
Ss. CYRIL AND METHODIUS UNIVERSITY IN SKOPJE

INSTITUTE FOR SOCIOLOGICAL, POLITICAL
AND JURIDICAL RESEARCH

ANNUAL
2025

Volume XLIX

Number 1

Skopje, 2026

International Editorial Board:

Petar Atanasov (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Stefan Buzarovski (PhD), University of Birmingham – United Kingdom
Panajotis Cakirpaloglu (PhD), Palacký University Olomouc – Czech Republic
Marijana Markovikj (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Mina Petrovic (PhD), University of Belgrade – Serbia
Katerina Spasovska (PhD), Western Carolina University – USA
Ilka Thiessen (PhD), Vancouver Island University – Canada
Sanja Stojkovic Zlatanovic (PhD), Institute of social sciences, Belgrade – Serbia
Driton Maljichi (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Jovan Bliznakovski (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Milka Dimitrovska (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Mirjana Borota Popovska (PhD), UKIM–ISPJR – Republic of North Macedonia
Arthur Adamchik (PhD), Centre for Europe, University of Warsaw – Poland

Editor-in-Chief:

Petar Atanasov (PhD)

Secretary:

Tea Koneska-Vasilevska (PhD)

Published by:

Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
Institute for Sociological, Political and Juridical Research – Skopje
www.isppi.ukim.edu.mk
Partizanski odredi Blvd., bb, 1020 Skopje,
Republic of North Macedonia
Tel. +389 (0)2 3061 119
Fax. +389 (0)2 3061 282
P.O. Box: 435

For the Publisher:

Petar Atanasov, PhD, Director

UDC: 316.3

UDC: 34

ISSN 2955-2494

<https://doi.org/10.55302/ISPJR>

TABLE OF CONTENTS

FOREWORD	5
Pande Lazarevski, Slavejko Sasajkovski, Dragor Zarevski THE FOUNDATIONS AND DECLINE OF THE UNIPOLAR MOMENT: A MACEDONIAN PERSPECTIVE	7
Tijana Angova Hadjieva ALTERNATIVE SANCTIONS AND TREATMENT PROGRAMS: MEDICAL-LEGAL ASPECTS	19
Mila Despotoska, Marija Topuzovska Latkovikj THE EVOLUTION OF PROJECT MANAGEMENT METHODOLOGIES THROUGH THE INDUSTRIAL REVOLUTIONS: A SYSTEMATIC THEORETICAL ANALYSIS FROM PREDICTIVE TO ADAPTIVE MODELS	37
Hazize Jonuzi THE SATISFACTION OF PATIENTS WITH THE ETHICAL BEHAVIOR OF MEDICAL STAFF IN THE CLINICAL HOSPITAL OF TETOVO	55

FOREWORD

Dear readers,

I am pleased to present the 49th issue of the Annual of the Institute for Sociological, Political and Juridical Research (Annual of ISPJR). While the journal covers a broad range of topics in the social sciences and the humanities, the contributions in this issue focus particularly on sociopolitical, juridical, organizational, and medical-ethical questions. This issue reaffirms the journal's dedication to advancing scholarly research through a rigorous peer-review process and an explicitly interdisciplinary approach.

The contributions included in this issue reflect a wide range of thematic, theoretical and methodological perspectives. They address the foundations and decline of the unipolar moment from a Macedonian standpoint, explore alternative sanctions and treatment programs from a medical-legal perspective, and offer a systematic theoretical analysis of the evolution of project management methodologies across successive industrial revolutions. Additionally, this issue features empirical research on patient satisfaction with the ethical behavior of medical staff in a clinical hospital environment.

By integrating insights from political science, law, management studies, and medical ethics, this interdisciplinary collection seeks to enhance understanding of complex social and institutional dynamics. I hope that the papers presented in this issue will stimulate further academic debate and prove valuable to researchers, practitioners, and policymakers alike.

Editor-in-Chief
Petar Atanasov (PhD)

THE FOUNDATIONS AND DECLINE OF THE UNIPOLAR MOMENT: A MACEDONIAN PERSPECTIVE

Pande Lazarevski, PhD, Full Professor
pande.lazarevski@isppi.ukim.edu.mk

Slavejko Sasajkovski, PhD, Full Professor
bilbilef@isppi.ukim.edu.mk

Dragor Zarevski, PhD, Full Professor
dragor.zarevski@isppi.ukim.edu.mk

Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
Institute for Sociological, Political and Juridical Research

Abstract

The reconfiguration of the global order exerts a significant impact on the security, stability, and political and economic realities of smaller states. Although smaller countries like the Republic of North Macedonia (RNM) lack the power to directly influence global processes and often face geopolitical realities, a window of opportunity remains for the state to take an active role in ensuring and defending national security and prosperity. The ability to discern core global trends is of critical importance for RNM in order to remain aligned with global developments in a way that safeguards its national security. The Macedonian academic community and political leadership should be aware that the current historical moment, marked by the vanishing of the so-called “unipolar moment” and the emergence of a “multipolar world” characterized by a new balance of power, constitutes an exceptional political and security challenge for all. RNM is not an exemption. Like other countries of Southeast Europe and the “Western Balkans,” RNM, as a deeply divided society, is struggling to navigate the complex terrain among preserving its multiethnic and multiconfessional cultural identity, ensuring interethnic and interreligious tolerance as an alternative to the “national security” concept, encouraging economic development as a “common ground” in fragmented society and adapting to global political and normative frameworks. This context demands an in-depth understanding of the fundamental dynamics of unipolarity, the underlying causes of the waning of the established unipolar order in international relations, and a clear grasp of the principles upon which the emerging global power equilibrium is being constructed.

Keywords: Macedonian political reality, “unipolar moment,” “multipolar world,” globalization, international organizations

Introduction – from “bipolarism” through “unipolar moment” to multipolar world

The Republic of North Macedonia’s (RNM) historical trajectory and geopolitical position have played a decisive role in shaping its response to global political transformations. Situated at the crossroads of empires, ideologies, and contemporary power rivalries, people living on the territory that today is recognized as RNM have experienced centuries of contested identity, shifting sovereignty, and political redefinition. In the post-independence era, the country has navigated a complex legacy of deep historical, political, and ideological divisions, as well as ethnic and religious fragmentation, while striving for democratic consolidation, institutional reform, and regional integration.

The unique geopolitical location on the Balkan Peninsula played a significant role in shaping its strategic decisions and foreign policy priorities during the “unipolar moment.” It is extremely important to understand to what extent globalization has facilitated or constrained RNM’s socio-economic development. Foreign investment, regional trade frameworks, and international cooperation have opened opportunities for growth and modernization, but they have also fostered new forms of dependency. Emigration of skilled labor, driven by demographic pressures and limited domestic opportunities, represented a devastating blow to the country’s development model during the “unipolar moment.” In such conditions, Macedonia could not remain competitive in a rapidly shifting global economy dominated by technological acceleration and asymmetrical capital flows. Throughout the “unipolar moment,” Macedonian society has longed for, expected, and hoped for successful European integration and the country’s membership in the European Union. During that long period of over three decades, hope and enthusiasm turned into disappointment and the silence of quiet suffering. The academic community and political leadership of RNM are seeking answers to two key questions: what will happen to the country’s European integration in the post-unipolar world, and whether the European Union, facing internal political fragmentation, slowed enlargement, and growing geopolitical competition, will be able to maintain its influence. International relations experts and political scientists carefully and systematically study the question of how can and should the European Union position itself in relation to the issue of how does the unresolved bilateral dispute between RNM and the Republic of Bulgaria (a member of the European Union) and as such enjoys its full solidarity and support, possibly influence in the medium term on emerging or exacerbated tensions regarding the national identity dispute (the question of the origin of the nation, language, statehood, national heroes, etc.) and how this could reflect on the supranational integration of the countries of the Western Balkans, taking into account their inherent connections, influence and interdependence, and what are the risks of regional instability if the EU fails to offer credible long-term perspectives to candidate countries.

RNM must navigate the complex terrain between preserving its cultural identity and adapting to global political and normative frameworks. The country should maintain a sense of national distinctiveness while aligning with transnational standards on democracy, human rights, rule of law, and market liberalization. Externally driven reforms must acknowledge the limits imposed by fragile public trust in both domestic and European

institutions. The globalization and unipolar moment constitute two pivotal phenomena shaping the international order since the fall of the Berlin Wall. While the “unipolar moment” enabled the global dissemination of economic and political liberalization under the leadership of the United States, globalization itself laid the groundwork for the emergence of new, powerful actors on the international stage. These actors have gradually begun to alter the structural configuration of the international system (Mearsheimer, 2018). As we enter the third decade of the 21st century, a discernible transition from a unipolar to a multipolar iteration of the world order, including challenging the concept of “globalization” by the concept of “sovereignism,” is underway. In addition to China (PRC) and the Russian Federation (RF), states that consider themselves as great powers are increasingly assuming prominent roles in global affairs. This ongoing shift challenges the durability of the post-Cold War iteration of the international order and signals the reconfiguration of global power relations.

Global peace and political stability as the shared interest of the international community

The collective interest of the international community must be conceived not in narrow or expedient terms, but as the sustained pursuit of global peace, political stability, sustainable development, and genuinely shared prosperity—objectives that must be realized free from the distorting influences of hegemonic ambition, the burdens of imperial legacies, or the persistence of neocolonial designs in new forms. Such an understanding implies that the legitimacy of any emerging global order depends on its ability to distance itself from historical patterns of domination and asymmetry, replacing them with principles of equity, reciprocity, and mutual respect. Institutions that internalize and uphold these principles are uniquely positioned to function as credible and durable frameworks for global cooperation, not merely coordinating interstate behavior but shaping a normative order oriented toward the common good of humanity. By embedding these commitments into their structures, procedures, and decision-making processes, such institutions can transcend the logic of power politics and become genuine vehicles of collective problem-solving and ethical stewardship at the global level. It is increasingly evident that any potential resolution to the ongoing crisis of global governance (Gill, 2015) cannot emerge from fragmented initiatives or rhetorical commitments alone, but rather requires the establishment of a comprehensive, inclusive, and genuinely binding agreement among those member states of the United Nations that possess both the political will and the material capacity to shape international outcomes in a decisive manner. Such states, by virtue of their effective power and institutional reach, are uniquely positioned to initiate and sustain the construction of a reconfigured global order. This prospective order would, by necessity and definition, assume a multipolar character, reflecting the diffusion of power across multiple centers rather than its concentration in a single hegemon or narrow coalition. Crucially, the envisioned order must not simply replicate historical patterns of competitive balancing or zero-sum rivalries; instead, it must be conceived as constructive in its institutional

design, peace-oriented in its overarching objectives, and normatively committed to fostering stability, cooperation, and equitable participation in the management of global affairs. Such a reconfiguration presupposes, as a necessary precondition, the emergence of international conditions and institutional frameworks that are firmly grounded in a clearly articulated and mutually recognized distribution of geopolitical rights, responsibilities, and “jurisdictions” among the principal pillars, or poles, of the nascent multipolar system. This does not merely involve the redistribution of material power, but the normative codification of roles within a global order in which legitimacy and authority are jointly acknowledged. In practical terms, it entails the gradual establishment of a carefully calibrated and consensually accepted geopolitical architecture in which the exercise of power is no longer unilateral or hegemonically imposed, but rather collectively structured and balanced across a plurality of influential actors. Such an arrangement would rest upon the principles of parity among great powers, the recognition and safeguarding of state sovereignty, and the maintenance of a dynamic equilibrium of strategic influence. Only through such institutionalized arrangements can multipolarity evolve beyond a descriptive condition of global politics into a coherent and sustainable system of governance capable of fostering stability, predictability, and cooperative problem-solving on a global scale.

The sustainability of any future global order will ultimately hinge upon the capacity of states to move beyond hegemonic impulses and the pursuit of unilateral advantage, committing instead to institutional arrangements that simultaneously reflect the empirical realities of power and the normative imperatives of justice. What is therefore fundamentally required is not the construction of a rigid or overly prescriptive framework that selectively instrumentalizes certain values to rationalize and legitimize narrow, self-serving national interests under the rhetorical guise of “universal” or “civilizational” imperatives. Rather, what is needed is the cultivation of a genuinely shared value system—an underlying normative consensus capable of transcending parochial claims and functioning as the moral foundation of a pluralist yet cooperative international society. While the former risks producing a system of governance built on opportunistic appropriations of values for power-political ends, the latter would provide a stable and principled basis from which universally binding norms, rules, and especially legal frameworks can be consistently derived and coherently applied. Such a foundation can endow a new order with both legitimacy and durability, ensuring that international law evolves not as an instrument of domination, but as an authentic expression of shared commitments to justice, equity, and peace. Such values must not be shaped, delimited, or constrained by frameworks of civilizational determinism, which presuppose the existence of deep, immutable, and inherently antagonistic divisions among cultural blocs and elevate these alleged cleavages into the primary organizing principle of global affairs. To anchor the future of international order in such paradigms would be to perpetuate conflictual logics and to undermine the very possibility of genuine understanding, mutual respect, and functionality in global governance. By contrast, the normative architecture of the international system must be grounded in universally affirmable ethical foundations—principles that can be acknowledged across cultural, political, and ideological boundaries, and that therefore transcend the instrumental calculations of geostrategic competition or the exclusivist claims of particular civilizations. Only through the institutionalization of such universally

grounded principles can we envision an international legal and political order that is not merely formally global, but substantively inclusive, equitable, and durable. In this sense, the legitimacy of the emerging order must derive from its capacity to embody and reflect the common aspirations of humanity as a whole, rather than to serve as a vehicle for the strategic narratives or hegemonic projects of dominant powers.

Things in the real world, when it comes to geopolitical dynamics, are unfortunately highly complex, both at the global level and across different regions of the planet. The interplay of political, economic, and security interests often produces overlapping and contradictory processes, making it difficult to achieve lasting stability or a coherent international order. After the end of the Second World War in 1945, a new world order was established, founded on the hegemony of the United States and the Soviet Union, marking the beginning of a bipolar era in international relations (Waltz, 1979). This Cold War period (1945–1991) was characterized by ideological and geopolitical confrontation between the liberal-capitalist West and the socialist East, as well as by the creation of a number of international institutions, such as the United Nations, the International Monetary Fund, and the World Bank, which became the pillars of postwar global governance. By the late twentieth century, with the dissolution of the Soviet Union and the end of the Cold War, a unipolar order emerged under U.S. leadership. The 1990s were marked by the expansion of liberal democracy, globalization, and market capitalism, alongside the strengthening of international organizations such as the World Trade Organization (WTO) and the European Union. However, already in the early twenty-first century, this order began to show signs of erosion. The wars in the Middle East, the global financial crisis of 2008, and the rise of new powers such as China, India, and Russia, as well as regional blocs, have gradually shifted the system toward multipolarity. In the contemporary era, the third decade of the twenty-first century, international relations are defined by complex processes of deglobalization, digital transformation, and regional fragmentation. Instead of a stable hierarchy, the global system now operates as a polycentric network of power in which geopolitical, economic, and technological interests intersect. This marks the emergence of a new phase of the world order, fluid, uncertain, and competitive, in which the principles of sovereignty, cooperation, and global governance are being redefined.

Globalism vs. sovereignty¹

The trajectory of globalization, as well as the evolving dynamics within the system of international relations, will largely depend on the interactions, alignments, and rivalries among the USA and PRC, RF, India, and some other countries or organizations that claim the attribute of “world power” (Hoogvelt, 2001). These developments underscore the complexity of global governance in a world characterized by competing strategic

¹ Sovereignism in political discourse refers to an ideological and political stance that emphasizes the preservation or restoration of national sovereignty in opposition to processes of supranational integration and globalization. The term is used to describe movements that resist the transfer of authority from nation-states to supranational institutions.

visions and the diffusion of economic and geopolitical influence. Following the end of the Cold War bipolarity (East vs. West, USSR vs. USA), the global geopolitical landscape underwent a profound transformation. The bipolar structure that had been dominated by the United States and the Soviet Union gave way to a unipolar configuration of international order, in which the United States emerged as the uncontested hegemon, wielding dominant political, military, economic, and cultural influence across the globe. The core features of this so-called “unipolar moment” include the United States’ status as the sole superpower with unmatched global reach and capabilities (Cox & Stokes, 2012). Liberal democracy and free-market capitalism became the prevailing models for political and economic organization worldwide, promoted both by international institutions and through American soft power. The U.S. economy stood as the most robust, innovative, and deeply integrated component of the global economic system, acting as a central engine of growth and financial governance. Militarily, the United States maintains the largest defense budget and possesses advanced armed forces, enabling it to project power effectively to any region of the world. In cultural terms, American media, Hollywood cinema, and other forms of popular culture exerted significant global influence, often shaping social and cultural trends beyond national borders and contributing to a broader process of cultural globalization. This phase of “unipolarity” marked a historical high point in American primacy, reflecting a convergence of ideological, institutional, and material advantages that reinforced the country’s hegemonic role in structuring the immediate post-Cold War international order. The “unipolar moment” profoundly reshaped the nature of international relations, redefining the role of the United States within the global system. In assuming the mantle of global policeman, the United States frequently intervened in various regions of the world under the justification of maintaining international order (Chomsky, 2015), safeguarding its national interests (Onea, 2013).

While globalization has deep historical roots, its scale and intensity have increased dramatically due to advances in information and communication technologies (Mearsheimer, 2018). The liberalization of global markets and the political will to pursue integration at both regional and global levels have been made possible by the construction of a complex network of international organizations. The role of international organizations in preserving global stability, from a basic logical standpoint, fundamentally depends on several of their key characteristics, which vary in nature. Among the most essential of these is whether such organizations, supported explicitly or implicitly by the US both “hard” and “soft” power, are formally founded upon the principles of global multilateralism—that is, whether they respect the equality of interests and goals among all member states, and more broadly, among all actors within the international system. International organizations could only contribute meaningfully to the stability of the global order if they embody a legitimate and inclusive multilateral framework. If, instead, they serve merely as a façade or instrument for advancing the particular interests and objectives of a single dominant power or a narrow coalition of states—while only formally maintaining a multilateral appearance—then their capacity to foster true global stability is fundamentally undermined. Sustainable global governance, therefore, requires institutions that are not only representative and procedurally fair but also substantively committed to balancing power, mediating competing interests, and promoting norms that

reflect the shared responsibilities and mutual recognition among diverse international actors. In contrast to such “universalist” aspirations, we must distinguish another category of organizations: those that are inherently regional or particularistic in nature. These institutions are established, organized, and institutionalized around a specific axis of interests and objectives within a global context marked by fragmentation—by the absence of a singular, cohesive world order. Instead, they emerge within a geopolitical environment defined by competing poles of power, conflicting regional agendas, and differentiated visions of order and development. Such organizations reflect the realities of a divided international system and are structurally embedded within spheres of influence or strategic alliances that prioritize the interests of a subset of actors rather than the international community, whatever it means, as a whole (Karns et al., 2024). Their institutional logic, therefore, is shaped not by an inclusive global consensus but by the strategic calculus of coalition-building in a pluralistic and often conflict-prone world.

