

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ- СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
„ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН“**

д-р Радостина Атанасова Щерева

**АЛТЕРНАТИВНО РЕШАВАНЕ НА  
СПОРОВЕ ПО МОДЕЛА НА МЕДИАЦИЯТА-  
ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ В  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**

**за присъждане на образователна и научна степен „ДОКТОР“**

Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“

Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“

Докторантска програма „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**Научни ръководители:**

Доц. д-р Радка Горанова- Спасова, дм

Доц. Нели Градинарова, дм

**София, 2023г.**

## Съдържание

ВЪВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	6
1. Човешки ресурси в здравеопазването	6
2. Организация на болничната медицинска помощ	7
3. Конфликтология	8
3.1. Дефиниции, генеза и видове конфликти. Естествен ход на конфликтите	8
3.2. Конфликти в сферата на здравеопазването и медицинската практика	12
4. Конфликти с пациенти. Модели на взаимоотношенията „лекар-пациент“	18
5. Справяне с конфликти. роля на мениджъра в превенцията и управлението на конфликтни ситуации в организацията	20
6. Етични комисии- роля в решаването на конфликти	25
6.1. Комисии по професионална етика на районните колегии на БЛС	26
6.2. Комисия по професионална етика към Български зъболекарски съюз	28
6.3. Комисия по професионална етика към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ)	28
7. Значение на комуникацията в медицинската практика	29
7.1. Комуникация в общата медицинска практика	32
7.2. Комуникация с пациента при възникване на нежелани събития	33
7.3. Обучение на медицинските специалисти в комуникационни умения	34
8. Алтернативни способи за решаване на спорове. същност и видове	35
8.1. Медиация	36
8.2. Арбитраж	42
8.3. Преговори	43
9. Приложение на медиацията и другите алтернативни способи за решаване на спорове в сферата на здравеопазването. Ползи и предизвикателства	45
9.1. Предизвикателства пред медиацията в медицинската практика	47

9.2. Конфликти между медицински специалисти при кризисни ситуации	49
10. Биоетична медиация	49
11. Институция на болничния медиатор (омбудсман)	51
12. Приложение на алтернативните способности за решаване на спорове в здравеопазването- добри практики и предизвикателства	53
ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	58
Цел и задачи	58
Работни хипотези	59
Материал и методика на проучването	59
Време и място на наблюдението	62
ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	64
Анализ на резултатите от проучването на медицински специалисти	64
Анализ на резултатите от проучването на медицински специалисти с управленски компетенции	94
Обобщение на резултатите от емпиричните изследвания	114
IV. ИЗВОДИ	116
V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	118
VI. ПРЕПОРЪКИ	120
VII. ПРИНОСИ	122
БИБЛИОГРАФИЯ	124
ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Анкетна карта за лекари и професионалисти по здравни грижи	145
ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Анкетна карта за медицински персонал с управленски функции	150

## ВЪВЕДЕНИЕ

*“...Много от болестите, които в миналото са били фатални, в днешни дни са лечими. Хората живеят по-дълго и по-здрави от всякога. Въпреки това, недоволството на пациентите към медиците никога не е било толкова сериозно. Във времена, когато лекарите са все по-способни да лекуват болести и да удължават живота, обществото става все по-подозрително, недоверчиво и дори враждебно към медицинската професия...”*

*Бърнард Лоун (1999)*

Етиката и качествените здравни грижи са общи двигатели на здравните организации. Медицинската професия е преживяла много съществени промени последните десетилетия, резултат на огромния научен и технологичен напредък, осигуряващ непрекъснато усъвършенстване на диагностичните и лечебни методи. Желанията на пациентите да получат модерна и висококачествена терапия, повишава обращаемостта към лечебните заведения за болнична помощ, като се заобикалят по-ниските нива на здравната служба. Променя се и парадигмата на взаимоотношенията „лекар-пациент“. Традиционните патерналистични отношения са заменени от автономния модел, при който пациентът се явява крайна инстанция във взимането на решения, касаещи цялостно неговото здраве. С това нараства и конфликтният потенциал на тези взаимоотношения, с пряко отражение върху доверието, удовлетвореността от медицинската услуга и здравните резултати за пациента.

Разрешаването на конфликти в медицинската практика не може да се разглежда само като решение на конкретен спор между два субекта, а като един от водещите методи за повишаване на качеството на медицинската помощ и осигуряване на безопасността на пациента. Бързото разрешаване на спорове е в интерес живота и здравето на пациентите, но е в интерес и на медицинските специалисти и самите лечебни заведения.

В редица западни страни се утвърждава прилагането на алтернативните способности за разрешаване на спорове, включително в медицинската практика. Един от методите, на който се обръща най-голямо внимание е медиацията.

Медиацията се счита за бърз и ползотворен метод за решаване на конфликти, при който и двете страни печелят. Идеите за бъдеща съдебна реформа, въвеждаща задължителна медиация по определени видове дела и невъзможност за преминаване към съдебно дело без процедура по медиация, ***налага да се анализират възможностите на медиацията и другите способности за извънсъдебно решение*** като възможна алтернатива при спорове в сферата на здравеопазването.

## ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1. Човешки ресурси в здравеопазването

Процесът на мениджмънт става не във вакуум, а в определена организационна среда. Най-важният ресурс във всяка организация са *хората*. Те представляват интелектуален и социален капитал, нематериален актив, който създава стойност, постига резултати, реализира цели. Човешкият капитал е съвкупност от знания, умения и способности, въплътени в хората и придобити чрез образование, обучение и опит, които допринасят за увеличаване на тяхната производителна сила [77]. Една от особеностите на човешките ресурси, която ги отличава от останалите ресурси, е че се влияят от *междучелностни отношения* в процеса на работа, създават се неформални отношения, които влияят на организацията [2].

Проф. Ралица Златанова и кол. (2014) подчертават някои особености на човешките ресурси в здравеопазването:

- Уникални ресурси (не могат да бъдат замествани или заменяни от други);
- Задължителни ресурси (медицинските стандарти изискват определен брой специалисти с квалификация);
- Скъпи ресурси (продължително обучение и квалификация);
- Развиващи се ресурси (непрекъсната необходимост от повишаване на квалификацията и усъвършенстване);
- Недостатъчни ресурси (свободно движение на медицинските специалисти) [43].

Наред с медицинските специалисти, като ресурс на здравеопазната система може да се разглеждат и *пациентите* със своята здравна култура, навици и поведение. Разнообразният медицински и немедицински персонал и пациентите в различно по тежест състояние и медицински потребности, както и множеството дейности, които се извършват на територията лечебните заведения, предполагат сложни взаимоотношения с *конфликтногенен потенциал* [25, 83].

В своя дисертационен труд д-р Екатерина Райкова (2019) подчертава, че *управлението на конфликта* трябва да се разглежда като съставна част от системата на общото управление на човешките ресурси. Чрез основните управленски функции се цели *превенция и своевременно разрешаване* на конфликти в здравната организацията [71].

Спред проф. Добролова и съавт. (2016) в своето многообразие човешките ресурси са не само най-важният елемент на ресурсите на здравната организация, но и най-трудният за регулиране и управление, притежаващ потенциал за конфликт [38]. Конфликтите са органична част от ежедневието в организационния живот [50].

## **2. Организация на болничната медицинска помощ**

В чл. 19 (1) на Закона за лечебните заведения болницата е дефинирана като „лечебно заведение, в което лекари с помощта на други специалисти и помощен персонал извършват всички или някои от следните дейности: диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболнична помощ; родилна помощ; рехабилитация; диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни

заведения; трансплантация на органи, тъкани и клетки; вземане, съхраняване, снабдяване с кръв и кръвни съставки, трансфузионен надзор; диспансеризация; клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия съгласно действащото в страната законодателство; учебна и научна дейност“ [40, 74].

Болницата е както най-голямото, така и най-оборудваното и високотехнологично лечебно заведение. Като такава, представлява както учебна, така и изследователска база, в която се провеждат клинични изпитвания [14, 60]. Включва специализирани сектори, отделения или клиники (според мащаба си), както и болнична аптека, диагностичен блок, транспортен парк, собствена администрация, интензивен сектор, диагностично-консултативен център, едnodневна хирургия [82].

Лечебното заведение е фрагментирана институция и всеки от фрагментите има свои цели и интереси: борд на директорите, лекари, медицински сестри, санитарни и болногледачи, технически персонал, социални работници и психолози [91]. Целите и потребностите се детерминират от различните роли, които хората изпълняват в здравната организация [50, 56].

### **3. Конфликтология**

#### **3.1. Дефиниции, генеза и видове конфликти. Естествен ход на конфликтите**

Думата „конфликт“ произлиза от лат. ез. „conflictus“, което означава сблъскване, удряне, борба [90]. Конфликтът може да се разглежда като борба на противречиви тенденции в една система.

**Конфликтът** може да се определи като вътрешно несъгласие или несъгласие с останалите хора, което причинява вреда или притежава потенциала да причини такава [142]. Може да се дефинира също като липса на съгласие между две или повече страни, които могат да бъдат конкуриращи се лица или групи. Saltman et al. подчертават, че трябва да се има предвид разликата между „конфликт“ и „несъгласие“. Несъгласието може да бъде на предшественик на конфликта, но не е задължително да прерасне в такъв. Този преход може да бъде ускорен от допълнителни скрити фактори [142].

КОНФЛИКТНА СИТУАЦИЯ + ИНЦИДЕНТ=КОНФЛИКТ
---

Д. Димитров подчертава, че теоретичният интерес към конфликтите се обяснява с голямата необходимост за ефективно управление на социалната система през различните етапи на нейното функциониране и развитие [34].

Според Горан Горанов и Иванка Банкова, конфликтите по своята природа са изключително сложно и многообразно социално явление и това налага в управлението им да се използва не само практическия житейски опит. В своето учебно помагало „*Мениджмънт на конфликтите*“ авторите дефинират научната дисциплина „Конфликтология“, нейните предмет и обект [26].

Конфликтологията се приема като ново научно направление в психологията. Предметът на конфликтологията е *изучаването на причините за появата, елементите, особеностите на конфликтите на различни нива, техните функции, последствията от тях върху социума* [55].

Въпреки че Л. Милков определя конфликтологията като психологическо направление, трябва да се има предвид, че се касае за млада междудисциплинарна научна област, интересът към която расте неимоверно през 90-те години на ХХ век. В този период възникват обучителни и изследователски институти, консултантски центрове и групи, ангажирани с анализ и разрешаване на конфликти, *посредничество и медиаторство* в разнообрази сфери на социалния живот [55].

### **Естествен ход на конфликтите**

Всеки конфликт преминава през поне *четири фази*, в които мислите и емоциите водят до определени действия. В *първата фаза*, поне една от страните, участващи в конфликта, изпитва фрустрация. Фрустрацията е силна, непреодолима, но все още ненасочена емоция. На този етап причината за нея трябва да се идентифицира. Това води към следващата- *втора фаза*. Трябва да се има предвид, че рационализацията не винаги съответства на реалността. *Третата фаза* се изразява в проявление на емоцията в поведение. Когато поведението води до поредица от разрушителни последици, се стига до *последната-четвърта фаза* в изявата на конфликтната ситуация. Удължаването на времето между фази 2 и 3 може да има благоприятен ефект върху последиците от конфликта (табл. 1) [142].

**Табл. 1: Фази на конфликтната ситуация**

Фаза 1	Поява на стимула
Фаза 2	Осмисляне на причината
Фаза 3	Поведенческа реакция, насочена към причината
Фаза 4	Отговор, водещ до неблагоприятни резултати

### **Видове конфликти**

А. Лукова разделя следните *типове конфликтогени* предвид различната им генеза:

- **Стремеж към превъзходство.** Изразява се в снизходително отношение, прекомерна самоувереност и самохвалство. Прави се опит за манипулация и подчинение на събеседника на собствената воля за достигане на собствена изгода (психична или материална).
- **Агресивност.** Агресията може да бъде личностна характеристика или да е породена от ситуацията. Ситуативната агресия е свързана с фрустрация от невъзможността да се постигнат целите.
- **Егоизъм.** Това е ценностна ориентация при хората с доминиране на собствения интерес над този на другите членове на социума.
- **Нарушаване на правилата** – етични правила, трудови порядки, социални норми [50].

Не винаги реалните причини за възникване на конфликт са видими [30, 50, 95].

Друга класификация на конфликтите ги определя като:

1. Хоризонтални, вертикални и смесени (в зависимост от това дали участниците се намират в подчинение един спрямо друг или са

равнопоставени). Смесените и вертикалните конфликти представляват 70-80% от общия брой конфликти;

2. Обективни и субективни конфликти;

3. Изместени конфликти (спори се за неща, които не са същността на проблема);

4. Погрешно атрибутирани (причините за конфликта погрешно се приписват на едната страна);

5. Скрити конфликти;

6. Фалшиви конфликти [26].

### **3.2. Конфликти в сферата на здравеопазването и медицинската практика**

В сферата на здравеопазването етичен конфликт се определя като *„ситуация, включваща сблъсък на ценности вътре в професионалиста, между професионалисти, и /или между практикуващи и пациенти, което касае осъществяване на морално и правилно действие, или като ситуация, в която моралните задължения и дълг на здравните професионалисти са неясни“* [137].

Според Kaitelidou et. al. (2012) конфликт между две страни възниква, когато реални или предполагаеми несъвместимости влияят негативно на желанията, мислите, нагласите, чувствата или поведението на поне един индивид. Тези различия могат да възникнат във връзка с различни въпроси, в т.ч. ценности, религиозни или политически предпочитания, ресурси или информация и мнения [124]. Ефективният процес на лечение задължително преминава през естествените, неформални отношения лекуващ/пациент [119]. Осъществяването на био-психо-социален подход към здравето, болестта и боледуващия в

съответствие със съвременните европейски стандарти за здравно обслужване изисква добра социалнопсихологична подготовка на медицинските специалисти, както и умения за справяне с конфликти [93, 132]. В медицинската практика могат да възникнат конструктивни (съзидателни) и деструктивни (разрушителни) конфликти [96].

Charlton P. (2010) дефинира четири основни категории конфликтни ситуации в здравеопазването въз основа на *участващите страни*:

- доставчик-доставчик (конфликти между колеги);
- пациент-доставчик (конфликти между медицинско лице и пациентит);
- доставчик-администрация (конфликти между медицинско лице и администрацията);
- пациент-платец (конфликт между пациент и финансиращия източник- здравна каса, частен застрахователен фонд и др.) [105]

Gibson et al. (2003) дефинират следните основни *причини за възникване на конфликт* за лекарите:

- Неточности (несъответствие) в информацията;
- Неподходяща информация;
- Информационно претоварване;
- Двусмислени права и задължения;
- Двусмислени инструкции;
- Пречки в комуникацията;
- Неразрешени предходни конфликти;
- Свърхзависимост на едната страна по спора [115].

Н. Георгиев разглежда източниците на конфликтни ситуации в българското здравеопазване, като ги обособява на ниво здравна система и на ниво болнична организация [20, 21]. Конфликтите на ниво здравеопазване са детерминирани от реформата на цялостната система на здравеопазване и са свързани с радикални промени в законодателството и взаимоотношенията в системата. Д. Й. Димитров формулира следните групи конфликти, резултат от реформата *в сектор здравеопазване*:

- ✓ Конфликт между НЗОК и здравноосигурените лица относно размера на здравноосигурителните вноски;
- ✓ Конфликт между НЗОК и обществени групи, оспорващи монопола на единствената здравноосигурителна каса у нас;
- ✓ Конфликт между членовете на лекарското съсловие относно задължителното членство в професионално- съсловната организация Български лекарски съюз;
- ✓ Конфликт между общопрактикуващите лекари и лекарите от специализираната доболнична помощ, имащи възможност за професионална реализация и в болничната сфера;
- ✓ Конфликт между ОПЛ помежду им;
- ✓ Конфликт между лекари и здравноосигурени лица (пациенти);
- ✓ Конфликт между структури и лица, свързани със системата на здравеопазване, и структури и лица несвързани със системата на здравеопазване, във връзка с превръщането на лечебните заведения в търговски дружества [34, 35].

На *ниво лечебно заведение* конфликтите са междуличностни и междугрупови [95, 97, 100]. Те могат да възникнат между медицинските специалисти на различните нива в йерархията, както и с потребителите на медицински услуги [94]. Като източници на конфликтните ситуации може да бъдат идентифицирани следните:

- ✓ Неудовлетвореност във връзка с мотивацията (неудовлетворяващо възнаграждение, липса на признание, лоши условия на труд, нереалистични очаквания и др.);
- ✓ Неясни задължения и отговорности;
- ✓ Нарушаване на етични норми в медицинския екип (грубо отношение; некоректно поведение; мнителност; несправедливост; липса на колегиалност);
- ✓ Неподходящи инструкции и пропуски в комуникацията;
- ✓ Несигурност;
- ✓ Повишени изисквания на потребителите на здравна помощ. [20, 24, 134]

Rosenbaum и съавт. (2004) проучват *източниците на етични конфликти в лечебните заведения*. Според тях, въпреки изчерпателното обучение по медицинска етика по време на следването, в практиката редовно възникват проблеми, резултат на неетично и непрофесионално отношение от страна на медиците. Те обособяват пет категории етични конфликти: *касаещи казването на истината; уважение на желанията на пациентите; предотвратяване на вреда, определяне границите на компетентност на членовете на медицинския екип и проблеми при отрицателна оценка на работата*

*на колега* [139]. Авторите отчитат, че йерархичната структура неизменно се отразява върху конфликтните ситуации, като ги обостря.

Класификацията на конфликтните ситуации в работна среда, може да бъде използвана за подобряване на трудовия психоклимат в медицинските екипи от щатни лекари, специализанти и други медицински специалисти [59, 85].

А. Лукова (2009) констатира, че почти при 80% от случаите конфликтите в медицинската практика възникват въпреки желанието на участниците [50].

Въз основа на анализа на литературата и на качествено изследване на 45 интервюта на болничен персонал, включващ лекари, медицински сестри и социални работници, Merril & Muller (2015) обособяват няколко основни области, имащи отношение към възникването на конфликти в болничната организация, представени на таблица 2 [131].

**Табл. 2: Основни области, свързани с възникването на конфликти в болничната организация (по Merril & Muller, 2015 [131])**

<b>Област</b>	<b>Описание</b>
Взаимоотношения	<b>Конфликти във взаимоотношенията</b> между колеги или сътрудници настъпват, когато те имат взаимоотношения извън задължителните служебни такива. Тези конфликти са силно обвързани с негативни емоции като фрустрация и гняв, които потискат способността за рационално мислене на индивида.
Интереси, ценности и етика	<b>Конфликтът на интереси</b> се описва като несъгласие или конкуренция, при която нуждите

	<p>на единия се игнорират пред нуждите на другия. Това може да включва материални или абстрактни ресурси.</p> <p><b>Конфликтите в ценностите и етиката</b> могат да се видят, когато професионалистите имат различни мнения относно правилното и грешното, резултат от различно образование, професионални ценности или лични нагласи. Конфликти възникват, когато един човек се опитва да наложи своя собствен набор от ценности на друг. Поради факта, че здравните специалисти следват както ценностите на работодателя, така и професионалния етичен кодекс, те са изложени на особено висок риск да изпитат етични конфликти.</p>
Организация	<p><b>Организационните (системни) конфликти</b> са причинени от сили външни за участниците в спора. Това може да са политики и процедури, определени от една организация, като управление, образователни изисквания, система за компенсация и стил на лидерство.</p>
Объркване на ролите	<p><b>Ролите</b> често се предопределят от политиката на организацията, длъжностната характеристика и мениджмънта. Ролите обаче могат да бъдат повлияни от норми, поведение и социална структура в лечебното заведение. Конфликти относно объркването на ролите могат да възникнат, когато индивидуалните или междупрофесионалните роли, задължения или обхват на практика са неясни за служителите.</p>
Йерархия и власт	<p><b>Конфликтите на йерархията и властта</b> включват ситуации, при които един човек или група е поставен над други хора или групи. Това е особено видимо в болнична обстановка, тъй като йерархията на професионално ниво е дълбоко вкоренена в нашето общество.</p> <p>Когато съществуват йерархични различия, хората от по-нискостоящите групи са склонни да се чувстват неудобно да повдигнат въпроса за проблеми или притеснения.</p>

	Властта се определя като реалната или възприемана способност на индивид, на върха на йерархията, да влияе или контролира другите.
Личност и стил	Под <b>личност</b> се разбира индивидуалните различия в типичните мисловни модели, чувства и поведение на човека. Под <b>стил</b> се разбира предпочитаният от човека начин, техника или метод за извършване на нещо. Конфликтите на личността и стила може да се дължат на стила на лидерство на индивида, на времето, на управление, организация или творчество. Тези видове конфликти могат да бъдат изострени от възприятието и емоциите.
Комуникация	<b>Комуникацията</b> и конфликтът са неразривно свързани. Начинът, по който професионалистът общува в конфликтна ситуация, има дълбоки последици за изхода от този конфликт. Ако двама сътрудници са въввлечени в конфликт, те могат да участват в повтарящи се, разрушителни действия един с друг или могат успешно да управляват конфликта. По този начин комуникацията може да се използва за изостряне на конфликта или да доведе до неговото продуктивно управление. Липсата на комуникация по време на конфликт може да причини точно толкова вреда, колкото и негативната комуникация.

#### **4. Конфликти с пациенти. Модели на взаимоотношенията „лекар- пациент“**

Особено внимание представляват споровете с *пациенти*. По тази причина и взаимоотношенията „лекар- пациент“ се считат за крайъгълен камък в медицинската етика.

Растящите желания и очаквания на пациентите поставят медиците пред нови предизвикателства и завишени изисквания към техните

социални и психологически умения. Близкият и интензивен контакт на пациентите и медицинския персонал е свързан с повишен риск от възникване на етичен конфликт [92, 149-151]. За пълнота на изложението ще бъдат разгледани основните модели на взаимоотношенията „лекар-пациент“.

*Автономният модел на взаимоотношения* се утвърждава като водещ през последните десетилетия като резултат на нарасналата информираност на обществото, включително по въпросите, свързани със здравето. Автономният модел е обърнат към личността на болния като морален субект. Основава се на етичния принцип за уважение на автономността- зачитане правото на автономната личност да се самоопределя. При автономния модел пациентът получава пълна и точна информация за състоянието си и въз основа на нея прави информиран избор във връзка с лечението и здравните грижи. Зачитането правата на пациента от страна на медицинските специалисти повишава готовността на пациента за участие във взимането на здравни решения и за поемане на отговорностите за собственото здраве. Кое е добро за пациента и неговото здраве се решава съвместно с лекаря в контекста на реалните проблеми и интереси на пациента [84, 86]. В случая двете страни са на нивото на автономни личности, взаимно се уважават и създават помежду си атмосфера на доверие. Пациентът, който се намира в такова добро взаимодействие със своя лекар, очаква да получи яснота и прозрачност, автономност, вярност и точност, хуманност. [1, 11, 16]

Не във всички случаи приложението на автономния модел на взаимоотношения е удачно и дава най-добрите терапевтични резултати. По тази причина медикът преценява компетентността на пациента

(способност на разбиране и усвояване на информация) и едва тогава пристъпва към информирано съгласие. Когато нещата намират своя точен и регламентиран вид, говорим за прилагане на договорен модел на взаимоотношенията „лекар – пациент“, при който ролите и отговорностите са изяснени, задълженията се приемат за всяка от страните [28, 90].

Приложението на *патерналистичния подход*, макар и допустимо в определени ситуации, може да стане причина за възникване на конфликтни ситуации. Патернализмът се изразява в покровителствено отношение на знаещия и можещия в лицето на лекаря към по-слабия, нуждаещия се от помощ в лицето на пациента. Въпреки че патерналистичният модел предполага ограничение на личността, той е основан на принципа на благодеянието. Именно за доброто на пациента, лекарят предприема действие без неговото изрично съгласие [15, 16]

### **5. Справяне с конфликти. Роля на мениджъра в превенцията и управлението на конфликтни ситуации в организацията**

Овладяването на ефективни стратегии за мениджмънт на конфликтните ситуации е важно умение за всеки член на медицинския екип и атрибут на **здравния мениджър**. Saltman et al. подчертават, че успехът до голяма степен зависи от страните, участващи в спора [142]. Има значителна разлика при справянето с конфликт с пациент и такъв с колеги или началници [19, 22]. Във взаимоотношенията „лекар-пациент“ позицията на медика е тази на знаещия, контролиращ ситуацията, докато болният е уязвим и зависим. При конфликтите с

колеги това разделение на ролите не се наблюдава, дори при разлика в компетенциите и заеманата позиция в йерархията [149].

Съществуват различни *методи за мениджмънт на конфликтните ситуации*, които се различават по своята ефективност [18, 144, 155]. Н. Георгиев подчертава, че под „управление на конфликта“ следва да се разбира преди всичко дейностите за избягване на разрушителните последици от конфликта [19]. Често конфликтът може да бъде разрешен в начален етап от своята поява, но не са малко споровете водещи до *жалби и сигнали за лоша медицинска практика*. Целта на мениджмънта не е да се елиминират вътрешногруповите конфликти, а да се минимизират, за да не попречат на организацията да постига целите си. Вече възникнал спорът трябва да бъде управляван максимално ефективно [87, 101, 114]. В голяма част от случаите последиците от конфликта са дисфункционални, т.е. свързани с неудовлетвореност, стрес и накърнено самочувствие у една от страните, тъй като решението е в полза на другата страна [90].

Проф. Л. Милков констатира в своя труд „Конфликтология“, че към проблемите, свързани с възникването и ефикасното разрешаване на конфликтите, с провеждането на преговори и търсене на съгласие между хората, проявяват интерес не само професионалисти от областта на конфликтологията, психологията, педагогиката и социологията, но също така широк кръг от специалисти, в т.ч. и *медици, мениджъри и други, които в своята професионална дейност се занимават с въпросите на взаимодействието между хората* [55].

Saltman и съавт. (2006) признават, че конфликтите в сферата на здравеопазването са често срещани и техният мениджмънт заслужава нарастващо внимание. Най-крайната форма на конфликт, включваща физическо посегателство върху медицинско лице, също зачестява. Голям дял от конфликтните ситуации не биват решавани ефективно, което застрашава морала на персонала [142]. Авторите проучват различни модели за разрешаване на конфликти, както и стратегии за справяне с конфликта още в самото начало на неговото възникване. Подчертано е, че ефективното управление на конфликта е това, което води до задоволително решение за всички страни.

Казусите на спорове *между медицинските професионалисти* представляват значителен проблем за психоклимата в здравната организация и налагат активното участие на здравния мениджър при решаването на конфликта [17]. Дисфункционалните последици при решаването на тези спорове водят до влошена ефективност и продуктивност на екипа. Отразяването на междуличностни конфликти в медиите също накърнява доверието в професията и здравната система.

