

# ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДИАЦИИ

---

---

Дмитрий Бадинер<sup>1</sup>

## КАК ИЗБЕЖАТЬ КОНФЛИКТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Аннотация.** В статье рассматриваются возможные направления применения принципов медиации в здравоохранении при конфликтах между врачом и пациентом. Актуальность темы исследования обусловлена тем, что значимые социально-экономические изменения во всех сферах российского общества, в том числе и в здравоохранении, адаптация людей к новым условиям жизни вызывают много конфликтов между ними, в том числе между врачом и пациентом, что сильно снижает качество медицинской помощи. В работе использованы психологические методы исследования: социальный опрос, тестирование, метод исследования документов, качественный и количественный методы анализа полученных данных.

Описаны причины конфликтов между врачом и пациентом, формы их протекания, выявлена типология конфликтов. Даются рекомендации по возможности применения медиации в ЛПУ, и оценивается ее возможное влияние на качество медицинской помощи.

**Ключевые слова:** конфликт, спор, врач, пациент, здоровье, медиация, принципы медиации, разрешение спора, уважение, доверие, врачебная ошибка, оказание медицинской помощи.

Dmitry Badiner

## HOW TO AVOID CONFLICT WHEN RENDERING MEDICAL AID

**Abstract.** The article discusses the possible ways of applying the principles of mediation in health care in case of conflicts between a doctor and a patient. The relevance of the research

---

<sup>1</sup> © Д.В. Бадинер, 2018.

topic is due to the fact that significant socio-economic changes in all spheres of Russian society, including health care, the adaptation of people to new living conditions cause many conflicts between them, including the doctor and patient, which greatly reduces the quality of medical help. The work used psychological research methods: social survey, testing, method of researching documents, qualitative and quantitative methods of analyzing the data.

The causes of conflicts between the doctor and the patient, the forms of their occurrence are described, the typology of conflicts is revealed. Recommendations are made on the possibility of using mediation in health facilities, and its possible impact on the quality of care is assessed.

**Key words:** conflict, dispute, doctor, patient, health, mediation, principles of mediation, resolution of a dispute, respect, trust, medical error, medical care.

За последние десятилетия резко выросло число конфликтов в российском здравоохранении, которые заканчиваются судебными процессами. Конфликты в здравоохранении затрагивают физические, психологические, социальные аспекты здоровья пациентов, прямо нарушая фундаментальное положение устава ВОЗ, согласно которому «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов»<sup>2</sup>.

Одним из возможных способов исправить сложившуюся ситуацию могут быть новые, альтернативные методы решения конфликтных ситуаций в медицине.

Разработанность исследуемой нами темы крайне мала: нет литературы по применению медиации в здравоохранении в Российской Федерации; практически не выявлена типология конфликтов между врачом и пациентом. Наш профессиональный опыт позволяет предположить, что особенности конфликтов между врачом и пациентом связаны со всеми этапами оказания медицинской помощи. На каждом этапе могут возникнуть конфликты в области деонтологии, правильной диагностики, стратегии и качества лечения, обеспечения лекарственными средствами, организационных, и правовых вопросах. Типологию и частоту конфликтов мы определяем по области, где они наиболее часто встречаются.

Устранение конфликта между врачом и пациентом при помощи медиации может позволить пациенту получить прозрачное и качественное лечение с соблюдением его прав, а врачу работать в психологически безопасной обстановке, что позволит улучшить качество оказываемой медицинской помощи. Также появляется возможность исправить ошибки со стороны медицинского персонала или учреждения, а для пациента и убедиться в том, что его проблемами интересуются и пытаются их решать.

Помимо этого, медиация может способствовать повышению уровня медицинской этики, качества оказываемой медицинской помощи, и уменьшению профессионального выгорания медицинского персонала.

---

<sup>2</sup> Преамбула к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому Международной конференцией здравоохранения, Нью-Йорк, 19-22 июня 1946 г., подписанному 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) и вступившему в силу 7 апреля 1948 г.

Медиация может стать достойной альтернативой судебному разрешению конфликтов. Лучше не прибегать к дорогостоящим судебным процессам, а довериться авторитетным в области медиации специалистам, которым доверяют стороны. Средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней.

Медиация, применяемая в здравоохранении, позволит улучшить качество медицинской помощи, прозрачность процедуры лечения, что приведет к повышению доверия со стороны пациентов к врачам, и здравоохранению в целом. Помимо этого, медиация может способствовать повышению уровня медицинской этики, и уменьшению профессионального выгорания медицинского персонала.

### **Опыт отношений между врачом и пациентом в зарубежных странах**

Морально-этические принципы в отношениях врача и пациента формировались много веков назад. Еще Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) провозглашал принцип «Не навреди», как обязательство перед пациентом. Парацельс (1493-1541 гг.) с его максимой «Делай добро» выстраивал лечебный процесс на основе эмоционального и духовного контакта врача с пациентом.

Следующая модель — деонтологическая, «соблюдение долга». Она предполагает соблюдение правил этики, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом и разумом врача, для обязательного исполнения, и похожа на «кодекс чести».

Еще одна модель — биоэтика. Принцип «уважения прав и достоинства человека» дает пациенту право выбора и право на информацию о своем здоровье.

О.А. Ботяжова пишет: «Биоэтика — область междисциплинарных исследований этических, философских и антропологических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения. Именно биоэтика — одна из немногих наук, которая по своей природе может обращаться к отдельному человеку, и воздействовать на его духовный мир. Человек, наконец, должен приблизиться к биоцентрическому мировоззрению, признавая равные права всех форм биоса и понимая свою ответственность за всё живое на Земле. Только позиция биоцентризма обеспечит мирную эволюцию человечества и его биоокружения» [Ботяжова 2011: 64].

С момента своего появления биоэтика развивалась по двум направлениям. Одно связано с этическими дилеммами в медицинской практике, другое с контролем биотехнологий, которые ощутимо влияют на окружающий мир.