Globalization (for some “Procrustean bed” of modern times), in contrast to sovereignism, manifests itself most visibly through the internationalization of economic activity, including the expansion of global trade, transnational investment flows, the outsourcing of production, and the formation of complex global value chains. This economic dimension served as both a driver and a consequence of the liberal world order fostered by U.S. leadership in the post–Cold War period, reinforcing American influence while also laying the groundwork for new global dynamics and emerging economic powers. Globalization has also widened the gap between the rich and the poor, giving a strong argument and “wind in their sails” of the “sovereignist” side. While it has enabled integration into global markets and facilitated technological diffusion, the benefits of globalization have been distributed unevenly, intensifying global and domestic inequalities. The deepening interdependence among states on a global scale has also led to a relative erosion of national sovereignty. In an increasingly interconnected world, nation-states are often compelled to align their domestic policies with dominant global norms, standards, and practices—especially as shaped by international organizations in which they participate. This alignment frequently occurs not only through legal obligations but also through informal pressures within the global governance architecture.

The decline of European dominance

Throughout numerous historical cycles, Europe has played a pivotal role in shaping global political, economic, and cultural realities. The European Union (EU) represents a unique political and economic peace project after WWII that has brought about a wide array of significant achievements over the past several decades—not only for its member states but also for the broader international community (Patel, 2018). The history of European integration is rich with examples of successful cooperation among European countries and of tangible improvements in the quality of life for the citizens of EU member states. Among the most important accomplishments of the EU is the long-term preservation of peace on the European continent following the devastation of the Second World War

(Greenwood, 1997). In response to the tragic fate endured by many European nations during the war, a number of primarily Western European states committed themselves to preventing future conflicts by establishing close economic and political cooperation. This strategic choice laid the foundations for a new model of supranational governance, rooted in interdependence, mutual trust, and the shared pursuit of prosperity and stability. The establishment of the European Coal and Steel Community in 1951, followed by the creation of the European Economic Community in 1957, laid the institutional foundations of today's European Union and ensured long-term peace among its member states. Through a gradual process of integration, the EU has developed one of the largest single markets in the world, enabling the free movement of goods, services, capital, and people. Today, the noble idea and vision of the European Union project face major challenges and difficulties. Reaching its paramount with the launch of the EURO, the EU faced the reality that "union of states" (closely attached to NATO as its "political wing" and strongly manipulated by the "Brussels bureaucracy") is the EU's integration maximum and being "union state" is just a wishful thinking of "euro-enthusiasts."

A range of structural factors contributes to the stagnation of Europe's broader socio-economic development, including demographic trends, institutional inertia, political fragmentation, and the challenges of maintaining cohesion within the European Union itself. These limitations have constrained the continent's ability to project influence and adapt to the shifting dynamics of a nascent multipolar international system. The European Union, as the principal political and economic union of European countries, is also contending with significant internal divisions and political disagreements. One of the most striking illustrations of Europe's ongoing political fragmentation is Brexit—the withdrawal of the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland from the European Union on January 31, 2020, following the referendum held on June 23, 2016.

This momentous development has profoundly undermined the hope that European states might, in the foreseeable future, find the unity and political will necessary to act as a cohesive and strategic actor on the global stage. Brexit exemplifies the structural difficulties facing the EU's integration project and raises pressing questions about the Union's future coherence, influence, and legitimacy in an increasingly complex and multipolar world order. The rise of China as an economic and political superpower, along with the growing geopolitical and economic influence of India and the reassertion of Russia on the global political stage, has further marginalized Europe's international standing. The continued dominance of the United States in global affairs (Onea, 2013) further limits the scope for European international influence and diminishes its prospects for the kind of global leadership many within the EU have long envisioned. This vacuum has allowed external powers to step in and assert greater influence in managing and responding to regional crises, thereby undermining the EU's role as a credible and stabilizing actor in its own geopolitical periphery.

The influence of the European Union on the Macedonian socio-political reality

RNM, as a European and Balkan country with a population of approximately two million and an underdeveloped economy, is inevitably affected by global political shifts, including the weakening of the European Union's global economic and political influence. The EU has long served as a key partner and source of support for the countries of the Western Balkans; however, its declining political authority and growing internal divisions have generated serious economic, political, and security challenges for the region. RNM's geopolitical position, internal political challenges, and aspirations for membership in international organizations have all played a decisive role in shaping its political dynamics and relations with global actors. The end of the unipolar moment and the weakening of the European Union's global political influence have posed significant challenges for North Macedonia's long-term aspirations, in the context of existing Macedonian foreign policy positions. Internal divisions within the EU, enlargement fatigue, and unresolved bilateral disputes—such as the identity-based conflict with Bulgaria—have delayed accession processes and diminished public confidence in the European project. Meanwhile, external powers such as Turkey, Russia, and China have sought to expand their influence in the Western Balkans, filling the vacuum left by a less assertive Europe. The rise of populism within Europe, as well as broader global power shifts, has further complicated the geopolitical environment in which Macedonia must operate.

Conclusion: Principles of future political evolution and strategic positioning

Political evolution and strategic positioning of RNM have been deeply shaped by global political dynamics, regional influences, and the long-term process of European integration. As a small Balkan state with a complex historical legacy and modest economic resources, RNM has faced numerous challenges in its quest for stability, modernization, and international legitimacy. Its geopolitical location, historical experience under multiple empires, and post-independence transformation have situated the country at the intersection of regional tensions and global shifts. Over the past three decades, RNM has actively pursued membership in international institutions such as the EU and NATO, undertaking reforms in the judiciary, anti-corruption measures, and human rights in line with external expectations.

Globalization and regional cooperation have had a dual impact on the country. On the one hand, foreign investments, liberalized trade, and involvement in regional initiatives have supported economic development, institutional reform, and diplomatic engagement. On the other hand, dependency on international financial structures, brain drain due to labor emigration, and demographic decline have exposed the vulnerabilities of small economies in a globalized order. Despite these constraints, RNM has demonstrated strategic adaptability and a continued commitment to democratic reform and regional engagement. The country seeks to preserve its national and cultural identity while aligning with broader global norms and standards. It recognizes that successful transformation requires more than institutional

reforms—it demands a long-term vision supported by political continuity and societal consensus. The future of RNM will, hopefully, depend on its ability to balance domestic stability with international challenges, navigate regional complexities, and position itself not as a passive recipient of global trends, but as an active contributor to shaping regional geopolitical architecture.

References

- Chomsky, N. (2015). *Rogue States: The Rule of Force in World Affairs*. Haymarket Books.
- Cox, M., & Stokes, D. (2012). *US Foreign Policy*. Oxford University Press.
- Gill, S. (2015). At the Historical Crossroads – Radical Imaginaries and the Crisis of Global Governance. In S. Gill (Ed.), *Critical Perspectives on the Crisis of Global Governance – Reimagining the Future* (pp. 181–199). Palgrave Macmillan.
- Greenwood, J. (1997). *Representing Interests in the European Union*. Palgrave Macmillan.
- Hoogvelt, A. M. M. (2001). *Globalisation and the Postcolonial World: The New Political Economy of Development*. Palgrave Macmillan.
- Karns, M. P., Johnson, T., & Mingst, K. A. (2024). *International Organizations: The Politics and Processes of Global Governance*. Lynne Rienner Publishers. www.rienner.com/uploads/655641fb4f4df.pdf
- Mearsheimer, J. J. (2018). *The Great Delusion: Liberal Dreams and International Realities*. Yale University Press.
- Onea, T. A. (2013). *US foreign policy in the post-Cold War era: restraint versus assertiveness from George H.W. Bush to Barack Obama*. Palgrave Macmillan.
- Patel, K. K. (2018). *Project Europe: A History*. Cambridge University Press.
- Waltz, K. N. (1979). *Theory of International Politics*. Addison-Wesley Publishing Company.

ALTERNATIVE SANCTIONS AND TREATMENT PROGRAMS: MEDICAL-LEGAL ASPECTS

Tijana Angova Hadjieva, LL.M., Research Assistant
Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
Institute for Sociological, Political and Juridical Research
tijana.angova@isppi.ukim.edu.mk

Abstract

Modern criminal justice systems are increasingly moving away from an exclusive reliance on imprisonment and are introducing various forms of alternative sanctions that combine the preventive and rehabilitative functions of punishment. Within this context, treatment programs play a particularly significant role as part of such alternative sanctions. These programs represent specific measures aimed at offenders for whom dependency, psychosocial disorders, or a risk of reoffending—particularly violent behavior—has been identified. Instead of imposing imprisonment, the court may order an alternative sanction that requires mandatory participation in medical treatment or a social rehabilitation program, which is then carried out in the community under the supervision of a specialized service, most often the probation service. This model, however, raises certain medico-legal dilemmas. Through an analysis of domestic legislation and relevant comparative practices, applying content analysis and a legalistic methodological approach, with comparative and teleological interpretation, this paper aims to examine the complex medico-legal aspects, ethical implications, and practical challenges arising from mandatory medical treatment within the framework of alternative criminal sanctions in North Macedonia, with particular focus on suspended sentences with probation supervision and measures imposed in cases of domestic violence. The research is limited to a normative analysis of domestic and international legal provisions and the concept of consent, with a brief overview of practical effects related to the implementation of these treatment measures.

Keywords: alternative sanctions, medical treatments, probation, informed consent

АЛТЕРНАТИВНИ САНКЦИИ И ТРЕТМАНСКИ ПРОГРАМИ: МЕДИЦИНСКО-ПРАВНИ АСПЕКТИ

Вовед

Третманските програми претставуваат хуман пристап што нуди можност за рехабилитација и ресоцијализација на сторителот, што директно може да придонесе за намалување на стапките на рецидив. Овие мерки ја рефлектираат тенденцијата државата преку пробациската служба и преку специјализирани институции да влијае врз намалување на ризикот од повторно вршење на кривични дела, но и да обезбеди подобра заштита на жртвите, особено во случаите на семејно насилство. Од друга страна, се поставува прашањето дали задолжителниот третман определен во состав на некаква кривична санкција е во согласност со правото на автономија и телесен интегритет на поединецот, особено ако се изрекува без негова експлицитна согласност, па дури и кога согласноста е формална, односно дадена само за да се избегне построга казна. Во медицината, **информираната согласност** е основен принцип што ги гарантира автономијата и правото на избор на пациентот. Но, во кривично-правниот контекст, оваа согласност е условена: сторителот прифаќа да се подложи на третман како посебна обврска изречена со условна осуда или со некаква друга алтернативна санкција и, притоа, прифаќањето не е слободна одлука, туку начин да избегне потешка санкција, односно казна затвор, а во одредени случаи и нема право на избор. Оттаму, се поставува прашањето дали во овие случаи навистина постои вистинска доброволност или станува збор за таканаречена „**условена согласност**“. Од оваа дилема произлегува и истражувачкиот мотив да се направи анализа на усогласеноста на обврските за третман и лекување изречени во состав на кривична санкција со утврдените меѓународни и домашни медицинско-правни принципи за заштита на правата на пациентите: Дали сторителот вистински се согласува или е принуден да се согласи на третман за да избегне построга казна? Дали ваквата условеност е во согласност со правата промулгирани во Европската конвенција за човекови права и основни слободи (ЕКЧП)? Каде е средиштето меѓу јавниот интерес за заштита на општеството и индивидуалните права на сторителот?

1. Национална и меѓународна правна рамка

За да може сеопфатно да се анализира усогласеноста со кривично-правните медицински третмани и лекувања визави домашните и меѓународните стандарди за заштита на правата на пациентите, прво треба да се направи преглед на македонската правна рамка, односно на релевантните одредби од законите што ги нормираат овие институти. Прво ќе биде анализиран македонскиот Кривичен законик (1996),

каде што е и предвидена можноста за определување третман и лекување во рамките на кривичната санкција – условна осуда со заштитен надзор, потоа Законот за пробација, како *lex specialis* на Кривичниот законик, и Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство (2021), во којшто исто така се предвидени третмански мерки за осуденото лице. Штом се добие претстава за начинот на којшто третманските кривично-правни мерки се правно конципирани, ќе се направи преглед на релевантните одредби од Законот за заштита на правата на пациентите, за да се види дали има евентуални отстапувања или противречности на овие третмани со златните стандарди во медицинските лекувања што важат за сите пациенти, независно дали се осуденици или не.

1.1. Кривичен законик

Македонското казнено законодавство предвидува тетралистички систем на кривични санкции: казни, алтернативни мерки, мерки на безбедност и воспитни мерки.

Во 2004 година, со новелирањето на КЗМ се заокружува системот на алтернативни санкции со којшто се овозможува рестриктивна примена на затворските казни за полесните облици на казнени дела, а казната се претвора во средство за заштита на општеството и средство за ресоцијализација и за реинтеграција на сторителот, инспирирана од идејата за ресторативна правда (Мујоска Трпевска и Битраков, 2020). Оттогаш, Македонија располага со богат репертоар на алтернативни санкции:

- условна осуда;
- условна осуда со заштитен надзор;
- условно прекинување на кривичната постапка;
- општокорисна работа;
- судска опомена; и
- куќен затвор.

Во фокус на анализата ќе биде ставен институтот условна осуда со заштитен надзор регулиран во член 55 и 56 од КЗ на РСМ, бидејќи таму е уредена законската основа за изрекување обврска за посетување на медицински програми и подложување на лекување или некаков вид третман соодветен за ресоцијализација на осуденото лице. Согласно Законикот, судот ќе одреди заштитен надзор кога ќе утврди дека условната осуда нема доволно да влијае врз сторителот веќе да не врши кривични дела, а околностите поврзани со личноста на сторителот или со средината во којашто живее го прават оправдано очекувањето дека целта на условната осуда ќе се постигне ако се определат и мерки на помош, грижа, надзор или заштита. Обврските што притоа судот може да ги одреди се таксативно набројани во член 56, при што alineја 3) и 10) од став (1) се од особено значење за конкретната тема на истражување:

„(...)

3) посетување на програма за работа со осуденици за кривични дела сторени при вршење на семејно насилство;

(...)

10) подложување на лекување или социјална рехабилитација во соодветни специјализирани установи“ (Кривичен законик, 1996).

1.2. Закон за пробација

Законот за пробација, донесен во 2015 година, а во примена од 2016 година, воспостави Пробациска служба што ќе спроведува надзор над извршување на казните без лишување од слобода, поточно над алтернативните мерки: условна осуда со заштитен надзор, општокорисна работа и куќен затвор, како и над извршувањето на условниот отпуст, воедно нудејќи им поддршка на осудените лица, со цел да се заштити заедницата од криминал, како и да се постигне ресоцијализација и реинтеграција на лицата кон коишто се извршуваат пробациските работи (Закон за пробација, 2015). Пробациски работи, согласно законот, се активности што ги преземаат пробациските службеници при спроведување на надзорот над извршувањето на алтернативните мерки и обврски, како и условниот отпуст, над лицата на коишто тие им се изречени од судот. Пробациските работи ги извршуваат пробациски службеници од Управата за извршување на санкциите, врз основа на барање или одлука на суд во текот на судската постапка и врз основа на правосилна и извршна судска одлука, **а врз основа на претходна согласност на лицето кон коешто се извршуваат пробациските работи.** Во однос на спроведувањето на мерката условна осуда со заштитен надзор, видно од член 13, 14 и 15 од Законот за пробација (2015), може да се заклучи дека со законот се врши само техничка дообработка на начинот на којшто ќе се спроведат изречениот заштитен надзор и наметнатите обврски од страна на судот, при што надлежноста на пробациските службеници се состои во повикувања на разговори, увид во документација, составувања извештаи, надзор и контрола над извршување на изречените обврски и сл. Според тоа, обврските за третман и лекување наведени во алинеја 3) и 10) од став (1) на член 56 од Кривичниот законик (1996) не се попрецизно регулирани во поглед на нивната практична имплементација.

1.3. Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство

Одредби околу задолжителен третман на лекување на зависности или психички заболувања, како и задолжително посетување советувањето за сторители на семејно насилство има и во Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство (2021), набројани во член 58, став 1 од Законот како

вид на привремени мерки за заштита што судот може да му ги изрече на сторителот на родово-базирано насилство врз жени и на семејно насилство, заради запирање на насилството, отстранување на последиците од извршеното насилство и преземање на ефикасни мерки кон сторителот на насилство, заради елиминирање на причините за повторно вршење на насилството. На иста линија е и член 39, кој ја предвидува генералната обврска за психосоцијален третман на сторители на насилство и упатува на Законот за социјалната заштита и прописите од областа на здравствената заштита. Член 69, пак, особено невообичаено стипулира дека судот ќе го задолжи сторителот на родово-базирано насилство врз жена и жртва на семејно насилство да ја почитува судската одлука со којашто е изречена некоја од привремените мерки за заштита. Ова може да се толкува на начин дека изречените обврски за третман и лекување се задолжителни и не е потребна согласност од сторителот за подложување на нив.

Законските одредби понатаму се доуредени со посебен подзаконски акт – Правилник за начинот на спроведувањето и начинот на следење на изречените привремени мерки за заштита (2021), но за жал, доуредувањето и таму е од техничка природа. Така, член 11 и 12, кои се поврзани со имплементација на привремените мерки задолжителна посета на советувашиште и задолжително лекување на сторителот доколку употребува алкохол, дрога и други психотропни супстанции или има психичко заболување, се однесуваат само на прибирање информации и сознанија за начинот на којшто мерката се извршува во специјализираните установи и доколку не се извршува – обврска за известување на судот. Станува збор за скудна регулација во којашто недостига уредување на клучни моменти (начин на извршување, отповикување, информирање на сторителот за начинот на третман и последиците од негово неизвршување и сл.), без коишто постои ризик од повреда на некои гарантирани права во постапката.

1.4. Закон за заштита на правата на пациентите

Законот за заштита на правата на пациентите (2008) го озаконува златниот стандард во медицинското казнено право, информираната согласност при подложување на какви било медицински третмани. Според Законот (2008), пациентот ги има правата пропишани со овој или со друг закон или со ратификуван меѓународен договор, конвенции, декларации и други меѓународни документи што се однесуваат на заштитата на правата на пациентите и има право на грижа, лекување и рехабилитација што се во согласност со неговите поединечни потреби и способности и што ја унапредуваат состојбата со неговото здравје, со цел да го достигне највисокото можно лично ниво на здравје, согласно достапните методи и можности на медицината, а во согласност со прописите од областа на здравствената заштита и здравственото осигурување. Особено значајно за анализа на судски наложените третмани е и правото на пациентот на учество во одлучувањето уредено во член 6 од Законот, кое ги опфаќа правото на информираност и правото на прифаќање или одбивање на определена медицинска интервенција. Според истиот член, правото

на пациентот на учество во одлучувањето може да се ограничи по исклучок само кога тоа е оправдано со здравствената состојба на пациентот, во случаи и на начин уредени со овој закон. Правото на информираност, пак, подразбира дека пациентот во сите фази на здравствената заштита има право да биде целосно информиран за:

1. својата здравствена состојба, вклучително и за *медицинската процена на резултатите и исходот на одредена медицинска интервенција*, како и нејзините најчесто очекувани компликации;
2. *препорачаните медицински интервенции*, како и планираните датуми за нивно спроведување (програма за третман и рехабилитација);
3. *можните предности и ризици* при спроведувањето, односно поради неспроведувањето на препорачаните медицински интервенции;
4. *своето право на одлучување за препорачаните медицински интервенции*;
5. *можните замени за препорачаните медицински интервенции*;
6. причините за евентуалните разлики на постигнатиот резултат од медицински интервенции во однос на очекуваниот;
7. текот на постапката при укажувањето на здравствената заштита;
8. препорачаниот начин на живеење; и
9. правата од здравствената заштита и здравственото осигурување, како и постапката за остварување на тие права.

