

УДК 614.253

*В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Р.А. Грачев***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Донецкий Государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: конфликт, конфликтная ситуация, пациент, врач

Одним из основных принципов здравоохранения, провозглашенных Основами законодательства Украины о здравоохранении, является его гуманистическая направленность и обеспечение приоритета общечеловеческих ценностей над государственными, однако, современная система здравоохранения в Украине не позволяет в полной мере реализовать этот принцип [3]. Этому мешают: высокая корпоративность здравоохранения, закрытость и сокрытие информации о состоянии общественного здоровья, высокая централизация управления, неразвитость правовых взаимоотношений между всеми субъектами системы здравоохранения, а такие понятия, как права пациента, информированное согласие, конфиденциальность, автономность и приватность пациента, свобода выбора, право на отказ от лечения стали нивелироваться. Если медики представляют организованную корпоративную группу, требующую улучшения своего социального положения и состояния своей отрасли, (нередко игнорируя при этом интересы пациентов), то пациенты – намного более многочисленная группа лиц, но в то же время значительно хуже защищенная нашим государством. Всё это подготовило благоприятную почву для возникновения противоречий и развития открытых конфликтных ситуаций между пациентами и медперсоналом, что существенно сказывается на самом лечебно-диагностическом процессе и резко ухудшает качество медицинской помощи. Пациент в правовом смысле, по сути, ничем не отличается от всех остальных потребителей различных немедицинских услуг. Он обладает тем же правом на качество и безопасность предоставляемой ему медицинской помощи, на выбор исполнителя, на информацию об услугах, на возмещение вреда и т. д.

В системе правоотношений между медицинскими работниками и их пациентами могут возникать конфликты и, так называемые, медицинские происшествия, требующие медико-правовой

и юридической оценки. Статистика медицинских ошибок и вреда, причиненного пациентам медицинским персоналом, не известна. Тем не менее, опыт свидетельствует о том, что «жертвы» медицинского вмешательства желают [2]:

- адекватного объяснения случившегося;
- извинений, если это необходимо;
- уверенности в том, что происшедшее с ними для медработников послужило уроком и подобное не должно повториться с другими;
- своевременной и адекватной компенсации причиненного здоровью вреда.

Предпосылок возникновения конфликта множество [3]. Они могут быть объективными и субъективными. К объективным предпосылкам относятся нарушения медперсоналом деонтологических норм и очевидные дефекты диагностики и лечения. Субъективные предпосылки заключаются в своеобразном психологическом состоянии многих пациентов. Известно, в частности, что процесс оказания медицинской помощи относится к категории «трудных» для больного ситуаций, сопровождающихся стрессогенными влияниями и отрицательными переживаниями. Эти ситуации, как правило, сопровождаются осознанием личностью угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации целей, состоянием психической напряженности, заметным изменением привычных параметров деятельности и общения. С другой стороны, predisпозицией конфликта могут быть определенные личностные особенности пациента в виде претенциозности, повышенной обидчивости, недоброжелательности и т.п.

Непосредственными причинами конфликтов могут быть следующие обстоятельства: неудовлетворенность пациента конечным результатом лечения; деонтологические просчеты мед. персонала; реальные дефекты медицинской помощи; ятрогенные обстоятельства, прямо или косвенно связанные с причинением пациенту вреда, как последствия его взаимодействия с меди-

цинским персоналом во всех ятрогенных сферах – диагностической, тактической, лечебной, лечебно-деонтологической, организационной. К ятрогенным относятся действия или бездействия медперсонала, вызывающие душевные или физические страдания пациента, куда можно отнести:

1. Ухудшение состояния здоровья пациента в связи с исполнением медперсоналом профессиональных или должностных обязанностей (появление отрицательной динамики заболевания с переходом его в более тяжелую стадию; развитие осложнений данного заболевания, что также свидетельствует об утяжелении состояния больного; появление новых симптомов или заболеваний, связанных с побочным действием лекарств при наличии противопоказаний у пациента к этим препаратам. Исключением может быть назначение медикаментов по жизненным показаниям, в urgentных случаях, когда сбор анамнеза невозможен, а также при паллиативном лечении при условии, что от назначенного препарата больше пользы, чем вреда, при этом о возможных осложнениях пациента необходимо проинформировать и т. д.).