Конфликтите в лечебните заведения (за извънболнична и болнична медицинска помощ) имат редица източници, които се детерминират от спецификата на работата, половата и възрастовата структура на медицинските екипи, образователния и професионалния ценз, проблеми във връзка с настъпили нежелани събития при оказване на медицинска помощ на пациенти, разпределението на основните и допълнителни трудови възнаграждения, удовлетвореността от естеството на работата и др. [24, 113] Голям ресурс е насочен към разрешаване на възникналите конфликти, което обосновава

необходимостта да се намери добър модел за управлението им в здравната организация.

За професията на мениджъра важно умение е овладяването на конфликти. Според руските конфликтолози А. Анцупов и А. Шипилов мениджърът може да прибегне до някоя от следните основни стратегии:

- **Избягване**- двете страни по спора не предприемат никакви конфронтационни действия една спрямо друга, макар и конфликтът да е обективен. Действията са насочени към преднамереното му избягване;
- **Приспособяване**- едната страна отстъпва и приема голяма част от претенциите на опонента;
- **Компромис**- тук са налице взаимни отстъпки, които обаче не решават радикално конфликта и има опасност той да избухне отново;
- **Сътрудничество**- предполага взаимни отстъпки от двете страни, които да удовлетворят желанията за трайно решаване на спора;
- **Съперничество**- изразява се в рязкото противопоставяне между спорещите страни, при което всяка от тях се стреми с всички средства да наложи интересите си спрямо другата [25].

В зависимост от целите, които си поставя ръководителят, Никола Георгиев различава три типа ситуации:

1. **Стимулиране на конфликта**- това е уместно в случаите, в които се очаква разрешаването на противоречия да има

положителен ефект и раздвижване на организационния живот и да подейства конструктивно;

2. **Намаляване на конфликта**- това е уместно в случаите, в които има вероятност последствията от него да са разрушителни;
3. **Разрешаване на конфликта**- чрез пет основни стратегии. (принуда; сътрудничество; компромис; отстъпване; отричане). Очаква се чрез тях ръководителят да постигне и поддържа мира. Подходът зависи както от стила на мениджъра, така и от конкретната конфликтна ситуация [24].

Наши автори установяват, че сред медицинския персонал се наблюдава често феномена „избягване на конфликт“, което се изразява във висока устойчивост на персонала към непрофесионално поведение, с мотивите да се избегнат последствия като отмъщение или игнориране от дадена група [52, 116, 141].

Joint Commission в САЩ включва в критериите си за акредитация на лечебните заведения изискването за наличие на система за разрешаване на конфликти в рамките на болничната структура [122]. Решаването на конфликти следва да се възприема като един от основните методи за повишаване качеството на медицинската помощ и осигуряване на безопасността на пациента [122].

Стратегическият подход към конфликтите изисква **система за управление на конфликтите**. Според Н. Георгиев подобна система би следвало да включва:

- Анализ и запознаване с обхвата на конфликтите, видовете конфликти според страните и поводите;
- Идентифициране на членовете на персонала, които биха могли да бъдат обучени или вече притежават умения за решаване на конфликти;
- Създаване на компетентни лидери в структурата, ангажирани с този проблем;
- Интегриране на специалисти в областта на конфликтологията в рамките на организацията [20]

## **6. Етични комисии- роля в решаването на конфликти**

Етичните комисии имат за задача да задоволяват нуждите от по-системен и принципен подход спрямо дилемите от медико – етичен характер при вземане на решения в медицинската практика, като едновременно с това се явяват като връзка между ценностите на обществото и институцията, която се грижи и лекува определени пациенти [28].

Сред *основните функции* на етичните комисии са:

- ✓ **Обучителна**– включва подобряване на разбирането на институционалния персонал по медико – правните и биоетични въпроси. Наред с това се подлага на обучение и здравния персонал за значението и работата с етични стандарти, ръководствата и указанията.
- ✓ **Консултативна**– свързва се с подпомагане на пациентите, семействата им, лекуващите лекари и други здравни професионалисти да идентифицират,

формулират и решават етичните дилеми, пред които ги изправя модерното здравеопазване.

- ✓ **Нормотворческа**– изразява се в създаване на ръководства и указания за устойчиво развитие на здравеопазването предполага създаване на тактика за вземане на решения при неспособни на това пациенти [28].

Комисията предлага, преглежда и препоръчва административни мерки и указания относно разностранни медико – етични проблеми. Основните принципи, въз основа на които са съставени и функционират етичните комисии са: независимост, компетентност, плурализъм, прозрачност, интердисциплинарен подход, диалогичност.

Етичните комисии, които са създадени *в лечебни заведения* имат за цел да подпомогнат лекарите и останалите медицински и немедицински специалисти в болницата, пациентите и техните семейства да се справят с етичните и правни дилеми, с които се сблъскват във всекидневието.

За представянето на професионалната компетентност и отговорност в медицинската практика спомагат *комисиите по професионална етика към съсловните организации*. Един от най-значимите приноси на тези комисии се изразява в участието им в периодичното обновяване на кодексите по професионална етика. Те анализират, изследват, сравняват и систематизират по специфичен начин моралните норми и ценности на дадена професия. В основата на професионалната етика се поставя категорията професионален дълг [28].

## **6.1. Комисии по професионална етика на районните колегии на БЛС**

Комисията по професионална етика (КПЕ) е избран орган на Регионалната Колегия на БЛС и е създадена съгласно Устава на БЛС. Основната задача на КПЕ е да следи за изпълнението и спазването на *Кодекса за професионална етика на лекарите* в случаите, в които писмено е уведомена за неговото нарушение [10]. В Кодекса за професионална етика на лекарите са определени всички аспекти на *правата и задълженията на лекарите, отношенията лекар-пациент, отношенията между лекарите, лекарската тайна, хоноруването на лекарския труд и отношенията лекар-общество*. Лекарите са длъжни да познават техния Кодекс за професионална етика, който се явява етична основа за тяхната професионална дейност. Незнанието на нормите на Кодекса не освобождава от отговорност лекарите, които не ги прилагат и спазват [9].

В случаите, при които заинтересована страна счита, че е налице нарушение на професионалната лекарска етика има право в свободен текст да се обърне към КПЕ на Регионалната Колегия на БЛС. В тази жалба аргументирано, а когато е възможно и с доказателства и/или свидетели, да бъде посочено какво е нарушението, кога, къде и от кого е извършено то. Трябва да се знае, че КПЕ няма експертна функция при случаи на диагностични и/или терапевтични грешки, както и при случаи свързани с нарушаване на законите на страната. При тези обстоятелства, заинтересованата страна трябва да се обърне към съответните административни и/или държавни органи, в чиято компетенция е съответният проблем. Едва след заключение на някоя от посочените

инстанции за наличие на нарушение, с копие от това решение може да бъде сезирана КПЕ, която въз основа на него да вземе своето решение [10].

КПЕ е независим орган и за това нейният Председател и членове се избират директно от Делегатското събрание, а не се определят и назначават от Управителния съвет или неговият Председател. В своята дейност Комисията се ръководи от действащите нормативни актове и от професионализма и съвестта на своите членове. Заключениеята и решенията на КПЕ се предоставят на всички заинтересовани страни и на Председателя на Управителния съвет на Регионалната Колегия на БЛС, който от своя страна да предприеме съответните действия според дадените му правомощия съгласно Устава на БЛС [10].

Правилата на професионалната лекарска етика са задължителни за всеки лекар и са описани в *Кодекса на професионалната етика*.

## **6.2. Комисия по професионална етика към Български зъболекарски съюз**

Комисията по професионална етика (КПЕ) към Български зъболекарски съюз (БЗС) се избира от Конгреса на Българския зъболекарски съюз и се състои от председател и осем членове, избрани поименно от Конгреса на БЗС. КПЕ на БЗС се произнася по професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията. Съгласно чл. 25, ал. 7 от Устава на БЗС КПЕ на БЗС се произнася по искане на комисиите по професионална етика на районните колегии на БЗС, включително и по

спорове за тяхната компетентност, като решенията ѝ са задължителни за комисиите по професионална етика, подали искането [7].

### **6.3. Комисия по професионална етика към Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ)**

Дейността на Комисията по професионална етика на БАПЗГ се подчинява на *„Правилник за организацията на дейността на комисията по професионална етика на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи“*. Комисията по професионална етика организира и осъществява дейността си съгласно Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински професионалисти, Устава [5] и Етичния кодекс [4] на БАПЗГ. Произнася се по спазването на професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията.

## **7. Значение на комуникацията в медицинската практика**

В значителна част от случаите, когато хората влизат в конфликтна ситуация, която в последствие прераства в конфликт, това е резултат на липсата на способности за нормална *вербална или невербална комуникация*.

Професията на медиците по същество е „комуникативна” професия [38]. Добрата комуникация между медицинския специалист и пациента се асоциира с по-висока удовлетвореност на пациента и по-добри медицински резултати, но за съжаление не винаги такава е на лице [8].

Най- съществена от причините за възникване на конфликт с пациента и/или неговите близки са пропуските в лечебно-диагностичните дейности, водещи до увреждане на пациента и в най-лошия случай до смърт. Неблагоприятни резултати за пациента могат да възникнат дори при най- добра грижа и спазване на всички медицински стандарти. Добрата комуникация е ключова при предаването и възприемането на информацията, необходима при взимането на решения. По данни, изложени от адв. М. Шаркова за периода 1995-2005г. лошата комуникация е посочена за причина при реализирането на 66% от нежеланите събития в лечебни заведения [87]. Липсата и/ или неправилната комуникация се приема от пациентите като професионална некомпетентност. Това на свой ред се отразява на качеството на медицинската услуга и удовлетвореността на пациента.

Проучване на Czerwinski et al. (2021) в Германия проследява как пациентите оценяват качеството на комуникацията им с лекаря и се оказва, че някои демографски, здравни и личности характеристики на болния оказват влияние върху неговите възприятия за медицинската комуникация [106].

Липсата на добра комуникация без значение причината за понесените вреди, води до нарушаване на взаимоотношението „лекар-пациент“ [78-81]. Конфликтът на междуличностно ниво носи негативи върху цялата организация и спад в доверието към здравната система [70, 76, 98, 103]. В „Национална здравна стратегия 2020“ като мярка към политика „Осигуряване на качество и безопасността на медицинското обслужване“ е заложено „Обучение в областта на качеството и

безопасността на медицинското обслужване, *комуникацията пациент – медицински специалисти и управлението на конфликти*“ [58].

Данни на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ от 2017г. показват, че в жалбите си пациентите често сочат именно лошото отношение и липсата на комуникация като причина за неудовлетвореност от качеството на медицинската помощ [88].

Според Ramsay и колектив (2001) лекарите, както мъже така и жени, с личностна характеристика тип А и липса на допълнително обучение в комуникационни умения, често изпадат в конфликт с колеги и подчинени. Високата интелигентност не корелира задължително с емоционална интелигентност. От доминантна фигура в миналото, в днешно време лекарите са част от медицинския екип и трябва да се отнасят с необходимото уважение към професионалистите по здравни грижи и помощния персонал [102, 136].

В *общата медицинска практика* комуникационните умения са широко признати и необходими за избягване на конфликтни ситуации, тъй като повишават удовлетвореността на пациентите от медицинската услуга [103, 109]. Въпреки това липсва достатъчно обучение в комуникативни техники и умения, което редовно се подчертава на академични форуми, посветени на медицинското образование. Saltman и съавт. препоръчват прилагането на задачи и казуси в обучението на бъдещи лекари за ранно разпознаване и мениджмънт на конфликтните ситуации [142].

Л. Киров и Г. Иванов поставят комуникативните умения сред най-важните умения за общопрактикуващия лекар. Във „Въведение в общата

медицина и общата медицинска практика“ авторите подчертават, че „мястото, ролята и значението на медицинската консултация и на комуникативните методи и техники в дейността на общопрактикуващия лекар определя необходимостта студентите по медицина да се запознаят с тях и да усвоят определени умения за прилагането им в бъдещата им лекарска практика“ [47]. Именно комуникативните методи и техники притежават голям потенциал за получаване и предаване от пациента на лекаря и обратно, на най-голямо количество фактическа, смислово-съдържателна и емоционална информация [51, 66, 72, 73].

Всеки лекар в практиката се сблъсква с по-особени ситуации, при които комуникацията е особено важна. Л. Киров обособява следните особени случаи (болни) в общомедицинската консултация:

1. Пациенти, на които трябва да се съобщи “лоша новина”:

- пациенти, при които се съобщава диагноза за нелечимо или трудно лечимо заболяване;
- пациенти, при които се налага използването на психотравматизиращи диагностични, лечебни и други методи.

2. “Трудни” пациенти:

- пациенти с депресия;
- пациенти в състояние на тревожност, страх и др.;
- пациенти в агресивно състояние;
- пациенти с говорни, слухови, паметови и други смущения.

3. Пациенти от други културно-етнически общности:

- пациенти от малцинствени етнически групи;

➤ пациенти, невладеещи езика на лекаря.

4. Пациенти деца;

5. Пациенти лекари/ колеги [47].

### **7.1. Комуникация с пациента при възникване на нежелани събития**

Адв. Мария Шаркова изследва практиките и обобщава, че при възникване на нежелани събития, обичайно лечебните заведения ограничават комуникацията с пациента. Това се оправдава от възможността за евентуален съдебен спор и се явява логично действие от правна гледна точка. Резултатите от чужди изследвания, сочат че този подход способства за задълбочаване на отчуждението, фрустрацията и негативната нагласа у пациента и улеснява пристъпването към съдебен процес [88]. Ранното разкриване на информацията за нежеланото събитие се асоциира с пациент-центрирания модел и е в подкрепа на *автономния модел на взаимоотношенията „лекар-пациент“*. Доказателствата сочат бързо намаляване на исковете и съдебните дела при въвеждането на този протокол за поведение. При съобщаването на информацията за неблагоприятие се препоръчва лицето, което дава тази информация да обясни събитието като същевременно изразява съчувствие и поема отговорност. Особено важен елемент от тази комуникация е поднасянето на извинение и изразяване на съчувствие. Липсата на такова се приема за допълнителна обида към вече нанесената вреда [87].

## 7.2. Обучение на медицинските специалисти в комуникационни умения

Разгледахме учебните планове и учебните програми на някои от регулираните медицински професии и прави впечатление, че комуникационните умения се изучават като част от хорариума по други дисциплини (табл. 3).

**Табл. 3: Дисциплини, изучавани в основния курс на обучение на някои медицински специалности**

Специалност	ОКС	Изучавана дисциплина	Хорариум (Л/У)
Медицина	Магистър	Медицинска психология	30 (15/15)
		Медицинска етика	30 (15/15)
Дентална медицина	Магистър	Социална медицина и медицинска етика	45 (15/30)
		Медицинска психология	30 (15/15)
Фармация	Магистър	Социална фармация и фарм. законодателство	150 (60/90)
Медицинска сестра	Бакалавър	Медицинска психология	30 (15/15)
		Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Биоетика	Факултативна дисциплина
Акушерка	Бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)
Лекарски асистент	Бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)
Кинезитерапия	Бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)
Медицински лаборант	Професионален бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)

<b>Рентгенов лаборант</b>	Професионален бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)
<b>Рехабилитатор</b>	Професионален бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)
<b>Помощник фармацевт</b>	Професионален бакалавър	Медицинска етика и деонтология	30 (15/15)
		Медицинска психология	30 (15/15)

## **8. Алтернативни способи за решаване на спорове. Същност и видове**

В последните две-три десетилетия се оформя относително самостоятелно поднаправление на конфликтологията, насочено към въпросите и техниките на медиацията, сътрудничеството, арбитража, за мястото и ролята на модератора и консултирането [55].

Алтернативните способи за разрешаване на спорове (Alternative Dispute Resolution (ADR) са *“свкупност от процедури и техники използвани за разрешаване на спорове без да е необходимо да се ангажира съдебната система”*. Концепцията за алтернативно разрешаване на спорове (АРС) е въведена като допълнение или алтернатива на традиционните съдебни спорове, като се обособяват четири категории: *медиация, арбитраж, преговори и сътрудничество*. Те се различават по отношение на степента на поверителност и степента на автономия, която предоставят на оспорващите. В международен аспект медиацията през последните години се утвърждава като един от предпочитаните методи за управление на конфликти и разрешаване на

спорове във всички области на обществото, включително и в системата на здравеопазване [71, 126, 148].

### **8.1. Медиация**

*Медиацията* е процес на разрешаване на спорове въз основа на „помирителна“ комуникация. В този аспект този способ за решаване на конфликти контрастира със съдебното дело или дисциплинарния процес, при който пропастта между спорещите страни допълнително се задълбочава [62]. Според определението дадено от Коларова и съавт. под понятието „медиация“ се разбира „доброволен и поверителен структуриран процес, при който един или повече неутрални посредници (медиатори) помагат на спорещи страни да постигнат взаимноизгодно решение [36]. Медиаторът осигурява правилата и рамката, в която протича процесът, и провежда медиацията, без да прави съществени предложения или да взема решения по спора [31, 39, 48]. Трябва да се има предвид, че медиацията включва основно познание и набор от практически умения, които може да бъдат усвоени [110].

Медиацията е структуриран, интерактивен процес, при който неутрална трета страна помага на страните при разрешаването на конфликта чрез прилагането на *специализирани комуникационни и преговорни техники*. Всички участници се насърчават да участват активно в процеса на медиацията. Фокусът е насочен към участниците в конфликта, към нуждите, правата и интересите на страните. Медиаторът (посредникът) използва голямо разнообразие от техники, за да насочи процеса в конструктивна посока и да помогне на страните да намерят оптимално решение. Медиаторът управлява взаимодействието между

страните и улеснява откритата комуникация. Посредникът също има за функция да анализира проблемите като се въздържа от изказване на директни препоръки към участниците. Целта е достигане на споразумение от спорещите страни [27, 29, 49].

Определението за медиация в чл. 2 от Закона за медиацията е следното: *„Медиацията е доброволна и поверителна процедура за извънсъдебно разрешаване на спорове, при която трето лице – медиатор, подпомага спорещите страни да постигнат споразумение“* [41].

### **Принципи на медиацията**

- **Доброволност и равнопоставеност** - страните имат равни възможности за участие в процедурата по медиация. Те участват в процедурата по своя воля и могат по всяко време да се оттеглят;
- **Неутралност и безпристрастност** - медиаторът не проявява пристрастие и не налага решение по спора. В процедурата по медиация всички въпроси се уреждат по взаимно съгласие на страните;
- **Поверителност** - разискванията във връзка със спора са поверителни. Участниците в процедурата по медиация са длъжни да пазят в тайна всички обстоятелства, факти и документи, които са им станали известни в хода на процедурата. Медиаторът не може да бъде разпитван като свидетел за обстоятелства, които са му доверени от участниците и имат значение за решаването на спора -

предмет на медиацията, освен с изричното съгласие на участника, който му ги е доверил. Изключение от поверителния характер на медиацията се допуска в случаите, когато това е необходимо по съображения за нуждите на наказателния процес или свързани със защитата на обществения ред, когато трябва да се осигури закрилата на интересите на деца или да се предотврати посегателство над физическата или психическата неприкосновеност на определено лице, или разкриването на съдържанието на споразумението, постигнато в резултат на медиация, е необходимо за прилагането и изпълнението на същото споразумение [28, 42, 57].

### **Правно положение на медиатора**

Медиатор може да бъде само дееспособно лице, което не е осъждано за престъпления от общ характер, което е завършило успешно курс на обучение за медиатор, не е лишено от право да упражнява професия или дейност, има разрешение за дългосрочно или постоянно пребиваване в Република България, ако лицето е чужд гражданин и е вписано в Единния регистър на медиаторите към министъра на правосъдието [42].

Министърът на правосъдието или определено от него длъжностно лице от състава на министерството създава и поддържа „Единен регистър на медиаторите“, който е публичен и в които се вписват име, единен граждански номер (личен номер на чужденец), гражданство, образование, професия, допълнителна специализация в областта на

медиацията, организацията, в която лицето е обучавано, владее на чужди езици, адрес и телефон за контакт и номер на медиатора, както и всички последващи промени в обстоятелствата [57].

### **Поведение на медиатора**

Медиаторът осъществява дейността си добросъвестно при спазване на закона, добрите нрави и процедурните и етичните правила за поведение на медиатора [75]. Той приема да води процедурата само ако може да гарантира своята независимост, безпристрастност и неутралност. Медиаторът не може да дава правни съвети, длъжен е да се съобразява с мнението на всяка от страните по спора, длъжен е да се оттегля от процедурата при възникване на обстоятелства, които биха породили съмнение в неговата независимост, безпристрастност и неутралност. Медиаторът не може да съобщава на другите участници в процедурата обстоятелства, които се отнасят само до една от страните по спора, без нейното съгласие. Медиаторът не отговаря, ако страните не постигнат споразумение и не отговаря за неизпълнение на споразумението [42, 67].

### **Откриване на процеса по медиация**

Процедурата по медиация започва по инициатива на страните по спора, като всяка от тях може да направи предложение за разрешаване на спора чрез медиация. За начало на процедурата по медиация се счита денят, в който страните са постигнали изрично съгласие за започването ѝ, а когато липсва изрично съгласие - денят на първата среща на всички участници с медиатора. Предложение за разрешаване на спора чрез медиация може да направи и съдът или друг компетентен орган, пред който спорът е отнесен за решаване. Съгласието на страните възможен

бъдещ спор между тях да бъде разрешен чрез медиация може да бъде уговорено и като клауза от договор. Не текат давностни срокове, докато трае процедурата по медиация.

### **Участници в медиацията**

Процедурата по медиация се осъществява от един или повече медиатори, посочени от страните. Страните по спора участват в процедурата лично или чрез представител. Упълномощаването се извършва в писмена форма. В процедурата по медиация могат да участват и адвокати, както и други специалисти. Преди провеждане на процедурата медиаторът информира страните за същността на медиацията и за нейните последици и изисква тяхното писмено или устно съгласие за участие.

### **Действия на медиатора**

Медиаторът е длъжен да посочи всички обстоятелства, които могат да породят в страните основателни съмнения относно неговата безпристрастност и неутралност. В хода на процедурата се изяснява същността на спора, уточняват се взаимноприемливи варианти на решения и се очертава възможната рамка на споразумение. При осъществяване на посочените действия медиаторът може да насрочва отделни срещи с всяка от страните при зачитане на равните им права за участие в процедурата.

### **Основания за спиране на процедурата по медиация**

Медиацията се спира по общо съгласие на страните или по искане на една от страните, при смърт на медиатора или ако възникне обстоятелство, което да породило съмнение в неговата безпристрастност,

независимост и неутралност. Ако медиацията се провежда по време на висящо производство, страните незабавно уведомяват компетентния орган за спирането на процедурата по медиация.

Процедурата по медиация се прекратява с постигането на споразумение, по взаимно съгласие на страните, при отказ на една от страните, при смърт на страна по спора, при прекратяване на юридическото лице - страна по спора и с изтичане на 6 месеца от началото на процедурата. Съгласието на страните за прекратяването на спора им трябва да бъде изразено ясно и недвусмислено. При прекратяване на процедурата по медиация висящото производство, което е било спряно, се възобновява в съответствие с разпоредбите на закона.

Съдържанието и формата на споразумението се определят от страните. Формата може да бъде устна, писмена и писмена с нотариална заверка на подписите на страните по спора. Писменото споразумение съдържа мястото и датата, на която е било постигнато, имената на страните и техните адреси, за какво се съгласяват те, името на медиатора, датата, на която страните са постигнали изричното съгласие за започването ѝ и подписите на страните.

В споразумението страните могат да предвидят отговорност за неизпълнение на предвидените в него задължения. Споразумението обвързва само страните по спора и не може да се противопостави на лица, които не са участвали в процедурата. Споразумението задължава страните само за това, за което са се договорили. Нищожно е споразумението, което противоречи на закона или го заобикаля, както и когато накърнява добрите нрави. Споразумение по правен спор,

постигнато в процедура по медиация, има силата на съдебна спогодба и подлежи на одобрение от районните съдилища в страната. Съдът одобрява споразумението след потвърждаването му от страните, ако не противоречи на закона и добрите нрави. Съдът изслушва мнението на прокурора, ако той участва като страна по делото [29, 41].

## **8.2. Арбитраж**

Арбитражът е друг от алтернативните методи за решаване на спорове, който се прилага извън съда. Процедурата включва участието на трета страна- арбитър, в разрешаването на спора [118]. В този случай арбитърът отсъжда и неговото решение е обвързано с правови последици за страните. Арбитражът може да бъде доброволен или задължителен, обвързващ или необвързващ. Въпреки това, не е желателно арбитражът да се разглежда като задължителен по отношение на случаите на медицинска небрежност. Ползите от арбитража са свързани отново с времето и разходите, които се спестяват от воденето на съдебен процес. При заплащането на арбитър за услугата, обаче, отпада ползата от спестяването на средства.

Арбитражът е структурирана намеса на трета страна в сравнение с договарянето, което е неструктурирано. Следователно, арбитражът е обвързан с формалности, когато е свързан с преговори [39].

Има възможност двете процедури медиация и арбитраж да се слеят, при което медиаторът променя ролята си и се превръща в арбитър, взимайки решения, в случай че страните по спора не могат да достигнат до такова [153]. Dubler & Liebman (2011) подчертават, че това е един противоречив процес, защото спорещите са по-предпазливи каква

информация споделят с медиатора, когато очакват тя/той да заеме страна и да отсъди в нечия полза [110].

### 8.3. Преговори

Още Gulliver (1979) определя преговорите като процес за решаване на проблеми, при който страните се опитват да постигнат съвместно решение по отношение на спорни въпроси [68, 69, 117]. Това се улеснява чрез обмен на информация, чрез изследване на естеството и степента на техните различия и как техните различни очаквания могат да бъдат удовлетворени задоволително [117].

**Табл. 4: Разлики между преговори и медиация** (по Suhandi et al., 2020 [152])

	<b>Преговори/договаряне</b>	<b>Медиация</b>
<b>Цел</b>	Максимизиране на собствените интереси	Създаване на нови ценности
<b>Рамка</b>	Преговори върху интересите	Процес на диалогичност
<b>Перцептивна рамка</b>	Статична	Гъвкава
<b>Конфликтни точки</b>	Статични	Гъвкави
<b>Взаимоотношения</b>	Често се влошават	Подобряват се
<b>Решение</b>	Едната страна печели	„Win-Win”

Ефективното управление на конфликтите почива върху признанието, че в съвременното здравеопазване, различния и конфликти са винаги налице [125]. Стратегиите, с които мениджъра може да се подготви за справяне с манифестен конфликт чрез преговори, са следните:

### **1. Предварителна подготовка за преговорите:**

- Поставяне на реалистични цели и готовност за гъвкавост;
- Преглед на обстоятелствата зад конфликта;
- Подготовка за срещата;
- График на срещата;
- Неутрално място за срещата;
- Да се намали вероятността за прекъсване;
- Осигуряване на присъствие за всички ангажирани.

