



DOI: 10.17748/2686-9969-2022-5-3-89-107
 УДК 316.485.6 (075.8)

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

Петр Петрович Попов

Национальный исследовательский Мордовский государственный
 университет им. Н.П. Огарёва
 г. Балашиха, Московская обл., Россия
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9822-8833>
 fpb-2006@bk.ru

Дмитрий Сергеевич Скороходько

г. Белгород, Россия
 ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8852-0427>
 90dima1@gmail.com

Аннотация. Введение. В статье дано определение медиации, показаны ее принципы и возможность применения в социальной сфере. Медиация применяется в тех сферах жизни, где социальные перемены и изменения общества привели к необходимости найти альтернативный способ разрешения конфликтов в отличие от старых традиционных методов. Показана модель отношений «врач-пациент» предложенная американским биоэтиком Робертом Витчем в нескольких вариантах: инженерная; пастырская; коллегиальная; контрактная. Рассмотрен случай из практики врачей скорой помощи. Показано, что социально-психологическая среда в коллективе зависит от уровня конфликтности. Приведены критерии, наиболее важные для оценки конфликтов.

Опросы проведены в социальных сетях. Исследовано более 400 дел по разным округам России. Группа испытуемых составила 20 чел., врачи скорой помощи г. Москвы. В опросе участвовало 28 человек – врачи с разным стажем работы, разной квалификации, опытом. А также 32 человека, которые сами были пациентами в стационарных и амбулаторных лечебных учреждениях. Возраст участников от 25 до 65 лет.

Материалы и методы: Сбор информации осуществляется при помощи психологических методов. Методики А. Басса и А. Дарки, Тест К. Томаса, Тест А.Я. Анцупова, метод обработки документов, Тест Томаса, архивный метод.

Результаты. Наиболее часто встречается тема обращений «лечебная» и «материальная». Наибольшее количество жалоб поступило на «плановую хирургию», затем на «плановую терапию» и «экстренную терапию». Частые жалобы поступали на сотрудников ЛПУ из исследованных судебных решений. Стиль поведе-

ния в конфликте «соперничество» набрал наименьшее количество баллов. Врачи не вступают в соперничество с пациентом, когда тот пытается затянуть их в конфликт. Показан низкий уровень конфликтной компетентности врачей скорой помощи г. Москвы. Врачи считают, что конфликты с пациентами и их родственниками возникают по вопросам «диагностики» и «тактики лечения».

Выводы. Конфликты возникают в разных областях деятельности людей. Поняв, какие конфликты и где чаще встречаются, мы сможем дать рекомендации по их устранению. Научившись применять принципы медиации, люди получают возможность встать на новую ступень отношений.

Ключевые слова: врачи, пациенты, конфликт, медиация, социальные сферы

Для цитирования: Попов П.П., Скороходько Д.С. Возможность применения медиации в медицине// Педагогика: история, перспективы. 2022. Том.5 № 3. С. 89-107

DOI: 10.17748/2686-9969-2022-5-3-89-107

Original article

THE POSSIBILITY OF MEDIATION IN MEDICINE

Petr Petrovich Popov

National Research Mordovian State University. N.P. Ogaryova
Moscow region, Balashikha,
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9822-8833>
fpb-2006@bk.ru

Dmitry Sergeevich Skorokhodko

Belgorod, Russia
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8852-0427>
90dima1@gmail.com

Abstract. Introduction. The article gives the definition of mediation, its principles and the possibility of application in the social sphere are shown. Mediation is used in those areas of life where social changes and changes in society led to the need to find an alternative way to resolve conflicts, unlike old traditional methods. The model of the “Patient doctor” proposed by the American bioethicist Robert Veitch in several versions is shown: Engineering; Pastorskaya; collegial; Contract. A case of the practice of ambulance doctors is considered. It is shown that the socio-psychological environment in the team depends on the level of conflict. The criteria are most important for evaluating conflicts.

Polls were conducted on social networks. More than 400 cases have been investigated in different districts of Russia. A group of subjects amounted to 20 people. – Motor Ambulance doctors. The survey was attended by 28 people. – Doctors with different work experience, different qualifications, experience. As well as 32 people who them-

selves were patients in stationary and outpatient medical institutions. The age of participants is from 25 to 65 years.

Methods: information is collected using psychological methods. Methods of A. Bass and A. Darki. Test K. Thomas. Test A. Ya. Antsupova. The method of processing documents. Archival method.

Results. The most common topic of appeals is «therapeutic» and «material». The largest number of complaints were received by the «planned surgery», then to «planned therapy» and «emergency therapy». Frequent complaints came to employees of medical institutions from the investigated court decisions. The style of behavior in the conflict «Rivalry» scored the smallest number of points. Doctors do not enter into rivalry with the patient when he tries to drag them into conflict. The low level of conflict competence of the ambulance of Moscow is shown. Doctors believe that conflicts with patients and their relatives arise on the issues of «diagnosis» and «treatment tactics».

Conclusions. Conflicts arise in different areas of people's activities. Realizing what conflicts and where are more common, we will be able to give recommendations for their elimination. Having learned to apply the principles of mediation, people will have the opportunity to stand on a new stage of relations.

Keywords: ambulance doctors, patients, conflict, mediation, social spheres, public councils, medical institutions

For citation: Popov P.P., Skorokhodko D.S. The possibility of mediation in medicine. Pedagogy: history, perspectives. 2022. Vol. 5. No. 3. PP. 89-107 (InRuss.) DOI: 10.17748/2686-9969-2022-5-3-89-107

Медиация – это способ урегулирования споров с участием независимой нейтральной стороны (медиатора), который помогает участникам конфликта достичь определенного соглашения, которое устроит обоим.

Современное законодательство определяет основные принципы, на основе которых выстроена процедура медиации. Закон о медиации в статье 3 закрепляет следующее: «Процедура медиации проводится при взаимном волеизъявлении сторон на основе принципов добровольности, конфиденциальности, сотрудничества и равноправия сторон, беспристрастности и независимости медиатора».

