

СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© МЯКОНЬКИЙ Р.В., КАПЛУНОВ К.О., 2016
УДК 614.253.6:617-089]-058

Мяконький Р.В., Каплунов К.О.

САМОБЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения России, 400131, Волгоград, Россия

В статье с позиций социологии медицины рассматривается относительно новое для российской медицинской науки понятие "самобезопасность пациента". В работе использованы конкретно-социологические методы исследования — добровольное анонимное анкетирование и простое интервьюирование. Авторами предложено определение термина как с социологической, так и с юридической точек зрения, исследуется уровень компетенций со стороны пациентов хирургической клиники, госпитализированных в плановом порядке для выполнения оперативного лечения, представляются некоторые организационные мероприятия в контексте рассматриваемой проблемы, способствующие профилактике возникновения конфликта в системе "врач—пациент". В результате проведенного исследования становится очевидно, что пациенты, с одной стороны, в недостаточной степени осведомлены о рисках, сопряженных с хирургическим вмешательством и с другой стороны имеют крайне низкий показатель самобезопасности, предпочитая беспричинно доверять лечащему врачу, при этом полностью возлагая на него ответственность за результаты лечения.

Ключевые слова: *самобезопасность пациента, информированное добровольное согласие, компетентность, хирургическая практика, социология медицины.*

Для цитирования: Мяконький Р.В., Каплунов К.О. Самобезопасность пациента в хирургической практике: социологические аспекты. *Социология медицины.* 2016; 15(2): 106—109.
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2016-15-2-106-109>

Для корреспонденции: Мяконький Роман Викторович, врач-хирург ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3, действительный член Российского общества хирургов, соискатель кафедры хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ ГБОУ ВПО "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения России, mrv-disser@mail.ru.

Miakonkii R.V., Kaplunov K.O.

THE SELF-SAFETY OF PATIENT IN SURGICAL PRACTICE: SOCIOLOGICAL ASPECTS

Volgograd state medical university, The Ministry of Healthcare of Russia, 400131, Volgograd, Russia

The article considers from positions of sociology of medicine relatively new for Russian medical science notion "self-safety of patient". Such concrete sociological techniques as voluntary anonymous questionnaire survey and simple questionnaire were applied. The determination of notion is proposed from sociological and legal points of view. The level of competences from the side of patients of surgical clinic hospitalized in routine procedure for surgery treatment is investigated. The certain organizational activities in context of considering problem promoting prevention of occurrence of conflict in the system "physician-patient" are presented. The results of implemented study make it obvious that patients, from one hand, are insufficiently aware about risks related to surgical intervention and from the other hand they have extremely low indicator of self-safety preferring for-no-reason to trust attending physician and at that to impose on him whole responsibility for the results of treatment.

Key words: *self-safety; patient; informed voluntary consent; competence; surgical practice; sociology of medicine*

For citation: Miakonkii R.V., Kaplunov K.O. The self-safety of patient in surgical practice: sociological aspects. *Sociologia meditsini.* 2016; 15 (2): 106—109. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/1728-2810-2016-15-2-106-109>

For correspondence: Miakonkii R.V., applicant of the chair of surgical diseases and neurosurgery.
e-mail: mrv-disser@mail.ru

Received 01.04.2016
Accepted 12.10.2016

Безопасность пациентов всегда являлась основой качества оказания медицинской помощи. Это особенно актуально для хирургии в современных условиях, когда технический прогресс в части материального

оснащения практического здравоохранения, широкого внедрения малоинвазивных, в том числе роботизированных технологий радикального лечения самых разнообразных заболеваний достиг невиданных ранее

масштабов. Однако повсеместное внедрение новых технических решений сопровождается параллельным распространением техногенных особенностей и осложнений, что не может оставаться без внимания как отдельных хирургов-практиков, так и профессиональных сообществ самого разного уровня [1]. Имеющиеся стандарты и порядки оказания медицинской помощи преследуют цель создания безопасности для получателя медицинских услуг. При этом в клинике хирургических болезней имеются особые медико-социальные риски для пациента, которые заключаются, во-первых, в клинической специфике проводимого оперативного лечения. Во-вторых, учитывая естественный процесс смены поколений, идущий в том числе и в профессиональном сообществе, на смену опытным хирургам приходят не стажированные, находящиеся в процессе профессионального становления, компетенции которых качественно и количественно уступают опытным коллегам.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на планете ежегодно выполняется более 230 млн хирургических вмешательств, что соответствует примерно одной операции на каждые 25 человек. Потребность в хирургической помощи повсеместно стремительно растет, в том числе за счет ряда неинфекционных заболеваний, признанных глобальной проблемой ввиду их доминирующей роли в смертности населения. Не секрет, что обеспечение доступности хирургической помощи населению и ее безопасность имеют решающее значение для эффективности оперативного лечения.