### **2. Среща при преговорите:**

- предварително съгласие по отношение на правилата на срещата;
- на всеки участник се дава възможност да каже какъв е задоволителният резултат за него;
- да се дефинират общите точки за споразумение;
- да се очертаят възможните несъгласия;
- опит да се разширят допирните точки за съгласие;
- избягване на негативни лични коментари, които възпират договарянето;
- да се развие и приеме работен план;
- бъдеща работа по нерешени проблеми.

### **3. Превенция-** винаги е най-добре конфликтът да бъде избегнат.

От така разгледаните методи, медиацията е за предпочитане, тъй като се разглежда като неформален, доброволен и поверителен процес, при който неутрален медиатор помага на спорещите да преговарят за различията си и да изработят взаимно приемливо решение на техния спор. Това прави медиацията по-добра от съдебния процес [111, 112,

120]. Освен това участниците могат да прекратят медиацията по всяко време, преди да постигнат споразумение, без това да има неблагоприятни последици.

## **9. Приложение на медиацията и другите алтернативни способи за решаване на спорове в сферата на здравеопазването. Ползи и предизвикателства**

Ползите от способа „медиация“ като алтернатива на съдебните дела в различни обществени сфери са признати. Медиацията увеличава пряката комуникация между страните, като въвежда неутрална трета страна. Процесът на медиация преодолява бариерите пред комуникацията, като насърчава обмена на информация, тушира силните емоции, насърчава сътрудничеството и възвръща доверието между страните [23, 61].

Според Lee и съавт. (2015) процесът на медиация е особено подходящ за решаване на спорове *в медицинската практика*, тъй като по своята същност е конфиденциален и помирителен. Конфликтните ситуации, подлежащи на медиация могат да се отнасят до медицинска грешка; медицинска небрежност; проблеми с информираност и информирано съгласие на пациента; неудовлетвореност от медицинската услуга и др. [127, 128, 133].

Dubler & Liebman (2011) предлагат квалифицирани медиатори, да провеждат обучение и да работят съвместно с професионалисти по биоетика при решаването на медицински спорове [110].

Проучванията сочат, че и пациентите често предпочитат медиацията, защото им дава възможност да споделят чувствата и

притесненията си, както и да получат съответната информация, която към момента не е предоставена или е останала неразбрана. На отсрещната страна медицинските специалисти получават възможност да се направи разграничаване между лоша практика и неблагоприятен резултат за пациента [121, 143]. Подобрената комуникация в редица случаи води до подобро взаимоотношение „лекар-пациент“ и до намаляване на подадените жалби. Намаляват и разходите във връзка със съдебни дела. В 70% от случаите пациентите завеждат иск, защото смятат, че не са получили информация за риска от дългосрочни проблеми със здравето. Според някои проучвания съдебните спорове обикновено се решават в полза на медицинското лице, а издаването на решението отнема месеци и в отделни случаи дори години. Подходът „медиация“ от друга страна е с фокус върху динамиката в отношенията- уважение, доверие, честност, откритост, емпатия.

Ползите на медиацията при разрешаване на конфликти за медицинска грешка/ небрежност е, че отношенията „лекар-пациент“ се запазват [135]. Тъй като пациентът ще се нуждае от медицинска помощ и за в бъдеще, уважението и сътрудничеството се насърчават. Съществува възможност за възстановяване на положителни отношения между страните, след като веднъж конфликтът е разрешен [64]. Медиацията позволява както на лекаря, така и на пациента да изследват основния конфликт чрез пряка комуникация в опит да задоволят основните нефинансови претенции и интереси на страните [145]. Освен това, медиацията е изгодна, тъй като резултатът се фокусира върху бъдещата безопасност на пациентите, при което интересът на

пострадалото лице се доближава до обществения интерес за предотвратяване на бъдещи наранявания [110].

Обобщено ползите от медиацията са следните:

- ✓ Конфиденциалност;
- ✓ Активно участие на страните по спора;
- ✓ Намалени разходи;
- ✓ Решение за двете страни в спора;
- ✓ Укрепване на доверието между страните.

### **9.1. Предизвикателства пред медиацията в медицинската практика**

Едно от ограниченията на медиацията е, че тя не винаги постига своите цели. Dubler & Liebman (2011) подчертават, че медиаторът трябва да бъде „оптимист“. И все пак някои характеристики на конфликтната ситуация в комбинация може да направят медиацията невъзможна. Някои от тях са следните:

- Нежелание за постигане на разбирателство (породено от твърдите убеждения, вярвания или ценности на една от страните);
- Отказ от приемане на фактите и вземане на решение (касае пациента и близките му);
- Намеса на трета страна по спора [110].

## **9.2. Конфликти между медицински специалисти при кризисни ситуации**

Пандемията с COVID- 19 постави света пред невиждано до сега предизвикателство със сериозни здравни, социални и икономически последици за обществата. Непознаването на новия инфекциозен агент в началото и последващото претоварване на здравните системи доведе до повишен риск от заразяване при здравните работници в началото на пандемията, но и до повишен риск от остър и хроничен психологически дистрес в следствие. Медицинските професионалисти продължават да са изправени пред тежки морални избори, оказвайки помощ на болните. При тези условия в медицинските екипи неизменно възникват междуличностни конфликти, които дават отражение върху работата им. Новите и съществуващи от преди стресогени водят до обостряне на междуличностните конфликти по време на пандемия.

Според Rocha & Correa (2020) е наложително да се обръща внимание на психическото здраве на персонала като превенция на усложненията. За целта се препоръчва внедряването на наръчници за първа психологическа помощ, които ще повлияят благоприятно психологическия дистрес по време на бедствия и кризисни ситуации. За справянето с обострени междуличностни конфликти, авторът предлага ултра-кратък модел за клинична интервенция, основан на Междуличностната психотерапия (Interpersonal Psychotherapy- IPT). Адекватността на модела предстои да бъде тествана, но се очакват позитивни резултати, поради това, че използва опростен език и се фокусира основно върху емоции и чувства, предизвикани от взаимоотношенията в екипа. Приложимостта на модела ще се докаже

при изчерпване на възможностите за рутинните техники за справяне със спорове [138]. Мениджърите също са провокирани да работят в значително усложнена и турбулентна среда предвид неизвестността при пандемията от последните три години [37].

На фона на пандемията с COVID-19 рискът от спорове в здравеопазването се засилва. При тези условия медиацията като гъвкава, правнорегламентирана процедура, дава възможност дистанционното ѝ провеждане да приключи с валидно споразумение.

### **10. Биоетична медиация**

Биоетичната медиация е форма на медиация, която се прилага за подпомагане на пациентите и техните семейства при взимането на трудни клинични решения, например по отношение на лечението в края на живота [110].

Уменията в биоетична медиация са полезни за консултанти по клинична етика, специалисти, оказващи палиативни грижи, както и всички лекари, сестри и други професионалисти по здравни грижи, за доброто управление и справяне с конфликтните ситуации при едновременно зачитане на ценностите на пациентите и техните семейства.

Биоетичната медиация се счита за по-съвременен подход, който съчетава уменията за посредничество при мениджмънта на конфликти и разрешаване на споровете с *класическите етични принципи*, прилагани при решаване на етични дилеми в медицинската практика [146].

Биоетичната медиация е нов многообещаващ подход за решаване на спорове между семействата на пациента и лекарите, особено в сферата на палиативните грижи. Според Rosenblatt (2008) ролята на биоетичната медиация трябва да бъде разширена. Често пред пациента се явяват пречки да упражни автономния си избор. Сред тях се нареждат цената на медицинските услуги, културалните различия, предпочитанията на семейството и др. Точно тук е мястото на *биоетичните медиатори*, които да посредничат при споровете с участие на терминално болни пациенти в края на живота им [140].

Успешната биоетична медиация се реализира с помощта на инструментите, характерни за класическата медиация. Биоетичният медиатор по правило е служител на болничното лечебно заведение. Освен уменията в преговорите, медиаторът гарантира, че взетите решения отговарят на правилата за добра медицинска практика.

В първото издание на своята книга „Биоетична медиация“ Dubler & Liebman (2004) подчертават, че уменията за медиация трябва да бъдат в основата на *консултациите по клинична етика* и че този процес предлага най-добрия шанс за постигане на принципни решения при трудни конфликти. Във второто издание на техния труд акцентът е поставен именно върху усвояването на класическите умения за посредничество в конфликтни ситуации в сферата на медицината и биологическите науки. Авторите въвеждат *концептуална рамка*, с която казусите да бъдат анализирани и да бъдат въведени ефективни инструменти за биоетична медиация. Предложена е модифицирана версия на процеса по медиация, която да отговори на потребностите на здравните институции [110].

*Клиничната етична консултация* се определя като „услуга, предоставяна от отделно лице, консултантски екип или етична комисия, ангажирана с етичните въпроси, свързани с конкретен клиничен случай. Основната ѝ цел е подобряване на процеса и резултатите от грижите за пациентите чрез идентифициране, анализиране и разрешаване на етичните проблеми” [1, 110]. Това е услуга, която се предлага в рамките на болничното лечебно заведение и „осигурява допълнителен ресурс при взимането на трудни решения, както и канал за сложна комуникация между пациентите, техните семейства и близки и медицинския екип“ [110].

## **11. Институция на болничния медиатор (омбудсман)**

Както в началото беше отбелязано, болниците са най-сложно устроените лебени заведения, където доставчиците на медицински услуги, разполагайки с ограничено време за всеки отделен пациент, трябва да предоставят специализирана медицинска информация и да съобщават лоши новини на физически и емоционално уязвими болни и техните семейства. Сложните взаимоотношения между медицинските специалисти, изпълняващи различни роли, както помежду им, така и с пациентите, неизбежно води до нарушена комуникация и възникване на спорове [33, 44, 89].

Lee и съавт. (2015) препоръчват сформирането на *екипи за медиация* в лечебните заведения за болнична медицинска помощ, които да предоставят образователни и консултантски услуги на персонала и пациентите при възникване на конфликт. Говори се за въвеждане на длъжност **организационен (болничен) омбудсман**, който

безпристрастно, „виждайки“ конфликта в неговата цялост, да помага на страните да вземат решение. Освен в прякото решаване на спорове, болничният омбудсман ще има още роля в обучението на персонала, проследяване на тенденциите по отношение на конфликтите в болничното заведение, подобряване системата за управление на конфликти [127].

Според *модела на Keiser Permanente* омбудсманът- медиатор е връзката между пациента и лечебното заведение; реагира бързо и притежава нужните умения за решаване на проблеми; достъпен е за пациента и осигурява възможност да се обърне към специалист, който своевременно да предложи решение вместо да се търси становище от контролни органи, медии и съдилища; повишава пациентската удовлетвореност [88].

Bello & Onibolun (2020) предлагат рамка за медиация по спорове в медицинската практика. Според авторите медиацията е по-ефективна при разрешаването на медицински спорове при правилно използване и приложение на нейните процеси. Етапите, които дефинират са:

- ✓ Предварително посредничество;
- ✓ Встъпителна сесия;
- ✓ Частно заседание между посредника и всяка от страните по спора;
- ✓ Съвместни дискусии;
- ✓ Заключително заседание;
- ✓ Последващи срещи [99]

## **12. Приложение на алтернативните способи за решаване на спорове в здравеопазването- добри практики и предизвикателства**

В България медиацията е регламентирана като правно установена дейност в Гражданско-процесуалния кодекс, в Закона за авторското право и сродните му права, в Закона за медиацията, в Наредба № 2 от 15 март 2007 г. за условията и реда за одобряване на организациите, които обучават медиатори; за изискванията за обучение на медиатори; за реда за вписване, отписване и заличаване на медиатори от единния регистър на медиаторите и за процедурните и етични правила за поведение на медиатора, в сила от 27.04.2007 г. [41, 57]

Съществува идея за бъдеща съдебна реформа, която да въведе задължителна медиация по определени видове дела и без преминаването през процедура по медиация да не може да се води съдебно дело [46]. Имайки предвид, че съдебните процедури отнемат най-много време, създават най-голям стрес и струват най-скъпо от всички форми за разрешаване на спорове, медиацията се явява една логичната и адекватна алтернатива за решаване на конфликти.

В европейските страни се прилагат съдебни и извънсъдебни методи за решаване на спорове в сферата на здравеопазването. При извънсъдебното решаване на конфликти може да се използва някой от следните способи:

- **Медиация:** медиаторът улеснява диалога, но не е овластен да предлага решения на страните по спора

- **Помирение:** тук отново има посредник, който изготвя предложение, което ако бъде прието от страните, става задължително по тяхна воля.
- **Арбитраж:** Арбитърът, след като изслуша страните и анализира въпроса, налага решение, което е задължително за страните. Особеност тук е, че спорещите предварително са признали авторитета и правомощията на арбитъра и тежестта на взетото от него решение.

В Белгия [108], Франция, Словения [107] и Унгария са въвели специално законодателство в областта на медиацията в здравеопазването [87].

В **белгийското** законодателство приложението на медиацията е регламентирано от 22 август 2002г. в Закона за правата на пациента. В съответствие с този закон медиаторът има компетенции да разглежда жалби на пациенти, отнасящи се до медицинските аспекти на правата на пациентите, отнасящи се до информирано съгласие, достъп до медицинското досие и т.н.

В **Словения** Закона за правата на пациента въвежда медиацията като средство за разрешаване на спорове между пациент и доставчик на медицински услуги. При такива спорове на страните се предлага медиация от Комисията за защита правата на пациентите [123].

В **Англия** 74% от медианите случаи се уреждат в деня на медиацията или в рамките на 28 дни от датата на медиацията. Получена е позитивна обратна връзка от участниците и се препоръчва приложението на медиацията в сферата на здравеопазването. Според

изследването има безспорни доказателства за ползите от медитацията за пациентите, семействата и здравния персонал. Ефективността на процеса е по-голяма, колкото в по-ранен етап на спора се приложи. Това е свързано пряко с намаляване на разходите за съдебни дела.

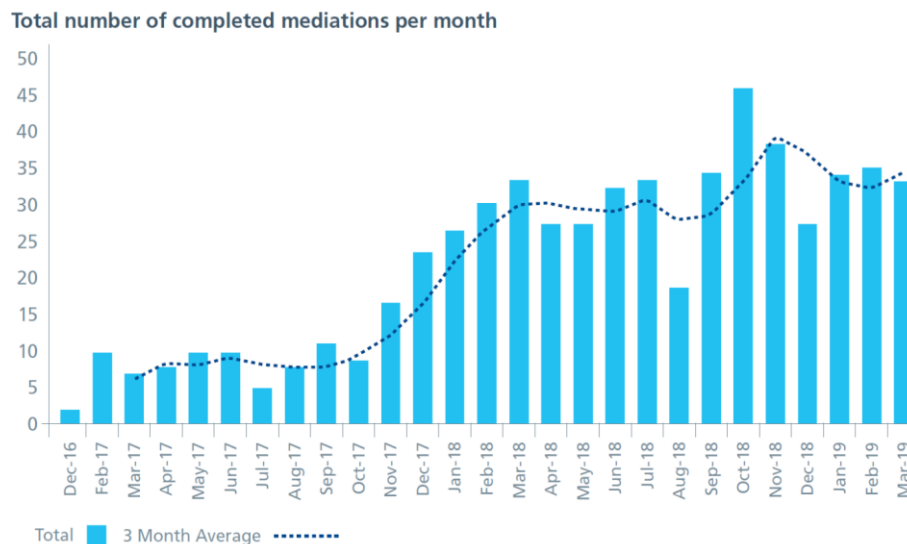


Figure 1: All types of mediations by month from 5 December 2016–31 March 2019.

**Фиг. 1:** Случаи, решени чрез способа „медиация“ в сферата на здравеопазването /Изт. *Mediation in healthcare claims– an evaluation [130]*

По данни на Националната здравна служба на Великобритания се наблюдава увеличение със 110% в приложението на метода „медиация“ от 189 случая през 2017г. на 397 случая през 2019г. [130]

В САЩ и ЮАР медиацията също се прилага при спорове, касаещи медицинска небрежност. В щата Флорида, например, съдът дава срок от 10 дни, в които спорът да бъде решен чрез медиация и в случай, че не се достигне до разрешаване, се пристъпва към съдебен процес. В повечето федерални съдилища в САЩ медиацията се е превърнала предпочитан и основно прилаган процес за алтернативно решаване на спорове, при

които съдът запазва своето правомощие да удостоверява и отстранява медиаторите [104].

В **Испания** има известни опити за въвеждане на извънсъдебните методи за решаване на спорове в системата на здравеопазването, но те са ограничени до съсловните организации на територията на определени райони. Приложенията на арбитраж при такива дела също се обсъжда като добра възможност. Използват се обаче други извънсъдебни средства за предявяване на иск като институцията на омбудсмана или пациентските организации, които са публични институции без заплащане [129].

Wang и съавт. (2020) проучват резултатността от процеса на медиация в провинция Гуангдонг, **Китай** като изследват 5614 записа на процеси на медиация. Резултатите сочат, че медиацията като самостоятелен способ е дала резултат в 90% от случаите. Като заключение авторите потвърждават, че алтернативното решаване на спорове води до намаляване на съдебните производства и подобрява цялостната удовлетвореност от здравната система [157].

В **Чили** преди съдебните дела при конфликт между пациент и доставчик на медицинска услуга, задължително се прилага способът медиация [147]. Целта на това задължително въвеждане на иначе доброволния метод за алтернативно решаване на спорове, е да се намали нарастващият дял на съдебни иски с репаративен характер във връзка с вреди и лоши здравни резултати за пациента. Като друго основание за приложението на алтернативни способности за решаване на спорове, се посочва, че отношенията „лекар- пациент“ в съвременното са много

усложнени и обезличени. Авторите подчертават, че задължителното прилагане на механизма на медиацията в областта на здравеопазването трябва да се ревизира. Данните за Чили сочат, че медиацията в сферата на здравеопазването няма очакваните резултати и на фона на ниския процент споразумения, значителен дял от споровете завършват със съдебни процеси. Това е и причината авторите да предлагат да се въведе фигурата на „**защитник на пациента**“, така че медиацията да се превърне в бъдеще в реална алтернатива на съдебните дела.

## ГЛАВА II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

### 1. Цел и задачи

Целта на настоящия дисертационен труд е да се проучат способите за алтернативно разрешаване на спорове и възможностите за приложение на медиацията като най-подходящ от тях в сферата на здравеопазването.

За изпълнение на формулираната цел бяха поставени следните основни задачи:

1/ Да се проучи чуждият опит в приложението на алтернативните способности за разрешаване на спорове в областта на здравеопазването;

2/ Да се проучи честотата на конфликтни ситуации в практиката на медицински специалисти (лекари и професионалисти по здравни грижи);

3/ Да се проучи ролята на здравните мениджъри в управлението на конфликтни ситуации;

4/ Да се проучи мнението и отношението на лекари и професионалисти по здравни грижи относно възможността за приложение на медиация в тяхната практика;

5/ Да се проучи мнението и отношението на медицински специалисти с мениджърски/управленски компетенции относно приложението на метода „медиация“ за решаване на спорове в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ.

## **2. Работни хипотези**

2.1. Конфликтните ситуации са често срещани в медицинската практика и налагат правилно управление и превенция;

2.2. Медиацията е ефективен способ за извънсъдебно решаване на спорове, който може да намери приложение при решаване на конфликти в медицинската практика. Познаването му от здравните мениджъри и медицинския персонал е предпоставка за по-доброто справяне с конфликтни ситуации, по-високата удовлетвореност на пациенти и медицински екипи и повишаването на доверието в здравната система.

## **3. Материал и методика на проучването**

За събиране на необходимата информация са използвани разнообразни, взаимно допълващи се методи в дисертационния труд:

### **Социологически методи:**

- документален метод - проучени са различни нормативни документи, свързани с института на медиатора в България и други европейски страни; доклади и отчети за дейностите по посредничество и медиация в сферата на здравеопазването;
- анкетен метод - анкетиран са медицински специалисти и здравни мениджъри в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ в гр. София, гр. Пловдив и гр. Кърджали и гр. Стара Загора.

### **Статистически методи:**

Използвани са широк кръг описателни и аналитични статистически методи:

1. Дескриптивен анализ – честотно разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. Вариационен анализ – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. Алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове.
4. Корелационен анализ – за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.
6. Тест  $\chi^2$  на Pearson – за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на разработката. Въз основа на поставените задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

*Обект* на настоящото проучване са медицински специалисти и здравни мениджъри в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ.

*Първият* от компонентите на изследването включва анкетно проучване сред медицински специалисти (лекари и професионалисти по здравни грижи) в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ на територията на гр. София, гр. Пловдив, гр. Ст. Загора и гр. Кърджали.

*Вторият* от компонентите на изследването включва анкетно проучване сред медицински специалисти с мениджърски компетенции.

Подборът на участниците е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уroveň на значимост  $P(t) = 0.05$  дава информация за оценка точността на анализираниите показатели. Количествените анализи са направени със статистически пакет приложни програми – SPSS 19.0. За таблична и графична обработка, и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

*Логическа единица* на наблюдението са анкетираните медицински специалисти и здравни мениджъри.

*Техническа единица* на наблюдението са МБАЛ „Доверие” – гр. София, Пета МБАЛ-София ЕАД, МБАЛ „Александровска“, МБАЛ „д-р Атанас Дафовски” АД - гр. Кърджали, МБАЛ „Св. Георги“, гр. Пловдив, 5 ДКЦ-гр. Пловдив, Болница Тракия, Ст. Загора, МБАЛ Берое, Ст. Загора.

*Признаци на наблюдението* се конкретизират от поставените задачи и вида на логическите единици на наблюдението. За целите на

проучването са разработени два въпросника, предназначени за медицински специалисти и такива с управленски компетенции. Анкетите (Приложение 1 и Приложение 2) имат за цел да изследват и анализира мнението на медицинските специалисти и здравните мениджъри относно:

- честота на конфликтните ситуации с пациенти, близки/роднини на пациентите, колеги и прекия ръководител;
- осведоменост на медиците/ здравните мениджъри относно медиацията като способ за алтернативно решаване на спорове;
- готовност на медиците/ здравните мениджъри за приложение на медиацията като способ за алтернативно решаване на спорове;
- желание за допълнително обучение в техники за алтернативно решаване на спорове;
- ползи от приложението на способа „медиация“ в условия на кризисна ситуация в здравеопазването.

### **Време и място на наблюдението**

Проучванията бяха проведени сред медицински лица в периода 01.11.2021г.- 31.05.2022г. Анкетните карти са разпространени лично от докторанта в лечебните заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ, събрани и обработени чрез специализирания статистически пакет SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) версия 19.0. По-сложните методи на статистически анализ са приложени от статистик.

В проучването на практикуващи медицински специалисти взеха участие общо 394 медици, сред които лекари- магистри по медицина и дентална медицина и професионалисти по здравни грижи, работещи в лечебни заведения за извънболнична и болнична медицинска помощ на територията на гр. София, гр. Пловдив, гр. Ст. Загора и гр. Кърджали.

Проучването върху медицински специалисти с управленски компетенции включва 124 лица, сред които директори на лечебни заведения, началници на клиники и отделения, главни и старши медицински сестри, старши лаборанти и др.

### **Документи на проучването**

Основните документи, които се използват за набирането на първичната социологическа информация са анкетните карти за медицински специалисти и медицински специалисти, заемащи управленска длъжност- ПРИЛОЖЕНИЕ 1 и ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

## ГЛАВА III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### Анализ на резултатите от проучването на медицински специалисти

Демографските характеристики на участниците в проучването са представени на табл. 5.

**Табл. 5: Демографски характеристики на участниците в проучването**

<b>Пол</b>	<b>N=394</b>	<b>%</b>
Мъже	105	26.6
Жени	289	73.4
<b>Възраст</b>	<b>N=394</b>	<b>%</b>
20-29 г.	43	10.9
30-39 г.	92	23.4
40-49 г.	106	26.9
50-59 г.	95	24.1
60 и повече години	58	14.7
<b>Семейно положение</b>	<b>N=393</b>	<b>%</b>
Женен/омъжена	220	56.0
Обвързан/а	54	13.7
Необвързан/а	64	16.3
Разведен/а	33	8.4
Вдовец/вдовица	22	5.6
<b>Местожителство</b>	<b>N=394</b>	<b>%</b>
Столица	219	55.6
Град	167	42.4
Село	8	2.0
<b>Образование</b>	<b>N=392</b>	<b>%</b>
Професионален бакалавър	86	21.9
Бакалавър	100	25.5

Магистър	176	44.9
Доктор	30	7.7
<b>Трудов стаж</b>	<b>N=394</b>	<b>%</b>
Под 1 година	10	2.6
1-5 години	43	11.0
6-10 години	61	15.6
Над 10 години	277	70.8

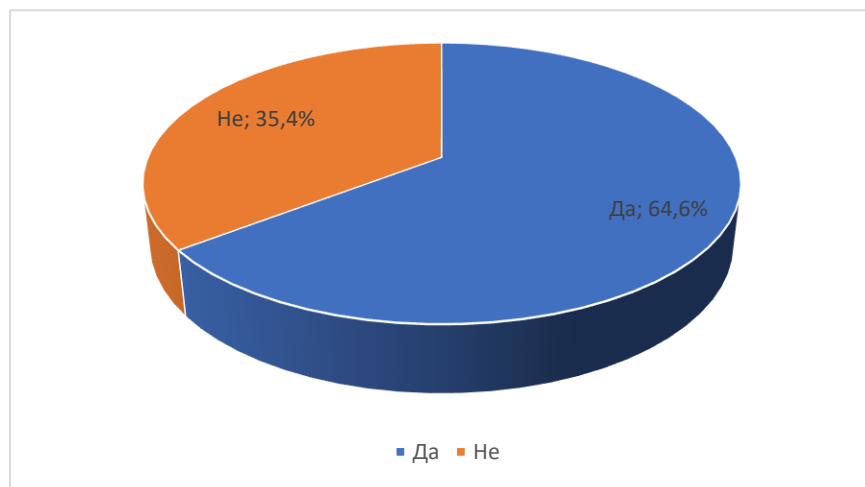
От таблицата се вижда, че участие са взели представители от всички възрастови групи като най-многобройни са тези между 40 и 49г. (26.9%), следвани от медицинските специалисти между 50 и 59г. (24.1%) и тези 30 и 39г. (23.45). Над половината (51%) са между 40 и 59 години и 14.7% са на 60 и поведе години. Преобладаването на по-старшите възрастови групи предполага участие на медици с повече житейски и професионален опит. Делът на жените в извадката е значителен (73.4%), което може да обясним с участието на професионалисти от специалност „медицинска сестра“, където преобладава женският пол. По отношение на образователния ценз прави впечатление значителният брой на участниците с магистърска степен 44.9%, както и тези с докторска степен (7.7%). Това се обяснява с факта, че проучването е проведено на територията на четири университетски болници и анкетираните лекарите и професионалисти по здравни грижи са преподаватели (нехабилитирани и хабилитирани).

