

УДК 614.26:368

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ

Богатырев А.А.

*ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава РФ»,
Волгоград, e-mail: autarchy@mail.ru*

Типологизация поведенческих особенностей пациентов актуальна прежде всего в практическом аспекте: она является полезным инструментарием для выбора оптимальных стратегий взаимодействия врача и пациента, способствующих повышению качества медицинской помощи. Особую трудность составляет взаимодействие с пациентами, находящимися в состоянии приобретенной беспомощности. Поэтому изучение социального феномена приобретенной беспомощности, ее проявление у больных и ее роль в процессе оказания и получения медицинской помощи представляет собой насущную научную задачу. Цель: Выявление поведенческих особенностей пациентов с приобретенной беспомощностью в сравнении с другими группами пациентов. Задачи: 1. Выявить особенности пациентов с приобретенной беспомощностью в зависимости от их социальных статусов. 2. Проанализировать поведение пациентов с приобретенной беспомощностью в условиях стационара. 3. Рассмотреть доминирующие типы отношения к болезни у пациентов с приобретенной беспомощностью. 4. Определить оптимальную модель взаимодействия врача и пациентов с приобретенной беспомощностью. Материалы и методы: Использован метод анкетирования пациентов, проведенный в государственных лечебно-профилактических учреждениях г. Волгограда. Обработка анкет осуществлялась методом сравнительного анализа. Результаты. На основании анализа выявленных поведенческих особенностей, социальных ожиданий и отношений к лечебному процессу и медицинскому персоналу определена оптимальная тактика взаимодействия врача с пациентами, имеющими приобретенную беспомощность. Заключение. Пациенты с приобретенной беспомощностью в условиях стационара проявляют пассивное дезадаптивное поведение, препятствующее достижению позитивного терапевтического эффекта.

Ключевые слова: поведенческие особенности, интеракции, социальные ожидания, модель взаимодействия врача и пациента, отношение к здоровью, приобретенная беспомощность, типы отношения к болезни

BEHAVIORAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACQUIRED HELPLESSNESS: VARIOUS GROUP COMPARATIVE ANALYSIS

Bogatyrev A.A.

The Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: autarchy@mail.ru

Typology of patient behavioral characteristics is actual in practice it of use while matching strategies in patient-doctor interrelation which, in its turn, favours the increase in of medical quality. Patients' interaction the ones with acquired helplessness is of special obstacle. Therefore, to study social phenomenon of acquired helplessness, its occurrence in patients as well as its role in medical care process is of great scientific importance. Aim: to reveal patients' behavioral characteristics the ones in those with acquired helplessness. Problems: 1. to reveal patients' with acquired helplessness specificity in the light of social status. 2. to analyze in-patients' behavior of the ones with acquired helplessness. 3. to scrutinize the dominant attitude type towards disease. 4. to determine the model of doctor-patient interaction in terms of helplessness acquired. Materials and methods: patient questionnaire method was used. The research study have been performed in the Volgograd medical clinics. The questionnaires were processed with comparative analyses method. Results: due to the behavioral specificity revealed, social expectations and treatment process attitude as well as medical personnel the optimal tactics towards doctor-patient interaction was determined. Conclusion: Patients with acquired helplessness express passive disadaptive behaviour in in-patient departments, which in its turn, prevents from positive therapeutic effect.

Keywords: behavioral specificity, interaction, social expectation, interaction doctor-patient model, health attitude, acquired helplessness, health attitude types

В отечественной медицине всегда подчеркивалась важность сотрудничающего взаимодействия врача с пациентом. Изменения, произошедшие в современном здравоохранении, повлияли и на характер интеракций участников, когда один из субъектов становится получателем медицинских услуг, а другой субъект оказывает эти услуги. А поскольку такая расстановка происходит в процессе оказания медицинской помощи, то роли субъектов взаимодействия оказываются амбивалентными: пациент ожидает от врача помощи, поддержки, уповая на его силу и возможности медицины в его лице

и одновременно не доверяет ему, вменяя в вину меркантилизм и участие в рыночных отношениях. Поэтому среди приоритетных направлений исследований в социологии медицины академиком РАМН А.В. Решетниковым было выделено изучение взаимодействия врача и пациента в современных социально-экономических условиях [1].