Осуществлять деятельность профессионального медиатора, в соответствии с нормами законодательства могут граждане, достигшие возраста 25 лет, получившие высшее образование, а также дополнительное профессиональное образование в сфере применения процедуры медиации. Однако, необходимо добавить, что медиаторами не могут быть государственные и муниципальные служащие, за исключением случаев прямо предусмотренных законодательством. Деятельность в сфере медиации не является предпринимательской.

Основополагающим принципом является *добровольность*. Только по взаимному желанию урегулировать спор может начаться медиация. Ещё одним важным принципом медиации является *конфиденциальность*. При соблюдении этого принципа сторонам легче согласиться использовать медиацию, так как они

могут сохранить свое лицо в глазах окружающих, интересы спорящих сторон останутся только между ними. Следующим принципом процесса медиации является *равенство сторон и их равноправие*. Это равные права у участников спора. Равное внимание им уделяет медиатор, не трогая их социальные статусы и давая равные возможности.

Следующим принципом является *взаимное уважение*. Участники не должны оценивать друг друга, оскорблять. Должны выслушивать другую сторону до конца и принять ее право защищать свои интересы.

Ещё одним принципом является *сотрудничество сторон*. В процессе медиации появляется возможность поискать вместе общее решение. Совместный труд по достижению общей цели поможет сблизиться сторонам конфликта и лучше понять друг друга. Весь процесс медиации осуществляется при наличии принципа нейтральности со стороны медиатора, который должен проявлять безоценочность к сторонам конфликта, равноудаленность от них, беспристрастность, не поддаваясь эмоциональной страсти и материальному соблазну.

Также медиатор использует *принцип ответственности и прозрачности*. Он создаёт атмосферу доверия, придерживается регламента процедуры, освещает события и что сейчас происходит. Стороны конфликта несут ответственность за свой конфликт и за принятие решения.

Медиация применяется в тех сферах жизни, где социальные перемены и изменения общества привели к необходимости найти альтернативный способ разрешения конфликтов в отличие от старых традиционных методов.

В сфере семейных отношений между родителями и детьми, между взрослыми родственниками, между детьми. При разводах и дележе имущества.

В сфере трудовых взаимоотношений между коллегами и между подчиненными и руководителями. А также между деловыми партнерами.

В общественно правовой и политической сферах. Отношения между государствами и этническими группами, живущими в соседних государствах.

В уголовно процессуальной сфере при реализации восстановительного правосудия.

В области планирования крупных проектов, где общественное мнение препятствует реализации планов местных властей по изменению среды обитания.

В области образования между учителями, учениками, их родителями и администрацией учебного заведения. У всех участников конфликта разное восприятие мира в связи разным возрастом и социальным положением в обществе.

Актуальность применения медиации в области разрешения конфликтов между врачом и пациентом, связанных с оказанием медицинской помощи.

Морально-этические принципы в отношениях врача и пациента формировались много веков назад.

Американский биоэтик Роберт Витч [1] предложил модель отношений «врач-пациент» в нескольких вариантах:

- инженерная;
- пастырская;
- коллегиальная;
- контрактная.

При *инженерной модели* пациент воспринимается врачом как обезличенное существо, с телом которого надо работать. Мнение пациента не учитывается, так как он не является специалистом в медицине. Властное отношение врача принимается как полезное. Врач пытается исправить отклонения в неисправном биологическом механизме. Выбор метода лечения определяется прикладным знанием и осуществляется как техническая процедура. Такой подход является вредным, поскольку нарушает принципы уважения пациента.

При *пастырской модели* характерны такие взаимоотношения, как отца и ребенка. Принципы отношений строятся на основании любви, заботы и справедливости. Эта модель господствовала в христианской культуре много столетий. Она актуальна в современной медицине. Недостаток этой модели в том, что отношения могут стать «начальник-подчиненный». Это может привести к ущемлению прав пациента самостоятельно принимать решения и контролировать свое состояние.

При *коллегиальной модели* пациент воспринимается как равный. Он получает правдивую информацию о своем здоровье и может участвовать в принятии решений вместе с врачом. Таким образом, пациент удовлетворяет потребность в признании и свободе выбора. Эта модель будет работать: врач и пациент имеют одинаковые ценностные ориентации, принадлежат к одному социальному классу и этнической группе. Поэтому данная модель крайне редко осуществима и для многих выглядит как мечта. Негативно на процесс лечения могут влиять некомпетентность пациента, его неадекватная оценка результатов лечения и особенности психики.

При *контрактной модели* отношения врача и пациента строятся на принципах общественного договора. Каждый участник несет свою часть ответственности. Такая модель отношений помогает защитить моральные ценности свободной личности. Пациент устанавливает с врачом такие отношения, которые ему комфортны. Если правила не соблюдаются, пациент может считать договоренности не действительными.

В западных странах развита страховая медицина. Интеграция медиации в страховые компании, которые занимаются медицинским страхованием, позволила бы повысить уровень культуры в здравоохранении. Для страховых компаний внедрение данных способов разрешения конфликтов позволит уменьшить судебные издержки, сэкономить время и сохранить репутацию медицинского учреждения, повысить доверие со стороны страхователей, установить долгосрочные отношения с провайдерами медицинских услуг.

Общественное движение в защиту жертв медицинских ошибок показало, что жертвы хотят объяснения произошедшего, извинений, адекватной компенсации. Другой пример – во Франции, где происходит страхование профессиональной ответственности. Так в 2005г. было принято 367 судебных жалоб по ятрогенным заболеваниям и внутрибольничному инфицированию.

В Австралии создано общество медиаторов NARDAC – Национальный консультативный совет по альтернативному разрешению споров, основанный в 1995 г. Альтернативное разрешение споров в Австралии подразумевает не только медиацию, но и рассмотрение споров негосударственным арбитром с вынесе-

нием решения для обязательного исполнения. До подачи в суд люди могут обратиться в «Районный центр правосудия». В таких центрах работают юристы, судья в отставке и другие профессионалы. Такой процесс называется «частной медиацией», это вне компетенции государственных органов. Все суды Австралии имеют право отправить дело на медиацию. У верховного суда есть разрешение оказывать услугу медиации, то есть медиация будет проведена судебной властью. Это разрешение верховные суды получили недавно, и пока судебная медиация не приобрела популярности.

