

Виза научного руководителя ФГБУ «Федеральный институт медиации»

Ц.А. Шамликашвили \_\_\_\_\_

Шамликашвили Ц.А., Островский А.Н., Сильницкая А.С., Кабанова Е.В.

**ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ЭФФЕКТИВНОГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И  
РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В ПРАКТИКУ РОССИЙСКОГО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОТВЕТ НА ВЫЗОВ ВРЕМЕНИ: ОСНОВНЫЕ  
ЗАДАЧИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

Федеральное государственное бюджетное учреждение

«Федеральный институт медиации»

Министерство образования и науки Российской Федерации

117997, Москва, ул. Люсиновская, д. 51 телефон +7-499-237-05-58

Для корреспонденции: Островский Антон Николаевич; E-mail [a.ostrovskiy@fedim.ru](mailto:a.ostrovskiy@fedim.ru)

For correspondence: Anton Ostrovskii; E-mail [a.ostrovskiy@fedim.ru](mailto:a.ostrovskiy@fedim.ru)

В статье обоснованы исторические предпосылки формирования патернализма в общении врача и пациента, указана актуальность смены коммуникативной парадигмы во взаимодействии врача и пациента, интеграции медиации в сферу здравоохранения с целью эффективной профилактики и урегулирования споров/конфликтов. Авторы представляют перечень задач, решение которых необходимо для создания системы эффективного предупреждения и разрешения конфликтов, связанных с оказанием медицинской помощи, основанной на применении медиации и медиативного подхода (авторского подхода, разработанного АНО «Центр медиации и права») и ее интеграции в российскую систему здравоохранения.

*КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:*

*МЕДИАЦИЯ, МЕДИАТИВНЫЙ ПОДХОД, МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА, ДЕОНТОЛОГИЯ, ВРАЧ, ПАЦИЕНТ, РАЗРЕШЕНИЕ КОНФЛИКТОВ,*

In the article the historical background of the formation of paternalism in the doctor-patient communication, indicated the relevance of the communicative paradigm shift in the interaction doctor-patient relationship, the integration of mediation in the health sector with a view to effective prevention and settlement of disputes/conflicts. The authors present a list of tasks necessary for the creation of an effective system of prevention and resolution of conflicts related to health care, based on the use of mediation and a mediation approach (the author's approach, developed by the "Center for Mediation and Law") and its integration into the Russian Public Health System.

*KEY WORDS:*

*MEDIATION, MEDIATIVE APPROACH, MEDICAL AID, HEALTHCARE, DOCTOR, PATIENT, COMMUNICATIONS, DISPUTE RESOLUTION,*

Характерной чертой последнего десятилетия развития российского здравоохранения стал рост числа формализованных претензий: жалоб и судебных исков пациентов к лечебным учреждениям, вызванных неудовлетворенностью качеством оказанной медицинской помощи. Было бы наивно предполагать, что на фоне активного развития новых диагностических и лечебных технологий, значительного улучшения материально-технической базы отечественных ЛПУ и усиления ведомственного и вневедомственного надзора за внутренними технологическими процессами организации их работы значительное падение уровня качества услуг стало

объективным фактором, вызывающим активное недовольство россиян. Данное явление может быть объяснено скорее ростом гражданского самосознания и правовой грамотности населения, созданием юридических практик, с легкостью берущихся за «медицинские» дела, а также сменой парадигмы общественного восприятия медицины, начавшейся еще в прошлом веке и уже в наше время приобретшей черты социальной аномии.

Последний фактор нужно оценивать в качестве одной из научных гипотез, требующих более подробного пояснения и последующего изучения. Имеющие место коммуникативные барьеры между врачом и пациентом могут являться закономерным следствием эволюции истории отношений медицины и общества. Лечебное дело, зародившееся и получившее развитие в тесной связи с религией, издревле считалось мастерством сакральным, уделом избранных. Дистанция между непосвященными малограмотными народными массами и эскулапами – шаманами, знахарями, монахами-целителями была закономерна и характеризовалась выраженным патернализмом, основанном на покровительственном отношении к пациенту, опеке, применении власти с целью предотвратить вред, который пациент может себе причинить или содействовать его благу, обычно насильственно лишая его при этом личной ответственности и свободы выбора. Подобная коммуникативная модель, уходящая корнями в язычество, в знахарство шаманов, уже в более позднюю эпоху абсолютно вписалась в формирующуюся этику религиозно-общественных отношений, где латинское понятие «pater» – «отец», распространялось христианством не только на Бога, но и священника, в том числе на священнослужителя – эскулапа. Смысл слова «отец» в патернализме фиксирует, что «образцом» связей между врачом и пациентом являются положительные психоэмоциональные привязанности, социально-моральная ответственность, а также «целебность», «божественность» самого «контакта» врача и больного [1]. Последующая институализация медицины как сложного элитарного