В научной литературе различными авторами рассмотрены социальная роль пациента, социальные и правовые аспекты взаимодействия врача и пациента (И.Б. Назарова, 2004, С.А. Ефименко, 2007) [2], взаимодействие врача и пациента в качестве

стоматологической услуги (Д.В. Михальченко, 2012), систематизированы пациенты по полу, возрасту, наличию определенных заболеваний (В.Г. Табатадзе, 2007, В.О. Гурова, 2011) и т.д. Однако до сих пор не рассмотрена отдельная категория пациентов с приобретенной беспомощностью и не исследовались интеракции с такими пациентами, что может расширить понимание процесса взаимодействия в медицинской практике.

Зарубежными исследователями (М. Селигман, 1965, Б. Овермаер, Д. Хирото, 1971) беспомощность рассматривается в основном в рамках когнитивно-бихевиорального направления психологии как состояние субъекта (выученная беспомощность) [3], а в отечественной науке как системное качество личности – личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009, Е.В. Веденева 2009) [4], однако независимо от времени, устойчивости и методов образования, данный феномен выученной (личностной) беспомощности имеет важное социальное значение как сам по себе, так и особенно по своим последствиям. В этом плане он приобретает статус социального факта и чтобы специфизировать социологическое понимание, мы будем использовать термин «приобретенная беспомощность». Особенности поведения людей с приобретенной беспомощностью в ситуациях различных интеракций изучены не достаточно, а приобретенная беспомощность как социальный факт не исследовалась до настоящего времени.

Особенно важно исследование поведения пациентов в ситуации стационара, поскольку приобретенная беспомощность, обладая способностью к генерализации (распространению на все стороны жизни субъекта, снижая ее качество и продуктивность деятельности) может негативным образом влиять на процесс взаимодействия с медико-социальными субъектами. Рассмотрение поведенческих особенностей отдельной категории пациентов с приобретенной беспомощностью позволит определить позитивные тактики и стратегии взаимодействия медико-социальных субъектов с данными пациентами как в медицинской практике, так и в повседневной жизни.

Цель. Выявление поведенческих особенностей пациентов с приобретенной беспомощностью в сравнении с другими группами пациентов.

Материалы и методы исследования

Для исследования поведенческих особенностей пациентов с приобретенной беспомощностью были использованы: социологический метод опроса в фор-

ме анкетирования и стандартизированный опросник для диагностики типов отношения к болезни «Методика ТООБОЛ». Исследование было проведено в 2010–2014 гг. в г. Волгограде. В группу респондентов вошли пациенты, обратившиеся за помощью в государственные лечебно-профилактические учреждения (государственные ЛПУ). По результатам исследования было выделено три группы, в зависимости от наличия приобретенной беспомощности: группа автономных пациентов, группа пациентов с приобретенной беспомощностью и группа риска.

Результаты исследования и их обсуждение

Выявлены поведенческие особенности пациентов с приобретенной беспомощностью. Определены оптимальные тактики и стратегии взаимодействия медико-социальных субъектов, позитивно влияющие на интеракции с пациентами, имеющими приобретенную беспомощность.

Выявлено, что приобретенная беспомощность существует во взаимосвязи с определенными типами отношения к болезни и поведенческими особенностями, приводя к различным затруднениям во взаимодействии медико-социальных субъектов, таким как избегание ответственности за лечение и здоровье, завышенные ожидания от медико-социальных субъектов взаимодействия.

Всего в исследовании приняло участие 720 человек в возрасте от 18 лет (244 мужчин, 476 женщин), среди которых было выделено три группы: автономных пациентов – 18% от общего количества человек, беспомощных пациентов – 28% и группа риска – 54% от общего количества. Заметим, что беспомощных пациентов больше, чем автономных, а группа риска составляет чуть больше половины от общего количества респондентов. Поскольку мы проводим сравнительный анализ групп, то в дальнейшем мы будем сравнивать проценты полученных ответов среди каждой отдельной группы. Для удобства написания мы обозначили каждую группу следующим образом: БП – группа пациентов с приобретенной беспомощностью, АП – автономные пациенты, РП – пациенты группы риска. Поскольку группа риска представляет собой смешанный тип, то в данной статье мы остановились на сравнении двух контрастных типов – активные самодостаточные пациенты, которым присвоено наименование «автономные» (АП), и пациенты с приобретенной беспомощностью (БП).

Распределение по полу в каждой группе дало следующие результаты: всего группа пациентов, у которых отсутствует приобретенная беспомощность (АП), составляет 132 чел. Гендерные характеристики данной группы: мужчин – 41%, женщин – 59%.