В США система права направлена на то, чтобы споры решались до суда. Даже судья может прервать заседание и порекомендовать сторонам обратиться к медиатору. Также серьезные переговорные процессы в областях бизнеса и политики не проходят без медиаторов. В Великобритании существует горячая линия. Любой может позвонить туда, рассказать о конфликте и ему предложат медиатора для решения спора. В Германии медиация встроена в правосудие. Каждый юрист проходит курс обучения медиации. В Индии решения арбитражного суда имеют такую же силу, что и медиативные решения.

В Грузии отношения между врачом и пациентом регулирует служба медицинской медиации. Выглядит это как участие суда в исполнении решений медицинской службой медиации. Ввиду сложности споров в области медицины было принято решение вести их до суда с помощью службы медицинской медиации, цель которой заключается в сближении позиций и достижении согласия между конфликтующими сторонами. С появлением страховой медицины решение службы медиации медицинской становится правовым актом. Суд рассматривает вопросы признания и исполнения решений службы медицинской медиации. Суд рассматривает следующие дела, связанные с медицинской медиацией:

- о применении судом обеспечительных мер в процессе медицинской медиации;
- об оказании помощи судом в обеспечении представлении свидетелей и в получении доказательств;
- о признании и исполнении или об отказе признания и исполнении, примененных службой медицинской медиации мер по обеспечению иска;
- о выдаче исполнительного листа;
- об оспаривании и аннулировании решения службы медицинской медиации.

Суд имеет право потребовать от заинтересованной стороны предоставление гарантий возмещения ущерба. Определение о признании и исполнении решения службы медицинской медиации считается судом принятым и выдается исполнительный лист. Но решение может быть отменено, если сторона, против которой вынесено решение, обратилась в суд. Обжалование решения службы медицинской медиации возможно только на основаниях, предусмотренных законом, путем внесения жалобы в суд. Суд, в который подана жалоба об аннулировании решения, имеет право вернуть дело в службу медицинской медиации. Любая сторона может выйти из процедуры медиации. Еще одно отличие службы медицинской медиации является то, что она выносит решение только после определенного срока, данного сторонам для урегулирования конфликта.

Таким образом, деятельность службы похожа на комбинацию третейского суда и медиации. Развитие медиации в Грузии находит поддержку в историко-культурной настроенности населения и поддержке властей.

В Лондоне в 50-х гг. начали применять метод балинтовских групп [2] с целью помочь врачу устанавливать понимание и контакт с пациентом. Этот метод называется по имени врача. Балинт на основе своего опыта стал собирать группы врачей и практикующих психотерапевтов с целью разобрать с ними трудные случаи в их практике. Так возникли исследовательские обучающие семинары. Объектом их внимания стали отношения между врачом и пациентом. Пациент переносит на врача эмоциональные и поведенческие стереотипы, которые он использует в общении со своими значимыми близкими людьми. Анализ этих отношений дает возможность лучше понять пациента и его отношение к окружающему миру, что улучшает качество терапии. В общении с пациентами врач сам сталкивается с фрустрирующими ситуациями. В балинтовской группе врач может проговорить свое отношение к пациенту и как его воспринимает. Обучается с помощью коллег новому опыту и формам общения с трудными пациентами. Группа объединяет врачей с разным стажем, из разных отраслей медицины, с разным опытом.

Основными условиями работы балинтовской группы является создание условий доверия, ощущение безопасности и эмоциональной заинтересованности.

В отечественном здравоохранении в отношениях «врач-пациент» клинических, деонтологических, правовых, социальных, экономических, особую значимость приобретают отношения по выбору лечения и условий содержания, а также оплаты за лечение, что является противоречием гарантии бесплатного оказания медицинской помощи. Приходится врачам убеждать пациентов в необходимости обследования и других лечебных мероприятиях. Причину напряженности врачи видят в том, что у пациентов завышенные ожидания от похода к врачу. Что этого достаточно для выздоровления. Затем информация из интернета не совпадает с реальностью, вот и конфликт.

Сложный процесс диагностики не всегда позволяет пациентам на простом языке объяснить их состояние. Другим негативным фактором, влияющим на отношения врача и пациента, выступают средства массовой информации, в которых объясняют людям, что здравоохранение является сферой обслуживания, в результате такие ожидания и формируются. СМИ часто пишут о врачах, что они «убийцы», создавая негатив в обществе. Но часто и докторам не хватает культуры и самообладания. Нарушается медицинская этика. Это взаимосвязанный процесс.

Также как и в западных странах, в России стали применять балинтовские группы. Открыто общество в Санкт-Петербурге и Москве. С 1996г. Санкт-Петербургское общество является участником Международной Балинтовской Федерации. Оно поддерживает контакты с национальными балинтовскими обществами. В Москве Институт Консультативной Психологии и Консалтинга проводит встречи балинтовской группы. Основные принципы балинтовской группы пересекаются с принципами медиации и оказывают положительный эффект на взаимоотношения в системе «врач-пациент».

Судебная система, как и система здравоохранения, консервативна, поэтому надо позитивно воспринимать возможность параллельного хода судебного разбирательства и процедур медиации.

Рассмотрим один случай из практики врачей скорой помощи.

В диспетчерскую службу поступил вызов от пациента. Повод к вызову – «боль в животе». На вызов выехала бригада в составе одного врача и одного фельдшера. Дверь в квартиру открыла мама пациентки. С порога она сразу высказала претензию, что долго ехали, и что это безобразие. Врач ответил, что на дорогах большие пробки и попросил показать пациентку и где можно помыть руки. У постели больной мама суежилась и мешала общению врача с пациенткой. Врач вежливо попросил не мешать ему. После осмотра был поставлен диагноз «острый аппендицит». Больной предложили экстренную госпитализацию. Мама пациентки стала кричать, что в больницу не отпустит дочь. Надо сделать обезболивание, так как ее дочь страдает от боли. Врачу пришлось долго объяснять серьезность ситуации и тактику лечения при таком диагнозе. В это время фельдшер запрашивал место в больнице. Узнав номер городской больницы, фельдшер сообщил врачу и родственнице пациентки. Тут же были высказаны претензии, что ее дочь везут в обычную городскую больницу, а не в ведомственную. Доктор терпеливо и вежливо стал объяснять, что в ведомственные стационары скорая не госпитализирует. Пациентку доставили в городской стационар и в приемном отделении после экстренного обследования диагноз «острый аппендицит» был подтвержден, больная была прооперирована. Операция прошла успешно. Но мать пациентки написала жалобу на скорую помощь, что они долго ехали и не госпитализировали в ведомственный стационар.

