

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

DOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2810-20-1-59>

Социологический анализ взаимоотношений врач – пациент в системе здравоохранения Республики Беларусь накануне пандемии COVID-19

С.Л. Бойко, М.Ю. Сурмач

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

АННОТАЦИЯ

Обсуждение. Одними из наиболее актуальных направлений исследований в социологии медицины являются изучение проблем качества оказания медицинской помощи, разработка подходов и критериев его оценки на современном этапе развития, институциональные изменения в медицине, восприятие населением трансформационных изменений в социальном институте медицины. Краеугольным камнем деятельности системы здравоохранения выступают субъектные отношения в контексте связи «врач — пациент». Детерминированность этих взаимодействий деонтологическими принципами медицины определяет высокий уровень ожиданий пациентов в отношении личности врача, что влияет на характеристики социального статуса и спектра социальных ролей медицинских работников. Несмотря на объективные изменения социальных интеракций, обусловленные отходом от патерналистского подхода современной медицины и укреплением тенденций автономии пациента в отношении своей жизни и здоровья, основой устойчивости системы здравоохранения как социального института остается доверие пациента к врачу, с одной стороны, и высокий уровень профессиональной мотивации медицинских работников — с другой. Это становится залогом эффективности системы, ее гибкости и результативного противостояния современным вызовам, в том числе таким, как пандемия COVID-19.

Цель. Изучение установок и ожиданий пациентов и работников здравоохранения относительно аспектов имиджа, открытости и отзывчивости системы здравоохранения, рисков ее коммерциализации и соответствия нуждам пациентов, а также особенности мотивации медицинских работников, конфликтов и профессиональных ошибок; на основе данных опроса дать характеристику и сопоставить отношение пациентов и руководителей системы здравоохранения к взаимодействию в связке «медицинский работник — пациент».

Материалы и методы. Социологическое исследование реализовано в 2019 г. на основе республиканской выборки пациентов ($n=800$) и репрезентативной выборки руководителей здравоохранения Гродненской области Республики Беларусь ($n=143$). Для статистического анализа данных применены методы непараметрической статистики программы Statistica 10,0: оценка межгрупповых различий посредством расчета критерия Крускала — Уоллиса, установление взаимосвязей посредством корреляционного анализа с расчетом коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Большинство (54,3%) опрошенных пациентов утверждают, что основным фактором, влияющим на их отношения и имидж учреждений и работников здравоохранения, является «репутация сотрудников учреждения и их клинический опыт», на втором месте по частоте ответов (35,3%) — «внешний вид зданий, оборудования отделений и кабинетов, третьем месте (28,9%) занял ответ «профилактическая работа с населением». Определяющими мотивами в деятельности медицинских работников руководители называют: «профессиональный интерес» (70,3%), «возможность заработать деньги на жизнь» (52,1%), «сострадание и помощь больному» (41,3%).

Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии прямых причин и проявлений конфликтных ситуаций в коммуникациях «врач — пациент».

В ситуации врачебных ошибок 51,3% респондентов считают самыми распространенными субъективные ошибки врача, 22,3% — лечебные. Руководители в большей степени расценивают встречающиеся врачебные ошибки как организационные (31,2%) или сугубо деонтологические (31,2%). Так, большинство (62,2%) руководителей связывает профессиональные деонтологические ошибки медицинских работников с ошибками в поведении врача с пациентами и их родственниками. Между уровнем руководителя и частотой квалификации профессиональной ошибки как ошибки объективной присутствует взаимосвязь ($r=-0,28$; $p < 0,05$): чем более высокую должность занимает руководитель, тем чаще он отмечает именно объективные ошибки и склонен адекватно на них реагировать.

Несмотря на то что для обеспечения возможности оплатить платные медицинские услуги 34,4% пациентов вынуждены сокращать другие расходы, около 32% пациентов считают допустимым дополнительное вознаграждение медицинскому работнику непосредственно от пациентов и их родственников, что проявляется так называемым коррупционным давлением среды, абсолютное большинство руководителей здравоохранения категорически не допускают таких ситуаций.

Выводы. Выявлено, что установки пациентов отражают коммерциализацию социальных интеракций в системе «врач — пациент» и создают условия для коррупционного давления среды, однако отношения в целом безоговорочно сохраняют гуманистическую направленность и приоритет мотива сострадания и помощи пациенту. Большинство пациентов отмечают доверие к врачам, $2/3$ никогда не конфликтовали с медицинскими работниками, основным фактором имиджа является «репутация сотрудников учреждения и их клинический опыт». Выявлено также, что степень профессионализма имеет прямое влияние на восприятие врачебных ошибок. Так, пациенты существенно чаще интерпретируют любую непонятную ситуацию как ошибку, а руководители здравоохранения, напротив, в большей степени расценивают ошибки как организационные или деонтологические. Между уровнем руководителя и частотой квалификации профессиональной ошибки как ошибки объективной присутствует положительная корреляция.