Возрастные показатели среди гендерных групп оказались следующими: в группе автономных пациентов мужчин старше 60 лет – 4%, 45–60 лет – 29%, 30–45 лет – 11%, до 30 лет – 56%. Женщин в возрасте выше 60 лет – 15%, от 45 до 60 лет – 8%, от 30 до 45 лет – 54%, до 30 лет – 23%.

Всего в группу пациентов с приобретенной беспомощностью вошли 198 пациентов, из них мужчин – 24% и женщин – 76%. Мужчины по возрасту распределились следующим образом: выше 60 лет – 49%, 45–60 лет – 13%, 30–45 лет – 25%, до 30 лет – 13%. Женщины в возрасте выше 60 лет составили 52% от женщин в группе пациентов с приобретенной беспомощностью, женщины 45–60 лет составили 32%, женщины 30–45 лет – 8%, и до 30 лет – 8%.

Таким образом, мы видим, что в группе автономных пациентов преобладают молодые мужчины в возрасте до 30 лет (56%) и минимально присутствуют пожилые мужчины (4%), а женщины преобладают в возрасте 30–45 лет (54%) и меньше всего представлены в возрасте 45–60 лет (8%).

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью количество пациентов с возрастом возрастает как у мужчин (49%), так и у женщин (52%). Обращает на себя внимание тот факт, что происходит всплеск выраженности приобретенной беспомощности среди мужчин в возрасте 30–45 лет (25%), а среди женщин в возрасте 45–60 лет (32%).

Семейное положение групп выглядит следующим образом: среди автономных пациентов холосты (не замужем) 32%, женаты или замужем 63%, разведенных – 5%. Среди пациентов с приобретенной беспомощностью холостых (не замужем) 21%, состоят в браке 49%, разведенных – 21%, вдовцов – 9%. Семейное положение группы риска: холосты (не замужем) 29%, женаты или замужем 51%, разведены – 9%, вдовцов – 11%.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что одним из факторов способствующим появлению приобретенной беспомощности может являться семейное положение, а именно состояние развода или смерти супруга.

Анализируя семейное положение различных групп пациентов, мы рассматривали и фактор детности. В группе автономных пациентов не имеют детей 59%, одного, двух детей – 41%. В группе пациентов с приобретенной беспомощностью 30% отметили, что не имеют детей, 64% имеют одного или двух детей, больше двух – 6%. Причем, сопоставляя эти данные с возрастными показателями, мы обнаружили, что феномен приобретенной беспомощ-

ности более проявляется в окружении повзрослевших детей. Данное обстоятельство свидетельствует о генерализации приобретенной беспомощности, которая распространяется на всех участников, с которыми взаимодействует человек с приобретенной беспомощностью. В этом случае, в целях оптимизации терапевтического взаимодействия врачу полезно привлечь к участию взрослых детей пациента для выработки единой эффективной стратегии, не подпитывающей приобретенную беспомощность пациента, а напротив, стимулирующую его субъектность, то есть активность, самостоятельность, ответственность.

Уровень образования в группе автономных пациентов следующий: неоконченное среднее (менее 10 классов) имеют 10% от количества группы, среднее образование – 19%, среднее специальное или незаконченное высшее – 33%, высшее образование – 38%.

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью имеют высшее образование только женщины – 12% от общего количества группы, среднее специальное или незаконченное высшее образование – 55%, среднее образование имеют 27% и неоконченное среднее (менее 10 классов) – 6%.

Анализ и сравнение групп пациентов в зависимости от образования показали, что приобретенная беспомощность более свойственна людям, не имеющим высшего образования.

Уровень благосостояния автономных пациентов следующий: имеют уровень благосостояния ниже среднего 14%, средний – 86%, высокий уровень отсутствует.

В группе пациентов с приобретенной беспомощностью уровень благосостояния ниже среднего имеют 51% пациентов, средний уровень благосостояния – 49%, высокий уровень отсутствует.

Сравнительный анализ данных показывает, что малообеспеченность связана с феноменом приобретенной беспомощности. Однако в ходе нашего исследования мы не устанавливали причинно-следственную связь, является ли малообеспеченность фактором возникновения приобретенной беспомощности, либо, наоборот приобретенная беспомощность – детерминанта возникновения малообеспеченности. Выяснение данного вопроса требует проведения дополнительного исследования.

