

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

**НОВОСАД ВАСИЛИНА МИХАЙЛІВНА**

**Етика взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі  
охорони здоров'я**

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗзм-21  
Новосад Василина Михайлівна

Науковий керівник:  
д.е.н., професор Жуковська Аліна Юріївна

**ТЕРНОПІЛЬ – 2025**

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЕТИКИ ВЗАЄМОВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Поняття етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я .....	7
1.2. Моделі етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я .....	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ У ВЗАЄМОВІДНОСИНАХ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ В КНП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ» ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ .....	24
2.1. Оцінювання стану дотримання етичних принципів лікарями досліджуваного закладу охорони здоров'я в процесі взаємодії з пацієнтами .....	24
2.2. Аналіз рівня конфліктності взаємовідносин лікаря та пацієнта в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	38
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ В ПРОЦЕСІ ВЗАЄМОВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	46
3.1. Стратегічні підходи до управління взаємовідносинами лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я .....	46
3.2. Алгоритм запобігання виникненню конфліктів в процесі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я .....	55
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	66

## ВСТУП

**Актуальність проблеми.** У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я України проблема дотримання етичних принципів у взаємовідносинах між лікарем і пацієнтом набуває особливої гостроти. Перехід до пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги, розширення прав пацієнтів, впровадження стандартів доказової медицини та міжнародних протоколів висувають нові вимоги до професійної поведінки медичних працівників, рівня їх комунікативної компетентності та етичної відповідальності.

За умов високого рівня суспільної напруги, зростання очікувань пацієнтів щодо якості медичних послуг, збільшення інформаційної відкритості та цифровізації медичного простору зростає ризик виникнення конфліктних ситуацій, непорозумінь та емоційних девіацій у процесі взаємодії «лікар–пацієнт». Саме етичні засади, сформульовані світовою медичною спільнотою – від моделі Гіппократа та деонтології до принципів біоетики та поінформованої згоди – стають фундаментом довіри, партнерства та взаємної відповідальності сторін.

Етична взаємодія є важливою умовою забезпечення безпеки пацієнта, ефективності лікувального процесу, підвищення якості медичних послуг та формування позитивного іміджу закладу охорони здоров'я. Низка сучасних досліджень підтверджує, що комунікативні помилки та недотримання професійної етики є однією з ключових причин скарг, конфліктів і судових позовів у медичній сфері. Водночас етичні стандарти, інтегровані в управління медичним закладом, сприяють зміцненню довіри пацієнтів, зменшенню рівня професійного вигорання медичних працівників, розвитку корпоративної культури та підвищенню загальної результативності роботи.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблематика етики взаємовідносин лікаря та пацієнта відображена у працях представників різних галузей науки, що свідчить про її комплексний та міждисциплінарний характер. У медичній сфері значний внесок у вивчення професійної етики,

культури спілкування та ролі лікаря в сучасних умовах зробили Т. Батишева, О. Бобров, О. Грандо, В. Колягін, Б. Лаун та В. Манулик, які аналізували зміст лікарської деонтології та особливості комунікації у клінічній практиці. Філологічний підхід, представлений працями Л. Белінсон, Ж. Кисмуратової та М. Ширінян, зосереджується на особливостях медичного дискурсу, мовленнєвих стратегіях і формуванні довірчої взаємодії. Психологічний та психолого-педагогічний вектори досліджень, висвітлені у роботах С. Максименка, Г. Кіпіані, Ю. Михайлюк, Н. Петрової та З. Романець, розкривають механізми емпатії, поведінкові реакції пацієнтів та чинники виникнення конфліктів у медичному середовищі. Соціологічний вимір проблеми знайшов відображення у працях Н. Осипової та Т. Сьоміної, які досліджували рівень довіри до медичних інституцій та соціальні очікування пацієнтів. Управлінський аспект представлений дослідженнями Т. Желюк, Н. Кривокульської, А. Мельник, котрі розглядали організаційні механізми забезпечення етичних стандартів у закладах охорони здоров'я, питання відповідальності та моделі формування професійної поведінки персоналу. Незважаючи на широкий спектр наукових підходів, комплексні дослідження, спрямовані саме на аналіз практичного стану міжособистісної взаємодії лікарів та пацієнтів, залишаються недостатньо розробленими. Це зумовлює необхідність подальших напрацювань, спрямованих на оцінку рівня дотримання етичних норм, виявлення проблем комунікації та розробку ефективних алгоритмів безконфліктної взаємодії, що й визначає актуальність обраної теми кваліфікаційної роботи.

**Метою кваліфікаційної роботи** є розвиток теоретико-методичних положень та розробка практико-орієнтованих рекомендації щодо підвищення ефективності використання етичних підходів в процесі взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Для реалізації поставленої мети кваліфікаційної роботи були визначені та послідовно виконані такі завдання:

- вивчення поняття етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі

охорони здоров'я;

- дослідження моделей етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я;

- проведення оцінювання стану дотримання етичних принципів лікарями досліджуваного закладу охорони здоров'я в процесі взаємодії з пацієнтами;

- здійснення аналізу рівня конфліктності взаємовідносин лікаря та пацієнта в досліджуваному закладі охорони здоров'я;

- формування стратегічних підходів до управління взаємовідносинами лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я;

- розробка алгоритму запобігання виникненню конфліктів в процесі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

**Об'єктом дослідження** у кваліфікаційній роботі є процес використання етичних норм під час взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

**Предметом дослідження** у кваліфікаційній роботі є механізми етичних норм в процесі взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети та вирішення сформульованих завдань при проведенні дослідження у кваліфікаційній роботі були використані наступні **методи**: системний підхід – для комплексного аналізу етичних аспектів взаємодії лікаря та пацієнта як цілісної системи; метод аналізу і синтезу – для виокремлення ключових етичних принципів та узагальнення теоретичних підходів до медичної етики; порівняльний метод – для визначення відмінностей і спільних рис етичних моделей у взаємовідносинах «лікар–пацієнт»; соціологічний метод (анкетування) – для отримання емпіричної інформації щодо реального стану дотримання етичних норм у закладі охорони здоров'я; статистичний метод – для кількісної обробки результатів опитування та виявлення тенденцій у взаємодії медичного персоналу та пацієнтів; метод узагальнення – для формулювання висновків та обґрунтування рекомендацій щодо покращення етики міжособистісної взаємодії; логічний метод – для

структурування теоретичного матеріалу та побудови логічної послідовності дослідження; графічний метод – для наочного подання результатів опитування у вигляді таблиць, діаграм і рисунків.

**Наукова новизна** кваліфікаційної роботи полягає у обґрунтуванні концептуальних підходів до удосконалення етики міжособистісної взаємодії лікаря та пацієнта, уточненні змісту ключових етичних принципів у контексті сучасної медичної практики, емпіричному визначенні особливостей їх дотримання в закладі охорони здоров'я та розробленні алгоритмів безконфліктної комунікації, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування і зміцнення довірчих відносин між пацієнтом та медичними працівниками.

**Практичне значення** результатів проведеного у кваліфікаційній роботі дослідження полягає в тому, що розроблені в ній алгоритми безконфліктної комунікації, рекомендації щодо вдосконалення етичної взаємодії лікаря та пацієнта, а також інструменти оцінювання рівня дотримання етичних норм можуть бути безпосередньо впроваджені у діяльність закладів охорони здоров'я для підвищення якості медичного обслуговування, зменшення рівня конфліктності, удосконалення професійної поведінки медичного персоналу та формування стійкої пацієнт-орієнтованої моделі комунікації.

**Апробація.** За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Етика взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я» у збірнику тез доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» (м. Збараж, 15 травня 2025 року) [37] та на тему «Етичні засади взаємовідносин лікаря та пацієнта під час надання медичних послуг» у збірнику тез доповідей Наукової конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (м. Тернопіль, 27 листопада 2025 року) [36].

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЕТИКИ ВЗАЄМОВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1. Поняття етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я**

Етика традиційно трактується як вчення про професійний обов'язок та необхідність його неухильного виконання. У контексті медичної діяльності під цим поняттям розуміють сукупність вимог, що визначають належну поведінку медичного персоналу щодо пацієнтів. У професійній термінології поняття «медична етика» часто застосовується разом із терміном «деонтологія». Однак між ними існують суттєві відмінності: «медична етика відображає загальний світоглядний та морально-філософський контекст норм поведінки фахівців, тоді як медична деонтологія зосереджена на практичних аспектах морального вибору, відповідальності та виконання професійних обов'язків» [39]. Для кожної лікарської спеціальності встановлюються власні професійні правила («кодекс честі»), недотримання яких може стати підставою для дисциплінарних заходів, включаючи звільнення. Незважаючи на часте вживання цих понять як взаємозамінних, вони не є синонімами. Лікарська етика охоплює ширше коло питань, тоді як деонтологія виступає її складовою, що конкретизує систему професійно-моральних норм медичного працівника.

До основних принципів етики взаємовідносин лікаря та пацієнта належать: «1) дотримання вимоги «не нашкодь»; 2) професійна компетентність працівників усіх рівнів; 3) забезпечення конфіденційності та збереження лікарської таємниці; 4) справедливе ставлення до пацієнта; 5) створення комфортних умов перебування; 6) повага до автономії пацієнта; 7) правдивість та чесність у взаємодії» [4]. Сукупність цих норм спрямована на збереження, відновлення та поліпшення здоров'я пацієнта (рис. 1.1).

Етичні принципи, наведені на рис. 1.1, є універсальними для всіх працівників медичної сфери. Центральне місце серед них займає вимога «не

нашкодь». Важливими також є акуратний зовнішній вигляд медичного працівника та дотримання правил корпоративної етики. Ігнорування цих норм може призвести до подальшої девальвації професії лікаря, яка й нині перебуває у стані зниження суспільної довіри.



Рис. 1.1. Основні принципи етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Примітка. Сформовано автором на основі [39]

Етика охоплює широкий спектр взаємовідносин медичного працівника із суспільством, державними інституціями, правовими нормами та професійним середовищем. У сучасних підходах це поняття розглядають на різних рівнях, залежно від того, які суб'єкти вступають у професійну взаємодію. Зазвичай виокремлюють такі види етичних відносин: «1) лікар – пацієнт; 2) лікар – медична сестра; 3) лікар – лікар; 4) медична сестра – пацієнт; 5) медична сестра – медична сестра; 6) лікар – керівник; 7) лікар – молодший медичний персонал; 8) медична сестра – молодший медичний персонал; 9) молодший медичний персонал – молодший медичний персонал; 10) медична сестра – керівник; 11) молодший медичний персонал – пацієнт; 12) молодший медичний персонал – керівник» [45] (рис. 1.2).

У практиці взаємодія лікаря та пацієнта може будуватися за однією з трьох моделей: «патерналістською, інтерпретативною та автономною» [4].

Патерналістський підхід ґрунтується на відповідальності лікаря за вибір лікувальної тактики і результат терапії. Інтерпретативна модель передбачає значну довіру пацієнта до фахівця. Автономна модель орієнтована на активну участь пацієнта в ухваленні рішень: лікар надає повну інформацію про стан здоров'я, ризики та можливі методи лікування, а остаточний вибір здійснюється спільно.



Рис. 1.2. Види етики залежно від суб'єктів, які взаємодіють між собою

Примітка. Сформовано автором на основі [15; 28; 32]

Взаємини між лікарем та пацієнтом є центральною ланкою медичної етики. Для «формування довірчої атмосфери фахівець повинен ретельно добирати мовні засоби, уникати професійного жаргону та надмірної фамільярності» [32]. Разом із тим інформація про діагноз і лікувальні заходи має бути викладена максимально зрозуміло. Такий підхід є необхідною умовою дотримання ключових етичних принципів та забезпечує психологічний комфорт пацієнта.

Повноцінне довірливе спілкування можливе лише тоді, коли пацієнт переконаний у високій кваліфікації лікаря. Надлишок спеціальної термінології або складних медичних формулювань, використаний без пояснень, часто

викликає необґрунтовані страхи та напруження, що може ускладнювати процес лікування та затримувати одужання (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

### Основні етичні принципи взаємодії лікаря з пацієнтами

Етичний принцип	Зміст етичного принципу
Зрозуміла та чесна комунікація	Лікар подає інформацію про стан здоров'я, можливі методи лікування та ризики у доступній формі, без зайвого застосування вузькоспеціальної термінології.
Уникнення жаргону та фамільярності	Професійність у мовленні, відсутність знецінювальних або побутових висловів, підтримання поважного тону.
Повага до гідності пацієнта	Визнання права пацієнта на власну думку, почуття та переживання; уникнення будь-яких форм приниження чи демонстрації переваги.
Емпатія та психологічна підтримка	Прояв співчуття, уважності та здатності вислухати пацієнта, що сприяє створенню атмосфери довіри.
Компетентність і впевненість	Чітке, аргументоване пояснення лікувальних рішень, що формує переконання пацієнта у професійності лікаря.
Повага до автономії пацієнта	Надання пацієнту можливості брати участь у прийнятті рішень щодо лікування, особливо у виборі методів терапії.
Психологічна безпека та комфорт	Уникнення надмірно складних формулювань, які можуть викликати страх, тривогу або нерозуміння; забезпечення емоційного комфорту під час консультації.

Примітка. Сформовано автором на основі [15; 28; 29; 32;]

Етика взаємовідносин між медичною сестрою та пацієнтом має низку особливостей, зумовлених тим, що саме медична сестра найчастіше перебуває у безпосередньому контакті з хворим. До її функцій належать «розподіл медикаментів, виконання маніпуляцій, систематичний догляд та моніторинг стану пацієнта» [15]. У процесі виконання цих завдань надзвичайно важливо уникати етичних помилок. Медична сестра повинна «виявляти доброзичливість, тактовність та повагу, не дозволяючи собі коментувати діагноз або прогноз хвороби, адже необачно подана інформація може звести нанівець профілактичну та роз'яснювальну роботу лікаря» [15] (табл. 1.2).

Специфічними є й етичні засади взаємовідносин між лікарем та медичною сестрою. Принципи професійної етики вимагають взаємної ввічливості, поваги та коректності у спілкуванні. Незалежно від віку чи тривалості практичного досвіду, медична сестра повинна дотримуватися

службової субординації, виконувати призначення лікаря та підтримувати його авторитет, особливо в присутності пацієнтів. Така поведінка сприяє формуванню єдиного професійного простору та підсилює довіру до медичної команди.

Таблиця 1.2

**Основні етичні вимоги до поведінки медичної сестри  
у взаємовідносинах з пацієнтами**

Етична вимога	Зміст етичної вимоги
Доброзичливість і тактовність	Медична сестра повинна підтримувати спокійний, ввічливий тон, демонструвати повагу та готовність допомогти.
Конфіденційність інформації	Заборона коментувати діагноз пацієнта, розголошувати результати обстежень чи прогноз захворювання.
Професійна дистанція	Уникнення фамільярності, жаргонізмів, надмірної емоційності або оцінних суджень.
Коректне інформування	Надання пацієнту лише тієї інформації, яка входить до компетенції медичної сестри та не суперечить поясненням лікаря.
Охайність і культура зовнішнього вигляду	Охайний медичний одяг, дотримання санітарних вимог, що формує довіру пацієнта.
Дотримання професійного такту	Шанобливе ставлення до приватності пацієнта під час маніпуляцій, догляду чи вимірювань.

Примітка. Сформовано автором на основі [4; 15; 28; 32]

Ділові взаємини у закладі охорони здоров'я передбачають «високий рівень професіоналізму й стриманості у спілкуванні між працівниками» [28]. Медичні сестри мають виглядати охайно, дотримуватися ввічливості та доброзичливості у взаємодії з колегами. Конфліктні ситуації між сестринським персоналом вирішуються старшою або головною медсестрою. Важливо, щоб кожен виконував виключно свої посадові обов'язки, а керівництво контролювало їх раціональний розподіл. Недопустимою є практика перекладання власних завдань на менш досвідчених чи молодших співробітників.

Етичні принципи, що регламентують взаємовідносини між лікарями, також мають характерні риси. Однією з ключових норм є «підтримка молодих фахівців, які приходять у медичний заклад, маючи значну теоретичну

підготовку, але недостатній практичний досвід» [45]. У цей період необхідними є поради, наставництво та доброзичливі рекомендації старших колег. Через певний час молодий лікар здобуває необхідні компетентності та стає здатним до самостійної ефективної роботи з пацієнтами.

Етика у взаємовідносинах між медичними працівниками та адміністрацією закладу охорони здоров'я також має низку характерних особливостей. Адміністративний персонал, хоча й не залучений безпосередньо до лікувального процесу, зобов'язаний дотримуватися етичних норм у спілкуванні з підлеглими. Недостатня активність керівника у вирішенні проблемних ситуацій може призвести до втрати кваліфікованих кадрів або до появи формального ставлення працівників до своїх обов'язків. Довіра є ключовою умовою ефективної взаємодії адміністрації та персоналу: і керівництво, і підлеглі зацікавлені в уникненні професійних помилок, тому управлінці повинні забезпечувати не лише моральну, а й правову підтримку працівників.