2. Страдания и переживания пациента, связанные с раскрытием врачебной тайны.

3. Отклонение от медицинских стандартов, общепринятых правил и нормативных актов связанных, например, с осуществлением некоторых обследований без согласия на то больного в предусмотренных законом случаях (взятие анализа крови на ВИЧ без согласия больного и др.)

4. Смерть пациента как ятрогенный неблагоприятный исход медицинской помощи.

Однако существуют неятрогенные неблагоприятные исходы медицинской помощи, которые предлагается классифицировать следующим образом: [2]

1. Причинение вреда здоровью в сочетании с грубой неосторожностью больного в процессе лечения.

2. Возникновение вреда здоровью (истинного или мнимого) в период оказания помощи при наличии умысла больного.

3. Возникновение вреда здоровью вследствие нарушения правил пользования результатами медицинской услуги (например, невыполнение врачебных рекомендаций после оперативного вмешательства).

4. Оказание медицинской помощи без объективно установленного вреда здоровью пациента.

5. Возникновение вреда здоровью в период оказания медицинской помощи, но вне связи с ней.

6. Возникновение вреда здоровью от дей-

ствий третьих лиц в период оказания медицинской помощи.

Таким образом, понятие «вред здоровью» не должно восприниматься как эквивалент неминуемого наступления ответственности.

Однозначное отношение к факту вреда, причиненного здоровью пациента (ятрогении), как виновных действий врача, порождает сложный комплекс действий, направленных на защиту от ятрогений. В фундаментальном научном исследовании Ю.Д.Сергеева и С.В.Ерофеева [2] приводятся основные особенности лечебно-диагностического процесса, свидетельствующие о «превентивном» (защитном) поведении медицинского персонала:

- немотивированный отказ от выполнения сложных инвазивных диагностических методов;
- назначение чрезмерного объема обследований;
- уклонение от лечения тяжелых больных;
- выбор менее сложных, ортодоксальных методик вмешательств;
- отказ от оперативного лечения хронически больных;
- затягивание подготовки к операции;
- организация необоснованных консультаций и консилиумов;
- очевидный конформизм в лечении и диагностике;
- необоснованное направление в другие ЛПУ.

Врач часто останавливается перед выбором: избрать безопасную, но менее эффективную или рискованную, но более эффективную тактику медицинской помощи. В первом случае опасения ятрогенных последствий и ответственности врача ограничивают права пациента на получение наиболее эффективной помощи. Вот почему со стороны государства очень важно обеспечить полноценную юридическую защиту прав и законных интересов медперсонала и пациентов.

Конфликт возникает в процессе общения и взаимодействия врача и пациента между собой, если они не совсем правильно понимают друг друга. Конфликтные ситуации не возникают сами по себе, источниками всегда служит несогласование целей, мнений, взглядов. Необходимыми [1] и достаточными условиями возникновения конфликта являются наличие противоположно направленных мотивов или суждений. Таким образом, под конфликтом принято понимать активные взаимонаправленные действия каждой из конфликтных сторон для реализации своих целей, окрашенные сильными эмоциональными переживаниями.

В происхождении конфликтов между медперсоналом и пациентом большую роль играет переработка больным информации, связанной с ситуацией болезни и лечения (внутренняя картина болезни по Р.А.Лурия) [6]. Внутренняя картина болезни (ВКБ) – «это комплекс вторичных психологических по своей природе симптомов заболевания, который в ряде случаев может осложнять течение болезни, препятствовать успешности лечения и тормозить ход реабилитации. Этот вторичный комплекс сам по себе может стать источником стойкой инвалидизации больного. Важным ситуационным фактором, формирующим ВКБ, становится вся ситуация лечения: тяжесть и длительность процедур, степень зависимости больного от медицинской аппаратуры и персонала, содержание и стиль взаимоотношений больного с медперсоналом».