Особый интерес представляет исследование поведения пациентов с приобретенной беспомощностью и его отличие от поведения других групп пациентов. Прежде всего, можно отметить различия поведения пациентов на приеме у врача. Наибольшую активность на приеме у врача проявляют

респонденты в группе автономных пациентов (27% от общего количества группы автономных пациентов), в группе риска – 23% (от общего количества группы риска) и 15% в группе пациентов с приобретенной беспомощностью (от общего количества группы с приобретенной беспомощностью).

Следует отметить возможное «удобство» пациентов с приобретенной беспомощностью для медицинских специалистов, так как большинство таких пациентов не проявляют потребности в диалоге во взаимодействии со врачом из-за сниженного интереса по поводу оказываемого лечения.

В то же время пациенты с приобретенной беспомощностью по сравнению с другими группами пациентов оказывают меньше доверия медицинскому специалисту. Так наибольший процент доверия лечащему врачу среди группы автономных пациентов – 59%, среди группы риска таких пациентов – 49%, а среди группы пациентов с приобретенной беспомощностью – 45% респондентов.

Поведение в стационаре пациентов трех групп выглядит следующим образом: 33% респондентов в группе пациентов с приобретенной беспомощностью ответили, что их поведение зависит от того, как их лечат. В группе риска, выбравших такой ответ пациентов – 14% от общего количества пациентов группы риска, а среди группы автономных – 9% от общего количества автономных пациентов.

Таким образом, пациенты с приобретенной беспомощностью проявляют поведение, основываясь только на личных предпочтениях, которые можно определить: «как хочу, так себя и веду». Из исследования видно, что пациенты с приобретенной беспомощностью часто переходят во взаимодействие с врачом на уровень межличностных отношений, что ведет к искажению профессионального взаимодействия и соответственно снижению его продуктивности. На наш взгляд, для изменения или корректировки подобного поведения нужно найти границы общения, в которых явно обозначить права, обязанности и ответственность сторон.

Наибольшее желание в выздоровлении проявляют автономные пациенты – 77% от общего количества пациентов, в группе риска таких пациентов – 72% и в группе пациентов с приобретенной беспомощностью – 64%. Что касается навыков релаксации, то всего лишь 3% респондентов от группы пациентов с приобретенной беспомощностью применяют их, находясь в стационаре, в группе автономных таких пациентов 14% и 14% в группе риска.

Несмотря на то что в группе пациентов с приобретенной беспомощностью значи-

тельное число респондентов (64%) заявляет о желании выздоровления, однако, сопоставив данный ответ с социальными ожиданиями пациентов по отношению к врачу, мы увидим наличие декларативности в заявлении о желании скорого выздоровления.

Социальные ожидания относительно моделей взаимодействия с врачом у автономных пациентов следующие: только 9% в группе АП ожидают, что врач полностью возьмет на себя ответственность за их лечение, 23% ожидают, что врач проинформирует их о том, что они могут сделать, 68% ожидают, что врач обсудит с ними методы терапии, выбирая наиболее приемлемые для них.

Ожидания в группе БП отличаются от ожиданий в группе АП в сторону избегания ответственности: 55% пациентов ожидают, что врач полностью возьмет ответственность за лечение, 15% ждут информирования о том, что они могут сделать и 30% хотят, чтобы с ними обсудили методы терапии, выбирая наиболее приемлемые для них.

Особо мы выделили социальные ожидания пациентов по отношению к социально-ролевым характеристикам врача. В группе АП 23% выделяют эмоциональную поддержку и профессионализм, 72% пациентов отмечают профессионализм и внимание, 5% выделили только профессионализм.

Группа БП более требовательна к врачу в отношении эмоциональной поддержки – 30%, 64% пациентов выделили профессионализм и внимание, 6% выделили только профессионализм врача.

Таким образом, данные нашего исследования показывают запрос эмоциональной поддержки со стороны врача у пациентов с приобретенной беспомощностью. У таких пациентов снижена потребность в скором выздоровлении и практически отсутствует способность к релаксации. Учитывая, что пациентам с приобретенной беспомощностью, по сравнению с другими группами пациентов, в условиях стационара свойственно поведение, избегающее ответственности за лечение, то эмоциональная поддержка, оказываемая врачом, должна быть ориентирована на формирование чувства ответственности у пациента и развитие спектра его эмоциональных и поведенческих реакций.