2. Меѓународни документи

Имајќи ја предвид прикажаната домашна правна рамка, следува анализа на меѓународната димензија релевантна за предметот на истражување: медицински третмани и лекувања од кривично-правен аспект и од медицинско-правен аспект. Овде предмет на интерес ќе бидат два меѓународни документа што ги штитат правата на пациентите: Европската конвенција за човекови права и основни слободи (ЕКЧП), како своевиден европски устав, и Европската повелба за правата на пациентите, како еден *lex specialis* во доменот на медицинските третмани и лекувања. Консеквентно, ќе бидат потенцирани и одредени одредби од препораките на Советот на Европа што се однесуваат на пробација и алтернативни санкции, со цел да се види какви насоки добиваат земјите-членки околу нормирањето и спроведувањето на овие кривично-правни институти. Изборот на овие три меѓународни документи е оправдан со нивната различна, но комплементарна правна релевантност: Европската конвенција за човекови права и основни слободи поради нејзиниот директен и обврзувачки карактер и можноста за индивидуална судска заштита пред Европскиот суд за човекови права, Европската повелба за правата на пациентите како клучен извор на стандарди во областа на медицинските третмани и темел на националната регулатива за заштита на правата на пациентите, како и препораките на Советот на Европа кои, иако не се правно-обврзувачки, претставуваат релевантни насоки за земјите-членки, меѓу коишто и Македонија, при нормирањето и спроведувањето на алтернативните кривично-правни санкции.

2.1. Европска конвенција за човекови права и основни слободи

Обврските што ги преземаат договорните држави според Европската конвенција за човекови права и основни слободи (1950) се од негативен, како и од позитивен вид. Негативната обврска подразбира дека договорната држава не смее да се меша во здравјето на поединецот, освен ако за тоа не постои оправдување согласно Конвенцијата. Од договорната држава може да се бара, исто така, да преземе мерки за заштита на здравјето на поединецот според таканаречените „позитивни обврски“. Случаите поврзани со здравјето поднесени пред Судот најчесто се дискутирани според член 2, 3, 8 и 14 од Конвенцијата (European Court of Human Rights, 2015). Така, Европската конвенција за човекови права и основни слободи го штити правото на телесен интегритет и автономија преку член 3 и 8, односно Забраната за мачење (член 3 од ЕКЧП) и Правото на почитување на приватниот и семејниот живот:

- Секој човек има право на почитување на неговиот приватен и семеен живот, домот и преписката.
- Јавната власт не смее да се меша во остварувањето на ова право, освен ако тоа мешање е предвидено со закон и ако претставува мерка која е во интерес на државната и јавната безбедност, економската благосостојба на земјата, заштитата на поредокот и спречувањето на кривични дела, заштитата на здравјето и моралот, или заштитата на правата и слободите на другите, во едно демократско општество (член 8 од ЕКЧП).

Во однос на член 3, државните службеници мораат да се воздржат од третман што го оштетува физичкото здравје на лицето или му предизвикува ментална или психолошка штета (на пример, намерно предизвикување мака, мачење или други форми на психолошко страдање). Од државата може да се бара и да преземе позитивни мерки за заштита на физичкото и менталното здравје на поединците, како што се затворениците, за коишто таа презема посебна одговорност (European Court of Human Rights, 2015, стр. 5).

Правото на почитување на приватниот живот гарантирано со член 8 од Конвенцијата доби особено значење во судската практика на Судот за „правото на здравје“. Поимот „приватен живот“ Судот го толкува како право на заштита на сопствениот физички, морален и психолошки интегритет, како и право на избор или остварување на личната автономија – на пример, да се одбие медицински третман или да се побара одредена форма на медицински третман (European Court of Human Rights, 2015, стр. 5).

Во контекст на овие одредби, државата мора внимателно да ја позиционира и да ја регулира задолжителноста на третман што задира во телесниот интегритет и здравјето на осудените лица, макар и кога таквиот третман е дел од алтернативни санкции. Неумесното и нејасно регулирање на ваквите третмани остава простор за несоодветно спроведување во практиката, ја нарушува правната сигурност и отвора ризик од повреда токму на член 3 и 8 од ЕКЧП.

2.2. Европска повелба за правата на пациентите (European Charter of Patients' Rights)

Согласно овој меѓународен документ, секој поединец има право на пристап до сите информации што ќе му овозможат активно учество во донесувањето одлуки во врска со сопственото здравје и овие информации се предуслов за секоја процедура или за секој третман, вклучувајќи и учество во научно истражување. Документот понатаму изречно предвидува обезбедување согласност од пациентот на оваа основа, како и право да одбие третман или медицинска интервенција и да го смени своето мислење во текот на третманот одбивајќи го неговото продолжување. Секој поединец има право слободно да избере помеѓу различни процедури за лекување и даватели на услуги врз основа на соодветни информации (European Commission, 2002).

2.3. Препораки на Советот на Европа за пробација [Recommendation CM/Rec(2010)1]

Од Препораката на Комитетот на министри до земјите-членки за Европските правила за санкции и мерки што се извршуваат во заедницата (усвоени од Комитетот на министри на 22 март 2017 година на 1282. состанок на замениците на министрите), важно е да се напоменат неколку одредби што се од суштинско значење за темата на истражување. Тоа е точка 5 во глава I: Основни принципи, според којашто „санкција или мерка во заедницата никогаш не смее да вклучува медицински или психолошки третман кој не е во согласност со меѓународно усвоените етички стандарди“. Понатаму, во глава V: Согласност, соработка и спроведување, вреди да се нотираат точка 57, 58, 59 и 61, според коишто:

„57. Кога е потребна согласност од осомничениот или сторителот, таа треба да биде информирана и експлицитна.

58. Таквата согласност никогаш нема да има последица од лишување на осомничените или сторителите од кое било од нивните основни права.

59. Согласноста на осомничениот треба да се добие пред изрекувањето на која било алтернативна мерка што треба да се изврши пред судењето или наместо одлука за санкција, освен ако не е поинаку предвидено со закон.

61. Покрај формалната документација, осомничените и сторителите треба јасно да бидат информирани за природата и целта на санкцијата или мерката и условите или обврските што мора да се почитуваат пред почетокот на спроведувањето на јазик што го разбираат и, доколку е потребно, во писмена форма“ (Council of Europe, 2010).

3. Компаративен осврт

Кога веќе се има претстава каква е легислативата на домашен терен, а каква на меѓународно ниво, потребно е да се направи приказ и на тоа како други држави ги нормираат кривично-правните медицински третмани, односно како ги материјализираат анализираните меѓународни принципи, начела и препораки во сопствените законодавства и дали тие суштински се разликуваат од македонските решенија. Изборот на Република Хрватска и Кралството Шведска како предмет на компаративна анализа е условен од нивната различна, но методолошки релевантна позиција: Хрватска како држава што произлегува од истата правна матрица и дели заедничка историска и нормативна основа со македонскиот правен систем, што овозможува споредба на еволуцијата на слични правни решенија, и Шведска како светски препознаен пример за ефикасен систем на вонинституционални санкции и успешна ресоцијализација надвор од затвор, со стабилно ниски стапки на рецидивизам, што ја прави релевантен референтен модел за анализа и споредба.

3.1. Хрватска

Во Република Хрватска, медицински третмани и лекувања среќаваме кај институтите условна осуда и делумна условна осуда, во рамките на коишто судот може да наложи и посебни обврски што се регулирани во член 62 од Казнениот законик (Kazneni zakon, 2011) и во голема мера се поклопуваат со обврските кај заштитниот надзор во македонскиот КЗ (набројани во член 56 од Кривичниот законик). Според хрватскиот Казнен законик, судот, покрај условна казна и делумна условна казна, може да му наложи на сторителот одредени обврски, доколку оцени дека нивната примена е неопходна за заштита на здравјето и безбедноста на лицето на чија штета е извршено кривичното дело или кога е корисна за отстранување на околностите што доведуваат до извршување на ново кривично дело или го поттикнуваат. Меѓу таквите обврски набројани во член 62, наведени се и две што во себе интегрираат вид на медицински третман и терапија, а коишто се значајни за предметната анализа. Тоа се:

„(...)

4. третман или континуиран третман што е неопходен за отстранување на здравствените нарушувања што можат да дејствуваат како поттик за извршување на ново кривично дело со стручна помош на надлежниот орган за пробација (за наметнување на оваа обврска, потребна е и согласност од обвинетиот) (член 63, став 2 од хрватскиот Казнен законик);

5. одвикнување од алкохол, дрога или други видови зависност во терапевтска заедница со стручна помош на надлежниот орган за пробација (за наметнување на оваа обврска, потребна е и согласност од обвинетиот) (член 63, став 2 од хрватскиот Казнен законик) (...“ (Kazneni zakon, 2011).

Евидентно од изложеното, хрватското решение е во согласност со златните стандарди во медицинските интервенции и третмани, меѓу коишто и правилото за информирана согласност, бидејќи за изрекување на терапевтски мерки во состав на условната осуда, задолжително е потребна прибавена согласност од осуденото лице за нивно прифаќање.

3.2. Шведска

Шведскиот Кривичен законик, донесен во 1962 година, а во сила од први јануари 1965 година, содржи општи одредби за сите кривични дела, кривичните санкции и применливоста на шведското кривично право (Brottsbalken, 1962). Член 3 од Законикот набројува кои институти влегуваат во категоријата „кривични санкции“ – тоа се казната затвор и паричните казни, како и условните осуди, пробацијата и посебните мерки на грижа.

Во фокусот ќе биде ставена пробацијата, со цел да се истражи дали осудениците на пробација во Шведска имаат задолжителна обврска за посета и/или подложување на определени медицински третмани и терапии како дел од санкцијата и да се истражи како е најден балансот помеѓу индивидуалните права на осуденото лице и јавниот интерес.

Согласно одредбите од Поглавјето 28 – Пробација, судот може да изрече санкција пробација за кривично дело за коешто паричната казна се смета за недоволна санкција (Brottsbalken, 1962). Таа е регулирана во главите 28 и 30, каде што се содржани општите одредби за неа и основите за нејзино изрекување. Доколку е неопходно, за намалување на ризикот лицето кое е на пробација и под надзор да изврши нови кривични дела или за олеснување на неговото приспособување кон општеството, Шведската затворска и пробациска служба може да наложи и посебни обврски што осуденото лице мора да ги исполнува. Ваквите обврски се определуваат за одреден период од најмногу една година и, меѓу другите, можат да се однесуваат и на:

„(...)

3. учество во програми за превенција од рецидив или злоупотреба на супстанции;
4. третман за лекување зависности, психијатриска нега или друг третман;

(...)

8. обврска да се достават примероци од крв, урина, здив, плунка, пот или коса за да се потврди дека надгледуваното лице не е под дејство на алкохол или психотропни супстанции“ (Brottsbalken, 1962).

Видно од изложеното, третманските обврски, како и обврските за давање на телесни примероци за тестирање, се задолжителни без да биде потребна експлицитна согласност од осуденото лице на коешто му се наложени. Сепак, ако се анализираат основите за изрекување пробација во член 9 од глава 30 – Избор на санкции, може да се отвори простор за поекстензивно толкување. Според тој член, при одлучувањето дали ќе изрече пробација, судот особено зема предвид дали постои причина да се

претпостави дека оваа санкција може да придонесе обвинетиот да се воздржи од вршење на кривични дела во иднина, а како посебни основи за изрекување пробација наместо затвор, шведскиот Кривичен законик наведува четири, меѓу коишто најзначајна за предметната анализа е алинеја 3:

„(...)

3. дали злоупотребата на супстанции или некоја друга посебна околност што бара грижа или друг третман значително придонела за извршувањето на делото и **обвинетиот се изјаснува дека е подготвен да се подложи на соодветен третман во согласност со индивидуален план за спроведување** (Brottsbalken, 1962, ch. 30, art. 9, para. 2, item 3) (...)

Имајќи ја предвид одредбата од став 2, алинеја 3 на член 9, може да се заклучи дека и овде согласноста е индиректна, односно осуденото лице пред изрекувањето на мерката треба да се изјасни дали е подготвено и согласено да се подложи на третман за лекување, па штом се добие таква согласност, обврската станува задолжителна и нејзиното непочитување ќе резултира со отповикување на пробацијата и можност за изрекување на затворска казна.

Оваа компаративна анализа ги вади на виделина недостатоците на македонските законски решенија, кај коишто постои видлива неуедначеност, бидејќи согласноста на третман во различни закони е различно регулирана, а некаде и воопшто не е регулирана: Кривичниот законик не споменува никакво прибавување согласност за наметнување третман, а Законот за пробација, пак, бара согласност од осуденото лице за вршење на пробациски активности. Анализираниите компаративни решенија се многу појасни и од номотехнички аспект, но и суштински, на начин што изречно предвидуваат дека кога е во прашање некаков медицински третман/некаково лекување, треба да се прибави согласност од лицето на коешто му се наложуваат, согласно принципот на информирана согласност.

4. Ефективност и предизвици

За да се добие одговор на прашањето како да се воспостави баланс меѓу индивидуалните права на осуденото лице и јавниот интерес за ефикасна и ефективна казнена политика, треба да се побара одговор на едно претходно прашање, а тоа е кога ваквите третмани што се предмет на анализа функционираат, а кога не? Доколку се утврди дека медицинските третмани што се наложуваат кај условните осуди и пробациските мерки даваат високи резултати во намалување на стапките на рецидив, се разбира дека државите ќе имаат интерес нив да ги наметнуваат макар и без изречна согласност. Доколку, пак, даваат слаби или незначајни резултати, државата ќе нема интерес да ги наметнува и да ги прави задолжителни, бидејќи ќе ризикува да стори повреда на гарантираните права на осуденото лице заштитени со домашните и меѓународните правни акти.

Во обид да се стигне до одговор на овие прашања, користејќи судски случаи во Северна Каролина од 1994 до 2009 година, Рејчел Незбит (Nesbit, 2023) истражува

дали и како задолжителниот третман за ментално здравје изречен како обврска заедно со условна осуда влијае врз веројатноста поединците да се вратат во системот на кривична правда како повторни сторители на кривични дела, со оглед на тоа што нарушувањата на менталното здравје се особено распространети кај лицата во системот на кривична правда и можат да бидат криминоген фактор што придонесува за рецидивизам. Главните наоди до коишто доаѓа се дека обврската осудените лица да се подложат на определен третман за ментално здравје **ја намалува** веројатноста за тригодишен рецидивизам за околу 12 процентни поени, односно 36 проценти. Открива дека овој ефект е сличен кај различни категории лица условно осудени за различни кривични дела и дека опстојува и на долг рок: до пет години по осудата, сторителите имаат околу 11 процентни поени помала веројатност да го повторат кривичното дело. Незбит смета дека ваквите третмани се слично ефикасни во многу подгрупи, не само кај одредена класа на кривични дела, иако наодите сугерираат дека третманите за ментално здравје се особено ефикасни во намалувањето на посериозните кривични дела. Видот третман за ментално здравје може да варира од случај до случај, но тој обично вклучува психолошка евалуација, неделни тераписки сесии за времетраењето на периодот на проверување и потенцијално упатување кај психијатар за препишување и администрирање лекови. Во однос на аргументот дека ваквите лекувања се скапи и претставуваат сериозен буџетски расход, според пресметките на Незбит (2023), придобивките од намалувањето на криминалот би ги надоместиле трошоците потребни за спроведување на третманите за ментално здравје, во сооднос од околу пет наспрема еден. Според неа, ваквите пресметки укажуваат дека меѓу условно осудените лица, лекувањето на менталното здравје за маргиналната индивидуа е многу исплатливо за државата бидејќи речиси половина од затворениците во 2012 година имале историја на проблеми со менталното здравје (Bronson & Berzofsky, 2017, цитирани кај Nesbit, 2023). Наодите од оваа студија го илустрираат потенцијалот на задолжителниот третман за ментално здравје како корисна и економична алтернатива на традиционалните стратегии за одвраќање од криминал (Nesbit, 2023).

Во сличен контекст, Прирачникот за основни принципи и ветувачки практики за алтернативи на затворската казна на Канцеларијата за дрога и криминал на Обединетите нации им сугерира на државите дека на сторителите на кривични дела со нарушено ментално здравје кои остануваат во рамките на системот на кривична правда треба рутински да им се посветува посебно внимание за да се утврди дали не би биле подобро рехабилитирани надвор од затворот (UNODC, 2007). Во тој контекст, треба да се разгледуваат и можностите за санкција што се извршува во заедницата со елементи на пробациски и лекарски надзор (дали лицето редовно прима одредена терапија што му овозможува да функционира нормално и сл.), советување и психосоцијална рехабилитација и интеграција, обврска за психијатриски или психолошки третман за менталната болест на сторителот и слично (UNODC, 2007, стр. 68). Сепак, кај оваа категорија сторители, најголемите предизвици лежат во правилната процена на ризик, односно дали, всушност, таква процена е возможна. Особено специфична категорија се лицата со ментални нарушувања кои се и зависници од дрога или од алкохол, кај коишто според некои студии, стапката на

рецидив е значително повисока, а ниту еден од осумте криминогени фактори¹ не се истакнува како предиктор за повратот. Споменатиот Прирачник на Обединетите нации содржи насоки за државите дека нивните судови мораат да имаат предвид кога одлучуваат дали на ранливиот обвинет зависник да му изречат казна затвор или не и дека клучен фактор при одлучувањето дали да се изрече условна осуда или некаква друга казна што се извршува во заедницата треба да биде **условот осуденото лице да се согласи да се подложи на третман против зависност**. Сепак, според некои автори, кај овие лица и покрај обврската за подолготраен и поинтензивен третман на лекување во текот на периодот на проверување, **стапката на напуштање на третманите е многу висока**. Според медицинските лица, главната причина за тоа е недостигот на мотивација кај лицата на третман, додека, пак, осудените лица вината ја лоцираат во медицинскиот персонал, односно дека недостигот на социјална поддршка од терапевтот е примарен фактор за напуштање на третманите и лекувањата (Horn et al., 2018). Имајќи го ова предвид, станува ирелевантно дали третманот е задолжителен или не, кога кај одредени категории сторители, дури и да е задолжителен, не е успешен, па сторителите завршуваат во затвор со отповикани условни осуди. А таму, и покрај напорите на властите, дрогата често е слободно достапна, а и затворските услови **негативно влијаат врз психичката состојба** на лицата со ментални нарушувања, влошувајќи ја состојбата на нивното нарушување (UNODC, 2007).

¹ Науката и практиката разликуваат осум криминогени фактори на ризик што имаат најсилни асоцијации со криминално однесување:

1. **Историја на антисоцијално/криминално однесување:** ран почеток на антисоцијално и криминално однесување и континуирано вклучување во голем број и разновидни антисоцијални и криминални дејства;
2. **Антисоцијални особини на личноста:** слаба самоконтрола, барање стимулација, слаби вештини за решавање проблеми, непријателство;
3. **Антисоцијални когниции/вредности:** ставови, вредности и рационализации што го поддржуваат криминалот, когнитивно-емоционални состојби на гнев, огорченост и пркос;
4. **Антисоцијална средина и опкружување:** дружење со пријатели и познаници кои се вклучени во криминално однесување и релативен недостиг на просоцијални пријатели и познаници;
5. **Семејни и/или брачни околности:** ниско ниво на наклонетост, грижа, кохезија во семејните и партнерските односи;
6. **Образование/работа:** ниско ниво на перформанси и вклученост во образовниот/работниот процес, што резултира со незадоволство и нивно избегнување;
7. **Проблеми со слободното време и/или рекреативното време:** недостиг на вклученост во просоцијални слободни активности и рекреативни активности;
8. **Употреба на супстанции** (Horn et al., 2018).