Кроме того, согласно сводным данным ВОЗ, у 7 млн пациентов развиваются послеоперационные осложнения, а почти у 1/4 из них это становится причиной длительного стационарного лечения и инвалидности [2].

Одной из наиболее сложных задач в хирургии остается освоение практических навыков. Формирование компетенций, ассистенции на операциях, равно как и самостоятельное выполнение оперативного пособия, являются неизбежным "узаконенным, контролируемым потенциальным вредом". В практической деятельности неопытного хирурга (до 5 лет стажа) существуют определенные риски возникновения негативных социальных эффектов, связанных с отсутствием достаточного опыта даже при наличии должной теоретической компетентности. Данное обстоятельство ограничивает автономию как врача, так и пациента [3]. Одной из негативных особенностей обсуждаемой проблемы является то, что в России большинство послеоперационных осложнений не регистрируется, в то время как в Соединенных Штатах Америки проблема безопасности пациентов благодаря многолетней и систематизированной деятельности возведена в ранг национальной идеи в области здравоохранения [4, 5].

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" является основополагающим документом, регулирующим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья. По действующему законодательству необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства является информированное добровольное

согласие (ИДС) гражданина, право согласия на медицинское вмешательство или отказ от него закреплено в статье 20 № 323-ФЗ.

Достаточно часто ИДС перед оперативным вмешательством подписывается формально, в чем ограничивается автономность пациента и не реализуется его право на безопасную медицинскую услугу. Отказ от медицинского вмешательства предусматривает реализацию естественного права человека на отказ от каких-либо вмешательств в его жизнь, даже необходимых для спасения самой жизни. Человек волен распоряжаться собой по своему усмотрению, если это не нарушает права других людей. Любое понуждение (запугивание, обман, угроза) в данном случае неэтично и противозаконно. Именно ИДС является юридическим документом, позволяющим проведение хирургического вмешательства или отказ от него, при этом применение ИДС не лишено недостатков.

В случае негативного или неблагоприятного исхода оказания медицинской помощи может возникнуть конфликтная ситуация. При этом необходимо признать, что проблема ИДС не теряет актуальности в современной врачебной практике и требует дальнейшей юридической доработки [6].

С социологической точки зрения при плановых оперативных вмешательствах указанное согласие должно подписываться пациентом обдуманно с учетом рисков и опыта хирурга, которому предстоит выполнять вмешательство, т. е. должна быть реализована самобезопасность пациента (СБП).

Таким образом, существует объективная необходимость изучения феномена СБП хирургического профиля, а также оценки уровня удовлетворенности этой категории потребителей медицинских услуг в современных условиях в зависимости от ключевых факторов.

Цель — изучить уровень СБП в условиях хирургической клиники, требующих планового оперативного лечения.

Материалы и методы

Эмпирическое социологическое исследование проводилось на базе хирургического отделения Волгоградской областной клинической больницы № 3 в период с октября 2015 по январь 2016 г. В работе использованы конкретно-социологические методы исследования — добровольное анонимное анкетирование и простое интервьюирование.

С учетом принятых в социологии медицины требований к анкетированию, разработанных академиком РАН А.В. Решетниковым [7], первая часть вопросов носила нейтральный характер, затем предлагались более сложные, и, наконец, вопросы социально-демографического блока завершали анкету. Отсутствовали пункты, характеризующиеся органической множественностью, составные вопросы и вопросы с двойным отрицанием, было минимизировано количество вопросов с числом альтернативных ответов более пяти и др.

Была составлена и использована оригинальная анкета, которая включала 10 вопросов. Опрос проводился в день окончания госпитализации, что гарантировало однократное включение респондентов в опрос.

Всего были проанкетированы 64 пациента, госпитализированных в плановом порядке, требовавших хирургического лечения. Анализ паспортной части анкеты показал, что среди респондентов преобладали женщины ($n = 42$). В основном респонденты оценили свое материальное положение как удовлетворительное (64%). В опрос вошли пациенты, находящиеся в возрастной когорте 19—80 лет (средний возраст составил $56,3 \pm 4,1$ года).

Интервьюированию подвергались респонденты, ответы которых в анкете требовали дополнительного уточнения.

Результаты исследования

Результаты проведенного анкетирования демонстрируют, что пациенты только в 57,8% случаев внимательно изучают добровольное информированное согласие на операцию. Получение письменного согласия на проведение оперативного вмешательства в 42,2% случаев как правовая норма выполняется формально, что ограничивает автономность пациента.

