг, рівня задоволеності пацієнтів і їхньої довіри до системи охорони здоров'я. У підсумку це забезпечує стійкий розвиток закладів охорони здоров'я та покращує загальний стан здоров'я населення.

Різні концепції управління взаємовідносинами з клієнтами (CRM) пропонують унікальні підходи до гармонізації інтересів організації та її клієнтів. Вони акцентують увагу на формуванні стратегічного бачення, кастомізації послуг і врахуванні життєвого циклу взаємодії. Нижче наведено основні ідеї кількох підходів.

А. Пейн і П. Фроу пропонують «гармонізувати існуючу бізнес-стратегію організації із клієнтською стратегією. Це дозволяє не лише сегментувати клієнтів, але й визначати цільові сегменти та створювати потоки цінності, які клієнти отримують у результаті взаємодії. У цьому підході особлива увага приділяється пошуку рівноваги між цілями організації та потребами її клієнтів. Автори наголошують на таких аспектах реалізації стратегії CRM: формування стратегічного бачення взаємовідносин із клієнтами; інтеграція клієнтської стратегії у бізнес-стратегію; кастомізація продуктів і послуг для задоволення потреб цільових сегментів» [40].

Е. Пілен у своїй роботі «досліджує зв'язок між фінансовими результатами діяльності організації та рівнем лояльності клієнтів. Вона доводить, що правильний баланс між інтересами організації та клієнтів може бути досягнутий шляхом трансформації стратегічного бачення у конкретні операційні завдання. Цей підхід сприяє реалізації індивідуального підходу до

кожного клієнта, що, у свою чергу, підвищує рівень їхньої лояльності» [42].

В. Кумар і В. Рейнарц «вперше вводять поняття «горизонту взаємодії», яке охоплює весь життєвий цикл контакту між клієнтом і організацією. Це змінює парадигму підходу до CRM, коли організація враховує всі етапи взаємодії з клієнтом – від першого контакту до завершення співпраці. Особливий акцент робиться на формуванні концепції взаємовідносин із стейкхолдерами, які є важливою частиною бізнес-процесів. Таким чином, підхід підкреслює необхідність інтеграції стратегій взаємодії не лише з клієнтами, але й із усіма зацікавленими сторонами» [46].

Проаналізовані підходи мають свої унікальні особливості, зокрема:

1. А. Пейн і П. Фроу акцентують увагу на рівновазі інтересів організації та клієнтів, а також на кастомізації послуг для цільових сегментів.

2. Е. Пілен фокусується на кореляції між лояльністю клієнтів і фінансовими показниками, пропонуючи трансформувати стратегічне бачення у операційні завдання.

3. В. Кумар і В. Рейнарц розширюють горизонт CRM, включаючи весь життєвий цикл взаємодії, і вперше наголошують на необхідності взаємодії з усіма стейкхолдерами.

Різні концепції CRM акцентують увагу на окремих аспектах управління взаємовідносинами, але всі вони спрямовані на оптимізацію комунікації, підвищення цінності для клієнтів і зміцнення лояльності. У закладах охорони здоров'я ці підходи можуть бути адаптовані для побудови системи стійкого розвитку, що враховує потреби пацієнтів, лікарів і всіх залучених до процесу надання медичної допомоги сторін.

Огляд сучасних концепцій CRM показує, що «стратегії управління взаємовідносинами з клієнтами продовжують розвиватися, адаптуючись до потреб різних галузей, включаючи охорону здоров'я. Особливе місце займає концепція Ф. Баттла та С. Маклана, яка акцентує увагу на координації поведінки персоналу, оптимізації бізнес-процесів, роботі з клієнтами та використанні технологій для досягнення цілей організації» [1].

Головною метою концепції є інтеграція різних аспектів діяльності організації для забезпечення ефективних взаємовідносин із клієнтами. Одним із ключових елементів підходу є необхідність проведення ситуаційного аналізу, який дозволяє оцінити ресурси організації, виявити поточний рівень взаємодії з клієнтами та адаптувати CRM до конкретних умов.