Всички респонденти са практикуващи медицински специалисти, като най-голям дял са с трудов стаж над 10г. (70.8%), следвани от тези с трудов стаж 5- 10 години (15.6%)

Конфликтите са неизбежни в ежедневната работа, особено при професии като медицинската, които са емоционално натоварени и

изискват себеотдаденост и емпатия [90]. В Кодекса по професионална етика на лекарите в България са посочени ценностите, на които се основава лекарската професия, като „тактичност в отношенията с пациентите, колегите и обществото; психологичен подход към болния“ и др. [9] В екстремните си проявления, конфликтите могат да доведат до „бърнаут“ и нежелани последици за пациентите като: неправилен лечебен процес, отлагане на диагнозата, излишни диагностични тестове, ятрогенни усложнения, неудовлетвореност в пациенти и медици, поемане на неоправдан риск [3, 38].

От фигура 2 се вижда, че 64.6% от респондентите са попадали в конфликт с *пациенти* при упражняване на професионалните си задължения. Ние интерпретираме този процент като значителен, но трябва да се съобрази и дългогодишния трудов стаж на медиците в извадката.



**Фиг. 2: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?“ (в %)**

В нашето проучване статистически значима връзка се наблюдава между отговорите на този въпрос и пола на участниците в проучването. ( $X^2=5,84$ ;  $p= 0, 016$ ) Мъжете по-често съобщават за конфликтни ситуации със свои пациенти в сравнение с жените (табл. 6).

**Табл. 6: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?“ по пол**

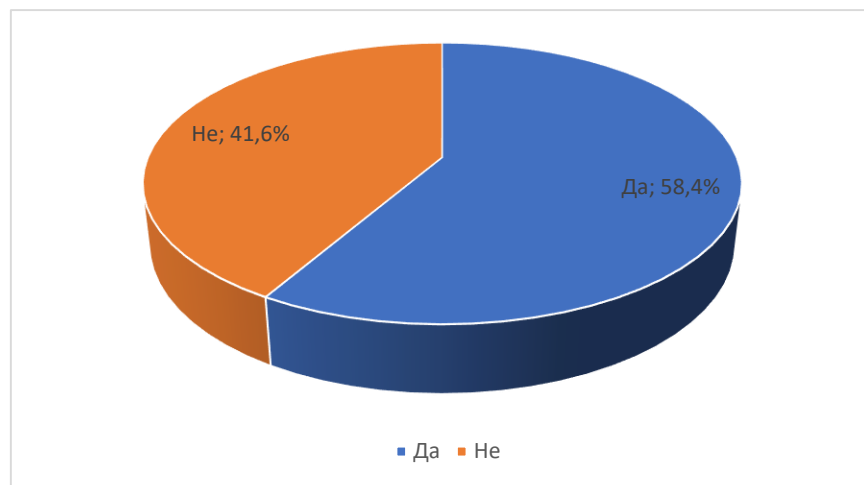
Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?		Мъже	Жени	Общо	$\chi^2$	df	p
Да	N	78	176	254	5.84	1	0.016
	%	74.3%	61.1%	64.6%			
Не	N	27	112	139			
	%	25.7%	38.9%	35.4%			
Общо	N	105	288	393			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Подобна връзка е констатирана между образователната степен, като лицата с докторска степен най-често са попадали в конфликтни ситуации с пациенти ( $X^2=8,88$ ;  $p=0,031$ ) (табл. 7).

**Табл. 7: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?“ по образователен ценз**

Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?		Образователна степен				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	55	55	119	25	254	8.88	3	0.031
	%	64.0%	55.6%	67.6%	83.3%	65.0%			
Не	N	31	44	57	5	137			
	%	36.0%	44.4%	32.4%	16.7%	35.0%			
Общо	N	86	99	176	30	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

В по-малка степен, но отново над половината от анкетираните (58.4%), са имали конфликтни ситуации с *близки/ роднини* на свои пациенти (фиг. 3).



**Фиг. 3: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?“ (в %)**

На таблица 8 е показана статистически значимата връзка между отговорите на този въпрос и пола на участниците в проучването. Мъжете са по-конфликтни от жените ( $X^2=6,12$ ;  $p=0,013$ ). От таблица 9 се вижда, че анкетираните с по-висок образователен ценз също по-често съобщават за конфликти с близки/ роднини на пациентите ( $X^2=8,88$ ;  $p=0,031$ ). Може да предположим, че по-високият образователен ценз е пряко свързан с по-големи отговорности и правомощия на медицинските специалисти, в т.ч. комуникация и предоставяне на информация на придружителите на болния.

**Табл. 8: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?“ по пол**

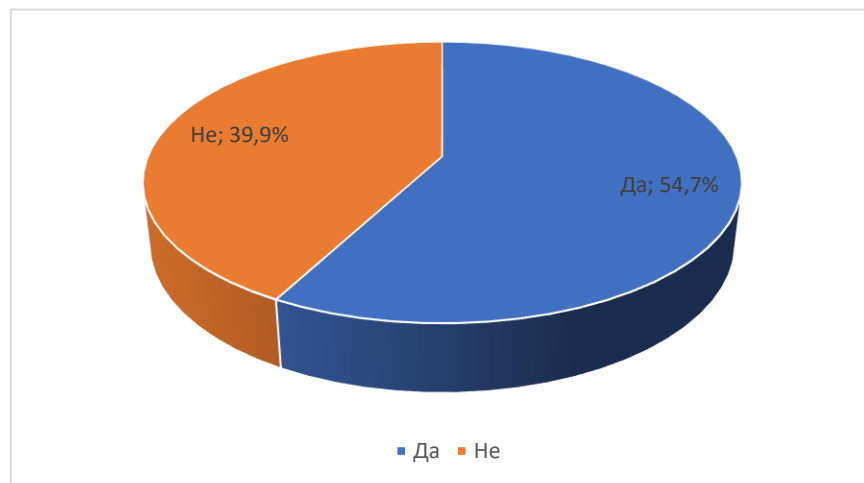
Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?		Мъже	Жени	Общо	$\chi^2$	df	p
		N					
Да	N	72	158	230	6.12	1	0.013
	%	68.6%	54.7%	58.4%			
Не	N	33	131	164			
	%	31.4%	45.3%	41.6%			
Общо	N	105	289	394			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

**Табл. 9: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?“ по образователен ценз**

Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?		Образователна степен				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	47	49	112	22	230	8.88	3	0.031
	%	54.7%	49.0%	63.6%	73.3%	58.7%			
Не	N	39	51	64	8	162			
	%	45.3%	51.0%	36.4%	26.7%	41.3%			
Общо	N	86	100	176	30	392			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Сблъсъкът с колеги се счита за най-нежелан, поради възможността да има дълготрайни неблагоприятни последици за страните по спора и да остане като тлеещ конфликт. Отново над половината анкетирани (54.7%) съобщават за такъв конфликт в своята практика (фиг. 4). Според Ramsay et al. (2001) от доминантна фигура в миналото, в съвременното лекарят се явява част от медицинския екип и лекарите трябва да се отнасят с необходимото уважение и колегиалност към професионалистите по здравни грижи и останалия помощен персонал

[136] . Различното възприятие на ролите и йерархията в екипа също е чест източник на междуличностни конфликти на работното място, както беше разгледано в литературния обзор, с отражение върху качеството на медицинските грижи за пациента [65].



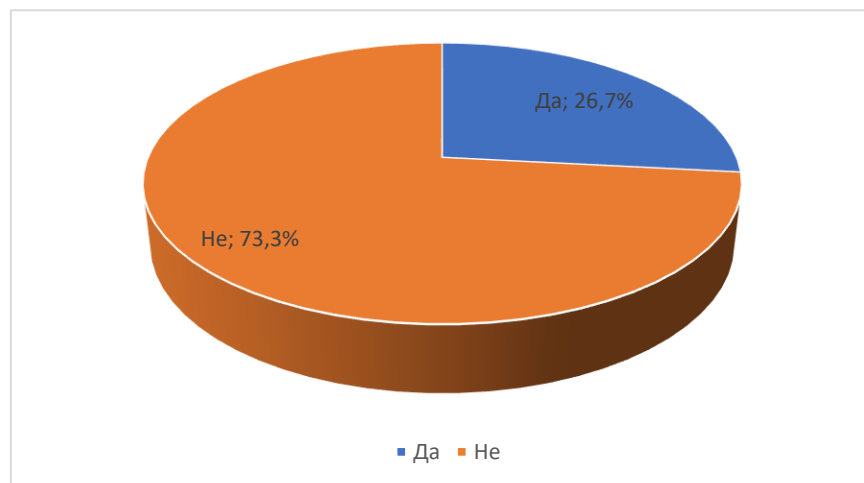
**Фиг. 4: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?“ (в %)**

На таблица 10 е представена статистически значимата връзка между образователния ценз и отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?“. Отново лицата с по-висок образователен ценз и съответно авторитет в йерархичната система на организацията съобщават в по-голяма степен за конфликтни ситуации с колеги ( $X^2=10,11$ ;  $p=0,018$ ). Анкетиранияте с докторска степен най-често са имали конфликт с колеги (73.3%).

**Табл. 10: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?“ по образователен ценз**

Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?		Образователна степен				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	38	50	104	22	214	10.11	3	0.018
	%	44.2%	50.5%	59.1%	73.3%	54.7%			
Не	N	48	49	72	8	177			
	%	55.8%	49.5%	40.9%	26.7%	45.3%			
Общо	N	86	99	176	30	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Най-рядко респондентите влизат в конфликт с прекия си началник (26.7%), но регистрираните явни спорове може да са само върха на айсберга от тлеещи конфликти без явна манифестация (фиг. 5).



**Фиг. 5: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?“ (в %)**

От табл. 11 е видно, че има статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и пола на медиците, като мъжете по-често съобщават за конфликтни ситуации с прекия си началник ( $\chi^2=9,47$ ;  $p=0,002$ ).

**Табл. 11: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?“ по пол**

Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?		Мъже	Жени	Общо	$\chi^2$	df	p
Да	N	40	65	105	9.47	1	0.002
	%	38.1%	22.6%	26.7%			
Не	N	65	223	288			
	%	61.9%	77.4%	73.3%			
Общо	N	105	288	393			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

Проверихме статическата значимост на връзката между отговорите на този въпрос и възрастта на участниците. Прави впечатление, че по-младите медици до 29г., както и тези над 60 години по-рядко се конфронтират ( $X^2=9,52$ ;  $p=0,049$ ). (табл. 12)

**Табл. 12: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител по възрастови групи**

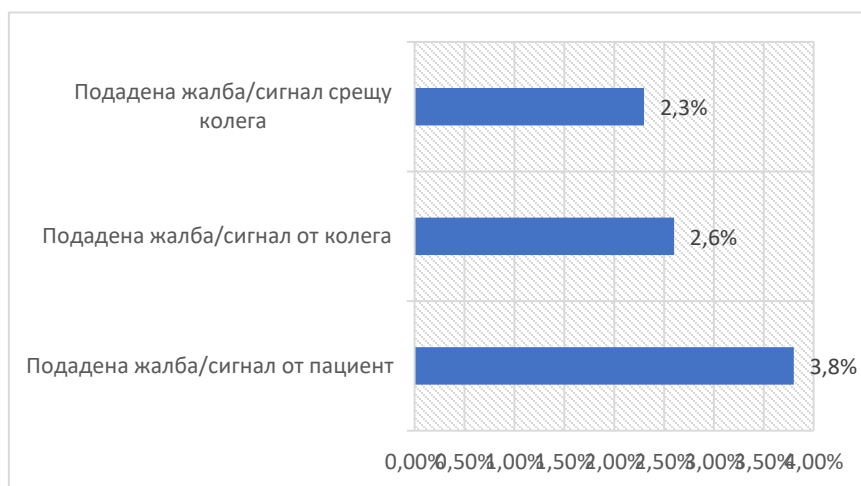
Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?		Възраст					Общо	$\chi^2$	df	p
		20-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 и повече години				
Да	N	8	22	33	33	9	105	9.52	4	0.049
	%	19.0%	23.9%	31.1%	34.7%	15.5%	26.7%			
Не	N	34	70	73	62	49	288			
	%	81.0%	76.1%	68.9%	65.3%	84.5%	73.3%			
Общо	N	42	92	106	95	58	393			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Същото е валидно и за анкетираните с по-нисък образователен ценз ( $X^2=22,44$ ;  $p=0,001$ ). (табл. 13) От медиците с полувисше образование за конфликт с прекия си ръководител съобщават едва 15.1%, а от специалистите с образователна степен бакалавър- 19.2%.

**Табл. 13: Разпределение на отговорите на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?“ по образователен ценз**

Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?		Образователна степен				Общо	χ <sup>2</sup>	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	13	19	57	16	105	22.44	3	<0,001
	%	15.1%	19.2%	32.4%	53.3%	26.9%			
Не	N	73	80	119	14	286			
	%	84.9%	80.8%	67.6%	46.7%	73.1%			
Общо	N	86	99	176	30	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Малък е дялът на респондентите, срещу които е подавана жалба от пациенти или техни близки/ роднини (3.8%), още по-незначителен е дялът на жалбите подавани от колеги (2.6%). Едва в 2.3% от случаите медиците в извадката са подавали жалба в регионалната комисия по професионална етика срещу свои колеги. (фиг. 6) Тези резултати не може да бъдат интерпретирани като липса на тлеещи конфликти и спорове и може отчасти да бъдат обяснени с непознаването на дейността на регионалните комисии по професионална етика.



**Фиг. 6: Отговори на участниците относно подаване на жалба/сигнал до регионална Комисия по професионална етика (в %)**

На табл. 14 е представена статистическата зависимост между отговорите на въпроса „Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?“ и пола на анкетираните медицински специалисти. Срещу 7.6% от участниците от мъжки пол е подавана жалба и връзката е статистически значима ( $X^2=5,61$ ;  $p=0,018$ ). (табл. 14)

**Табл. 14: Разпределение на отговорите на въпроса „Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?“ по пол**

Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?		Мъже	Жени	Общо	$\chi^2$	df	p
Да	N	8	7	15	5.61	1	0.018
	%	7.6%	2.4%	3.8%			
Не	N	97	280	377			
	%	92.4%	97.6%	96.2%			
Общо	N	105	287	392			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

От табл. 15 и табл. 16 е видно, че най-често жалба е подавана срещу лицата с докторска степен, както от пациенти ( $X^2=17,36$ ;  $p=0,001$ ), така и от колеги ( $X^2=17,18$ ;  $p=0,001$ ) и констатираната връзка е статистически значима. Това е и в пряка връзка със заеманата от тях позиция в йерархичната система на болничната организация. От медиците с ОНС „Доктор“ 16.7% съобщават, че срещу тях е подавана жалба от пациент и 13.3% съобщават за жалба/сигнал от колега.

**Табл. 15: Разпределение на отговорите на въпроса „Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?“ по образователен ценз**

Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?		Образователна степен				Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	1	1	8	5	15	17.36	3	0.001
	%	1.2%	1.0%	4.5%	16.7%	3.8%			
Не	N	84	98	168	25	375			
	%	98.8%	99.0%	95.5%	83.3%	96.2%			
Общо	N	85	99	176	30	390			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

**Табл. 16: Разпределение на отговорите на въпроса „Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от колега до регионалната Комисия по професионална етика?“ по образователен ценз**

Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от колега до регионалната Комисия по професионална етика?		Образователна степен				Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	0	1	5	4	10	17.18	3	0.001
	%	0.0%	1.0%	2.8%	13.3%	2.6%			
Не	N	86	97	171	26	380			
	%	100.0%	99.0%	97.2%	86.7%	97.4%			
Общо	N	86	98	176	30	390			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Статистически значима връзка беше констатирана и между образователния ценз на анкетираните и отговора на въпроса „Подавали ли сте жалба/сигнал срещу Ваш колега до етична комисия?“. Отново

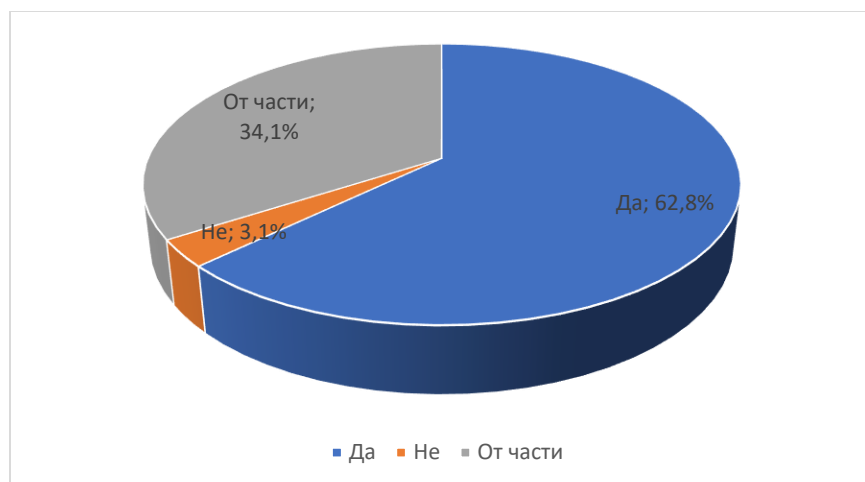
медиците с докторска степен (13.3%) най-често съобщават, че са подавали жалба ( $X^2=18,80$ ;  $p=0,001$ ). (табл. 17)

**Табл. 17: Разпределение на отговорите на въпроса „Подавали ли сте жалба/сигнал срещу Ваш колега до етична комисия?“ по образователен ценз**

Подавали ли сте жалба/сигнал срещу Ваш колега до етична комисия?		Образователна степен				Общо	$X^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	2	0	3	4	9	18.80	3	<0.001
	%	2.3%	0.0%	1.7%	13.3%	2.3%			
Не	N	84	100	171	26	381			
	%	97.7%	100.0%	98.3%	86.7%	97.7%			
Общо	N	86	100	174	30	390			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

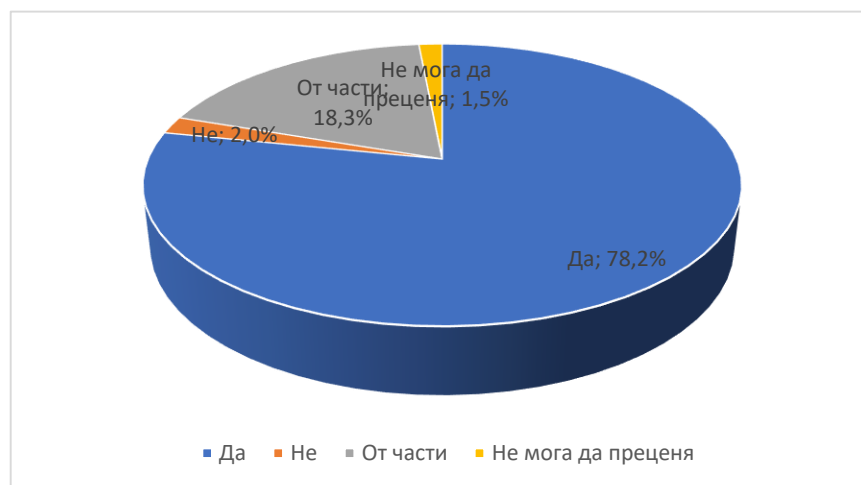
Познаването на *Кодекса по професионална етика* е задължително условие за практикуване на съответната професия. Кодексите съдържат правила и насоки, чието спазване гарантира етично отношение към пациентите и колегите. В Кодекса по професионална етика на лекарите в България чл. 4 гласи: „*Лекарят е длъжен да познава и спазва своите професионални и съсловни правила и задължения, произтичащи от закона, устава на Българския лекарски съюз (БЛС) и този кодекс.*“ [9] Съблюдаването на етичните правила и правилата за добра медицинска практика има също така роля в превенцията на конфликтни ситуации.

Анализът на отговорите на въпроса „*Запознати ли сте с етичния кодекс на професията, която упражнявате?*“ показва, че над половината анкетирувани потвърждават, че са запознати с него (62.8%). Не е малък дялът на респондентите, които отговарят „от части“ - 34.1% и 3.1% съобщават, че не са запознати. (фиг.7).



**Фиг. 7: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте с етичния кодекс на професията, която упражнявате?“ (в %)**

Общите правила за добра медицинска практика на лекарите в България са утвърдени през 2013г. В по-голяма степен медиците са запознати с *Правилата за добра медицинска практика* на упражняваната от тях професия, като 78.2% отговарят, че са запознати, 18.3% - че са запознати от части и едва 1.5%- че не са запознати (фиг. 8).<sup>1</sup>



**Фиг. 8: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте с правилата за добра практика на професията, която упражнявате?“ (в %)**

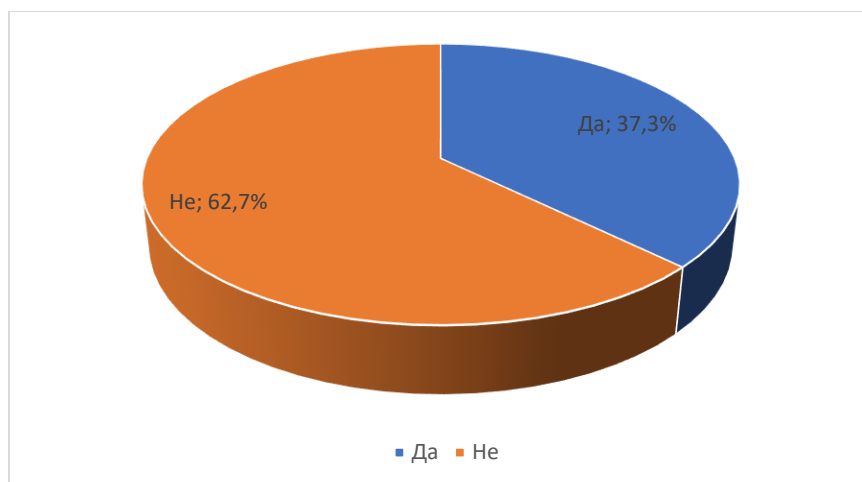
<sup>1</sup> Беше допълнен отговор „Не мога да преценя“, тъй като Правила за добра практика по здравни грижи са в сила от 2020г. [6]

Анализирахме отговорите на този въпрос като потърсихме статистически значима връзка с възраст, пол, образователна степен и специалност. Такава беше констатирана с образователния ценз. (табл. 18). Видно е, че най-голям дял от лицата с докторска степен не са запознати с правилата за добра практика (13.3%), а други 26.7% са запознати само „от части“ ( $X^2=30,86$ ;  $p=0,001$ ).

**Табл. 18: Разпределение на отговорите на въпроса „Запознати ли сте с правилата за добра практика на професията, която упражнявате?“ по образователен ценз**

Запознати ли сте с правилата за добра практика на професията, която упражнявате?		Образователна степен				Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	68	80	140	18	306	30.86	9	<0,001
	%	79.1%	80.0%	79.5%	60.0%	78.1%			
Не	N	3	0	1	4	8			
	%	3.5%	0.0%	0.6%	13.3%	2.0%			
От части	N	12	18	34	8	72			
	%	14.0%	18.0%	19.3%	26.7%	18.4%			
Не мога да преценя	N	3	2	1	0	6			
	%	3.5%	2.0%	0.6%	0.0%	1.5%			
Общо	N	86	100	176	30	392			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

В нашата извадка 37.3% от медиците отговарят, че са били поне веднъж в конфликтна ситуация, излагаща на риск техния живот/ здраве. (фиг. 9)



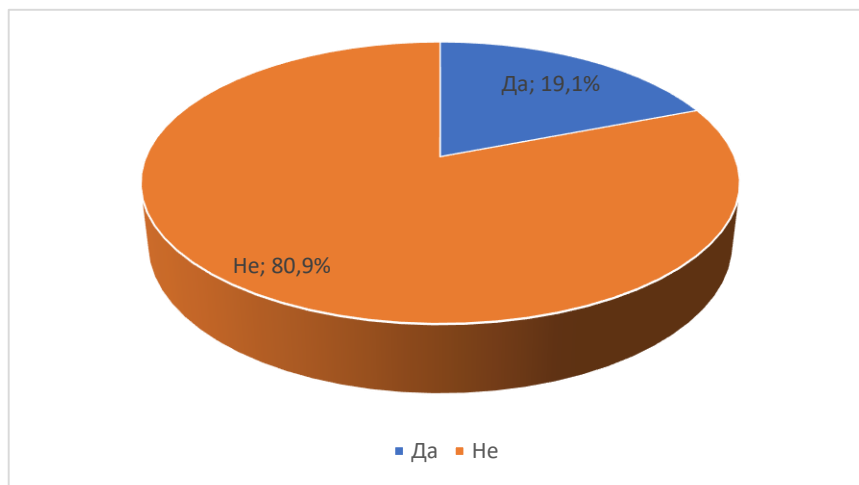
**Фиг. 9: Отговори на участниците на въпроса „По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота Ви?“ (в %)**

Статистически значима връзка с пол, възраст и специалност не беше констатирана. Но беше констатирана такава с трудовия стаж на анкетираните. Половината анкетирани с трудов стаж до 1 година са попадали в такава ситуация и 41.9% от тези с трудов стаж над 10 години ( $X^2=12,39$ ;  $p=0,006$ ). (табл. 19)

**Табл. 19: Разпределение на отговорите на въпроса „По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота Ви?“ по трудов стаж**

По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота Ви?		Трудов стаж				Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години				
Да	N	5	11	13	116	145	12.39	3	0.006
	%	50.0%	25.6%	21.3%	41.9%	37.1%			
Не	N	5	32	48	161	246			
	%	50.0%	74.4%	78.7%	58.1%	62.9%			
Общо	N	10	43	61	277	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Други 19.1% съобщават, че са попадали в конфликтна ситуация, която да застрашава живота и здравето на пациента им. (фиг. 10).



**Фиг. 10: Отговори на участниците на въпроса „По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в конфликтна ситуация, която застрашава здравето и живота на вашите пациенти?“ (в %)**

Беше констатирана статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и пола на анкетираните ( $X^2=6,92$ ;  $p=0,009$ ), както и образователния ценз ( $X^2=12,19$ ;  $p=0,007$ ). (табл. 20 и табл. 21) Над  $\frac{1}{4}$  от участниците от мъжки пол съобщават за подобна конфликтна ситуация, оказваща пряка опасност за живота и здравето на пациента. Значителен процент (40.0%) от медиците с докторска степен също са изпадали в конфликт създаващ риск за болния.