Американский биоэтик Роберт Витч предложил модель отношений «врач—пациент» в нескольких вариантах:

- инженерная;
- пастырская (патерналистская);
- коллегиальная;
- контрактная<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> См. Введение в биоэтику / ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко М.: Прогресс-Традиция, 1998.

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, так как нарушает принципы уважения пациента.

При пастырской модели характерны взаимоотношения, как отца и ребенка. Принципы отношений строятся на основании любви, заботы и справедливости. Эта модель господствовала в христианской культуре много столетий. Она актуальна с современной медицине. Недостаток этой модели в том, что отношения могут стать «начальник-подчиненный».

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 недействительными [Ушаков 2016: 196-220].

Отношения между врачом и пациентом в западной медицине также регулируются нормативно-правовым обеспечением (хартии, социальные законы), и различными независимыми организациями (согласительные и этические комиссии), и процедурами (альтернативное решение споров). Это развито в Великобритании, Новой Зеландии, Австралии, США. В Великобритании существует независимая служба защиты прав пациентов, которая помогает подать жалобу. Комиссия контроля качества, отвечает за безопасность оказания медицинской помощи, проверяя их соответствие стандартам качества и безопасности. Аналогичным образом работает служба омбудсмена здравоохранения и Национальная ассоциация участия пациентов, которая содействует охране здоровья на благо общества. 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 2005 г. было принято 367 судебных жалоб по ятрогенным заболеваниям и внутрибольничному инфицированию. Создана пациентская международная ассоциация, имеющая отделения в Европе, Африки, Азиатско-Тихоокеанском регионе, Латинской Америке. Она отслеживает цены на лекарства и их доступность населению [Светличная 2013: 39-45].

В Лондоне в 50-х годах XX в. начали применять метод балинтовских групп, с целью помочь врачу устанавливать понимание и контакт с пациентом. Этот метод называется по имени врача М. Балинта. Балинт на основе своего опыта стал собирать группу 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 он 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 [Винокур 2017].

М. Балинт писал: «Врач должен открыть в самом себе способность выслушивать у своих больных то, что вряд ли им всегда удастся выразить словами, и поэтому он должен начинать с того, чтобы послушать такую речь у себя самого» (1955) (цит. по [Винокур 2017]).

### **Опыт отношений между врачом и пациентом в отечественном здравоохранении**

За последние годы произошло усиление требовательности пациентов к врачам. Это связано с идущими в России социальными процессами развития правовой грамотности населения. Пациенты ожидают повышенного внимания и индивидуального подхода вместо унифицированного выбора лечения. С развитием интернета, растет осведомленность пациентов о своем заболевании. Он все чаще приходит к врачу с готовой схемой лечения и диагнозом. 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 [Чирикова 2014: 138].

Другой причиной роста напряженности в отношениях между врачом и пациентом является проблема государственной политики, где врач в глазах пациента отвечает за политику государства в сфере оказания медицинской помощи и воспринимается составным ее элементом. В последние годы врачи были вынуждены отвечать за все недочеты организации системы российского здравоохранения, что у многих врачей вызывает негодование. Также существует нехватка квалифицированных кадров, плохое материальное обеспечение, из-за этого длинные очереди и каждый второй пациент приходит с негативом. Все вышеперечисленное способствует появлению синдрома выгорания у врачей. 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. Средства массовой информации 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 [Чирикова 2014: 126].

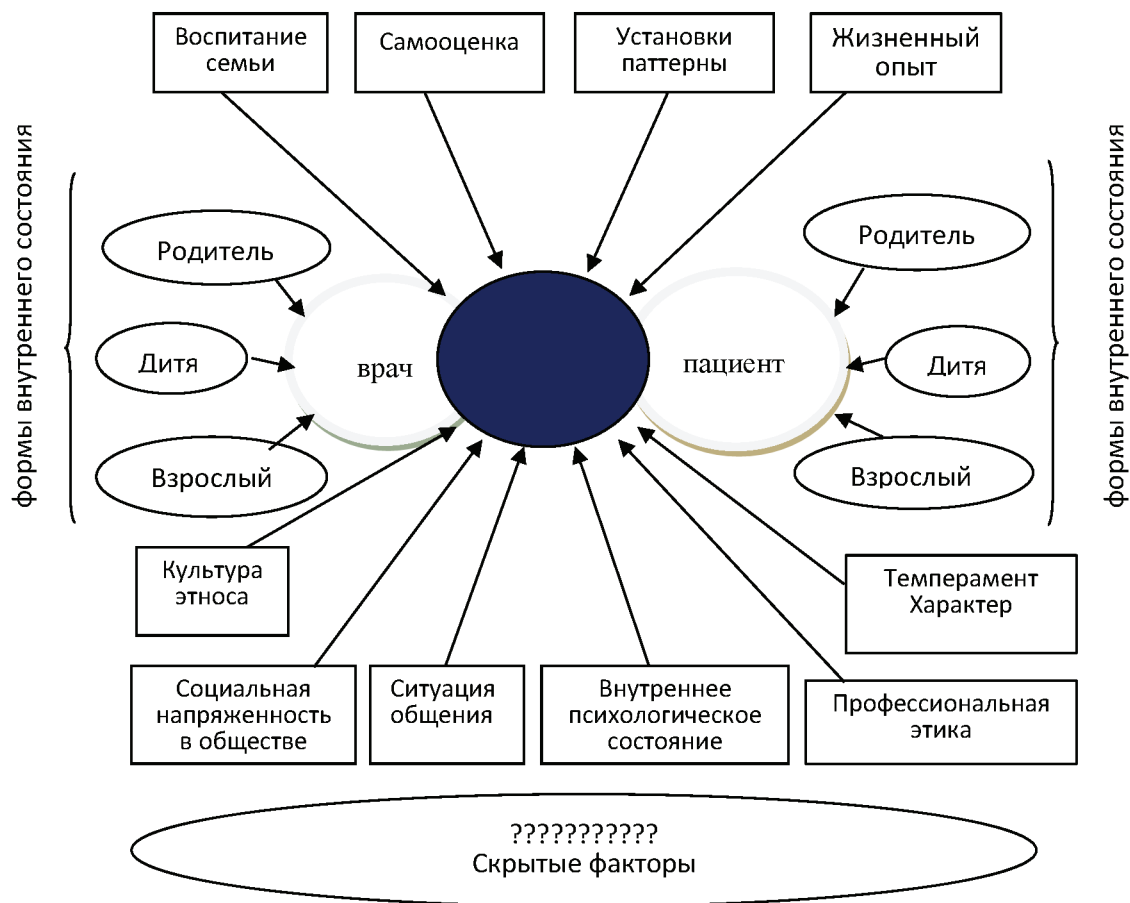
Для возникновения доверия между врачом и пациентом, нужны определен-