5. Медицинско-правни аспекти на задолжителниот третман: етички и практични дилеми

Прашањето до кој степен државата може да „присили“ медицинско лекување или третман во кривично-правен контекст претставува комплексен баланс меѓу јавниот интерес и индивидуалните права на осуденото лице. Од една страна, постои потребата за заштита на жртвите, јакнење на јавната безбедност и превенција на рецидивизмот; од друга страна, стои правото на лична автономија и согласност за медицинска интервенција.

Во најзначајните меѓународни документи и препораки од областа, основниот принцип е дека примената на алтернативни мерки треба да биде доброволна, односно заснована на согласност на сторителот. Овој принцип е важен и заради заштита на телесниот интегритет и на автономијата на поединецот, особено кога мерката во себе вклучува и обврска за некаков медицински третман, како што е задолжителното лекување или рехабилитација (а коишто неретко вклучуваат и обврска за примање лекови, земање примероци од крв и сл.). Сепак, на националните законодавства им е оставена широка маргина на уважување што им овозможува изрекување на вакви мерки и без согласност, со образложение дека јавниот интерес и заштитата на потенцијалните жртви имаат приоритет, а воедно и дека ваквите мерки придонесуваат намалување на стапката на рецидивизам. Вака уредено, пак, само по себе носи ризик од формализам – сторителот ќе даде „согласност“ само за да избегне построга санкција, што ја доведува во прашање вистинската доброволност на таквата одлука, вклучително и согласноста за некаков третман што би имал реперкусии врз неговото здравје, макар и позитивни. Оттука, разликата меѓу доброволна согласност во медицината и согласност условена со казна е евидентна и повеќе е од етички карактер, во смисла дека пациентот се согласува на третман не поради подобрување на неговото здравје или неговата состојба, туку исклучиво со цел избегнување на построга казна. Така, отворено е прашањето дали, всушност, осуденото лице и има право на избор кога едната опција (затворска казна) е многу понеповолна.

Во Македонија, законските решенија во однос на потребната согласност не се докрај јасни и конзистентни. Согласност се споменува во Законот за пробација (2015), како општа согласност за преземање на пробациски работи кон лицето на пробација. Кривичниот законик (1996), пак, за разлика од хрватскиот Казнен законик (2011), не предвидува прибавување согласност при изрекување на посебни обврски (вклучително и третмански обврски) во рамките на условната осуда со заштитен надзор. За разлика од него, Законот за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство предвидува и построги третмански мерки на сторители на дела од семејно насилство, без никако да го регулира прашањето за нивна имплементација и прибавена согласност од лицето кон коешто се изрекуваат. На слична линија со хрватскиот модел на прибавена согласност е и шведскиот кривично-правен систем, каде што не се бара експлицитна согласност од обвинетото лице за прифаќање на некаква третманска мерка, но судот ја цени неговата подготвеност да се подложи на

третман и тоа претставува посебна законска основа за изрекување мерка пробацација – алтернатива на казната затвор.

Сепак, кај алтернативните санкции и третманите за рехабилитација на осудените лица, идејата не е тие да се присилат, ниту, пак, чисто формално да се согласат, туку напротив, да се мотивираат за подложување на третман, бидејќи во спротивен случај, како што покажуваат и некои од истражувањата анализирани погоре, нема да биде успешен – лицето ќе го напушти третманот, а опција за присилно задржување на лекување не може да дојде предвид бидејќи може да значи повреда на забраната за мачење, нечовечко или понижувачко постапување или казнување. За да може една држава да ги мотивира осудените лица да се подложат на третман во состав на некаква алтернативна санкција, потребно е да има развиена мрежа на центри за третман во коишто работат специјализирани медицински практичари и психолози на коишто можат да бидат упатени. Овие експерти треба тесно да соработуваат со клучните актери во кривично-правниот систем – полицијата, обвинителите, судиите и пробациските службеници – во обезбедувањето на соодветен третман на сторители на кривични дела (UNODC, 2007).

Според тоа, освен формалното усогласување со меѓународните медицински стандарди и потребата од појасни законски решенија за согласноста (дали недавање согласност за некаков медицински третман ќе значи автоматски неисполнување на обврски и отповикување на изречената алтернативна/условна/вонинституционална мерка), законодавствата, особено македонското, треба да се позанимаваат и со неколку практични прашања, многу посуштински од формалноста на барање согласност за третман. Тоа се:

1. Јакнење на капацитетите и надминување на евентуален недостиг на стручен кадар (вклучително и јакнење на пробациските служби);
2. Предвидување на повисоки буџетски ставки за да ги покријат високите трошоци за спроведување програми за лекување што неретко се долготрајни;
3. Јакнење на координацијата и комуникацијата меѓу правосудните органи и здравствените тела.

Заклучок

Од досега изнесеното, можат да се сумираат неколку главни поенти и заклучни согледувања:

- Согласноста за подложување на медицински третман и на некаков вид лекување во рамките на алтернативните кривични санкции, како услов за избегнување на построга казна, е комплексно прашање. Во себе носи потенцијални ризици: доколку не е експлицитно дадена (побарана), може да значи нарушување на слободата на избор и на телесниот интегритет и да претставува неусогласеност со меѓународните стандарди во медицината и лекувањето. Доколку, пак, законот налага изречно дадена согласност, тогаш дилемата е од етички карактер: дали лицето се согласува на третман поради подобрување на неговото здравје (на

некоја здравствена состојба што придонела за сторување на кривично дело) или поради избегнување на построга казна. И што ако дојде до нарушување/влошување на здравјето од самиот третман?

- Толкувано телеолошки, кај алтернативните мерки, целта не е само да се казни сторителот, туку да се ресоцијализира и да го усогласи неговото однесување со општествените норми. Значи, медицинските третмани како обврски во рамките на алтернативните мерки не претставуваат „зло за зло“, не ни смеат да бидат ретрибутивни. Според тоа, не е идејата присилно да се наметнуваат, ниту, пак, чисто формално да се бара согласност за нив само за да се избегне построга казна, туку лицето на коешто му се определени да се стимулира да ги прифати и успешно да ги заврши. Само тогаш добиваат вистински ефект (успешна ресоцијализација, намалување на ризикот од поврат). Токму затоа и меѓународните документи оставаат широка маргина на уважување на државите за тоа на кој начин ќе го регулираат наметнувањето на такви обврски.
- Сепак, и покрај широка маргина на уважување, државите во регулирањето на оваа материја мораат да ги имаат предвид основните принципи и стандарди на медицинското право (право на информираност и правото на прифаќање или одбивање на определен медицински третман), па следствено на тоа, мораат да дефинираат јасни законски решенија усогласени со нив.

Токму затоа, на домашен терен, потребно е да се направат соодветни законски измени што ќе ја предвидат согласноста како задолжителна при изрекување на некакви третмански мерки и обврски за лекување во кривичната постапка, според примерот на хрватското решение. Но, покрај барањата за формализирање на согласноста, она што суштински треба да се направи е да се зајакнат институциите и капацитетите што треба да ги спроведат овие третмани за да можат тие да дадат позитивен резултат и за државата и за осуденото лице. Идејата е осуденото лице да биде мотивирано не само да го прифати туку и успешно да го заврши третманот, а не да се врати во затвор. Тоа е и крајната цел – терапевтско таргетирање и отстранување на криминогените фактори што довеле до појава на криминално поведение и поврат, односно успешна ресоцијализација.

References

- Brottsbalken [Swedish Criminal Code]. Svensk författningssamling (SFS 1962:700).*
(Оригинален англиски превод во Ds 1999:36.). <https://www.government.se/contentassets/7a2dcae0787e465e9a2431554b5eab03/the-swedish-criminal-code.pdf>
- Council of Europe. (2010). *Recommendation CM/Rec(2010)1: Council of Europe Probation Rules.* <https://rm.coe.int/16800cc249>
- European Commission. (2002). *European Charter of Patients' Rights: Basis document.* https://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

- European Court of Human Rights. (2015). *Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights: Thematic report*. Council of Europe.
- Horn, J. E., Eisenberg, M., Souverein, F. A., & Kraanen, F. (2018). The predictive value of the Central Eight criminogenic risk factors: A multi-group comparison of dually diagnosed violent offenders with other subgroups of violent offenders. *Journal of Addiction and Addictive Disorders*, 5(014). <https://doi.org/10.24966/AAD-7276/100014>
- Kazneni zakon*. Narodne novine (Република Хрватска), Nos. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19, 84/21, 114/22, 114/23, 36/24.
- Кривичен законик*. Службен весник на Република Македонија, бр. 37/96, 80/99, 4/02, 43/03, 19/04, 81/05, 60/06, 73/06, 7/08, 139/08, 114/09, 51/11, 135/11, 185/11, 142/12, 166/12, 55/13, 82/13, 14/14, 27/14, 28/14, 41/14, 115/14, 132/14, 160/14, 199/14, 196/15, 226/15, 97/17, & 248/18; и Службен весник на Република Северна Македонија, бр. 36/23.
- Мујоска Трпевска, Е., и Битраков, К. (2020). Придобивки од примената на алтернативите на затворското казнување. *Македонска ревија за казнено право и криминологија*, 27(1-2).
- Nesbit, R. (2023). *The role of mandated mental health treatment in the criminal justice system*. <https://arxiv.org/pdf/2212.06736>
- Правилник за начинот на спроведувањето и начинот на следење на изречените привремени мерки за заштита*. (2021). Службен весник на Република Северна Македонија, бр. 248/2021.
- Совет на Европа. (1950). *Европска конвенција за човекови права и основни слободи [European Convention on Human Rights]*. Совет на Европа. <https://www.coe.int/mk/web/compass/the-european-convention-on-human-rights-and-its-protocols>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2007). *Handbook of basic principles and promising practices on alternatives to imprisonment*. UNODC.
- van Deirse, T. B., Cuddeback, G. S., Wilson, A. B., Edwards, D., & Lambert, M. (2021). Variation in criminogenic risks by mental health symptom severity: Implications for mental health services and research. *Psychiatric Quarterly*, 92(1), 73–84. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09782-x>
- Закон за пробаација*. Службен весник на Република Македонија, бр. 226/15.
- Закон за заштита на правата на пациентите*. Службен весник на Република Македонија, бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15; и Службен весник на Република Северна Македонија, бр. 190/19, 122/21.
- Закон за спречување и заштита од насилство врз жените и семејното насилство*. Службен весник на Република Северна Македонија, бр. 24/21 и 39/25.

THE EVOLUTION OF PROJECT MANAGEMENT METHODOLOGIES THROUGH THE INDUSTRIAL REVOLUTIONS: A SYSTEMATIC THEORETICAL ANALYSIS FROM PREDICTIVE TO ADAPTIVE MODELS

Mila Despotoska, MSc, PhD Student
Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
PhD program on Organizational sciences/management
mila.popovska94@gmail.com

Marija Topuzovska Latkovikj, PhD, Full Professor
Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
Institute for Sociological, Political and Juridical Research
marija_t@isppi.ukim.edu.mk

Abstract

This paper examines the evolution of project management across the four industrial revolutions, highlighting how technological, economic, and organizational transformations shaped the development of key methodologies, tools, and managerial paradigms. Despite the extensive body of literature on individual project management methodologies, there remains a lack of an integrated historical analysis that systematically links the evolution of project management to the industrial revolutions. Through an in-depth review of academic literature, the study demonstrates that each industrial era generated distinct conditions that required new forms of planning, coordination, and control. The First Industrial Revolution introduced basic engineering practices and early coordination mechanisms; the Second institutionalized scientific management, process standardization, and modern organizational structures; the Third, defined by digitalization, brought CPM, PERT, software-supported planning, and formal risk management. In the Fourth Industrial Revolution (Industry 4.0), project management shifts toward adaptive, iterative, and data-driven approaches, characterized by agile, DevOps, and hybrid methods. The transition from predictive to adaptive models is shown to be a direct response to increasing environmental uncertainty, technological complexity, and accelerated innovation cycles. Contemporary standards such as PMBOK 7 reflect this paradigm shift by moving away from process-oriented frameworks toward principle-based, context-driven, and value-focused approaches. The study concludes that the future of project management will be shaped by digital technologies, big data analytics, and artificial intelligence, positioning the project manager as a strategist, analyst, and facilitator of organizational innovation.

Keywords: Industry 4.0, adaptive project management, agile and DevOps, predictive project management models (CPM, PERT), digital transformation, evolution of project management

ЕВОЛУЦИЈА НА МЕТОДОЛОГИИТЕ ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ПРОЕКТИ НИЗ ИНДУСТРИСКИТЕ РЕВОЛУЦИИ: СИСТЕМАТСКА ТЕОРЕТСКА АНАЛИЗА ОД ПРЕДИКАТИВЕН КОН АДАПТИВЕН МОДЕЛ

Вовед

Развојот на проектниот менаџмент претставува динамичен и континуиран процес што е длабоко поврзан со технолошките, економските и организациските трансформации што ги донеле индустриските револуции. Во современиот контекст, обележан со дигитализација, автоматизација, глобална интеракција и зголемена комплексност на проектните околии, потребата за нови модели на управување станува поважна од кога било. Особено актуелна е трансформацијата од предиктивни, линеарни и стабилни модели кон адаптивни, итеративни и контекстуално обликувани методологии, како што упатуваат и најновите глобални стандарди (PMI, 2021). Овој проблем е особено значаен затоа што традиционалните пристапи – базирани на фиксни планови, хиерархиски структури и детерминистички техники како ЦПМ (CPM) и ПЕРТ (PERT) – сè повеќе се покажуваат недоволни во динамичните и технолошки турбулентни средини карактеристични за четвртата индустриска револуција.

Предметот на ова истражување е анализа на еволуцијата на проектниот менаџмент во историски и методолошки контекст, со посебен акцент на начинот на којшто индустриските револуции влијаеле врз развојот на клучните техники, концепти и практики на управување со проекти. Фокусот е насочен кон тоа како секој индустриски пресврт – од механизацијата и научниот менаџмент, преку дигитализацијата, до современите модели (agile, DevOps и хибридни модели) – довел до соодветни трансформации во методологиите на планирање, координација и контрола на проектите.

Целите на трудот се: (1) да обезбеди систематски преглед на историскиот развој на проектниот менаџмент преку анализирање на индустриските револуции како двигатели на методолошки промени; (2) да идентификува како класичните техники (како ЦПМ, ПЕРТ, научниот менаџмент и административната теорија) еволуирале во современи адаптивни методологии; и (3) да објасни зошто денешните проекти бараат флексибилни модели базирани на принципи, како ПМБОК 7 (PMBOK 7), и како современите дигитални технологии, особено вештачката интелигенција (ВИ), ја редефинираат улогата на проектниот менаџер.

Методолошки, трудот се заснова на длабинска анализа на релевантна академска литература, вклучувајќи економски историчари (Landes, Mokyr, Allen), класични теоретичари на менаџмент (Taylor, Fayol, Chandler), современи автори од областа на проектниот менаџмент (Kerzner, Morris) и стандарди (PMI, ISO). Анализата се темели на преглед, синтеза и споредба на различни гледишта од документите со теоретски рамки и емпириски истражувања. Овој пристап овозможува да се утврди конзистентна линија на развој и да се објасни трансформацијата од предиктивен кон адаптивен проектен менаџмент како логичен исход на технолошките и организациските промени низ индустриската историја.

Методологија на прегледот

Овој труд е конципиран како систематизиран теоретски преглед на релевантната академска литература со цел да се анализира еволуцијата на проектниот менаџмент низ индустриските револуции и да се објасни транзицијата од предиктивни кон адаптивни модели на управување со проекти. Методолошкиот пристап се темели на квалитативна анализа, компарација и синтеза на теоретски и концептуални извори. Пребарувањето на литературата беше спроведено во повеќе академски бази на податоци и научни платформи (Scopus, Web of Science, Google Scholar), како и во официјални публикации и стандарди од релевантни институции (PMI, ISO, IPMA). Како клучни поими за пребарување беа користени комбинации од термини (project management evolution, industrial revolutions, CPM, PERT, scientific management, agile project management, DevOps, PMBOK 7, Industry 4.0 и artificial intelligence in project management). Критериумите за вклучување на изворите опфатија: (1) рецензирани научни трудови, монографии и релевантни стандарди; (2) публикации на англиски јазик; (3) извори што експлицитно ги третираат врските помеѓу технолошките, организациските и управувачките трансформации; (4) трудови со јасна теоретска или аналитичка релевантност за проектниот менаџмент. Изворите што имаа исклучиво практичен или публицистички карактер беа исклучени од анализата.

Анализата на литературата беше извршена преку хронолошка и тематска синтеза, при што развојот на проектниот менаџмент беше разгледан по фази, согласно четирите индустриски револуции. Посебен акцент беше ставен на идентификување на доминантните управувачки логики, техники и модели карактеристични за секоја индустриска епоха, како и на споредба помеѓу нормативните стандарди и емпириските согледувања од современата литература. Ваквиот пристап овозможи систематско поврзување на историскиот развој со актуелните адаптивни и хибридни модели на управување со проект.