Среди автономных пациентов рекомендаций врача по лечению выполняют 67% респондентов, 18% выполняют по профилактике, 15% выполняют по оздоровлению.

Среди рекомендаций, которые выполняют пациенты с приобретенной беспомощностью, 65% пациентов выполняют только

рекомендации по лечению, 19% выполняют рекомендации по профилактике, 18% – рекомендации по оздоровлению.

Не смотря на то что большинство пациентов с приобретенной беспомощностью комплаентны и меняют свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врачей, при анализе ответов, выявляющих другие поведенческие особенности, можно отметить, что у пациентов с приобретенной беспомощностью не сформировано понятие здоровья, а среди врачебных рекомендаций используют в основном рекомендации по лечению.

Следует отметить, что в группе БП обращение за медицинской помощью на коммерческой основе меньше, чем в группе АП, и это вполне объяснимо: как нами уже указывалось, пациенты данной группы невысоко оценивают уровень своего материального благосостояния. Обращает на себя внимание тот факт, что представители группы БП значительно чаще обращаются к народной медицине – 45% по сравнению с 29% в группе АП.

Успех в выздоровлении пациентов группы АП, зависит, на их взгляд: от компетентности врача – 52%, от настроения пациента – 37%, распределили ответственность поровну между компетентностью врача и настроением пациента 11% респондентов.

В группе пациентов с ПБ 40% респондентов отметили в качестве успеха в выздоровлении только компетентность врача, 22% респондентов отметили настрой пациента на лечение. Считают, что успех лечения зависит от сложившихся обстоятельств 16% респондентов, и 22% пациентов выделили профессионализм врача и настрой пациента.

Таким образом, в группе ПБ можно отметить высокий процент пациентов, которые считают сложившиеся обстоятельства в качестве основы для успеха лечебных мероприятий (16%). Пациенты с приобретенной беспомощностью устанавливают среди других групп меньший приоритет профессионализму врача (40%), но вместе с тем, считают, что залогом успеха в выздоровлении является разделение ответственности между двумя субъектами лечебного взаимодействия – врачом и пациентом (22%). Полученные данные могут использоваться в качестве определения ведущей модели взаимодействия в процессе лечения – коллегальной или совещательной.

При применении врачом патерналистской модели взаимодействия 55% пациентов группы АП ощущают себя вполне комфортно, для 36% респондентов это не имеет значения, 9% респондентов раздражаются,

так как считают, что врач подавляет их инициативу.

В группе ПБ 18% чувствуют себя вполне комфортно, 31% равнодушны, так как для них это не имеет значения, 21% пациентов раздражаются, так как считают, что врач подавляет их инициативу, 27% пациентов ощущают себя беспомощными, 3% респондентов воздержались от ответа.

На основании полученных данных, можно сделать вывод о том, что применение врачом патерналистской модели взаимодействия усугубляет состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу необходимо избегать патерналистской модели. Интересен тот факт, что наряду с избеганием ответственности за лечение, сниженным доверием к медико-социальным субъектам, наличием беспомощного и пассивного поведения в ситуации стационара, у пациентов в группе ПБ выражен процент респондентов, у которых присутствуют ожидания коллегальной модели взаимодействия с распределением ответственности за лечение. Таким образом, применяя оптимальную стратегию взаимодействия, в соответствии с ожиданиями пациентов группы ПБ, можно снизить негативное влияние приобретенной беспомощности пациентов на процесс взаимодействия с медико-социальными субъектами и увеличить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Анализ мнений пациентов группы АП по поводу факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, показал: 23% респондентов выделили большее желание выздороветь, 12% пациентов отметили нехватку воли и упорства в лечении, 21% респондентов выделили эмоциональный подъем, 11% – представление, для чего необходимы лечебные мероприятия, 33% пациентов необходима поддержка окружающих людей.

В группе ПБ в качестве факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, 25% респондентов отмечают большее желание выздороветь, 35% – проявление воли и упорства в лечении, 12% – эмоциональный подъем, 18% – более понятные и доступные методы лечения, представление, для чего необходимы лечебные мероприятия, выделили 2% респондентов, поддержку окружающих людей отметили всего 8%.