ные факторы. Доверие активирует социальные функции. Вот что пишет об этом Е.П. Ильин: «Основными функциями доверия являются познание, обмен и обеспечение взаимодействия, а основными функциями недоверия — самосохранение и обособление. Это значит, что в случае доверия человек рассчитывает на получение какого-то блага (установление сотрудничества, получение ценной информации), а в случае недоверия он оценивает негативные последствия взаимодействия и использует недоверие как защиту от этих последствий. Позитивная роль в наиболее общем виде состоит в том, что доверие и недоверие способствуют интеграции и гармонизации отношений человека с самим собой, окружающими людьми и миром в целом, обеспечивают сосуществование и взаимодействие с ними, регулируют межличностные и межгрупповые отношения [Ильин 2013: 225].

В свою очередь, Т.П. Скрипкина пишет о факторах возникновения доверия: «Во-первых, доверие рассматривается, как нравственные отношения между людьми, основанные на убежденности в добропорядочности, верности, ответственности, честности и правдивости друг друга; во-вторых, в доверии выделяется и рассматривается момент знания друг друга; в-третьих, отмечается, что акт доверия – это добровольное, ненасильственное проявление; и, наконец, в-четвертых, доверие реализуется как передача интимных мыслей и чувств. В.К. Калинин считает, что особую роль в качестве основания авторитета выполняют нравственные свойства личности, так как позитивная оценка этих свойств, является механизмом запуска доверия одного человека другому. И эта оценка обеспечивает возможность эффективной коммуникации с авторитетным человеком» [Скрипкина 2000: 154].

У каждого из нас есть установки, которые влияют на социальное поведение. Д. Майерс по этому поводу пишет: «Наше поведение, и наши выраженные установки потому отличаются друг от друга, что и то и другое подвержено влиянию разных обстоятельств. Один психолог насчитал 40 разных факторов, осложняющих их взаимодействие. Наши установки могут прогнозировать наше поведение при следующих условиях: 1) если эти «другие влияния» минимизированы; 2) если установка в большей степени релевантна прогнозируемому поведению; 3) если установка сильная. Таковы условия, при которых существует связь между тем, что мы думаем и чувствуем, и тем, что мы делаем» [Майерс 2016: 168].

Когда возникает конфликт, стороны занимают определенные оборонительные позиции, которые, как им кажется, защищают их интересы. О позиционном торге, который проявляется на первой стадии медиации, Р. Фишер и У. Юри пишут: «В позиционном торге важные критерии разумного соглашения – эффективность и дружелюбие – недостижимы. Чем больше вы пытаетесь убедить другую сторону в невозможности изменить свою первоначальную позицию, тем труднее становится это сделать для вас. Ваше «Я» отождествляется с вашей позицией. У вас появляется новая заинтересованность в «спасении лица» - в примирении будущего действия с прошлыми позициями, - что дает все более и более невозможным достижение любого соглашения, которое в разумной степени примиряет первоначальные интересы сторон» [Фишер, Юри 1992: 26-28].



**Рис. 1.** Когнитивная карта факторов влияния на отношения между врачом и пациентом.

### **Типология конфликтов между врачом и пациентом по данным судебных актов РФ за период 2011–2013 гг.**

С целью выявления типологии конфликтов между врачами и пациентами нами было проанализировано более 400 судебных актов по всей Российской Федерации. Судебные решения исследовались из разных регионов Российской Федерации с 2011 по 2013 г.

Генеральная совокупность исследования пациентов представляет собой людей в возрасте от 15 до 65 лет, разных профессий, имеющих разный социальный статус, разный доход, разное семейное положение, разный этнокультурный и образовательный уровень. Выборка состоит из пациентов, которых объединяет факт обращения за медицинской помощью, в результате которого у них возникли конфликты с врачами.

**Таблица 1. Распределение проанализированных жалоб пациентов по субъектам РФ**

<b>Субъект РФ</b>	<b>Количество решений суда</b>	<b>%</b>
Башкортостан	19	4,65
Дагестан	10	2,44
Кабардино-Балкария	5	1,22
Марий Эл	2	0,49
Мордовия	5	1,22
Саха Якутия	17	4,16
Чувашия	6	1,47
Краснодарский край	12	2,93
Красноярский край	1	0,24
Приморский край	8	1,96
Ставропольский край	4	0,98
Хабаровский край	15	3,67
Амурская область	5	1,22
Брянская область	32	7,82
Владимирская область	13	3,18
Воронежская область	10	2,44
Ивановская область	2	0,49
Калужская область	3	0,73
Камчатский край	2	0,49
Кировская область	22	5,38
Костромская область	13	3,18
Курская область	15	3,67
Магаданская область	8	1,96
Московская область	14	3,42
Нижегородская область	8	1,96
Оренбургская область	8	1,96
Орловская область	5	1,22
Пензенская область	4	0,98
Пермский край	20	4,89
Рязанская область	2	0,49
Самарская область	15	3,67
Саратовская область	3	0,73
Сахалинская область	6	1,47
Смоленская область	13	3,18



Тамбовская область	5	1,22
Тверская область	7	1,71
Тульская область	13	3,18
Ярославская область	4	0,98
Москва	47	11,49
Еврейская АО	6	1,47
<i>Учтенные записи</i>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наибольшее число решений суда было рассмотрено из Москвы (11%), Брянской области (8%), Приморского края (5%). Проанализированные решения суда по вопросам исков пациентов распределились по ЛПУ различного типа (табл. 2).