ремесла, также являвшейся уделом избранных, образованных и обеспеченных, только усилила существующие социальные барьеры между врачом – «барином» и его пациентами.

В советские времена переход медиков в статус государственных служащих дал последним полномочия участия в распределении благ, повлекшее неизбежные в таком случае злоупотребления противоправного и этического характера, что также не могло способствовать сближению социальных групп, оказывающих и получающих медицинскую помощь. Кроме того, сформировавшаяся патерналистская модель отношения врача к пациенту была только усилена полномочиями работника здравоохранения, способного зачастую единолично ограничивать или расширять доступ граждан к медицинской помощи как к бесплатной государственной услуге.

Начавшееся в середине XX развитие консюмеризма со свойственным ему отстаиванием потребителями своих прав происходило на фоне активной деятельности средств массовой информации, с одной стороны - просвещающих граждан в вопросах медицинских научно-популярных знаний о методах диагностики и лечения заболеваний, с другой – иногда исключительно с рейтинговой целью демонстрирующих населению «жареные» факты о врачебной халатности и низком уровне развития здравоохранения. Все это привело к прогнозируемой десакрализации медицины в общественном сознании. Требования соблюдения должных сроков и качества услуг в ЛПУ за «свои деньги», системное недоверие врачам наравне с возможностью формализации претензий с помощью «медицинских» юристов. Со второй половины прошлого века стали данностью сначала западной, а затем и отечественной системы охраны общественного здоровья[2]. Между тем, существующий уровень претензий пациентов к врачам далеко не всегда корреспондируется с низким уровнем качества оказываемых услуг. Ерофеев С.В. и Жаров В.В. (2003) при юридической и судебно-медицинской оценке неблагоприятных

исходов оказания медицинской помощи свидетельствуют, что в 33-48% случаев неудовлетворенности пациента медицинским обслуживанием при последующей экспертизе медицинская помощь оценивается как надлежащая[3]. По данным зарубежных источников доля подобных случаев составляет от 53% до 59%[4,5].

Вышеприведенные факты позволяют предположить, что причинами недовольства пациентов могут являться особенности коммуникации между врачами и пациентами. Упомянутый традиционно сложившийся патерналистский стиль общения врача с пациентом мешает врачу поддерживать оптимальный уровень прозрачности, открытости по поводу состояния здоровья пациента. Это, в свою очередь, создает дефицит информации по поводу состояния здоровья пациента и его физической дееспособности, крайне важной для пациента и ключевой с позиций понимания им благополучия или даже продолжительности собственного будущего. Такая ситуация закономерно вызывает у пациента состояния тревоги и беспокойства[6,7,8]. Кроме того, следует отметить, что ряд соматических заболеваний также может сопровождаться выраженными тревожными состояниями[9].

Очевидно то, что коммуникативная позиция врача, позволяющая ему лучше и полнее прояснить с пациентом вопросы о динамике состояния здоровья последнего, могла бы способствовать если не снижению интенсивности негативных переживаний у пациента, то, по крайней мере, предотвратить повышение их интенсивности и что, в свою очередь, закономерно снизило бы вероятность возникновения конфликта.

Сложившаяся ситуация в системе коммуникаций «врач-пациент» приобретает черты достаточно известного в социологии явления, названного Э.Дюркгеймом «социальной аномией» и проецированного на проблематику современного отечественного здравоохранения А.В. Решетниковым: когда прежние правила и регулирующие нормы уже не работают, а новые - не сформированы[10]. Российский пациент, имеющий доступ к масс-медиа и интернет, не верящий врачам, требующий