Теоретска рамка

Дефиниции на проектниот менаџмент

Меѓу првите систематски академски обиди за формално дефинирање на проектниот менаџмент се издвојува трудот на Олсен (Olsen, 1971), презентирани на симпозиум на Институтот за проектен менаџмент (Project Management Institute – PMI), во којшто се нагласува дека секоја валидна дефиниција мора да одговори на три клучни прашања: што е проект, што подразбира управувањето со проект и кои активности и техники го сочинуваат процесот на управување. Врз основа на оваа логика, Институтот во 1976 година ја формулира првата стандардизирана дефиниција, според којашто проектниот менаџмент претставува примена на алатки и техники, како што се ЦПМ и матричната организација, за насочување на ресурсите кон остварување на единствена и комплексна задача во рамките на временски, трошочни и квалитативни ограничувања

(PMI, 1976). Во поновата литература, Институтот ја проширува оваа дефиниција со акцент на знаењето и компетенциите, дефинирајќи го проектниот менаџмент како „примена на знаење, вештини, алатки и техники на проектни активности со цел да се исполнат барањата на проектот“ (PMI, 2004). Слична процесно-ориентирана перспектива нуди и ИСО 10006:2017, кој проектниот менаџмент го дефинира како сет на координирани и контролирани активности со јасно определен почеток и крај, насочени кон постигнување цел под ограничувања на време, трошоци и ресурси (ISO, 2017). ПРИНЦЕ2 (PRINCE2) го опишува проектот како привремена организација создадена за испорака на уникатен производ или уникатна услуга во рамките на однапред дефинирани ресурси и временска рамка (AXELOS, 2017), додека ИПМА ги нагласува временската и ресурсната ограниченост на проектот како негови суштински карактеристики (IPMA, 2015). Иако формулациите варираат, сите овие дефиниции го концептуализираат проектот како привремен, целно-насочен и ограничен систем на активности што бара координација, контрола и структурирано управување. Оттука, различните дефиниции на проектниот менаџмент (PMI, ISO, PRINCE2) имплицираат процесна логика заснована на координација, контрола и управување со ограничувања, што историски ја легитимирало доминацијата на предиктивните методолошки модели. Процесниот модел на проектниот менаџмент, особено во рамките на водичите ПМБОК (трето до шесто издание), не претставува произволна организациска конструкција, туку логична операционализација на самите дефиниции. Доколку проектот се дефинира како систем на координирани активности со јасно утврдени цели, ограничувања и временска рамка, тогаш управувањето нужно се реализира преку структуриран редослед на фази како иницирање, планирање, извршување, мониторинг и затворање. Како што укажуваат Морис (Morris, 1994) и Тарнер (Turner, 2009), раните дефиниции го третираат проектниот менаџмент првенствено како инженерски систем, што резултирало со линеарни и секвенцијални процесни модели засновани на логиката на „тројно ограничување“ (triple constraint): време, трошок, опсег. Со текот на времето, дисциплината се проширила кон стратегиски и организациски аспекти, вклучувајќи управување со засегнати страни, лидерство и создавање вредност за клиентите. Дополнително, Седерлунд (Söderlund, 2011) укажува дека мултиплицитетот на дефиниции придонел за развој на различни процесни модели: технички-ориентирани во инженерските школи, бихевиорални во организациската теорија и итеративни во агилните (agile) парадигми. Во контекст на Четвртата индустриска револуција (Industry 4.0), проектниот процес сè повеќе се концептуализира преку адаптивни циклуси на учење и итерација, наместо преку фиксни секвенцијални фази. Оваа трансформација е институционално признаена со ПМБОК 7, кој го напушта универзалниот процесен модел и преминува кон рамка базирана на принципи и ориентирана кон резултати. Оттука, дефиницијата на проектниот менаџмент не претставува само описна категорија туку и клучен концептуален фактор што ги обликува структурата, логиката и динамиката на процесот на управување со проекти.

Индустриски револуции и еволуција на проектниот менаџмент

Развојот на индустриските револуции претставува фундаментален двигател на економските, технолошките и организациските трансформации, а со тоа и на еволуцијата на проектниот менаџмент. Секоја индустриска фаза воведува нови форми на производство, организација и координација, кои создаваат потреба за нови техники, стандарди и методологии за управување со проекти. Индустриските револуции не претставуваат изолирани настани, туку долгорочни процеси во коишто нови технолошки парадигми ги заменуваат постојните, создавајќи нови модели на продуктивност, капитална акумулација и организациска комплексност. Како што истакнува Ленде (Landes, 1969), тие можат да се разберат како „структурни пресврти во коишто технолошката иновација создава нови системи на производство и дистрибуција“. Ленде (1969) укажува дека терминот „индустриска револуција“ е концептуално двосмислен и се користи во најмалку три значења: (1) *industrial revolution* со мали букви – како општ технолошки процес на премин од рачна кон машинска работа и од органска кон неорганска енергија; (2) *industrial revolution* како метафоричен израз за секој период на забрзана технолошка промена; и (3) *Industrial Revolution* со големи букви – како строго историски пресврт поврзан со Британија во доцниот 18 и раниот 19 век. Авторот предупредува дека прекумерната метафорична употреба доведува до „концептуално проширување“ (conceptual stretching), при што поимот ја губи аналитичката прецизност и способноста да разликува меѓу структурни пресврти и постепени, еволутивни промени. Затоа, за академска анализа е неопходно јасно разграничување меѓу метафоричната и историски специфичната употреба на поимот, бидејќи само второто значење имплицира системско реструктурирање на економијата, технологијата и организацијата на трудот. Во согласност со оваа концептуална дистинкција, понатамошната анализа се сосредоточува исклучиво на *Industrial Revolution* во нејзиното строго историско значење, односно како уникатен технолошко-економски пресврт што почнал во Британија во доцниот 18 век и довел до темелна трансформација на производството, организацијата на трудот и економскиот раст. Кога зборуваме за *Industrial Revolution* со големи букви, не се повикуваме на метафора или на општ процес на технолошка промена, туку на строго дефиниран историски пресврт што го означува преминот од аграрна и мануфактурна економија кон економија заснована на машинско, фабричко и масовно производство. Овој процес вклучува клучни технолошки пробиви како парната машина, механизацијата на текстилната индустрија и напредокот во металургијата, кои создаваат кумулативен иновациски динамички циклус – феномен што Мокир (Мокур, 2009) го опишува како „култура на континуирана иновација“.

Економските последици од оваа трансформација се еднакво значајни. Преминот кон индустриско производство доведува до зголемена продуктивност, проширување на пазарите, интензивна урбанизација и појава на одржлив економски раст (Crafts, 1985). Како што забележува Кузнец (Kuznets, 1973), токму во овој период економијата по првпат влегува во фаза на „модерен економски раст“, карактеризиран со континуирано зголемување на доходот по глава на жител и структурна трансформација

на производствените сектори. Паралелно со технолошките и економските промени, *Industrial Revolution* предизвикува и длабоки организациски трансформации. Фабриката станува доминантна производствена единица, трудот се специјализира, времето се рационализира преку фабричката дисциплина, а односите меѓу работниците и работодавачите се редефинираат врз основа на надзор и јасна поделба на одговорности. Овие промени создаваат нови форми на управување и координација, кои Чендлер (Chandler, 1977) ги идентификува како темел на модерната деловна организација и појавата на професионалниот менаџмент. Токму оваа интеграција на технолошки иновации, економски трансформации и организациски преуредувања ја прави *Industrial Revolution* уникатен историски пресврт, а не само уште еден период на забрзана иновација. Таа не претставува само промена во технологијата туку и редизајн на економскиот поредок, начинот на производство и општествените односи. Поради тоа, мнозинството економски историчари ја третираат како пресвртница што го означува почетокот на модерната индустриска ера.

Компаративната анализа на водечките академски автори (види Табела 1) дополнително потврдува овој консензус. Иако Лендс и Ештон (Ashton) ставаат акцент на технолошките иновации, Мокир го нагласува културниот и институционалниот контекст, Ален (Allen) и Крафтс (Crafts) ги истакнуваат економските стимулации и структурниот раст, Хобсбаум (Hobsbawm) ги анализира социјалните последици, а Чендлер ја нагласува улогата на организацијата и менаџментот, сите се согласуваат дека *Industrial Revolution* претставува прв историски момент во којшто технолошките, економските и организациските промени се спојуваат во единствен, самоодржлив систем на развој. Овој консензус ја потврдува валидноста на концептот како централен аналитички столб во економската и индустриската историја.

Табела 1

Гледишта на водечките академски автори за Индустриската револуција

Автор	Дисциплина/ школа	Главен акцент во анализата	Клучни аргументи	Перцепција за важноста на технолошки, економски и организациски промени
David Landes <i>The Unbound Prometheus</i> (1969)	Економска историја; традиционална школа	Технологија + индустриски систем	Индустриската револуција е единствен технолошко-економски пресврт што создава модерна продуктивност.	Техничка иновација = главен мотор. Но, организацијата (фабрика) и економските промени се еднакво суштински.
Joel Mokyr <i>The Enlightened Economy; Culture of Growth</i>	Економска историја; „културна еволуција“	Идеи, иновации, „култура на знаење“	Напредокот произлегува од културни институции што стимулираат знаење, експериментирање и практично инженерство.	Технологијата е резултат на културна еволуција. Организациските промени се важни, но секундарни во однос на културата на знаењето и иновациите.

Автор	Дисциплина/ школа	Главен акцент во анализата	Клучни аргументи	Перцепција за важноста на технолошки, економски и организациски промени
Robert C. Allen <i>The British Industrial Revolution in Global Perspective</i> (2009)	Институционална економија	Цени, плати, економски стимулации	Високите плати и ниските цени на енергија во Британија создаваат стимул за механизација.	Економските услови се пресудни , технолошките иновации се рационален одговор. Организацијата следува потоа.
Nicholas Crafts	Ревизионистичка економска историја	Економски раст, статистика	Растот бил побавен од традиционалните прикази, но трансформацијата била реална и системска.	Промените се квантифицирани , технологијата е важна, организацијата умерено важна.
Eric Hobsbawm <i>Industry and Empire</i>	Социјална историја	Работници, класа, индустриско општество	Индустриската револуција е општествен феномен: создавање на работничка класа, фабричка дисциплина, урбанизација.	Организациските и социјалните промени се централни ; технологијата е средство, не цел.
T. S. Ashton	Класична економска историја	Технолошки оптимизам	„Револуцијата“ како период на подобрување, забрзана продуктивност и инженерски напредок.	Технологијата како позитивна сила; економските промени природна последица.
Wrigley (E. A.) <i>Energy and the English Industrial Revolution</i>	Економска историја на енергијата	Енергетски системи	Преминот од органска (био) кон фосилна енергија ја овозможува револуцијата.	Енергетската технологија е основата ; економските и организациските промени се последици.
Alfred Chandler <i>The Visible Hand</i>	Деловна историја/ менаџмент	Организација, фирми, менаџмент	Индустриската револуција создава современи корпорации, менаџери и модерни форми на координација.	Организацијата и менаџментот се клучни ; технологијата е предуслов, но не и завршна точка.

Индустриски револуции и развој на клучни техники на проектниот менаџмент

Првата индустриска револуција (крај на 18 век – средина на 19 век)

Првата индустриска револуција (крај на 18 и средина на 19 век) претставува период на интензивна механизација, широка примена на парната енергија и развој на текстилната и железничката индустрија, што довело до трансформација на производствените процеси и појава на големи инфраструктурни проекти (Allen, 2009). Иако во овој период сè уште не постои формализиран проектен менаџмент како самостојна дисциплина, се развиваат основни инженерски и организациски практики што ја поставуваат основата за неговата подоцнежна институционализација (Morris, 1994).

Зголемената комплексност на техничките системи наметнува потреба од систематско планирање на трудот, материјалите и времето. Инженерите почнуваат да користат техничка документација, пресметки и спецификации за реализација на канали, железници и рударски проекти, што претставува рана форма на дефинирање на проектниот опфат (Landes, 1969). Паралелно, фабричкото производство воведува стандардизација на работните задачи, рутинска распределба на трудот и квантитативно следење на изведбата, што може да се интерпретира како зачеток на процесна структура и систематизација на работните активности (Hobsbawm, 1962).

Фабричкиот систем дополнително ја зголемува потребата од организациска координација и надзор. Првите фабрички надзорници и мајстори ја преземаат улогата на координирање на ресурсите и активностите, функционирајќи како претходници на современите проектни менаџери (Chandler, 1977). Големите инфраструктурни проекти, особено железничките мрежи, воведуваат фазно градење, контрола на трошоците, договорни односи со повеќе изведувачи и буџетско планирање, со што се поставуваат основните елементи на современите проектни методологии (Meredith & Mantel, 2014).

Механизацијата на производството бара синхронизација на работните процеси и навремени интервенции при технички дефекти, што може да се смета за рана форма на управување со ризици. Дефектите на машините претставувале критични закани за континуитетот на производството, поради што се развиваат превентивни и корективни мерки за нивно минимизирање (Landes, 1969).

Втората индустриска револуција (1870-1914)

Втората индустриска револуција (1870-1914), обележана со електрификацијата, развојот на масовното производство и експанзијата на големите корпорации, донесува суштински промени во организациската на трудот и управувањето со сложени технички системи (Chandler, 1977). Новите технологии, како електричниот мотор, телеграфот и телефонските мрежи, создаваат комплексни производствени синџири што бараат поформални и систематски техники на планирање, координација и контрола.

Во овој период се развива научниот менаџмент на Фредерик Тејлор, кој воведува научен пристап кон анализата на трудот преку мерење на времето и движењата, стандардизација на процесите, селекција и обука на работниците, како и јасна поделба на одговорностите меѓу менаџментот и извршителите (Taylor, 1911). Овие принципи создаваат основа за структурирано планирање, оптимизација на работните задачи и контролирано распределување на ресурсите, што претставува зачеток на современите практики како ВБС (WBS) и распоредувањето задачи (task scheduling) (Kerzner, 2022).

Паралелно, административната теорија на Хенри Фајол ги дефинира петте основни менаџерски функции – планирање, организирање, командување, координација и контрола – како и 14-те административни принципи што воспоставуваат систематска рамка за управување со организациите (Fayol, 1916). Оваа рамка директно се поврзува со современиот проектен животен циклус преку воведување на формализирани управувачки процеси и јасна отчетност.

Развојот на големите корпорации води кон создавање на функционални и хиерархиски организациски структури, со јасно дефинирани улоги и специјализации (Chandler, 1977). Овие структури претставуваат основа за подоцнежните функционални и матрични проектни модели (Kerzner, 2022). Истовремено, потребата за навремена комуникација, финансиска контрола и следење на напредокот на проектите го поттикнува развојот на рани форми на контрола на трошоците (cost control) и следење на перформансите (performance monitoring) (Morris, 1994).

Со тоа, Втората индустриска револуција ги институционализира систематското управување, мерењето на перформансите и структурираното планирање, поставувајќи ги темелите на модерниот проектен менаџмент како формална дисциплина.

Третата индустриска револуција (шеесетти години – почеток на 21 век)

Третата индустриска револуција (шеесетти години – почеток на 21 век), позната како дигитална револуција, претставува клучна фаза во еволуцијата на современиот проектен менаџмент. Развојот на компјутерската технологија, автоматизацијата и информатичките системи овозможува нови форми на планирање, координација и контрола на комплексни технички и инженерски проекти (Meredith & Mantel, 2014). Според Кастелс (Castells, 1996), овој период означува премин кон „мрежно општество“, во коешто информацијата станува централен производствен ресурс, а координацијата се реализира преку дигитални системи.

Најзначајни методолошки достигнувања од овој период се Методот на критичниот пат (Critical Path Method – CPM) и Техниката за преглед и оцена на програми (Program Evaluation and Review Technique – PERT), развиени во педесеттите години на 20 век од „Дупонт“ (DuPont) и американската морнарица. Овие техники овозможуваат мрежно моделирање на проектите, идентификација на критичниот пат и анализа на времетраењето на активностите (Kerzner, 2022). ЦПМ се заснова на детерминистички временски процени и овозможува прецизно планирање на приоритетите и ресурсите,

додека ПЕРТ користи веројатносни временски сценарија за управување со неизвесноста и ризикот (Taylor, 1911; Kerzner, 2022).

Овие методи стануваат темел на современите стандарди за управување со проекти, вклучувајќи ги ПМБОК и ИСО 21500/21502, преку интеграција на концепти како критичен пат, мрежно планирање, следење на напредокот и управување со времето и ризиците (Kerzner, 2022). Понатаму, софтверските алатки како „Примавера“ (Primavera) и „Мајкрософт проект“ (Microsoft Project) ја дигитализираат примената на ЦПМ и ПЕРТ, овозможувајќи автоматско следење на напредокот, динамичко ажурирање на плановите и компјутерски поддржана буџетска контрола (Meredith & Mantel, 2014).

Поради зголемената сложеност на проектите, се развива и матричната организациска структура, која комбинира функционални и проектни линии на одговорност, овозможувајќи флексибилно користење на специјализирани ресурси и подобрена комуникација (Larson & Gray, 2017). Истовремено, управувањето со ризици се институционализира преку техники како матрици на ризик, анализа на чувствителност и симулации Монте Карло (Monte Carlo), особено во одбранбени, авијациски и ИТ-проекти (Morris, 1994).

Со тоа, Третата индустриска револуција ја трансформира практиката на проектниот менаџмент од традиционално планирање кон аналитички, дигитално поддржан и системски-ориентиран пристап, поставувајќи ги темелите на современото управување со комплексни проекти.

Четвртата индустриска револуција (од 2010 година до денес)

Четвртата индустриска револуција (од 2010 година до денес), концептуализирана преку Индустија 4.0 (Industry 4.0), се карактеризира со интеграција на *интернет-нешта* (IoT), аналитика на големи податоци (big data), инфраструктури на клауд (cloud), вештачка интелигенција и физички киберсистеми, што создава високоинтерконектирани и динамични организациски средини (Schwab, 2016; Lasi et al., 2014). Според Херман и соработниците (Hermann et al., 2016), овие услови ја трансформираат логиката на проектите од линеарни во адаптивни и децентрализирани системи.

Како одговор на оваа комплексност, во практиката доминираат одредени модели (**agile, Scrum, Lean, DevOps** и **хибридни модели**) што се засноваат на итеративни циклуси, брза испорака на вредност и тимска автономија (Rigby et al., 2016; Schwaber & Sutherland, 2020). Интеграцијата и автоматизацијата на развојот на софтвер и ИТ-операциите (DevOps), како оперативен модел, ја интегрира развојната и оперативната функција преку автоматизација на континуирана интеграција и континуирана испорака (CI/CD), со што се забрзува иновациониот циклус и се подобрува континуитетот на испораката (Kim et al., 2016). Истовремено, аналитиката поддржана од ВИ овозможува предвидување ризици, оптимизација на ресурси и автоматизирано планирање, што го трансформира проектниот менаџер од

администратор во стратег и аналитичар на вредност (Davenport & Ronanki, 2018; Kerzner, 2022).

На **нормативно ниво**, ПМБОК 7 (PMI, 2021) го напушта класичниот процесен модел и преминува кон рамка базирана на принципи што е сосредоточена на адаптивност, вредност за засегнатите страни (stakeholder value), системско размислување и контекстуално приспособување (tailoring). Овој пристап ја одразува потребата од флексибилно управување во дигитални и нестабилни средини, за разлика од претходните стандарди ориентирани кон предиктивно планирање (Too & Weaver, 2014).

На **емпириско ниво**, истражувањето на Серадор и Пинто (Serrador & Pinto, 2015), базирано на анализа на над илјада проекти од различни индустрии, покажува дека **поголемото ниво на агилни практики е позитивно поврзано со зголемена проектна ефикасност и повисоко задоволство на засегнатите страни**, особено во динамични и технолошки интензивни средини. Сепак, авторите нагласуваат дека агилните практики не гарантираат автоматски подобар квалитет на резултатите, туку ефектот зависи од зрелоста на организацијата и од соодветната примена на практиките.

Дополнително, Конфорто и соработниците (Conforto et al., 2014) преку компаративна анализа на различни индустриски сектори утврдуваат дека **агилните и хибридни пристапи се најнеефективни во проекти со висока неизвесност, иновациски карактер и променливи барања**, додека традиционалните предиктивни модели се посоодветни за стабилни, повторливи и инженерски-ориентирани проекти. Нивните наоди укажуваат дека хибридниот модел, кој комбинира структуриран план со итеративна флексибилност, обезбедуваат оптимален баланс меѓу контрола и адаптација.

Во однос на DevOps, емпириските студии укажуваат на подобрување на континуитетот на испораката и соработката меѓу функциите, но и на нови предизвици поврзани со организациската координација, културата на организацијата и организациската зрелост (Kuhmann et al., 2017).

Оттука, преминот од предиктивен кон адаптивен проектен менаџмент претставува структурна трансформација во логиката на управување – од стабилност кон флексибилност, од планирање кон континуирано учење и од контрола кон вредносно-ориентирана испорака. Во ерата на Четвртата индустриска револуција, **агилните и хибридниот модели не се универзална замена за традиционалните пристапи, туку контекстуално условени стратегии**, чија успешност зависи од типот на проектот, организациската култура и зрелоста на тимовите.