**Таблица 2. Анализ судебных актов по жалобам пациентов**

Тип ЛПУ, на которое поступает жалоба	к-во	%
Стационарные ЛПУ	372	90,95
Диспансеры	1	0,24
Амбулаторно-поликлинические учреждения	27	6,60
Центры, в том числе научно-практические	3	0,73
Учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови	5	1,22
Иное	1	0,24
<i>Учтенные записи</i>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наибольшее число исков поступало на случаи, связанные со стационарными ЛПУ (91%), далее – с поликлиниками (7%).

**Таблица 3. Распределение решений суда в зависимости от подразделений ЛПУ, на которое поступил иск**

Структурное подразделение учреждения, на которое поступает жалоба	к-во	%
Районная	38	9,29
Городская, в том числе детская	270	66,01
Городская скорой медицинской помощи	1	0,24
Центральная (городская, районная)	2	0,49
Областная, в том числе детская (краевая, Республиканская, окружная)	4	0,98
Гинекологическая	3	0,73
Наркологическая	8	1,96

Онкологическая	6	1,47
Офтальмологическая	2	0,49
Психоневрологическая, в том числе детская	1	0,24
Психиатрическая, в том числе детская	1	0,24
Медико-санитарная часть, в том числе центральная	4	0,98
Кожно-венерологический	1	0,24
Маммологический	0	0,00
Наркологический	2	0,49
Онкологический	4	0,98
Противотуберкулезный	1	0,24
Психоневрологический	11	2,69
Амбулатория	4	0,98
Центральная районная	4	0,98
Стоматологическая, в том числе детская	15	3,67
Восстановительного лечения	1	0,24
Специализированных видов медицинской помощи	1	0,24
Станция скорой медицинской помощи	23	5,62
Родильный дом	1	0,24
Иное	1	0,24
<b>Учтенные записи</b>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наибольшее число исков было связано с ЛПУ в статусе «городская больница» (66%); районная больница (9%), станция скорой помощи (5%). Распределение судебных исков по тематике (видам медицинской помощи) представлено в табл. 4.

**Таблица 4. Распределение решений суда в зависимости от видов претензий к ЛПУ, послужившим основанием для иска**

Тематика обращения	количество	%
Диагностическое	22	5,38
Лечебное	188	45,97
Организационное	24	5,87
Деонтологическое	1	0,24
Лекарственное	23	5,62
Материальное	85	20,78
Правовое	17	4,16
Документальное	26	6,36
Санитарно-гигиеническое	1	0,24
Медико-социально-экспертное	10	2,44

Санаторно-курортное	1	0,24
Прочие	11	2,69
<b>Учтенные записи</b>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наиболее часто встречается тема обращений, связанная с оказанием непосредственно медицинских услуг – «лечебная» (46% случаев). Вторым по значимости фактором явилось обращение, связанное с требованием о «компенсации каких-либо материальных затрат» (21%).

**Таблица 5. Распределение решений суда в зависимости от видов оказания медицинской помощи, послуживших поводом для обращения в суд**

<b>Отрасль медицины</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
Терапия плановая помощь	142	34,72
Терапия экстренная помощь	50	12,22
Хирургия плановая помощь	186	45,48
Хирургия экстренная помощь	25	6,11
Педиатрия плановая помощь	2	0,49
Педиатрия экстренная помощь	1	0,24
Детская хирургия	0	0,00
Родовспоможение	1	0,24
Гинекология плановая помощь	0	0,00
Гинекология экстренная помощь	0	0,00
Реабилитация	0	0,00
Стоматология терапевтическая	0	0,00
Стоматология хирургическая	0	0,00
Стоматология ортопедия (зубопротезирование)	0	0,00
Иное	2	0,49
<b>Учтенные записи</b>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

В ходе анализа было установлено, что наибольшее количество исков было связано с оказанием плановой хирургической помощи (45%), плановой терапевтической помощи (35%) и экстренной терапевтической помощи (12%).

Информация об объекте неудовлетворенности пациентов, послужившим основанием для обращения в суд, представлена в табл. 6.

**Таблица 6. Распределение решений суда в зависимости от объекта недовлетворенности пациентов, послужившего поводом для обращения в суд**

<b>Объект недовлетворенности</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
Учреждение	336	82,15
Конкретный сотрудник	73	17,85
<i>Учтенные записи</i>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наиболее часто основанием для обращения граждан в суд послужило недовольство конкретным учреждением (82%) и (18%)- конкретным сотрудником ЛПУ.

Распределение судебных дел по критерию личного обращения в суд или представительства представлено в табл. 7.

**Таблица 7. Распределение судебных дел по критерию личного обращения в суд или представительства**

<b>Автор обращения</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
Личное обращение	291	71,15
Представитель по закону (родители за детей, опекуны за недееспособных и т. д.)	64	15,65
Представитель по доверенности или просьбе пациента	54	13,20
<i>Учтенные записи</i>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наиболее часто пациенты лично обращались в суд (71%). Распределение обращений в суд по критериям кратности представлено в табл. 8.

**Таблица 8. Распределение обращений в суд по критериям кратности**

<b>Статус обращения</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
Первичное	294	71,88
Повторное	112	27,38
Многokратное	3	0,73
<i>Учтенные записи</i>	<b>409</b>	<b>100,00</b>

Наиболее часто пациенты обращались в суд впервые (72%), и повторно (27%). Распределение обращений в суд по критериям повода для обращения представлено в табл. 9.