Ключевые слова: руководитель здравоохранения; врач; пациент; профессиональная ошибка; конфликт; имидж.

Как цитировать:

Бойко С.Л., Сурмач М.Ю. Социологический анализ взаимоотношений врач—пациент в системе здравоохранения Республики Беларусь накануне пандемии COVID-19 // *Социология медицины*. 2021. Т. 20, № 1. С. 57–66. DOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2810-20-1-59>

Рукопись получена: 18.02.2021

Рукопись одобрена: 12.04.2021

Опубликована: 27.07.2021



ORIGINAL STUDY ARTICLE

DOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2810-20-1-59>

Sociological analysis of doctor–patient relationships in the healthcare system of the Republic of Belarus on the eve of the COVID–19 pandemic

Svetlana L. Boiko, Marina Yu. Surmach

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

ABSTRACT

BACKGROUND: One of the most relevant areas of research in the sociology of medicine is the study of the problems of the quality of medical care, the development of approaches and criteria for assessing it at the current stage of development, institutional changes in medicine, the perception of transformational changes in the social institute of medicine by the population. The cornerstone of the health system is the subject relationship in the context of the doctor–patient bond. The determinicity of these interactions by the deontological principles of medicine determines the high level of expectations of patients regarding the personality of the doctor, which, in turn, affects the characteristics of the social status and the spectrum of social roles of medical workers. Despite objective changes in social interactions due to the departure from the paternalistic approach of modern medicine and the strengthening of patient autonomy trends regarding his life and health, the basis for the sustainability of the health system as a social institution remains the patient's trust in the doctor, on the one hand, and the high level of professional motivation of medical workers on the other. This becomes the key to the effectiveness of the system, its flexibility and effective opposition to modern challenges, including the COVID-19 pandemic.

AIM: To study the attitudes and expectations of patients and health professionals regarding aspects of the image, openness and responsiveness of the health system, the risks of its commercialization and compliance with the needs of patients, as well as the peculiarity of motivation of medical workers, conflicts and professional errors, and based on the survey data, to characterize and compare the attitude of patients and health system managers to interaction in the combination of «medical worker – patient».

MATERIALS AND METHODS: A sociological study was implemented in 2019 on the basis of a republican sample of patients ($n=800$) and a representative sample of health managers of the Grodno region of the Republic of Belarus ($n=143$). For statistical data analysis, the methods of non-parametric statistics of Statistica 10.0 were applied: estimating intergroup differences by calculating the Kruskal–Wallis test, establishing relationships through correlation analysis with calculating the Pearson correlation coefficient.

RESULTS: The majority (54,3% of patients surveyed) claim that the main factor affecting their attitude and image of institutions and health workers is «the reputation of the institution's employees and their clinical experience», in second place in terms of response rates 35,3% «the appearance of buildings, equipment of departments and offices, corridors»; the third place (28,9%) was taken by the answer «preventive work with the population». Managers call the defining motives in the activities of medical workers: «professional interest» (70,3%), «the opportunity to earn money for a living» (52,1%), «compassion and assistance to the patient» (41,3%).

The results of the study indicate that there are no direct causes and manifestations of conflict situations in the «doctor—patient» communications.

In the situation of medical errors, 51,3% of respondents consider the most common subjective errors of the doctor, 22,3% — medical. Managers more regard the medical errors encountered as organizational (31,2%) or purely deontological (31,2%). Thus, the majority of managers (62,2%) associate professional deontological errors of medical workers with errors in the behavior of a doctor with patients and relatives of patients. There is a relationship between the level of the leader and the frequency of qualification of professional error as an objective error ($r=-0.28$; $p<0.05$): the higher the position the leader occupies, the more often he notes precisely objective errors and tends to respond adequately to them.

Despite the fact that in order to be able to pay for paid medical services, 34,4% of patients are forced to reduce other costs, one in three patients (about 32%) considers additional remuneration to the medical worker directly from patients and their relatives, which is manifested by the so-called corruption «environmental pressure» — however, the vast majority of health managers categorically do not allow such situations.

CONCLUSIONS: It was revealed that patient attitudes reflect the commercialization of social interactions in the doctor–patient system and create conditions for corrupt «environmental pressure», but despite this, relations generally unconditionally maintain a humanistic orientation and priority motive in the form of compassion and patient assistance. Most patients note trust in doctors, two-thirds have never clashed with healthcare professionals, the main image factor is «the reputation of the institution's employees and their clinical experience». It was also revealed that the degree of professionalism has a direct impact on the perception of medical errors: for example, patients are much more likely to interpret any incomprehensible situation as a mistake, and health managers, on the contrary, regard the errors encountered more as organizational or deontological, and there is a positive correlation between the level of the leader and the frequency of qualification of professional error as an objective error.

Keywords: health care manager; doctor; patient; professional error; conflict; image.