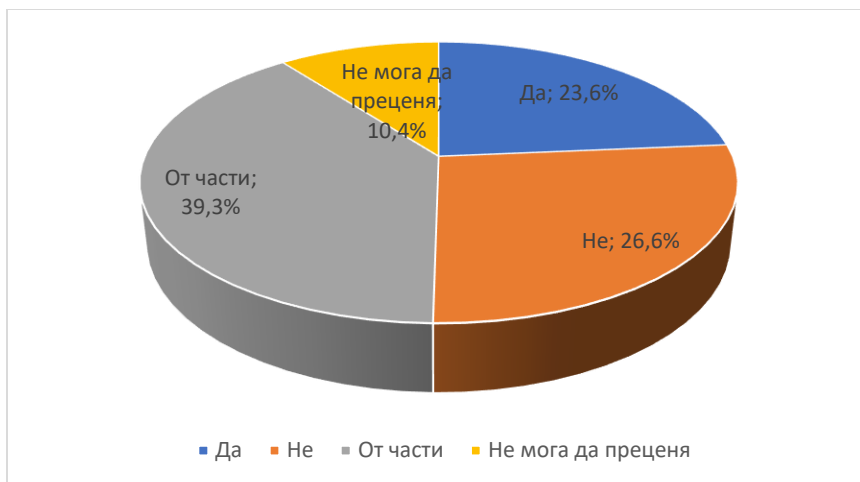
**Табл. 20: Разпределение на отговорите на въпроса „По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота на вашите пациенти?“ по пол**

По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в конфликтна ситуация, която застрашава здравето и живота на вашите пациенти?		Мъже	Жени	Общо	$\chi^2$	df	p
		N					
Да	N	27	41	68	6.92	1	0.009
	%	25.7%	14.3%	17.4%			
Не	N	78	245	323			
	%	74.3%	85.7%	82.6%			
Общо	N	105	286	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%			

**Табл. 21: Разпределение на отговорите на въпроса „По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота на вашите пациенти?“ по образователен ценз**

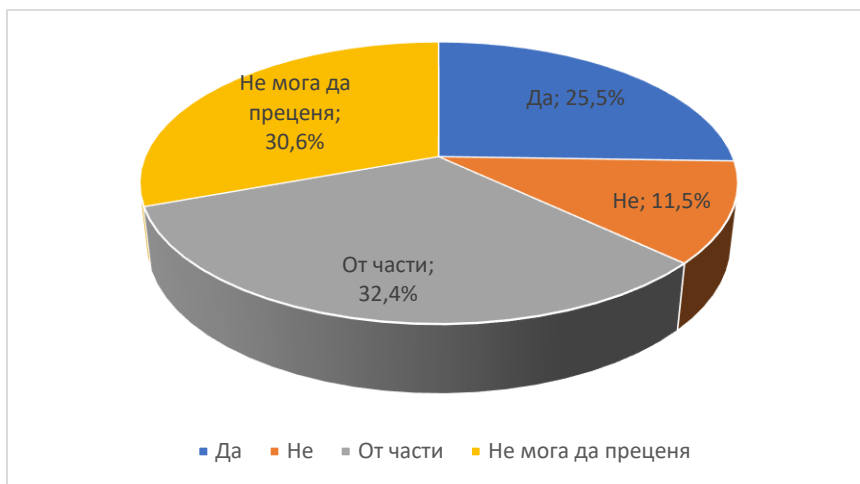
По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в конфликтна ситуация, която застрашава здравето и живота на вашите пациенти?		Образователна степен				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакала вър	магистър	докторска степен				
Да	N	13	13	30	12	68	12.19	3	0.007
	%	15.5%	13.0%	17.1%	40.0%	17.5%			
Не	N	71	87	145	18	321			
	%	84.5%	87.0%	82.9%	60.0%	82.5%			
Общо	N	84	100	175	30	389			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

По отношение на медиацията като алтернативен метод за решаване на спорове 23.6% потвърждават, че са запознати с този метод. Други 39.3% отговарят, че само отчасти са запознати, 26.6% съобщават, че не са запознати и 10.4%- не могат да преценят (фиг. 11).



**Фиг. 11: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации ?“ (в %)**

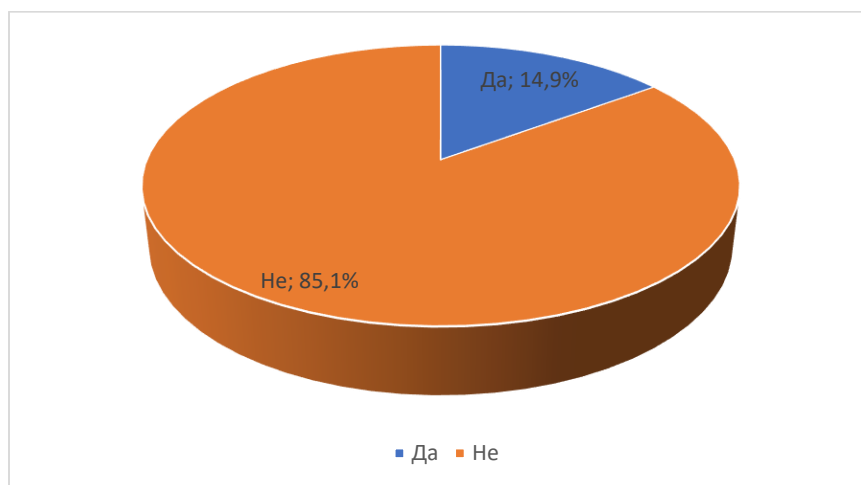
Предвид ниския процент на запознати с метода, 25.5% смятат, че този способ би намерил приложение при решаване на конфликти в медицинската практика, 32.4% смятат, че би бил полезен „от части“, 30.6% не се ангажират с преценка по този въпрос и 11.5% смятат, че няма да намери приложение в нашата здравеопазна система (фиг. 12).



**Фиг. 12: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?“ (в %)**

Беше изследвано наличието на статистически значима връзка между отговорите на тези въпроси и демографските характеристики на анкетираните медицински специалисти, но такава не беше констатирана.

Отговорите на следващите въпроси от анкетната карта са очаквани предвид ниския процент на анкетираните, запознати със способа „медиация“. 85.1% не са наясно дали решенията при медиация може да придобият статут на съдебно решение. (фиг. 13) Установена беше статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и образователния ценз на медиците, като тези с полувисше образование (91.9%) най-често не са запознати ( $X^2=9,56$ ;  $p=0,023$ ). (табл. 22)



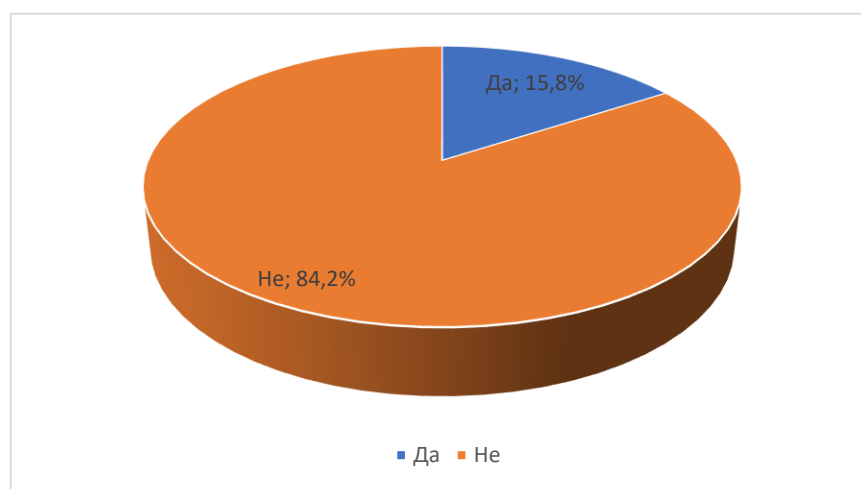
**Фиг. 13: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?“ (в %)**

**Табл. 22: Разпределение на отговорите на въпроса „Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?“ по образователен ценз**

Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?		Образование				Общо	χ <sup>2</sup>	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	7	10	36	4	57	9.56	3	0.023
	%	8.1%	10.2%	20.7%	13.3%	14.7%			
Не	N	79	88	138	26	331			
	%	91.9%	89.8%	79.3%	86.7%	85.3%			
Общо	N	86	98	174	30	388			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Както беше разгледано в прегледа на литературата в някои страни приложението на метода медиация се препоръчва в самото начало на възникване на спор преди да се стигне до съдебна институция.

84.2% от анкетираните не знаят по какъв начин биха могли да стартират процедура по медиация. (фиг. 14)



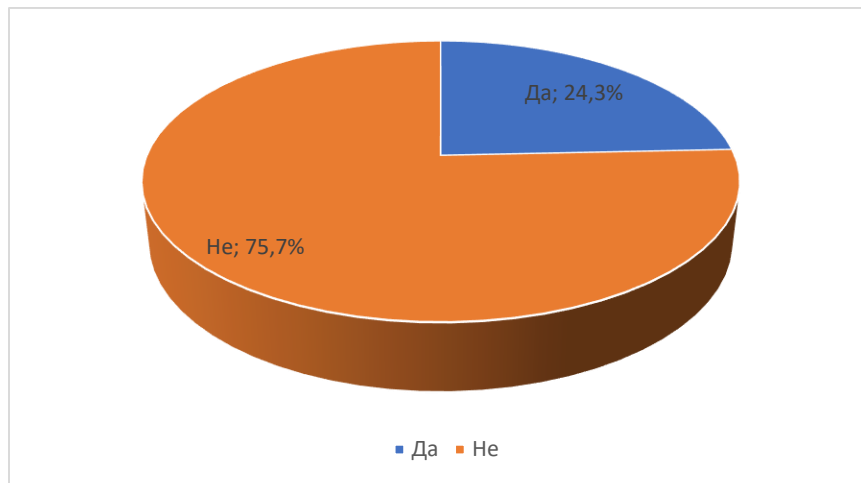
**Фиг. 14: Отговори на участниците на въпроса „Знаете ли как се стартира процедура по медиация?“ (в %)**

И в този случай изследваните лица с най-нисък образователен ценз в най-малка степен са запознати с иницирането на процедурата по медиация ( $X^2=10,59$ ;  $p=0,014$ ). (табл. 23)

**Табл. 23: Разпределение на отговорите на въпроса „Знаете ли как се стартира процедура по медиация?“ по образователен ценз**

Знаете ли как се стартира процедура по медиация?		Образование				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	6	12	38	5	61	10.59	3	0.014
	%	7.0%	12.1%	21.6%	16.7%	15.6%			
Не	N	80	87	138	25	330			
	%	93.0%	87.9%	78.4%	83.3%	84.4%			
Общо	N	86	99	176	30	391			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Близо 1/4 от респондентите смятат, че знаят ползите от медиацията и значителен дял- 75.7% отговарят, че не са запознати с тях (фиг. 15).

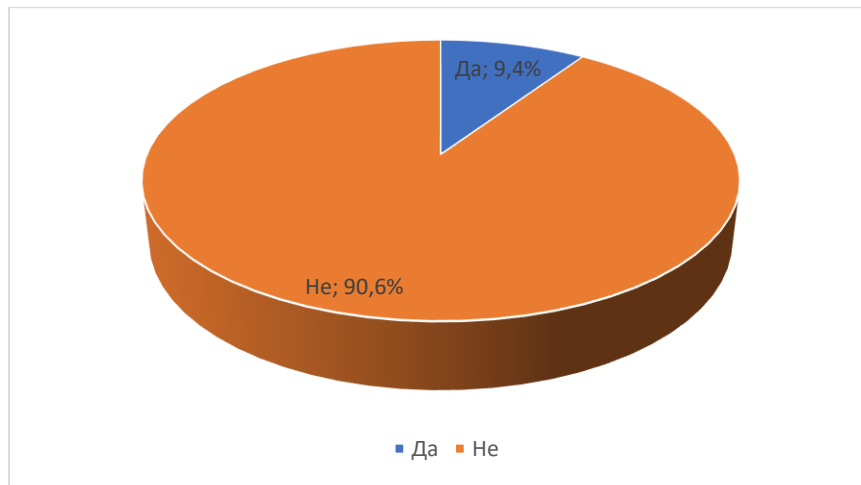


**Фиг. 15: Отговори на участниците на въпроса „Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?“ (в %)**

Не беше констатирана статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и характеристиките на участниците.

От респондентите в извадката 9.4% са участвали в обучение/семинар за медиацията като способ в здравеопазването. По

данни на Saulo & Wagener (2000) обучението по медиация подобрява управлението на конфликти от здравния персонал [143]. Смятаме, че при по-голям дял на участниците, преминали обучение, разбирането и желанието за приложение на способа при решаването на конфликти, би се повишило. Към настоящия момент непознаването на метода и потенциалните ползи от него, ограничават интереса на медицинските специалисти към допълнително и продължаващо обучение в приложение на техниките.



**Фиг. 16: Отговори на участниците на въпроса „Участвали ли сте в обучение/семинар за медиацията като способ в здравеопазването?“ (в %)**

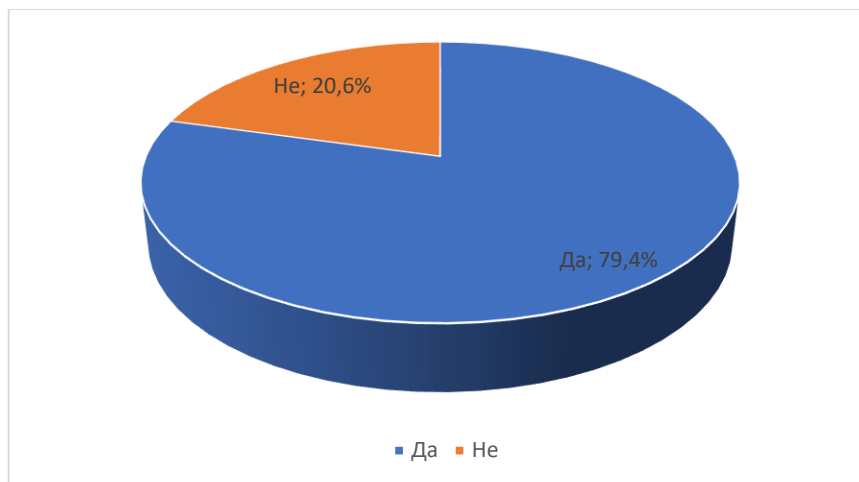
На табл. 24 се вижда, че от анкетираните с докторска степен 20% са преминали допълнителен курс на обучение по въпросите на медиацията в здравеопазването, докато сред специалистите с полувисше образование този процент е едва 3.5%. Констатираната разлика е статистически значима ( $X^2=11,46$ ;  $p=0,009$ ).

**Табл. 24: Разпределение на отговорите на въпроса „Участвали ли сте в обучение/ семинар за медиацията като способ в здравеопазването?“ по образователен ценз**

Участвали ли сте в обучение/ семинар за медиацията като способ в здравеопазването?		Образование				Общо	$\chi^2$	df	p
		полувисше /професионален бакалавър	бакалавър	магистър	докторска степен				
Да	N	3	5	21	6	35	11.46	3	0.009
	%	3.5%	5.1%	12.0%	20.0%	9.0%			
Не	N	83	94	154	24	355			
	%	96.5%	94.9%	88.0%	80.0%	91.0%			
Общо	N	86	99	175	30	390			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

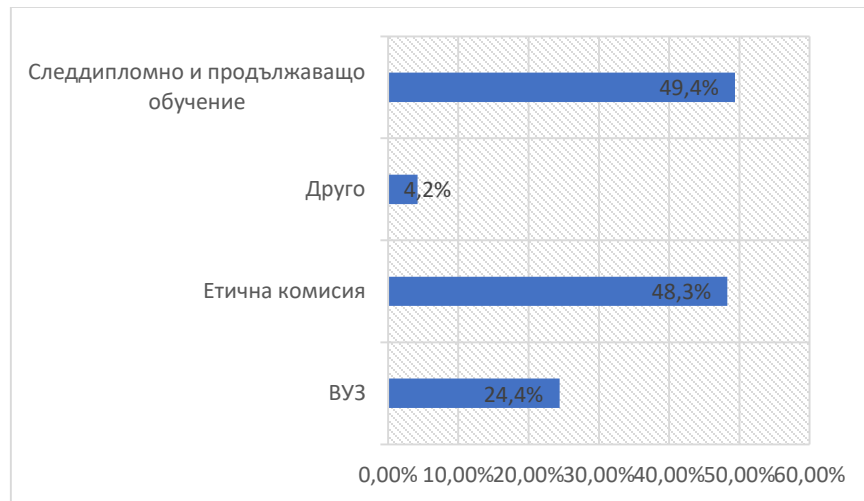
Lee et al. (2015) препоръчват в болничните лечебни заведения и здравните институции да се формират екипи от обучени медиатори, които да осигуряват образователни и консултантски услуги на персонала и пациентите при възникване на конфликтна ситуация. Авторите препоръчват да бъде въведена длъжността организационен омбудсман (медиатор) в болничните лечебни заведения. Освен в разрешаването на спорове, омбудсманът ще бъде ангажиран и с обучението на персонала и мониториране на тенденциите в междуличностните конфликти с цел подобряване на системата за превенция и управление на конфликтите [88, 127].

Когато попитахме участниците в проучването за потенциалните ползи от допълнително обучение в комуникационни умения и техниките на медиацията 79.4% потвърдиха желание за участие в подобно обучение, което би било полезно в тяхната работа (фиг. 17).



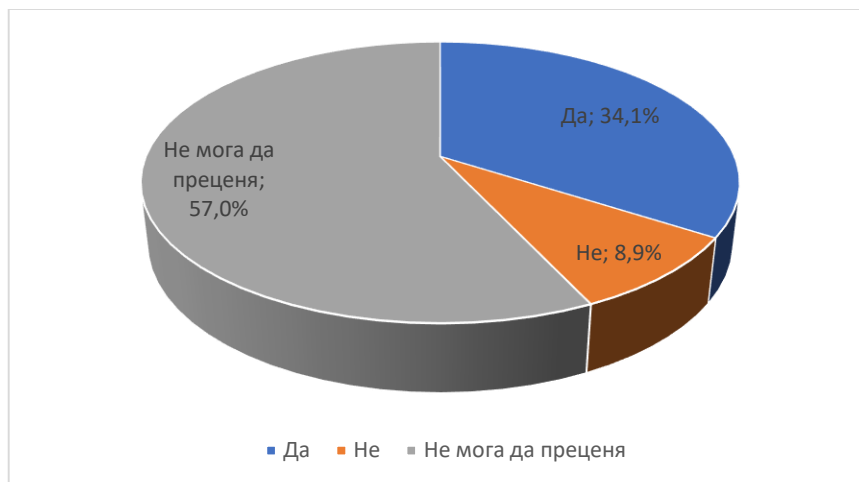
**Фиг. 17: Отговори на участниците на въпроса „Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?“ (в %)**

По отношение на организацията на подобно обучение, анкетираните в най-голяма степен смятат, че то трябва да бъде част от следдипломното и продължаващо обучение за медицински специалисти или от етичните комисии, които наред с другите си функции имат и обучителна роля. 24.4% от нашите респонденти смятат, че роля в обучението трябва да имат висшите учебни заведения, като обучението е заложено в програмата на основния курс на обучение и петнадесет посочват „друго“ като някои уточняват, че това е задължение на работодателя. Сборът от отговорите надхвърля 100%, тъй като анкетираните са посочили по повече от едно вярно за тях твърдение. (фиг. 18)



**Фиг. 18: Отговори на участниците на въпроса „Кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация?“**

Пандемията с COVID-19 постави обществата и в частност здравните системи пред неизвестна заплаха и невиджано изпитание. При тези условия на повишен стрес в системата в медицинските екипи неизменно възникват междуличностни конфликти, които дават отражение върху работата им [45]. На въпроса дали медиацията ще е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации в условия на стресова ситуация в организацията и криза, 34.1% отговарят с „да“ и над половината запитани медици (57.0%) отговарят, че не могат да преценят (фиг. 19).



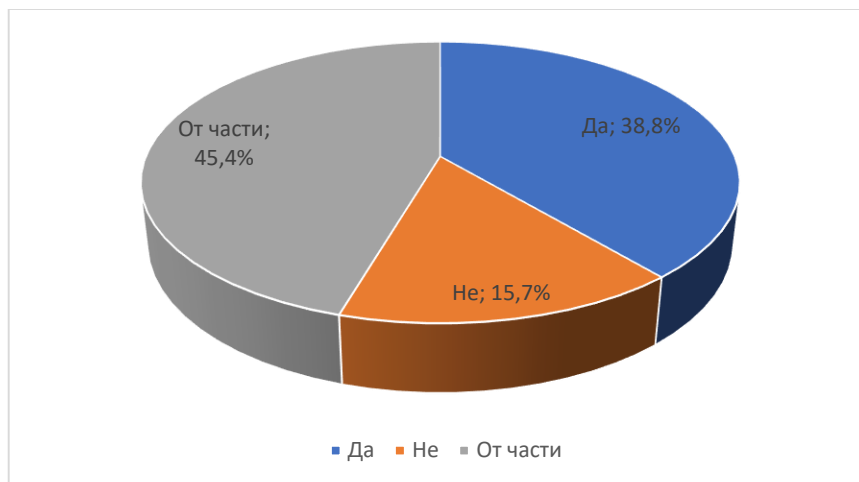
**Фиг. 19: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?“**

Беше изследвана статистическата значимост между отговорите на този въпрос и демографските характеристики на участниците в проучването, като такава беше констатирана със семейното им положение ( $X^2=18,54$ ;  $p=0,018$ ). (табл. 25) Най-голям е дялът на разведените медици (63.6%), които биха приели метода медиация за решаване на междуличностни конфликти в екипа при кризисна ситуация.

**Табл. 25: Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?“ според семейния статус**

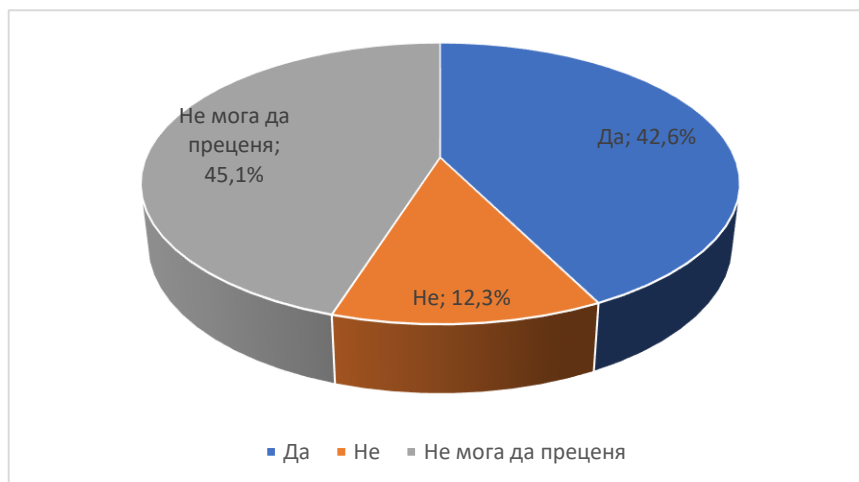
Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?		Семейно положение					Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		женен/ омъжена	съвместно съжителство без брак	неженен/ неомъжена	разведен (а)	вдовец/ вдовица				
Да	N	67	15	22	21	9	134	18.54	8	0.018
	%	30.6%	27.8%	34.4%	63.6%	40.9%	34.2%			
Не	N	20	4	9	1	1	35			
	%	9.1%	7.4%	14.1%	3.0%	4.5%	8.9%			
Не мога да преценя	N	132	35	33	11	12	223			
	%	60.3%	64.8%	51.6%	33.3%	54.5%	56.9%			
Общо	N	219	54	64	33	22	392			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Доверието в медицинската професия е много важно и доказано подобрява взаимоотношенията „лекар- пациент“ и терапевтичните резултати. 38.8% от респондентите смятат, че медиацията може да повиши доверието в медицинската професия, 45.4% смятат, че това е вярно „от части“ и 15.7% остават скептични (фиг. 20).



**Фиг. 20: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?“**

Удовлетвореността на пациентите е важен критерий за качеството на оказаната медицинска помощ. Конфликтите с дисфункционално решение оставят в пациентите и обществото като цяло негативно отношение към системата на здравеопазването.



**Фиг. 21: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?“**

На въпроса дали методът медиация би могъл да повиши удовлетвореността на пациентите 39.7% отговарят положително, 46.1% се въздържат от отговор и 14.2% не смятат, че това е възможно. (фиг. 21)

**Табл. 26: Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?“ по възрастови групи**

Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?		Възраст					Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		20-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 и повече години				
Да	N	8	38	54	36	20	156	21.07	8	0.007
	%	18.6%	41.3%	51.4%	37.9%	34.5%	39.7%			
Не	N	6	8	17	14	11	56			
	%	14.0%	8.7%	16.2%	14.7%	19.0%	14.2%			
Не мога да преценя	N	29	46	34	45	27	181			
	%	67.4%	50.0%	32.4%	47.4%	46.6%	46.1%			
Общо	N	43	92	105	95	58	393			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

Повече от половината анкетирани (51.4%) във възрастовата група 40-49г. смятат, че медиацията би могла да подобри удовлетвореността на пациентите и тази връзка е статистически значима ( $X^2=21,07$ ;  $p=0,007$ ). (табл. 26)

В най-голяма степен негативно отговарят медиците с трудов стаж до 1 година. ( $X^2=15,06$ ;  $p=0,020$ ). (табл. 27)

**Табл. 27: Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?“ по трудов стаж**

Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?		Трудов стаж				Общо	X <sup>2</sup>	df	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години				
Да	N	4	11	23	117	155	15.06	6	0.020
	%	40.0%	25.6%	37.7%	42.4%	39.7%			
Не	N	3	3	5	44	55			
	%	30.0%	7.0%	8.2%	15.9%	14.1%			
Не мога да преценя	N	3	29	33	115	180			
	%	30.0%	67.4%	54.1%	41.7%	46.2%			
Общо	N	10	43	61	276	390			
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%			

## Анализ на резултатите от проучването на медицински специалисти с управленски компетенции

Демографските характеристики на анкетираните медицински специалисти с управленски компетенции са представени на табл. 28.

