

## **Конфликт интересов в нарушении прав граждан в сфере здравоохранения**

Арпентьева М.Р.

В структуре конфликта интересов в медицине и других отраслях эдологии, в профилактике и коррекции ситуации нарушения прав граждан в сфере здравоохранения и т.д., - важную роль играет депрофессионализация и деформация мотивов профессиональной деятельности: вторичные, неспецифические мотивы начинают доминировать, а первичные – уходят на второй или третий план. Профессионализм врача, его честность по отношению к себе и миру, искренность, нравственность, сбалансированность и гармоничность и т.д. – этические характеристики, которые контролируют жизнедеятельность, а также соответствие декларируемых и реальных смысловых мотивов профессиональной деятельности. А.В. Габов (Габов А.В., 2004; с. 261) полагает, что возникновение конфликта интересов и возникновение, развитие ситуаций нарушения прав граждан в сфере здравоохранения, связаны с тем, что человек опирается не столько на реальность, сколько на субъективное ее понимание, или, точнее, не столько на реальность деятельности и ее императивы, сколько на реальность собственных потребностей и их требований. При возникновении конфликта интересов и ситуаций нарушения прав граждан в сфере здравоохранения люди обычно в разной мере непреднамеренно осмыслиют обстоятельства ситуации так, чтобы принятое решение было « в их пользу»: поддерживало их потребности в ощущении компетентности, нужности, значимости, или – при злостных формах и деформациях профессиональной деятельности – второстепенные или незначимые для профессионала потребности обогащения и повышения социального статуса за счет благополучия других людей, избегания ответственности и имитации профессиональной помощи, получения удовольствия от страданий и беспомощности людей. При этом «бессознательность» связана, в первую очередь с недостатком нравственного воспитания, нежеланием задумываться о сущности своего отношений к миру и людям, к профессии и

обязанностям эдолога. Поэтому иногда говорят не о конфликте, а о конкуренции и о конкурирующих интересах (competing interests) в возникновении и развитии ситуаций нарушения прав граждан в сфере здравоохранения.

### **Структура профессиональных интересов врача.**

Собственно профессиональные интересы включают заботу о целостности и качественности (глубине и широте) исследования, качестве профессионального образования и повышение квалификации (компетентности), благополучие и развитие страдающих людей. Вторичные интересы в возникновении и развитии ситуаций нарушения прав граждан в сфере здравоохранения включают не только социально-статусные и финансовые интересы, но и ряд других интересов или мотивов деятельности: стремление к профессиональному (карьерному) росту и признанию, желание пользы для друзей, семьи, ощущение себя важным и полноценным (Кокурина И.Г., 1990, Яковлева С.В., 1999, Lo B., Field M.J., 2009; p. 46). Эти интересы в норме, будучи контролируемыми, нормальны, однако, при их чрезмерном развитии, приводят к конфликту интересов и деформации деятельности и личности профессионала.

Основные составляющие профессионального риска в работе врача таковы: работа в условиях повышенной неопределенности и принудительного общения, повышенные психоэнергетические затраты, избыточная сосредоточенность на теневых и скрытых сторонах жизни, человеческих слабостях и негативных переживаниях, болезнях и ограничениях возможностей, дефектах. Все это вызывает возникновение и развитие соответствующих профессиональных деформаций и истощение («выгорание»), а также возникновение и развитие ситуаций нарушения прав граждан в сфере здравоохранения. Профессиональная деформация личности врача как категория, противоположная профессионализму, профессиональной компетентности включает такое изменение качеств личности (ценностных ориентаций, стереотипов осмысления себя и мира, характера, способов общения и поведения), которые наступают в процессе длительного выполнения профессиональной деятельности. Крайняя форма профессиональных деформаций личности выражается в функциональном отношении к людям или избыточной идентификации с пациентами, перенесения в свою жизнь их проблем, она включает психологическую дезориентацию

осознания себя и мира из-за постоянного давления внешних и внутренних факторов. Она может выражаться в высоком уровне агрессивности и тревоги, неадекватности в осмыслении людей и ситуаций, наконец, в потере интереса к жизни, неспособности и нежелании эффективного самосовершенствования и развития. Профессиональная деформация личности может носить эпизодический или устойчивый, поверхностный или глобальный характер. Она проявляется в профессиональном лексиконе, поведении, ценностях. Действие факторов риска неоднозначно и может, что типично для любого стресса, приводить как к деформациям, так и к возрастанию потенциалов стойкости и жизнеспособности личности. В процессе возникновения профессиональных деформаций выделяются два фактора: изначальные склонности и личностные «риски» и профессиональные и сама профессиональная деятельность, которая поддерживает личностные особенности, которые представляют собой "благоприятную" почву профессиональных и личностных проблем, конфликтных ситуаций, включая ситуации нарушения прав пациентов.