На основі проведеного огляду запропоновано наступні компоненти стратегії CRM для закладів охорони здоров'я:

1. Стратегічне бачення: формування довгострокового бачення взаємовідносин із пацієнтами як ключового елемента стійкого розвитку.
2. Цілі, завдання та ключові фактори успіху: визначення чітких напрямів розвитку, які забезпечують досягнення високого рівня задоволеності пацієнтів.
3. Сегментація пацієнтів: розробка моделей сегментації пацієнтів із виділенням базисних точок контакту для кожного сегмента.
4. Матриця цінностей та алгоритми комунікацій: встановлення ціннісних орієнтирів для кожного сегмента пацієнтів і розробка відповідних комунікативних стратегій.
5. Інструментарій для розробки бізнес-кейсів CRM: використання бізнес-кейсів для обґрунтування впровадження та розвитку CRM.
6. Методика аудиту транзакцій взаємодії: оцінка якості взаємодії між пацієнтами та закладом через аналіз транзакцій.
7. Політика безперервної трансформації: адаптація та вдосконалення процесів закладу для досягнення визначених цілей.
8. Система KPI: визначення ключових показників ефективності, які відображають рівень взаємовідносин із пацієнтами.

На рис. 3.1 представлено узагальнення проаналізованих концепцій CRM.

Для реалізації вищезазначених компонентів стратегій CRM у сфері охорони здоров'я все частіше застосовуються спеціалізовані системи PRM (Patient Relationship Management), відомі також як Healthcare CRM. Ці системи забезпечують:

1. Централізацію даних: створення єдиного репозиторію інформації про пацієнтів, що дозволяє отримувати повне уявлення про всі аспекти їхнього лікування.

2. Моделювання «шляху пацієнта» (Patient Journey): відстеження всіх контактів пацієнта із закладом охорони здоров'я та іншими учасниками процесу на всіх етапах лікування.

3. Покращення комунікації: забезпечення персоналізованих рішень і відповідей на запити пацієнтів.

