

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ПРИОБРЕТЕННОЙ БЕСПОМОЩНОСТЬЮ

Богатырёв А.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Волгоград, Россия (400131, г. Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1), e-mail: autarchy@mail.ru.

Феномен приобретенной беспомощности является социальным фактом, негативно влияющим на интеракции врача и пациента. Приобретенная беспомощность препятствует выздоровлению пациента, снижает терапевтический эффект лечения. Цель: описание социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью. Задачи: 1. Выявить взаимосвязь риска возникновения приобретенной беспомощности в зависимости от пола, возраста, семейного положения, образования, наличия заболеваний. 2. Проанализировать поведение пациентов с приобретенной беспомощностью в условиях стационара. 3. Определить ведущий тип отношения к болезни у пациентов с приобретенной беспомощностью. 4. Типологизировать проявления беспомощности в поведении 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 сформирован социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью: женщина пожилого возраста, без высшего образования, с низкими оценками по поводу своего благосостояния и качества жизни. Заключение. Пациенты с приобретенной беспомощностью в условиях стационара проявляют пассивное дезадаптивное поведение, препятствующее достижению позитивного терапевтического эффекта.

Ключевые слова: интеракции, социальные ожидания, отношение к здоровью, приобретенная беспомощность, типы беспомощности, типы отношения к заболеванию, социальный портрет.

## SOCIAL PORTRAIT OF A PATIENT WITH ACQUIRED HELPLESSNESS

Bogatyryov A.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia (400131, 1, Pavshikh Bortsov Sq., Volgograd, 400131, Russian Federation), e-mail: autarchy@mail.ru

The phenomenon of acquired helplessness being a social fact effects negatively on doctor-patients interactions. Acquired helplessness reduces therapeutic effect. Aim: to describe social portrait of patients with acquired helplessness. Problems: 1. To reveal interrelation between acquired helplessness and gender, age, family status, education, health state. 2. To analyze behavior of in-patients. 3. To determine the leading type in patients with acquired helplessness. 4. To give the type for patients with acquired helplessness. Materials and methods: patient's questionnaire was devised for the ones in state Volgograd clinics. Questionnaires were processed by a compared method. Results. Due to revealed behavioral characteristics, social expectations and attitude towards treatment process and medical personnel, a social portrait of patients with acquired helplessness was stated as follows: an elderly female without higher education having low welfare and life quality estimation. Conclusion. In-patients with acquired helplessness express passive disadaptivity, which in its turn, prevents from positive therapeutic effect

Keywords: interaction, social expectations, health attitude, acquired helplessness, helplessness types, types of disease attitude, social portrait.

В качестве направления приоритетных исследований социологии медицины академиком РАМН А.В. Решетниковым выделено изучение взаимодействия врача и пациента в современных социально-экономических условиях [2]. Взаимодействие между врачом и пациентом – имманентная составляющая лечебного процесса, оно важно не только

как условие, обеспечивающее последствия лечения, но и само по себе обладает терапевтическим эффектом.

Однако с некоторыми категориями пациентов эффективное взаимодействие затруднено, такие пациенты «кочуют» от специалиста к специалисту, от одной больницы к другой, что является не только созданием негативного ореола врача или целого ЛПУ, но еще и маркером, сигналом социального и психологического неблагополучия пациента, помощь в преодолении которого могут оказать специально подготовленные профессионалы [5].

В социологии медицины рассмотрены социальная роль пациента, социальные и правовые аспекты взаимодействия врача и пациента (И.Б. Назарова, 2004, С.А. Ефименко, 2007) [1], проанализированы гендерные и возрастные особенности пациентов в зависимости от 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. Изучение социального портрета пациентов с приобретенной беспомощностью 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. Цириг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009, Е.В. Веденева 2009) [4]. Однако независимо от времени, устойчивости и способов образования данный феномен является продуктом социализации, то есть приобретает человеком в процессе социального взаимодействия, происходящего в рамках определенных социокультурных связей. Поэтому мы разделили понятия «выученная беспомощность» и «приобретенная беспомощность». Первое понятие отражает психологический феномен, второе – социальный. Именно приобретенная беспомощность выступает в виде социального факта.

В современной литературе особенности поведения людей с выученной беспомощностью в ситуациях различных интеракций изучены не достаточно, а приобретенная беспомощность как социальный факт, влияющий на процесс взаимодействия врача и пациента, не исследовалась до настоящего времени.

*Цель:* формирование социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью.