**Табл. 28: Демографски характеристики на медицински специалисти с управленски компетенции**

<b>Пол</b>	<b>N=124</b>	<b>%</b>
Мъже	50	40.3%
Жени	74	59.7%
<b>Възраст</b>	<b>N=124</b>	<b>%</b>
30-39 г.	18	14.5%
40-49 г.	50	40.3%
50-59 г.	44	35.5%
60 и повече години	12	9.7%
<b>Семейно положение</b>	<b>N=124</b>	<b>%</b>
Женен/омъжена	72	58.1%
Обвързан/а	10	8.1%
Необвързан/а	18	14.5%
Разведен/а	20	16.1%
Вдовец/вдовица	4	3.2%
<b>Местожителство</b>	<b>N=124</b>	<b>%</b>
Столица	52	42.9%
Град	72	58.1%
Село	0	0.0%
<b>Образование</b>	<b>N=124</b>	<b>%</b>
Професионален бакалавър	6	4.8%
Бакалавър	10	8.1%
Магистър	84	67.7%
Доктор	24	19.4%

Трудов стаж	N=124	%
Под 1 година	8	6.5%
1-5 години	34	27.4%
6-10 години	18	14.5%
Над 10 години	64	51.6%

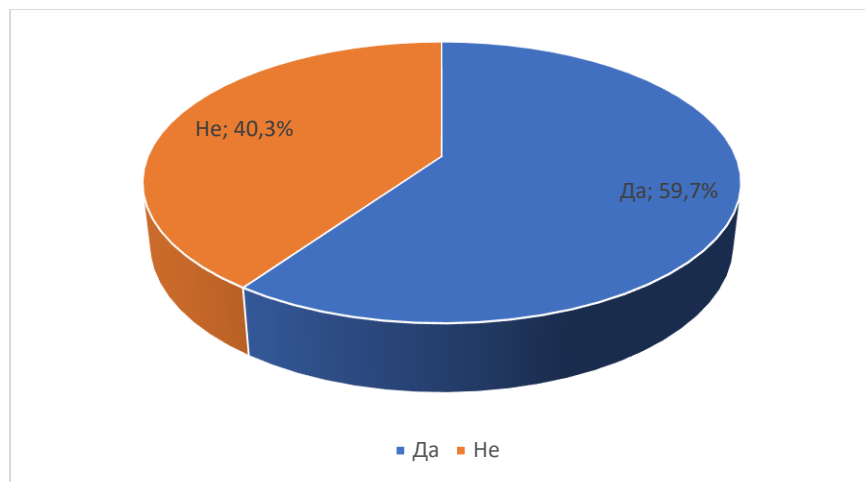
В извадката ни от 124 медицински специалисти, заемащи управленска длъжност, с малко преобладават жените (59,7%). Най-голям дял от анкетираните (75,8%) са във възрастовата група 40-59г. и над половината (58,1%)- са семейни. От столицата са 42,9% от респондентите и от друг град са останалите 58,1%. Съвсем естествено е, че преобладават респондентите с магистърска степен (67,7%) и придобилите ОКС „Доктор“ (19,4%).

Над половината са с трудов стаж над 10 години (51,6%), следвани от тези със стаж 1-5 години (27,4%) и 6-10 години (14,5%). Най-малобройна е групата на анкетираните със стаж под 1 година (6,5%).

Както А. Воденичарова подчертава, в основата на съвременния здравен мениджмънт трябва да бъде поставено лидерството. Доколкото мениджърът е действителен лидер за персонала, то той ще бъде ефективен мениджър за своята организация [17].

Някои от най-съществените качества, които лидерът трябва да притежава, за да може да налага ефективни мениджърски решения на екипа са комуникативност, морал и умения да генерира позитивна мотивация и да решава конфликтни ситуации [12, 17].

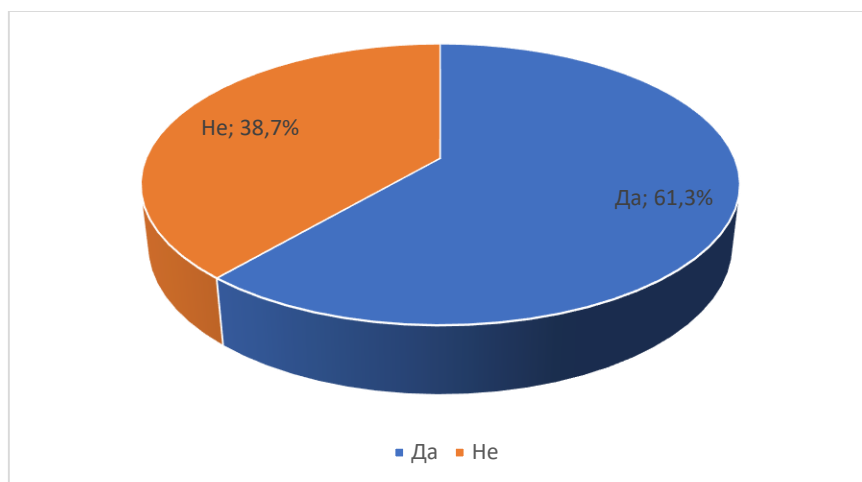
По отношение на конфликтните ситуации с колеги, и в тази извадка значителен дял (59,7%) съобщават, че са попадали в такава ситуация. (Фиг. 22)



**Фиг. 22: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?“ (в %)**

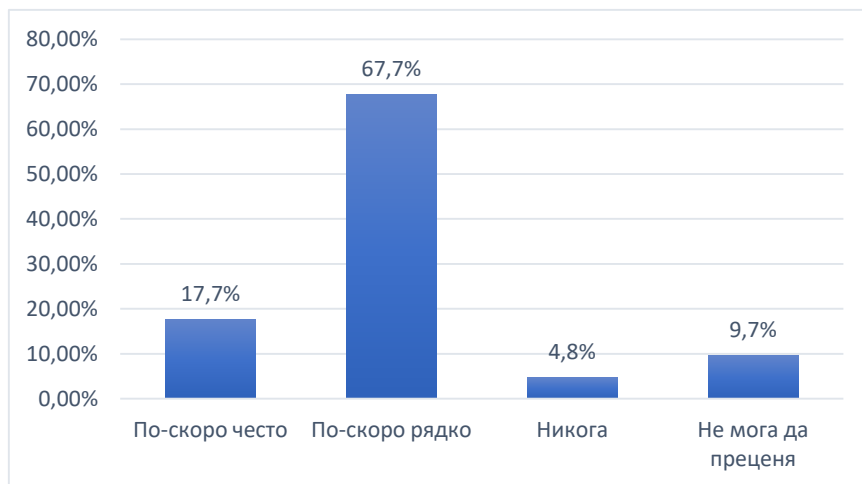
61,3% са влизали в конфликт със свои подчинени в качеството си на мениджъри. (фиг. 23)

При конфликтни ситуации догматичният подход на готовите решения няма как да бъде ефективен. Фокусът на мениджъра трябва да бъде върху живите хора с техните ценности, потребности и мотиви [17]. Особена роля има мениджъра в решаването на междугруповите конфликти. Не е рядко явление в здравните заведения да възникне конфликт между функционалните групи на организацията. Ролята на мениджъра е чрез различни техники да управлява конфликтната ситуация до достигане на функционален резултат [2]. Често обаче конфликтите остават да „тлеят“ и са скрити за оперативния мениджмънт.



**Фиг. 23 : Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши подчинени?“ (в %)**

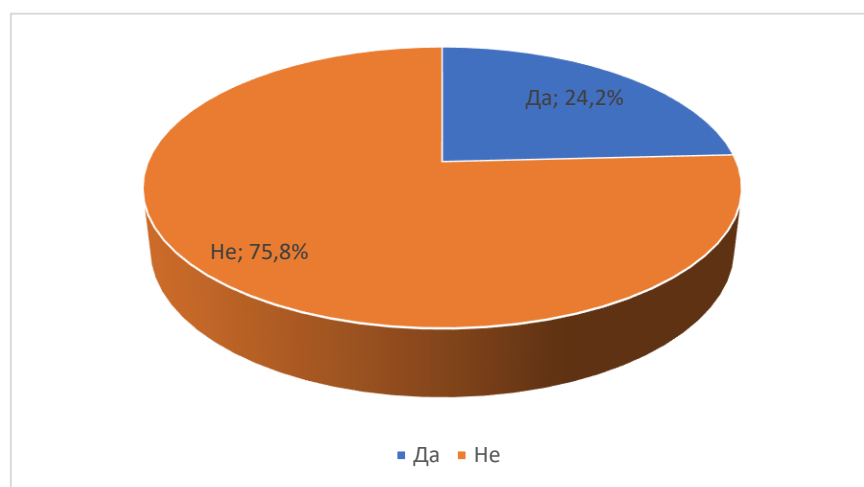
Малък дял от анкетираните медици, заемащи управленска длъжност казват, че „по-скоро често“ им се налага да решават конфликтни ситуации от позицията си на ръководен кадър (17,7%). 67,7% отговарят, че това се случва „по-скоро рядко“, 4,8%- отговарят „никога“ и 9,7%“- „не мога да преценя“. (фиг. 24)



**Фиг. 24: Отговори на участниците на въпроса „Колко често ви се налага да решавате конфликтни ситуации от позицията на ръководен кадър?“ (в %)**

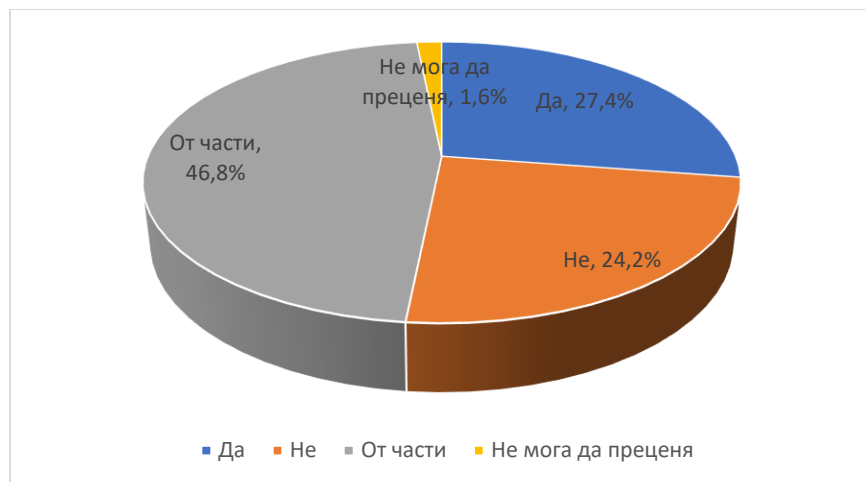
Както вече беше отбелязано това не е критерий за липсата на конфликти от различно естество в организацията, а по-скоро за непознаването им от страна на мениджъра, непритежаващ лидерски качества и умения [33].

Близо  $\frac{1}{4}$  от медицинските специалисти са попадали в конфликтна ситуация, която застрашава живота и здравето на член от техния персонал, което е доста обезпокоително. (фиг. 25) Справянето с ескалирали ситуации е сложно и изисква прилагане на специфични комуникативни техники и подходи. Особено подходящи са също и някои специфични преговорни техники за разкриване на същността на конфликта.



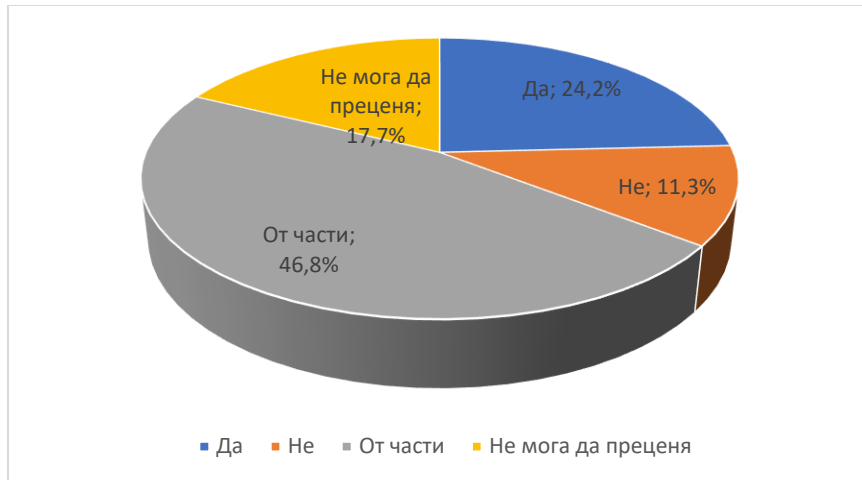
**Фиг. 25: Отговори на участниците на въпроса „Попадали ли сте ситуация, заплашваща живота и здравето на член от вашия персонал?“ (в %)**

Възможностите на медиацията като способ за решаване на спорове бяха вече подробно дискутирани. На въпроса дали са запознати с медиацията 27,4% съобщават, че са запознати с метода, 46,8%- че са запознати само „отчасти“ и 24,2% отговарят, че не са запознати. (фиг. 26)



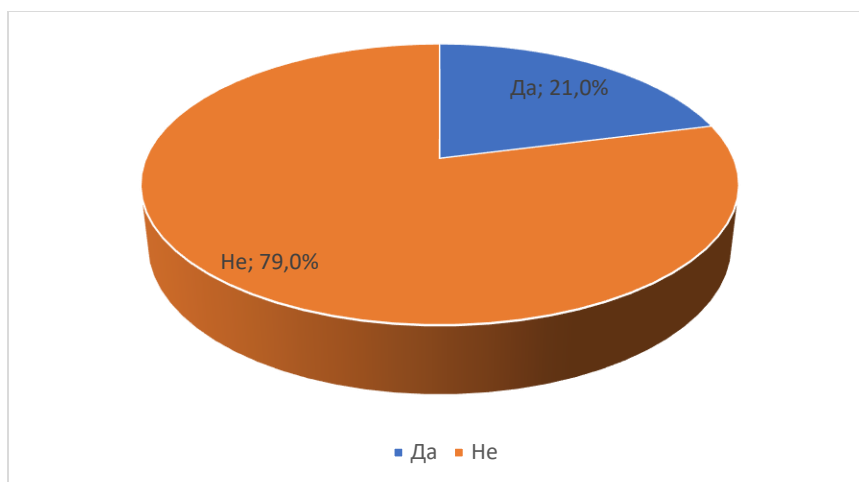
**Фиг. 26: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации ?“ (в %)**

На въпроса „Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?“ отново близо  $\frac{1}{4}$  отговарят положително. Други 46,8% отговарят „от части“. Негативно отговарят 11,3% и 17,7% не могат да преценят. (фиг. 27) Развитието на комуникативни умения и справянето с конфликти трябва да е приоритет за всеки ръководител. За мениджмънта на човешките ресурси може смело да се твърди, че освен важно социално комуникационно умение, е колкото наука, толкова и изкуство [17].



**Фиг. 27: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?“ (в %)**

Според изследвания между 50% и 90% от времето на ръководителя се използва за осъществяване на комуникации [2]. Сред лидерските компетентности в сферата на здравеопазването една от шестте основни групи „Лидерство на другите“ включва именно ефективно общуване и комуникация; развитие на ефективни работни взаимоотношения с колеги и подчинени; умения за слушане; грижа и менторство в екипа; профилактика и управление на конфликти в екипа. Разбира се на всяко управленско ниво в организационната йерархия наборът от компетентности може да варира [13, 17].



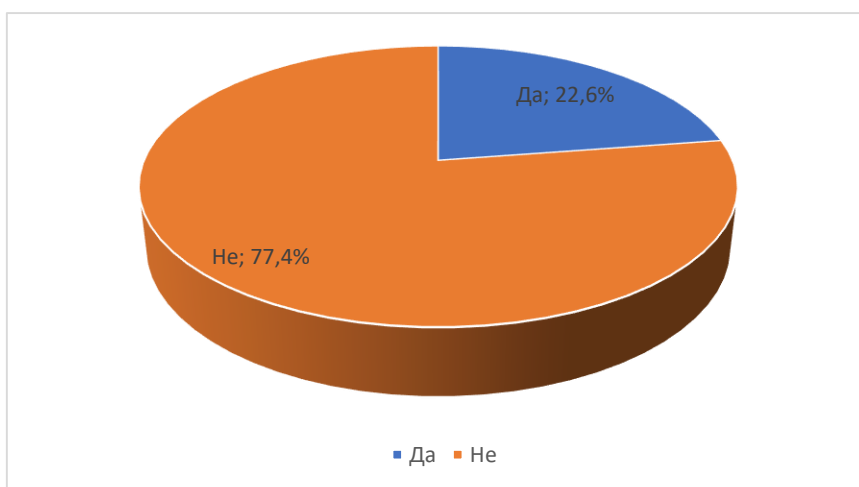
**Фиг. 28: Отговори на участниците на въпроса „Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?“ (в %)**

Очаквани са отговорите на въпросите относно правния статут на решенията при медиация, поради неприложимостта на метода към настоящия момент по спорове, възникнали в системата на здравеопазването. 79% отговарят, че не са запознати. (фиг. 28), като анкетираните в по-зряла възраст (50-59г.) в по-голяма степен отговарят утвърдително (36,4%) и тази връзка е статистически значима ( $p=0,009$ ). (табл. 29)

**Табл. 29: Разпределение на отговорите на въпроса „Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?“ по възрастови групи**

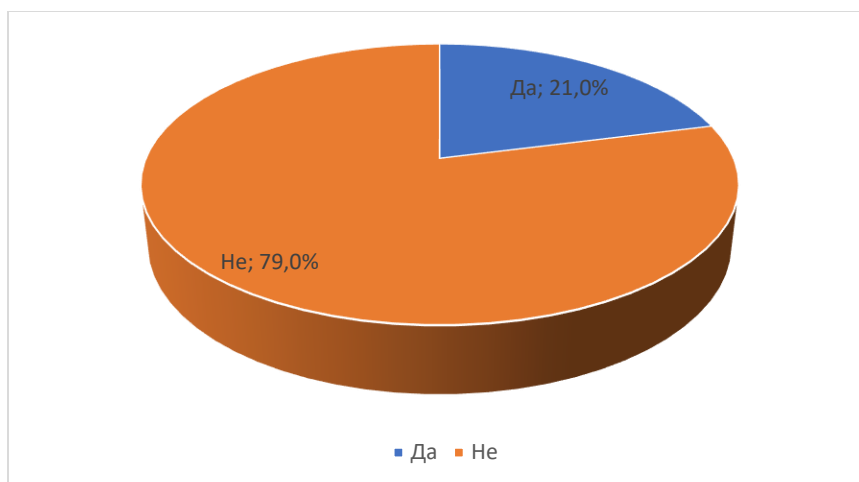
Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?		Възраст				Общо	p
		30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 и повече години		
Да	N	4	4	16	2	26	0.009
	%	22.2%	8.0%	36.4%	16.7%	21.0%	
Не	N	14	46	28	10	98	
	%	77.8%	92.0%	63.6%	83.3%	79.0%	
Общо	N	18	50	44	12	124	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

На фигури 29 и 30 са представени отговорите на въпросите „Знаете ли как се стартира процедура по медиация?“ и „Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?“. Става ясно, че в малка степен респондентите са запознати с естеството на процеса и ползите от процедурата по медиация.



**Фиг. 29 : Отговори на участниците на въпроса „Знаете ли как се стартира процедура по медиация?“ (в %)**

21% отговарят, че са запознати с ползите при провеждане на медиация. Останалите 79% отговарят негативно. (фиг. 30)



**Фиг. 30: Отговори на участниците на въпроса „Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?“ (в %)**

Интерес представлява зависимостта, че управленците с по-малък стаж на за тази позиция по-често отговарят, че познават ползите от метода в сравнение с тези с по-дълъг трудов стаж. Констатираната връзка е доказано статистически значима ( $p=0,007$ ). (табл. 30)

**Табл. 30: Разпределение на отговорите на въпроса „Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?“ по трудов стаж**

Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?		Какъв е Вашият трудов стаж на тази позиция?				Общо	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години		
Да	N	4	12	2	8	26	0.007
	%	50.0%	35.3%	11.1%	12.5%	21.0%	
Не	N	4	22	16	56	98	
	%	50.0%	64.7%	88.9%	87.5%	79.0%	
Общо	N	8	34	18	64	124	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

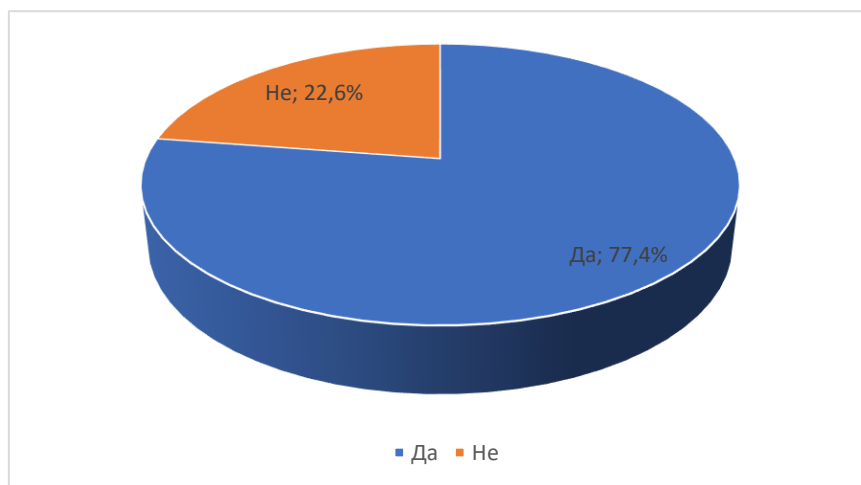
Едва 3,2% от медицинските специалисти с управленски компетенции съобщават, че са участвали в обучение/семинар за

медиацията като способ за решаване на спорове в системата на здравеопазването. (фиг. 31)



**Фиг. 31: Отговори на участниците на въпроса „Участвали ли сте в обучение/семинар за медиацията като способ в здравеопазването?“ (в %)**

Интересът към допълнително обучение по проблема, обаче, е значителен. 77.4% от нашите респонденти смятат, че за тях ще бъде полезно да бъдат допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации. (фиг. 32)



**Фиг. 32: Отговори на участниците на въпроса „Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?“ (в %)**

Изследвана е статистическата връзка между отговорите на този въпрос и демографските характеристики на участниците чрез Fisher's exact test. Анкетиранияте над 50 годишна възраст в по-голяма степен признават ползата от допълнително обучение и връзката е статистически значима ( $p=0,036$ ). (табл. 31)

**Табл. 31: Разпределение на отговорите на въпроса „Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?“ по възрастови групи**

Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?		Възраст				Общо	p
		30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 и повече години		
Да	N	12	34	40	10	96	0.036
	%	66.7%	68.0%	90.9%	83.3%	77.4%	
Не	N	6	16	4	2	28	
	%	33.3%	32.0%	9.1%	16.7%	22.6%	
Общо	N	18	50	44	12	124	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Над половината респонденти (50,8%) са на мнение, че допълнителното обучение трябва да е под формата на следдипломно и продължаващо обучение, 39,0% смятат, че това е отговорност на комисиите по професионална етика към съсловните организации и 22% посочват висшите учебни заведения. Сборът на процентите надхвърля 100%, защото анкетиранияте са посочили повече от един валиден за тях отговор. (фиг. 33)



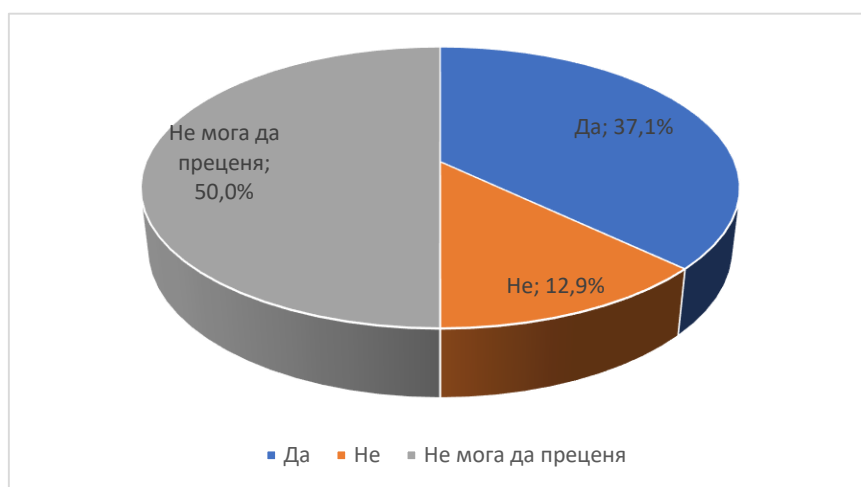
**Фиг. 33: Отговори на участниците на въпроса „Кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация?“**

Мениджърите с по-малък трудов стаж на управленски пост в по-голяма степен посочват като отговор „следдипломно и продължаващо обучение“. Констатираната връзка е статистически значима ( $p=0,008$ ). (табл. 32) Можем да предположим, че липсата на управленски опит е предпоставка за по-голяма мотивация и желание за допълнително организирано обучение.

**Табл. 32: Разпределение на отговорите на въпроса „Ако да, кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация?“ по трудов стаж**

Ако да, кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация? /може да посочите повече от един отговор/		Трудов стаж на тази позиция				Общо	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години		
Следдипломно и продължаващо обучение	N	6	12	4	38	60	0.008
	%	75.0%	40.0%	22.2%	61.3%	50.8%	
Друго	N	0	4	0	0	4	0.007
	%	0.0%	13.3%	0.0%	0.0%	3.4%	

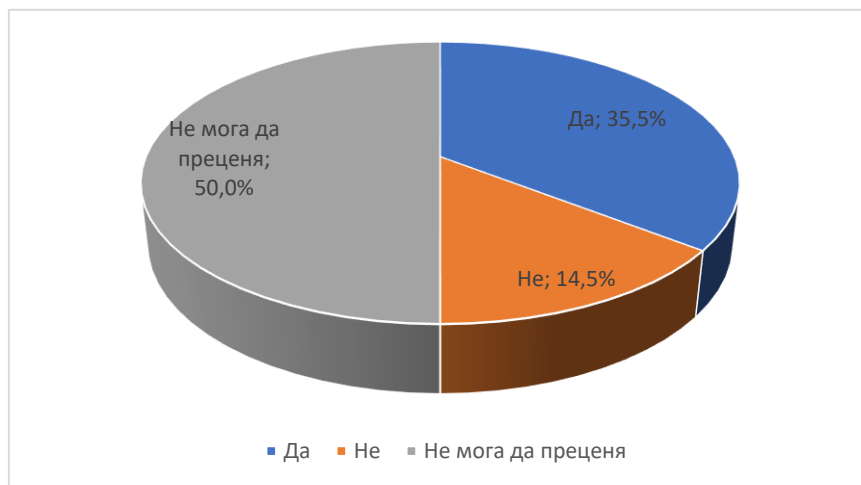
През последните три години мениджърите на всички нива в лечебните заведения са провокирани да работят в значително усложнена и турбулентна среда предвид неизвестността при пандемията от COVID-19. В прегледа на литературата беше обърнато специално внимание на конфликтогенния потенциал на подобна трудна за управление и прогнозиране криза. На въпроса „Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?“ 37,1% от участниците отговарят положително. Други 12,9% отговарят негативно и 1/2 от цялата извадка отговарят, че не могат да преценят. (фиг. 34)



**Фиг. 34: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?“**

Беше дискутирано също значимостта на доверието, както във взаимоотношенията „лекар-пациент“, така и за психоклимата в медицинския екип. Предвид това, че управниците не са добре запознати със същността на способа „медиация“, не е учудващ отговора на половината анкетирувани на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската

професия?“ не мога да преценя“. 35,5% отговарят категорично с „да“ и едва 14,5% отговарят негативно на този въпрос.