Причин для профессиональной деформации в конкретной деятельности множество:

- вкладывание в работу больших личностных ресурсов при недостаточности признания;
- строгая регламентация времени и технологии работы, особенно при нереальных сроках ее исполнения;
- напряженность и конфликты в профессиональной среде, недостаточная поддержка со стороны коллег и их излишний критицизм;
- работа без возможности дальнейшего обучения и профессионального совершенствования;
- перегрузки и перенасыщенность деятельности, контактов при их стереотипности, «профессиональной клишированности», стигматизации;
- фиксация на несвойственных профессии, вторичных аспектах труда, в том числе экономических аспектах и прочих «выгодах», не связанных с помощью пациентам;
- неразрешенные личностные конфликты (Кочюнас Р., 2002 с.239)

Частным случаем профессиональной деформации иногда

называют «административный восторг» (управленческая эрозия или "порча" властью) - своеобразное психологическое состояние, выражающееся в чрезмерном увлечении администрированием, упоением своей властью (Вяземский Д.Н., 1997), удовольствием страданий других, вплоть до садизма. Человек полагает, что присвоенный ему сообществом статус позволяет ему автоматически определять правых и неправых в любом конфликте и проблемной ситуации, наказывать тех, кто оказался ему виновным. Характерная особенность мировосприятия проявляется в осознании врачующим «злоупотребительного» характера своих действий, сбалансированном неоправданной но устойчивой уверенностью, что все его действия направлены только на благо.

Проявлением профессиональной деформации является также синдром психологического сгорания (выгорания). До сих пор не существует единого определения синдрома психологического и тем более, профессионального, выгорания. С точки зрения В.В. Бойко (Бойко В.В., 2004, 2008) «выгорание» представляет выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций (понижения их энергетики) в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Синдром психологического выгорания определяется как сложный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение из-за продолжительной эмоциональной нагрузки. Распространено представление о том, что синдром профессионального выгорания – это профессиональный феномен, возникающий вследствие «интоксикации» профессиональной коммуникацией и включающий три основных симптомокомплекса: психоэмоциональное истощение, деперсонализацию и редукцию профессиональных достижений (Водопьянова Н.Е., 1992, 2002, Орёл В.Е., 2005, 2008; др.). Пока эдолог не проработает свои собственные конфликты, потребности, установки – помогающая встреча служит скорее и больше его целям, нежели целям пациента. Является ли что-либо пользой для пациента или пациента, можно оценить в зависимости от того, чьи потребности удовлетворяются в этих отношениях специалиста или пациента. Эти потребности так или иначе вплетаются в помогающие отношения. Они часто не являются деструктивными невротическими и конфликтными сами по себе (Кокурина И.Г.,

1990, Яковлева С.В., 1998): речь о их месте в деятельности и о том, насколько это место осознанно и соответствует самой деятельности и личности специалиста. Эмпирический анализ проблем «конфликта интересов» с помощью авторской методики «Трудности помогающей деятельности» (вариант незаконченных предложений, результаты обрабатывались методом контент-анализа) позволил выявить у современных врачей Москвы и Калуги ряд нарушений, а именно тот факт, что основные конфликты интересов лежат в сферах: «близость – отчуждение», «принятие – непринятие», «доминирование – подчинение». Сопоставление полученных данных о проблемах и рисках в работе врачей государственных клиник с данными специалистов частных клиник показывают, что здесь выраженность деформаций может быть как намного меньше, так и намного больше: это зависит от общей «организационной культуры» учреждения. Фиксация на уровне учреждения элементов вторичных мотивов деятельности и игнорирование первичных, чрезмерное развитие мотивов власти и насилия, потребления и обогащения, отчуждения или включения, приводит к существенной интенсификации возникновения и развития деформаций личностной и профессиональной жизни специалистов, а также ситуаций нарушения прав интересов пациентов. Очевидно, что названные аспекты прямо и косвенно соотносятся с дефектами нравственного, этического отношения эдолога к себе и миру, страдающим людям (пациентам и пациентам). Решение проблем конфликта интересов, как и решение проблем доказательности – научной обоснованности – медицины и других форм эдологии, лежит, прежде всего, в сфере нравственного воспитания и самовоспитания специалистов, внимания к соблюдению этического кодекса и клятв эдолога, профессиональной подготовки и переподготовки, наставничества и супервизии для начинающих и давно практикующих специалистов.