Табела 2

Индустриски револуции и клучни техники на проектн менаџмент

Индустриска револуција	Период	Карактеристики	Клучни техники на проектн менаџмент	Главни автори
Прва индустриска револуција	Крај на 18 век – средина на 19 век	Механизација, парна енергија, текстил, рани фабрики	<ul style="list-style-type: none"> – Техничко инженерско планирање – Мерење на работни задачи – Рани форми на организациска координација – Рудиментарни пресметки за трошоци/ време – Фазно градење инфраструктура 	Landes (1969), Allen (2009), Morris (1994), Hobsbawm (1962)
Втора индустриска револуција	1870-1914	Електрификација, масовно производство, телекомуникации, корпорации	<ul style="list-style-type: none"> – Научен менаџмент (Taylorism) – Административни принципи (Fayol) – Стандардизација на процеси – Поделба на трудот и функционална структура – Систематско мерење перформанси 	Taylor (1911), Fayol (1916), Chandler (1977), Kerzner (2022)
Трета индустриска револуција	Шеесетти години – почеток на 21 век	Компјутери, автоматизација, роботика, информатички системи	<ul style="list-style-type: none"> – CPM (Critical Path Method) – PERT (Program Evaluation and Review Technique) – Софтвери за планирање (Primavera, MS Project) – Матрични организациски структури – Формален ризик-менаџмент 	Castells (1996), Meredith & Mantel (2014), Kerzner (2022), Morris (1994)
Четврта индустриска револуција	Од 2010 година до денес	IoT, AI, Big Data, Cloud, физички киберсистеми	<ul style="list-style-type: none"> – Agile, Lean, Scrum – DevOps, CI/CD – Hybrid PM модели – Data-driven PM – Tailoring (PMBOK 7) – Автоматизација и поддршка од ВИ 	Schwab (2016), Lasi et al. (2014), PMI (2021), Davenport & Ronanki (2018), Kim et al. (2016)

Синтеза и дискусија на клучните наоди

Анализата на развојот на проектниот менаџмент низ индустриските револуции укажува на јасна еволутивна линија во логиката на управување со проекти, која е директно условена од степенот на технолошка комплексност, организациска зрелост и неизвесност на околината. Во Првата и Втората индустриска револуција доминираат инженерски и административни пристапи засновани на механистичка логика, стандардизација и хиерархиска контрола. Во овие контексти, проектите се карактеризираат со релативно стабилни барања, јасно дефинирани задачи и можност за детално планирање однапред. Во Третата индустриска револуција, со појавата на дигиталните технологии и големите техничко-инженерски проекти, проектниот менаџмент се формализира преку методи како ЦПМ и ПЕРТ, со што предиктивниот модел станува доминантен управувачки пристап. Овој модел се покажува како ефикасен во услови на техничка комплексност, но со умерена променливост, каде што проектните цели и опфати можат релативно прецизно да се дефинираат однапред. Сепак, Четвртата индустриска револуција воведува радикално различен контекст. Високата динамика, дигиталната поврзаност, кратките иновациски циклуси и растечката неизвесност ја ограничуваат применливоста на строго предиктивните модели. Како одговор на овие услови, се развиваат адаптивни и итеративни модели на управување (agile, Scrum, DevOps и хибридни пристапи), кои ја преместуваат тежишната точка од следење план кон континуирано учење, адаптација и испорака на вредност. Во овој контекст, важно е да се направи јасна разлика помеѓу нормативните стандарди и емпириските согледувања. Нормативните рамки, како водичот ПМБОК (7. издание) и ИСО 21502, ја рефлектираат оваа трансформација преку напуштање на универзалниот процесен модел и преминување кон пристап базиран на принципи, сосредоточен на контекстуално приспособување и управување со вредност. Од друга страна, емпириските истражувања за агилните управувања, хибридно управување и DevOps укажуваат дека овие пристапи водат кон подобрена флексибилност, побрза испорака и подобро управување со ризици, но истовремено поставуваат нови предизвици поврзани со координацијата, организациската култура и зрелоста на тимовите. Дополнително, примената на аналитика потпомогната од вештачка интелигенција отвора нова фаза во развојот на проектниот менаџмент. Современите алатки за ВИ овозможуваат предвидување ризици, оптимизација на распоредите и поддршка на донесувањето одлуки во реално време, што ја засилува адаптивната логика на управување. Овие наоди ја потврдуваат тезата дека преминот од предиктивни кон адаптивни модели не е само методолошка промена туку и структурна трансформација на управувачката парадигма во услови на Индустриската 4.0.

Заклучок

Овој труд имаше цел да обезбеди систематизиран преглед на еволуцијата на проектниот менаџмент низ индустриските револуции и да ја објасни трансформацијата од предиктивни кон адаптивни модели на управување со проекти. Анализата покажа дека секоја индустриска револуција создава специфичен технолошки и организациски контекст, кој директно влијае врз доминантните управувачки логики, техники и методологии.

Првата цел – систематски преглед на развојот на проектниот менаџмент по индустриски фази – беше остварена преку хронолошка анализа на клучните техники и концепти, од раните инженерски практики и научниот менаџмент, преку ЦПМ и ПЕРТ, до современите агилни и хибридни модели. Втората цел – објаснување на еволуцијата од класични предиктивни техники кон адаптивни методологии – потврди дека стабилните и предвидливи контексти на Втората и Третата индустриска револуција овозможиле доминација на линеарни процесни модели, додека динамиката и неизвесноста на Четвртата индустриска револуција ја наметнуваат потребата од флексибилни и итеративни пристапи.

Третата цел – анализа на улогата на современите стандарди и дигиталните технологии – покажа дека рамките како ПМБОК 7 и ИСО 21502 институционално ја признаваат оваа промена, преминувајќи од процесно управување кон управување базирано на принципи. Истовремено, примената на аналитика и вештачка интелигенција дополнително ја зајакнува адаптивноста на проектниот менаџмент, рedefинирајќи ја улогата на проектниот менаџер како стратег, аналитичар и фасилитатор на вредност.

Оттука, може да се заклучи дека еволуцијата на проектниот менаџмент не претставува едноставно акумулирање на нови техники, туку суштинска трансформација на управувачката парадигма. Во услови на Четвртата индустриска револуција, успешното управување со проекти сè повеќе зависи од способноста за адаптација, системско размислување и интеграција на дигитални технологии, што ја позиционира адаптивноста како централна компетенција на современиот проект менаџмент.

Сумирано, индустриските револуции не само што создаваат нови технологии туку истовремено ја обликуваат и методолошката архитектура на проектниот менаџмент.

Затоа, анализата потврдува дека еволуцијата на проектниот менаџмент не е само развој на нови техники туку и темелна трансформација на **концепцијата на проектниот процес**. Од фиксна, секвенцијална и предвидлива структура, процесот станува флексибилен, итеративен и податочно управуван. Иднината на проектниот менаџмент – особено во услови на експанзија на ВИ – се движи кон интелигентни, адаптивни и хибридни модели, каде што проектниот менаџер се трансформира од контролор на процеси кон стратегиски интегратор, аналитичар и лидер на вредност. Така, процесниот модел не исчезнува, но станува релативизиран – само една од можните структури во поширок, динамичен и контекстуално управуван систем.

References

- Allen, R. C. (2009). *The British industrial revolution in global perspective*. Cambridge University Press.
- Ashton, T. S. (1948). *The industrial revolution 1760–1830*. Oxford University Press.
- AXELOS. (2017). *Managing successful projects with PRINCE2®* (6th ed.). <https://www.axelos.com>
- Castells, M. (1996). *The rise of the network society*. Blackwell.
- Chandler, A. D. (1977). *The visible hand: The managerial revolution in American business*. Harvard University Press.
- Conforto, E. C., Salum, F., Amaral, D. C., da Silva, S. L., & de Almeida, L. F. M. (2014). Can agile project management be adopted by industries other than software development? *Project Management Journal*, 45(3), 21–34. <https://doi.org/10.1002/pmj.21410>
- Crafts, N. F. R. (1985). *British economic growth during the industrial revolution*. Clarendon Press.
- Geraldi, J., Maylor, H., & Williams, T. (2011). Now, let's make it really complex (complicated): A systematic review of the complexities of projects. *International Journal of Operations & Production Management*, 31(9), 966–990. <https://doi.org/10.1108/01443571111165848>
- IPMA. (2015). *IPMA individual competence baseline (ICB4)*. International Project Management Association. <https://www.ipma.world>
- ISO. (2017). *ISO 10006:2017—Quality management—Guidelines for quality management in projects*. International Organization for Standardization. <https://www.iso.org/standard/70303.html>
- ISO. (2020). *ISO 21502:2020—Project, programme and portfolio management—Guidance on project management*. International Organization for Standardization.
- Kim, G., Humble, J., Debois, P., & Willis, J. (2016). *The DevOps handbook: How to create world-class agility, reliability, and security in technology organizations*. IT Revolution Press.
- Kerzner, H. (2022). *Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling* (13th ed.). Wiley.
- Kuhrmann, M., et al. (2017). DevOps: A systematic mapping study. *Information and Software Technology*, 83, 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.infsof.2016.11.005>

- Landes, D. S. (1969). *The unbound Prometheus: Technological change and industrial development in Western Europe from 1750 to the present*. Cambridge University Press.
- Lasi, H., Fettke, P., Kemper, H.-G., Feld, T., & Hoffmann, M. (2014). Industry 4.0. *Business & Information Systems Engineering*, 6(4), 239–242. <https://doi.org/10.1007/s12599-014-0334-4>
- Meredith, J. R., & Mantel, S. J. (2014). *Project management: A managerial approach* (8th ed.). Wiley.
- Mokyr, J. (1990). *The lever of riches: Technological creativity and economic progress*. Oxford University Press.
- Mokyr, J. (2009). *The enlightened economy: An economic history of Britain 1700–1850*. Yale University Press.
- Morris, P. W. G. (1994). *The management of projects*. Thomas Telford.
- Olsen, R. (1971). Can project management be defined? In *Proceedings of the PMI Symposium*. Project Management Institute.
- PMI. (1976). *Definitions of project and project management*. Project Management Institute.
- PMI. (2004). *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® Guide)* (3rd ed.). Project Management Institute.
- PMI. (2021). *A guide to the project management body of knowledge (PMBOK® Guide)* (7th ed.). Project Management Institute.
- Schwab, K. (2016). *The fourth industrial revolution*. World Economic Forum.
- Serrador, P., & Pinto, J. K. (2015). Does agile work? A quantitative analysis of agile project success. *International Journal of Project Management*, 33(5), 1040–1051. <https://doi.org/10.1016/j.ijproman.2015.01.006>
- Söderlund, J. (2011). Pluralism in project management: Navigating the crossroads of specialization and fragmentation. *International Journal of Management Reviews*, 13(2), 153–176. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2010.00290.x>
- Turner, J. R. (2009). *Handbook of project-based management: Leading strategic change in organizations* (3rd ed.). McGraw-Hill.

THE SATISFACTION OF PATIENTS WITH THE ETHICAL BEHAVIOR OF MEDICAL STAFF IN THE CLINICAL HOSPITAL OF TETOVO

Hazize Jonuzi, PhD Candidate
Ss. Cyril and Methodius University in Skopje,
Institute for Sociological, Political and Juridical Research
hazizejonuzi@outlook.com

Abstract

Considering the research and paperwork we have conducted in the past, particularly on the topic of ethics and medical staff behavior, which we will also cite in this paper, we decided to implement a study to collect data more closely. This will help us understand the situation of healthcare units, healthcare services, and the ethical behavior of medical staff serving our society. Through this research, we also aim to assess how informed patients are about their rights, the competent authorities, and their satisfaction with the ethical behavior of medical professionals towards them. In this paper, we present data collected from 195 surveyed citizens of North Macedonia related to issues such as ethics in the healthcare system in North Macedonia, the ethics of medical staff in the departments of gynecology, surgery, and internal medicine, knowledge of patients' rights, healthcare authorities, complaints, sanctions, and how the situation can be improved in the future. Additionally, in the discussion section of the paper, we will cite and discuss issues related to the ethics and communication between doctors and nurses and their patients worldwide. Thus, the primary objective of this paper is to illustrate to readers how patients perceive the issue of medical staff ethics, with a particular focus on the ethics of medical staff at the Clinical Hospital of Tetovo, North Macedonia. We will explore their experiences with healthcare services at CHT, their knowledge of their rights, and the communication between medical staff and patients. Through the data collected from the questionnaire, the level of knowledge, information, satisfaction, and reactions of patients utilizing healthcare services at the Clinical Hospital of Tetovo will be evaluated. Additionally, it aims to provide a clear picture of the further research needed to identify the main factors influencing the current situation at CHT.

Keywords: patients, medical staff, healthcare ethics, Clinical hospital of Tetovo, Sociology of life, Sociology of medicine

ЗАДОВОЛСТВОТО НА ПАЦИЕНТИТЕ ОД ЕТИЧКОТО ОДНЕСУВАЊЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ПЕРСОНАЛ ВО КЛИНИЧКАТА БОЛНИЦА ВО ТЕТОВО

Вовед

Во 1948 година, Обединетите нации (ОН) ја ставија во сила Универзалната декларација за човекови права. Врз основа на тоа, во 1966 година, ОН создадоа договори како Меѓународниот пакт за граѓански и политички права (ICCPR) и Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права (ICESCR). Затоа, Меѓународниот пакт за економски, социјални и културни права здравствената заштита ја признава како основно право, а правото на здравје треба да се сфати како право на уживање во разновидни установи, добра, услуги и услови неопходни за остварување на највисокиот можен стандард на здравје (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). Постојат и меѓународни кодекси за етика за здравствените професионалци што детално го опфаќаат етичкото однесување на медицинските професионалци, како што се меѓународната деонтологија на етиката, етиката на доблеста, етиката на грижа, утилитаризмот и други. Како што рекол Аристотел за теоријата на етиката на доблеста, најважно е каков карактер имаш, а не какво дејство преземаш. Не е важно што правиш, туку кој си (Gardiner, 2003, стр. 297-302). Во медицината, преку теоријата на етиката на доблеста, можеме да дознаеме повеќе за дилемите поврзани со мотивацијата и карактерот на здравствените професионалци и да разбереме зошто тие постапуваат како што постапуваат во здравствените установи/одделенија кон пациентите. Етиката на грижа како теорија повеќе се сосредоточува на грижата за другите, емпатијата и одговорноста при донесувањето одлуки. Според оваа теорија, луѓето реагираат со одговорност, грижа и сочувство. Оваа теорија е развиена од Керол Гилиган во 1980 година. Во овие две теорории, пациентот е во центарот на грижата.

Освен законскиот дел и делот на декларациите, за третирање на темата на однесувањето на медицинскиот персонал и пациентите, ние мораме да ги третираме и теориите на социологијата на живот и социологијата на медицина, според коишто можеме да дојдеме и до појасни заклучоци за тоа: како пациентите се однесуваат како болни луѓе и како медицинскиот персонал се однесува и треба да се однесува (според различните теоретичари) кон нив. За да ја видиме фактичката релација меѓу пациентите и медицинскиот персонал, формулиравме неколку прашања што ќе бидат опишани подолу.

1. Теоретска рамка

1.1. Социологија на животот

Животот не е важен само за биологијата и медицината. Тој е важен и за социологијата. Додека биологијата и медицината го дефинираат животот од физиолошки аспект и од аспект на преживување на човекот, социологијата, од друга страна, животот го дефинира како социјален процес што е конструиран од животните искуства под влијание на културата, институциите и односите на моќта. Оваа перспектива ни укажува на тоа дека, преку социологијата, се излегува и се оди подалеку од телото на индивидуата и се покажува како социјалните структури, норми и односи му даваат значење и ограничување на животот. Поради тоа, за овој труд ќе ги користиме теориите што се најважни за нашата тема – етичкото однесување на медицинскиот персонал – а коишто се поврзуваат со социологијата на животот и со социологијата на медицината.

Животот претставува процес. Перспективата на лекцијата на животот е фундаментален пристап во социологијата на животот, кој е оформен од траекторија на историските контексти, временските случувања, социјалните односи и индивидуалните дејствувања (Elder, 1994, стр. 4-15), односно, животот на човекот се менува и се оформува според времето, местото и неговите интерперсонални односи со другите во општеството во коешто живее. Според Фуко (Foucault, 1978), општеството треба да се води од тоа да не се казнува со смрт, туку да се овозможи да се живее и да се остави да се умре. Фуко се сосредоточува на менаџирањето на животот, а не на казнувањето на индивидуите според законите. Кога се спојуваат термините анатомополитика и биополитика (Foucault, 1978), доведуваат до сознание дека фокусот повеќе е на менаџирање на животот отколку на суверенитет и казнување. Феноменологијата на перцепции ги третира животот и болеста, а не само биологијата на човекот; го третира и она што тој секојдневно го преживува духовно и емоционално. Како што и самиот Мерло-Понти (Merleau-Ponty, 1962) го објаснува концептот на отелотворување (embodiment), тој се однесува на релевантноста на целото човечко битие, вклучувајќи го не само телото како биолошки термин туку и неговите емоции, душата и сè што човекот доживува во секојдневниот живот, односно она што тој го нарекува „живо тело“ (lived body). „Свеста не е разделена од телото, туку таа постои преку телото“ (Merleau-Ponty, 1962). Отсутното тело, според теоријата на Ледер, каде што се поврзуваат концептите на феноменологијата, социологијата на животот и етиката на животот „(...) функционира без пречки, но во болест се појавува како извор на нарушување и отуѓување“ (Leder, 1990, стр. 69). Ледер го проширува концептот на феноменологијата на Мерло-Понти на феноменологијата на овоплотување на искуството на телото или телесното претставување, каде што во очите на медицината во фокус е телото како објект или биологија, но според субјективното гледање на болеста, тоа е проживеан живот, телото не е само објект туку и едно искуство што е проживеано во различни аспекти. Според Мејтингли, „оздравувачките практики не се само технички перформанси; тие, исто така, се наративни драми во коишто

пациентите и практичарите заедно креираат приказни на надеж и трансформација“ (Mattingly, 1998, стр. 19). Концептот на „ранетиот раскажувач“ објаснува дека пациентите кои боледуваат од сериозни болести си раскажуваат приказни за нивната болест за да си дадат некакво чувство за нивниот сменет живот: „Болеста го прекинува животот“ (Frank, 1995, стр. 73), животот станува хаотичен, со пречки, ограничен, станува дневник во којшто му се дава значење на тагувањето. „Приказните што ги раскажуваат болните луѓе излегуваат надвор од нивните тела“ (Frank, 1995, стр. 47).