**Таблица 9. Распределение обращений в суд по критериям повода для обращения**

<b>Жалоба по факту</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>
смерти пациента	17	4,16
инвалидизации пациента	4	0,98
причинения вреда здоровью, не связанного с инвалидностью или смертью	387	94,62
Иное	1	0,24
<i>Учтенные записи</i>	<i>409</i>	<i>100,00</i>

Наиболее часто жалобы была связана с причинением вреда здоровью, не связанным с инвалидностью или смертью (95%).

Распределение судебных решений по критериям нарушенных прав пациентов представлено в табл. 10.

**Таблица 10. Распределение судебных решений по критериям нарушенных прав пациентов**

<b>Вид нарушения прав пациента, указанный в жалобе</b>	<b>количество</b>	<b>%</b>	
Необоснованный отказ от оказания медицинской помощи	26	6,36	этика
Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинения вреда здоровью застрахованного	105	25,67	
Низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, повлекшие причинение вреда здоровью или смерть застрахованного	205	50,12	
Применение нещадящих (болевых) методов лечения при возможности их исключения или использования иных, щадящих методов.	2	0,49	этика
Необоснованное взимание или требование платы за лечение.	5	1,22	этика
Злоупотребления со стороны медицинских работников, включая нарушение деонтологических норм	5	1,22	этика
Нарушение условий и режима лечения.	14	3,42	

Нарушение прав застрахованного в части его информированности о диагнозе, возможном риске, последствиях и результатах лечения и на сохранение в тайне сведений, составляющих врачебную тайну.	10	2,44	этика
Отсутствие, дефекты оформления, представление недостоверной медицинской, статистической и финансовой документации.	35	8,56	этика
Иное	1	0,24	
<i>Учтенные записи</i>	<i>408</i>	<i>99,76</i>	
<i>Рассмотренные случаи</i>	<i>409</i>	<i>100,00</i>	

Наиболее часто пациенты обращались с жалобами на низкий уровень качества или дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объема медицинской помощи установленным стандартам, не повлекшие причинения вреда здоровью застрахованного (75%), нарушение различного рода этических норм при взаимодействии с пациентами (20%).

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 в материальном выражении, но и за моральный ущерб. Пациенты редко прибегают к помощи экспертов. Решение суда зачастую (60%) 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. Большинство конфликтов относится к вопросам низкого качества оказания медицинской помощи (80%) и вопросам деонтологии (20%).

### **Данные о типологии конфликтов, полученные в результате опросов врачей и пациентов**

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

В опросе приняли участие 28 человек, врачей с разным стажем работы, разной квалификации, опытом. Опрос проводился при помощи электронного ресурса – на сайте <https://anketolog.ru/s/174019/2b8E5Cul>.

Опрос показал, что врачи чаще всего имеют конфликты с родственниками пациентов (43%), и коллегами по работе (43%). Чаще всего конфликты с пациентами возникают по вопросам диагностики (28%), лекарственного обеспечения (28%), организационных вопросов (28%), тактики лечения (14%). Конфликты возникают

один раз в месяц, как правило. Поведение в конфликтной ситуации – врач пытается урегулировать конфликт (66%), или делает вид, что ничего не происходит (33%). Конфликт протекает на повышенных тонах в (85%). Конфликт полностью разрешается на месте в 50%, и частично в 50% случаев. Последствия конфликта влияют на врачей в виде подавленности (42%), и не влияют (28%). Влияние конфликта на работу, как будто ничего не произошло (85%). О том, что можно урегулировать конфликт при помощи медиации, врачи не знают в 71% случаев, и знают в 28%. 86% опрошенных врачей хотели бы изучить метод медиации для устранения конфликтов с пациентами в тех или иных обстоятельствах.

Группа респондентов состояла из 12 женщин и 16 мужчин. Возраст группы опрошенных находится в диапазоне от 25 до 55 лет. Пять человек находятся в возрастной группе от 25 до 35 лет, пять человек в группе от 35 до 45 лет, и десять человек в группе от 45 до 55 лет. Стаж работы испытуемых составляет у пяти человек 5–7 лет, еще у пяти человек – 10–15 лет, и у десяти человек от 20 до 30 лет. Все участники опроса имеют семьи и проживают в г. Москве. Респонденты работают в составе линейных и специализированных бригад, оказывая разнопрофильную помощь пациентам в экстренных ситуациях.

Опрос пациентов. Проведенный нами опрос был направлен на оценку опыта конфликтного взаимодействия пациентов с медперсоналом. Генеральная совокупность данной социальной группы представляет собой людей разных профессий, имеющих разный социальный статус, разный доход, разное семейное положение, разный этнокультурный и образовательный уровень. Выборка в нашем исследовании состояла из 32 человек, которых объединил факт обращения за медицинской помощью в поликлиники, стационары и в службу скорой медицинской помощи, в результате, которого они получили тот или иной ущерб здоровью. Опрос проводился при помощи электронного ресурса на сайте <https://anketolog.ru/s/173646/79x9zfOI>.

В опросе приняли участие 32 человека, которые сами (или их родственники) были пациентами в стационарных и амбулаторных лечебных учреждениях. Возраст участников группы составил от 25 до 65 лет.

По результатам опроса пациентов было установлено, что конфликты с врачом возникали в 87% случаев, при этом о конфликте с участковым терапевтом сообщили 53% респондентов, с врачом узкой специальности – (37%). Каждый опрошенный пациент в течении своей жизни оказывался в конфликтной ситуации несколько раз (37%). Это случалось при оказании медицинской помощи его родственникам (62%), и непосредственно самому (44%). Конфликт возникал по поводу тактики лечения (56%), и этики общения (50%), диагностики (34%). Инициатором конфликта являлся сам пациент (69%), его родственники (25%), и врач (19%). Врач чаще всего хотел уйти от конфликта (34%), или просто не реагировал на претензии (31%), повышал голос (28%). Пациенты не считают, что врач пытался избежать конфликта в (59%). Тем не менее пациенты считают, что врач чаще всего был вежлив (50%) и «скорее не вежлив (46%)». (60%) опрошенных сообщили, что третье лицо не привлекалось для разрешения конфликта, привлекалось – по мнению 40% участников опроса. Со слов респондентов, поведение пациентов в конфликте в врачом было вежливое (59%) или

излишне эмоциональное (25%). Конфликт был разрешен «частично» по мнению 56% участников опроса или был разрешен последующей подачей жалобы (31%), был разрешен сразу же и на месте (18%). (41%) заполнивших анкеты сообщили, что конфликт с врачом не повлиял на состояние здоровья пациента и скорее повлиял (34%). Большая часть пациентов считают, что конфликт с врачом может быть урегулирован при участии третьего нейтрального лица (62%). Сомневаются в такой возможности 25% опрошенных (ответ «скорее нет»).