To cite this article

Boiko SL, Surmach MYu. Sociological analysis of doctor–patient relationships in the healthcare system of the Republic of Belarus on the eve of the COVID-19 pandemic. *Sociology of medicine*. 2021;20(1):57–66. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17816/1728-2810-20-1-59>

Received: 18.02.2021

Accepted: 12.04.2021

Published: 27.07.2021

ВВЕДЕНИЕ

Значительное число работ посвящено изучению проблем качества оказания медицинской помощи, разработке подходов и критериев его оценки на современном этапе развития, институциональным изменениям в медицине и т.п. [1–3]. Наряду с указанными вопросами исследователей волнуют отношение общества к институту здравоохранения в данный период его развития и особенности взаимодействия в системе врач — пациент. Отношения медицинского работника и общества представляют значимую область исследований для социологии медицины [4–7]. Эти отношения охватывают проблемы деонтологии, формирования личности врача и условий ее социализации, социального статуса и спектра социальных ролей медицинских работников. Как указывает А.В. Решетников (2006): «Государство обязано создать (сформировать, обеспечить) такие общественные взаимоотношения врача и общества, при которых не возникало бы противоречий между достоинством врача и личными интересами членов данного общества. Динамику развития этих отношений можно исследовать с использованием медико-социологических подходов» [8]. При этом от врача общество требует выражать готовность к самопожертвованию, альтруизм, ставить во главу угла прежде всего интересы пациента, его здоровье. Несмотря на активное реформирование системы организации оказания медицинской помощи, внедрение последних технологий для диагностики, лечения, профилактики различных заболеваний, в динамике отношения населения нашей страны к системе здравоохранения процент негативных отзывов остается высоким [9]. Эпохе патернализма в медицине приходит на смену эпоха, утверждающая автономию пациента в отношении своей жизни и здоровья. Однако реализация автономной модели отношений «врач — пациент» в системе здравоохранения, в том числе белорусской, связана с определенными трудностями [2, 10].

Несмотря на объективные изменения социальных интеракций, основой устойчивости здравоохранения, как любого социального института, остается доверие пациента к врачу, с одной стороны, и сильная профессиональная мотивация работников, с другой. Это становится залогом эффективности системы, ее гибкости и результативного противостояния современным вызовам, в том числе таким, как пандемия COVID-19.

Цель настоящего исследования — охарактеризовать и сопоставить отношение пациентов и руководителей системы здравоохранения к взаимодействию в системе медицинский работник — пациент. Для этого изучены установки и ожидания пациентов и профессионалов здравоохранения относительно аспектов имиджа, открытости и отзывчивости системы здравоохранения, соответствия ее нуждам пациентов и мотивации

медицинских работников, возможных рисков коммерциализации, конфликтов и профессиональных ошибок.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом исследования являлись данные двух социологических опросов, выполненных в 2019 г.: пациентов, находящихся на лечении в стационарных организациях здравоохранения республики, и руководителей здравоохранения Гродненской области Республики Беларусь. Применялся раздаточный анкетный опрос.

Для расчета объема выборки была использована формула:

$$n = \frac{1}{\Delta^2 + \frac{1}{N}},$$

где N — объем генеральной совокупности, n — объем выборки, Δ — величина допустимой ошибки (в долях) [8].

Данный способ расчета объема выборочной совокупности согласовывается с рекомендациями, основанными на методике К.А. Отдельновой. Последняя позволяет рассчитать объем выборочной совокупности, обеспечивающий достоверность результатов с вероятностью безошибочного прогноза не менее 95% [11].

Следует заметить, что при значении ошибки выборки $\Delta=0,05$, коэффициента доверия $t=2$ обеспечивается достоверность результатов в 95 случаях из 100 с предельной ошибкой $\pm 5\%$ [4–7].

По данным А.В. Решетникова, максимально допустимый процент возврата анкет не должен быть менее 85% [5], в противном случае нарушается структура выборочной совокупности.

Опрос выполнялся на добровольной основе, и факт заполнения пациентом анкеты являлся одновременно подтверждением его согласия на добровольное участие в исследовании, анкеты заполнялись только пациентами стационарных учреждений здравоохранения и сразу же после заполнения возвращались интервьюерам из числа студентов старших (шестых) курсов учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», процент возврата составил 95%. Процент выбраковки первичного материала (небрежное заполнение) составил 8%. Таким образом, в статистическую обработку были включены 800 анкет пациентов стационарных организаций здравоохранения.

Территориальное распределение выборки отвечало структуре территориального распределения населения Беларуси по признаку город — село в каждой из областей (Гродненская, Брестская, Витебская, Гомельская, Могилевская, Минская области и город Минск). Исследование проведено в «доковидное» время, что позволило репрезентативно отобразить пациентов страны, получающих услуги медицинского назначения в стационарных условиях.