Дежурство врачей скорой помощи и наших испытуемых длится сутки. Такой график сказывается на физическом и психологическом состоянии группы испытуемых и проявляется, как хроническая усталость. Усугубляющим фактором является то, что врачи отдыхают только 2 дня после дежурства в то время, как нормы восстановления организма после суточного дежурства составляют 4 – 5 дней.

Когда врач приезжает на вызов, он настроен на оказание помощи пациенту и не ждет конфликта. С появлением опыта и стажа работы врачи могут предполагать о возможности возникновения конфликта с пациентом или его родственниками по косвенным признакам. Это – повод к вызову, место вызова, возраст пациента. Например, если повод к вызову – «плохо с сердцем», место вызова – ресторан, возраст 30 лет. В такой ситуации, как правило, пациент перепил алкоголь, и будет вести себя агрессивно.

По мнению врачей скорой помощи, основной причиной возникновения конфликтов является уровень культуры пациентов, с одной стороны, и отсутствие профессионализма, профессиональной этики и эмпатии со стороны врачей. Даже средний уровень культуры позволяет пациенту с уважением относиться к врачам скорой помощи без высокомерия и потребительского отношения как к обслуживающему персоналу. Врач скорой помощи не оказывает услуги, он оказывает медицинскую помощь.

С увеличением стажа работы у врача вырабатывается бесценный опыт поведения в конфликтных ситуациях с пациентами и их родственниками. Это опыт позволяет врачу выполнить свой врачебный долг, не смотря на конфликтную ситуацию. После конфликта у врача нарушено психологическое равновесие, на восстановление которого требуется время. Но у наших испытуемых его нет. Они, как правило, сразу получают другой вызов. Так накапливается стрессовая составляющая до самого окончания дежурства.

Для возникновения доверия между людьми нужны определенные факторы. Доверие активирует социальные функции.

У каждого из нас есть установки, которые влияют на социальное поведение.

Когда возникает конфликт, стороны занимают определенные оборонительные позиции, которые, как им кажется, защищают их интересы.

Поняв, какие конфликты и где чаще встречаются, мы сможем дать рекомендации по их устранению. Сбор информации осуществляется при помощи психологических методов. Далее данные анализируются, группируются, определяется их направленность и тенденция. На основании полученной информации, строятся выводы и заключение, так же практическая значимость и рекомендации.

Зарождение врачебной этики начало формироваться ещё в догиппократовский период. Были сформулированы принципы, благодаря которым врач должен был обладать высокими моральными и физическими качествами, например, быть сострадательным, не терять самообладания. Частые ситуации, при отсутствии времени, когда нужно принять решение при ограниченном объеме информации, приводит к повышению частоты возникновения стрессов у врачей. Это привело к потребности изучить поведение врачей в стрессовых ситуациях: успешную или не успешную стратегию поведения они используют для адаптации в стрессовой ситуации. Среди значимых профессиональных качеств врача можно выделить некоторые, влияющие на его поведение:

- эмпатия позволяет установить эмоциональный контакт с пациентом, внушить ему уверенность в компетенции врача;
- аффилиация позволяет врачу активно сотрудничать с пациентом и защищает его от профессиональных деформаций;
- эмоциональная стабильность помогает врачу установить доверительные отношения с пациентом и избегать конфликтов, так как больные часто бывают эмоционально неуравновешенные и агрессивные;
- сенситивность к отвержению позволяет наладить обратную связь и получить полезную информацию о пациенте.

У современного врача должна присутствовать конфликтологическая компетентность в виде умения подчинить коммуникацию важной цели – эффективному лечению пациента, считая конфликт неотъемлемой частью своей профессиональной деятельности.

Позже Дж. Флейвелл конкретизировал: «Метапознание – способность анализировать собственные мыслительные стратегии и управлять своей познавательной деятельностью» [3].

Социально-психологическая среда в коллективе зависит от уровня конфликтности.

Уровень конфликтности можно определить с помощью методик А. Басса [4] и А. Дарки [5] определяет показатели и формы агрессии. Это физическая агрессия, вербальная агрессия, косвенная агрессия, готовность к раздражению и критике, аутоагрессия. Тест К. Томаса [6] определяет склонность личности к определенному типу поведения в конфликтной ситуации. Это приспособление, соперничество, компромисс, сотрудничество и избегание. Автор полагал, что при конкуренции, приспособлении и компромиссе, только один участник может побудить, а другой проиграть. Только при сотрудничестве обе стороны выигрывают.

Тест А.Я. Анцупова [7] модульный социотест раскрывает индивидуальный индекс конфликтности.

Среди причин конфликтности можно выделить «синдром эмоционального выгорания», социально-психологические особенности человеческих отношений, статус личности в коллективе, недостаточная способность к эмпатии, невысокая конфликтостойчивость. Фактором, влияющим на конфликтную компетентность врачей, может быть участие в балинтовских группах. На встречах врач проговаривает свои трудности в общении с пациентом и получает обратную связь от коллег и ведущего психотерапевта. Это помогает осознать свое отношение к проблеме и найти адекватный способ поведения с трудным пациентом. В России появились балинтовские группы. Любой врач может их посещать и решать возникшие затруднения в отношениях с пациентами.

Другим фактором конфликтной компетентности является знания медиативного подхода и применение его в отношениях «врач-пациент». Соблюдение принципов медиации поможет врачу осуществлять профилактику конфликтов или разрешать их здесь и сейчас. Понимающий подход медиации позволит продолжить лечебный процесс и вывести отношения «врач-пациент» на новый уровень взаимопонимания. Медиация в России развивается в социальных сферах, в том числе, и в здравоохранении.