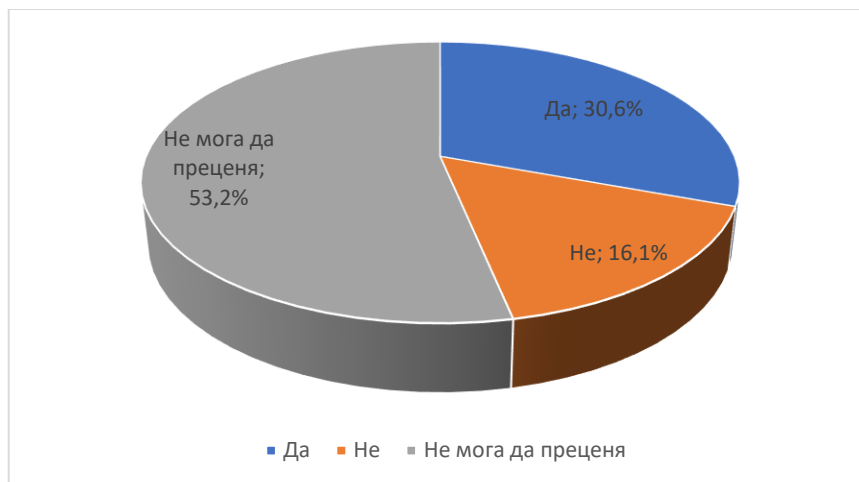


**Фиг. 35: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?“**

Беше констатирана статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и трудовия стаж на респондентите. 75% от анкетираните с трудов стаж до 1 година отговарят утвърдително ( $p=0,015$ ). (табл. 33)

**Табл. 33: Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?“ по трудов стаж**

Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?		Трудов стаж на тази позиция				Общо	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години		
Да	N	6	8	2	28	44	0.015
	%	75.0%	23.5%	11.1%	43.8%	35.5%	
Не	N	0	4	4	10	18	
	%	0.0%	11.8%	22.2%	15.6%	14.5%	
Не мога да преценя	N	2	22	12	26	62	
	%	25.0%	64.7%	66.7%	40.6%	50.0%	
Общо	N	8	34	18	64	124	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

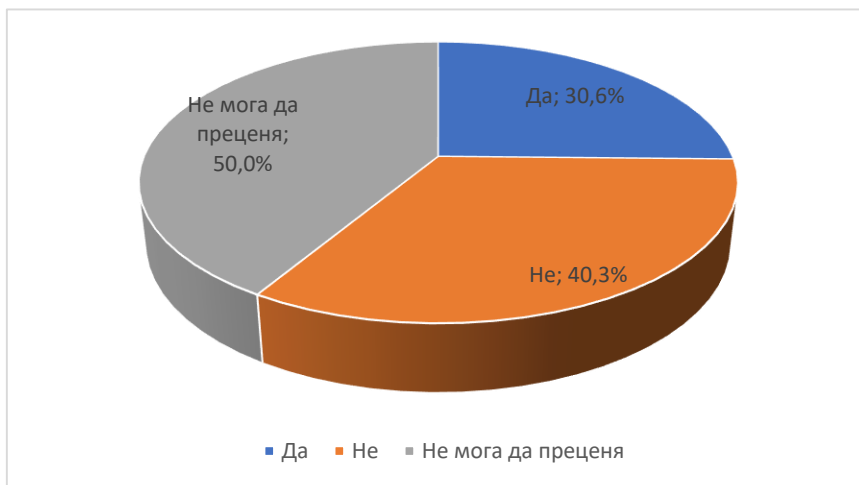


**Фиг. 36: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?“**

Удовлетвореността като един от критериите за качество на медицинската услуга, намира все по-голямо приложение. Попитахме участниците дали смятат, че прилагането на способа „медиация“ може да повиши удовлетвореността на пациентите. 30,6% отговарят с „да“ и 16,1% - с „не“. Отново най-голям дял (над половината анкетиращи) се пада на респондентите отговорили „не мога да преценя“. Причина за тези отговори е непознаването на метода. (фиг. 36)

Фигурата на болничния медиатор (омбудсман) би имала системен и траен ефект върху организацията. Бюрократично-административният команден стил с налагане на задачи и санкции по настоящем не се приема за ефективен мениджърски подход [17]. Медиаторът в лечебното заведение има за цел в него да бъде разпознат един безпристрастен посредник, а не санкциониращ орган [53, 54].

На въпроса „Смятате ли за удачно въвеждането на длъжност „болничен омбудсман/медиатор“?“ 30,6% отговарят положително и 40,3%- отрицателно. И на този въпрос най-много от участниците са посочили отговора „не мога да преценя“ (50%). (фиг. 37)



**Фиг. 37: Отговори на участниците на въпроса „Смятате ли за удачно въвеждането на длъжност „болничен омбудсман/медиатор“?“**

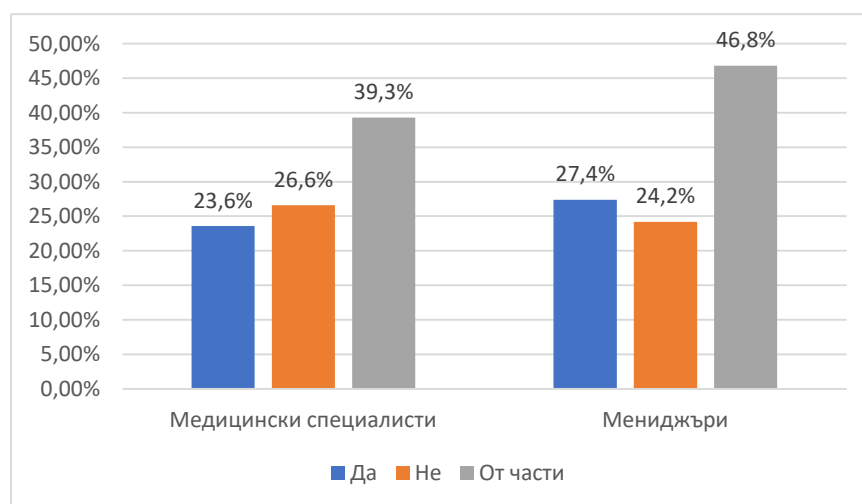
При проверка за наличие на статистически значима връзка между отговорите на този въпрос и демографските характеристики на участниците, такава беше констатирана с трудовия стаж. Всички анкетирани с трудов стаж до 1 година на посочената позиция подкрепят въвеждането на длъжността болничен омбудсман ( $p=0.00$ ). (табл. 34) Разбира се, тук значение може да има и типа лечебно заведение.

**Табл. 34: Разпределение на отговорите на въпроса „Смятате ли за удачно въвеждането на длъжност „болничен омбудсман/медиатор“?“ по трудов стаж**

Смятате ли за удачно въвеждането на длъжност “болничен омбудсман/медиатор”?		Трудов стаж на тази позиция				Общо	p
		До 1 година	1-5 години	5-10 години	над10 години		
Да	N	8	12	2	16	38	0.000
	%	100.0%	35.3%	11.1%	25.0%	30.6%	
Не	N	0	4	4	16	24	
	%	0.0%	11.8%	22.2%	25.0%	19.4%	
Не мога да преценя	N	0	18	12	32	62	
	%	0.0%	52.9%	66.7%	50.0%	50.0%	
Общо	N	8	34	18	64	124	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

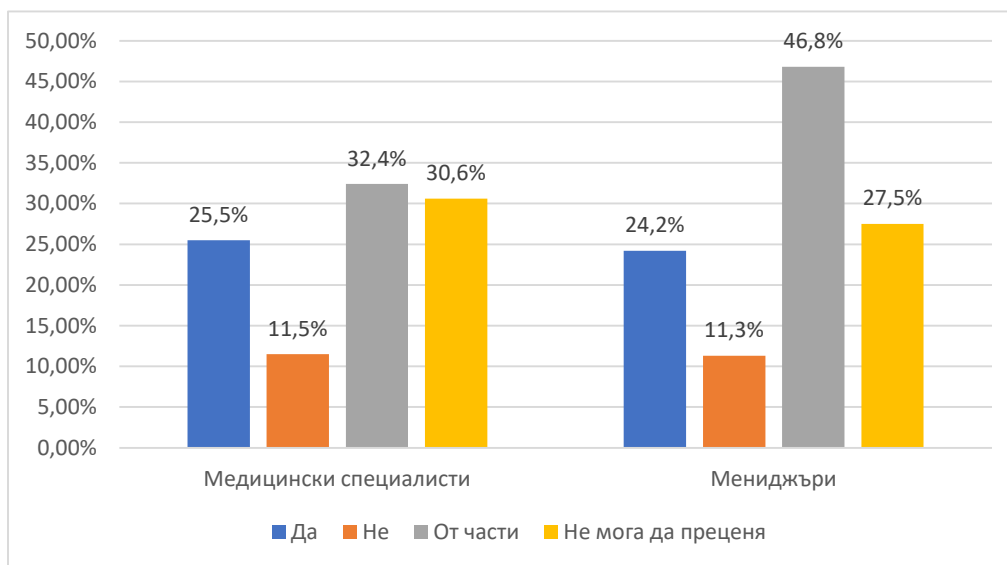
При сравняването на двете извадки беше констатирана статистически значима връзка между заеманата длъжност и отговорите на някои въпроси. (фиг. 38- фиг. 40)

Сред мениджърите по-голям е дялът на респондентите, които са запознати или запознати „отчасти“ с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации. ( $X^2=10.83$ ,  $p=0.01$ )



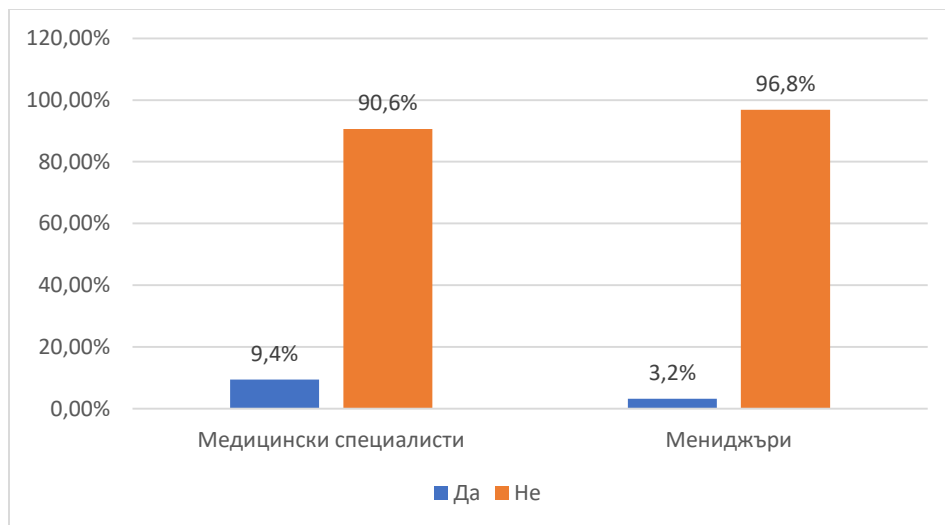
**Фиг. 38: Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации?**

Отново сред медицинските специалисти, заемащи управленска длъжност, е по-изразено мнението, че „медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика“ ( $X^2=11.17$ ,  $p=0,011$ ).



**Фиг. 39: Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?**

За сметка на това делът на мениджърите участвали под някаква форма в обучение за справяне с конфликтни ситуации е по-малък (3,2%) в сравнение с този на останалите медицински специалисти (9,4%). ( $X^2=4.97$ ,  $p=0.026$ )



**Фиг. 40: Участвали ли сте в обучение/ семинар за медиацията като способ в здравеопазването?**

## Обобщение на резултатите от емпиричните изследвания

➤ Конфликтните ситуации с пациенти, близки и роднини на болните, колеги и началници са с висока честота в нашата извадка. Прави впечатление, че мъжете и респондентите с докторска степен по-често съобщават за конфликтни ситуации. Може да заключим, че мъжкият пол и по-високият образователен ценз са пряко свързани с честотата на споровете. Над половината анкетирани медици (54.7%) са попадали в конфликтна ситуация с колега, което може да има отражение върху качеството на медицинските грижи за пациента. С прекия ръководител в най-малка степен се конфронтират по-младите специалисти (до 29г.), както и тези над 60г.

Конфликтните ситуации с колеги в извадката на медици с мениджърски компетенции също значителен дял (59.7%). От тях 61.3% са влизали в конфликт със свои подчинени.

➤ Срещу малък дял от респондентите медици са подавали жалба пациенти (или техни близки и роднини)-3.8%, още по-незначителен е дялът на жалбите, подавани от колеги- 2.3%. Отново прави впечатление, че срещу специалистите от мъжки пол и тези с докторска степен най-често са подавани жалби. От медиците с ОНС „Доктор“ 16.7% съобщават, че срещу тях е подавана жалба от пациент и 13.3% съобщават за жалба/сигнал от колега.

➤ Парадоксално най-голям дял от лицата с докторска степен отговарят, че не са запознати с Правилата за добра практика.

➤ Над ¼ от участниците от мъжки пол съобщават, че са попадали в конфликтна ситуация, оказваща пряка опасност за живота и здравето

на пациента. Значителен дял (40%) от медиците с докторска степен също са попадали в конфликт, създаващ риск за болния.

➤ Малък дял от анкетираните медици са запознати със същността, ползите и процедурата при алтернативния способ за решаване на спорове „медиация“. Същото е валидно и за извадката на здравите мениджъри. 25.5% смятат, че способът би намерил приложение при решаване на конфликти в медицинската практика.

➤ Значителен дял от анкетираните медици (79.4%) биха искали да вземат участие в допълнително обучение в комуникационни умения и техниките на медиацията, при организиране на такъв курс. От специалистите заемащи управленска позиция позитивно са отговорили 77.4%. Повишаването на знанията и опита в управлението и превенцията на конфликти би допринесло за по-добри взаимоотношения, както с пациентнагта, така и между колегите в медицинския екип. От мениджърите тези над 50 годишна възраст в по-голяма степен признават ползата от допълнителното обучение в техники за решаване на конфликти.

➤ Близко половината респонденти медицински специалисти (49.4%) са на мнение, че допълнителното обучение трябва да е под формата на следдипломно и продължаващо обучение, 48.3% смятат, че това е отговорност на комисиите по професионална етика към съсловните организации и 24.4% посочват висшите учебни заведения и 4.2%-друго. Разпределението в отговорите на мениджърите е подобно.

➤ Според 39.7% медиацията може да повиши удовлетвореността на пациентите.

➤ 30.6% от мениджърите подкрепят идеята за въвеждане на длъжност „болничен медиатор“ в лечебното заведение.

## IV. ИЗВОДИ

От прегледа на световната литература и обобщението на резултатите от собствени емпирични социологически изследвания може да се направят някои съществени изводи относно приложимостта на медиацията като метод за извънсъдебно решаване на спорове в сферата на медицинската практика.

1. Лечебните заведения са фрагментирани институции със сложно устройство и взаимоотношения между структури и участници. Сред тях болниците са най-сложно устройените и с най-голям конфликтогенен потенциал, поради естеството на организацията на работа, различната образователна степен и роли на медицинския и немедицинския персонал. Болниците се различават по своята собственост, както и по ориентираността към печалба. По силата на Закона за лечебните заведения у нас болниците са преобразувани в търговски дружества и реализират финансов резултат, което е допълнителен фактор за проява на конфликти.
2. Стратегическият подход към конфликтите изисква изграждане на система за тяхното управление начело с компетентни лидери в структурите на организацията, които да се ангажират с този проблем.
3. Медиацията е процес на решаване на спорове, основан на помирителна комуникация с участието на посредник (медиатор). Характеристиките на процеса (доброволен, поверителен, структуриран, интерактивен, безпристрастен) го открояват сред останалите способности за извънсъдебно решаване

на спорове като подходящ и приложим в сферата на здравеопазването в други страни.

4. Биоетичната медиация е нов и перспективен подход за решаване на конфликти между семействата на пациентите и медицинския екип, особено в сферата на палиативните грижи.
5. Конфликтните ситуации с пациенти, близки и роднини на болните, колеги и началници са с висока честота, което се потвърждава и от собственото проучване.
6. Медиацията като ефективен способ за извънсъдебно решаване на спорове е слабо позната от медици и здравни мениджъри у нас.
7. Допълнителното и продължаващо обучение в комуникационни и допълнителни техники за решаване на конфликти и внедряването на системи за управление на конфликтни ситуации биха могли да повишат удовлетвореността на пациентите и медицинските екипи, както и доверието в медицинската професия.

## V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прегледът на литературата и резултатите от собствените изследвания дават основание за полагане на усилия и предприемане на мерки, взимащи под внимание особеностите, нуждите, очакванията и желанията на медицинските специалисти в контекста на нашата здравна система, за разработване и внедряване на алгоритми за бързо и ефективно разрешаване на спорове в медицинския екип.

Поведенческите (меки) умения (комуникативни умения, умения за мотивиране на екипи, лидерство и др.) и очакваното от страна на медицинския персонал поведение придобиват все по-голямо значение в съвременните здравни организации. Удовлетвореността на пациентите от медицинската услуга и отношението е ключово за оценката на качеството и осигуряването на ползотворна работна среда.

Медицинските специалисти трябва да бъдат запознати с ползите от медиацията и да имат предвид възможността за прилагане на специфични комуникативни техники при възникване на спорове в своята практика. Здравните мениджъри също трябва да са наясно с ползите от преговорните техники и в частност способа „медиация“. Използването на методи за алтернативно разрешаване на спорове е утвърдено в някои страни и се препоръчва в сферата на здравеопазването, тъй като насърчава сътрудничеството и възстановява доверието в отношенията „практик-пациент“.

Повишаването на знанията и опита в мениджмънта на конфликти при медицинските специалисти на управленски позиции, би допринесло

за по-добри взаимоотношения и между членовете на медицинските екипи.

Обучението в техники за справяне с конфликти може да бъде от решаващо значение за подобряване на уменията на лекарите и професионалистите по здравни грижи в тази област. Включването на сертифицирани медиатори в обучението е от ключово значение за усвояването на специфични практически умения по медиация. Организацията на допълнително и продължаващо обучение по проблемите на медиацията трябва да бъде съобразено с вече придобитите комуникативни и лидерски умения, заемания пост, компетенции и правомощия, и ниво на мениджмънт.

## VI. ПРЕПОРЪКИ

### *1. Към съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина и професионалистите по здравни грижи*

- Централните и регионални комисии по професионална етика към БЛС, БЗС и БАПЗГ да въведат процедури за медиация при постъпили жалби, касаещи спорове между колеги чрез ангажиране на сертифицирани медиатори към Министерство на правосъдието.
- Регионалните етични комисии към съсловните организации, в изпълнение на възложената им образователна роля, да организират и проведат съвместно с квалифицирани преподаватели от ВУЗ обучителни курсове/ семинари върху комуникационни умения и превенция на конфликтни ситуации в медицинските екипи.

### *2. Към ВУЗ*

- Разработване и внедряване на тематични курсове за справяне с конфликти с комуникационни и медиаторски техники. Отделите по СДО на ВУЗ и водещи преподаватели от факултетите по обществено здраве съвместно със сертифицирани медиатори и обучители от НАМ да разработят програми за курсове за следдипломно и продължаващо обучение на лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри, акушерки, лекарски асистенти и асоциирани медицински специалисти, специалисти по обществено здраве и здравен мениджмънт.

**3. Към Национална асоциация на медиаторите (НАМ) и  
Професионална асоциация на медиаторите в България  
(ПАМБ)**

Логистична подкрепа и съвместно участие в разработването на програми и провеждането на квалификационни курсове за следдипломно и продължаващо обучение на лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри, акушерки, лекарски асистенти и асоциирани медицински специалисти, специалисти по обществено здраве и здравен мениджмънт.

**4. Към здравните мениджъри на лечебните заведения за  
извънболнична и болнична медицинска помощ**

Въвеждане на длъжността „болничен медиатор“ в лечебни заведения с повишен конфликтногенен потенциал с цел превенция, управление и решаване на конфликтни ситуации.

## VII. ПРИНОСИ

Настоящата научна разработка има разнородни приноси за теорията и практиката.

### *Научно-теоретични приноси*

1. В литературния обзор е систематизирана теоретичната база относно генезата, естествения ход и видовете конфликти в сферата на здравеопазването. Анализирани са възможностите за превенция и справяне с конфликтните ситуации на здравните мениджъри и етичните комисии към съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина и професионалистите по здравни грижи.
2. Дискутирани са различни способи за алтернативно разрешаване на спорове и тяхната приложимост в сферата на здравеопазването като е анализиран в частност чуждия опит, добрите практики и предизвикателствата пред метода „медиация“.
3. Проведени са две емпирични социологически проучвания върху медицински и здравни специалисти (лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, кинезитерапевти, медицински лаборанти, лекарски асистенти, рентгенови лаборанти и др.) и специалисти с управленски компетенции относно възможностите за прилагане на медиацията като метод за решаване на конфликти в сферата на здравеопазването.

### *Научно-приложни приноси*

1. Отправени са препоръки към съсловните организации на лекарите, лекарите по дентална медицина и

професионалистите по здравни грижи за въвеждане на процедури за медиация при постъпили жалби, касаещи спорове между колеги чрез ангажиране на сертифицирани медиатори към Министерство на правосъдието.

2. Отправени са препоръки за изготвяне на програми за квалификационни курсове за следдипломно и продължаващо обучение на тема „Справяне с конфликти чрез комуникационни и медиаторски техники“.
3. Обобщеният теоретичен и емпиричен материал дава основание за бъдещи проучвания върху възможностите за приложение на медиацията като способ за извънсъдебно решаване на дела при медицински грешки.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова- Янкуловска, С., Клинична етична консултация, Изд. БКИ, С., 2015, ISBN 978-619-7184-02-0.
2. Ангелов, А., Основи на мениджмънта, изд. „Тракия- М“, С., 1998г, 351с. ISBN 954-9574-08-3
3. Балканска, П., Приложна психология в медицинската практика, изд. Булвест 2000, С., 2009, 163с.
4. БАПЗГ. Кодекс по професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти. <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2136548777> Достъпен на 10.10.2022г.
5. БАПЗГ. Устав на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. <https://nursing-bg.com/%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2/> Достъпен на: 02. 01. 2022г.
6. БАПЗГ. Правила за добра медицинска практика по здравни грижи. <https://nursing-bg.com/> Достъпен на 02.01.2022г.
7. БЗС, Кодекс за професионална етика на лекарите по дентална медицина, Загл. изм. – ДВ, бр. 18 от 2017 г., Утвърден със Заповед № РД-09-224 от 11.04.2006 г. на МЗ, обн., ДВ, бр. 34 от 25.04.2006 г., изм. и доп., бр. 18 от 24.02.2017 г. <https://bzs.bg/documents/kpe/>

8. Бикова, П., Н. Василева, М. Димитрова, А. Терзиева, Г. Чанева, 2015. Конфликти в сестринските екипи, Сестринско дело, бр. 2, с.47-50
9. БЛС, Кодекс за професионална етика на лекарите в България (загл. изм. -ДВ, бр. 85 от 2013 г.) Издаден от Министерството на здравеопазването Обн. ДВ. бр. 79 от 29 Септември 2000 г., изм. и доп. ДВ. бр. 85 от 28 Септември 2013г.
- 10.БЛС, Устав на Български лекарски съюз, Приет на 32 Събор,изм.и доп.на 44,47,52,55,56,57,63,70, 73 и 75 Събор на БЛС, <https://blsbg.com/bg/download/file/page-section/20868>
- 11.Веков, Т. Двустранният процес на комуникация между лекари и пациенти. Как пациентът може да спечели искреното съчувствие на своя лекар, В: Медицински преглед. Сестринско дело. Medical Review. Information for Nursing Staff“. МУ – С., 2011, бр. 3-4, 2011, с. 22-26.
- 12.Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. София : фондация "Отворено общество", 2003.
- 13.Воденичаров, Ц. 10-те принципа на медика и мениджъра. С. Издателска къща "Симелпрес", 2010.
- 14.Воденичаров, Ц., М. Мутафова, С. Попова, Е. Шипковенска, Ал. Воденичарова, Терминологичен речник по Социална медицина, ГорксПрес,С. 2014, с. 231. ISBN 978-954-616-252-6.

15. Воденичаров Ц., В. Борисов, Феноменът обществено здраве в променящия се свят- пътят към една нова наука, Издателска къща „ГорексПрес“, София, 2017, 978-954-616-275-5.
16. Воденичарова А., Кр. Попова, Медицинска етика, Издателство ФОЗ, С., 2021, с. 243, ISBN: 978-619-7452-13-6.
17. Воденичарова, А., Лидерство и мениджмънт в здравеопазването, Издателство ФОЗ, С., 2020, с. 152, ISBN: 978-619-7491-30-2.
18. Георгиев Н., П. Балксанска, Концептуален модел за повишаване компетентността на здравните мениджъри за управление на конфликти, сб. контакт 2016, изд. ТЕМТО, София, 72-74.
19. Георгиев, Н., Стратегии за преодоляване на конфликтни ситуации в болничните лечебни заведения, сб. Контакт 2016, изд. ТЕМТО, София, 125-128.
20. Георгиев, Н., Източници на конфликти в лечебни заведения за болнична помощ и подходи за тяхното разрешаване, Автореферат за присъждане на ОНС „Доктор“, С., 2017.
21. Георгиев, Н., Източници на конфликтни ситуации в здравеопазването, КОНТАКТ 2019, изд. ТЕМТО, ISSN: 1313-9134, с. 52 – 56.
22. Георгиев, Н., Медиацията при разрешаване на конфликти в болничната помощ, 42 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2018, с. 106-110. ISSN 1313-9134.

- 23.Георгиев, Н., Т. Димитров, Добри практики в управлението на конфликти в болничната помощ, 39 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2017, с. 193-198. ISSN 1313-9134.
- 24.Георгиев, Н., П. Балканска, Конфликти в болничната помощ и стилове на управление, Управление и образование, Том 12 (5) 2016, с. 181-185.
- 25.Георгиев, Н., Управление на организационни конфликти, Изд. Алфа Стар, С., 2021, с. 114, ISBN: 978-619-7582-10-9.
- 26.Горанов, Г., И. Банкова, Учебно помагало по учебната дисциплина Мениджмънт на конфликтите, ВСУ „Черноризец Храбър“, Варна, 2014г.
- 27.Горанова-Спасова, Р., Н. Градинарова, Приложение на медиацията в сферата на здравеопазването, сп. Обща медицина, том 24, бр. 5, 2022г., ISSN: 1311-1817, с. 36-40. -30т.
28. Градинарова, Н. Модел за подобряване дейността на етичните комисии в системата на здравеопазването в България. Дисертация, 2017, 224с.
- 29.Градинарова, Н., Р. Горанова, Е. Радев, Медиацията-алтернативният способ за решаване на конфликти, 44 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2021г, с. 68- 73. ISSN 1313-9134.
- 30.Грант, У., Конфликтът, Сиела, С., 2000.
31. Каменова, Д., Медиация и невербална комуникация, Изд. Труд, 2021г., с.256, ISBN 9789543986644.