Таблица 1. Характеристика контингентов пациентов по возрасту

№	Вариант	% от выборки
1	До 19 лет	1,2
2	20-29 лет	21,4
3	30-39 лет	23,4
4	40-49 лет	18,7
5	50-59 лет	18,7
6	60 лет и старше	16,6
Итого		100,0

Из числа опрошенных пациентов 36,7% выборки составили мужчины, 62,3% — женщины. Большинство (67,5%) являлись рабочими, 20,4% — служащими, 9,1% — пенсионеры. У 82,4% опрошенных есть дети.

Возрастная характеристика выборки пациентов представлена в таблице 1.

Около 74% опрошенных пациентов являлись горожанами, 26% проживали в сельской местности.

На основании официального запроса в отдел организационно-кадровой работы главного управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета и анализа полного списка руководителей всех учреждений здравоохранения Гродненской области был определен объем генеральной совокупности. Расчет выборки был произведен с учетом генеральной совокупности руководителей здравоохранения Гродненской области по выше указанной формуле, что позволило обеспечить достоверность результатов не менее 95% [11]. Выборка руководителей системы здравоохранения составила 150 человек. Заполнению анкеты предшествовало устное разъяснение целей исследования.

Процент возврата анкет составил 95,3%, доля выбраковки первичного материала (неполное заполнение) составила 4,7%. Таким образом, в статистическую обработку были включены 143 анкеты. Руководители здравоохранения были представлены главными врачами, заместителями главных врачей учреждений здравоохранения областного, районного и городского уровней, оказывающих медицинскую помощь как в амбулаторных, так и в стационарных условиях. Охват генеральной совокупности руководителей области включением в анализ составил 78,0%.

Был разработан оригинальный социологический инструментарий, для апробации которого применено пилотное исследование (50 пациентов, 15 руководителей здравоохранения). Процедура создания анкеты включала следующие этапы:

- Конструирование вопросов: формулировка вопросов, построение возможных вариантов ответов, оценка понимания языка вопросов респонденту, полное исключение неясных формулировок.
- Распределение вопросов по тематическим блокам: одинаковые по объему смысловые блоки анкеты с

расположением в первую очередь частных вопросов, затем — обобщающих вопросов.

Преимущественно использованы полузакрытые вопросы.

Для изучения самооценки здоровья, качества оказываемых медицинских услуг, удовлетворенности работой системы здравоохранения в стране, оценки профессиональных качеств врача общей практики применялись балльные шкалы.

Вопросы о фиксации личного мнения являлись открытыми.

Анкета для пациентов состояла из тематических блоков, таких как самооценка здоровья и образа жизни респондента; контакты с системой здравоохранения и мнение о доступности и качестве медицинской помощи; взаимоотношения с медицинскими работниками; мнение о платной медицинской помощи; вопросы мотивации медицинского труда и имиджа системы здравоохранения.

Анкета для руководителей включала следующие тематические блоки: социально-демографические характеристики; мотивация труда и его оплата; кадровые вопросы и социализация молодых специалистов; вопросы деонтологии и профессиональной ошибки в медицине; организационная культура и имидж.

Некоторые смысловые блоки анкет изначально программировались сопоставимыми, для обеспечения возможности последующего сравнительного анализа и оценки межгрупповых различий. Это такие смысловые блоки, как мотивация и оплата труда медицинского работника, отношение и квалификация профессиональных ошибок; имидж системы здравоохранения.

Для статистического анализа данных применены методы непараметрической статистики программы Statistica 10,0. Для оценки межгрупповых различий применен критерий Крускала — Уоллиса, достоверность различий указывалась с $p < 0,05$. Выбор критерия обусловлен тем, что он позволяет сравнивать группы по трем и более вариантам распределения ответов на вопросы. Для установления взаимосвязей использован корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Социологические аспекты взаимоотношений врач — пациент неразрывно связаны с имиджем, открытостью и отзывчивостью системы здравоохранения.

Основой устойчивости социального института здравоохранения, безусловно, является трудовая мотивация сотрудников, с одной стороны, и доверие населения, с другой.

Профессиональная мотивация и доверие пациентов

Как показали данные опроса пациентов, большинство (54,3% опрошенных пациентов) утверждают, что основным

фактором, влияющим на их отношение и имидж учреждений и работников здравоохранения, является «репутация сотрудников учреждения и их клинический опыт». На втором месте по частоте ответов — 35,3% — «внешний вид зданий, оборудования отделений и кабинетов, коридоров». Третье место (28,9%) занял ответ «профилактическая работа с населением». При опросе из 8 вариантов ответов предлагалось выбрать не более трех.

Определяющими мотивами в деятельности медицинских работников руководители называют: «профессиональный интерес» (70,3%), «возможность заработать деньги на жизнь» (52,1%), «сострадание и помощь больному» (41,3%). Среди мотивов работы врача пациенты также достоверно чаще отмечают: «профессиональный интерес» (46,9%), «возможность заработать деньги на жизнь» (35,2%), «сострадание и помощь больному» (31,3%). Вклад каждого ответа для группы пациентов и для группы руководителей имеет статистическую разницу, $p < 0,05$ по первым трем позициям, исключение — мнение и руководителей, и самих пациентов о степени важности для врача мотива в виде сострадания и помощи пациенту.