уважительного отношения к себе как индивиду, имеющему право на собственную точку зрения, на информированный выбор, предполагающий возможность получения информации о своем заболевании в диалоге с врачом, сталкивается со стороны врача с традиционным медицинским патернализмом, попыткой сохранения сакральности своего знания и элитарности своего профессионального статуса. Кроме того, надо отметить, что патерналистская модель коммуникаций удобна современному врачу, вынужденному в процессе диагностики и лечения опираться в первую очередь скорее на технические средства и технологические стандарты, нежели на собственные клинические умения, в том числе относящиеся к сфере навыков эффективных коммуникаций с пациентом. В таких условиях излишнее общение с пациентом становится для врача своего рода обузой. Однако, еще до того, как научно-технический прогресс принес в медицину новейшие технологии, позволившие заменить многие умения и навыки врача без которых еще полстолетия назад жизнь в профессии была непредставима, глубокое личное общение врача с больным являлось необходимым и неизбежным. Врач прошлого был вынужден хотя и снисходительно, с ограничением предоставляемой пациенту информации, но подробно и детально, следуя правилам деонтологии коммуницировать с последним, неизменно сохраняя его психоэмоциональное благополучие в центре своего профессионального внимания. Между тем, современный врач постепенно утрачивает способность общаться с пациентом при том, что развитие медицины на фоне внедрения новейших технологий требует еще более внимательного отношения к коммуникации между пациентом и врачом.

Вместе с тем, несмотря на то, что в прошлом патернализм ставил врачей значительно в более выраженные неравные условия по отношению к пациентам, он одновременно формировал у медиков обостренное чувство ответственности, создавая тем самым предпосылки для неукоснительного следования правилам. Врачам XXI века

не меньше чем их предшественникам требуются профессиональные коммуникативные навыки, позволяющие в сотрудничестве с пациентами оказывать последним высококвалифицированную медицинскую помощь, качество которой в общественном восприятии значительно зависит от удовлетворенности взаимодействием с врачом. В противном случае нереализованный запрос общества на переход от патерналистской парадигмы отношений в системе «врач-пациент» к партнерской, не поддерживаемый врачебным сообществом, порождает рост неудовлетворенного ожидания пациентов и нарастающее число их жалоб и исков, влекущих моральные издержки сторон и репутационные потери ЛПУ. Кроме того, выходя за пределы лечебных учреждений, подобные формализованные претензии обрастают судебными и экспертными издержками, в том числе ложащимися на плечи государства [11].

По данным Ерофеева С.В. и Жарова В.В. (2003) наиболее частными поводами к заявлению претензий ЛПУ служат:

- высказывания медицинского персонала по заочной оценке качества медицинской помощи у конкретного больного, совершенные по самонадеянности, легкомыслию или умышленно и вводящие больного или его родственников в заблуждения;
- возникновение непринципиального дефекта медицинской помощи в сочетании с материальным поощрением от больного, произведенным официально или неофициально;
- непредусмотрительно оптимистический прогноз, высказанный больному в отношении результатов диагностики, медицинского вмешательства или лечения в целом[3].

В ряде монографий по конфликтологии[11,12,13] авторы в качестве причины конфликта выделяют такие группы факторов, как объективные, организационно-управленческие, социально-психологические и личностные. При этом Анцупов А.Я.

(2009) подчеркивает, что рассмотрение субъективных и объективных факторов отдельности неправомерно. В числе факторов, на которые можно было бы повлиять с точки зрения изменения качества взаимодействия врача и пациента, мы выделим организационно-управленческие и социально-психологические. К первым авторы относят слабую разработанность и использование нормативных процедур разрешения противоречий, ко вторым – стереотипы конфликтного разрешения противоречий, бытующие в обществе [13]. Сам конфликт рассматривается авторами, как тип трудных жизненных ситуаций, авторы дают классификацию таких ситуаций. С точки зрения этой классификации самая «легкая» трудная ситуация, связанная с взаимодействием двух людей – так называемая проблемная ситуация, когда в общении появилось противоречие на фоне положительного или нейтрального отношения оппонентов друг к другу. Межличностная напряженность в такой ситуации еще невелика. Как видим, ситуация общения врача, придерживающегося патерналистского стиля общения, и пациента, по мнению Анцупова А.Я. (2009), легко может стать проблемной. Кроме того, нельзя забывать, что с точки зрения профессиональной деятельности, врач также часто сталкивается с проблемной ситуацией, которая авторами определяется как новизна событий, происходящих в обычных обстоятельствах. Эта новизна может лежать не только в области содержательной работы с пациентом, но и в области общения с последним.