Принципы построения балинтовской группы и медиативного подхода схожи своими принципами. Общение начинается при условии добровольности и создания безопасной обстановки, благодаря чему возникает определенный уровень доверия.

У каждого человека в процессе его жизни актуализируются различные потребности, как физиологические, так и социальные.

Ц.А. Шамликашвили и М.А. Хазанова пишут: «по мере накопления позитивного опыта общения учащиеся удовлетворяют потребности в чувстве собственного достоинства и уважении окружающих. Повышается самооценка и появляется независимость от конфликтов, возможность отстаивать собственное мнение, не принося никому ущерба в эмоциональном плане» [8].

Люди в течение всей жизни приобретают новые навыки в работе и общении. Научив людей применять принципы медиации, мы дадим им возможность встать на новую ступень отношений.

Об эффективности медиации при разрешении конфликтов Д. Кроули пишет: «Основным навыком, позволяющим медиаторам эффективно общаться с людьми, является умение устанавливать взаимопонимание. Раппорт – «уста-

навливающаяся между людьми связь, когда каждый чувствует, что, по крайней мере, некоторые его ценности и убеждения понимаются и признаются. Устанавливая раппорт медиатор должен помнить о правиле трех «П». «Признавать чувства других, принимать их право испытывать любые чувства, предпринимать действия» [9].

Чтобы медиатор мог оставаться нейтральным и равноудаленным от сторон конфликта, ему необходим навык управления собственными эмоциями, что повышает эффективность медиации. Ю.М. Орлов [10] описал механизм возникновения эмоций, зная который, медиатор может понимать, какая эмоция в нем сейчас активна и угасить ее эмоциональный заряд, чтобы она не мешала медиации.

Для успеха в процедуре медиации является эффективным предложение медиации. Пель Махельд пишет: «Предложение медиации может быть эффективным только при условии активного участия сторон; что ответ сторон на это предложение не может быть предугадан заранее, он в некоторой степени зависит от их личного вклада. «Подстройка» под интересы сторон-участниц происходит успешнее всего в том случае, если предложение медиации так же делается с учетом этих интересов, что обеспечивает сознательное участие сторон в медиации и впоследствии их активность в поиске решения» [11].

Достижение консенсуса говорит об эффективности процедуры медиации.

Выполнение определенной роли медиатором, ведет медиацию к разрешению конфликта, как пишет Б. Христоф: «Все участники конфликта должны уважать медиатора. Медиатор не должен быть заинтересован в исходе конфликта. Медиатор не оценивает и не выносит приговоров. Медиатор следит, чтобы не заключались нереализуемые соглашения» [12].

Каждая из сторон конфликта хочет справедливого решения по отношению к ней. По теме справедливости в медиации Ц.А. Шамликашвили пишет: «Важной особенностью медиации, которая также характеризует этот институт как очень важный для общества, является тот факт, что она облегчает доступ к справедливости» [13].

Конфликты возникают в разных областях деятельности людей. Поняв, какие конфликты и где чаще встречаются, мы сможем дать рекомендации по их устранению. Сбор информации осуществляется при помощи психологических методов.

Далее данные анализируются, группируются, определяется их направленность и типология. На основании полученной информации, строятся выводы и заключение, так же практическая значимость и рекомендации.

Метод обработки документов. Он применен нами при анализе судебных решений, собранных из разных регионов России с 2016г. по 2019 г.

В рамках исследуемой темы нами был составлен опросник. В него вошла анкета для медицинского персонала, состоящая из общих девяти и основных десяти вопросов. Также составлен опросник из семнадцати вопросов для пациентов, которые ранее имели конфликт с врачами. Опросники состоят из вводной, основной и анкетной части. Вопросы были направлены на выявление причин конфликта, их типологии и возможности профилактики, и разрешения их с целью улучшения качества оказания медицинской помощи, в том числе, этики медицинского персонала. Опросы были проведены в социальных сетях «Фейсбук», «В контакте». После получения результатов мы составили диаграммы,

наглядно отображающие соотношение и типичность поведения врачей и пациентов в конфликтной ситуации, которая возникает в процессе оказания медицинской помощи.

Для определения конфликтной компетентности врачей мы использовали Тест Томаса, который направлен на определение типов поведения в конфликте. В начале теста дается инструкция. В стимульном материале предлагается два варианта ответа поведения в описываемой ситуации. Всего тридцать вопросов и шестьдесят ответов. Задача испытуемого выбрать один вариант ответа. Затем с помощью ключа мы получили результат теста и внесли его в таблицу. Полученные данные дают картину уровня конфликтной компетентности группы врачей лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ) и стиль их поведения в конфликтной ситуации. Это стили такие как: сотрудничество, соперничество, приспособление, и избегание. Зная стиль поведения врача, мы можем предположить возможную частоту возникновения у врача конфликта с пациентами и умение разрешить его на месте.

В своей работе врачи скорой помощи ежедневно сталкиваются со стрессовыми ситуациями и им приходится справляться с ними, при этом продолжать выполнять свой профессиональный долг. Группа испытуемых составила 20 чел., врачи скорой помощи г. Москвы.

Наиболее важным в нашем исследовании является архивный метод. Было исследовано более 400 дел по разным округам России. Пациенты подавали в суд на медицинский персонал и медицинские учреждения в надежде получить материальную и моральную компенсацию за некачественное оказание медицинской помощи с причинением ущерба здоровью.

Нами был проведен опрос врачей о том, как развивается и чем заканчивается конфликт с пациентами. Генеральной совокупностью в данном исследовании являются все врачи, работающие в поликлиниках, больницах и на скорой помощи. В выборку были включены врачи службы скорой медицинской помощи. В опросе приняли участие 28 чел. врачей с разным стажем работы, разной квалификацией, опытом.

В анкете нами были сформулированы 10 основных вопросов, раскрывающих ситуацию конфликта.