Превалирующие эмоции, которые испытывают пациенты при контакте с врачами, положительные: доверие (46,3%) и симпатия (23,2%), значительно реже — недоверие (3,9%), антипатия (10,3%). Свои взаимоотношения описали как полное доверие и взаимопонимание между пациентом и врачом 31,3% респондентов, частичное

доверие и понимание — 40,8%, отсутствие всякого доверия и взаимопонимания присутствовало только у 8,0% анкетированных.

Конфликты

Результаты свидетельствуют об отсутствии прямых причин и проявлений конфликтных ситуаций в коммуникациях врач — пациент. Однако, по официальным данным министерства здравоохранения Республики Беларусь, анализ обращений граждан в центральный аппарат министерства характеризуется ежегодным ростом, 2018 г. — 10 551 письменных и электронных обращений, 2017 г. — 9 139 обращений, наибольшее количество обращений направляют жители Минска и Брестской области. В структуре обращений граждан благодарности стабильно составляют только четвертую часть — 20–21%. Среди других обращений доминируют письма по вопросам оказания медпомощи: о недостатках в лечении в стационарах и о недостатках в организации работы в поликлиниках [12].

На вопрос анкеты о случаях конфликтов с медицинским персоналом только 2,2% ответили утвердительно, 36,3% — «иногда», абсолютное большинство — 61,9% — отметили, что «никогда» не конфликтовали с представителями здравоохранения.

Далее нами были рассмотрены категории медицинских работников и причины конфликтов с ними, результаты приведены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. Причины конфликтов пациентов с медицинскими работниками*

№	Вариант ответа	% от выборки респондентов, у которых были конфликты
1	Отсутствие возможности попасть на прием к врачу	52,2**
2	Нарушение медицинской этики	38,8**
3	Принятие врачом решений без моего согласия	7,9
4	Попытка извлечения врачом личной материальной выгоды	3,0
5	Нежелание назначать ряд диагностических и/или лечебных процедур	25,4**
6	Отказ сообщать информацию о состоянии моего здоровья, заболевании или методах лечения	11,8
7	Ошибка медицинских работников	17,2**

* Возможен выбор нескольких вариантов ответа.

** $p < 0,05$, использован критерий Крускала — Уоллиса, сравнивались подгруппы внутри каждой из исследуемых групп, поскольку допускалось до трех вариантов ответа на вопрос.

Таблица 3. Категории медицинских работников, с которыми чаще всего конфликтуют пациенты*

№	Вариант ответа	% от выборки респондентов, у которых были конфликты
1	Представители администрации поликлиники	16,3
2	Врачи	37,7**
3	Медицинские сестры	27,1
4	Младший медицинский персонал	18,2
5	Работники регистратуры	47,3**
6	Все медицинские работники в равной степени	10,8

* Возможен выбор нескольких вариантов ответа.

** $p < 0,05$, использован критерий Крускала — Уоллиса, сравнивались подгруппы внутри каждой из исследуемых групп.

Таблица 4. Распределение ответов респондентов о видах профессиональных ошибок* в медицине**

№	Вариант ответа	% пациентов	% руководителей
1	Объективные	40,1	52,2
2	Субъективные	51,3***	18,8
3	Лечебные (тактические)	22,3***	12,4
4	Организационные	16,2	31,2***
5	Деонтологические	19,1	31,2***

* Принята следующая классификация профессиональных ошибок [13], в анкете были уточнены все перечисленные виды ошибок:

- объективные, например нетипичность течения заболевания;
- субъективные, например отсутствие опыта и низкая квалификация врача;
- лечебные (тактические), например ошибки в выборе объема и метода оперативного вмешательства, и лечебные (технические), например ошибки использования медицинской техники, оставление инородных тел;
- организационные (административные) — ошибки в оформлении документации;
- деонтологические — ошибки поведения и общения врача в коллективе и при выполнении своих должностных обязанностей.

** Предлагалось выбрать несколько вариантов ответов.

*** $p < 0,05$, использован критерий Крускала — Уоллиса, сравнивались подгруппы внутри каждой из исследуемых групп.

Вопросы организации приема, медицинской этики и несогласия с планом лечения и диагностики, предложенным врачом, являются ключевыми причинами конфликтов с медицинскими работниками, по мнению пациентов. Примечательно, что попытка извлечения врачом личной материальной выгоды как причина конфликта была отмечена только в 3,0% анкет, что свидетельствует о фактическом отсутствии условий для коррупционного поведения, формируемых со стороны врачей.