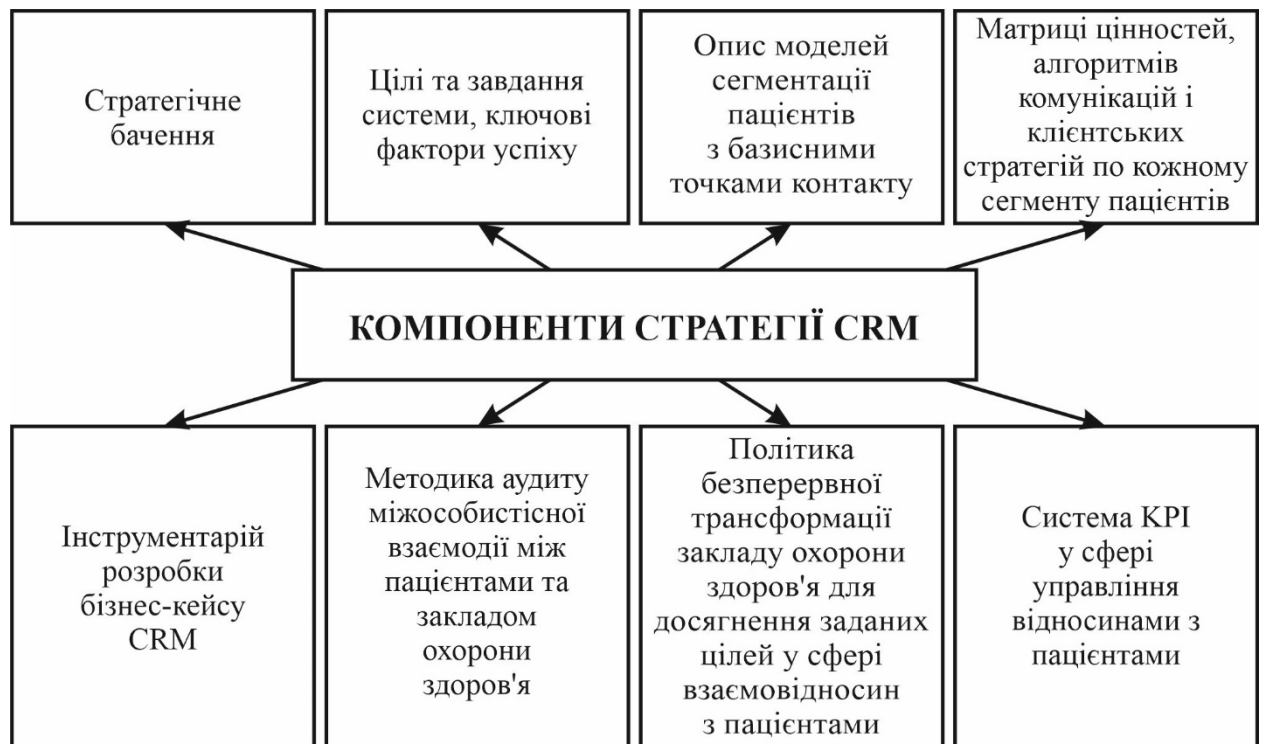


Рис. 3.1. Базові компоненти стратегії CRM в роботі з пацієнтами закладу охорони здоров'я

Примітка. Запропоновано автором

Інтеграція PRM в діяльність закладів охорони здоров'я дозволяє: покращити якість медичних послуг через персоналізацію взаємодії; підвищити задоволеність і лояльність пацієнтів; спростити адміністрування завдяки автоматизації процесів; ефективніше аналізувати та прогнозувати потреби пацієнтів.

Концепція CRM Ф. Баттла та С. Маклана, адаптована до сфери охорони

здоров'я, акцентує увагу на інтеграції технологій, бізнес-процесів і стратегічного бачення для покращення взаємодії з пацієнтами. Використання PRM систем дозволяє не лише підвищити якість обслуговування, але й створити умови для ефективної довгострокової взаємодії, що є запорукою стійкого розвитку закладів охорони здоров'я.

Інтеграція спеціалізованих PRM-систем (Patient Relationship Management) у діяльність закладів охорони здоров'я відкриває нові можливості для покращення взаємодії з пацієнтами, підвищення їхньої залученості та задоволеності, а також оптимізації операційної ефективності. Ці системи дозволяють відстежувати «шлях пацієнта» (Patient Journey) і отримувати важливу інформацію про його поведінку як у лікарні, так і поза її межами. Деталізовані дані, зібрані та оброблені за допомогою PRM, стають цінним джерелом для вдосконалення надання медичних послуг.

Основні переваги використання PRM-систем:

1. «Збільшення коефіцієнта утримання пацієнтів: PRM допомагає швидко виявляти та усувати недоліки у процесі надання медичних послуг. Наприклад, якщо пацієнти не повертаються після консультацій, це може сигналізувати про необхідність перегляду стратегії взаємодії. Своєчасні зміни дозволяють зберегти довіру пацієнтів і підвищити їхню лояльність» [11].

2. «Персоналізована комунікація: PRM забезпечує доступ до інформації, яка допомагає створювати персоналізовані повідомлення для пацієнтів. Наприклад, пацієнту, якому була рекомендована заміна суглоба, можна надати інформацію про досвід хірургів-ортопедів лікарні. Така увага підвищує довіру пацієнта до закладу і знижує ймовірність звернення до інших медичних установ» [11].

3. «Заохочення інформаційної участі пацієнта: PRM дає змогу забезпечити пацієнтів індивідуальними ресурсами, які відповідають їхнім потребам. Наприклад, пацієнт із переломом може отримати онлайн-інструкцію щодо адаптації до нових умов. Це зміцнює довіру до закладу, покращує комунікацію, знижує кількість неявок і підвищує ефективність лікування» [11].

4. «Покращення задоволеності пацієнтів: аналізуючи дані про моделі поведінки пацієнтів, лікарі можуть краще розуміти їхні потреби і надавати більш точні відповіді на їхні запити. Деталізована інформація дозволяє активніше вирішувати проблеми пацієнтів, що підвищує рівень їхньої задоволеності» [11].