У випадку незначного порушення етичних норм медичний працівник може отримати усне зауваження або пройти індивідуальну бесіду з керівництвом. Однак інколи трапляються серйозніші проступки, які можуть негативно вплинути не лише на репутацію конкретного фахівця, а й на імідж медичного закладу загалом. У таких ситуаціях скликається комісія з питань медичної етики. До її складу входять «головний лікар, його заступники, керівники структурних підрозділів та інші уповноважені особи» [44]. Якщо засідання ініційоване колегою працівника, який порушив норми, то ініціатор також бере участь у роботі комісії.

Після розгляду всіх обставин комісія ухвалює відповідне рішення. Воно може бути як виправдувальним, так і таким, що підтверджує факт порушення. У разі доведеної вини до працівника застосовуються дисциплінарні стягнення різного рівня суворості. Найбільш радикальний захід – звільнення – використовується лише у виняткових, найбільш резонансних випадках, коли подія має суттєві наслідки для діяльності закладу.

Причини недотримання етичних норм у закладах охорони здоров'я є багатофакторними. Одним із ключових чинників виступає професійне вигорання. Воно притаманне всім фахівцям, які працюють у режимі постійної комунікації, однак у медичних працівників проявляється особливо гостро через тривале психоемоційне навантаження, високу інтенсивність роботи та постійну відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів. Додатковим фактором є прихід у медичні професії молоді, яка інколи не має природної схильності до такої діяльності. Йдеться не лише про рівень знань, а насамперед про наявність емпатії, вміння слухати, встановлювати контакт і проявляти щирий інтерес до людини. Без цих якостей підтримувати високі стандарти етики надзвичайно складно.

Порушення етичних вимог може відбуватись і ненавмисно. У практиці зустрічаються ситуації, коли пацієнти поводять себе агресивно, грубо або зневажливо щодо медичного працівника, і в таких умовах фахівцю непросто зберігати абсолютну стриманість, витримку та спокій.

Контроль за дотриманням етичних норм покладається на керівництво закладу охорони здоров'я. Проте цей контроль буде ефективним лише тоді, коли адміністрація сама демонструє послідовність і дотримується встановлених принципів. Недопустимими є подвійні стандарти, коли одні працівники несуть відповідальність за порушення, а іншим подібні дії пробачаються. Важливою складовою підтримання етичного клімату є «регулярні зустрічі з персоналом, під час яких обговорюється значення етичних норм, аналізуються типові ситуації та проводяться тренінги з моделювання конфліктних чи складних комунікативних випадків» [15]. Бажано, щоб у таких заходах брав участь кваліфікований психолог, який добре розуміє особливості роботи медичних працівників і може професійно допомогти у формуванні навичок конструктивної взаємодії.

Узагальнюючи викладене, слід зазначити, що етичні норми становлять фундамент професійної діяльності всіх категорій медичного персоналу та визначають загальний рівень культури лікувального процесу. Саме вони

забезпечують довіру між пацієнтом і медичним працівником, формують сприятливий психологічний клімат у колективі та слугують інструментом запобігання конфліктам і професійним помилкам. Ефективність їх реалізації залежить не лише від особистих якостей і компетенцій кожного працівника, а й від узгодженості дій адміністрації, яка має створювати умови для етичної поведінки, підтримувати персонал та своєчасно реагувати на порушення. Таким чином, дотримання етичних і деонтологічних принципів є невід’ємною складовою якісної медичної допомоги та важливою передумовою підвищення довіри до системи охорони здоров’я загалом.

## **1.2. Моделі етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров’я**

Упродовж понад двадцяти п’яти століть у європейській цивілізаційній традиції поступово формувалися та змінювалися моральні норми, що супроводжували розвиток медичної практики. На різних історичних етапах суспільні чинники – релігійні, культурні, етнічні, соціально-економічні – по-різному впливали на систему регулювання поведінки медичних працівників та сприяли появі різних етичних моделей у медицині. Узагальнюючи багатовіковий лікарський досвід, дослідники виділяють «чотири моделі, які сьогодні співіснують та взаємодіють між собою:

- 1) гіппократівська модель (базується на принципі «не нашкодь»);
- 2) парацельсівська модель (орієнтується на принцип «роби добро»);
- 3) деонтологічна модель (передбачає суворе «дотримання обов’язку»);
- 4) біоетична модель (ґрунтується на принципі «поваги до прав та гідності людини»» [39] (рис. 1.3).

Історичні умови розвитку та внутрішня логіка кожної з цих моделей зумовили формування тих моральних засад, які сьогодні становлять основу ціннісно-нормативного змісту сучасної біомедичної етики.

Першою системною формою професійної етики стали моральні настанови Гіппократа (460–377 рр. до н. е.). Їх він виклав у «Клятві

Гіппократа», а також у трактатах «Про закон», «Про лікарів», «Про пристойну поведінку», «Настанови» та інших працях. Ці документи заклали фундамент класичної лікарської професійної моралі й були орієнтиром для багатьох поколінь медиків.



Рис. 1.3. Моделі етики взаємодії лікаря та пацієнтів і принципи їх реалізації

Примітка. Сформовано автором на основі [2; 4; 14; 15; 32]

У багатьох давніх цивілізаціях – вавилонській, єгипетській, іудейській, перській, індійській, грецькій – уміння лікувати розглядалося як особливий дар, що свідчив про «божественну» обраність людини. Завдяки цьому лікарі посідали виняткове, переважно жрецьке становище у суспільстві та користувалися високою довірою. У цьому контексті етичні засади Гіппократа, найяскравіше відображені в його знаменитій «Клятві», виконували важливу функцію – вони відмежовували справжніх фахівців від самопроголошених цілителів і шарлатанів, кількість яких була значною ще у давнину. Систематизація правил поведінки та формування спільних норм сприяли зміцненню авторитету лікарів певної школи або корпорації асклепіадів у суспільстві.

Основою професійної лікарської етики з найдавніших часів було практичне, орієнтоване на турботу та допомогу ставлення лікаря до людини – як хворої, так і здорової. Та частина етичної системи, яка аналізує взаємини лікаря й пацієнта крізь призму соціальних гарантій, професійних зобов'язань

та моральної відповідальності медичної спільноти, дістала назву «моделі Гіппократа». Саме вона стала фундаментом для подальшого розвитку етичних норм у медицині.

Модель Гіппократа охоплює комплекс етичних настанов, які визначали професійну поведінку лікаря протягом століть. Вона передбачає:

1) «високі моральні зобов'язання перед учителями, колегами та учнями, що формували спадкоємність знань і професійної культури;

2) гарантії незавдання шкоди, тобто турботу про благо хворого та утримання від будь-яких дій, які можуть спричинити несправедливість чи шкоду («Я підлаштую режим хворих під їхню вигоду відповідно до моїх сил і мого розуміння, утримуючись від будь-якої шкоди і несправедливості»);

3) незаперечну заборону на умисне позбавлення життя, включаючи евтаназію («Я не дам ніякого смертельного засобу і не покажу шляхи для подібного задуму») та абортівні втручання («Я не дам жодній жінці абортівного песарію»);

4) відмову від любовних та інтимних взаємин з пацієнтами, що забезпечувало моральну бездоганність лікаря («...я ввійду туди для користі хворого... особливо від любовних справ з жінками та чоловіками, вільними та рабами»);

5) суворе дотримання лікарської таємниці, що передбачало нерозголошення будь-якої інформації, отриманої під час лікування («Що б при лікуванні... я промовчу про це, вважаючи подібні речі таємницею» [25]).

Серед перелічених норм центральне місце займає принцип «не нашкодь», який вважається етичним ядром гіппократівської традиції. Він формує базову суспільну гарантію професійної надійності лікаря й визначає підґрунтя довіри, що її надають лікарю як спільнота, так і кожний окремих пацієнт, який фактично доручає йому власне життя та здоров'я.

Важливе місце у вченні Гіппократа посідає також образ лікаря – як моральний, так і зовнішній. Охайність, стриманість, відповідність вигляду статусу професії розглядалися як невід'ємні риси в процесі формування довіри

до медичного фахівця, особливо на етапі переходу від сакральної (жрецької) до світської медицини. Протягом століть жерці мали особливий, наближений до божественного статус, оскільки вважалося, що вони отримують знання та одкровення від богів. Лікарі ж, які поступово виходили за межі храмової традиції, повинні були створити новий суспільно прийнятний образ, що поєднував професійну компетентність і високі моральні якості. Гіппократ формував цей ідеал, спираючись на універсальні культурні та етичні орієнтири грецької цивілізації.

Гіппократ сформулював низку універсальних правил, які регламентували поведінку лікаря у взаємодії з пацієнтом, приділяючи особливу увагу спілкуванню біля ліжка хворого. Контакт із пацієнтом мав будуватися так, щоб підтримувати його психологічний стан та формувати орієнтацію на одужання. Зокрема, у працях Гіппократа наголошується: «Очевидним і великим доказом існування мистецтва буде, якщо хтось, встановлюючи правильне лікування, не перестане підбадьорювати хворих, щоб вони не дуже хвилювалися духом, намагаючись наблизити до себе час одужання» [25]. У цих словах відображено розуміння необхідності поєднання професійної майстерності з психологічною підтримкою, що й сьогодні залишається важливим компонентом лікувального процесу.

Одним із найбільш складних етичних питань для давньої медицини було ставлення до винагороди лікаря. У рамках жрецької медицини пожертви приносилися храму, а не конкретному служителю, що оберігало лікувальну діяльність від прямої комерціалізації. Перехід до світської медицини, коли гонорар спрямовувався безпосередньо лікарю, вимагав визначення нових норм, які б не суперечили професійним цінностям. Цей етичний виклик Гіппократ пояснював так: «Краще дорікати врятованим, ніж наперед обирати тих, хто перебуває в небезпеці» [25]. Таким чином підкреслювалася недопустимість вибору пацієнтів за рівнем очікуваної винагороди та необхідність надання допомоги кожному, хто її потребує.

Наступним етапом історичного розвитку лікарської етики стало

розуміння взаємин між лікарем і пацієнтом, що сформувалося у Середньовіччі. Особливо чітко ці погляди були сформульовані Парацельсом (1493–1541 рр.), чия концепція стала другою важливою історичною моделлю професійної медичної етики.

Модель Парацельса трактується як форма лікарської етики, у межах якої моральний зв'язок між лікарем і пацієнтом розглядається як важлива складова терапевтичної стратегії. Якщо у гіппократівській традиції центральним було завоювання соціальної довіри пацієнта, то «модель Парацельса» акцентує на врахуванні індивідуальних психологічних особливостей людини, глибині її особистісного контакту з лікарем та включенні цього контакту безпосередньо в лікувальний процес.

У межах «моделі Парацельса» значного розвитку набуває патерналістська форма взаємин «лікар – пацієнт». Медична культура використовує латинське слово «*pater*» – «батько», яке у християнській традиції стосується не лише духовних наставників, а й Бога. У такому розумінні патерналізм символізує не просто родинну турботу чи емоційну близькість, а особливу «цілющу» та частково сакральну силу контакту лікаря з хворим. Саме тому провідним етичним принципом, що постає у цій моделі, стає «роби добро» – благодіяння, милосердя, безкорислива підтримка та доброзичлива активність лікаря.

Під впливом християнської антропології Парацельс уявляв людське тіло «лише як дім, у якому перебуває справжня людина – будівельник цього дому». Такий підхід сприяв розвитку сугестивної терапії, яку пізніше активно застосовував видатний лікар XVI століття Джироламо Кардано. Він розглядав її як необхідний елемент будь-якого лікувального впливу та підкреслював роль довіри, стверджуючи, що ефективність лікування значною мірою залежить від віри пацієнта у свого лікаря: «Той, хто більше вірить, виліковується краще» [25].

Уперше термін «деонтологія» («*deontos*» – належне, «*logos*» – вчення) був уведений у науковий обіг англійським філософом Дж. Бентамом (1748–

1832). Він визначав деонтологію як науку про обов'язок, моральну досконалість і бездоганність поведінки. Особлива цінність цього поняття проявляється у професіях, де ключову роль відіграють складні міжособистісні взаємини. Для медицини деонтологія означає відповідність поведінки лікаря певним етичним нормативам і вимогам професійного обов'язку. Це так званий деонтологічний рівень медичної етики, або «деонтологічна модель», що базується на принципі «дотримання боргу».

У сферу медичної науки поняття «деонтологія» було введено Петровим у 40-х роках ХХ століття для позначення вже існуючої та активно розвиненої сфери – лікарської етики. Деонтологічна модель лікарської діяльності являє собою комплекс «належних» правил, що визначають правильну поведінку, формулюють критерії для оцінювання дій лікаря не лише за результатом, а й за мотивами та намірами. Ці правила можуть відрізнятися залежно від конкретної галузі медичної практики.

Деонтологія охоплює такі ключові напрями: дотримання лікарської таємниці; відповідальність за життя та здоров'я пацієнтів; регулювання міжособистісних взаємин між медичними працівниками; етична взаємодія з пацієнтами та їхніми родичами.

Ілюстративним прикладом реалізації деонтологічної моделі є правила щодо інтимних стосунків між лікарем і пацієнтом, розроблені Комітетом з етичних та правових питань при Американській медичній асоціації. У цих рекомендаціях зазначено, що: інтимні контакти між лікарем і пацієнтом під час лікування є аморальними; інтимні стосунки з колишнім пацієнтом можуть визнаватися неетичними, залежно від конкретних обставин; питання, пов'язані з етичними ризиками інтимних взаємин між лікарем і пацієнтом, мають бути включені до навчальних програм для всіх медичних працівників; лікарі повинні повідомляти про випадки порушення етичних норм своїми колегами.

Як видно, наведені норми є досить суворими. Їх дотримання – це не лише професійний стандарт, а й юридичний обов'язок, а порушення може спричинити серйозні дисциплінарні або правові наслідки для лікарів, які

входять до складу відповідної асоціації.

У центрі деонтологічної моделі перебуває принцип «дотримання обов'язку», що означає неухильне виконання встановлених професійних вимог. Будь-який вчинок лікаря, який суперечить очікуванням та нормам медичної спільноти, суспільства або його власної моральної позиції, розглядається як неналежний. За умови чіткого формулювання правил поведінки для кожної медичної спеціальності принцип «дотримання обов'язку» не допускає виправдань щодо невиконання професійних норм.

Ідея обов'язку є ключовою та самодостатньою моральною підставою для діяльності лікаря. Якщо фахівець здатний керуватися безумовною вимогою професійного обов'язку, він відповідає сутності своєї професії. Якщо ж ні – така особа, згідно з логікою моделі, повинна залишити професійну спільноту.

Для більшості медичних спеціальностей розроблені детальні переліки правил належної поведінки, які слугують орієнтиром та критерієм професійної діяльності в різних сферах медицини.

Починаючи з середини ХХ століття, медична деонтологія набуває міжнародного характеру. Приймаються основоположні документи, що регламентують професійну поведінку лікарів: Женевська декларація (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінська декларація (1964), Токійська декларація (1975) та інші етичні стандарти світової медичної спільноти.

У 1960–1970-х роках формується нова модель медичної етики, яка розглядає медицину крізь призму прав людини. У цей час Ван Ренселлер Поттер упроваджує термін «біоетика» (етика життя), визначаючи її як «систематичні дослідження поведінки людини в галузі наук про життя та охорону здоров'я в тій мірі, у якій ця поведінка оцінюється через призму моральних цінностей і принципів».

Основним моральним принципом біоетики стає вимога «поваги прав і гідності особистості». Під її впливом докорінно змінюється підхід до вирішення центрального питання медичної етики – моделі взаємовідносин між

лікарем і пацієнтом. Сучасна етика наполягає на участі пацієнта у прийнятті рішень щодо лікування. Ця участь забезпечується новими моделями комунікації – інформаційною, дорадчою, інтерпретаційною, які спрямовані на захист прав людини та зміцнення її автономії.

У сучасній медицині предметом обговорення є не лише питання лікування пацієнтів, а й можливості керування процесами патологічних змін, зачаття та вмирання, що супроводжуються складними фізичними та метафізичними (моральними) наслідками для людства загалом. Розвиток медицини на молекулярному рівні робить її дедалі більш прогностичною, тобто спрямованою на передбачення майбутнього стану організму. Французький імунолог і генетик Доссе зазначав, що прогностична медицина «допоможе зробити життя людини довгим, щасливим і позбавленим хвороб». Проте він попереджав про серйозну загрозу – можливість того, що цими знаннями можуть скористатися «особа чи група осіб, які керуються прагненням влади і нерідко заражені тоталітарною ідеологією».

Прогностична медицина в певному сенсі набуває безособистісного характеру, адже вона здатна встановлювати діагноз незалежно від суб'єктивних скарг пацієнта. Це робить її потужним і безпрецедентним механізмом контролю не лише над окремою людиною, а й над людською популяцією в цілому.