## **Обоснование возможности применения процедуры медиации для разрешения конфликтных ситуаций в системе отношений «врач – пациент»**

Основополагающим принципом медиации является добровольность. Только по взаимному желанию урегулировать спор может начаться медиация. Еще 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.

Еще 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 создает атмосферу доверия, придерживается регламента процедуры. Стороны конфликта несут ответственность за свой конфликт и за принятие решения [Шамликашвили 2013: 45].

У каждого человека, в процессе его жизни актуализируются различные потребности, как физиологические, так и социальные. У пациентов в момент болезни актуализируется потребность в здоровье, неудовлетворение которой может повысить его конфликтность.

Для удовлетворения базовых потребностей нужны предпосылки – «такие, как свобода слова, свобода делать то, что тебе хочется, если это не мешает другим, свобода получения сведений и доступа к информации, свобода защищать себя, правосудие, справедливость, честность, дисциплина в группе, являются примерами предварительных условий для удовлетворения базовых потребностей» [Маслоу 2008: 281].

Эти условия включены в пространство медиации и совпадают с ее принципами.



Например:

- принцип добровольности совпадает с потребностью свободы действий;
- принцип прозрачности совпадает с потребностью получать информацию;
- нейтральность медиатора совпадает с потребностью в честности, говорить правду;
- регламент процедуры совпадает с потребностью в дисциплине в группе, предсказуемости событий, что в свою очередь удовлетворяет потребность в безопасности;
- принцип равноправия удовлетворяет потребность защищать себя и свои интересы.

Медиатор, соблюдая перечисленные принципы, создает безопасное пространство, в котором постепенно зарождается доверие между участниками спора» [Шамликашвили, Хазанова 2014: 26–33]. Далее авторы пишут: «Разумеется, успех процедуры медиации во многом зависит от профессионализма медиатора, но в еще большей степени он зависит от самих сторон спора (именно они, без преувеличения, являются ключевыми фигурами), а также других участников процедуры (к примеру, юридических консультантов, экспертов и т. д.). Поэтому есть также ряд общих для всех участников условий, которые необходимо соблюдать для обеспечения успеха процедуры медиации:

- уважение и терпимость друг к другу;
- принятие другого человека;
- способность слушать и слышать, допускать другие точки зрения, отличные от собственной;
- не допускать каких-либо насильственных форм общения и оскорблений собеседника;
- добровольность участия в процедуре медиации;
- готовность к сотрудничеству;
- соблюдение конфиденциальности – неразглашение информации третьим лицам;
- открытость и честность по отношению друг к другу в том, что касается содержания конфликта;
- соблюдение совместно выработанных в процедуре медиации договоренностей и претворение их в жизнь» [Шамликашвили, Хазанова 2014: 26–33].

Д. Кроули пишет об эффективности медиации при разрешении конфликтов: «Основным навыком, позволяющим медиаторам эффективно общаться с людьми, является умение устанавливать взаимопонимание. Раппорт – устанавливающаяся 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» [Кроули, Грэм 2010: 49–50].

Чтобы медиатор мог оставаться нейтральным и равноудаленным от сторон конфликта, ему необходим навык управления собственными эмоциями, что повышает эффективность медиации. Ю.М. Орлов 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. Ю.М. Орлов пишет об эмоциях: «Способны ли мы управлять своими эмоциями? Могу ли я, например, устранить чувство стыда или вины, выполнив какие-то внутренние акты управления эмоциями? Можно ответить на эти вопросы утвердительно, если я умею это делать. А если не умею, то моя способность управления эмоциями сводится лишь к тому, чтобы их не проявлять вовне. Мне стыдно, но я делаю вид, что мне безразлично, мне больно, но я скрываю боль, мне обидно, а внешне проявляются лишь раздражение или неприкрытый гнев. Если меня спросят: «Ты обиделся?», а я отвечу: «Нет!», то это свидетельствует лишь о том, что я могу лишь сдерживать внешнее проявление эмоции, а не устранять ее. Я продолжаю переживать обиду, но где-то внутри наивно думаю, что другие этого не замечают. Эта эмоция может преобразоваться во что угодно, например, в гнев, который будет порождать мстительные мысли» [Орлов 2004: 78–82].

О том, что медиация может оказаться успешным методом для разрешения конфликта, пишет Г. Фридман: «Предлагаем придерживаться четырех основных принципов: во-первых, двигателем прогресса может стать сила понимания, а не сила принуждения или убеждения; во-вторых, основная ответственность, за то: будет ли разрешен спор, должна лежать на сторонах конфликта; в-третьих, лучшая помощь сторонам обеспечивается тем, что они получают возможность работать вместе и совместно принимать решения; в-четвертых, конфликты лучше разрешаются при обнаружении того, что лежит в их основе – то есть на более глубоком уровне, нежели эмоциональные переживания конфликта» [Фридман 2014: 21].