1.2. Социологија на медицината

Социологијата на медицината се сосредоточува на: медицината, како одредувач на социјалниот живот и одржувач на општествениот поредок преку менаџирањето на болеста; „болеста“, како сигнал за една девијантна појава на општеството; и „лекарот“, како агент на моралот на општеството, како обновувач на човечките животи и нивен спасувач, преку спасување од различни болести и грижа за здравјето на човекот. Социологијата на медицината се базира на теориите на консензус и не е базирана на теориите на конфликт. Според Парсонс, „социјалниот систем е систем на дејствување, вклучувајќи интеракции на индивидуи кои извршуваат улоги во една структура со споделени нормативни очекувања“ (Parsons, 1951, стр. 428-479). Преку „улогата на болниот“ (the sick role) во рамките на структуралниот функционализам, се објаснува како болеста на човекот не претставува само биолошка состојба туку е и цврсто поврзана со неговите норми и вредности што се дел од неговиот секојдневен живот. Според Маркс, теоријата на конфликтот смета дека социјалната организација е под влијание на структуралната нееднаквост, моќта и социјалната класа. Во општеството, некој е доминантен, а на некој друг се гледа како на пониска класа. Оттаму, се случува неред, во којшто има само тешкотии и нефункционалности, поради тоа што институциите им служат повеќе на интересите на моќта. Според теоријата на конфликти, групите кои се во конфликт се буржуите и пролетерите, односно оние што поседуваат капитал и оние што се работна сила или работници. Според Маркс, економската структура на општеството е главниот фактор за формирањето на социјалниот живот во едно општество, вклучувајќи го овде и здравствениот систем. Здравствените услуги се достапни кога се имаат капитал, класа и позиција: „Извршната власт на модерната држава не е ништо друго, освен комитет за управување со задачите на целата буржоазија“ (Marx & Engels, 1948). Така, државната администрација, вклучувајќи ги и здравствените институции и целиот систем, ги услужува само интересите на капиталистичката класа која е на власт и којашто има моќ: „Начинот на производство на материјалниот живот ги условува општествениот, политичкиот и интелектуалниот животен процес“ (Marx, 1858).

Симболичкиот интеракционизам во социологијата се објаснува преку драматуршката теорија на Гофман. Оваа теорија често покажува како луѓето преку различните интеракции и односи што постојат меѓу нив креираат значења, а преку теоријата на драматургија се зема метафората од театарот за да се објаснат

значењата што произлегуваат од секојдневните социјални интеракции помеѓу луѓето, социјалните однесувања и улогите што ги извршуваат луѓето во нивните јавни животи во општеството. Според оваа теорија, луѓето имаат неколку улоги во нивниот приватен и јавен живот (на пример, на работа). Гофман ова го дели на: предна сцена, заднинска сцена, управување со впечатоци и стигма. На предната сцена, човекот глумејќи се труди во јавноста да креира впечаток според своите посакувања. Оваа теорија е значителна за етичкото однесување на медицинскиот персонал бидејќи преку неа можат да се анализираат етичките однесувања и појави на медицинскиот персонал на заднинската и на предната сцена. Преку управувањето со впечатоците, ние можеме да сознаваме зошто медицинскиот персонал се однесува со емпатија и со согласување кон пациентите, за да се исполнат институционалните очекувања, иако медицинскиот персонал може да биде под стрес или да постојат извори на ограничувања. Перформансот на улогата е важен за да можеме да видиме како медицинскиот персонал се однесува според неговата улога во здравствените институции. Преку стигмата ќе се анализира како медицинскиот персонал, преку етичкото однесување, комуницирање и третирање, на стигматизираните пациенти им обезбедува почитување на нивните права и на нивното достоинство при третман. Според оваа теорија, етичкото однесување на медицинскиот персонал е и општествен перформанс, но и реална морална одговорност и им дава важност на интерактивноста на медицинскиот персонал со пациентите и на автентичните, а не само формални поврзување и грижа на медицинскиот персонал кон пациентите.

Теоријата на преговарањето на Анселм Страус е често нарекувана „теорија на преговарачки поредок“, која, исто така, ја претставува идејата на симболичкиот интеракционизам. Општествениот поредок не е статичен, туку се креира и се одржува преку интеракции и преговори што се случуваат помеѓу различните актери во една организација. Низ здравствените установи, односно низ болниците, правилата, улогите и етичките стандарди на однесување често се оформувани преку динамичните преговори што се случуваат помеѓу медицинскиот персонал, пациентите и нивните семејства. „Организацијата на медицинската работа никогаш не е фиксна, таа е постојано преговарана и повторно преговарана од страна на учесниците“ (Strauss, 1985, стр. 21). Етиката во болниците не е секогаш поврзана само со правилата и не е секогаш правило. Таа е секојдневно приспособувана и менувана според интеракциите и преговорите што се случуваат помеѓу лекарите, медицинските сестри и пациентите. Како што потенцира Страус, организацијата во здравството никогаш не е фиксна. Таа се менува секојдневно според потребите и динамиката во установата, што се под влијание на комуникацијата на медицинскиот персонал и пациентите, конфликтите, соработката, етичките однесувања и преговорите што се случуваат помеѓу медицинскиот персонал и пациентите. Според тоа, се влијае врз донесувањето одлуки, соработката, одговорностите, почитувањето на правата на пациентите и етичкото однесување на медицинскиот персонал за поефикасна здравствена грижа кон пациентот.

Ова истражување се заснова на принципот дека етичкото однесување и дигнитетот се фундаментални столбови на здравствената етика, кои го надминуваат нивото на обична учтивост и го штитат физичкиот и личниот интегритет на

пациентот. Теоретската матрица е изградена врз биоетичките принципи (автономија, добротворност и ненанесување штета) и врз социологијата на медицината, кои во овој труд се операционализирани преку конкретни димензии: емпатија, транспарентност, професионална одговорност и заштита на приватноста. Главниот мотив на истражувањето е да се идентификува и да се анализира евентуалниот јаз помеѓу пропишаните етички кодекси и секојдневната клиничка практика во Клиничката болница Тетово (КБТ). Преку квантитативна анализа на Одделот за гинекологија и акушерство, Одделот за општа хирургија и трауматологија и Одделот за интерни болести, трудот се стреми да утврди дали законските механизми за заштита на правата на пациентите се функционална реалност или само декларативна заложба. Крајната цел на оваа емпириска проверка е да се мапира информираноста на граѓаните и да се понудат конкретни насоки за надминување на системските дефицити, со цел враќање на довербата во јавното здравство и обезбедување на еднаков третман за сите пациенти, без оглед на нивната социјална или економска припадност.

2. Методологија

Фокусот е ставен на реалните искуства, затоа преку истражувањето во КБТ добиваме јасна слика за состојбите поврзани со здравствените услуги и за етичкото однесување на медицинскиот персонал, правата на пациентите и институционалната комуникација (пациенти, институции/органи). Преку емпирискиот дел на овој труд, ќе се обидеме да ги потврдиме или да ги отфрлиме теоретските ставови на авторите во практиката (како медицинскиот персонал се однесува со пациентите во болнички услови и колку сочувствува со нив). Истражувањето користи комбиниран пристап (квантитативен и квалитативен) за да го испита етичкото однесување во здравството, со фокус на КБТ, поточно Одделот за гинекологија и акушерство, Одделот за општа хирургија и трауматологија и Одделот за интерни болести.

2.1. Инструмент и примерок

Користен е структуриран прашалник (со Ликертова скала и прашања од отворен и затворен тип) врз примерок од 195 испитаници, избран преку методот на „снежна топка“. Дополнително, спроведени се квалитативни интервјуа со десетина пациенти за подлабоки согледувања.

- **Валидација и спроведување:** Алатката е валидирана од експерти и извршено е пилот-тестирање, а анкетањето е извршено во период од два месеца во 2024 година.
- **Фокус на анализата:** Преку дескриптивна статистика и визуелни графיקони, истражувањето ги мери:

1. Етичкото однесување на персоналот и квалитетот на услугите на трите оддели.

2. Познавањето на правата на пациентите и механизмите за жалби во Република Северна Македонија.
3. Институционалната одговорност и предлозите за подобрување на состојбите.

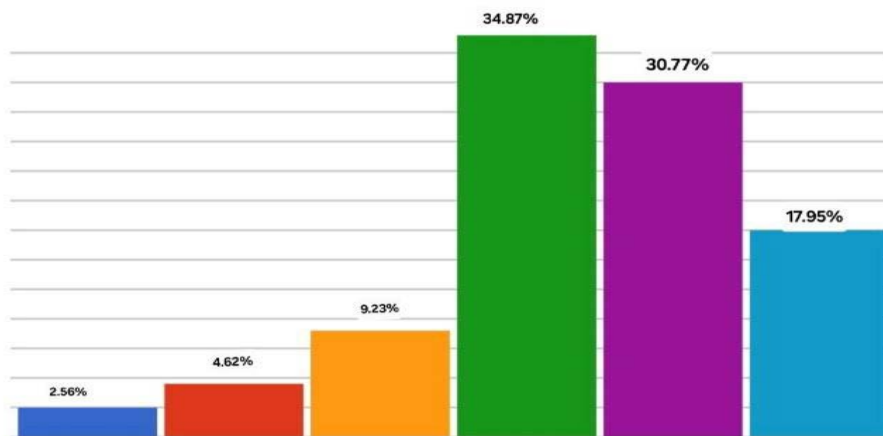
3. Резултати

3.1. Демографски белези на испитаниците

Поголемиот дел од одговорите доаѓаат од граѓани со албанска етничка припадност, од коишто повеќето имаат универзитетски дипломи и се вработени. Како што е наведено, истражувањето беше спроведено во втората половина од 2024 година, со учесници кои претставуваат различни региони во РСМ (особено западна Македонија), односно подрачја што во поголема мера гравитираат кон КБТ за здравствени услуги. Испитаниците припаѓаат на различни етнички групи, вклучувајќи: Албанци (91,3%), Македонци (3,1%), Турци (2,5%), Роми (2,1%) и други (1,1%).

Во однос на старосната распределба, мнозинството припаѓа на возрасната група од 26 до 35 години (36,4%) и на групата од 36 до 45 години (33,3%). Што се однесува до образованието, значителен дел од испитаниците (83,1%) имаат завршено високо образование или универзитетски студии. Во поглед на статусот на вработување, 65,6% биле вработени, додека 32,3% биле невработени.

Во следниот дел ќе ги презентираме и ќе ги анализираме податоците добиени од оваа анкета, со фокус на клучните прашања во здравствениот систем на РСМ, со посебен акцент на етичките практики и испораката на услуги во КБТ.

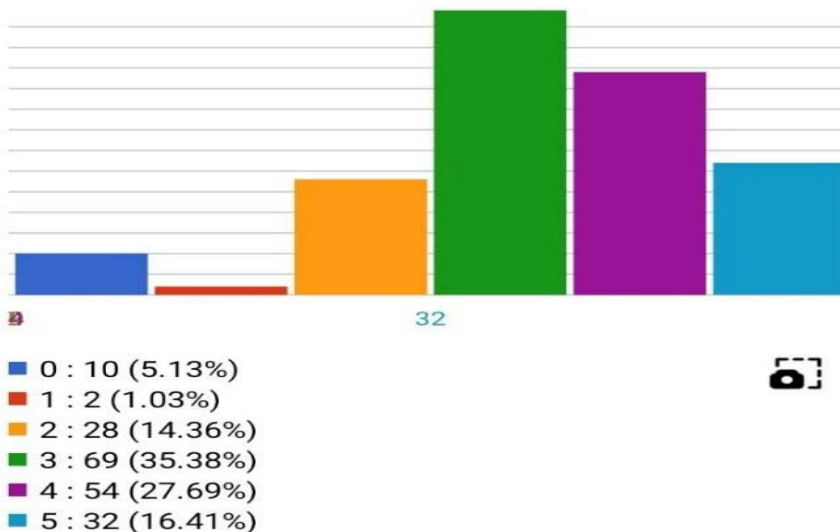


Графикон 1
Евалуација на здравствениот систем во РСМ

На прашањето за евалуација на здравствениот систем во РСМ (Оценете го здравствениот систем во РСМ) поставено на граѓаните кои се пациенти во различни болници и клиници низ РСМ, 34,87% одговориле дека ниту се задоволни ниту се незадоволни, 30,77% биле незадоволни, а 17,95% оцениле дека воопшто не се задоволни. Ова ни дава впечаток дека граѓаните на РСМ кои бараат и добиваат здравствени услуги во болниците или клиниките во државата, во голем процент – од над 80% – не се задоволни од овие здравствени услуги низ клиниките во западниот дел на РСМ (Куманово, Скопје, Тетово, Гостивар, Дебар, Кичево, Струга, Охрид и Прилеп), а коишто освен што имаат пристап до здравствени услуги во болниците и во клиниките во нивните градови, тие, или некој од нивните роднини, користеле здравствени услуги и во КБТ.

3.2. Задоволството на пациентите од здравствените услуги на одделите на Клиничката болница во Тетово

Кога испитаниците беа прашани за нивното севкупно задоволство од здравствените услуги обезбедени од КБТ, 35,38% од нив изјавија дека ниту се задоволни ниту се незадоволни, додека 27,69% изразија дека се незадоволни. Дополнително, 16,41% пријавија дека воопшто не се задоволни. Овие резултати укажуваат на тоа дека значителен дел од пациентите и нивните семејства се незадоволни од квалитетот на здравствените услуги што ги обезбедува медицинскиот персонал пред и за време на третманот во главната здравствена институција во Тетово.



Графикон 2
Евалуација на здравствената услуга во КБТ

За да се добијат подлабоки сознанија за квалитетот на здравствените услуги, ги прашавме пациентите, кои или добиваа или бараа медицинска грижа во болницата, и нивните придружници да ги идентификуваат најдобрите и најлошите услуги што ги искусиле, како и конкретните оддели во коишто тие биле обезбедени. Интересно е што 50,77% од испитаниците изјавија дека ниту еден од одделите не обезбедува особено добри услуги. Само 9,23% од вкупно 195 испитаници сметаат дека сите три главни оддели (Гинекологија и акушерство, Општа хирургија и трауматологија и Интерни болести) обезбедуваат добри услуги. При рангирање на одделите според перцепцијата за квалитет на услугите, Одделот за гинекологија и акушерство беше оценет највисоко, потоа Одделот за општа хирургија и трауматологија, а на крајот Одделот за интерни болести, кој доби најниски оценки.

Табела 1

Етичко однесување на медицинскиот персонал на трите оддели во КБТ

Однесување	Оддел за гинекологија и акушерство	Оддел за општа хирургија и трауматологија	Оддел за интерни болести
Лекарот не слуша внимателно	58 (7,8%)	58 (7,8%)	73 (9,8%)
Медицинските сестри не слушаат внимателно	71 (9,5%)	71 (9,5%)	65 (8,72%)
Лекарот не информира за деталите	70 (9,4%)	70 (9,4%)	75 (10,07%)
Кога се врши преглед, во ординацијата на лекарот влегуваат други лица	68 (9,1%)	68 (9,1%)	69 (9,3%)
За време на прегледот, лекарот зборува на телефон или разговара со свој колега	61 (8,2%)	61 (8,2%)	67 (9%)
Лекарот бара поткуп директно или индиректно	45 (6,02%)	45 (6,02%)	35 (4,7%)
Медицинските сестри го креваат гласот	57 (7,63%)	57 (7,63%)	53 (7,11%)
Лекарите примаат пациенти прескокнувајќи ги редицата и закажаните термини	108 (14,5%)	108 (14,5%)	94 (13%)

Од друга страна, кога беа прашани кој оддел обезбедува најлоши здравствени услуги, 24,62% одговорија дека ниту еден од нив не обезбедува најлоши здравствени услуги, додека 32,31% одговорија дека сите три оддели имаат слаб квалитет на услуги. Дваесет проценти од учесниците го идентификуваа Одделот за интерни болести како оддел со најлоши услуги, додека Одделот за гинекологија и акушерство беше сметан за трет по слабост, по Одделот за општа хирургија и трауматологија.

3.3. Познавање на правата на пациентите и задоволството од здравствените органи во Клиничката болница во Тетово и здравствените институции во Република Северна Македонија

Наодите од ова истражување укажуваат на тоа дека повеќе од половина од анкетираниите граѓани не се свесни за постоењето на Законот за правата на пациентите во нивната земја. Кога беа прашани дали знаат за овој закон, 62,05% одговорија негативно, додека 36,92% одговорија потврдно. Меѓу оние што се запознаени со постоењето на овој закон, неколку испитаници ги навеле правата за коишто веруваат дека се вклучени во законот. Нивните одговори вклучуваат: право на жалба, право на приватност, право на ефективен медицински третман и услуги, право на грижа и рехабилитација, право на однесување со почит од медицинскиот персонал и право да се третираат со достоинство. Дополнително, испитаниците истакнаа неколку други специфични права, како: право да бидат информирани, право на второ мислење, право на дискретност, право на соодветно насочување и слушање од медицинскиот персонал, право на навремена услуга според закажаниот термин, право на праведен и еднаков третман, без оглед на етничката припадност, расата или друго потекло, и право да го изразат своето страдање и да добиваат редовни прегледи.

Понатаму, кога беа прашани дали знаат за постоењето на Канцеларијата за правата на пациентите во рамките на КБТ, 85,64% од учесниците рекоа дека не знаат дека постои таква канцеларија, додека само 13,33% рекоа дека знаат за неа.

3.4. Поднесување жалби и начини на одговори од страна на органите и институциите

На прашањето „Дали некогаш сте поднеле жалба во врска со здравствените услуги?“, 78,43% од испитаниците изјавија дека не се пожалиле никаде. Само 8,82% пријавија дека поднеле жалба до директорот на болницата, а само 0,98% изјавија дека се обратиле до Канцеларијата за правата на пациентите. Овие бројки сугерираат дека повеќето пациенти од Тетово и од околните општини не само што не се свесни за постоењето на Канцеларијата за правата на пациентите туку и немаат доволно доверба во здравствениот систем за да поднесат жалби. Дополнително, податоците откриваат дека дури и кога пациентите поднесуваат жалби, често се чувствуваат игнорирано или лошо третирано. Кога беа прашани „Каков одговор добивте по

поднесувањето на жалбата?“, испитаниците споделија вознемирувачки повратни информации, вклучувајќи изјави како: „Излези и затвори ја вратата“; „Ќе дојдат откако ќе ја завршат паузата (кафе и цигари)“; „Не се пожалив затоа што знаев дека нема да се сфати сериозно“; „Рекоа дека ќе го санкционираат вработениот, но не се случи ништо“; „Бев ставен на црна листа од страна на шефот на Одделот и бев принуден да потпишам документи за отпуштање на мојот син, иако тој сè уште беше многу болен“; „Рекоа дојди друг ден или по една недела“, „Немаме услови, инструменти, ниту сестри“.

Над 50% од испитаниците се изјаснија дека или не се пожалиле или персоналот им ветил дека ќе ја земе жалбата предвид, но не следувал одговор. Дополнително, околу 40% од испитаниците воопшто немаат одговорено на ова прашање, што укажува на длабока недоверба, страв од последици или резигнација кон актуелниот здравствен систем.

3.5. Ставовите на пациентите поврзани со прекршувањето на етичките кодекси и законите од страна на медицинскиот персонал во Клиничката болница во Тетово

На прашањето „Дали медицинскиот персонал во КБТ добива санкции ако го прекрши Етичкиот кодекс или Законот?“, 71,98% одговорија дека не се санкционираат, а 27,69% одговорија потврдно, дека се санкционираат. На следното поврзано прашање – „Ако мислите дека добиваат санкции, зошто мислите така?“ – испитаниците во најголем дел одговорија со желби и како треба да биде и дека веруваат дека сите се познаваат меѓусебно во нивното општество и поради тоа нема санкции. Прашани зошто мислат дека нема санкции, тие продолжуваат да изјавуваат: „Затоа што живееме во корумпирана држава“; „Затоа што здравствениот систем е целосно корумпиран и поради тоа прават што сакаат“; „Ако има санкции, тие не се објавуваат за да знаат пациентите за нив“. Некои велат: „Не сум слушнал дека некој од медицинскиот персонал има медиумско внимание, инаку нема санкции“; „Затоа што има силни факти и аргументи за грешките на лекарот“; „Затоа што пациентот починал, персоналот бил санкциониран“. Но, во ретки случаи, ако некој е санкциониран, тоа е затоа што, како што велат: „Не го почитувал пациентот и не ги почитувал своите работни обврски“; „Санкции се преземаат ако се прошири проблемот“.