Как известно, в соответствии с классификацией А.Е.Личко и Н.Я.Ивановой [7], - выделяют 12 типов отношения к болезни. Для удобства их можно разделить на конфликтные (т. е. те, которые предвзято или враждебно настроены к окружающему миру, близким людям, медперсоналу) и неконфликтные (не вступающие в конфликт без видимой причины, терпимые или доброжелательные к окружающим, не видящие в них источник своих проблем).

К конфликтным типам можно отнести: тревожный, ипохондрический, неврастенический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, дисфорический, а к неконфликтным - гармоничный, эргопатический, анозогностический, меланхолический и апатический [3]. Далеко не всегда типы отношения к болезни встречаются в чистом виде, возможна комбинация нескольких типов во внутренней картине болезни индивида с возможным преобладанием какого-то одного типа. С помощью соответствующих вопросников или во время беседы врач может определить или предположить, к какому типу относится его пациент, что необходимо для возможного прогнозирования поведения больного, нахождения объяснения его действиям и поступкам и дальнейшего планирования своего общения с пациентом. Логично, что каждый человек реагирует на возникновение заболевания по-разному: это зависит от тяжести его состояния, опасности для жизни и деятельности поставленного диагноза, общения с врачом и веры в него, знаний пациента по данной проблеме, а также от индивидуальных психических свойств личности самого пациента, типа его высшей нервной деятельности. С учетом этих и многих других аспектов

формируется внутренняя картина болезни, т. е. то, как пациент оценивает свое заболевание. Столкнувшись с пациентами конфликтного типа, врач должен быть готов к возможным вопросам, требованиям, обвинениям, недовольствам. Закономерно предположить, что именно такие больные или их родственники вероятнее всего пойдут на конфликт с медперсоналом, прибегнут к решению своих проблем через суд и будут отстаивать свое право на возмещение им ущерба. Отсюда вывод: такие пациенты требуют особого к себе внимания и во избежание конфликта врач должен приложить немало усилий, чтобы завоевать доверие этих пациентов и добиться у них желаемых результатов терапии.

Знание врача о большей вероятности развития конфликта с данным пациентом, чем с другими, поможет ему своевременно построить правильное общение с пациентом и его родственниками, поставить в известность заведующего отделением, более внимательно отнестись к заполнению медицинской документации и тем самым предупредить развитие конфликта, а в случае его возникновения быть готовым разрешить его в досудебном или судебном порядке.

Не исключено, однако, что участником конфликта станет не больной, а его родственники (например, родители детей дошкольного возраста или подростков). В подобной ситуации врачу рекомендуется проводить беседы не только с детьми, но и ставить в известность родителей, с их согласия проводить обследования и манипуляции детям, ставить родителей в известность о характере заболевания у ребенка, возможных осложнениях и побочных действиях лекарств. Поступая таким образом, врач обезопасит себя и предупредит возможное развитие конфликта. Однако, даже когда пациент – взрослый человек и самостоятельно может принимать решения, родственники зачастую принимают активное участие в его судьбе, заботятся о нем, хотят быть в курсе состояния его здоровья, желают убедиться правильно ли назначена терапия, компетентен ли врач и любая новая жалоба пациента, его страдания, немолкаемая боль – расцениваются ими как невнимательность, ошибка или бездеятельность врача. И чтобы добиться справедливости и заставить врача действовать – родственники больного могут вступать в конфликт с врачом и другим медперсоналом, обращаться с жалобами к заведующему отделением и даже предъявлять иски в суд. Важную роль в подобных случаях играют сложившиеся отношения между врачом и пациентом, так как сам пациент

как никто другой может повлиять на мнение своих родственников и сформировать у них отношение к своему лечащему врачу, очень важен здесь и авторитет врача, мнение о нем других больных, вера пациента в доктора и в назначенное им лечение. Отсюда следует, что только сам врач, как профессионал своего дела и как психолог может допустить или не допустить развитие конфликтной ситуации и вызвать у больного и его родственников агрессию или слова благодарности. Если же ситуация складывается таким образом, что конфликт неизбежен, врач должен быть готов профессионально и грамотно к его разрешению.