Пациенты группы РП на вопрос, что сможет улучшить эффективность лечения выбрали: 6% – большее желание лечиться, 19% – проявление воли и упорства в лечении, 17% – отсутствие равнодушия к процессу лечения, 8% – эмоциональный

подъем, 8% выделили более понятные и доступные методы лечения, 7% – представление для чего это нужно, поддержку окружающих людей отметили 32% респондентов, воздержались от ответов 3% пациентов группы риска.

Таким образом, пациентам с приобретенной беспомощностью в первую очередь недостает воли и упорства в лечении (30%) и большего желания лечиться (25%), а также непонятны используемые методы лечения (18%). Тем самым в тактике взаимодействия необходимо расставить акценты на положительной динамике и выздоровлении, т.е. врачу желательнее постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, а также желательнее объяснять, для чего необходим тот или иной метод, тем самым вовлекая пациента с приобретенной беспомощностью в процесс лечения.

Заклучение

При взаимодействии с пациентами, во избежание втягивания в ситуацию, в которой пациент перекладывает всю ответственность за лечение на врача, и даже на медицину, здравоохранение в целом, врачу полезно учитывать наиболее проблемные гендерно-возрастные группы, которыми являются пациенты старше 60 лет, мужчины в возрасте 30–45 лет, женщины в возрасте 45–60 лет, а также учитывать, что среди мужчин приобретенная беспомощность наиболее выражена в возрасте 30–45 лет (25%), а среди женщин – в возрасте 45–60 лет (32%).

Приобретенная беспомощность влияет на ожидания пациентов в области взаимоотношений, определяя возникновение не соответствующих социальной ситуации паттернов поведения: избегание ответственности за лечение, снижение потребности в скором выздоровлении, ориентация на мнение и оценку окружающих, подверженность колебаниям настроения, в основном связанными с межличностными контактами. Поэтому медицинскому персоналу полезно применять поэтапную стратегию взаимодействия с такими пациентами, повышающую ответственность и осознанность пациента за процесс лечения.

В целях оптимизации терапевтического взаимодействия необходимо определить границы общения, выстроить разграничение ответственности и обязанности, а также привлечь к участию взрослых детей пациента для выработки единой эффективной стратегии, не подпитывающей приобретенную беспомощность пациента, а напротив, стимулирующую его активность, самостоятельность, ответ-

ственность. Эмоциональная поддержка, оказываемая врачом, должна быть ориентирована на формирование чувства ответственности у пациента в процессе лечения и расширение спектра его эмоциональных и поведенческих реакций.

Обобщая все вышесказанное, мы сделали вывод о том, что применение врачом патерналистской модели взаимодействия может усугубить состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу следует избегать патерналистской модели. В качестве оптимальной модели взаимодействия в процессе лечения врачом возможно использовать совещательную модель взаимодействия, при этом ему желательнее постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, стимулировать его субъектность, тем самым вовлекая пациента с приобретенной беспомощностью в процесс лечения.

Список литературы

1. Решетников А.В. Социология медицины: Руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Ефименко С.А. Социология пациента: Автореф. дис. докт. социол. наук. – Волгоград, 2007.
3. Селигман Мартин Э.П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: София, 2006.
4. Циринг Д.А. Психология личностной беспомощности: Автореф. дис. докт. психол. наук. – Томск, 2010.
5. Токарева Ю.М., Чижова В.М. Применение факторного анализа для оценки качества медицинской помощи: Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2009. – № 3.

References

1. Reshetnikov A.V. Sociology of Medicine: A Guide. – M.: GEOTAR-Media, 2010.
2. Efimenko S.A. Sociology patient, Avtoref. dis. dokt. sociol. nauk. – Volgograd, 2007.
3. Seligman Martin E.P. New Positive Psychology: Scientific opinion on the happiness and the meaning of life. – M.: Sofiya, 2006.
4. Tsiring D.A. Psychology of personal helplessness Avtoref. dis. dokt. psikhol. nauk. – Tomsk, 2010.
5. Tokareva J.M., Chizhova V.M. The application of factor analysis to assess the quality of care: Bulletin of Volgograd State Medical University, 2009. no. 3.

Рецензенты:

Стризов А.Л., д.ф.н., профессор, заведующий кафедрой социологии ФГАОУ ВПО «Волгоградский государственный университет», г. Волгоград;

Антонова А.Л., д.соц.н., профессор кафедры теории и истории социологии ФГАОУ ВПО «Уральский Федеральный Университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург.

Работа поступила в редакцию 29.12.2014.