Немногим более четверти (26,4%) респондентов указали, что они интересовались перед вмешательством у оперирующего хирурга о его опыте выполнения подобных операций. Большая часть (41,4%) пациентов не задумываются об отсутствии опыта у хирурга в выполнении показанной им операции. Каждый третий (32,2%) респондент не смог ответить однозначно на данный вопрос.

Доверить выполнение операции неопытному хирургу готовы 12,7% пациентов, 37,6% категорически против такой практики и 49,7% готовы согласиться на вмешательство при условии, если неопытному хирургу будет ассистировать опытный коллега. Таким образом, потенциально реализуя феномен самобезопасности (зная о неопытности оператора, принимая во внимание и осознавая повышенные риски), 62,4% пациентов при определенных условиях готовы участвовать в реализации профессиональных возможностей нестажированных хирургов.

Желание сменить молодого лечащего врача на более возрастного высказали чуть менее половины респондентов (46,7%), что в контексте самобезопасности говорит об ожиданиях пациентов от возрастного врача, по их мнению, априори опытного, более качественного и эффективного лечения с наименьшими рисками. В то же время для 27,6% опрошенных возраст лечащего врача не имеет значения, при том что 25,7% пациентов вообще не хотят менять молодого врача. Подтверждая данные предшествующего вопроса, можно сделать вывод, что для реализации профессиональных компетенций у нестажированного хирурга имеются возможности в 53,3% случаев.

В профессии хирурга доминирующим большинством продолжают оставаться мужчины, этот аспект положительно воспринимает примерно половина опрошенных респондентов вне зависимости от пола. Отвечая на вопрос о комфортности лечения у хирурга в зависимости от его пола, 49,9% респондентов испытывают комфорт, когда хирург мужчина, для 2,8% предпочтительна женщина, и 47,3% не важен гендерный фактор.

Процесс лечения при выписке из стационара 12,7% оценили на отлично, 36,8% — хорошо, 36,9% — удовлетворительно, 9,3% — плохо, и 4,3% затруднились ответить. Наши данные согласуются с результатами современных опросов на данную тему: свою удовлетворенность проведенным лечением в разной степени отметили 86,4% респондентов, в то время как 13,6% пациентов остались не удовлетворены оказанной медицинской помощью.

Обсуждение

Чуть более половины респондентов посвящают достаточное количество времени изучению ИДС перед оперативным вмешательством. Это может свидетельствовать о малой осведомленности пациентов о рисках, сопряженных с хирургическим вмешательством.

Более 73% опрошенных не задумываются об опытности оператора перед предстоящим лечением. Отсюда можно заключить, что подавляющее большинство пациентов хирургического профиля имеют крайне низкий показатель самобезопасности, предпочитая беспричинно доверять лечащему врачу, при этом полностью возлагая на него ответственность за результаты лечения. Также можно констатировать, что на сегодняшний день в отечественной хирургии продолжает сохраняться принцип патернализма.

Интересен также тот факт, что около трети респондентов затруднились ответить на данный вопрос. Это может говорить о том, что для пациента вопросы компетентности хирурга не имеют доминирующего значения.

В процессе интервьюирования респондентов выяснилось, что, если заболевание касается интимной сферы и затрагивает поражение половых органов (фимоз, варикоцеле, гидроцеле, фиброаденомы молочных желез, бартолинит, геморрой и т. п.), пациенту более комфортно, если хирург одного с ним пола. Это указывает на то, что в современной отечественной медицине не наступило время гендерного равноправия и сохраняется самобытность в вопросах пола.

Заключение

Можно предположить, что в каждом восьмом случае оказания медицинской помощи потенциально может возникнуть конфликтная ситуация, которая склонна к трансформации из биоэтической в правовую. На основании ст. 150—151, 1099—1101 Гражданского кодекса РФ пациент может обратиться с иском в заявлении в суд [8]. Конфликтная ситуация, рассматриваемая в правовом поле, зачастую возникает в том числе из-за существования патерналистской модели взаимодействия в системе "врач—пациент", при которой пациент не берет на себя ответственности за принимаемые решения, а в случае неудовлетворенности лечением или исходом операции предпринимает меры самозащиты. Эти аспекты взаимоотношений медицинского сообщества с пациентами актуализируют проблему СБП.