32. Деливерска, М., Медиация в здравеопазването, В: Европейските етични стандарти в българската медицина, изд. БЛС, 2013г., с. 569-572.
33. Димитров А. Влияние на комуникативните умения върху основните характеристики на работната среда в здравните организации [афтореферат]. София: Медицински университет - София; 2016.
34. Димитров, Д. Й., Конфликтология, УИ „Стопанство”, С., 2004.
35. Димитров Д. Управление на конфликта. Пловдив: ИК „Марица”-Пловдив; 2005.
36. Димитров Д. Юридически и квазюридически методи за разрешаване на конфликти. Конфликтология и съвременост. 2008;1(3):11-26.
37. Димитров, Д., 2009. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт, 2, 25-30.
38. Добрилова, П., К. Стефанова, Я. Янкова, Анализ на конфликтните ситуации в сестринската практика, Science & Technologies, Volume VI, 2016, Number 1: Medical biology studies, Clinical studies, Social medicine and health care, 155-160.
39. Ермакова Е.П. Гражданский процесс, арбитраж и медиация в Гонконге, Индонезии, Малайзии, Сингапуре и Филиппинах: монография / Е. П. Ермакова. - Москва : Юрлитинформ, 2015. - 184с.

40. Закон за лечеб. ните заведения в Република България, ДВ, бр. 114 от 30.12.2003 г.
41. Закон за медиацията, изм. ДВ. бр.17 от 26 Февруари 2019г. Достъпен на 26.11.2021г. на <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135496713>
42. Закон за авторското право и сродните му права, Обн. ДВ. бр.56 от 29 юни 1993г., в сила от 01.08.1993 г.
43. Златанова-Великова Р., З. Петрова, А. Янакиева, Б. Борисова, Въведение в специалността „Здравен мениджмънт“, София 2018, изд. Факултет по обществено здраве, с. 199 ISBN 978-619-7452-00-6.
44. Иванов, Е., Комуникация и постигане на съгласие с пациенти, ЧБ НТС „ИНГА“, сб. Контакт 2021, изд. ТЕМТО, София, с. 39-43.
45. Иванова, В., медиация по време на пандемия, Медиация в различните обществени сфери. Сборник с доклади от национална кръгла маса, Изд. Наука и икономика, ИУ Варна, 2020.
46. Изследване на състоянието на медиацията в страната, доклад изготвен от Фондация „Партньори България“ <https://partnersbg.org/bg/%D0%B8%D0%B7%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B5-%D0%BD%D0%B0-%D1%81%D1%8A%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B5%D1%82%D0%BE-%D0%BD%D0%B0->

%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D1%86%D0%B8  
/ достъпен на: 21.11.2022г.

47. Киров, Л., Г. Иванов. Комуникация в общата медицинска практика и комуникативни техники на общопрактикуващия лекар Във: Въведение в общата медицина и общата медицинска практика, под ред. на Г. Иванова и Д. Димитрова, С., 2012, 104-126с. ISBN 978-954-92577-6-2
48. Коларова, Д., Р. Минковски, Д. Чанкова, В. Станкова, Б. Гяурова-Вегертседер, К. Михаел, Книга за медиатора, Изд. Фондация „Партньори -България“, 2020, с. 240, ISBN: 978-954-9945-62-1
49. Коларова, Д., Минковски, Р., Станкова, В., Чанкова, Д., Гяурова-Вегертседер, Б., Михаел, К. Стандарти за обучение на медиатори. София: Фондация „Партньори-България“, 2020, [https://partnersbg.org/wp-content/uploads/2020/04/Standarti\\_full.pdf](https://partnersbg.org/wp-content/uploads/2020/04/Standarti_full.pdf).
50. Лукова, А., Поглед върху конфликти и възможности за общуване в медицинската практика. Български медицински журнал, 3, 2009, № 2, с.12-15.
51. Маринов, Р. Комуникационни стратегии. Из-во на НБУ, София, 2004.
52. Маринова, П., 2002. Конфликти в здравеопазването – възникване, причини и управление, Враца, ЕТ „Годоров-В”, 2002.

53. Мельниченко Р.Г. Медиация: учебное пособие / Р.Г. Мельниченко. - Москва : Дашков и К, Ай Пи Эр Медиа, 2014. - 191 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks.
54. Медиация: учебник / О.В. Аллахвердова. - Медиация, Москва : Статут, 2016. - 480 с. - Книга находится в базовой версии ЭБС IPRbooks.
55. Милков, Л., Конфликтология, Изд., „Юни Експрес“ ООД, С., 2014, с. 418, ISBN 954 – 9454.
56. Младенова, С., Здравно образование, София, изд. „Артик 2001“, 2009.
57. Наредба № 2 от 15 март 2007 г. за условията и реда за одобряване на организациите, които обучават медиатори; За изискванията за обучение на медиатори; За реда за вписване, отписване и заличаване на медиатори от единния регистър на медиаторите и за процедурните и етични правила за поведение на медиатора.
58. Национална здравна стратегия 2020  
<https://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/nacionalna-zdravna-strategiya-2020/>
59. Наръчник по медицинска етика, изд. СМА/БЛС, С., 2005.
60. Николаков, П., А. Кехайов, Пътеводител в понятийните „дебри“ на българския здравен мениджмънт, Изд. Сдружение „Югоизточно-европейски медицински форум“, С. 2021, с. 238. ISBN: 978-619-7544-22-0.

- 61.Николова, Е., Л. Василева, М. Калчева, Р. Минкова, С. Димитрова, С. Такова, Наръчник по медиация: : как да сърфираме в медиацията, Изд. ПАМБ, 2018г., с. 182.
- 62.Николова, Е., Ю. Раданова, Въведение в медиацията, София, УНСС, 2019г., с. 193.
- 63.Общи правила за добра медицинска практика на лекарите в Р. България, Приложение към т. 1 на Заповед N РД-28-256/25.11.2013г.
- 64.Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги - компонент на качеството на здравното обслужване. - Здравен мениджмънт, 2003, 3, 11-15.
- 65.Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качеството в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. 2008, 270с.
- 66.Попова С., Н. Кръстева, К. Юрукова. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив: ДСГриф, стр. 240.
- 67.Попова, В. Медиацията в българското, европейското право, българския, европейския и международния граждански процес.Норма, 2017, № 6 и 7.
- 68.Преговорите, Harvard Business Essentials, Класика и стил, С., 2004.
- 69.Переговоры - фасилитация – медиация : учебное пособие для вузов / А. Н. Чумиков. - Москва : Аспект Пресс, 2014. - 160с.

70. Райкова, Е., М. Семерджиева, Конфликтите в здравната организация, Управление и образование, Том 5 (1) 2009, с. 189-193.
71. Райкова, Е., Управление на конфликти в лечебните заведения за болнична помощ, Дисертация за присъждане на ОНС „Доктор“, Пловдив, 2019г.
72. Савова, З., Характеристики на комуникацията медицински персонал- болен, Психосоматична медицина, 2005, 2, том 13, с. 140-147.
73. Сиджимова Д., Стратегическо планиране на комуникацията в сферата на здравеопазването : дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен "доктор", с. 128, 2021.
74. Ставру, С. Правен режим на медицинската професия (2012) <http://ebox.nbu.bg/med13/index2.php?id=ne3/09>. Medicinski profesii.pdf, март 2014
75. Стайков, Ив. Етични правила и поведение на медиатора.– В: Етиката в българската правна система. Сб. статии. София: Издателски комплекс – УНСС, 2013.
76. Стамболова, И., Г. Чанева, Конфликтните ситуации при медицинските специалисти, 2002. Здравен мениджмънт, бр. 2.
77. Стратегия за развитие на ЕС, ЕС, Лисабон, 2010г.
78. Гачева, В., Комуникативни умения в медицинската практика, Изд. Стено, Варна, 2014, с. 214, ISBN 978-954-449-767-5

- 79.Трендафилова, А., Комуникативната компетентност като значим компонент на медицинската практика, 37 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2016г, с. 137- 141. ISSN 1313-9134.
- 80.Трендафилова, А., Формиране на комуникативни способности в процеса на обучение на медицинските специалисти- проблеми и перспективи, 37 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2016г, с. 142-146. ISSN 1313-9134.
- 81.Трендафилова, А., Комуникация и общуване- сходни елементи и различия, 42 НТС „ИНГА“, Изд. ТЕМПО, 2018г, с. 111-116. ISSN 1313-9134.
- 82.Христов, Н., Подходи и методи за анализ и оценка на болниците,Социална медицина и здравен мениджмънт, брой 2, София, 2009.
- 83.Черкезов Т, Торньова Б, Чауш С. Болничната среда като източник на конфликти в условията на промяна. Научна конференция с международно участие Наука и общество, сборник изд. СУБ – Кърджали, Научни трудове, 2010; IV(I):351-56.
- 84.Чакърва Л., Значението на обучението по медицинска етика за студенти- бъдещи професионалисти по здравни грижи- Здраве и наука, 2, 2012, № 3, 315-318.
- 85.Чакърва, Л., Макроетика и устойчиво развитие на здравеопазването, Издателство „ЕКС- ПРЕС“- Габрово, 2013, 184.

86. Чакърова, Л., *Професионална етика за специалисти по здравни грижи*, Изд. Екс-Прес, Габрово, 2011.
87. Шаркова, М., *Конфликтите в здравеопазването, Международна школа по комуникация, преговори, комуникация*, <  
<http://mediation-net.eu/pdf/2017/11-maria-sharkova.pdf>>
88. Шаркова, М., *Модерни политики и протоколи при настъпване на нежелани събития в лечебни заведения*, Сборник доклади от IV Национална конференция “Биоетика и биоправо – модерни практики и политики на бъдещето”, 21 – 22 Октомври 2016г. НБУ, София, с. 67- 76, ISBN 978-954-535-960-6.
89. Шопниколова, Цв., А. Янакиева, Ал. Воденичарова, *Предизвикателства при комуникацията в общата медицинска практика*, Четиридесет и шеста научно-технологична сесия, 25 юни 2021г., 209 с.
90. Щерева- Николова, Н. *Етични конфликти в сферата на здравеопазването*, В: *Ръководство по медицинска етика*, изд. ИД Принт, София, 2014, с. 105-115.
91. Щерева- Николова, Н. *Етика и разпределение на ресурсите в*, В: *Ръководство по медицинска етика*, изд. ИД Принт, София, 2014, с. 127-134.
92. Янкуловска, С., *Анализът на етични дилеми като част от обучението по биоетика*, В: *Сборник статии Европейските етични стандарти и българската медицина*, София, Изд. Български лекарски съюз, 2014, с. 579- 582.

93. Abdelhadi, N. and Drach-Zahavy, A. (2012), Promoting patient care: work engagement as a mediator between ward service climate and patient-centred care. *Journal of Advanced Nursing*, 68: 1276-1287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05834.x>
94. Al-Hamdan, Z. (2009). Nurse managers, diversity and conflict management. *Diversity in Health and Care*, 6(1), 31-43.
95. Almost, J., Doran, D.M., McGillis-Hall, L., & Laschinger, H.K.S. (2010). Antecedents and consequences of intragroup conflict among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 981-992.
96. Amason, A. (1996). Distinguishing the Effects of Functional and Dysfunctional Conflict on Strategic Decision Making: Resolving a Paradox for Top Management Teams. *The Academy of Management Journal*, 39(1), 123-148.
97. Andrew LB. Conflict management, prevention, and resolution in medical settings. *Physician Exec* 1999;25(4):38–42.
98. Ayoko, Callan & Hartel. (2003). Workplace Conflict, Bullying, and Counterproductive Behaviours. *International Journal of Organizational Analysis*. 11(4), 283-301.
99. Bello, Temitayo and Onibokun, Adedotun, Mediation Template for Resolving Medical Disputes (October 29, 2020).
100. Boendemaker, P. M., Roodenburg, J. N., & Pols, J. J. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses

- and physicians - A qualitative study. *Journal Of Interprofessional Care*, 24(6), 612-624.
101. Bollen, K., Euwema, M. Workplace Mediation: An Underdeveloped Research Area. // *Negotiation Journal*, July 2013.
102. Brinkert, R. (2010). A literature review of conflict communication causes, costs, benefits, and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 18, 145-156.
103. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski MJ. Conflict on interprofessional primary health care teams—can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011;25(1):4-10.
104. Chamisa, D., The potential of alternative dispute resolution mechanisms in tackling the increase of lawsuits due to medical negligence in public hospitals, Dissertation thesis, University of Cape Town, 2013.
105. Charlton P., Indicators of success: an exploration of successful conflict management in US hospital settings, Thesis, Washington, DC June 15, 2010.
106. Czerwinski F., Link E., Rosset M., Baumann E., Suhr R., Correlates of the perceived quality of patient–provider communication among German adults, *European Journal of Public Health*, 2021;, ckab131.
107. Decastello A. Közvetítői eljárás (mediáció) az egészségügyben [Mediation in health]. *Orv Hetil*. 2008 Feb 10;149(6):265-9. Hungarian. doi: 10.1556/OH.2008.28235. PMID: 18238716.

108. Derèse MN. Mediation in the Belgian health care sector: analysis of a particular issue--the material scope of application of mediation. *Med Law*. 2011 Jun;30(2):225-37. PMID: 21877468.
109. Dreachslin, J.L., Hunt, P.L., & Sprainer, E. (1999). Communication patterns and group composition: Implications for patient centered care team effectiveness. *Journal of Healthcare Management*, 44(4), 252-266.
110. Dubler NN, Liebman CB. *Bioethics mediation: a guide to shaping shared solutions*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2011.
111. Fiester A. Contentious conversations: using mediation techniques in difficult clinical ethics consultations. *J Clin Ethics*. 2015;26(4):324–30.
112. Fiester A. What mediators can teach physicians about managing ‘Difficult’ patients. *Am J Med*. 2015;128(3):215–6.
113. Gaudine A, LeFort SM, Lamb M, Thorne L. Ethical conflicts with hospitals: The perspective of nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2011;18(6):756-766. doi:10.1177/0969733011401121
114. Georgiev, N., Balkanska P. Approaches to increase the health manager’s competence to resolve conflicts, In: *International Journal Knowledge, Scientific Papers*, Vol. 19.4. *Medicine and Natural Sciences*, ISSN 2545 – 4439, 2017, p. p. 1379 – 1384.
115. Gibson C, Cohen B. *Virtual teams that work creating conditions for virtual team effectiveness*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.

116. Greer, L., Saygi, O., Aldering, H., & de Dreu, C. (2012). Conflict in medical teams: Opportunity or danger?. *Medical Education*, 46(10), 935-942.
117. Gulliver P, *Disputes and Negotiations: A Cross-Cultural Perspective* (1979), *Dispute Processes: ADR and the Primary Forms of Decision Making* (2nd edn, Cambridge University Press 2005)
118. Hammond, N. The Difference between Arbitration and Litigation. *Lexology*, 2020  
<<https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=a947e053-535b-417c-8498-2e8cc9c6cd13>>
119. He AJ. The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Soc Sci Med*. 2014;123:64–71.
120. Healthy Work Environments Best Practice Guidelines Project, *Managing and Mitigating Conflict in Health-care Teams*, 2012, [www.rnao.ca/bpg](http://www.rnao.ca/bpg)
121. Herrman, M. S., Hollett, N., Gale, J., Foster, M. Defining Mediator Knowledge and Skills. // *Negotiation Journal*, April 2001.
122. Joint Commission International (JCI) <  
<https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/#e08fa2917a664cadb17273449336e763>>
123. Jovin Hrastnik, B. The Slovenian legislation implementing the eu mediation directive, European Parliament, Brussels, 2011.

[https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/60662/att\\_20110518ATT19582-7370855961647064103.pdf](https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/60662/att_20110518ATT19582-7370855961647064103.pdf)

124. Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Mallidou, A., Pavlakis, A., & Liaropoulos, L. (2012). Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *Journal Of Nursing Management*, 20(4), 571-578.
125. Kelly, E. J., Kaminskienė, N. Importance of Emotional Intelligence in Negotiation and Mediation. // *International Comparative Jurisprudence*, 2016, 2, [www.elsevier.com/locate/icj](http://www.elsevier.com/locate/icj).
126. Knickle K, McNaughton N, Downar J. Beyond winning: mediation, conflict resolution, and non-rational source of conflict in the ICU. *Crit Care*. 2012;16(3):308.
127. Lee DW, Lai PB. The practice of mediation to resolve clinical, bioethical, and medical malpractice disputes. *Hong Kong Med J*. 2015 Dec;21(6):560-4. doi: 10.12809/hkmj154615. PMID: 26634373.
128. Liebman CB, Stern Hyman C. A Mediation Skills Model to Manage Disclosure of Errors and Adverse Events to Patients. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.22> *Health Aff* July 2004 vol. 23 no. 4 22–32.
129. Martín, JS. La resolución del conflicto médico-paciente en Europa, En: *El conflicto en la práctica profesional de atención a la salud*, 2008, ISBN: 978-970-27-0276-4. p. 177- 195.

130. Mediation in healthcare claims – an evaluation, NHS Resolution (2020).
131. Merrill, L., Miller, K., INTERPROFESSIONAL CONFLICT MANAGEMENT STUDY IN A HOSPITAL SETTING, Master Thesis, California State University, Sacramento, 2015
132. Nelson WA, Gardent PB, Shulman E, et al Preventing ethics conflicts and improving healthcare quality through system redesign *BMJ Quality & Safety* 2010;19:526-530.
133. Ong, C., Medical mediation: Bringing everyone to the table, *Bulletin of the American College of Surgeons*, 2013, Accessed 30. 09.2021 <https://bulletin.facs.org/2013/03/medical-mediation/>
134. Patton C. M. Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2014 Volume 9 Number 1.
135. Picker B. American Bar Association. Section of dispute resolution mediation practice guide: a handbook for resolving business disputes. 2nd ed. Washington, DC: American Bar Association Section of Dispute Resolution, 2003.
136. Ramsay MA. Conflict in the health care workplace. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2001;14(2):138-139. doi:10.1080/08998280.2001.11927749
137. Redman, B.K. & Fry, S. T. (2000) Nurses' ethical conflict: What is really known about them? *Nursing Ethics*, 7, 360-366

138. Rocha PMB, Correa H. Addressing interpersonal conflict among healthcare workers during the coronavirus pandemic. *Braz J Psychiatry*. 2020; 42:572-573. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1109>.
139. Rosenbaum JR, Bradley EH, Holmboe ES, et al. Sources of ethical conflict in medical housestaff training: a qualitative study. *Am J Med* 2004; 116:402–7.
140. Rosenblatt CL. Using mediation to manage conflict in care facilities. *Nurs Manage*. 2008 Feb;39(2):16, 54. doi: 10.1097/01.NUMA.0000310530.87881.58. PMID: 18300919.
141. Roy, N. (2010). Conflict resolution in the healthcare environment. *Indian Journal of Medical Ethics*, 11(3), 181-182.
142. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. *Postgraduate Medical Journal*. 2006 Jan;82(963):9-12. DOI: 10.1136/pgmj.2005.034306. PMID: 16397073; PMCID: PMC2563732.
143. Saulo M, Wagener RJ. Mediation training enhances conflict management by healthcare personnel. *The American Journal of Managed Care*. 2000 Apr;6(4):473-483. PMID: 10977454.
144. Schaad, B., Bourquin, C., Panese, F. et al. How physicians make sense of their experience of being involved in hospital users' complaints and the associated mediation. *BMC Health Serv Res* 19, 73 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3905-8>.

145. Schaad B, Bourquin C, Bornet F, Currat T, Saraga M, Panese F, Stiefel F. Dissatisfaction of hospital patients, their relatives, and friends: analysis of accounts collected in a complaints center. *Patient Educ Couns.* 2015;98:771–6.
146. Schlairet MC. Bioethics mediation: the role and importance of nursing advocacy. *Nurs Outlook.* 2009 Jul-Aug;57(4):185-93. doi: 10.1016/j.outlook.2008.10.006. PMID: 19631060.
147. Sepulveda, DP, Vanetti, AO, Mendoza, CR, La mediacion en el ambito de la salud y su rol en la relacion sanitaria, *Revista de derecho* 243, 2018, 121-144. ISSN 0303-9986.
148. Sheea Sybblis, *Mediation in the Health Care System: Creative Problem Solving*, 6 Pepp. *Disp. Resol. L.J. Iss. 3* (2006).
149. Sigut, B., *Conflict resolution management between healthcare managers and physicians*, University of Pittsburgh, 2013.
150. Sotile WM, Sotile MO. Part 2, Conflict management. How to shape positive relationships in medical practices and hospitals. *Physician Exec* 1999;25(4):57–61.
151. Sotile WM, Sotile MO. Part 1, Conflict management. How to shape positive relationships in medical practices and hospitals. *Physician Exec* 1999;25(5):51–55.
152. Suhandi et al. Patient Autonomy and Patient Safety-Based Medical Disputes Mediation, *Sys Rev Pharm* 2020;11(12):2368-2374.

153. Thorpe WR. Effective Use of Mediation and Arbitration in Health Care Disputes. (2011) 4(7) Bloomberg Law Reports – Health Law 2.
154. Wang, M., Liu, G.G., Zhao, H. et al. The role of mediation in solving medical disputes in China. BMC Health Serv Res 20, 225 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5044-7>
155. Wolfe AD, Hoang KB, Denniston SF. Teaching Conflict Resolution in Medicine: Lessons from Business, Diplomacy, and Theatre. Mededportal: The Journal of Teaching and Learning Resources. 2018 Jan;14:10672. DOI: 10.15766/mep\_2374-8265.10672. PMID: 30800872; PMCID: PMC6342419.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1: АНКЕТНА КАРТА ЗА ЛЕКАРИ И ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Уважаема госпожо /господине/,

Настоящата анкета има за цел да оцени Вашето мнение относно медиацията като способ за решаване на конфликтни ситуации в сферата на здравеопазването.

Моля, отговорете на въпросите като отбележите изчисления от Вас отговор.

*Анкетата е анонимна.*

*Благодарим Ви за отзивчивостта!*

1. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши пациенти?

- Да
- Не

2. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с близки/роднини на пациенти?

- Да
- Не

3. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?

- Да
- Не

4. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с вашия ръководител?

- Да
- Не

5. Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от пациент до регионалната Комисия по професионална етика?

- Да
- Не

6. Подавана ли е жалба/сигнал срещу Вас от колега до регионалната Комисия по професионална етика?

- Да
- Не

7. Подавали ли сте жалба/сигнал срещу Ваш колега до етична комисия?

- Да
- Не

8. Запознати ли сте с етичния кодекс на професията, която упражнявате?

- Да
- Не
- От части

9. Запознати ли сте с правилата за добра практика на професията, която упражнявате?

- Да
- Не
- От части
- Не мога да преценя

10. По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в ситуация, която пряко заплашва здравето и живота Ви?

- Да
- Не

11. По време на изпълнение на служебните ви задължения попадали ли сте в конфликтна ситуация, която застрашава здравето и живота на вашите пациенти?

- Да
- Не

12. Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации?

- Да
- Не
- От части
- Не мога да преценя

13.Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?

- Да
- Не
- От части
- Не мога да преценя

14.Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?

- Да
- Не

15.Знаете ли как се стартира процедура по медиация?

- Да
- Не

16.Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?

- Да
- Не

17.Участвали ли сте в обучение/ семинар за медиацията като способ в здравеопазването?

- Да
- Не

18.Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?

- Да
- Не

19.Ако да, кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация? /може да посочите повече от един отговор/

- Етична комисия
- ВУЗ
- Следдипломно и продължаващо обучение
- Друго.....  
.....

20. Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

21. Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

22. Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

23. Каква е Вашата възраст?

- 20-29 г.
- 30-39 г.
- 40-49 г.
- 50-59 г.
- 60 и повече години

24. Какъв е Вашият пол?

- Мъж
- Жена

25. Какво е Вашето семейно положение?

- женен/омъжена
- съвместно съжителство без брак
- неженен/неомъжена
- разведен (а)
- вдовец/вдовица

26. Какво е Вашето местожителство?

- столица
- град
- село

27. Какво е Вашето образование?

- полувисше /професионален бакалавър
- бакалавър
- магистър
- докторска степен

28. Каква е Вашата специалност?.....

29. Каква е заеманата от Вас длъжност?.....

30. Какъв е Вашият трудов стаж?

- До 1 година
- 1-5 години
- 5-10 години
- над 10 години

31. Моля посочете в каква практика/ лечебно заведение работите  
.....  
.....

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2: АНКЕТНА КАРТА ЗА МЕДИЦИНСКИ ПЕРСОНАЛ С УПРАВЛЕНСКИ ФУНКЦИИ

Уважаема госпожо /господине/,

Настоящата анкета има за цел да оцени Вашето мнение относно медиацията като способ за решаване на конфликтни ситуации в сферата на здравеопазването.

Моля, отговорете на въпросите като отбележите изчисления от Вас отговор.

*Анкетата е анонимна.*

*Благодарим Ви за отзивчивостта!*

1. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши колеги?

Да

Не

2. Попадали ли сте в конфликтни ситуации с ваши подчинени?

Да

Не

3. Колко често Ви се налага да решавате конфликтни ситуации от позицията на ръководен кадър?

По-скоро често

По-скоро рядко

Никога

Не мога да преценя

4. Попадали ли сте в ситуация, заплашваща живота и здравето на член от вашия персонал?

Да

Не

5. Запознати ли сте с медиацията като подход за решаване на конфликтни ситуации?

- Да
- Не
- От части
- Не мога да преценя

6. Смятате ли, че медиацията би била ефективен подход за решаване на конфликти в медицинската практика?

- Да
- Не
- От части
- Не мога да преценя

7. Запознати ли сте дали решенията при медиация могат да придобият статут на съдебно решение?

- Да
- Не

8. Знаете ли как се стартира процедура по медиация?

- Да
- Не

9. Информирани ли сте за ползите при провеждане на медиация в конфликтни ситуации?

- Да
- Не

10. Участвали ли сте в обучение/ семинар за медиацията като способ в здравеопазването?

- Да
- Не

11. Според Вас би ли било полезно да бъдете допълнително запознати със способите за решаване на конфликтни ситуации?

- Да
- Не

12. Ако да, кой би трябвало да ви запознае с подходите за решаване на конфликти/ медиация? /може да посочите повече от един отговор/

- Етична комисия
- ВУЗ
- Следдипломно и продължаващо обучение
- Друго.....  
.....

13. Смятате ли, че в условия на криза (в т.ч. пандемична) медиацията е ефективен способ за справяне с конфликтни ситуации?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

14. Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши доверието в медицинската професия?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

15. Смятате ли, че прилагането на способа "медиация" може да повиши удовлетвореността на пациентите?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

16. Смятате ли за удачно въвеждането на длъжност „болничен омбудсман/медиатор“?

- Да
- Не
- Не мога да преценя

17. Каква е Вашата възраст?

- 20-29 г.
- 30-39 г.
- 40-49 г.
- 50-59 г.
- 60 и повече години

18. Какъв е Вашият пол?

- Мъж
- Жена

19. Какво е Вашето семейно положение?

- женен/омъжена
- съвместно съжителство без брак
- неженен/неомъжена
- разведен (а)
- вдовец/вдовица

20. Какво е Вашето местожителство?

- столица
- град
- село

21. Какво е Вашето образование?

- полувисше /професионален бакалавър
- бакалавър
- магистър
- докторска степен

22. Каква е заеманата от Вас

длъжност?.....

23. Какъв е Вашият трудов стаж на тази позиция?

- До 1 година
- 1-5 години
- 5-10 години
- над 10 години