Что же касается пациента, то исходя из положений, высказанных Анцуповым А.Я. (2009), оказываясь вовлеченным в процесс оказания медицинской помощи, он также оказывается в трудной ситуации жизнедеятельности: как минимум, пациент сталкивается с так называемой *ситуацией неопределенности*, для которой характерна неизвестная обстановка/обстоятельства бытового плана в которых индивид не знает как ему поступить, а как максимум – с *ситуацией опасности* (возникновение непосредственной угрозы - действительной или мнимой – здоровью или жизни

человека) или даже *потери* (когда личность переживает понесенный ущерб и пытается не допустить увеличения потерь)[14]. Вышеприведенное теоретическое описание трудной ситуации жизнедеятельности для пациента в плане психологической феноменологии это: осознание человеком угрозы здоровью, трудностей, связанных с ограничением режима, препятствий к реализации своих целей, заметное изменение (действительное или мнимое) привычных параметров деятельности и общения, и риск или фактическое наличие состояний психоэмоциональной напряженности как реакции на перечисленные трудности. В большей или меньшей степени подобные психологические феномены могут оказывать влияние на качество взаимодействия пациента и врача.

Уже перечисленных особенностей взаимодействия врача и пациента, а также трудностей (действительных или существующих в плане человеческого восприятия, мнимых) со стороны каждой из сторон достаточно, чтобы отнести такое взаимодействие к группе риска с точки зрения трансформации в конфликт или спор, которые, как правило, выражаются в:

- попытках ограничения действий оппонента, нарастание негативизма больного сталкивается с игнорированием его мнения врачом;
- взаимоусилении нанесения морального ущерба врачом (грубое обращение), поисками нанесенного ущерба со стороны пациента, что обычно подробно отражается в исковых заявлениях и материалах опросов медперсонала с диаметрально противоположных позиций;
- превалировании в общении сторон негативных эмоций с формированием «образа врага»;
- мобилизации ресурсов для победы над оппонентом, а не над недугом[15].

Возвращаясь к проблеме патернализма как к традиционно сложившейся практике межличностного взаимодействия врача и пациента, являющейся одной из ключевых причин конфликтов в здравоохранении, связанных с коммуникациями, необходимо признать, что возможный диапазон навыков, используемых сторонами в процессе общения на тему оказания медицинской помощи, может быть значительно шире. По мнению С.Г. Стеценко (2001) существуют следующие модели возможного взаимодействия сторон в процессе оказания медицинской помощи:

- патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента)[15].

Важно отметить, что фактор личностных особенностей пациента не может быть не учтен – ни на уровне межличностного взаимодействия пациента и врача, ни на уровне организации всего процесса оказания медицинской помощи. Этот фактор зачастую зависит от уровня образования больного и коммуникативных традиций, свойственных его средовым, национальным или религиозным традициям. Поэтому говорить о необходимости выбора врачом какой-либо одной «правильной» коммуникативной модели взаимодействия с пациентами неправомерно. Между тем, на фоне роста уровня неудовлетворенности населения существующей системой оказания медицинской помощи обучение врачей и медицинского персонала навыкам поведения, взаимодействия в трудных ситуациях, эффективной профилактики и разрешения конфликтов в сложившейся ситуации является абсолютной необходимостью. Все

вышеперечисленное приобретает особую актуальность особенно в условиях отставания адекватной реакции системы здравоохранения, все еще остающейся в плену патернализма, на запрос к сотрудничеству со стороны пациентов. Значимость этих мероприятий детерминирована не только этически, но и, в связи с ростом затрат государства, связанных с необходимостью организации системы реагирования на формализованные претензии: жалобы и иски – еще и экономически. Кроме того, изменение коммуникативной парадигмы во взаимоотношениях медицинских работников и общества является к тому же и важной политической задачей, направленной на рост доверия граждан здравоохранению как наиболее значимого элемента социально ориентированного государства, привлекающего наибольшее общественное внимание, оказывающего влияние на социальную стабильность в обществе в целом. Необходимо констатировать, что клиентоориентированные профессиональные навыки общения активно внедряются в различных отраслях коммерческой сферы (банки, страховые компании, розничные продажи), где качество взаимодействия с заказчиком является одним из компонентов рыночной ценности бизнеса. Принимая во внимание высокую социальную значимость медицины, повышенное внимание общества к образу врача стоит признать целесообразной разработку системных мероприятий по профилактике и разрешению конфликтов в современных лечебных учреждениях, основанных не на механистических коммуникативных навыках работников call-центров, а на системном понимании медиками необходимости отхода от исторически сложившегося врачебного патернализма и готовности к открытому диалогу, сотрудничеству с пациентами.