Каждая из сторон конфликта хочет справедливого решения по отношению к ней. Ц.А. Шамликашвили отмечает: «Важной особенностью медиации, которая также характеризует этот институт как очень важный для общества, является тот факт, что она облегчает доступ к справедливости. Чаще всего мы понимаем доступ к справедливости как доступ к правосудию, то есть к судебной системе. Но медиация оказывается не менее, а возможно и более эффективным инструментом, способным обеспечить такой доступ. Справедливость – это категория относительная, у каждого может существовать свое представление о справедливости. А медиация, будучи обращенной к интересам самих участников спора, и, одновременно, создавая условия для того, чтобы результаты урегулирования отвечали потребностям всех сторон, вовлеченных в спор, безусловно, создает наилучшие условия для того, чтобы решение было справедливым для каждого из оппонентов. Вот почему современную медиацию, предполагающую максимальную вовлеченность в процесс самих сторон спора, наделение их властью и осознанием возможности и силы собственного влияния на исход процедуры, а самое главное, влиянием на содержание и качество решений, которые будут приняты, без преувеличения можно отнести к способам достижения процедурной справедливости» [Шамликашвили 2006: 17].

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 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 не отпустит дочь в больницу. 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.

1. В результате исследования зарубежного и отечественного опыта по взаимоотношениям врачей и пациентов, были выявлены типичные факторы нарушения коммуникации между ними: а) фактор непрозрачности лечебного процесса для пациента; б) деонтологические факторы; в) врачебные ошибки, и оказание медицинской помощи в неполном объеме; г) завышенные ожидания пациентов в отношении результатов лечения.

2. Нами было проанализировано более 400 судебных актов по всей Российской Федерации и установлена следующая типология конфликтов:

а) нарушение врачебной этики в отношении пациентов – 20% от общего числа исследуемых судебных дел;

б) нарушение прав пациентов, и оказание медицинской помощи, и диагностических мероприятий в неполном объеме – 80% от общего числа исследуемых судебных дел;

в) деонтологический фактор (50%), вопросы диагностики и тактики лечения в 90% случаев из числа опрошенных.

3. Регулярно, становясь участником конфликта с пациентами (42%) от общего числа опрошенных респондентов, врачи не знают, как эффективно разрешить конфликт, так как не обладают должным уровнем конфликтной компетентности, в частности, навыками владения техниками медиации), что подтверждается снижением качества лечения.

## **Обоснование возможных направлений и организационных моделей применения медиации при разрешении споров, связанных с оказанием медицинской помощи**

1. Возможность применения медиации при разрешении конфликтов между врачами и пациентами. Медиабельность конфликтов между врачами и пациентами, основывается на результатах исследования. Обе стороны конфликтов готовы добровольно участвовать в их разрешении при помощи третьей нейтральной стороны в (75%) случаев из числа опрошенных респондентов. У сторон конфликтов есть социальное равенство. Предметом спора являются отношения, которые проявляются в области деонтологии и качественной медицинской помощи. Интересы сторон конфликтов совпадают, и отражаются в желании помочь пациенту в полном объеме медицинской помощи, с одной стороны, и выздороветь, с другой стороны.

2. Повышение конфликтной компетентности медработников через образовательные программы. Из числа опрошенных респондентов 86% дали свое согласие.

3. Интеграция медиации в работу ЛПУ посредством привлечения профессионального медиатора, которым может стать медиатор из общественного совета, либо медиатор из общества пациентов.

4. Повышение уровня информированности врачей о возможности разрешения конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, с использованием медиации.

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.

Медиатора из общественного совета при органах исполнительной власти может участвовать в медиации в ЛПУ, в связи с тем, что задачами деятельности совета является общественный контроль. Это важное средство обеспечения законности и демократии, повышения эффективности деятельности органов государственной власти и местного самоуправления, снижения рисков принятия и реализации, противоправных и противоречащих общественным интересам решений, обеспечения социальной и политической стабильности, более полной реализации конституционных прав граждан. Функциями общественного совета являются:

**Функция социального инициирования:** общественность через ОС 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. Что 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 процессе 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.

Также, мы говорили о возможности пригласить медиатора из пациентских организаций, в связи с тем что основными целями пациентских организаций являются:

— достижение максимально возможного уровня медицинской помощи и мер по охране здоровья пациентов;

— содействие в защите прав и законных интересов пациентов, оказание им правовой и морально-психологической помощи;

— содействие предоставлению пациентам равным с другими гражданами возможностей участия во всех сферах жизни.

Для достижения данных целей, пациентские организации ставят перед собой следующие задачи:

1). Консолидация и объединение пациентов и пациентских сообществ (характерно для пациентских ассоциаций), их усилий и ресурсов для достижения указанных целей.

2). Разработка и реализация программ, направленных на поддержку и развитие деятельности объединений пациентов.

3). Информационное обеспечение пациентов, просвещение граждан, создание учебных и образовательных программ. Поиск финансирования в лечении пациентов.

4). Создание культурных, образовательных и иных программ, направленных на интеграцию пациентов в обществе. Выработка единых позиций членов сообщества в отношении реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

5). Поиск, анализ и распространение успешных методов реализации и защиты прав пациентов.

6). Создание и участие в создании современных механизмов и процедур взаимодействия между объединениями пациентов и государством на всех уровнях власти: общественные советы, экспертные советы и т. п. Взаимодействия между объединениями пациентов и медицинскими организациями для достижения поставленных целей; взаимодействие с бизнес сообществом (в первую очередь, с производителями лекарственных препаратов и медицинского оборудования).

7). Участие в разработке и внесение предложений по совершенствованию нормативной и нормативно-правовой базы для достижения уставной цели. Участие в проведении и проведение независимых общественных экспертиз качества и безопасности медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинского оборудования и иных медицинских средств.

Исходя из поставленных целей и задач, следует, что субъектами взаимодействия для пациентских организаций в первую очередь являются: органы государственной власти, отвечающие за выработку политики в области здравоохранения, экспертное сообщество (врачи и организаторы здравоохранения), а также бизнес сообщество (производители лекарственных препаратов и медицинского оборудования).

Таким образом, мы пришли к выводу, что можем пригласить независимого медиатора из общественных и пациентских организаций.

## **Рекомендации для снятия конфликтной напряженности между врачом и пациентом**

1. Повысить конфликтологическую компетентность медработников путем внедрения образовательных программ о поведении в конфликте, выработки правильного стиля поведения.