5. «Підвищення якості догляду: PRM-системи сприяють персоналізованому і своєчасному супроводу пацієнтів. Лікарі мають доступ до актуальних даних, що полегшує планування лікування, розподіл ресурсів та організацію подальших консультацій. Це забезпечує безперервність лікування і сприяє кращим результатам» [11].

6. «Оптимізація операційної ефективності: інтеграція PRM із електронними картками пацієнтів дозволяє централізувати дані, автоматизувати робочі процеси та покращити обмін інформацією між підрозділами. Це допомагає стандартизувати процеси управління взаємовідносинами з пацієнтами і масштабувати їх без втрати якості» [11].

Використання PRM-систем дає змогу закладам охорони здоров'я перейти до нової моделі взаємодії з пацієнтами, яка орієнтована на персоналізацію та ефективність. Ці системи не лише підвищують задоволеність і лояльність пацієнтів, але й допомагають оптимізувати внутрішні процеси, підвищити якість надання послуг та забезпечити стійкий розвиток медичних установ. PRM є ключовим інструментом для сучасних закладів охорони здоров'я, що прагнуть відповідати високим стандартам і вимогам своїх пацієнтів.

Використання спеціалізованих PRM-систем у закладах охорони здоров'я є ефективним рішенням для оптимізації медичних комунікацій із пацієнтами. Інтеграція цієї концепції, підкріплена сучасними галузевими ІТ-рішеннями, дозволяє закладам вибудовувати персоналізовані, прозорі та ефективні моделі взаємодії.

Ключовим поняттям, що використовується в PRM-системах, є концепція шляху пацієнта (Patient Journey). Ця концепція базується на розумінні всіх

подій і точок контакту, які пацієнт проходить під час взаємодії із закладом охорони здоров'я, починаючи від першого звернення до завершення лікування. Концепція шляху пацієнта є розширенням і продовженням підходу клінічного шляху (Clinical Pathway), який спрямований на стандартизацію процесів у закладах охорони здоров'я для підвищення якості послуг і ефективності управління.

«PRM-системи дозволяють не лише створювати алгоритми медичних комунікацій, але й будувати ефективну модель взаємодії між медичною організацією та пацієнтом. Це досягається завдяки деталізованому відстеженню всіх подій і точок взаємодії пацієнта з медичними та немедичними послугами. Такий підхід забезпечує: стандартизацію процесів: впровадження уніфікованих бізнес-процесів і протоколів взаємодії з пацієнтами; персоналізовану комунікацію: адаптацію повідомлень і послуг до індивідуальних потреб кожного пацієнта; підвищення задоволеності пацієнтів: створення прозорої системи взаємодії, яка відповідає їхнім очікуванням і потребам» [28].

Традиційно заклади охорони здоров'я зосереджувалися на скороченні витрат і поліпшенні фінансових результатів, що часто відводило на другий план пацієнт-орієнтований підхід. Внаслідок цього очікування пацієнтів не виправдовувалися, а комунікація між медичними установами та їхніми клієнтами залишалася слабкою.

Однак розвиток технологій і концепції залучення пацієнтів до комунікацій привели до впровадження нових підходів. Концепція шляху пацієнта формує новий стандарт взаємодії, де кожен етап контакту з медичною організацією або постачальниками послуг чітко регламентований, прозорий і спрямований на задоволення потреб пацієнтів.

«Використання PRM-систем і впровадження концепції шляху пацієнта дозволяє закладам охорони здоров'я не лише підвищити якість медичних послуг, але й зробити їх більш орієнтованими на потреби пацієнтів. Це допомагає відновити довіру до медичної системи, забезпечує довготривалу

співпрацю між пацієнтом та закладом, а також сприяє стійкому розвитку медичних установ. У сучасних умовах інтеграція цих підходів є необхідною складовою ефективного управління взаємовідносинами з пацієнтами» [28].