Созданное в 2013 году Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный институт медиации» (далее - ФГБУ «ФИМ») ставит своей целью содействие широкомасштабному распространению медиативной практики, интеграции в самые различные социально значимые сферы деятельности медиации и

медиативного подхода (авторского подхода, разработанного АНО «Центр медиации и права»), базирующихся на положениях Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». В отношении здравоохранения ФГБУ «ФИМ» принимает на себя весь комплекс задач, связанных с необходимостью разработки организационно-правовых механизмов внедрения медиации в систему урегулирования споров в здравоохранении; проведения пилотных проектов по практическому применению обозначенных выше принципов урегулирования конфликтов, анализа их результативности и последующего формирования предложений в действующие нормативные акты по их эффективному внедрению в отрасли [16].

Безусловно, задача интеграции новых клиентоориентированных подходов в практическую деятельность достаточно консервативного медицинского сообщества потребует глубоких междисциплинарных исследований. В первую очередь эта работа должна представлять собой научное обоснование исторической актуальности смены коммуникативной парадигмы в российском здравоохранении; выявление ее технологических преимуществ путем анализа:

- традиций российской практики взаимоотношений врача и пациента с историко-философских позиций;
- мирового опыта применения медиации в здравоохранении;
- сравнительных характеристик существующих альтернативных способов до и внесудебного урегулирования претензий в сфере оказания медицинской помощи;
- судебной практики по спорам в сфере оказания медицинской помощи с целью: определения преимуществ применения медиации в сравнении с иными способами разрешения споров в данной сфере; определения структуры исков по видам помощи, локализации лечебных учреждений – фигурантов исков, половозрастному составу лиц, подающих иски, форме предъявляемых требований и степени удовлетворения исков в

ходе судебных заседаний; экспертной оценки сравнительной эффективности судебных исков и досудебных способов урегулирования конфликтов.

Одной из важнейших задач обоснования практического внедрения медиации и медиативного подхода в отечественное здравоохранение является изучение их общественной востребованности и готовности всех потенциальных участников процесса к их принятию посредством комплекса социологических и психологических исследований:

- анализа жалоб пациентов руководству лечебных учреждений и в органы управления здравоохранения с целью определения их структуры по видам медицинской помощи, локализации лечебных учреждений – фигурантов жалоб, половозрастному составу лиц, предъявляющих жалобы и форме предъявляемых требований;
- социологического опроса пациентов, с целью выявления: критериев, оказывающих влияние на принятие пациентом решения о предъявлении формализованных претензий, связанных с оказанием медицинской помощи; механизмов принятия пациентами решения о предъявлении формализованных претензий, связанных с оказанием медицинской помощи, на тот или иной административный уровень; видов услуг, индуцирующих наибольший уровень неудовлетворенности населения качеством помощи; уровня информированности населения о существующих способах до- и внесудебного урегулирования конфликтов; построение социологического портрета пациента, готового к предъявлению претензий по факту получения медицинской помощи в формализованном виде на тот или иной административный уровень.
- социологического опроса медицинского персонала (врачей и медицинских сестер), ставящего целью: выявление частоты и структуры конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи; анализа опыта урегулирования возникающих споров; исследования осведомленности медперсонала о существующих альтернативных

способах урегулирования конфликтов; более глубокого понимания уровня готовности пациентов к до- и внесудебному урегулированию конфликтов с использованием медиации и медиативного подхода.

Более глубокое понимание степени готовности участников системы оказания медицинской помощи к внедрению альтернативных способов урегулирования споров может быть определено в ходе проведения фокус-групп с пациентами, врачами и медицинскими сестрами. Результат данного исследования позволит оценить существующие компетенции медицинских работников по профилактике и урегулированию конфликтов, уровень их готовности к изменению коммуникативной модели отношения с пациентами; мотивационные и психологические "барьеры" врачей, медицинских сестер и пациентов перед использованием альтернативных способов разрешения споров.