У пациентов чаще всего возникают конфликты с врачами и с работниками регистратуры, однако каждый десятый пациент конфликтует со всеми сотрудниками учреждений здравоохранения в равной степени.

Профессиональные ошибки глазами пациентов и руководителей здравоохранения

Анализ мнения представителей руководства здравоохранения и пациентов о профессиональных ошибках представлен в таблице 4.

Из таблицы 4 следует, что пациенты существенно чаще интерпретируют непонятную ситуацию как ошибку в связи с их мнением относительно врача, его квалификации, корректности выбора метода лечения и т.д.

(51,3% респондентов считают самыми распространенными субъективные ошибки, 22,3% — лечебные). Руководители в большей степени расценивают встречающиеся ошибки как организационные (31,2%) или сугубо деонтологические (31,2%).

Мнение руководителей и пациентов о профессиональных деонтологических ошибках представлено в таблице 5.

Руководители считают, что самыми частыми деонтологическими ошибками, наряду с ошибками поведения врача с пациентами, являются ошибки поведения врача с родственниками пациентов. Каждый пятый пациент видит в медицинской среде и ошибки поведения врача со средним (младшим) медицинским персоналом. При этом, по мнению руководителей учреждений здравоохранения областного уровня, в подчиненных им учреждениях профессиональные деонтологические ошибки поведения врача со средним (младшим) медицинским персоналом встречаются редко, что подтверждает и корреляционный анализ ($r=0,31$, $p < 0,05$).

Установлены корреляционные связи между уровнем руководителя и частотой квалификации профессиональной ошибки как ошибки объективной ($r=0,28$, $p < 0,05$): чем более высокую должность занимает руководитель,

Таблица 5. Распределение ответов респондентов о видах профессиональных деонтологических ошибок в медицине*

№	Вариант ответа	% пациентов	% руководителей
1	Ошибки поведения врача с пациентами	75,2	62,2
2	Ошибки поведения врача с родственниками пациентов	35,8	62,2**
3	Ошибки поведения врача со средним (младшим) медицинским персоналом	19,8**	3,3
4	Ошибки поведения врача с коллегами	10,3	8,9
5	Ошибки поведения врача с руководителем	7,3	5,2

* Предоставлялся выбор до трех вариантов ответа.

*** $p < 0,05$, использован критерий Крускала — Уоллиса для сравнения подгрупп внутри каждой из исследуемых групп (до трех вариантов ответа).

Таблица 6. Взаимосвязи профессиональных ошибок в медицине (мнение руководителей учреждений здравоохранения)

Показатель	Ошибки объективные	Ошибки субъективные	Ошибки лечебные	Ошибки организационные	Ошибки деонтологические	Ошибки поведения врача с пациентами	Ошибки поведения врача с родственниками пациентов	Ошибки поведения врача со средним (младшим) мед. персоналом
Ошибки объективные	1,00	-0,02	-0,17*	-0,20*	-0,29*	-0,02	0,08	-0,01
Ошибки субъективные	-0,02	1,00	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	-0,08
Ошибки лечебные	-0,17*	0,05	1,00	0,04	0,08	0,16	-0,07	0,20*
Ошибки организационные	-0,20*	0,04	0,04	1,00	0,09	0,11	0,10	-0,02
Ошибки деонтологические	-0,29*	0,04	0,08	0,09	1,00	0,08	0,14	-0,11
Ошибки поведения врача с пациентами	-0,02	0,04	0,16	0,11	0,08	1,00	0,26*	-0,04
Ошибки поведения врача с родственниками пациентов	0,08	0,03	-0,07	0,10	0,14	0,26*	1,00	-0,04
Ошибки поведения врача со средним (младшим) мед. персоналом	-0,01	-0,08	0,20*	-0,02	-0,11	-0,04	-0,04	1,00

* $p < 0,05$.

тем чаще он отмечает объективные ошибки. С повышением категории у руководителя уменьшается количество профессиональных деонтологических ошибок в отношениях с родственниками пациентов ($r = -0,27$, $p < 0,05$). У руководителей учреждений здравоохранения областного уровня чаще возникают деонтологические ($r = -0,24$, $p < 0,05$) ошибки, и существенно реже — субъективные врачебные ошибки ($r = 0,31$, $p < 0,05$), по мнению руководителей городских и районных учреждений здравоохранения, самыми частыми являются субъективные врачебные ошибки ($r = -0,28$, $p < 0,05$).

Интеркорреляции по результатам анализа мнения руководителей о профессиональных ошибках представлены в таблице 6.

Из таблицы 6 следует, что имеются достоверные прямые взаимосвязи между возникновением лечебных ошибок (вред здоровью пациента) и деонтологическими ошибками поведения врача со средним

(младшим) медперсоналом ($r = 0,20$, $p < 0,05$), что свидетельствует о необходимости строгого соблюдения профессиональной этики с недопущением случаев как пренебрежения, так и злоупотребления границами должности. Ошибки поведения врача с пациентами также прямо и достоверно взаимосвязаны с ошибками поведения врача с родственниками пациентов ($r = 0,26$, $p < 0,05$).