В доступной научно-медицинской литературе нам не удалось найти достаточно информации по вопросам СБП. Безопасность в медицине со стороны государства достигается посредством оптимизации медицинской помощи с использованием стандартов, порядков, на-

циональных рекомендаций, протоколов лечения, методических указаний и прочих документов медицинской направленности, а также проведением сертификации (в скором будущем аккредитации) специалистов и экспертной оценки методов лечения со стороны профессионального сообщества. Кроме того, как мы указывали ранее, применение ИДС должно быть направлено на обеспечение должного уровня безопасности медицинской услуги.

В рамках прикладной социологии медицинских специальностей нам представляется целесообразным введение понятия СБП в научно-медицинскую литературу. Самобезопасность пациента — это автономные действия лица, получающего медицинскую помощь, по предотвращению реализации имеющихся рисков и принятию им ответственности за свои действия как равноправного участника взаимоотношений в системе "врач—пациент".

Также хотелось бы отметить, что мы видим принципиальное отличие термина "самобезопасность" от термина "самозащита". Самобезопасность подразумевает профилактическое инициативное действие в обстановке, первоначально не предусматривающей агрессию в отношении пациента, в отличие от самозащиты, когда пациент вынужден предпринимать тактические действия в отношении собственного здоровья в сложившейся негативной для него обстановке. Вопросы самозащиты пациента выходят за рамки данного исследования и должны быть изучены в медико-правовых исследованиях.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маскин С.С., Карсанов А.М., Лопастейский Д.С., Кокаев И.П. Биоэтические основы безопасности пациентов в хирургии. *Биоэтика*. 2014. 2(14): 37—40.
2. Практическое руководство по использованию контрольного перечня ВОЗ по хирургической безопасности. Безопасная хирургия спасает жизни, М.: 2009.
3. Мяконький Р.В. Профессионализация хирурга: современные реалии / А.В. Быков, Р.В. Мяконький // Материалы VI международной научно-практической конференции. Наука в современном информационном обществе. Северный Чарльстон, США, 2015; 2: 45—9.

4. Cima R.R., Lackor K.A., Nehring S.A., Cassivi S.D., Donohue J.H., Deshamps C., Van Sush M., Naessens J.M., How best to measure surgical quality? Comparison of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (AHRQ-PSI) and American College of Surgeon National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution. *Surgery*. 2011; 150(5): 943—9.
5. Clarke J.R. The Use of Collaboration to Implement Evidence-Based Safe Practices. *J. Public. Health Res.* 2013; 2(3): 26.
6. Каплунов К.О. Особенности информированного добровольного согласия в условиях детского инфекционного стационара. *Менеджер здравоохранения*. 2013; (1): 29—35.
7. Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М. Методика проведения медико-социологический исследований. Издательский дом "ГЭОТАР-Мед", Москва, 2003.
8. Быков А.В., Чеботарева О.А. Этические проблемы неотложных состояний в хирургии / *Биоэтика*. 2008; (1): 58—9.

Поступила 01.04.2016

Принята в печать 12.10.2016

REFERENCES

1. Maskin S.S., Karsanov A.M., Lopasteysky D.S., Kokayev I.P. Bioethical bases of safety of patients in surgery / *Bioethics*. 2014; 2(14): 37—40. (in Russian)
2. Practical guidance on use of the control list of WHO on surgical safety. The safe surgery saves lives. Moscow, 2009. (in Russian)
3. Myakonky R.V., Myakonky R.V. Professionalizing of the surgeon: modern realities. Materials VI of the international scientifically practical conference. Science in modern information society. [Materialy VI Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferencii]. Northern Charleston, USA, 2015; 2: 45—9. (in Russian)
4. Cima R.R., Lackor K.A., Nehring S.A., Cassivi S.D., Donohue J.H., Deshamps C., Van Sush M., Naessens J.M., How best to measure surgical quality? Comparison of the Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Indicators (AHRQ-PSI) and American College of Surgeon National Surgical Quality Improvement Program (ACS-NSQIP) postoperative adverse events at a single institution. *Surgery*. 2011; 150(5): 943—9.
5. Clarke J.R. The Use of Collaboration to Implement Evidence-Based Safe Practices. *J. Public. Health Res.* 2013; 2(3): 26.
6. Kaplunov K.O. Features of the informed voluntary consent in the conditions of a children's infectious hospital. *Meneger zdra-vookhraneniya*. 2013; (1): 29—35. (in Russian)
7. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A., Astafyev L.M. Methodic of carrying out medico-sociological researches. [Metodika provedeniya mediko-sotsiologicheskikh issledovaniy]. GEOTAR-Med, Moscow, 2003. (in Russian)
8. Bykov A.V., Chebotaryova O.A. Ethical problems of medical emergencies in surgery [Eticheskie problemy neotlozhnyh sostoyaniy v hirurgii]. *Bioethics*. 2008; (1): 58—9. (in Russian)