Практическая реализация представленных задач будет осуществлена ФГБУ «ФИМ» в рамках пилотного проекта по разработке и внедрению в лечебных учреждениях системы выявления, профилактики и разрешения конфликтных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества; обучения персонала коммуникативным навыкам; проведения процедур до и внесудебного урегулирования споров с сопутствующим исследованием удовлетворенности сторон участием в данных процедурах, отработки административных, правовых и финансовых механизмов интеграции медиации в структуры юридического сопровождения деятельности ЛПУ.

Мы видим цель создания системы выявления, профилактики и разрешения конфликтных ситуаций в ЛПУ в корректировке организационно-управленческих и социально-психологических факторов, приводящих к конфликтам, выделенным А.Я. Анцуповым (2009) и представленным выше в данной статье (12). В частности, социально-психологические факторы предполагается корректировать посредством реализации комплекса мероприятий (семинаров, тренингов) по выработыванию у

медицинского персонала стойких коммуникативных навыков профилактики и разрешения конфликтных ситуаций с пациентами. Слабую разработанность и использование нормативных процедур разрешения противоречий, на наш взгляд, можно преодолеть путем:

- создания в лечебных учреждениях служб разрешения споров (медиации), готовых при участии обученного медиатора из числа сотрудников ЛПУ урегулировать возникающие конфликтные ситуации;
- развития силами профессионального сообщества медиаторов независимых практик по урегулированию споров, готовых рассматривать случаи претензий пациентов, имеющих перспективу судебного рассмотрения, и осуществлять их до- и внесудебное урегулирование.

Эффективность представленной системы должна быть оценена с использованием междисциплинарного подхода с привлечением врачей, юристов, социологов, психологов, представителей институтов гражданского общества, обеспечивающих защиту прав пациентов. Результатом этой работы станет формирование предложений в действующие нормативные акты по интеграции медиации и медиативного подхода в практику российского здравоохранения; создание соответствующих методических рекомендаций и распространение авторских учебных программ по обучению медицинского персонала навыкам позитивной коммуникации, умению эффективно предупреждать и урегулировать разногласия.

## **БИБЛИОГРАФИЯ**

1. Силуянова Ирина. Этика врачевания: современная медицина и православие. М.: Изд-во Московского Подворья Свято-Троицкой Сергиевой лавры; 2001. 192 с.

2. Шнур А. Уголовно-правовая ответственность врачей в ФРГ. Хирургия. 1992; 11-12: 8-11.
3. Ерофеев С.В., Жаров В.В. Конфликт между пациентов и медицинским персоналом: анализ и предупреждение. Медицинское право. 2003; 1(1): 22-24
4. Reid W.K, The role of the Health Service ombudsman. Health Bulletin. 1995; Vol. 53. (6): 349-352.
5. World Congress on Medical Law, 9<sup>th</sup> Gent. Belgium 1991, Vol.1.: 1-958.
6. Одинцова М.А. Семенова Е.М. Преодолевающие стратегии поведения белорусов и россиян. Культурно-историческая психология. 2011; 3: 75 – 81.
7. Гусев А.И. Толерантность к неопределенности: проблематика исследований. Практична психологія та соціальна робота. 2007; 8: 75-80.
8. Луковицкая Е. Г. Социально-психологическое значение толерантности к неопределенности: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.05 - СПб; 1998.
9. Ениколопов С. Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Кардиология: журнал для практикующих врачей. 2006; 2: 20-24.
10. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М.: Медицина; 2002. 976 с.
11. Фишер Р., У.Юри У. Путь к согласию, или переговоры без поражения. М.: Наука; 1990. 158 с.
12. Анцупов А.Я., Малышев А.А. Введение в конфликтологию. Ужгород.: МАУП; 1991. 101 с.
13. Бандурка А.М., Друзь В.А. Конфликтология. Харьков.: Ун-т ВД Украины; 1995. 335 с.
14. Анцупов А. Я., Баклановский С. В. Конфликтология в схемах и комментариях. Учебное пособие. 2-е изд. перераб. СПб.: Питер; 2009. 304 с.

15. Стеценко С.Г. Защита прав пациента и информированное согласие. *Здравоохранение*. 2001; 12: 129-135.