«Коммерциализация» отношений врач — пациент

Вопросы дополнительного вознаграждения медицинских работников непосредственно от пациентов и их родственников также были приведены в анкетах как для руководителей, так и для потребителей медицинской помощи. Сравнительный анализ ответов представлен в таблице 7.

Таблица 7. Распределение мнения о дополнительном вознаграждении медицинских работников непосредственно от пациентов и их родственников

№	Вариант ответа	% пациентов	% руководителей
1	Да, допустимо, иначе бы никто и не работал	16,2*	0
2	Да, допустимо, но только от тех, кто действительно может что-то заплатить	17,8*	6,3
3	Да, допустимо, если это будет официально оформлено, с этого дохода будут платить налоги	14,2	22,2
4	Нет, недопустимо	27,6	65,7*
5	Затрудняюсь ответить	24,2	2,4
Итого:		100	100

* $p < 0,05$.

Около 32% пациентов считают допустимым дополнительное вознаграждение медицинскому работнику непосредственно от пациентов и их родственников, однако абсолютное большинство руководителей здравоохранения категорически не допускают таких ситуаций. Полученные результаты могут свидетельствовать о социальном окружении медицинского работника и потенциальном давлении на специалиста в плане принятия таких вознаграждений — так называемое «давление среды».

Каждый третий (34,4%) пациент отметил, что для того, чтобы оплатить платные медицинские услуги, они были вынуждены сокращать другие расходы, 19,8% сообщили, что смогут оплачивать платные медицинские услуги без значительного сокращения своего семейного бюджета. Средний уровень дохода на одного члена семьи, по информации опрошенных пациентов, в большинстве анкет — у 64,2% — варьировал от 300 до 600 белорусских рублей (от 150 до 300 долларов США в эквиваленте) в месяц.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то, что медицинская помощь все больше приближается к услуге как продукту товарного обмена, социальные интеракции в системе врач — пациент в белорусском здравоохранении по-прежнему сохраняют гуманистическую направленность: мнения руководителей здравоохранения и пациентов о первоочередной значимости для врача мотива в виде сострадания и помощи пациенту безоговорочно совпадают. При этом большинство пациентов отмечают доверие к врачам, две трети никогда не конфликтовали с медицинскими работниками, и для большинства основным фактором, влияющим на их отношение к учреждениям и работникам здравоохранения, является «репутация сотрудников учреждения и их клинический опыт». Это подтверждает социальную готовность системы здравоохранения к современным вызовам, в том числе кризисного характера.

Вместе с тем «коммерциализация» взаимодействия между населением и системой здравоохранения становится все более ощутимой. Несмотря на то, что для обеспечения возможности оплатить платные медицинские услуги, 34,4% пациентов вынуждены сокращать другие расходы, каждый третий пациент считает допустимым дополнительное вознаграждение медицинскому работнику непосредственно от пациентов и их родственников, что проявляется так называемым коррупционным «давлением среды». При этом абсолютное большинство руководителей здравоохранения категорически не допускают таких ситуаций.

Углубленный анализ проблемы врачебных ошибок показывает, что в большинстве случаев она является «односторонней» и объясняется тем, что пациенты

существенно чаще интерпретируют непонятную ситуацию как ошибку в связи с их мнением относительно врача, его квалификации, корректности выбора метода лечения и т.д. Вместе с тем, очевидно, что нарастающая «информированность» пациентов обусловлена влиянием глобализации, нарастающим потоком доступной информации околomedicalного характера в сети Интернет и не отражает объективный уровень медицинской грамотности населения. Одновременно уровень экспертных знаний имеет прямое влияние на восприятие врачебных ошибок: руководители здравоохранения, признавая возможность возникновения профессиональных ошибок, в большей степени расценивают встречающиеся ошибки как организационные (31,2%) или сугубо деонтологические (31,2%). Между уровнем руководителя и частотой квалификации профессиональной ошибки как ошибки объективной присутствует взаимосвязь ($r = -0,28$, $p < 0,05$): чем более высокую должность занимает руководитель, тем чаще он отмечает именно объективные ошибки и склонен адекватно на них реагировать.

Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ № Г19-061 от 02.05.2019), является частью диссертационной работы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Вклад авторов. С.Л. Бойко — концепция и дизайн исследования, сбор, статистическая обработка и анализ данных, редактирование; М.Ю. Сурмач — концепция и дизайн исследования, сбор, статистическая обработка и анализ данных, редактирование. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией).

ADDITIONAL INFO

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Funding source. The study had no sponsor support.