Біоетика у цьому контексті постає як сучасна форма біомедичної етики, яка підпорядковує регулювання людських взаємин надзавданню збереження життя людського роду. Така спрямованість безпосередньо пов'язана з ключовою функцією моралі – забезпеченням умов для існування та розвитку життя.

У сучасних умовах «етичне» дедалі частіше виступає формою захисту природно-біологічного від надмірних втручань культури, її технологічних і наукових досягнень, що можуть загрожувати базовим природним основам людського існування. Біоетика як етика життя виникає саме з потреби природи захистити себе від претензій культури, що прагне радикально змінювати або

трансформувати те, що споконвіку належало до сфери природного й біологічного.

Починаючи з 1960–1970-х років ХХ століття, як альтернатива патерналістському підходу, у медицині активно формується автономна модель, у якій пацієнт зберігає за собою право ухвалювати рішення щодо власного здоров'я та лікування. У межах цієї моделі стратегія терапії та вибір лікувальних методів здійснюються спільно лікарем і пацієнтом. Лікар застосовує свій клінічний досвід, надає роз'яснення щодо прогнозів, можливих ризиків, альтернативних методів терапії, включаючи варіант відмови від лікування. Пацієнт же, спираючись на власні цінності, життєві пріоритети та уявлення про якість життя, обирає найбільш прийнятний для себе шлях.

На зміну патерналістській ідеї «захисту та збереження життя пацієнта» висувається принцип благополуччя та автономії пацієнта, який реалізується через доктрину поінформованої згоди. Суть цього підходу полягає в тому, що здатність людини до самовизначення прямо залежить від повноти інформації, якою вона володіє.

Лікар має обов'язок не лише відповідати на всі запитання пацієнта, а й проактивно інформувати його про ті аспекти лікування, про які він може не здогадуватися через відсутність спеціальних знань. Рішення пацієнта повинні бути добровільними, вільними від тиску та відповідати його власним ціннісним орієнтирам. У цьому й полягає моральне ядро взаємин «лікар – пацієнт» у рамках біоетики – принцип поваги до особистості.

У 1990-х роках термін «біоетика» охоплює всю сукупність соціально-етичних проблем сучасної медицини. Однією з провідних стає проблема соціального захисту прав людини – не лише на самовизначення в лікувальному процесі, а й на життя як основоположну цінність. Біоетика відіграє фундаментальну роль у формуванні в суспільстві поваги до прав людини та відповідального ставлення до меж медичного втручання.

Для узагальнення викладеного матеріалу та чіткого окреслення специфіки кожної з історичних моделей медичної етики доцільно здійснити їх

порівняльний аналіз. Це дозволяє виявити спільні та відмінні риси підходів, простежити еволюцію етичних принципів у медицині та визначити їхню роль у формуванні сучасних стандартів професійної поведінки медичних працівників. Узагальнені характеристики моделей наведено в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

### Порівняльна характеристика основних моделей медичної етики

Критерій	Модель Гіппократа	Модель Парацельса	Деонтологічна модель	Біоетична модель
Основний принцип	«Не нашкодь»	«Роби добро»	«Дотримання обов'язку»	«Повага прав та гідності особистості»
Фокус уваги	Турбота про хворого та моральність лікаря	Психоемоційний контакт, милосердя	Норми професійної поведінки	Права людини та автономія
Тип взаємин лікар – пацієнт	Патерналістський	Патерналістський із духовною складовою	Регламентований професійними нормами	Партнерський, автономний
Роль лікаря	Моральний авторитет	Наставник, «батько»	Носій професійного обов'язку	Інформатор, консультант
Роль пацієнта	Пасивний отримувач допомоги	Об'єкт милосердної турботи	Захищений нормами суб'єкт	Активний учасник прийняття рішень
Етичні ризики	Надмірний патерналізм	Ідеалізація ролі лікаря	Формалізація моралі	Етичні дилеми, надмірна автономія
Сфера застосування сьогодні	Основи професійності	Паліативна медицина, психотерапія	Професійні стандарти	Сучасна клінічна практика, права пацієнтів

Примітка. Узагальнено автором на основі [44; 25; 45]

Отже, порівняння чотирьох моделей медичної етики демонструє поступову еволюцію від патерналістських і морально-авторитетних підходів до сучасних концепцій автономії, партнерства та прав людини. Кожна модель зберігає актуальність у певних сферах медичної практики, а сучасна біомедична етика інтегрує їх, забезпечуючи баланс між професійним обов'язком, милосердям і правами пацієнта.

**РОЗДІЛ 2**

**АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ЗАСТОСУВАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ У  
ВЗАЄМОВІДНОСИНАХ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ В КНП «ЦЕНТР  
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»  
ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ**

**2.1. Оцінювання стану дотримання етичних принципів лікарями досліджуваного закладу охорони здоров'я в процесі взаємодії з пацієнтами**

Ефективність надання первинної медичної допомоги значною мірою залежить від якості комунікації між лікарем і пацієнтом, рівня довіри, професійної етики та дотримання деонтологічних норм. Саме тому оцінювання стану дотримання етичних принципів лікарями КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради (КНП «ЦПМСД» ТМР) є важливою складовою аналізу діяльності закладу та ключовою передумовою підвищення якості медичних послуг.

КНП «ЦПМСД» ТМР було утворено відповідно до рішення 23-ї сесії Тернопільської міської ради шостого скликання від 17 серпня 2012 року № 6/23/15. Надавати первинну медичну допомогу населенню заклад розпочав 18 червня 2013 року після переведення частини медичних працівників із поліклінічних відділень лікарні швидкої допомоги та міських лікарень № 2 і № 3. Основним призначенням створення закладу стала реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, спрямованої на забезпечення мешканців Тернополя доступною, своєчасною та ефективною первинною медико-санітарною допомогою.

Подальший розвиток закладу пов'язаний із рішенням Тернопільської міської ради від 28 липня 2017 року № 7/16/20, яким комунальний заклад було реорганізовано шляхом перетворення у КНП «ЦПМСД» ТМР. У межах цього рішення було затверджено нову редакцію статуту підприємства, що визначає правовий статус, організаційну структуру та основні напрями його діяльності.

На сьогодні КНП «ЦПМСД» ТМР забезпечує медичним

обслуговуванням близько 176 тисяч дорослого населення міста Тернополя. Сімейні лікарі працюють за територіальним принципом, що дозволяє оптимально розподіляти населення між медичними дільницями. Загалом створено 116 дільниць, об'єднаних у 16 амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Амбулаторії № 1-4 та № 16 обслуговують центральну частину міста; амбулаторії № 5-7 – мікрорайон «Дружба», а також прилеглі села Кутківці та Пронятин; амбулаторії № 8-15 – мікрорайони «Східний» і «Сонячний».

У досліджуваному закладі охорони здоров'я функціонує розгалужений кадровий персонал, загальна чисельність якого становить 374 працівники. Із них 142 особи – лікарі, 151 – медичні сестри, 26 – молодші медичні сестри, а також 55 працівників інших професій, що забезпечують організаційно-адміністративну та допоміжну діяльність закладу.

Структура та чисельність персоналу КНП «ЦПМСД» ТМР відображені у табл. 2.1, яка деталізує штатний розпис та дозволяє оцінити кадровий потенціал для виконання функцій первинної медичної допомоги.

Таблиця 2.2

### Штатний розпис КНП «ЦПМСД» ТМР

№ з/п	Підрозділ	Кількість штатних одиниць
1	2	3
1.	Керівний склад Центру ПМСД	9,0
2.	Інформаційно-аналітичний кабінет	10,00
3.	Інший адміністративно-управлінський персонал	42,75
4.	Амбулаторія ЗПСМ №1	25,00
5.	Амбулаторія ЗПСМ №2	26,75
6.	Амбулаторія ЗПСМ №3	22,00
7.	Амбулаторія ЗПСМ №4	29,75
8.	Амбулаторія ЗПСМ №5	30,75
9.	Амбулаторія ЗПСМ №6	25,00
10.	Амбулаторія ЗПСМ №7	7,00
11.	Амбулаторія ЗПСМ №8	5,00
12.	Амбулаторія ЗПСМ №9	27,75
13.	Амбулаторія ЗПСМ №10	22,50
14.	Амбулаторія ЗПСМ №11	31,00
15.	Амбулаторія ЗПСМ №12	29,00
16.	Амбулаторія ЗПСМ №13	22,00

Продовження таблиці 2.2

1	2	3
17.	Амбулаторія ЗПСМ №14	19,00
18.	Амбулаторія ЗПСМ №15	22,00
19.	Амбулаторія ЗПСМ №16	4,50
20.	Амбулаторія ЗПСМ №17	16,00
21.	Амбулаторія ЗПСМ №18	18,00
	Разом	444,75

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ЦПМСД» ТМР

Організаційна структура КНП «ЦПМСД» ТМР є багаторівневою та охоплює кілька основних блоків управління і медичного обслуговування. До керівної ланки належать: директор підприємства, заступник директора з медичного обслуговування населення, заступник директора з експертизи тимчасової непрацездатності, завідувачі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, головна медична сестра та старші медичні сестри амбулаторій, головний бухгалтер і завідувач господарством.

Лікувально-профілактичний напрям представлений амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини № 1-16, які забезпечують надання первинної медичної допомоги населенню відповідно до територіального закріплення.

До складу адміністративно-управлінських підрозділів входять: інформаційно-аналітичний кабінет, бухгалтерія, кадрова служба (інспектор з кадрів), служба з охорони праці (інженер з техніки безпеки) та господарсько-обслуговуюча служба. Загальна структура підприємства представлена на рис. 2.1.

Аналіз даних, поданих на рис. 2.1, дає підстави віднести організаційну структуру досліджуваного закладу охорони здоров'я до лінійно-функціонального типу. Такий підхід ґрунтується на чіткому розподілі управлінських повноважень і відповідальності між рівнями керівництва та функціональними підрозділами відповідно до вертикалі прийняття рішень.

Лінійно-функціональна модель забезпечує послідовність управління за лінійним принципом, коли кожен підрозділ має свого безпосереднього керівника, тоді як функціональні служби виконують роль консультативно-

аналітичної підтримки. Завдяки цьому лінійні менеджери отримують фахову допомогу при виконанні спеціалізованих управлінських завдань, що сприяє підвищенню ефективності діяльності закладу загалом.



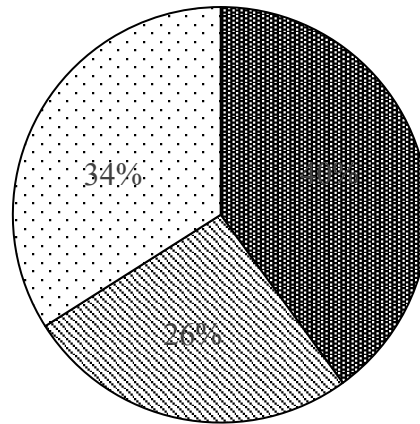
Рис. 2.1. Організаційна структура КНП «ЦПМСД» ТМР

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ЦПМСД» ТМР

Для оцінювання рівня дотримання етичних та деонтологічних принципів у професійній діяльності лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР було проведено анкетне опитування медичних працівників закладу. У дослідженні взяли участь 60 лікарів загальної практики – сімейних лікарів, що дозволило отримати репрезентативні дані щодо етичної поведінки персоналу під час взаємодії з пацієнтами.

Розподіл респондентів за віковими категоріями виявився таким: від 25 до 35 років – 38% (23 особи); від 36 до 45 років – 30% (18 осіб); від 46 до 60 років – 32% (19 осіб). Такий віковий склад учасників опитування відображає реальну

кадрову структуру первинної ланки: одночасну присутність молодих фахівців, які активно опановують сучасні стандарти комунікації, та досвідчених лікарів, для яких характерні усталені професійні підходи. Візуалізацію вікового розподілу респондентів подано на рис. 2.2.



■ 20-31 pp. ▨ 32-41 pp. □ 42-60 pp.

Рис. 2.2. Розподіл опитаних лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР за віком

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Першим запитанням анкети було: «Що, на Вашу думку, є основою етичної поведінки лікаря у професійній діяльності?». Отримані відповіді продемонстрували таке розподілення позицій респондентів: гуманність – 20 лікарів (33%); милосердя – 18 лікарів (30%); співчуття – 9 лікарів (15%); чуйність – 7 лікарів (12%); доброта – 6 лікарів (10%). Візуальне відображення результатів подано на рис. 2.3.

Аналіз отриманих даних засвідчив, що основними етичними засадами професійної діяльності лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР респонденти вважають гуманність та милосердя – саме ці характеристики найчастіше визначають як базові моральні орієнтири у взаємодії з пацієнтом. Менший відсоток відповідей припав на такі риси, як чуйність, співчуття та доброта, що може свідчити про сприйняття їх як похідних або другорядних проявів основних етичних принципів.

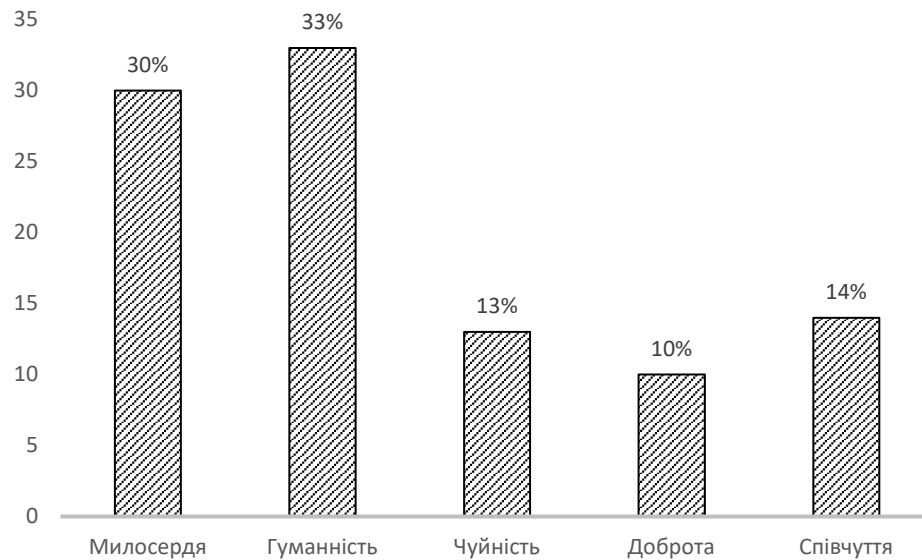
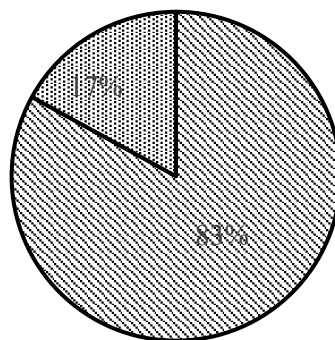


Рис. 2.3. Розподіл відповідей лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо етичних засад професійної діяльності

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Другим запитанням анкети було: «Чи вважаєте Ви етичні принципи важливими у професійній діяльності лікаря?». Результати опитування засвідчили однаковість більшості респондентів: 50 лікарів (83%) відповіли, що роль етики є надзвичайно важливою, тоді як 10 лікарів (17%) вважають, що етичні аспекти не мають визначального значення у їх повсякденній діяльності. Відповіді респондентів узагальнено на рис. 2.4.



■ Так ■ Ні

Рис. 2.4. Результати оцінювання важливості етики у професійній діяльності лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз отриманих відповідей щодо значущості етичних принципів у діяльності лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР показав, що переважна більшість опитаних визнає вирішальну роль етики у забезпеченні якісної та безпечної взаємодії з пацієнтами. Це свідчить про високий рівень усвідомлення лікарями моральної відповідальності, яка є невід’ємною складовою медичної професії.

Третє запитання анкети мало на меті з’ясувати, якими особистісними та професійними якостями, на думку лікарів, має володіти сучасний фахівець первинної ланки. Респонденти обирали одну з кількох запропонованих характеристик. Розподіл відповідей виглядає таким чином: співчутливість – 21 лікар (35%); чесність – 16 лікарів (28%); відповідальність – 9 лікарів (15%); ввічливість – 8 лікарів (12%); рішучість – 6 лікарів (10%). Наочне подання результатів наведено на рис. 2.5.