**Выводы.** Доказательность медицины и эдологической помощи в целом служит основой, проявляющей нравственные проблемы в отношениях специалиста и пациентов (пациентов), специалиста и профессионального сообщества, сообщества профессионалов и общественности, общественности и государства. Без «доказательности» медицина и другие эдологические практики превращаются в шарлатанство, угрожающее не только здоровью и благополучию пациентов и пациентов, но и психологическому и

профессиональному благополучию специалистов. Деформация интересов (смысловых мотивов) трудовой деятельности приводит человека сначала к более или менее активному отказу выполнять свои обязанности, редукации обязанностей, а затем и деформациям смысла этих обязанностей и смысла жизнедеятельности специалиста в целом. Это говорит о важности психолого-педагогического и супервизорского сопровождения работы специалистов: как на этапах вхождения в профессию, так и на остальных этапах профессионального развития, а не только правового сопровождения труда врачей и иных медицинских работников.

### **Литературные источники:**

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – М: МПА, 1996, С.Пб: Сударыня, 1999. 28с.

2. Водопьянова, Н. Е. Синдром «выгорания» в профессиях системы «человек—человек». Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. — СПб: Речь, 2003. С. 276–282.

3. Воробьев К.П. Доказательная медицина и компетентность врача // Український медичний часопис, 2013; 1(93): 134–140.

4. Воробьев К.П. Какие виды компетентности необходимо формировать в процессе до и последипломного образования врача? // Вестник Санкт Петербургского университета, 2013, Серия 11, Выпуск 3. С.184–193.

5. Вяземский Д.Н. Психологический словарь. СПб: Мир, 1997. 682 с.

6. Габов А.В. Сделки с заинтересованностью. – М: ИЦ «Акционер», 2004. 394 с.

7. Дедов Д.И. Конфликт интересов. – М: Волтерс Клувер, 2004. 288 с.

8. Ереванская декларация о последовательном продвижении принципов доказательной медицины // Ук: мед. часопис, 2012;6(92): 86–89.

9. Кан М. Между психотерапевтом и пациентом: новые взаимоотношения. С.Пб: Б.С.К., 1997. 145с.

10. Кокурина И.Г. Методика изучения мотивации трудовой деятельности: Учебно методическое пособие. М., МГУ, 1990. 90с.
11. Кочюнас: Основы психологического консультирования. М: Академический проект, 1999. 240с., М: "Дашков и Ко". 2002. 296 с.
12. Моховиков А.Н. Введение в телефонное консультирование. М: Смысл. 1999. 380с.
13. Орел В.Е. Особенности проявления психологического выгорания в мотивационной сфере личности // Вестн. Томского гос. пед. ун та. 2005; 1(45): 55–62.
14. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал; 2001: (1)22: 90– 101.
15. Чаннов С. Пути и средства урегулирования конфликта интересов на государственной и муниципальной службе // Вопросы трудового права, 2011; 3: 45–55.
16. Юрьев К.Л., Логановский К.Н. Доказательная медицина. Кокрановское сотрудничество // Украинский медицинский журнал. 2000; 6: 6 -15.
17. Якобс Д., Дэвис П., Мейер Д. Супервизорство: Техника и методы корректирующего консультирования. СПб: Б.С.К.,1997. 235 с.
18. Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice // Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice / Lo B., Field M.J. (Eds). Washington (US): National Academies Press, 2009. 414 p.
19. Maslach C. Burnout: a social psychological analysis // Jones J. W. (Ed.). The burnout syndrome: current research, theory, interventions. London, 1982. P. 30 53
20. Maslach C., Goldberg J. Prevention of burnout: New perspective // Applied and Preventive Psychology. Cambridge University Press. 1998; 7: 63–74.
21. Maslach C. Burnout: The cost of caring. Englewood Cliffs. N.Y: Prentice Hall, 1982. 250p.