2. Привлечь профессиональных медиаторов к работе в ЛПУ, что бы конфликты разрешались на месте.

3. Повысить информированность врачей о возможности применения медиации для разрешения конфликтов с пациентами посредством прочтения лекций о возможностях применения медиации.

## Литература

Ботяжова 2011 – *Ботяжова О.А.* Основы биоэтики. Ярославль: ЯрГУ, 2011. – 64 с.

Введение в биоэтику 1998 – Введение в биоэтику / ред. Б.Г. Юдин, П.Д. Тищенко М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 384 с.

*Винокур 2013 – Винокур В.А.* Майкл Балинт, история создания балинтовских групп и международное балинтовское движение [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2013. № 3 (20). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 02.12.2017).

*Ильин 2013 – Ильин Е.П.* Психология доверия. СПб.: Питер, 2013. – 288 с.

Кроули, Грэм 2010 – *Кроули Д., Грэм К.* Медиация для менеджеров. М.: МЦУПК, 2010. – 304 с.

Майерс 2016 – *Майерс Д.* Социальная психология 7-е изд. СПб.: Питер, 2016. – 800 с.

Маслоу 2008 – *Маслоу А.* Мотивация и личность 3-е изд. СПб.: Питер, 2008. – 352 с.

Орлов 2004 – *Орлов Ю.М.* Саногенное мышление. М.: Слайдинг, 2004. – 96 с.

Светличная, Цыганова 2013 – *Светличная Т.Г., Цыганова О.А.* Формирование системы защиты прав пациентов в зарубежных странах // Экология человека. 2013. № 3. – С. 39–44.

Скрипкина 2000 – *Скрипкина Т.П.* Психология доверия. М.: Академия, 2000. – 264 с.

Ушаков 2016 – *Ушаков Е.В.* Биоэтика. М.: Юрайт, 2016. – 306 с.

Фишер, Юри 1992 – *Фишер Р., Юри У.* Путь к согласию, или переговоры без поражения. М.: Наука, 1992. – 155 с.

Фридман, Химмельстайн 2014 – *Фридман Г., Химмельстайн Д.* Вызов конфликту: понимающий подход в медиации. М.: МЦУПК, 2014. – 352 с.

Чирикова, Шишкин 2014 – *Чирикова А.Е., Шишкин О.В.* Институт социологии. М.: РАН, 2014. – 154 с.

Шамликашвили 2006 – *Шамликашвили Ц.А.* Медиация как метод внесудебного разрешения споров. М.: МЦУПК, 2006. – 86 с.

Шамликашвили 2013 – *Шамликашвили Ц.А.* Основы медиации как процедуры урегулирования споров. М.: МЦУПК, 2013. – 128 с.

Шамликашвили, Хазанова 2014 – *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.

## References

- Botjzhova 2011 – *Botjzhova O.A.* Osnovy biojetiki. Jaroslavl: JarGU, 2011, 64 p.
- Vvedenie v biojetiku 1998 – Vvedenie v biojetiku / red. B.G. Judin, P.D. Tishhenko M.: Progress-Tradiciya, 1998, 384 p.
- Vinokur 2013 – *Vinokur V.A.* Majkl Balint, istoriya sozdaniya balintovskih grupp i mezh-dunarodnoe balintovskoe dvizhenie, in: Medicinskaja psihologiya v Rossii: elektronniy nauchniy zhurnal. 2013. No. 3 (20). Available at: <http://medpsy.ru> (data obrashhenija 02.12.2017).
- Ilyin 2013 – *Ilyin E.P.* Psihologija doveriya. SPb.: Piter, 2013, 288 p.
- Krouli, Gram 2010 – *Krouli D., Gram K.* Mediacija dlja menedzherov. M.: MCUPK, 2010, 304 p.
- Majers 2016 – *Majers D.* Socialnaja psihologija. 7th ed. SPb.: Piter, 2016, 800 p.
- Maslou 2008 – *Maslou A.* Motivacija i lichnosti. 3rd rd. SPb.: Piter, 2008, 352 p.
- Orlov 2004 – *Orlov Ju.M.* Sanogennoe myshlenie. M.: Slajding, 2004, 96 p.
- Svetlichnaja, Cyganova 2013 – *Svetlichnaja T.G., Cyganova O.A.* Formirovanie sistemy zashhity prav pacientov v zarubezhnyh stranah, in: Jekologija cheloveka. 2013. No. 3, p. 39–44.
- Skripkina 2000 – *Skripkina T.P.* Psihologija doverija. M.: Akademija, 2000, 264 p.
- Ushakov 2016 – *Ushakov E.V.* Biojetika. M.: Jurajt, 2016, 306 p.
- Fisher, Juri 1992 – *Fisher R., Juri U.* Put' k soglasiju, ili peregovory bez porazhenija. M.: Nauka, 1992, 155 p.
- Fridman, Himmelstain 2014 – *Fridman G., Himmelstain D.* Vyzov konfliktu: ponimajushhij podhod v mediacii. M.: MCUPK, 2014, 352 p.
- Chirikova, Shishkin 2014 – *Chirikova A.E., Shishkin O.V.* Institut sociologii. M.: RAN, 2014, 154 p.
- Shamlikashvili 2006 – *Shamlikashvili Ts.A.* Mediacija kak metod vnesudebnogo razreshenija sporov. M.: MCUPK, 2006, 86 p.
- Shamlikashvili 2013 – *Shamlikashvili Ts.A.* Osnovy mediacii kak procedury uregulirovanija sporov. M.: MCUPK, 2013, 128 p.
- Shamlikashvili, Khazanova 2014 – *Shamlikashvili Ts.A., Khazanova M.A.* Metod 'Shkolnaja mediaciya', kak sposob sozdaniya bezopasnogo prostranstva i ego psihologicheskie mehanizmy, in: Psihologicheskaja nauka i obrazovanie. 2014. No. 2, p. 26–33.