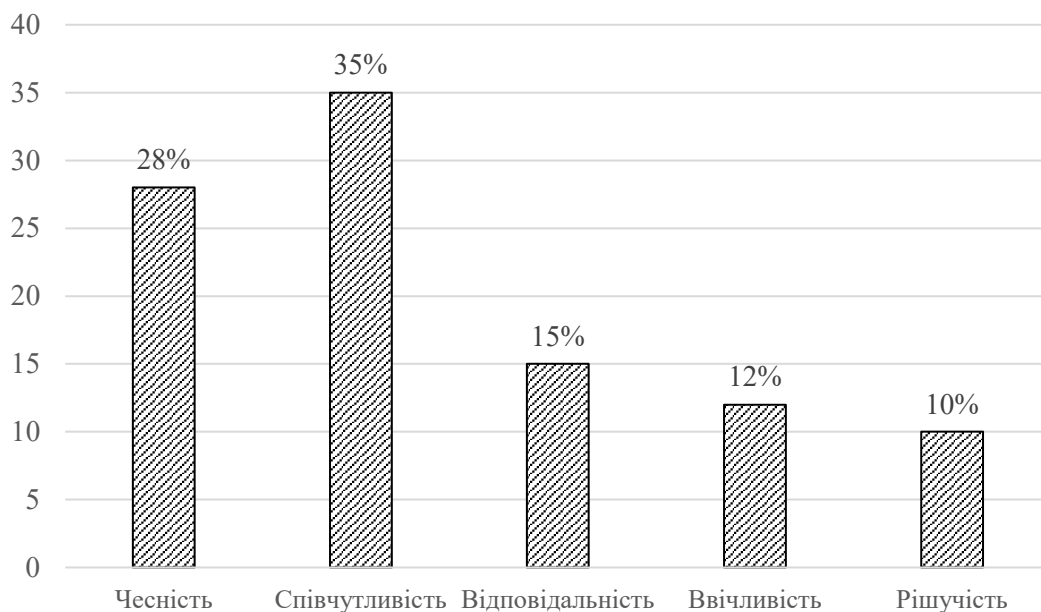


Рис. 2.5. Результати опитування лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо визначення ключових професійних якостей лікаря

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Отримані дані свідчать, що серед базових якостей лікаря респонденти передусім виділяють співчутливість та чесність, що узгоджується з загальними етичними вимогами до професії: відкритість, здатність співпереживати, моральна чистота та довіра. Менша частка відповідей припала на такі риси, як

відповідальність, ввічливість і рішучість, хоча вони також є важливими для ефективної комунікації та прийняття клінічних рішень.

Четверте запитання анкети було спрямоване на визначення факторів, які, на думку лікарів, можуть перешкоджати повноцінному дотриманню етичних і деонтологічних принципів у їхній професійній діяльності. Формулювання питання звучало так: «Що, на Вашу думку, найбільше ускладнює застосування етичних та деонтологічних принципів у роботі лікаря?».

Розподіл відповідей респондентів засвідчив такі результати: особистісні чинники (емоційний стан, стрес, втому, індивідуальні особливості характеру) – 36 лікарів (60%); матеріальні чинники (заробітна плата, ресурсне забезпечення, умови праці) – 18 лікарів (30%); рівень кваліфікації (потреба в додатковому навчанні, нестача комунікативних навичок, недостатній досвід) – 6 лікарів (10%). Наочне відображення цих показників наведено на рис. 2.6.

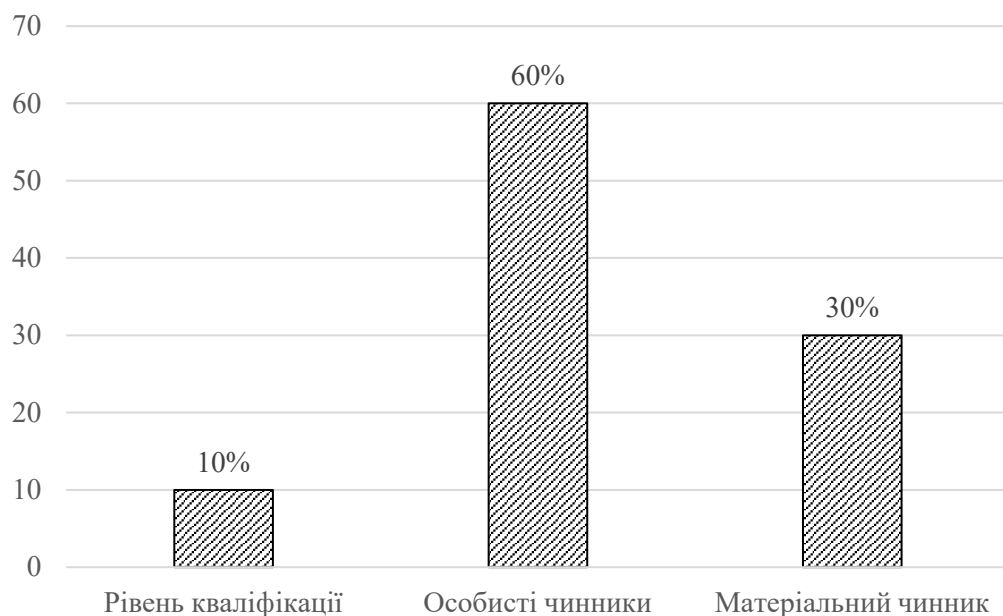


Рис. 2.6. Чинники, що ускладнюють дотримання етичних і деонтологічних принципів у роботі лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз отриманих відповідей щодо чинників, які перешкоджають лікарям КНП «ЦПМСД» ТМР дотримуватися етичних і деонтологічних принципів у професійній діяльності, засвідчив, що найбільш впливовими

серед них є особистісні чинники. Саме вони, на думку респондентів, найчастіше стають причиною труднощів у комунікації з пацієнтами та можуть негативно позначатися на якості взаємодії.

П'яте запитання анкети стосувалося частоти проявів некоректної поведінки щодо пацієнтів і мало формулювання: «Чи трапляється Вам проявляти грубість у спілкуванні з пацієнтами?»

Результати виявили, що лише 3 лікарі (5%) визнали наявність таких випадків, тоді як 57 лікарів (95%) зазначили, що ніколи не допускають грубощів у своїй роботі. Дані відповіді наведено на рис. 2.7.

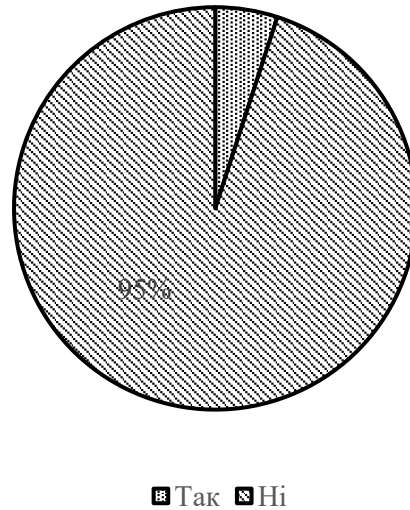


Рис. 2.7. Результати опитування лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо можливості прояву грубості у спілкуванні з пацієнтами

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз відповідей лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо можливості прояву грубості у спілкуванні з пацієнтами засвідчив, що абсолютна більшість респондентів демонструє високий рівень професійної стриманості й дотримання етичних норм комунікації. Лише 5% опитаних зазначили, що подібні випадки трапляються, що може бути пов'язано зі значним емоційним навантаженням, стресовими ситуаціями або високою інтенсивністю роботи. Водночас 95% лікарів стверджують, що не допускають некоректної поведінки щодо пацієнтів, що свідчить про сформовану етичну культуру взаємодії та

належний рівень професійної відповідальності персоналу досліджуваного закладу.

Шосте запитання анкети було спрямоване на оцінку організації етичної підготовки в закладі і звучало так: «Чи проводяться у Вашому закладі навчальні семінари з питань етики та деонтології?»

Розподіл відповідей показав, що 50 лікарів (83%) зазначили повну відсутність таких заходів, тоді як 10 лікарів (17%) повідомили, що подібні розмовні навчальні ініціативи інколи проводяться, але не мають системного характеру. Результати подано на рис. 2.8.

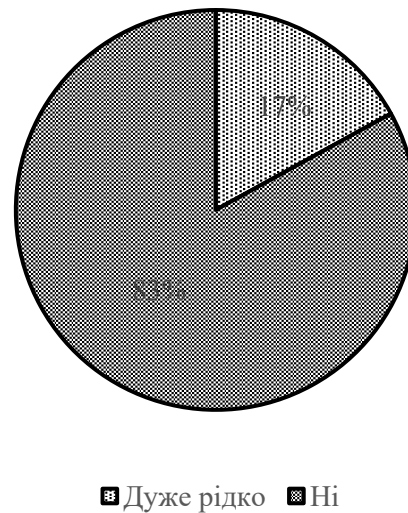


Рис. 2.8. Результати опитування лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо частоти проведення семінарів з етики та деонтології

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз частоти проведення навчальних заходів засвідчив, що лікарі КНП «ЦПМСД» ТМР практично не залучені до тематичних семінарів з етики та деонтології. Це може пояснюватися як високою завантаженістю лікарів, так і відсутністю регулярних організованих навчань у самому закладі. З огляду на важливість етичної компетентності для якісного надання медичної допомоги, така ситуація вказує на потребу у впровадженні системного навчання персоналу.

Сьоме запитання анкети було спрямоване на визначення чинників, які

найбільш позитивно впливають на лікарів під час виконання своїх професійних обов'язків. Формулювання питання звучало так: «Які чинники позитивно впливають на Вас у щоденній роботі?»

Отримані результати показали таке розподілення відповідей: згуртований і дружній колектив – 27 лікарів (45%); улюблена робота та задоволення від професійної діяльності – 23 лікарі (37%); можливість навчання та підвищення кваліфікації – 7 лікарів (13%); перспектива кар'єрного зростання – 3 лікарі (5%). Візуальне подання результатів наведено на рис. 2.9.

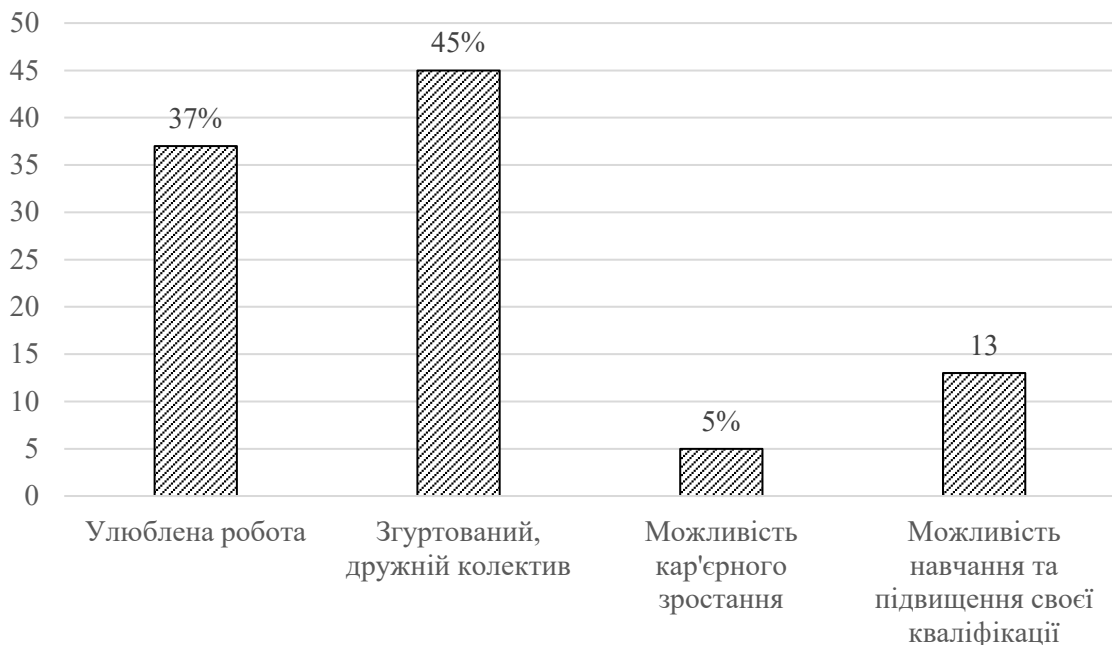


Рис. 2.9. Чинники, що позитивно впливають на професійну діяльність лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР (за результатами опитування)

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз відповідей лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР засвідчив, що найвагомим позитивним чинником у професійній діяльності є дружній та згуртований колектив, який зазначили 45% респондентів. Це свідчить про високу роль емоційного мікроклімату та командної підтримки у забезпеченні ефективної роботи лікарів первинної ланки. Важливим мотивуючим фактором також виступає задоволення від виконання професійних обов'язків (37%), що підкреслює внутрішню орієнтацію лікарів на гуманістичні цінності. Менша

частка респондентів відзначила можливість навчання та підвищення кваліфікації (13%) та перспективу кар'єрного зростання (5%), що може вказувати як на обмеженість кар'єрних траєкторій у первинній ланці, так і на більшу значущість нематеріальних мотиваторів у роботі лікаря.

Наступним, восьмим запитанням анкети було питання щодо факторів, які негативно впливають на лікарів під час виконання ними професійних обов'язків. Формулювання звучало так: «Які чинники негативно впливають на Вас на робочому місці?»

Аналіз відповідей продемонстрував такий розподіл: низький рівень заробітної плати – 32 лікарі (53%); стресові ситуації та емоційне напруження – 18 лікарів (29%); відсутність можливостей для кар'єрного зростання – 7 лікарів (12%); незгуртованість колективу або конфліктність у стосунках – 3 лікарі (6%). Графічне відображення результатів наведено на рис. 2.10.

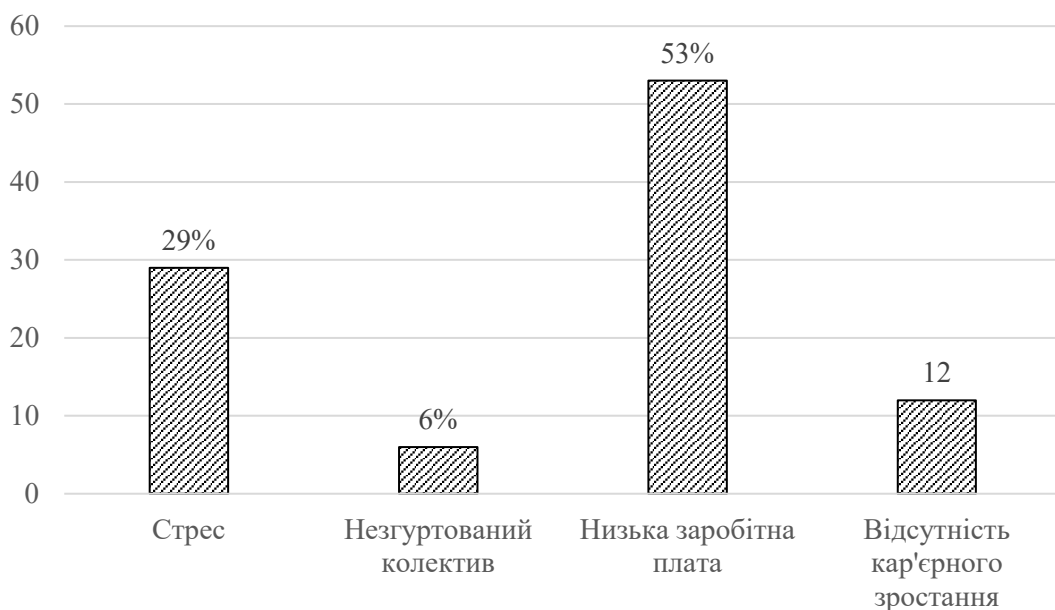


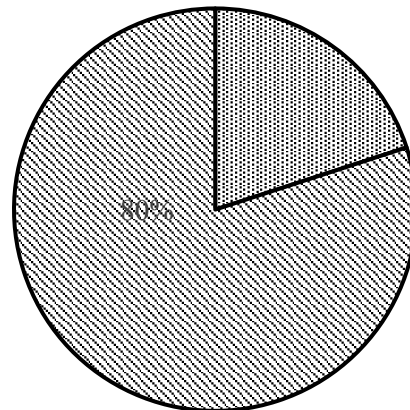
Рис. 2.11. Чинники, які негативно впливають на професійну діяльність лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР (за результатами опитування)

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Аналіз відповідей лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР показав, що провідним негативним чинником у професійній діяльності медичного персоналу є низький рівень заробітної плати, який зазначили 53% опитаних. Значний

відсоток респондентів також вказав на високий рівень стресу та емоційного навантаження (29%), що характерно для роботи в умовах постійного спілкування з пацієнтами та обмежених ресурсів. Менш поширеними, але все ж важливими, залишаються такі фактори, як відсутність кар'єрних перспектив (12%) та незгуртованість колективу (6%). Сукупність зазначених чинників може негативно позначатися на мотивації лікарів, їх емоційному стані та якості взаємодії з пацієнтами.

Дев'ятим питанням анкети є запитання «Чи вважаєте Ви, що у Вашому закладі достатньо часу відводиться для спілкування з пацієнтом під час прийому?». За результатами опитування було встановлено, що лише 12 лікарів (20%) вважають час консультації достатнім, тоді як 48 лікарів (80%) зазначили, що часу явно не вистачає (рис. 2.12).