Конфликты между врачом и пациентом возникают по поводу проблем, связанных с вопросами тактики лечения в случае, вопросов диагностики в случае, лекарственного обеспечения в случае, деонтологических проблем в случае из числа опрошенных респондентов.

Частота возникновения конфликтов в среднем один раз в неделю в случае, и один раз в месяц в случае из числа опрошенных респондентов.

Конфликт проходит часто на повышенных тонах в случае из числа опрошенных респондентов.

Чаще всего конфликтные ситуации разрешаются частично в случае, и полностью в случае из числа опрошенных респондентов.

Конфликты оказывают эмоциональное воздействие на врачей, в виде подавленности в случае, агрессии в случае.

Конфликт не оказывает эмоционального воздействия в случае из числа опрошенных респондентов.

Несмотря на повышенную взволнованность, работа продолжается в обычном режиме в случае.

Респонденты слышали о медиации в случае из числа опрошенных.

Респонденты хотели бы овладеть навыками медиации в случае из числа опрошенных.

Проведенный нами опрос был направлен на оценку опыта конфликтного взаимодействия пациентов с медперсоналом. Опрос проводился при помощи электронного ресурса.

В опросе приняли участие 32 чел., которые сами были пациентами в стационарных и амбулаторных лечебных учреждениях. Возраст участников группы составил от 25 до 65 лет.

Пациенты не считают, что врач пытался избежать конфликта. Тем не менее пациенты считают, что врач чаще всего был вежлив, и «скорее не вежлив». Опрошенные сообщили, что третье лицо не привлекалось для разрешения конфликта и привлекалось по мнению 40% участника опроса. Со слов респондентов, поведение пациентов в конфликте с врачом было вежливое, излишне эмоциональное. Конфликт был разрешен «частично» по мнению участников опроса. Был разрешен последующей подачей жалобы. Был разрешен сразу же и на месте. Заполнившие анкеты сообщили, что конфликт с врачом не повлиял на состояние здоровья пациента и скорее повлиял. Большая часть пациентов считают, что конфликт с врачом может быть урегулирован при участии третьего нейтрального лица. Сомневаются в такой возможности меньшая часть опрошенных.

По результатам исследования, нами было установлено:

Наиболее часто встречается тема обращений «лечебная» в случае, «материальная» в случае из исследованных судебных решений.

Наибольшее количество жалоб поступило на «плановую хирургию», затем на «плановую терапию» и «экстренная терапия» в случае из исследованных судебных решений.

Наиболее часто жалобы поступали на «учреждение» и только на сотрудников ЛПУ из исследованных судебных решений.

Наиболее часто пациенты «лично» обращались в суд в случае из исследованных судебных решений.

Наиболее часто пациенты обращались в суд «впервые», и повторно в случае из исследованных судебных решений.

Наиболее часто жалобы «на низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинения вреда здоровью застрахованного» в случае из исследованных судебных решений.

И «нарушение этики общения с пациентами» в случае из исследованных судебных решений.

В жалобах характер требования «денежный» был выявлен в 299 случаях. «Не денежное требование» было выявлено в случае от общего числа исследованных судебных решений.

Исследование судебных решений показало, что жалобы чаще происходят по вопросам некачественного лечения и вопросам деонтологии. Не решив свои проблемы в ЛПУ, пациенты идут в суд. Как правило, это первичное обращение. Пациенты хотят получить компенсацию не только за некачественное лечение, но

и за моральный вред. Пациенты редко прибегают к помощи экспертов. Решение суда зачастую оказывается отрицательным или только частично удовлетворяет запросы пациентов либо материальную часть, либо моральную.

По результатам исследования была выявлена типичная область конфликтов между врачами и пациентами. Типология конфликтов относится к вопросам низкого качества оказания медицинской помощи и вопросам деонтологии.

Интерпретация данных, полученных в результате обработки теста Томаса.

По результатам теста мы видим, что стиль поведения в конфликте «соперничество» набрал наименьшее количество баллов. Врачи, как правило, не вступают в соперничество с пациентом, когда тот пытается затянуть их в конфликт.

Наибольшее число баллов набрал стиль поведения «избегание». Врачи игнорируют провокации пациентов по эскалации конфликта, так как он мешает оказывать качественную медицинскую помощь. А переубеждать пациента нет времени или возможности в связи с экстренностью ситуации.

Стиль поведения «компромисс» набрал значимое число баллов. Врачи иногда могут идти на компромиссные решения с пациентом. Компромисс проявляется в вопросе о госпитализации, когда пациент отказывается ехать в предложенную больницу, и тогда врач запрашивает другой стационар, желаемый пациентом.

Проведение психологического тестирования в группе респондентов показало низкий уровень конфликтной компетентности врачей скорой помощи г. Москвы. Врачи предпочитают стиль поведения в конфликте «компромисс» или «избегание». Такие стили поведения в конфликтной ситуации возможны, когда врачи не обладают знаниями, как погасить конфликт и найти общее решение. Также в условиях скорой помощи может сложиться ситуация, когда нет ни одной свободной минуты, чтобы вести переговоры с родственниками, надо спасти жизнь пациента, и все остальное отходит на второй план. Такая работа требует сосредоточенности и самоотдачи. В результате конфликт не разрешается на месте.

Но мы должны понимать, что в условиях «скорой и неотложной помощи» контакт с пациентом может быть коротким, а лечебные процедуры долгие по времени, так как существует понятие «золотого часа» при пограничных состояниях.

В результате исследования мы выявили, что врачи, принявшие участие в опросе, считают, что конфликты с пациентами и их родственниками возникают по вопросам «диагностики» в случае и «тактики лечения» в случае. По поводу «организационных вопросов» в случае, и «лекарственного обеспечения» в случае из общего числа конфликтов.

Конфликты, как правило, урегулируются на месте, частично и без приглашения третьих лиц. Раньше о медиации испытуемые не слышали, но при определенных условиях готовы изучить этот метод, чтобы разрешать конфликты на месте.

По мнению опрошенных врачей, они часто становятся участниками конфликтов с пациентами. Это мешает им качественно выполнять свою работу. Осведомленность пациентов из телевизионных программ и интернета делает их более критичными к действиям лечащего врача, что приводит к провоцированию конфликта.