Концепція шляху пацієнта пропонує структурований підхід до побудови взаємодії між пацієнтом і закладом охорони здоров'я, що охоплює весь життєвий цикл пацієнта у системі медичної допомоги. Цей підхід зосереджений на безперервності комунікацій та активному залученні пацієнтів на кожному етапі. Ось основні етапи комунікаційного алгоритму:

1. **Обізнаність:** на цьому етапі пацієнти починають самооцінку свого стану здоров'я, досліджують симптоми, проводять пошук інформації в інтернеті, звертаються до соціальних мереж і ставлять запитання. Мета цього етапу – підвищення обізнаності пацієнтів про можливі проблеми зі здоров'ям і варіанти вирішення.

2. **Допомога:** це момент початкового контакту пацієнта із закладом охорони здоров'я через різні канали, такі як контактні центри, електронна пошта, мобільні додатки чи телефон. Важливим є забезпечення зручного доступу до консультацій і запису на прийом.

3. **Догляд:** пацієнт отримує оцінку стану здоров'я у закладі охорони здоров'я – це може бути консультація у кабінеті лікаря, обстеження чи госпіталізація. На цьому етапі важливо забезпечити ефективну взаємодію між медичним персоналом і пацієнтом.

4. **Лікування:** пацієнт проходить лікувальні процедури, отримує ліки чи інші види терапії. На цьому етапі заклад охорони здоров'я повинен підтримувати пацієнта інформаційно, пояснювати план лікування та забезпечувати необхідними ресурсами.

5. **Зміна поведінки / способу життя:** цей етап спрямований на скорочення ризику повторних госпіталізацій і зміцнення здоров'я пацієнта. Мова йде про рекомендації щодо здорового способу життя, регулярні фізичні вправи, правильне харчування тощо. Важливо залучати пацієнта до активної участі в управлінні своїм здоров'ям.

6. Безперервний догляд / випереджальне здоров'я: постійна взаємодія між закладом охорони здоров'я та пацієнтом у період між візитами. Це включає нагадування про обстеження, контроль за виконанням рекомендацій лікаря та надання інструментів для самостійного управління здоров'ям.

Залучення пацієнтів не є разовою подією, а розвивається як довготривалий процес, що триває протягом усього життя пацієнта. Для багатьох закладів охорони здоров'я це означає переосмислення підходу до лікування, де взаємодія з пацієнтом виходить за межі окремих зустрічей. Такий підхід сприяє формуванню довіри, підвищенню ефективності лікування та забезпеченню високого рівня задоволеності пацієнтів.

Застосування концепції шляху пацієнта у повсякденній практиці допомагає побудувати стійку систему комунікацій, орієнтовану на пацієнта, що є ключовим фактором успіху в сучасній системі охорони здоров'я.

Забезпечення індивідуального підходу є основою для побудови ефективного алгоритму взаємодії між закладом охорони здоров'я та пацієнтами. Для цього важливо використовувати інформацію про пацієнтів, зокрема демографічну, соціальну, поведінкову, яку можна отримати й обробити за допомогою спеціалізованих PRM-систем. Такі системи дозволяють збирати дані, аналізувати їх та застосовувати для персоналізації комунікацій із кожним пацієнтом.

PRM-рішення допомагають закладам створювати багатоканальні комунікації, орієнтовані на конкретні групи пацієнтів, наприклад на пацієнтів із хронічними захворюваннями або груп ризику. Це підвищує залученість пацієнтів до їхнього лікувального процесу, роблячи їх активними учасниками свого одужання.

«Для ефективного управління взаємодією з пацієнтами важливо розуміти, на якому етапі шляху пацієнта вони перебувають: чи то на етапі обізнаності, лікування, чи подальшого догляду. Це дозволяє аналізувати точки контакту пацієнта із закладом, прогнозувати його потреби та створювати персоналізовані повідомлення, які враховують його стан та обставини.

Наприклад, використання аналітики стану здоров'я допомагає передбачати можливі проблеми або своєчасно інформувати пацієнтів про наступні кроки лікування» [17].

Стратегічний підхід до побудови взаємодії передбачає врахування специфіки медичної галузі, використання сучасних ІТ-рішень та підтримку індивідуалізованих комунікаційних каналів. Такий підхід дозволяє не тільки автоматизувати процеси, але й робити їх більш гнучкими та адаптивними до змін у потребах пацієнтів.