■ Так ■ Ні

Рис. 2.12. Оцінка лікарями КНП «ЦПМСД» ТМР достатності часу для комунікації з пацієнтом під час прийому

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Отримані дані засвідчили, що переважна більшість лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР (80%) відчуває нестачу часу для повноцінної комунікації з пацієнтами. Це свідчить про значне навантаження на сімейних лікарів, що може призводити до поверхової взаємодії, зниження якості інформування пацієнтів та ускладнення забезпечення принципів етичної комунікації. Лише

20% респондентів вважають тривалість консультації достатньою, що підкреслює системну проблему перевантаженості первинної ланки.

Десятим питанням анкети було запитання: «Чи відчуваєте Ви підтримку адміністрації закладу у питаннях дотримання етики та деонтології?»

Отримані відповіді розподілилися таким чином: 22 лікарі (37%) підтвердили наявність такої підтримки, 26 лікарів (43%) оцінили її як часткову, а 12 лікарів (20%) вважають, що адміністрація не приділяє достатньої уваги етичним аспектам роботи (рис. 2.13).

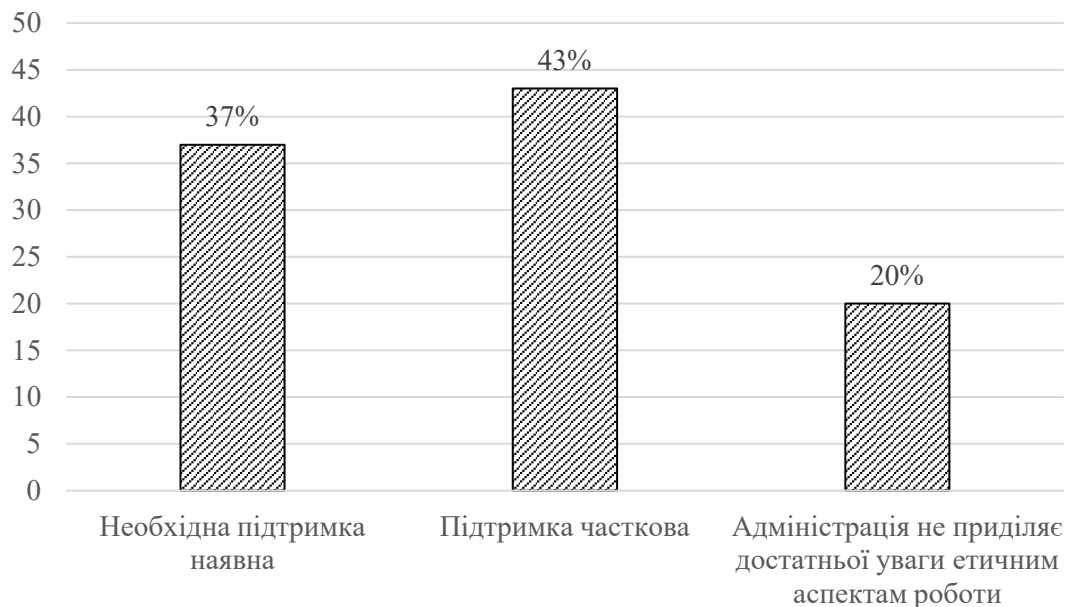


Рис. 2.13. Результати опитування лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР щодо відчуття підтримки адміністрації з питань етики та деонтології

Примітка. Сформовано автором на основі проведеного опитування

Більшість респондентів відчувають недостатню або несистемну підтримку, що свідчить про потребу посилення ролі керівництва у формуванні етичного середовища, удосконаленні внутрішніх комунікацій та впровадженні регулярних заходів із професійної етики.

Проведене дослідження дотримання етичних принципів лікарями КНП «ЦПМСД» ТМР дало змогу комплексно оцінити реальний стан етичної культури взаємодії «лікар – пацієнт» у закладі первинної медичної допомоги. Результати анкетування засвідчили, що лікарі загалом добре усвідомлюють

значення етики у професійній діяльності, вирізняють ключові моральні засади своєї роботи та в переважній більшості дотримуються нормативів професійної поведінки. Водночас виявлено низку системних проблем, які можуть негативно впливати на якість комунікації та рівень деонтологічної відповідальності. Значна частка респондентів відзначила нестачу часу для повноцінного спілкування з пацієнтами, що зумовлено високим робочим навантаженням та щільним графіком прийому. Домінуючими негативними чинниками професійної діяльності лікарів є низька заробітна плата та високий рівень стресу, що може спричиняти емоційне виснаження та зниження толерантності в комунікації. Крім того, більшість респондентів вказали на недостатню або часткову підтримку адміністрації щодо питань етики та деонтології, а також на обмежену кількість навчальних заходів з цієї тематики. Разом узяті результати демонструють достатній рівень особистої етичної відповідальності лікарів, але водночас підкреслюють потребу у створенні сприятливіших організаційних умов, підвищенні мотиваційної підтримки персоналу та запровадженні системних просвітницьких заходів, спрямованих на формування сталої етичної культури у медичному закладі.

## **2.2. Аналіз рівня конфліктності взаємовідносин лікаря та пацієнта в досліджуваному закладі охорони здоров'я**

Одним із неминучих наслідків постійної та інтенсивної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами є поява конфліктних ситуацій. У закладах охорони здоров'я вони можуть виникати на різних рівнях і мати різну природу. До міжособистісних конфліктів належать суперечності між окремими співробітниками (лікарем і медичною сестрою, лікарями між собою, лікарем і завідувачем відділення), а також між лікарем і пацієнтом або його близькими. Персонально-інтергрупові конфлікти охоплюють напруженість у відносинах між пацієнтом та його «групою підтримки», між пацієнтами однієї палати, а також між членами сім'ї хворого. Інтергрупові конфлікти проявляються у взаємодії між родичами пацієнтів та медичним персоналом, між професійними

мікрогрупами в межах одного чи різних підрозділів, а також між окремими медичними закладами. Своєю чергою, інтраперсональні конфлікти відображають внутрішні переживання та суперечності, які можуть виникати у лікаря, пацієнта або його родичів.

Підготовка до оцінювання рівня конфліктності у взаєминах медичного персоналу та пацієнтів передбачала вирішення кількох методичних питань, зокрема визначення оптимальної кількості запитань анкети, їх змістового наповнення та способу оцінювання їх значущості. Для цього було проаналізовано наукові джерела, досвід аналогічних досліджень, а також проведено пілотне опитування щодо важливості потенційних критеріїв. Отримані результати дали змогу сформулювати низку вимог до анкети: її обсяг не має перевищувати приблизно 30 запитань; формулювання повинні бути чіткими й доступними для розуміння; запитання мають охоплювати ключові медичні та організаційні аспекти, що можуть бути об'єктивно оцінені як лікарями, так і пацієнтами; анкетування повинно бути суцільним; учасникам необхідно забезпечити можливість висловити власну думку. Регулярність обробки анкет – щомісячно, із подальшим узагальненням щокварталу, раз на пів року та за підсумками року – є обов'язковою умовою лише у разі постійного моніторингу рівня конфліктності. У межах проведеного дослідження були дотримані перші чотири принципи, достатні для отримання достовірної та репрезентативної інформації.

Для оцінювання рівня конфліктності у міжособистісній взаємодії лікарів та пацієнтів КНП «ЦПМСД» ТМР було проведено цільове анкетне опитування. До участі залучено дві групи респондентів: перша група – 50 медичних працівників закладу (69% – лікарі, 31% – представники середнього медичного персоналу) та друга група – 50 пацієнтів, які отримують первинну медичну допомогу. Анкета була структурована за блоковим принципом: вступний блок містив нейтральні запитання, що налаштовували респондентів та зменшували психологічне напруження; основний блок охоплював цільові питання, спрямовані на оцінку рівня конфліктності; завершальний – включав соціально-

демографічні характеристики.

Під час розроблення анкети було використано елементи методики діагностики особистісної агресивності та конфліктності Є. П. Ільїна і П. А. Ковальова, а також методику експрес-оцінювання поведінкових реакцій у конфліктних ситуаціях, запропоновану Н. П. Фетіскіним, В. В. Козловим та Г. М. Мануйловим. Формулювання запитань було адаптовано таким чином, щоб уникнути подвійного заперечення, неоднозначності та запитань, які можуть спричинити навідний ефект. Загальна кількість запитань в анкеті становила 20 позицій, що відповідає методичним рекомендаціям щодо оптимального обсягу інструментарію для дослідження конфліктності.

Першим етапом аналізу став розгляд частоти контактів лікарів із пацієнтами, оскільки інтенсивність взаємодії є одним із базових чинників виникнення конфліктів. Результати опитування, що відображають характер та регулярність комунікації медичних працівників із пацієнтами, подано у табл. 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Частота контактів медичного персоналу КНП «ЦПМСД» ТМР з пацієнтами (за результатами опитування)**

№ 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 проведеного опитування

Наступним етапом оцінювання рівня конфліктності у взаємодії лікарів та пацієнтів КНП «ЦПМСД» ТМР стало дослідження рольової участі пацієнтів у лікувальному процесі, оскільки ступінь залученості пацієнта до прийняття медичних рішень нерідко визначає характер комунікації та потенційні точки напруження. Аналіз цього аспекту дозволяє з'ясувати, наскільки пацієнти прагнуть брати активну участь у лікуванні, чи довіряють лікарям, чи намагаються самостійно контролювати процес медичної допомоги, що, у свою

чергу, може як знижувати ризики конфліктів, так і навпаки — їх провокувати. Узагальнені результати відповідей респондентів щодо їхньої участі у лікувальному процесі подано в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

### Ролі пацієнтів в процесі взаємодії з лікарями в КНП «ЦПМСД» 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 проведеного опитування

Аналіз даних, наведених у табл. 2.3, засвідчує, що ступінь участі пацієнтів у лікувальному процесі є вагомим чинником, який впливає на характер взаємодії з лікарями та потенційний рівень конфліктності. Отримані результати демонструють, що значна частина пацієнтів прагне активної участі у прийнятті медичних рішень, потребує роз'яснень та очікує детальної інформації про методи лікування, що узгоджується із сучасною моделлю партнерської взаємодії «лікар–пацієнт». Водночас частина респондентів виявляє пасивну позицію, перекладаючи відповідальність на медичного працівника, що може знижувати ризик суперечностей, але створює додаткове навантаження на лікаря. Такий розподіл свідчить про необхідність розвитку індивідуалізованих комунікаційних стратегій, що враховують рівень поінформованості, готовність пацієнта до співпраці та його очікування. Зрештою, результати таблиці підтверджують, що партнерська комунікація і належний рівень інформування суттєво зменшують ймовірність виникнення конфліктів у процесі взаємодії.

Аналіз результатів анкетування медичних працівників дозволив визначити загальну картину їхньої стійкості до конфліктних ситуацій. Встановлено, що 8,2% опитаних характеризуються високим рівнем конфліктності, а ще 27,8% мають виражену тенденцію до конфліктних реакцій. Переважна частка медичного персоналу – 58,7% – продемонструвала середній

рівень конфліктності, тобто помірну емоційну чутливість до стресових ситуацій. Лише 5% респондентів виявили високий рівень конфліктостійкості, що свідчить про їхню здатність ефективно контролювати поведінку в напружених умовах.

У групі пацієнтів спостерігається дещо інша структура конфліктної поведінки. Так, 10,9% опитаних мають високий рівень конфліктності, ще 32,7% – виражену конфліктність, тоді як 50,5% респондентів продемонстрували середній рівень. Лише 5,9% пацієнтів характеризуються високою конфліктостійкістю, тобто здатністю конструктивно реагувати у ситуаціях напруженої комунікації. Узагальнені результати розподілено у табл. 2.4.

Таблиця 2.5

**Рівень конфліктостійкості медичних працівників та пацієнтів  
в КНП «ЦПМСД» 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 проведеного опитування

Аналіз результатів дослідження поведінкових стратегій у конфліктних ситуаціях показав, що як медичні працівники, так і пацієнти схильні обирати тактики, спрямовані на зниження напруженості взаємодії. Загалом відстежується тенденція до уникнення відкритого протистояння, пошуку компромісних рішень та збереження конструктивного контакту, що значною мірою залежить від індивідуального рівня конфліктності та конфліктостійкості респондентів.

У групі медичних працівників домінують такі моделі поведінки: примирення – 37,1%, компроміс – 34%, м'який стиль (співпраця) – 9,3%, уникнення – 13,4%, жорсткий стиль – 6,2%. Це свідчить про прагнення

більшості фахівців до збереження робочого контакту з пацієнтом та мінімізації конфліктного напруження.

У групі пацієнтів переважають такі стратегії поведінки: примирення – 30,7%, компроміс – 29,7%, м'який стиль (співпраця) – 22,8%, уникнення – 5,9%, жорсткий стиль – 10,9%.

Порівняльний аналіз показує, що пацієнти частіше, ніж медичні працівники, обирають співпрацю (м'який стиль), але водночас демонструють дещо вищу схильність до жорсткої лінії поведінки. Узагальнені результати відображені у табл. 2.5.

Таблиця 2.6

**Тактика поведінки у конфліктних ситуаціях медичних працівників та пацієнтів в КНП «ЦПМСД» 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 проведеного опитування

Результати дослідження засвідчили, що соціально-демографічні та психологічні характеристики медичних працівників і пацієнтів у контексті конфліктної взаємодії мають певні спільні риси, проте рівень конфліктності проявляється у них по-різному. Серед пацієнтів до групи підвищеного ризику конфліктної поведінки найчастіше належать особи старшого віку – передпенсійного та пенсійного, які характеризуються нижчим освітнім рівнем (14% – середня освіта, 70% – середньоспеціальна, 16% – вища). Важливим чинником є й особисте життя: значна частка опитаних перебуває у розлученні (32%), живе в незареєстрованих стосунках (19%) чи у повторному шлюбі (12%), що може свідчити про нестабільність соціально-емоційного фону. Аналіз житлових умов показав, що більшість таких пацієнтів проживає у власних квартирах (60%), проте частина респондентів має значно скромніші

умови – лише 6% володіють приватним будинком, а 5% проживають у будинку без елементарних зручностей. Особливою є ситуація з доходами: у 94% опитаних рівень доходу на одного члена сім'ї відповідав прожитковому мінімуму, а у 6% – був нижчим від нього, що суттєво обмежує доступ до платних або частково платних медичних послуг та якісних лікарських засобів.

У групі медичних працівників освітній рівень виявився вищим: 32,9% мають середньоспеціальну освіту, а 67,1% – вищу. Сімейний стан розподілений таким чином: у шлюбі перебувають 47,4% респондентів, 12% – у повторному шлюбі, 34% – розлучені, а 20% – у незареєстрованих стосунках. Житлові умови медичних працівників загалом є більш сприятливими: 92,7% мають окреме житло, 5% – приватний будинок, і лише 2,3% проживають у будинку без зручностей. Сукупність отриманих даних дозволяє зробити висновок, що ініціаторами конфліктних ситуацій у медичній практиці частіше виступають пацієнти, для яких характерні низькі доходи, обмежений доступ до медичних послуг та менш комфортні житлові умови, що підвищує рівень їх соціальної напруженості та емоційної вразливості.

Попри те, що конфліктні ситуації частіше ініціюють пацієнти, результати дослідження також свідчать, що до конфліктів нерідко долучаються й лікарі з високою професійною підготовкою. Навіть значний досвід роботи та усвідомлений вибір медичної професії не завжди забезпечують емоційну стійкість у напружених умовах взаємодії з пацієнтами. Одним із ключових чинників, що впливає на психологічний стан лікарів і може провокувати конфліктні реакції, є низький рівень оплати праці, який спричиняє хронічне відчуття незадоволеності, втому й зниження толерантності у процесі професійної комунікації.

Конструктивне врегулювання конфліктів можливе лише за умови налагодженого діалогу між сторонами. Уникнення конфлікту не лише не вирішує проблему, а й часто призводить до її загострення, тому така стратегія є методологічно хибною. В умовах впровадження пацієнт-орієнтованої моделі медичної допомоги особливого значення набуває здатність медичного

персоналу використовувати конфлікт як ресурс — для виявлення проблем, покращення взаєморозуміння та зміцнення партнерських відносин у межах колегіальної взаємодії «лікар–пацієнт».

Слід враховувати, що більшість конфліктів у медичній практиці виникають на тлі так званої «важкої ситуації», яка супроводжує процес отримання медичної допомоги. Пацієнт опиняється у стані психологічної напруги, стурбованості за власне здоров'я, обмеження звичних умов життя та діяльності. Усе це створює передумови для емоційних реакцій, підвищеної чутливості та схильності до суперечок. Якщо такі ситуації вчасно не ідентифікувати і не врегулювати, вони швидко трансформуються у відкритий конфлікт.

Зростання поширеності психосоматичних розладів, стресових станів, поведінкових порушень та емоційної дезадаптації серед населення посилює потребу у підготовці фахівців, здатних ефективно працювати з пацієнтами у кризових ситуаціях. Це стосується не лише медичних психологів, а й лікарів первинної ланки, які є першими учасниками взаємодії, де можуть формуватися або, навпаки, згладжуватися потенційні конфлікти.