16. Шамликашвили Ц.А. Когда спор идет о жизни и здоровье. Медиация и право. *Посредничество и примирение*. 2010; 2 (16): 23-26.

## REFERENCES

1. Silujanova Irina. . The ethics of healing: the modern medicine and Orthodoxy. M.: IzdvoMoskovskogoPodvor'jaSvjato-TroickojSergievojlavry; 2001. 192 p.

2. Shnur A. Criminal liability of physicians in Germany. *Hirurgija*. 1992; 11-12: 8-11.

3. Erofeev S.V., Zharov.V.V. The conflict between the patients and the medical staff: analysis and prevention. *Medicinskoepravo*. 2003; 1(1): 22-24

4. Reid W.K, The role of the Health Service ombudsman. *Health Bulletin*. 1995; Vol. 53. (6): 349-352.

5. World Congress on Medical Law, 9th Gent. Belgium 1991, Vol. 1.: 1-958.

6. Odincova M.A. Semenova E.M. Overcomers strategies of Belarusians and Russians. *Kul'turno-istoricheskajapsihologija*. 2011; 3: 75 – 81.

7. Gusev A.I. Tolerance to Uncertainty: Research issues. *Praktichnapsihologija ta social'narobota*. 2007; 8: 75-80.

8. Lukovickaja E. G. Socio-psychological value of tolerance to uncertainty: avtoref. dis. kand. psihol. nauk: 19.00.05 - SPb; 1998.

9. Enikolopov S. N. Anxiety in patients with cardiovascular disease. *Kardiologija: zhurnaldljapraktikujushhihvrachej*. 2006; 2: 20-24.

10. Reshetnikov A.V. Sociology of Medicine (an introduction to the scientific discipline): *Rukovodstvo*. M.: Medicina; 2002. 976 p.

11. Fisher R., U. Juri U. Path to an agreement, or negotiations without defeat. M.: Nauka; 1990. 158 p.

12. Ancupov A. Ja., Malyshev A. A. Introduction to Conflict. Uzhgorod.: MAUP; 1991. 101 s.
13. Bandurka A. M., Druz' V. A. Conflict. Har'kov.: Un-t VD Ukrainy; 1995. 335 p.
14. Ancupov A. Ja., Baklanovskij S. V. Conflict in diagrams and comments. Uchebnoe posobie. 2-e izd. pererab. SPB.: Piter; 2009. 304 p.
15. Stecenko S. G. Protecting the rights of the patient and informed consent. Zdravoohranenie. 2001; 12: 129-135.
16. Shamlikashvili C. A. When the dispute is a question of life and health. Mediacija i pravo. Posrednichestvo i primirenje. 2010; 2 (16): 23-26.

## **АВТОРЫ**

**Шамликашвили Цисана Автандиловна** (Shamlikashvili Ts. A.) - научный руководитель ФГБУ «Федеральный Институт Медиации», профессор МГППУ, Президент Национальной организации медиаторов (НОМ), основатель и научный руководитель Научно-методического центра медиации и права, председатель подкомиссии по альтернативному разрешению споров и медиации Ассоциации юристов России, основатель, издатель, главный редактор журнала "Медиация и право. Посредничество и примирение", зав. кафедрой «Медиация в социальной сфере» МГППУ; сфера научных интересов: альтернативные способы разрешения споров, медиация, медиативный подход; число публикаций 7 монографий; 58 статей.

---

**Островский Антон Николаевич** (Ostrovskii Anton N) - к.м.н. («Научное обоснование оптимизации объемов оказания и финансирования медицинской помощи с

использованием методов маркетинга»; 14.00.33- социальная гигиена и организация здравоохранения; 1999) доцент, научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации»; сфера научных интересов: медиация в социальной сфере, социология медицины, организация здравоохранения; число публикаций - 34.

---

**Сильницкая Анна Сергеевна (SilnitskayaA.S.)** - научный сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации», аспирант факультета психологии МГУ; сфера научных интересов: психология индивидуальных различий, медиация; число публикаций - 3.

---

**Кабанова Екатерина Викторовна (KabanovaE.V.)** – магистр юриспруденции (тема диссертации «Государственно-правовое регулирование защиты прав и свобод ребенка в Российской Федерации»); сотрудник ФГБУ «Федеральный институт медиации»; сфера научных интересов: семейное право, защита прав детей, медиация; число публикаций – 2.

---