Большинство конфликтов возникало по вопросам «тактики лечения» в случае от общего числа опрошенных. По вопросам «диагностики» в случае от общего числа опрошенных. По вопросам «деонтологии» в случае от общего числа опрошенных респондентов.

Со слов респондентов, инициаторами конфликта с врачом являлись они сами в случае, и их родственники в случае.

Конфликт разрешался на месте только частично и без помощи третьих лиц. Конфликт, как правило, не влиял на течение заболевания пациента. Участники опроса считают, что третье нейтральное лицо могло бы помочь разрешить конфликт с врачом. О медиации они не слышали, но при определенных условиях готовы получить знания, при помощи которых смогут самостоятельно разрешать конфликты.

Интерпретируя полученные данные, мы можем утверждать, что, как правило, пациенты сами инициировали конфликты с врачами. В первую очередь по вопросам диагностики и тактике лечения, а также деонтологии. Конфликты частично разрешаются сразу в половине случаев. Обе стороны в процессе оказания медицинской помощи становятся участниками конфликтов друг с другом.

На основании вышеизложенного, существует необходимость присутствия медиатора в ЛПУ для разрешения конфликтов.

Так же на комфорт в общении влияют такие факторы, как воспитание и культура человека, наличие навыка договариваться и желание понимать своего оппонента. Перечисленные навыки общения закладываются в этнокультуре человека. Поскольку мы живем в многонациональной стране, то и восприятие врача пациентом может быть разным.

У каждого человека есть темперамент и характер, которые активно влияют на формы общения с другими людьми. Акцентуации характера еще больше обостряются во время болезни, и пациент становится раздраженным, маловосприимчивым и склонным к неадекватному поведению. Врач и пациент в нашей стране живут в постреволюционное время, когда сменился политический и экономический строй. Многие годы люди не могут удовлетворить свои базовые потребности, что приводит к защитному поведению, и оно проявляется во всех сферах общения. Ситуация в социуме стала напряженной, что повышает вероятность конфликтов между врачом и пациентом.

Контекст ситуации влияет на обе стороны общения. В здравоохранении постоянно происходят перемены. Условия приема пациентов оставляет желать лучшего. Долгое время ожидания приема врача, душное помещение, скудная диагностическая база, раздраженность медперсонала приводит к напряженности в отношениях врача и пациента. Врач должен обладать навыками профессионала и медицинской этикой, но мы знаем, что в системе образования произошли перемены в худшую сторону. Медицинские вузы стали выпускать врачей, далеких от идеи помощи другому человеку. У них отсутствует эмпатия и сострадание, также нет знаний о профессиональной этике. Направленность лжеврачей зарабатывать деньги на пациентах. Такое непрофессиональное отношение чувствует пациент, и контекст общения становится конфликтным.

Уровень самооценки может повлиять на эмоциональный фон пациента. При заниженной самооценке человек склонен к обидчивости, а при завышенной

к надменности и гордыни. В обоих случаях восприятие другого человека будет не адекватным, и произойдет нарушение коммуникации.

Каждый человек пребывает в разных внутренних состояниях, которые в течение дня сменяют друг друга. Они наполняют человека эмоциями, разочарованиями и страхами. Внутренние состояния работают как убеждения и являются фильтром восприятия новой информации. Внутренние состояния могут быть позитивными такими, как уравновешенность, уверенность, оптимизм, восприимчивость, доверие. Так же они могут быть негативными такими, как расстройство, ригидность, фрустрация, рассеянность и страх. Они влияют на стратегию поведения человека.

У каждого человека есть детский опыт, который формируется в ранние годы жизни и проявляется как копинг стратегия поведения в стрессовых ситуациях. Почувствовав угрозу своей безопасности или достоинству, у человека включаются паттерны поведения, которые он не осознает и не контролирует. Поэтому на любое слово врача пациент может моментально выдать негативную реакцию не понимания, что делает и к каким последствиям это может привести.

Медиатор из числа сотрудников ЛПУ может не подойти на роль медиатора по разрешению конфликтов с пациентами, так как он по первому образованию врач, и взгляды его на конфликт с точки зрения врача. Поэтому он не сможет быть нейтральным в процедуре медиации.

Функция социального инициирования: общественность через Общественный совет при исполнительном органе власти в сфере здравоохранения субъекта России может оперативно инициировать принятие нового акта или внесения полезных изменений в уже действующие государственные решения по общественно значимым вопросам.

Функция социального дежурства: общественность защищена от того, что орган власти примет акт, который нанесет вред обществу или ее определенным социальным группам.

Функция социального лоббирования: благодаря деятельности ОС в органах власти более полно представлены и учтены интересы различных категорий граждан, проживающих на определенной территории.

Функция общественной экспертизы: общество получает более объективную оценку действий и актов органов власти по выполнению ими своих административных полномочий и предвыборных обещаний.

Функция медиационной площадки: в лице ОС общество получает дополнительный инструмент для улаживания многочисленных социальных конфликтов, которые разрывают сегодня ткань общественной жизни по линиям имущественных, политических, национальных, конфессиональных и других разногласий.

Общественные советы состоят из представителей органов исполнительной власти, профильных экспертов и представителей гражданского общества. Это обеспечивает разносторонний подход к решению проблемы.

Основными критериями эффективной деятельности общественного совета является общественная польза и публичность. Общественными советами может быть достигнут позитивный результат для общества, а именно:

Принятые решения должны доводиться до общественности, а сам совещательный орган должен получать своевременную и полную информацию о про-

цессе и полученных результатах их выполнения. Одним из наиболее важных элементов работы общественного совета является обязательная публичность.

На основании вышеизложенного мы пришли к выводу, что представитель общественного совета в качестве медиатора может быть нейтральным лицом при разрешении конфликтов между врачом и пациентом.

Таким образом, можем пригласить независимого медиатора из общественных и пациентских организаций.