Выделяют три основные модели поведения людей в конфликтной ситуации: [1] конструктивную, деструктивную и конформистскую.

Конструктивная модель характеризуется тем, что человек стремится уладить конфликт и найти приемлемое решение, он открыт и доброжелателен к собеседнику, что прямо противоположно деструктивной модели поведения, при которой человек постоянно стремится к обострению конфликта, принижает и негативно оценивает собеседника, нарушает этику общения, подозрителен и недоверчив. При конформистской модели поведения человек склонен к уступкам, легко соглашается с точкой зрения других.

Пациенты с конформистской моделью поведения в конфликте ведут себя достаточно пассивно (если вообще идут на конфликт), не отстаивают свои интересы, не выдвигают требований и не предъявляют претензии. Если же врач обладает этой моделью поведения – это ведет к быстрому разрешению конфликтной ситуации только в том случае, если противоречия носят несущественный характер, в противном случае такая реакция врача может провоцировать дальнейшее развитие конфликта со стороны пациента.

Что касается поведения врача в конфликтной ситуации, то наиболее желательной является конструктивная модель поведения, которая учитывает интересы обеих сторон и направлена на поиск приемлемого решения.

Пациенты с высоким уровнем направленности на собственные интересы могут иметь конструктивную или деструктивную модель поведения в конфликте. Большую трудность для врача в разрешении конфликта представляют пациенты с деструктивным поведением. Врачу в данной ситуации можно предложить адекватный стиль общения:

1. Умение понять пациента, правильно оценить его модель поведения.
2. Сохранять спокойствие, так как эмоциональное возбуждение мешает понять друг друга

и не позволяет четко излагать свои мысли.

3. Действовать профессионально, показывать свою позицию достаточно твердой и убедительной.

4. Не уходить от конфликта и давать пациенту понять, что односторонних уступок не бывает.

5. Предложить свои варианты разрешения проблемы, поиск компромисса.

6. Не поддаваться на манипулятивные воздействия со стороны пациента, если таковые имеют место. Манипуляция [4] - это вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведет к скрытому возбуждению у другого человека намерений, не совпадающих с его актуально существующими желаниями. Врачу желательно уметь распознавать манипулятивный стиль поведения пациента и выбирать адекватный способ противодействия.

В литературе [1] описываются основные стратегии поведения в конфликтной ситуации: принуждение (борьба, соперничество), уступка, компромисс, сотрудничество.

Пациент выбирает стратегию «принуждение» при оценке своих личностных интересов (мнений, желаний) как высоких, а интересов врача, как низких. Этот стиль поведения характерен для деструктивной модели. Выбор врачом данной стратегии поведения в конфликте приемлем в ситуации, когда есть угроза жизни или здоровью пациента и врач вынужден настаивать на выполнении своих требований, не уступая и не выбирая способ «компромисса».

Выбор тактики «уступки» врачом говорит о том, что направленность на свои профессиональные знания здесь низкая, а на требования (желания) пациента – высокая. Однако, это далеко не всегда хорошо для самого пациента. Так, врач, в силу своих индивидуально-психологических особенностей может быть человеком, склонным к уступкам, может не отстаивать свои принципиальные позиции относительно лечения и назначенного обследования и соглашаться с желанием пациента не обследоваться по полной программе и не принимать некоторые из необходимых медикаментов по причинам, рассказанным ему пациентом. Таким образом врач уходит от конфликтного взаимодействия с пациентом, уступая его просьбам, и наносит тем самым вред его здоровью. Выбор стратегии «уступки» врачом оправдан в тех случаях, когда условия для разрешения конфликта не созрели. В этом случае она ведет к временному перемирию и является важным этапом на пути конструктивного разрешения конфликта.