3.6. Кој може да ја смени актуелната состојба на етичкото однесување и на незадоволството на пациентите во Клиничката болница во Тетово

Поврзано со КБТ, на крајот прашавме: „Кој мислите дека може да ја подобри здравствената состојба во КБТ?“ Добивме различни мислења, како: „Самото население“; „Граѓаните, со зголемување на својот глас пред надлежните органи во врска со неправдите што им се прават“; „Министерот за здравство и директорите“;

„Професионалниот и некорумпиран медицински персонал“; „Ако се зголеми бројот на медицински персонал“; „Само со соодветно вработување и именување на медицинскиот персонал и директорите“; „Со применлив закон“; „Совеста и работната етика, што се однесуваат на нив како индивидум“; „Инспекциите“; „Доброто управување и континуираната контрола“; „Потребна е голема револуција во РСМ, а потоа ќе го имаме сето тоа“; „Министерството за здравство, Лекарската комора, директорот, шефот на Одделот“; „Ако се запре корупцијата“; „Директорот и медицинскиот персонал треба да се потсетат дека имаат голем товар и одговорност пред Бога и пред народот“; „Пациентите кои не им даваат поткуп и ги санкционираат медицинските лица писмено, преку жалби за корупцијата што ја прават“; „Санкциите“; „Високото ниво на свест кај граѓаните за нивните права“; „Вистински луѓе кои сакаат да ги водат здравствените институции“; „Праведен и искрен лидер“; „Промена во системот“; „Вработување врз основа на заслуги, а не врз основа на политички партии“; „Високи плати“; „Работни услови“; „Медиумите играат голема улога во нашето општество“; „Само компетентни и совесни луѓе“; „Приватизација“; „Свест за работните обврски“; „Чесни луѓе, луѓе без интереси, без интервенции, без поткуп“; „Млади лекари, со нивниот нов менталитет“; „Ништо не може да се подобри“.

Сублимираните резултати покажуваат дека поголемиот дел од одговорите наведуваат на тоа дека Министерството за здравство, примената на законот, Лекарската комора, клиничкиот директор, шефовите на одделите, медиумите и граѓаните на РСМ можат да ја сменат актуелната состојба во КБТ преку зголемување на својата свест за работната етика, одговорностите и правата на пациентите.

Граѓаните кои живеат во Тетово и другите кои добиваат здравствени интервенции и услуги во КБТ беа прашани што мислат за тоа каде треба да се интервенира за да ги подобри и да ги смени медицинскиот персонал своето однесување и својата услуга кон пациентите. Тие го изјавија следново: „Судот“; „Законот“; „Директорот на клиниката“; „Дисциплинска комисија“; „Медиумите“; „Канцеларијата за правата на пациентите“; „Политиката (да не се дозволува вработување врз основа на политички партии или непотизам, туку вработување според заслуги)“; „Зголемување на платите на медицинскиот персонал“; „Построги правила“; „Построги санкции“; „Зголемени контрола и надзор од надлежните органи и институции“; „Зголемување на бројот на медицински персонал“; „Подобрување на условите во КБТ“; „Етиката на медицинските сестри“; „Во секоја соодветна област: образование, морал, култура“; „Да има обуки и континуирано соодветно образование“; „Тестирање на знаењето на медицинскиот персонал пред и за време на нивната работа“. Исто така, тие изјавија дека пациентите треба јавно да реагираат за да се подобрат здравствените услуги во КБТ. Овие наоди ги истакнуваат релевантноста и валидноста на собраните податоци. Со оглед на образовната подготовка на учесниците и нивниот чест ангажман со здравствениот систем, особено со КБТ, овој сет податоци нуди вредни сознанија. Фактот што еден дел од идните образовани поединци се невработени исто така ги отсликува пошироките системски и политички предизвици во државата, отворајќи важни прашања за управувањето, правичноста и пристапот до јавните услуги.

4. Дискусија

Она што се поставува како клучно е: Како прашањето за етичкото однесување и професионализмот во здравствените услуги, како и за заштитата на правата на пациентите, е регулирано и имплементирано преку законите во светот и во РСМ?

Како што е наведено во списанието за искуства на пациенти во канадските болници: „Добрата комуникација со лекарите и со медицинските сестри е важна за да се обезбеди пациентите јасно да го разберат својот план за третман“. Таму се дава големо значење на комуникациските вештини на лекарите и на медицинските сестри, при што се истакнува дека тие внимателно го слушаат пациентот и му објаснуваат детално.

Преку отворените прашања на интервјуата направени со нив, иако ретко, некои пациенти изјавуваат дека, според нивните искуства, кога користат здравствени услуги во КБТ, излегуваат премногу задоволни од начинот на комуницирање со лекарите, активното слушање на лекарите, доброто и јасно објаснување за состојбата и за третманот низ којшто треба да поминат, смиреноста, емпатијата и давањето простор за да одлучуваат самите пациенти за понатамошните чекори на третирањето. Во регионот на Западен Балкан, а особено во РСМ, истражувањата покажуваат дека пациентите не се задоволни од здравствените услуги и од здравствениот систем. Почнувајќи од довербата во лекарите и во здравствените установи, нивниот третман, информираноста, приватноста, образованието и сè што е поврзано со здравствените услуги во јавните здравствени установи во РСМ, како што изјавуваат пациентите, лекарите и другите медицински лица „не ги разбираат неговите или нејзините чувства и не ги имаат одговорите на сите негови или нејзини прашања“ (Maljichi et al., 2022). На некои изјави, пациентите кои користеле здравствени услуги на Одделот за гинекологија и акушерство при КБТ беа дури и трауматизирани од односот на медицинските сестри и на некои од лекарите. Пред да се породат, тие биле и туркани од медицинските сестри, додека оделе низ ходникот. Една пациентка изјавува: „На полноќ, иако бев со породилни болки, не ми отворија врата на Одделот за гинекологија и акушерство. Требаше да користиме сила за да ни отворат“. И за други слични случки беше споменато во рамките на трите оддели, преку што се гледа дека се става настрана посебното внимание што треба да го има лекарот, односно медицинското лице кон човечкиот живот, што се објаснува во теоријата на медицината и животот.

Рике Антје Краска и соработниците (Kraska et al., 2016) изјавуваат дека квалитетот на грижата како индикатор за квалитетот на болницата е важен, бидејќи пациентите се „чувствителни“ кога станува збор за темата на квалитет на грижата. Поради такви изјави од други автори, го поставуваме прашањето за етичкото однесување во здравствените единици што доаѓа од страна на лекарите и медицинските сестри.

Рајмондо Русо (Russo, 2023) во книгата Медицинска етика наведува дека медицинските практичари треба да се придржуваат до одредени стандарди на однесување и вредности за време на нивната работа. За него, интегритетот на секој човек е многу важен. Достоинството и интегритетот на секоја личност се важни и се гарантирани со Универзалниот закон/Декларацијата за човекови права и треба да се

почитуваат. Според истражувањата, достоинството и интегритетот на човекот како да зависат од: бојата на кожата, националноста, религијата, економската класа или политичката припадност и непотизмот! Како да се служат повеќе тие што по еден телефонски разговор со некој моќен се пречекуваат и се услужуваат преку ред. А тие што немаат врски и се сиромашни, од друга националност, непознати за медицинскиот персонал, како да не постојат како човечки битија! „Лекарот на маж ми му се јави на лекарот кој беше дежурен и ме услужи веднаш“, изјавува една пациентка која лежеше на Одделот за интерни болести во КБТ, во рамките на интервјуто направено во 2025 година. Колку би било лесно за пациентот ако е третиран добро. Колку лесно и со помалку болка би ја надминал болеста. Потребно е само лекарите и медицинските сестри да бидат потрпеливи, емпатични и со повеќе сочувство и грижа кон пациентите и кон нивните семејства.

Во теоријата за ориентираност кон клиентот (Client-Centered Theory), Карл Роџерс става голем акцент на меѓучовечките односи и комуникацијата помеѓу лекарот и пациентот и вели дека односот и комуникацијата помеѓу нив се од значење за подобрување и надминување на лошите здравствени состојби, земајќи предвид некои големи вредности. Според овој напис, лекарите и пациентите се партнери во одлуката што треба да се донесе во име на пациентот. Роџерс верува во „создавање на добар меѓучовечки однос; размена на информации; донесување на медицински одлуки“.

Правата на пациентите не се еднакво почитувани и практикувани од здравствените установи и од здравствените работници: „За многу сиромашни луѓе, здравствено штетните ефекти од економската сиромаштија се засилени од нееднаквост поврзана со пол, расна или етничка група, попреченост, ХИВ-инфекција или други фактори поврзани со социјалната положба“ (Braveman & Gruskin, 2003). Ова ја покажува релевантноста на идни истражувања во националните здравствени закони во РСМ, како се имплементирани и зошто се имплементирани во таа форма. Според Законот за заштита на правата на пациентите на РСМ, постојат два главни принципа што треба да се почитуваат за време на здравствената заштита: принципот на хуманост и принципот на достоинство. Принципот на хуманост се заснова на „почитување на личноста на човекот, како човечко суштество; почитување на личната самоопределеност; физичкиот и менталниот интегритет на личноста, како и безбедноста на личноста; почитување на приватноста на личноста; хумани (човечки) односи помеѓу пациентот, здравствениот работник и здравствениот соработник засновани на етички и деонтолошки принципи; право на изразување болка и да се биде ослободен од непотребна болка, во согласност со тековните знаења во медицината и хуманата здравствена грижа за терминалните пациенти“ (Закон за заштита на правата на пациентите, член 3, стр. 1). Сите пациенти треба да бидат третирани еднакво, со достоинство и со интегритет, без оглед на нивното потекло и на нивната припадност.

Со овие меѓународни права и национални права што ги имаат пациентите, зошто тие немаат знаење за Законот за правата на пациентите или не ги знаат деталите од него? Едно нешто може да се каже со сигурност за процентот на мислење дадено за ова, што ги поставува прашањата што треба да се истражат во понатамошни научни истражувања и трудови: Зошто пациентите не го изразуваат своето мислење слободно? Дали се плашат од некого, иако прашалникот ја гарантира нивната

приватност, или немаат надеж за промени во здравствениот систем или во државата? Колку е повисоко социоекономското и културното ниво на пациентите „толку е повисока нивната свест за нивните права“, се наведува во истражување спроведено во 1998 година во државна јавна болница во Турција, со осврт на промоцијата на Декларацијата за правата на пациентите во Европската унија.

Како што е наведено во нашиот претходен труд: „Земајќи ги предвид Декларацијата за човекови права, Европските конвенции за човекови права, Уставот на РСМ и Законот за заштита на правата на пациентите во РСМ, сите овие правни меѓународни и национални документи се донесени за да го направат животот на граѓаните полесен и истовремено да го заштитат нивното достоинство како човечки суштества кога имаат потреба и бараат медицинска помош во здравствени установи и од здравствени работници“ (Jopuzi, 2024, стр. 43-77). Таму е наведено и дека промоцијата и заштитата на правата на пациентите се спроведуваат преку специјална комисија која се наоѓа во секоја општина и се нарекува Комисија за промоција на правата на пациентите во општината, а којашто има должности да работи заедно со пациентите и да ги промовира и да ги заштитува нивните права на локално ниво. Ова прашање треба да се промовира кај граѓаните бидејќи тие немаат доволно информации за главните тела што се во нивна служба од нашите заедници.

5. Заклучок

Со истражувањата што ги направивме поврзани со етичкото однесување на медицинскиот персонал во КБТ, познавањето на правата на пациентите и однесувањето и комуникацијата на медицинскиот персонал во болниците широм светот (како што е наведено во неколку меѓународни списанија), доаѓаме до заклучок дека во општина Тетово и во околните општини, мнозинството пациенти не знаат дека постои Канцеларија за правата на пациентите во рамките на Клиниката. Според податоците и изјавите дадени од пациентите, можеме да заклучиме дека тие немаат доверба во здравствениот систем, во директорот или во имплементацијата на законите во нивната држава. Изгледа дека тие немаат доверба во главните авторитети во здравствените единици во Тетово. Тие не се задоволни од здравствените услуги што ги добиваат од лекарите, а особено од медицинските сестри.

Иако задоволството не е високо на Одделот за гинекологија и акушерство, изгледа дека пациентите се повеќе задоволни од медицинскиот персонал од овој оддел отколку од Одделот за општа хирургија и трауматологија или од Одделот за интерни болести. Тие не ги знаат (со висок процент) своите пациентски права, ниту, пак, се свесни за постоењето на Канцеларијата за правата на пациентите во рамките на Клиниката. Испитаниците не се жалат многу затоа што немаат доверба во директорите или во други релевантни органи. Анкетираниите граѓани најчесто имаат високо образование (над 80%) и се над 25-годишна возраст, а сепак не се жалат, иако остануваат незадоволни од здравствените услуги во КБТ. Ова значи дека комуникацијата меѓу двете страни е слаба и потребно е подобрување. Без

подобра комуникација, ќе има конфузија, фрустрација, неефикасност на системот и непокриена штета врз пациентите, како што покажуваат изјавите на пациентите во врска со нивните искуства во КБТ. Земајќи ги предвид Декларацијата за човекови права, Европските конвенции за човекови права, Уставот на РСМ и Законот за заштита на правата на пациентите во РСМ, сите меѓународни и национални правни документи од оваа област постојат за да го направат животот на граѓаните полесен и да го заштитат нивното достоинство како човечки суштества кога имаат потреба од медицинска помош во здравствени установи.

Овие податоци укажуваат на системски дефицит во комуникациската стратегија на установата и потреба од поголема видливост на механизмите за заштита на правата на пациентите. Перцепцијата за отсуство на санкции кај медицинскиот персонал често се поврзува со социјалната кохезија во заедницата (сфаќањето дека „системот на познанства“ е посилен од законот), која е од голема релевантност и во којашто насока треба сериозно да се работи. Ова резултира со низок степен на пријавување на неетички постапки и бара зајакнување на независните контроли. Иако етиката е теоретски застапена, практичната примена на одделите варира според искуствата на пациентите, што налага континуирана етичка едукација на кадарот.

Оваа студија ја истакнува важноста на понатамошно испитување на социјалните, културните, образовните, економските и политичките фактори поврзани со етичкото однесување на медицинскиот персонал кон третманот и грижата за пациентите. Комуникацијата помеѓу лекарите и пациентите привлекува сè поголемо внимание во здравствените студии. За понатамошно истражување, ќе спроведеме интервјуа со лекари од истите оддели за да ги истражимо социјалните, културните, економските, образовните и политичките фактори што можат да влијаат врз етичкото однесување и да ја подобрат комуникацијата помеѓу лекарите и пациентите во КБТ во РСМ.

Ова истражување не е репрезентативно за целиот здравствен систем на клиници во РСМ, туку е само презентација на ставовите на пациентите кои користеле здравствени услуги во КБТ. Албанската популација во поголем процент е испитувана во ова истражување бидејќи и како процент на пациенти повеќе е присутна во КБТ, но ова не го негира фактот дека и пациентите од другите етникуми го делат истото или сличното мислење (ставови што произлегуваат од секојдневната комуникација со нив).

Ова покажува дека КБТ функционира како регионален центар, што му дава поголема тежина на нашето истражување, бидејќи во иднина можат да се споредуваат исти или слични релевантни истражувања направени со клиници од други градови низ РСМ, па и да се направи споредба со клиници надвор од нашата земја. Оваа истражување не е само локално туку поставува и основа за идни регионални и меѓународни анализи на етиката во медицината, правата на пациентите и комуникацијата на медицинскиот персонал и здравствените институции/органи со пациентите.

6. Препораки

- Да се спроведат анкети и интервјуа поврзани со етичкото однесување на медицинскиот персонал кон пациентите од страна на Министерството за здравство и на директорот на КБТ;
- Вработување преку мериторен систем, а не преку политички партии и друг вид непотизам, за да се избегне неетичко однесување кон пациентите;
- Медицинскиот персонал да се едуцира секои три месеци поврзано со етичките кодекси и правата на пациентите и секои шест месеци да се евалуираат нивното професионално знаење и знаењето за етичките кодекси на однесување);
- Да се овозможи пациентите нивните незадоволства и жалби да ги адресираат онлајн и анонимно, преку апликација што ќе ја овозможи Министерството за здравство на РСМ;
- Анонимните жалби на пациентите да бидат јавни за да може притисокот од пошироката јавност за евентуални промени и санкции на медицинскиот персонал и на здравствениот систем да биде поголем.

References

- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health, 57*(4), 254–258. <https://doi.org/10.1136/jech.57.4.254>
- Elder, G. H. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly, 57*(1), 4–15. <https://doi.org/10.2307/2786971>
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: Vol. 1. An introduction*. Pantheon Books.
- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Gardiner, P. (2003). A virtue ethics approach to moral dilemmas in medicine. *Journal of Medical Ethics, 29*(5), 297–302. <https://jme.bmj.com/content/29/5/297.full>
- Jonuzi, H. (2024). Patients' rights according to the Law on Protection of Patients' Rights in the Republic of North Macedonia. *Visions International Journal of Social Sciences, 43*, 77–85. <https://drive.google.com/file/d/1gFhw68X7ddralcYrnWwYT5J0DJYtWJMS/vi>
- Kraska, R. A., Weigand, M., & Geraedts, M. (2017). Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy, 20*(4), 593–600. <https://doi.org/10.1111/hex.12485>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.

- Maljichi, D., Limani, B., Spier, T. E., Angjelkoska, V., Stojković Zlatanović, S., Maljichi, D., Alloqi Tahirbegolli, I., Tahirbegolli, B., Kulanić, A., Agolli Nasufi, I., & Kovač-Orlandić, M. (2022). (Dis)trust in doctors and public and private healthcare institutions in the Western Balkans. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(4), 2015–2024. <https://doi.org/10.1111/hex.13562>
- Marx, K. (1858). *Grundrisse: Foundations of the Critique of Political Economy* (M. Nicolaus, Trans., 1973). Vintage.
- Marx, K., & Engels, F. (1948). *The Communist Manifesto* (S. Moore, Trans.). International Publishers. (Original work published 1848).
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception* (C. Smith, Trans.). Routledge & Kegan Paul. (Original work published 1945).
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press.
- Russo, R. G. (2023). *Medical ethics*. Springer.
- Strauss, A. L. (1985). *Work and the division of labor*. Sociological Review Monograph.
- United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*. <https://hrlibrary.umn.edu/gencomm/escgencom14.htm>
- Закон за заштита на правата на пациентите. Службен весник на Република Северна Македонија, бр. 82/08, 12/09, 53/11, 150/15, 190/19, 122/21. <https://dszi.gov.mk/zakoni/>