Отже, зниження рівня конфліктності у взаєминах медичних працівників та пацієнтів потребує цілеспрямованого розвитку психологічної компетентності персоналу. Важливим напрямом роботи є набуття медичними працівниками навичок конструктивного вирішення конфліктних ситуацій, ефективної комунікації та управління емоційними реакціями пацієнтів, що сприятиме формуванню культури довірливої та партнерської взаємодії у системі первинної медичної допомоги.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕТИЧНИХ НОРМ В ПРОЦЕСІ ВЗАЄМВІДНОСИН ЛІКАРЯ ТА ПАЦІЄНТА В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **3.1. Стратегічні підходи до управління взаємовідносинами лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я**

Серед сучасних підходів до формування системи управління розвитком закладів первинної медичної допомоги особливої актуальності набуває стратегія управління взаємовідносинами з пацієнтами, яка дедалі частіше розглядається як базовий елемент менеджменту закладу охорони здоров'я. У своїх дослідженнях П. Блай і Д. Терк підкреслюють, що традиційне сприйняття CRM лише як технологічного інструменту або як набору процедур, пов'язаних із впровадженням певного ІТ-рішення, поступово відходить у минуле. Натомість CRM визнається стратегічною платформою, яка охоплює й інтегрує ключові процеси діяльності організації, забезпечує цілісність управлінських рішень та формує довгострокові відносини з клієнтами – у випадку КНП «ЦПМСД» ТМР – із пацієнтами та їхніми родинами.

У науковій літературі представлені різні підходи до трактування сутності CRM-стратегії, і кожен із них визначає власний набір цілей та механізмів реалізації. Для закладів первинної медичної допомоги важливо оцінити потенціал таких підходів з погляду використання їх як основи для стратегії управління міжособистісною взаємодією сімейного лікаря та пацієнта. Це особливо актуально для КНП «ЦПМСД» ТМР, де інтенсивність та регулярність контактів між лікарем і пацієнтом формують основу ефективності надання медичних послуг.

Згідно з концепцією Дж. Кіркбі, діяльність установи має бути сфокусована на пацієнтові та його потребах. Автор наголошує, що CRM-стратегія покликана забезпечити перехід від загальних фінансово-економічних цілей організації до конкретних операційних механізмів, які реалізуються

через систему керування взаємовідносинами з клієнтами. У контексті КНП «ЦПМСД» ТМР CRM можна розглядати як комплексну діяльність, спрямовану на підвищення цінності пацієнтів для закладу, забезпечення їхнього задоволення якістю послуг та формування довгострокової довіри. Це передбачає управління «портфелем пацієнтів» (з урахуванням демографічних, медичних та соціальних особливостей), удосконалення пацієнтського досвіду, а також структурні зміни всередині закладу задля більшої відповідності його роботи стратегічним цілям розвитку. Кіркбі також наголошує на необхідності формування системи ключових показників ефективності, що відображають якість взаємодії «лікар–пацієнт» і реальний рівень задоволеності пацієнтів медичними послугами.

У концепції А. Пейна та П. Фроу стратегія CRM розглядається як механізм узгодження загальної стратегії організації з її клієнтською орієнтацією. Такий підхід не обмежується звичайним поділом клієнтів на сегменти, а передбачає ідентифікацію найбільш важливих груп клієнтів та визначення того обсягу цінності, який має бути для них створено. На відміну від поглядів Дж. Кіркбі, акцент зміщується з виключної орієнтації на потреби клієнта до пошуку оптимального балансу між цілями закладу та очікуваннями пацієнтів. Важливими елементами реалізації CRM у трактуванні Пейна та Фроу є формування стратегічного бачення комунікацій із клієнтами, інтеграція CRM у загальну систему управління закладом, а також персоналізація послуг для ключових цільових груп. Для КНП «ЦПМСД» ТМР це може означати адаптацію маршрутів пацієнта, впровадження моделі диференційованого супроводу пацієнтів із хронічними захворюваннями, оптимізацію запису на прийом та інших сервісних процесів відповідно до потреб різних категорій відвідувачів.

У дослідженні Е. Пілени (2009 р.) [60] встановлено взаємозв'язок між фінансовими результатами діяльності організації та рівнем лояльності клієнтів. Авторка обґрунтовує, що стратегічні орієнтири у сфері взаємовідносин із клієнтами повинні трансформуватися в чіткі та вимірювані

операційні завдання, які дозволяють забезпечити персоніфікований підхід до кожного клієнта. Для закладу первинної медичної допомоги це означає необхідність переходу від декларативної орієнтації на пацієнта до впровадження конкретних інструментів підвищення лояльності, таких як зворотний зв'язок, регулярна оцінка задоволеності пацієнтів, адаптація комунікаційних каналів та підвищення прозорості процесів надання медичних послуг.

У роботі В. Кумара та В. Рейнарца CRM-стратегія вперше розглядається через призму повного життєвого циклу взаємодії з клієнтом. Такий підхід суттєво змінює парадигму управління, оскільки передбачає формування системи комунікацій, заснованої на принципі безперервності – від першого контакту пацієнта із закладом охорони здоров'я до періоду тривалого спостереження. Додатково автори підкреслюють необхідність розвитку стратегічних взаємовідносин не лише з пацієнтами, але й з усіма зацікавленими сторонами (стейкхолдерами), серед яких медичний персонал, адміністрація, органи місцевого самоврядування, страхові компанії, постачальники медичних виробів та лабораторні служби. Для КНП «ЦПМСД» ТМР інтеграція цього підходу означає формування цілісної моделі взаємодії із пацієнтом на всіх етапах надання допомоги, удосконалення комунікаційних каналів, налагодження партнерства з різними групами стейкхолдерів та забезпечення стабільності сервісу в умовах багатокomпонентної взаємодії.

Серед сучасних підходів до формування стратегій CRM особливу увагу привертає концепція Ф. Баттла та С. Маклана, яка, на відміну від попередніх моделей, робить акцент не лише на клієнтській орієнтації, а на комплексному узгодженні поведінки персоналу, бізнес-процесів, технологічних рішень та практик взаємодії з клієнтами. Стратегія CRM у цьому підході трактується як системна діяльність, що дозволяє закладу досягати бажаних результатів у сфері побудови відносин з клієнтами за умови гармонізації всіх елементів організаційної структури. Ключовою відправною точкою науковці визначають ситуаційний аналіз, який дає змогу оцінити фактичний стан взаємодії

організації з клієнтами, рівень її технологічної зрілості та потенціал для трансформації бізнес-процесів. Для закладу первинної медичної допомоги, такого як КНП «ЦПМСД» ТМР, подібний підхід є особливо релевантним, оскільки дозволяє системно оцінити весь спектр комунікацій між лікарем та пацієнтом – від первинного звернення до тривалого динамічного спостереження.

На основі проведеного аналізу наукових напрацювань у сфері CRM можна виділити базові елементи, які доцільно враховувати при формуванні стратегії управління взаємодією з пацієнтами у закладі охорони здоров'я. До таких компонентів належать: чітко сформульоване стратегічне бачення взаємовідносин із пацієнтами; цілі, завдання та ключові фактори успіху системи пацієнтської взаємодії; моделі сегментації пацієнтів з визначенням основних точок контакту; матриця цінностей та алгоритми комунікацій для кожної групи пацієнтів; методика формування бізнес-кейсу CRM для обґрунтування впровадження системи; інструменти аудиту транзакцій взаємодії між пацієнтами та закладом; політика безперервної організаційної трансформації, що забезпечує адаптацію сервісів до змін запитів пацієнтів; система КРІ, яка дозволяє вимірювати ефективність роботи у сфері пацієнтських відносин (рис. 3.1).

Практична реалізація цих компонентів у медичній сфері найчастіше відбувається через спеціалізовані CRM-системи – PRM (англ. Patient Relationship Management) або Healthcare CRM, які поступово стають стандартом для закладів, орієнтованих на якісну первинну медичну допомогу. Технології PRM забезпечують централізоване середовище для зберігання та обробки даних про пацієнтів, об'єднують усі точки контакту в єдину структуру та дозволяють сформувати так звану карту шляху пацієнта. Такий підхід допомагає відстежувати повний цикл взаємодії з пацієнтом – від етапу звернення до завершення лікування – та оперативно реагувати на проблемні моменти, підвищувати сервісність, індивідуалізувати комунікації та забезпечувати сталий розвиток КНП «ЦПМСД» ТМР відповідно до сучасних

європейських практик [62].

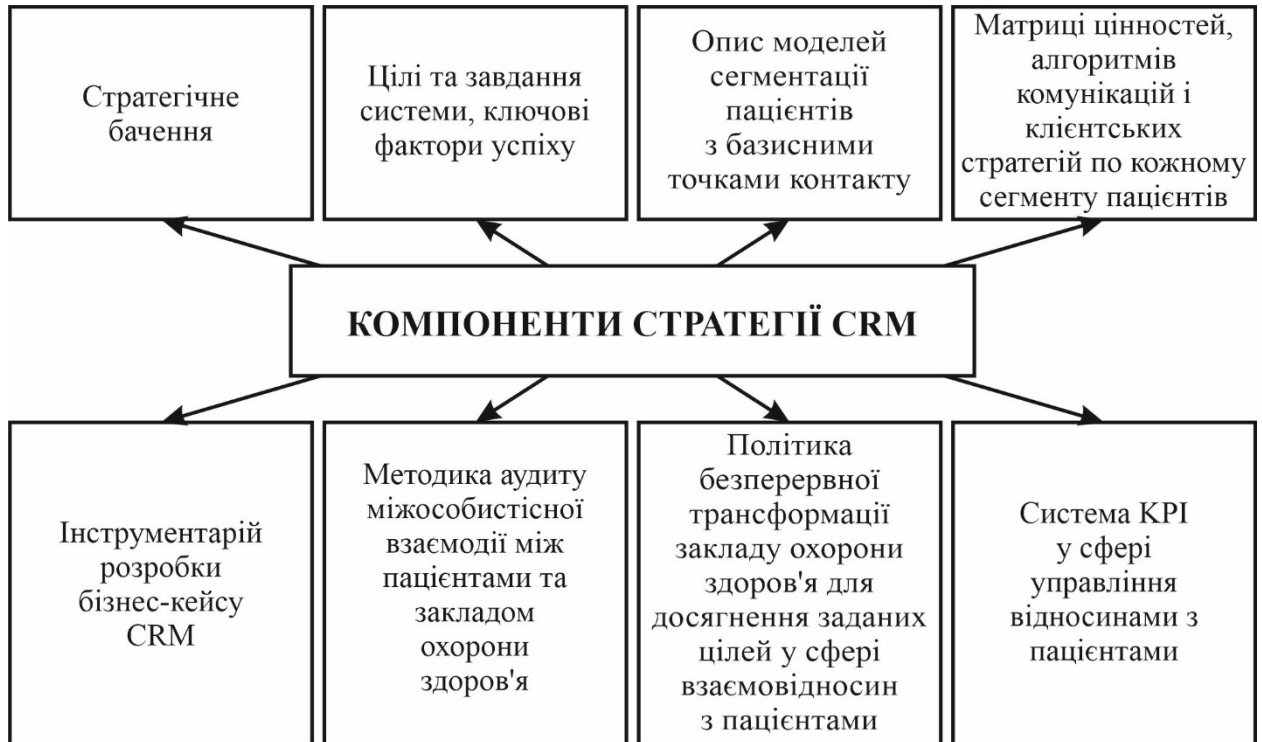


Рис. 3.1. Базові компоненти пропонованої стратегії CRM в роботі з пацієнтами КНП «ЦПМСД» ТМР

Примітка. Сформовано автором

Використання сучасних програмних платформ, спеціально розроблених для медичної сфери, відкриває для закладів охорони здоров'я можливість детально відстежувати траєкторію руху пацієнта (patient journey) як у межах закладу, так і за його межами. Такі системи накопичують дані про поведінку пацієнтів під час різних етапів отримання медичної допомоги, а подальший високоточний аналіз цих даних дає змогу сформувати комплексну картину взаємодії «лікар–пацієнт». Це забезпечує закладу охорони здоров'я можливість для своєчасного виявлення проблемних точок, оптимізації сервісів та підвищення якості комунікації на кожному етапі маршруту пацієнта.

До ключових переваг упровадження спеціалізованих PRM-рішень у закладі охорони здоров'я належать:

1. Підвищення рівня утримання пацієнтів. Системи PRM/CRM у медичній сфері дозволяють оперативно виявляти слабкі місця в організації

медичного обслуговування та ліквідувати їх на основі аналітичних інсайтів. Наприклад, якщо аналіз демонструє, що значна кількість пацієнтів не повертається після первинної консультації, це може свідчити про потребу перегляду комунікаційної стратегії або зміни процесів взаємодії. Своєчасні управлінські рішення дозволяють зменшити «відтік пацієнтів» та забезпечити їхню більшу прихильність до закладу.

2. Формування якісної персоналізованої комунікації. Завдяки доступу до структурованих профілів пацієнтів заклад може створювати індивідуалізовані інформаційні повідомлення, які сприятимуть підвищенню довіри та підтримці довготривалих стосунків. Наприклад, пацієнту, якому було рекомендовано ендопротезування, система може надсилати релевантну інформацію про кваліфікацію ортопедів закладу, результати лікування або графік консультацій. Такий підхід формує відчуття турботи, демонструє зацікавленість у стані здоров'я пацієнта та зменшує ризик його переходу до альтернативних медичних установ.

3. Стимулювання інформаційної залученості пацієнтів. Завдяки використанню даних, акумульованих у PRM-системі, заклад охорони здоров'я отримує можливість формувати персоналізований інформаційний супровід, який відповідає індивідуальним потребам конкретних пацієнтів. Наприклад, пацієнту з переломом кінцівки може бути запропонований онлайн-порадник щодо адаптації до нових умов повсякденного життя. Кожен подібний інформаційний контакт формує у пацієнта стійке позитивне сприйняття бренду закладу, що зміцнює довіру та підвищує рівень прихильності. Окрім того, PRM дає змогу визначити найбільш ефективні канали комунікації для різних груп пацієнтів, що дозволяє підвищити залученість, зменшити кількість пропущених прийомів та забезпечити загальне покращення результатів лікування.

4. Підвищення рівня задоволеності пацієнтів. Моніторинг взаємодії пацієнтів як під час перебування в закладі, так і поза його межами, надає медичному персоналу цінну інформацію для виявлення бар'єрів у розумінні

власного стану здоров'я та ускладнень, що можуть виникати в пацієнтів під час лікувального процесу. Доступ до повного цифрового профілю пацієнта дозволяє медичним працівникам оперативно реагувати на проблеми, актуальні саме в момент звернення, що істотно підвищує рівень задоволеності отриманою медичною допомогою та покращує загальну якість комунікації.

5. Покращення якості медичного догляду. PRM-системи автоматизують відстеження основних каналів комунікації та поведінкових патернів пацієнтів, що робить можливим адресне й своєчасне подальше спостереження за їхнім станом. Така персоналізація сприяє активнішій участі пацієнта у процесі лікування. Крім того, швидкий доступ медичного персоналу до інформації з профілю пацієнта дозволяє оптимально планувати графік прийомів, здійснювати розподіл ресурсів та коригувати лікувальні заходи з урахуванням актуальних потреб. У результаті підвищується безперервність медичного супроводу, зростає ефективність лікування та зміцнюється довіра до закладу охорони здоров'я.

6. Підвищення операційної ефективності закладу охорони здоров'я. Застосування PRM-технологій забезпечує централізоване накопичення та обробку інформації про пацієнтів, що суттєво оптимізує обмін медичними даними між структурними підрозділами. Система дозволяє автоматично інтегрувати відомості з електронних медичних карток у єдиний інформаційний простір, синхронізувати робочі процеси та впроваджувати стандартизовані алгоритми взаємодії. Це сприяє суттєвому скороченню часу на виконання рутинних операцій, зменшенню ймовірності помилок, підвищенню продуктивності персоналу й створює умови для масштабування підходів до управління відносинами з пацієнтами на рівні всього закладу.

Узагальнюючи проаналізовані переваги впровадження PRM-систем у діяльність закладів охорони здоров'я, можна стверджувати, що застосування цієї концепції, підкріпленої галузевими ІТ-рішеннями, створює передумови для оптимальної побудови алгоритмів комунікацій між медичною організацією та пацієнтом.

Ключовим елементом сучасних PRM-платформ є орієнтація на шлях пацієнта – комплекс взаємопов'язаних етапів та точок контакту, що формують досвід пацієнта від першого звернення до завершення лікування та подальшого спостереження.

Дана концепція розвинулася як логічне продовження моделі клінічного шляху, що передбачає стандартизацію лікувальних і управлінських процесів з метою підвищення якості медичних послуг. Використання моделі шляху пацієнта в PRM розширює її, додаючи акцент на комунікаційну взаємодію, персоналізацію інформації та підвищення рівня сервісу.