Authors' contributions. S.L. Boiko — research idea and design, researchdesign, data collection, statistical processing and analysis, text editing; M.Yu. Surmach — research idea and design, researchdesign, data collection, statistical processing and analysis, text editing. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возьмителъ А.А. Социальное неравенство: поле конфликта в современной России // Конфликтология. 2016. № 3. С. 26-39.
2. Лядова А.В., Лядова М.В. Особенности формирования взаимоотношений в системе врач - пациент в современных условиях // Социология медицины. 2016. Т. 15, № 2. С. 116-121. doi: 10.18821/1728-2810-15-2-116-121
3. Сёмина Т.В. Социологические аспекты дисбаланса взаимоотношений медицины и населения в современной России // Вестник РУДН. Серия Социология. 2015. Т. 15, № 3. С. 70-79.
4. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть I) // Социология медицины. 2010. № 1. С. 3-12.
5. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть II) // Социология медицины. 2010. № 2. С. 3-15.
6. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть III) // Социология медицины. 2011. № 1. С. 3-22.
7. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть IV) // Социология медицины. 2011. № 2. С. 3-10.
8. Сурмач М.Ю. Социология медицины: предмет, методология и сферы применения в Республике Беларусь. Гродно: УО «ГрГМУ», 2016.
9. Сурмач М.Ю. Методологические подходы к конструированию выборочной совокупности при исследовании здоровья и качества жизни подростков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2011. № 4. С. 62-67.
10. Кром И.Л., Еругина М.В., Ковалёв Е.П., и др. Маргинализация профессиональных групп института здравоохранения: социетальный подход // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. Т. 13, № 4. С. 854-856.
11. Наркевич А.Н., Виноградов К.А. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях. Социальные аспекты здоровья населения // 2019. Т. 65, № 6. С. 10. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10.
12. Medvestnik.by [интернет]. [дата обращения 02.03.2020]. Доступ по ссылке: <http://www.medvestnik.by/ru/officially/view/vse-obraschenija-na-kontrolle-18892-2019/>
13. Чередниченко Д.В., Леонович С.И., Чередниченко О.В., Кондратенко Г.Г. Этико-деонтологические и организационно-правовые аспекты оказания хирургической помощи в Республике Беларусь: учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2010.

REFERENCES

1. Voz'mitel' AA. Social inequality: the field of conflict in modern Russia. *Konfliktologiya*. 2016;3:26-39. (In Russ).
2. Lyadova AV, Lyadova MV. Features of the formation of relationships in the doctor — patient system in modern conditions. *Sociologiya mediciny*. 2016;15(2):116-121 doi: 10.18821/1728-2810-15-2-116-121. (In Russ).
3. Syomina TV. Sociological aspects of the imbalance of the relationship between medicine and the population in modern Russia. *RUDN journal of sociology*. 2015;15(3):70-79. (In Russ).
4. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part I). *Sociologiya mediciny*. 2010;1:3-12. (In Russ).
5. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part II). *Sociologiya mediciny*. 2010;2:3-15. (In Russ).
6. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part III). *Sociologiya mediciny*. 2010;1:3-22. (In Russ).
7. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part IV). *Sociologiya mediciny*. 2010;2:3-10. (In Russ).
8. Surmach MY. *Sociology of medicine: subject, methodology and scope of application in the Republic of Belarus*. Grodno: UO «GrGMU»; 2016. (In Russ).
9. Surmach MY. Methodological approaches to the construction of a sample population in the study of health and quality of life of adolescents. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya*. 2011;4:62-67. (In Russ).
10. Krom IL, Erugina MV, Kovalev EP, et al. Marginalization of professional groups of the Institute of Health Care: a societal approach. *Saratovskij nauchno-meditsinskij zhurnal*. 2017;13(4):854-856. (In Russ).
11. Narkevich AN, Vinogradov KA. Methods for determining the minimum required sample size in medical research. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2019;65(6):10. (In Russ). doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-6-10.
12. Medvestnik.by [internet]. [access date: 2020 March 02]. Available from: <http://www.medvestnik.by/ru/officially/view/vse-obraschenija-na-kontrolle-18892-2019/>. (In Russ).
13. Cherednichenko DV, Leonovich SI, Cherednichenko OV, Kondratenko GG. *Ethical-deontological and organizational-legal aspects of surgical care in the Republic of Belarus*. Minsk: BGMU; 2010. (In Russ).

ОБ АВТОРАХ

***Бойко Светлана Леонидовна**, к.м.н., доцент;
Беларусь, 230009, Гродно, ул. М. Горького, д. 80;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8767-6892>;
e-mail: sduduk@yandex.ru

Сурмач Марина Юрьевна, д.м.н., доцент;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3653-8385>;
e-mail: marina_surmach@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

AUTHORS INFO

***Svetlana L. Boiko**, PhD of Medical Sci., Docent;
address: 80 Gorkogo str., Grodno, 230009, Belarus;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8767-6892>;
e-mail: sduduk@yandex.ru

Marina Yu. Surmach, MD, Docent;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3653-8385>;
e-mail: marina_surmach@mail.ru