Для снятия конфликтной напряженности между врачом и пациентом пациентов, участвовавших в опросе, имели конфликт с врачами. Из них (в случае по собственной инициативе) можно сделать следующие шаги:

- повысить конфликтологическую компетентность медработников путем внедрения образовательных программ о поведении в конфликте, выработки правильного стиля поведения.
- привлечь профессиональных медиаторов к работе в ЛПУ, чтобы конфликты разрешались на месте.
- повысить информированность врачей о возможности применения медиации для разрешения конфликтов с пациентами посредством прочтения лекций о возможностях применения медиации.

Таким образом, процедура медиации, по своей сути, является специально выстроенной процедурой, направление которой задает медиатор, являющийся нейтральным лицом, осуществляющий данную деятельность без цели извлечения прибыли, целью которой является разрешение конфликта на приемлемых для сторон условиях, путем обеспечения конструктивного диалога.

Если стороны приходят к консенсусу, то медиатор оформляет «медиативное соглашение», исполнение которого держится на доброй воле сторон, а в случае его нотариального удостоверения данное соглашение имеет силу исполнительного документа.

В заключение хотелось бы отметить, что рост интереса медицинских организаций к процедуре медиации говорит о качественном скачке в понимании сервиса, культуре поставщиков медицинских услуг в Российской Федерации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67–72.
2. Винокур В.А. Майкл Балинт, история создания балинтовских групп международного балинтовского движения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013. № 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru>
3. Flavell J. H. Metacognitive aspects of problem solving // The Nature of Intelligence. Ch. 12, New Jersey, 1976, pp. 231–235.
4. Buss A. H. The psychology of aggression. New York: Wiley, 1961. 307 p.
5. Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки. / Психологическая диагностика, 2008, № 1, – с. 35-58.

6. Дональд Т. Кэмпбелл, Галина Андреева. Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях. — М.: Социально-Психологический Центр, 1996. — 391 с. — ISBN 5-89121-004-5.
7. Шумакова, Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Конфликтология: Учебник для вузов. — М.: ЮНИТИ, 2000. — 551 с. ISBN 5-238-00062-6.
8. Шамликашвили Ц. А., Хазанова М. А. Метод «школьная медиация» как способ создания безопасного пространства и его психологические механизмы // Психологическая наука и образование. 2014. № 2. С. 26–33.
9. Кроули Д., Грэм К. Медиация для менеджеров. М.: МЦУПК, 2010. — 304 с.
10. Орлов Ю.М. Саногенное мышление. М.: Слайдинг, 2004. — 96 с.
11. ПельМ. Приглашение к медиации: практическое руководство о том, как эффективно предложить разрешение конфликта посредством медиации. М.: МЦУПК, 2009. — 400 с.
12. Бесемер Х. Медиация. Посредничество в конфликтах. Калуга: Духовное познание, 2004. — 176 с.
13. Шамликашвили Ц.А. Медиация как метод внесудебногоразрешения споров. М.: МЦУПК, 2006. — 86 с.

REFERENCES

1. Veatch R. Models of moral medicine in the era of revolutionary changes. Questions of philosophy. 1994. No. 3. pp. 67–72.
2. Vinokur V.A. Michael Balint, the history of the creation of Balint groups and the international Balint movement [Electronic resource]. Medical psychology in Russia: an electronic scientific journal. 2013. № 3 (20). URL: <http://medpsy.ru>
3. Flavell J. H. Metacognitive aspects of problem solving. The Nature of Intelligence. Ch. 12, New Jersey, 1976, pp. 231–235.
4. Buss A. H. The psychology of aggression. New York: Wiley, 1961. 307 p.
5. Khvan A.A., Zaitsev Yu.A., Kuznetsova Yu.A. Standardization of the questionnaire by A. Bass and A. Darki. /Psychological Diagnostics, 2008, No. 1, pp. 35–58.
6. Donald T. Campbell, Galina Andreeva. Models of experiments in social psychology and applied research. M.: Socio-Psychological Center, 1996. 391 p. ISBN 5-89121-004-5.
7. Shumakova, Antsupov A.Ya., Shipilov A.I. Conflictology: Textbook for universities. M.: UNITY, 2000. 551 p. ISBN 5-238-00062-6.
8. Shamlikashvili Ts. A., Khazanova M. A. The method of "school mediation" as a way to create a safe space and its psychological mechanisms // Psychological science and education. 2014. No. 2. С. 26–33.
9. Crowley D., Graham K. Mediation for managers. Moscow: ICUPK, 2010. 304 p.
10. Orlov Yu. M. Sanogenic thinking. M.: Sliding, 2004. 96 p.
11. Pel M. Invitation to mediation: a practical guide on how to effectively offer conflict resolution through mediation. Moscow: ICUPK, 2009. 400 p.
12. Besemer H. Mediation. Mediation in conflicts. Kaluga: Spiritual Cognition, 2004. 176 p.
13. Shamlikashvili Ts.A. Mediation as a method of out-of-court dispute resolution. Moscow: ICUPK, 2006. 86 p.

Информация об авторах: Петр Петрович Попов, магистрант кафедры журналистики филологического факультета ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский, Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва», бизнес-тренер, тренер-медиатор;
Московская обл., г. Балашиха, Россия
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9822-8833>
e-mail: fpb-2006@bk.ru

Дмитрий Сергеевич Скороходько, фармацевт,
г. Белгород, Россия
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8852-0427>
90dima1@gmail.com

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи

Information about the authors: Petr Petrovich Popov, Graduate student of the Department of Journalism of the Faculty of Philology of the N.P. Ogarev National Research Mordovian State University, business trainer, trainer-mediator;
Balashikha Moscow Region, Russia
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-9822-8833>
e-mail: fpb-2006@bk.ru

Dmitry Sergeevich Skorokhodko, Pharmacist
Belgorod, Russia
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8852-0427>
90dima1@gmail.com

The authors have read and approved the final manuscript.

Статья поступила в редакцию / The article was submitted: 14.05.2022
Одобрено после рецензирования и доработки / Approved after reviewing and revision: 21.06.2022
Принята к публикации / Accepted for publication: 27.06.2022

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. / The authors declares no conflict of interests

© Попов П.П. 2022
© Скороходько Д.С. 2022
© «Педагогика: история, перспективы» 2022