Загалом, побудова ефективної взаємодії між закладом охорони здоров'я та пацієнтом базується на стратегічному управлінні, яке дозволяє враховувати індивідуальні потреби кожного пацієнта. PRM-системи роблять цей процес більш ефективним, дозволяючи збирати необхідні дані, адаптувати комунікації та підтримувати постійний зв'язок із пацієнтом протягом усього його лікувального шляху. Такий підхід сприяє підвищенню задоволеності пацієнтів та покращенню результатів лікування.

ВИСНОВКИ

Дослідження організаційних механізмів взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг, проведене на прикладі КНП «ТМСП № 1» ТМР, дозволило зробити такі висновки та запропонувати відповідні рекомендації:

У процесі дослідження встановлено, що характер міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта є визначальним фактором загальної ефективності лікування. Значну роль у цьому процесі відіграють очікування обох сторін, їх поведінкові особливості та взаємна оцінка якостей один одного. У цьому контексті було досліджено поняття «ідеального» та «реального» лікаря і пацієнта.

Виявлено п'ять основних факторів, які впливають на процес взаємодії: стать, вік, національність (раса), віросповідання та сексуальна орієнтація. На основі отриманих даних сформовано перелік характеристик, які визначають образ «ідеального лікаря». Серед них: статеві, характерологічні та особистісні риси, стиль міжособистісної взаємодії та професійна кваліфікація. Найбільш важливими, на думку пацієнтів, є здатність лікаря до емпатії (співпереживання) та його стиль спілкування.

Сформовано перелік основних характеристик «ідеального пацієнта», до яких належать: низький рівень обізнаності в медичних питаннях, довіра та відсутність сумнівів у кваліфікації лікаря, готовність беззаперечно виконувати його призначення, здатність чітко формулювати свої скарги та проблема і відсутність схильності до іпохондрії.

Дослідженням виділено чотири основні моделі міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта: пасторська (патерналістська), інженерна, колегіальна та контрактна. Кожна з моделей має свої особливості та ступінь ефективності залежно від конкретної ситуації.

У ході дослідження встановлено, що в процесі функціонування КНП «ТМСП № 1» ТМР можуть виникати конфлікти. Їх умовно поділено на чотири

категорії: міжособистісні, персонально-інтергрупові, інтергрупові та інтраперсональні.

У процесі дослідження було визначено рівень конфліктності медичного персоналу та пацієнтів КНП «ТМСП № 1» ТМР. Результати анкетного опитування показали, що більшість респондентів, як серед медичних працівників, так і серед пацієнтів, демонструють середній рівень конфліктності.

Загальний рівень задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг, наданих у досліджуваному закладі, склав 0,8. З урахуванням вагових коефіцієнтів цей показник зріс до 0,89. Такі результати свідчать про високий рівень задоволеності пацієнтів послугами, які вони отримали. При цьому серед чоловіків рівень задоволеності був дещо вищим, ніж серед жінок.

Запропоновано розробити та впровадити стратегію CRM для роботи з пацієнтами закладів охорони здоров'я. Основні компоненти цієї стратегії мають включати: стратегічне бачення: формування довгострокових цілей і завдань; цілі та завдання системи, ключові фактори успіху: визначення ключових пріоритетів; опис моделей сегментації пацієнтів із базисними точками контакту: ідентифікація різних груп пацієнтів для персоналізованого підходу; матриця цінностей та алгоритми комунікацій: створення ефективних комунікаційних стратегій для кожного сегмента пацієнтів; інструментарій для розробки бізнес-кейсу CRM: обґрунтування впровадження CRM із використанням бізнес-кейсів; методика аудиту транзакцій взаємодії: оцінка взаємодії між пацієнтами та закладом охорони здоров'я; політика безперервної трансформації: адаптація закладу до змін та вдосконалення процесів для досягнення поставлених цілей; система KPI: визначення ключових показників ефективності у сфері управління відносинами з пацієнтами.

Впровадження таких заходів сприятиме покращенню взаємовідносин між закладами охорони здоров'я та пацієнтами, підвищенню їхньої задоволеності та якості наданих послуг.