Історично підходи, орієнтовані на пацієнта, нерідко відступали на другий план через прагнення закладів зменшити витрати та покращити фінансові результати. Проте розвиток цифрових технологій і зростання потреби у залученні пацієнта до прийняття рішень зумовили перехід до нової парадигми – моделі, у центрі якої перебуває пацієнт та його досвід взаємодії із системою охорони здоров'я. Саме тому концепція шляху пацієнта сьогодні розглядається як стратегічна основа ефективної комунікаційної моделі «медична організація – пацієнт».

Етапи комунікаційного алгоритму, сформованого на основі концепції шляху пацієнта, вибудовуються відповідно до послідовності залучення пацієнта у процес отримання медичної допомоги. У межах цієї логіки можна виділити шість ключових стадій:

1. Формування обізнаності. Пацієнт здійснює первинну самооцінку стану здоров'я, аналізує власні симптоми, звертається до інтернет-ресурсів, соціальних мереж, тематичних форумів та онлайн-спільнот для пошуку інформації та уточнення можливих причин погіршення самопочуття.

2. Пошук допомоги. На цьому етапі відбувається перший контакт із закладом охорони здоров'я – через кол-центр, електронну пошту, месенджери, мобільні застосунки або інші канали комунікації. Саме тут заклад формує перше враження щодо якості сервісу.

3. Первинний догляд. Пацієнт отримує очну консультацію у медичного

працівника: проходить обстеження, оцінку стану, отримує попередній діагноз та рекомендації у кабінеті лікаря або іншому структурному підрозділі.

4. Лікування та подальший супровід. Включає призначення медикаментозної терапії, фізіотерапії, діагностичних процедур, амбулаторного або стаціонарного лікування. На цій стадії важливо забезпечити чіткість інструкцій та постійний зворотний зв'язок.

5. Модифікація поведінки / зміна способу життя. Пацієнт отримує рекомендації щодо профілактики, реабілітації, здорових звичок, що сприяють зниженню ризику повторних госпіталізацій та зміцненню здоров'я.

6. Безперервний догляд та випереджальне управління здоров'ям. Заклад охорони здоров'я організовує регулярний моніторинг стану пацієнта між візитами, забезпечує доступ до дистанційних консультацій, персоналізованих нагадувань та інструментів самоконтролю. Це допомагає пацієнту більш усвідомлено керувати власним здоров'ям та зберігати стабільність лікувального процесу.

Варто підкреслити, що залучення пацієнта не обмежується окремим візитом чи епізодом лікування. Це тривалий динамічний процес, який супроводжує пацієнта протягом усього життєвого циклу взаємодії із системою охорони здоров'я. Для багатьох медичних закладів він означає перехід від епізодичної допомоги до пацієнт-центричного підходу, у межах якого взаємодія розглядається як безперервний і системний процес.

Ключовою умовою формування ефективного алгоритму взаємодії між закладом охорони здоров'я та пацієнтом є забезпечення індивідуалізації комунікацій. Активне залучення пацієнтів передбачає використання персоналізованої інформації – демографічних характеристик, соціальних та психологічних особливостей, поведінкових моделей і стану здоров'я. Усі ці дані можуть акумулюватися та аналізуватися за допомогою PRM-рішень, що дозволяє медичним установам формувати цільові сценарії взаємодії.

Володіючи такою детальною інформацією, заклад охорони здоров'я отримує можливість розробляти та реалізовувати багатоканальні

комунікаційні кампанії, орієнтовані на різні групи пацієнтів: конкретні вікові категорії, осіб із хронічними захворюваннями, групи ризику чи пацієнтів зі складними діагнозами. Це сприяє більш глибокому залученню пацієнтів до процесу лікування та підвищує їх мотивацію дотримуватися рекомендацій медичного персоналу.

Важливо також, щоб заклад охорони здоров'я розумів, на якому етапі шляху пацієнта перебуває конкретна особа – етап обізнаності, первинного звернення, лікування, реабілітації чи профілактики. Це дає змогу прогнозувати потреби пацієнта, визначати можливі труднощі на кожному етапі лікування, аналізувати точки взаємодії та формувати релевантні персоналізовані повідомлення, які відповідатимуть індивідуальній ситуації пацієнта.

Таким чином, найбільш результативним підходом до побудови системної взаємодії «заклад охорони здоров'я – пацієнт» є впровадження рішень, що ґрунтуються на стратегічній моделі управління взаємовідносинами з пацієнтами. Такі рішення мають враховувати специфіку медичної сфери, особливості поведінки пацієнтів та передбачати наявність сучасних ІТ-інструментів, які підтримують кастомізовані канали комунікації й забезпечують адаптацію комунікацій на всіх етапах шляху пацієнта.

### **3.2. Алгоритм запобігання виникненню конфліктів в процесі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я**

З метою попередження виникнення та ескалації конфліктних ситуацій у процесі міжособистісної взаємодії медичного персоналу та пацієнтів у КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради доцільним є розроблення та впровадження чітких алгоритмів безконфліктної комунікації для найпоширеніших ситуацій взаємодії. Пропонується сформувані та затвердити такі алгоритми:

- 1) алгоритм ненапруженого спілкування з пацієнтом у реєстратурі, що врегульовує порядок надання інформації, дотримання черговості та вирішення типових непорозумінь.

2) алгоритм професійної взаємодії медичної сестри з пацієнтом, який визначає стандарти комунікації під час виконання процедур чи догляду.

3) алгоритм конструктивної комунікації на прийомі у сімейного лікаря, спрямований на забезпечення взаємоповаги, ясності пояснень та запобігання ескалації емоцій.

4) алгоритм реагування на пацієнта, який демонструє провокативну або конфліктну поведінку, що включає техніки деескалації та правила безпечного спілкування.

5) алгоритм взаємодії з родичами пацієнта, що регламентує межі інформування, правила комунікації у ситуаціях підвищеного емоційного напруження та порядок вирішення суперечностей.

Візуально узагальнений підхід до структури таких алгоритмів представлено на рис. 3.2.

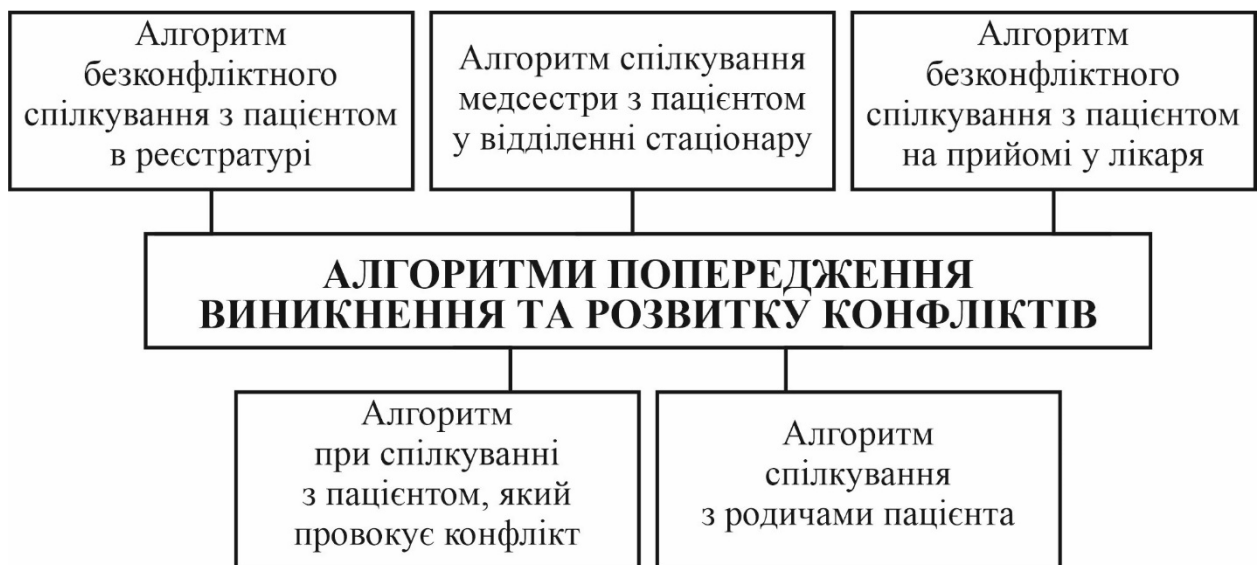


Рис. 3.2. Пропонований алгоритм запобігання виникненню конфліктів в процесі взаємодії лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я

Примітка. Запропоновано автором

Перший контакт пацієнта із закладом охорони здоров'я відбувається в реєстратурі, і саме на цьому етапі формується загальне враження про роботу установи. Від того, наскільки компетентно та доброзичливо працівник реєстратури організує комунікацію, залежить подальший характер взаємодії

пацієнта з медичним персоналом. Тому важливо, щоб спілкування в реєстратурі здійснювалося за чітким алгоритмом, спрямованим на попередження конфліктів та забезпечення позитивного досвіду пацієнта:

1. Формування доброзичливого першого контакту. Спілкування з пацієнтом починається з привітання, встановлення спокійного тону та демонстрації готовності допомогти. Працівник реєстратури має поводитися ввічливо, підтримувати доброзичливу атмосферу та створювати позитивне перше враження про заклад охорони здоров'я.

2. Надання інформації щодо прийому лікарів у доступній та чіткій формі. У відповідь на запитання пацієнта працівник реєстратури повинен зрозуміло пояснити час прийому лікаря, порядок звернення та номер кабінету, уникаючи професійного жаргону і забезпечуючи повноту інформації для уникнення непорозумінь.

3. Дотримання стандартів телефонної комунікації. Під час розмови телефоном працівник обов'язково представляється, називає заклад, свою посаду та прізвище. Уся інформація про графік роботи, порядок прийому та можливість запису повинна надаватися у ввічливій, неконфліктній формі, з повторенням ключових деталей для підтвердження розуміння.

4. Пояснення правил попереднього запису до лікарів-спеціалістів. Реєстратор пояснює алгоритм попереднього запису, уточнює наявність направлення від лікаря первинної ланки, перевіряє правильність даних у направленні та узгоджує з пацієнтом зручний день і час консультації, забезпечуючи ясність та уникнення плутанини.

5. Нагадування пацієнтові про ключові організаційні деталі прийому. Після вибору часу прийому працівник повторно повідомляє пацієнтові дату, годину та номер кабінету, уникаючи ризику пропусків або непорозумінь, що потенційно можуть створювати конфліктні ситуації в день прийому.

6. Забезпечення підготовки необхідних медичних документів. Реєстратор, у взаємодії з медичною сестрою, завчасно готує амбулаторні картки пацієнтів та іншу потрібну документацію, щоб прийом проходив

організовано й без затримок, що зменшує рівень напруги та усуває можливі джерела конфлікту з боку пацієнтів.

Встановлення ефективної міжособистісної взаємодії між медичними працівниками та пацієнтами значною мірою залежить від першого враження, адже воно найсильніше впливає на формування подальшого ставлення до закладу охорони здоров'я та персоналу, який у ньому працює. Пацієнт повинен одразу відчувати доброзичливість, щирість та готовність допомогти з боку медичних працівників. Саме тому алгоритм поведінки медичної сестри під час першого контакту у стаціонарному відділенні має бути чітко визначеним і включати такі дії: подивитися пацієнтові в обличчя, привітно посміхнутися та чемно привітатися; представитися, назвати своє ім'я та вказати свою посаду; уточнити ім'я пацієнта, щоб правильно до нього звертатися; коротко пояснити загальну ситуацію у відділенні та окреслити свою функцію в процесі лікування пацієнта; ознайомити пацієнта з умовами відділення та особливостями лікувально-охоронного режиму; провести пацієнта до палати, показати маршрут і вказати, яке саме ліжко закріплено за ним; перевірити стан палати та переконатися, що ліжко підготовлене для комфортного розміщення пацієнта; за необхідності познайомити пацієнта з іншими особами, які перебувають у тій же палаті.

Формат та якість безпосередньої комунікації лікаря з пацієнтом мають ключове значення для формування рівня задоволеності отриманою медичною допомогою та сервісом. Саме тому взаємодія під час прийому повинна бути максимально доброзичливою, неконфліктною та професійною. Алгоритм ефективного і безконфліктного спілкування лікаря з пацієнтом під час огляду передбачає такі послідовні дії: привітати пацієнта у ввічливій формі; створити атмосферу довіри та налагодити психологічний контакт; підготуватися до огляду, зокрема вимити руки та одягнути засоби індивідуального захисту; вислухати скарги пацієнта та уточнити деталі його звернення; зібрати анамнез (анамнез життя і захворювання, а також епіданамнез, алергологічний, гінекологічний анамнез та дані щодо спадковості); оцінити загальний стан

хворого та його самопочуття; провести зовнішній об'єктивний огляд; визначити психоневрологічний статус пацієнта; визначити тип статури; оглянути шкіру та слизові (оцінити колір, еластичність, наявність набряків, пропальпувати периферичні лімфовузли і молочні залози); перевірити функціональний стан опорно-рухового апарату – огляд, пальпація, оцінка об'єму рухів; виконати об'єктивне обстеження органів дихання (форма грудної клітки, залучення допоміжних м'язів, огляд зів, пальпація голосового тремтіння, перкусія та аускультация легень); дослідити органи кровообігу – огляд ділянки серця, вимірювання АТ та ЧСС, пальпація, перкусія та аускультация серця та судин; провести об'єктивний огляд органів травлення (стан порожнини рота, огляд живота, пальпація, перкусія – включно з визначенням розмірів печінки за Курловим і селезінки, аускультация); оцінити функцію органів сечостатевої системи (огляд, пальпація, перкусія нирок, аналіз сечовипускання, наявності ніктурії чи патологічних виділень); після завершення огляду знову вимити руки; сформулювати попередній діагноз; визначити необхідний перелік додаткових методів обстеження згідно з чинними клінічними протоколами; призначити лікування відповідно до протоколів діагностики та лікування; надати профілактичні рекомендації, включно з порадами щодо здорового способу життя, щеплень та профілактичних оглядів; узгодити з пацієнтом дату повторного візиту; здійснити повний запис результатів огляду в амбулаторній карті.

Пацієнти можуть потрапляти до закладу охорони здоров'я у різних психоемоційних станах, і в окремих випадках саме вони стають ініціаторами напружених ситуацій або відкритих конфліктів. Тому для роботи з такими пацієнтами необхідно мати спеціально сформований алгоритм дій. Під час взаємодії з пацієнтом, який демонструє провокаційну чи конфліктну поведінку, медичний працівник повинен діяти відповідно до такого переліку рекомендацій: сприймати комунікацію в умовах конфлікту як частину професійної діяльності, що може підвищувати ефективність роботи лікаря; завчасно підготуватися до зустрічі – впорядкувати робочий стіл, медичну

документацію, мати під рукою нормативні документи, а також подбати про охайний зовнішній вигляд та внутрішній емоційний настрій; привітати пацієнта та назвати свої прізвище, ім'я та посаду; звертатися до пацієнта коректно, на ім'я та по батькові, попередньо уточнивши ці дані за потреби; оцінити психоемоційний стан пацієнта, його готовність вести діалог та підібрати відповідну модель спілкування з урахуванням індивідуальних особливостей; уважно вислухати пацієнта, з'ясувати суть питання, фіксуючи основні моменти чи суперечливі твердження письмово, та за потреби ставити уточнювальні запитання; контролювати власні емоційні реакції, дотримуватися спокійного й професійного тону, не реагувати на агресивні або провокативні фрази; демонструвати готовність допомогти, підтримувати пацієнта, заспокоювати його та акцентувати увагу на можливості позитивного вирішення ситуації; на основі об'єктивного аналізу визначити причини та чинники, які стали передумовою конфлікту; вести розмову виключно в межах суті проблеми, спираючись на факти, спрямовуючи діалог у конструктивне русло, не допускаючи загострення суперечки; керувати перебігом бесіди, використовуючи стандартні питання або репліки для різних сценаріїв розвитку діалогу; делікатно звернути увагу пацієнта на сильні та слабкі сторони позицій кожної сторони конфлікту; займати чітку професійну позицію щодо суті питання, водночас залишаючись доброзичливим і лояльним до особи пацієнта; аргументовано представити власну точку зору та варіанти вирішення ситуації, пропонуючи конкретні кроки та формуючи спільне бачення розв'язання конфлікту; врегульовувати спірне питання виключно в межах своєї компетенції, а у разі виходу за її межі – залучати адміністрацію; коректно пояснити пацієнтові, чому певна проблема не може бути вирішена лікарем самостійно та потребує втручання керівництва; уточнити, чи має пацієнт додаткові запитання, та надати вичерпні відповіді; якщо вирішення ситуації потребує додаткового часу, погодити з пацієнтом подальший план дій, строки, формат повторного контакту; підсумувати результати бесіди, перевірити рівень задоволеності пацієнта попереднім рішенням і підкреслити готовність сприяти

подальшому розв'язанню проблеми; у разі потреби перервати розмову – зробити це ввічливо, обов'язково вибачившись і пояснивши причину; якщо конфлікт вирішити самостійно неможливо або поведінка пацієнта є агресивною чи неадекватною, негайно звернутися по допомогу до керівництва; коректно завершити розмову та попроситися; повідомити керівника підрозділу про факт виникнення конфліктної ситуації; проаналізувати отриманий досвід для подальшої профілактики подібних конфліктів і вдосконалення власних навичок.