Компромисс нельзя рассматривать как способ разрешения конфликта, но он является этапом на пути поиска приемлемого решения проблемы. Так, «компромиссная» стратегия, выбранная пациентом, способствует положительному развитию конфликтного взаимодействия. Если этой стратегии следует врач, и пациент согласен пойти с врачом на компромисс – это можно считать этапом на пути разрешения конфликта. Например, пациент отказывается от приема базисного препарата, предписанного врачом, из-за боязни проявления побочных эффектов и причинения своему организму больше вреда, чем пользы. Врач (следуя стратегии «компромисса») соглашается с пациентом в том, что у препарата есть побочные действия, но сообщает, что вероятность появления их у пациента невелика, а положительный эффект от лечения последует обязательно. Компромиссное решение, которое врач предлагает пациенту – это начать прием препарата и через некоторое время оценить результат, а в случае появления каких-либо побочных эффектов, заменить этот препарат на другой. Из этого примера следует, что если пациент примет стратегию «компромисса», предложенную врачом, - это будет способствовать разрешению конфликта по конструктивному пути.

Стратегия «сотрудничества» со стороны врача характеризуется высоким уровнем направленности как на собственные интересы, так и на интересы пациента, при этом обе стороны стремятся совместными усилиями разрешить проблему. Однако, если предмет конфликта имеет жизненно важное значение (жизнь или здоровье пациента), то о сотрудничестве не может быть и речи. В этом случае врач обязан выбрать стратегию «принуждения» и настаивать на выполнении своих требований.

Как и в любой другой сфере, защита прав пациентов включает два уровня: досудебный - когда претензию удается разрешить в добровольном порядке, и - судебный, как механизм принудительного государственного воздействия на нарушителя (врач или медицинское учреждение). Преимущества досудебного разрешения конфликтов в сфере здравоохранения обусловлены следующими факторами: [2]

1. Судебное разрешение претензий сопровождается значительными временными, финансовыми, кадровыми и моральными потерями, что ведет к удорожанию и снижению качества медицинской помощи.

2. Более 40% случаев крайней неудовлетворенности пациентов оказанием медицинской помо-

щи не имеют достаточных оснований и обусловлены грубыми деонтологическими нарушениями.

3. Сложная судебная процедура заведомо надлежащей медицинской помощи не всегда бывает объективной при оценке ответственности медицинского персонала.

В настоящее время судебно-медицинская экспертиза «медицинских происшествий» проводится почти исключительно по искам пациентов, уверенных в непосредственной связи неблагоприятного исхода заболевания с ненадлежащим оказанием медицинской помощи или ошибочными действиями медперсонала. Однако по данным ряда авторов [2], почти в половине случаев экспертиза не устанавливает признаков, позволяющих считать претензии обоснованными.

Система предупреждения конфликтов в медицинской практике может быть представлена следующим образом:

1. Своевременное (до врачебного вмешательства) информирование пациента о возможных ятрогенных осложнениях.

2. Четкое соблюдение всех регламентированных норм ведения пациентов (соблюдение этики и деонтологии).

3. Обучение персонала навыкам бесконфликтного общения.

4. Правильное оформление медицинской документации в части информированного согласия на получение конкретной медицинской помощи, особенно в случаях с реальной вероятностью причинения вреда. Это важно, так как в медицине гражданская ответственность возникает не только за виновное причинение вреда, но и безвиновное, но не оговоренное в специальных документах.

5. Стандарты качества медицинской помощи должны содержать прогнозируемые и непрогнозируемые ятрогении с целью разделения меры ответственности врача и пациента. Подготовка на Украине экспертов-специалистов, которые смогут решать вопросы о качестве оказания медицинской помощи.