У практиці роботи закладів охорони здоров'я лікарі нерідко вступають у комунікацію не лише з пацієнтами, а й з їхніми родичами. Ці розмови часто мають підвищене емоційне напруження, тому потребують чіткого дотримання визначеного алгоритму спілкування. У таких випадках рекомендовано дотримуватися наступної послідовності дій: розпочати контакт із чемного привітання та короткого самопредставлення, створивши доброзичливий тон бесіди; попросити співрозмовника назвати своє прізвище, ім'я та по батькові, а також уточнити ступінь родинного зв'язку з пацієнтом; чітко окреслити тему, мету та орієнтовну тривалість розмови, щоб уникнути непорозумінь; надати родичам інформацію про стан пацієнта у зрозумілій, лаконічній та коректній формі – описати тяжкість перебігу захворювання, основні патологічні процеси, можливі ускладнення, проведені та заплановані методи лікування, поточні результати та прогноз, а також заходи профілактики; за потреби пояснити медичні терміни, зважаючи на психоемоційний стан співрозмовників; уважно вислухати запитання родичів та надати вичерпні відповіді в межах професійної компетенції; переконатися, що надана інформація зрозуміла – запитати родича, як він інтерпретує почуте, вислухати його позицію та, за потреби, дати додаткові рекомендації чи уточнення; якщо бесіда набуває напруженого характеру або з'являються ознаки ескалації конфлікту, тактовно нагадати про необхідність дотримання взаємної поваги та продовжити розмову у конструктивному руслі; підсумувати ключові тези спілкування, подякувати за звернення, побажати одужання пацієнту, підкреслити надію на позитивний

результат лікування та наголосити, що за подальшої необхідності родичі можуть звернутися до закладу повторно.

Узагальнюючи викладене, впровадження та нормативне закріплення запропонованих алгоритмів комунікації забезпечить не лише своєчасне попередження можливих конфліктів між пацієнтами та медичними працівниками, але й ефективне врегулювання суперечок, які вже сформувалися та потребують оперативного реагування. Дотримання цих рекомендацій є обов'язковою умовою професійної взаємодії, оскільки воно мінімізує ризик виникнення стресових ситуацій у процесі виконання посадових обов'язків та допомагає медичним працівникам залишатися стійкими до провокативної або емоційно нестабільної поведінки пацієнтів.

## ВИСНОВКИ

Дослідження практики використання етичних норм у взаємовідносинах лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я, проведене на матеріалах КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради дозволило зробити наступні висновки та навести пропозиції.

1. В результаті дослідження поняття етики взаємовідносин лікаря та пацієнта встановлено, що етична взаємодія є базовою умовою формування довіри, задоволеності пацієнтів та якості медичних послуг. На основі аналізу наукових джерел, сучасних трактувань професійної етики та морально-правових норм охорони здоров'я з'ясовано еволюцію підходів до лікарської етики, охарактеризовано фундаментальні принципи гуманізму, автономії, справедливості, доброчинності й ненашкодження. Обґрунтовано, що саме етичні засади визначають стиль комунікації, поведінкові реакції лікаря та сприйняття медичної допомоги пацієнтом, що дало змогу сформулювати концептуальну основу для подальших етапів роботи.

2. В результаті дослідження моделей етики взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я виявлено, що сучасна медична практика переходить від патерналістської моделі до партнерської, заснованої на принципах пацієнт-орієнтованості. Проведений аналіз класичних та інноваційних моделей (гіппократівської, парацельсіанської, деонтологічної та біоетичної) дозволив ідентифікувати їхні ключові відмінності, переваги та обмеження, а також встановити, що найбільш ефективною у сучасних умовах є модель інформованої згоди та міжособистісного партнерства. Це дало змогу обґрунтувати актуальність упровадження стандартів комунікації та алгоритмів етичної взаємодії в практичну діяльність медичного персоналу.

3. В результаті проведення оцінювання стану дотримання етичних принципів лікарями досліджуваного закладу охорони здоров'я встановлено, що, попри загальний високий рівень професійної етики, існують проблемні аспекти, пов'язані з дефіцитом часу на прийомі, емоційною втомою та недостатнім рівнем комунікативної підготовки окремих фахівців. Опитування

лікарів КНП «ЦПМСД» ТМР дозволило виявити ключові етичні орієнтири медиків, чинники, що ускладнюють етичну взаємодію, а також ставлення до важливості професійної етики. Отримані дані стали інформаційною основою для визначення напрямів удосконалення поведінкових стандартів спілкування з пацієнтом.

4. В результаті здійснення аналізу рівня конфліктності взаємовідносин лікаря та пацієнта з'ясовано, що конфлікти виникають переважно на комунікативному рівні та пов'язані як з емоційним станом пацієнтів, так і з професійним навантаженням лікарів. За допомогою діагностичних методик виявлено ступені конфліктності, типові моделі поведінки в конфліктних ситуаціях, соціально-психологічні чинники напруженості та групи ризику. Ідентифіковано, що найбільш конфліктогенними є ситуації дефіциту інформації, перевантаженості лікарів, неузгодженості очікувань пацієнтів та неврахування їх психоемоційного стану. Це дозволило сформувати науково обґрунтовані рекомендації щодо зниження конфліктності у практичній діяльності.

5. У роботі сформовано стратегічні підходи до управління взаємовідносинами лікаря та пацієнта, що ґрунтуються на принципах пацієнт-орієнтованого менеджменту та сучасних CRM/PRM-підходах. Розроблена концепція включає формування стратегічного бачення комунікацій, сегментацію пацієнтів, планування точок контакту, стандартизацію комунікаційних процесів та впровадження системи безперервного вдосконалення взаємодії. Запропоновані підходи забезпечують підвищення якості медичних послуг, зменшення конфліктності та зміцнення довіри пацієнтів до медичного персоналу.

Окрім цього, у роботі обґрунтовано доцільність використання PRM-систем, які дозволяють переносити взаємодію з пацієнтом із площини ситуативної комунікації у площину стратегічного управління. Це передбачає моделювання «шляху пацієнта», визначення ключових точок ризику конфліктів, оптимізацію потоків інформації між лікарем і пацієнтом, а також

побудову персоналізованих сценаріїв комунікації залежно від типу звернення, віку, соціально-психологічних характеристик і анамнезу. Таким чином, стратегія взаємодії з пацієнтом перетворюється на цілісну систему управління якістю досвіду пацієнта, що забезпечує стійкий розвиток медичного закладу, підвищення лояльності та довіри пацієнтів і формує конкурентні переваги в умовах сучасних викликів сфери охорони здоров'я.

6. У роботі розроблено комплексний алгоритм запобігання виникненню конфліктів у процесі взаємодії лікаря та пацієнта, який охоплює комунікацію в реєстратурі, у стаціонарі, на прийомі, при роботі з агресивним пацієнтом та під час взаємодії з родичами. Запропоновані алгоритми містять чіткі інструктивні дії, поведінкові норми та заборони, що дозволяють лікарю зберігати професійну позицію, контролювати емоційний фон, мінімізувати ризик ескалації конфлікту та підтримувати високий рівень етичної комунікації. Їх упровадження сприяє покращенню якості медичного сервісу та психологічного комфорту обох сторін взаємодії.

Додатково підкреслено, що створені алгоритми не лише регламентують поведінку медичного персоналу, але й формують систему професійної комунікативної безпеки у закладі охорони здоров'я. Вони спрямовані на профілактику конфліктогенних ситуацій, формування психологічної готовності лікарів до роботи з пацієнтами різного типу, у тому числі емоційно нестабільними, тривожними та агресивними. Окрема увага приділена алгоритмам комунікації з родичами, які часто виступають «третім учасником» взаємодії та можуть як підтримувати лікаря, так і провокувати конфлікт. Розроблені моделі дозволяють забезпечити прозорість, чіткість, передбачуваність та етичність дій медичного працівника, що сприяє зниженню стресу персоналу, підвищенню довіри пацієнтів та створенню у закладі сприятливого середовища для ефективної медичної практики.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аболіна Т.Г., Нападиста В.Г., Рихліцька О.Д. та ін. Прикладна етика: навч. посібник; за наук. ред. В. І. Панченко. К. : Центр учбової літератури, 2012. 392 с.
2. Акельма В. Г., Сумець О. М., Кириченко О. С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навчальний посібник. К.: ВНЗ «Університет економіки та права» «КРОК», 2023. 255 с.
3. Алексеєнко А.П., Лісовий В.М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків, Колегіум. 2010. 340 с.
4. Біліченко О.В. Основи професійної етики медичних працівників: навчально-методичний посібник. Вінниця: «Твори», 2019. 224 с.
5. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон: Олди-плюс, 2020. 391 с.
6. Бралатан В.П., Гуцаленко І.В., Здирко Н.Г. Професійна етика: навч. посібник. К. : Центр учбової літератури, 2011. 251 с.
7. Гельсінська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/mu64021?an=2>
8. Грін О. Доступність медичної допомоги як гарантія безпеки пацієнта (крізь призму довіри пацієнта до лікаря). *Право та державне управління*. 2024. № 2. С. 527-534.
9. Дяків О.П., Островерхов В.М. Управління персоналом : навч.-метод. посіб. 2-ге вид., переробл. і доповн. Тернопіль : ТНЕУ, 2018. 288 с.
10. Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.мед.н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Житомир: ТОВ «Видарничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с.
11. Етичний кодекс лікаря України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>
12. Етичний кодекс медичної сестри. URL: [http://medmedsestrunstvo.blogspot.com/2016/03/blog-post\\_16.html](http://medmedsestrunstvo.blogspot.com/2016/03/blog-post_16.html)
13. Європейська хартія прав пацієнтів. Прийнята 15.11.2002 р. URL:

<http://www.patienttalk.info>

14. Єхалов В.В., Клигуненко М.М., Муризіна О.Ю. Медична деонтологія очима лікаря за фахом «Загальна практика – сімейна медицина». *Сімейна Медицина*. 2015. № 6. С. 33-35.

15. Єхалов В.В., Павлиш О.С., Єгоров С.В. Медична етика та деонтологія в практиці лікаря – дитячого анестезіолога. *Медицина невідкладних станів*. 2019. № 3 (98). С. 124-126.

16. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.

17. Желюк Т., Мацик В. Медичний туризм, нові напрями та можливості: макроекономічні та регіональні аспекти. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2021. Вип. 26. С. 17-27.

18. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2020. Вип. 25. С. 13-22.

19. Женевська декларація Всесвітньої Медичної Асоціації. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_001#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_001#Text)

20. Жовнерчук В., Голумбевська М. Моральна та юридична відповідальність за незаконне розголошення лікарської таємниці. *Журнал головної медичної сестри*. 2015. № 2. С. 42-47.

21. Жуковська А. Кадровий аудит як інструмент комплексної оцінки ефективності кадрового менеджменту. *Наука молода*. 2009. С. 21-27.

22. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30.

23. Жуковська А.Ю., Бречко О.В. Діючі технології та перспективні методики планування професійної кар'єри публічних службовців. *Український журнал прикладної економіки*. 2017. Том 2. № 4. С. 27-36.

24. Жуковська, А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66.

25. Казаков Ю.М., Треумова С.І., Боряк В.П., Чекаліна Н.І., Трибрат Т.А., Шуть С.В. Деонтологія і етика в клінічній практиці: навчальний посібник, частина 1. Полтава. 2014. 213 с.

26. Качайло К. Компоненти формування культури ділового спілкування у майбутніх лікарів у закладах вищої освіти. *Теорія і практика управління соціальними системами*. 2024. № 3. С. 40-51.

27. Копочинська Ю.В., Латенко С.Б. Основи деонтології: навчальний посібник. КПІ ім. Ігоря Сікорського. Київ, 2019. 87 с.

28. Кравченко В.Г. Етико-деонтологічні принципи в діяльності дерматовенерологів. *Медична етика*. 2020. Т. 12 № 1 (84). С. 44-46.

29. Левенець С.С. Медична етика і деонтологія: реалії і перспективи в роботі лікаря. *Медична освіта*. 2012. № 4. С. 87-90.

30. Марута Н. Особливості та роль комунікацій у закладах охорони здоров'я. *International Science Journal of Management, Economics & Finance*. 2024. № 3 (4). С. 127-137.

31. Мединська А.В., Коноваленко С.О. Особливості вербального спілкування медичного працівника і хворого. *Медсестринство*. 2016. № 2. С. 13-20.

32. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів; укл: Л. В. Гуліна, О. О. Зендик, Н. М. Козік. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110 с.

33. Міжнародний кодекс медичної етики. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990\\_002#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_002#Text)

34. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

35. Назар П.С., Віленський Ю.Г., Грандо О.А. Основи медичної етики. К.: Здоров'я, 2002. 344 с.

36. Новосад В.М. Етичні засади взаємовідносин лікаря та пацієнта під час надання медичних послуг. Інноваційні технології в менеджменті та

публічному управлінні: Наукова конференція молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу (м. Тернопіль, 27 листопада 2025 року). Тернопіль., ЗУНУ.

37. Новосад В.М. Етика взаємовідносин лікаря та пацієнта в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів: VI Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю (м. Збараж, 15 травня 2025 року»). ЗУНУ.

38. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я: навч. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.

39. Підручник з лікарської етики. Світове лікарське товариство / пер. з англ.; за ред. Л. Пирога. К.: Третє тисячоліття, 2009. 136 с.

40. Поплавська С.Д., Шатило В.Й. Науково-теоретичне дослідження комунікативної взаємодії у професійній діяльності медичних працівників. *Магістр медсестринства*. 2024. № 2 (30). С. 80-89.

41. Про клятву лікаря : Указ Президента України від 15.06.1992 р. № 349. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/349/92#Text>

42. Рогачевський О. П., Опря Є. В., Белозерцева-Баранова Ю. Є. та ін. Професійна комунікація. Протоколи спілкування «лікар – пацієнт» : навч. посіб.; за ред. проф. В. Г. Марічереда. Одеса: Олді+, 2024. 150 с.

43. Сенюта І.Я. Дефекти надання медичної допомоги: поняття і види. *Медичне право*. 2017. № 1 (19). С. 55-66.

44. Сліпченко Т. Лікарська таємниця – правові основи захисту. *Актуальні проблеми правознавства*. 2021. Вип. 2. С. 91-96.

45. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині: навчально-методичний посібник. Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. 60 с.

46. Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Farion, A., Karp, I., Kryvokulska, N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine). 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. pp. 346-349. URL:

<https://doi.org/10.1109/ACITT.2019.8779933>

47. Mykhalchuk, T., Zatonatska, T., Dluhopolskyi, O., Zhukovska, A., Dluhopolska, T., Liakhovych, L. Development of Recommendation System in e-Commerce using Emotional Analysis and Machine Learning Methods. 11th International Conference on Intelligent Data Acquisition and Advanced Computing Systems: Technology and Applications: IDAACS'2021. Conference Proceedings Cracow, Poland, September 22-25, 2021. P. 527-535. URL: <https://doi.org/10.1109/IDAACS53288.2021.9660854>

48. Shushpanov, D., Zheliuk, T., Zhukovska, A., Diakovich, L., Matsyk, V., Kotsur, A. Management of the Health Care System in the Conditions of Population Aging: Information, Analytical and Methodical Dimension. 11th International Conference on Advanced Computer Information Technologies ACIT'2021. Conference Proceedings Deggendorf, Germany, September 15-17, 2021. pp. 259-664. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT52158.2021.9548634>

49. Zheliuk T., Shushpanov D., Zhukovska A., Ostroverkhov V., Brechko O., Matsyk V. Digitalization as a Tool for Healthcare System Resilience. 14th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (16 October, 2024). Ceske Budejovice, Czech Republic, 2024, pp. 427-433. URL: <https://ieeexplore.ieee.org/document/10712616>

50. Zhukovska, A., Brechko, O., Zheliuk, T., Chyгур, O., Shushpanov, D., Nytko, O. Information System and Technologies in the Health Care Management. 12th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (26-28 September, 2022). Spišská Kapitula, Slovakia, 2022. pp. 249-254. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT54803.2022.9913132>

51. Zhukovska, A., Zheliuk, T., Shushpanov, D., Brych V., Brechko, O., Kryvokulska, N. Management of the Development of Artificial Intelligence in Healthcare. 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247. URL: <https://doi.org/10.1109/ACIT58437.2023.10275435>

52. Zhukovska A., Dluhopolskyi O., Zheliuk T., Shushpanov D., Brechko O.,

Kryvokulska N., Horiachko K. Silver economy: analysis of world trends and forecast for Ukraine. *Journal of Management Information and Decision Sciences*. 2021. Vol. 24 (7). P. 1-12.