6. Открытый и продуктивный анализ ятрогенных осложнений с предоставлением достоверной информации родственникам пациента, что способствует восприятию неблагоприятного исхода не только как криминальной ошибки, но и как следствие естественного риска вмешательства. Выявление источника причинения вреда здоровью пациента (ятрогенные или неятрогенные причины). Ятрогенные – связаны с причинением медперсоналом вреда здоровью пациента. Неятрогенные – причиненный здоровью вред не связан с действиями медперсонала

при оказании медицинской помощи (в отдельных случаях вред здоровью вообще отсутствует). Неятрогенные неблагоприятные исходы медицинской помощи не влекут за собой ответственность медицинского персонала и являются основанием для отказа в удовлетворении его претензий. По данным D.Brahams, [5] такими основаниями могут быть наличие непреодолимых или непрогнозируемых осложнений, минимальный размер ущерба, врачебный риск, не превышающий необходимого, возникновение несчастных случаев немедицинского характера, а также отсутствие ущерба.

7. Выявление врачом типа отношения больного к болезни и в случае определения конфликтного типа, врач должен принять все меры по предупреждению развития конфликта: беседы с больным и его родственниками, проведение обследований после согласия на них больного с подписью в истории болезни, расшифровка ему результатов обследования, осмотр его несколькими опытными специалистами с внесением результатов их осмотров в историю болезни, тщательное ведение медицинской документации и др.

8. Если пациент – ребенок дошкольного или школьного возраста – все обследования и манипуляции необходимо осуществлять с согласия родителей, проводить беседы и с детьми, и с родителями.

9. Жалобы пациентов на качество медицинской помощи, исковые обращения в суд о неблагоприятных ее исходах не должны олицетворяться с неминуемой ответственностью медперсонала. В связи с возможностью неблагоприятных исходов болезни при оказании надлежащей помощи пациенту («естественного» риска вмешательства), юридическая практика по их рискам должна констатировать не только причинение вреда здоровью пациента, но и сопровождаться доказательствами вины причинителя вреда, противоправности действий врача и связи между его действиями и фактом ухудшения здоровья. Другими словами, наступление ответственности возможно не во всех случаях ятрогенных последствий медицинской помощи, а только при наличии предусмотренных в законе оснований.

10. В современных условиях развития рыночных отношений и страховых механизмов при оказании медицинской помощи и роста претензий пациентов возникла необходимость нормативного закрепления медико-правового понятия «ятрогении».

Итак, когда предотвратить конфликт не удалось и конфликтная ситуация налицо – для её эффективного разрешения переговорный процесс рекомендуется вести с участием третьего лица, знающего психологические основы поведения конфликтующих сторон в переговорном процессе и психологические механизмы их взаимодействия.

В.А. Абрамов, О.И. Осокина, Р.О. Грачов

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВРЕГУЛЮВАННЯ КОНФЛІКТІВ У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Донецький державний медичний університет, Україна

У статті розглядаються передумови і безпосередні причини виникнення конфліктів у медицині. Порушено проблему ятрогенії. Описано психологічні механізми виникнення конфліктів між лікарем і пацієнтом у процесі їхньої взаємодії і способи їхнього вирішення на досудовому рівні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 1 (11). — С. 40-45)

V.A. Abramov, O.I. Osokina, R.A. Grachov

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SETTLEMENT OF CONFLICTS IN MEDICAL PRACTICE

Donetsk State Medical University, Ukraine

In the article the premises and immediate causes of originating of conflicts in medicine are considered. The problem of iatrogenie is affected. The psychological mechanisms of originating of conflicts between the doctor and patient are circumscribed during their interaction and means of their permission at a pre-trial level. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 1 (11). — P. 40-45)

Литература

1. Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. – СПб.: Питер, 2003. – С.25
2. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. М., Иваново, 2001. – 288 с.
3. Абрамов В.А., Осокина О.И. Конфликты и возмещение морального вреда в медицинской практике. Донецк, 2003. – 140 с.
4. Доценко Е.Л. Психология манипуляции: Феномены и механизмы защиты. – М.: Че Ро, 1997. - С. 59

5. Brahams D. No fault compensation Finnish style. *Lanset*, 1998 8613 t. 2. – p. 733-736
6. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. М., Медицина 1997. – 331 с.
7. Методичка для психологической диагностики типов отношения к болезни под ред. проф. А.Е. Личко. Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1987. – С. 6-8

Поступила в редакцию 24.10.03