*Материалы и методы.* Для исследования социального портрета пациентов, у которых сформировалась выученная (далее – приобретенная) беспомощность (в настоящей статье мы используем термин «приобретенная беспомощность»), так как, по-нашему мнению,

он точнее отражает суть данного социального феномена), а также определения факторов, влияющих на характер интеракций с врачами, был использован социологический метод опроса в форме анкетирования, а также применен стандартизированный опросник для диагностики типов отношения к болезни «Методика ТОБОЛ». 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). Всего в исследовании приняли участие 720 человек (264 мужчины, 456 женщин), среди которых была выявлена группа пациентов с приобретенной беспомощностью – 198 человек (27,5%).

Анкета для пациентов состояла из трех блоков вопросов и одной методики. Первый блок включал первые 10 вопросов, направленных на выявление приобретенной беспомощности у пациентов в условиях стационара. Второй блок состоял из 20 вопросов и содержал вопросы, направленные на выявление поведения, отношения, ожиданий пациента применительно к лечебному процессу и медицинскому персоналу. Задачей второго блока анкет пациентов было выявление комплекса факторов, влияющих на интеракции пациентов. Третий блок включал вопросы, посвященные социальному статусу: пол, возраст, образование, доход, семейное положение, наличие детей. Для выявления типов отношения к болезни была использована методика ТОБОЛ, разработанная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева. При обработке анкет использовался метод сравнительного анализа.

*Результаты.* Сформирован социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью.

*Заключение.* Выявлено, что приобретенная беспомощность существует во взаимосвязи с определенными типами отношения к болезни и поведенческими особенностями, тем самым оказывая негативное влияние на интеракции пациентов.

В результате проведенного исследования из общего количества опрошенных была выделена группа пациентов с приобретенной беспомощностью. Количество группы составило 198 человек, среди которых 48 мужчин – 24,24% и 150 женщин – 75,76%.

Анализ по гендерному типу показал, что среди мужчин в данной группе беспомощных пациентов преобладают пациенты старше 60 лет (47,92%), мужчины в возрасте от 30 до 45 лет составили 27,08% от общего количества человек в группе. Пациенты от 45 до 60 лет, а также пациенты до 30 лет разделились поровну по 12,5%.

Женщины составили похожую возрастную картину: так, старше 60 лет составили 51,33% от общего числа группы. Вместе с тем у женщин более выражена беспомощность в

возрасте от 45 до 60 лет (32,67%), остальные возрастные группы также разделились поровну: до 30 лет – 8%, от 30 до 45 лет – 8%.

Мы видим, что пожилой возраст оказывается существенным фактором, связанным с приобретенной беспомощностью, независимо от пола. Однако в других возрастных группах феномен приобретенной беспомощности представлен среди мужчин и женщин по-разному: в молодом возрасте более склонны к приобретенной беспомощности мужчины (12,5%), по сравнению с женщинами (8%). Особенно важно отметить, что у женщин кризис сорокалетних проявляется в повышении количества пациентов с приобретенной беспомощностью (32,67%), у мужчин же таковых – 12,5%. Среди женщин с увеличением возраста количество пациентов с приобретенной беспомощностью становится больше.

Семейное положение обоих полов следующее: чуть меньше половины состоят в браке – 48,99%, холост/не замужем – 20,71%, разведенных – 20,2%, вдовцов – 10,1%.

Исследование показало, что от общего количества группы беспомощных пациентов имеют высшее образование всего лишь 11,62% (среди которых только женщины), 55,05% имеют среднее специальное или незаконченное высшее образование, 27,78% имеют среднее образование, а неоконченное среднее (менее 10 классов) имеют 5,56%. Можно однозначно утверждать, что уровень образования является обстоятельством, связанным с наличием приобретенной беспомощности: высшее образование – фактор, снижающий риск возникновения приобретенной беспомощности.

По фактору уровня материальной обеспеченности респонденты распределились следующим образом: 51,01% от числа группы беспомощных пациентов считают уровень своего благосостояния низким или ниже среднего, 48,99% имеют средний уровень благосостояния, примечательно, что высокий уровень благосостояния в группе беспомощных пациентов отсутствует. Мы не измеряли реальный уровень благосостояния опрошенных, так как было важно субъективное мнение респондентов, поскольку приобретенная беспомощность изменяет ожидания и представления субъектов в сторону занижения реальных возможностей и ресурсов. Наше исследование показало, что большинство пациентов оценивает свой уровень благосостояния как низкий.

Во временном аспекте, характеризующем оценку изменения уровня жизни, мы получили ответы, свидетельствующие о преобладании низких оценок относительно исследуемого параметра. Так, 39,9% пациентов с приобретенной беспомощностью отметили, что остались жить на прежнем уровне, 35,86% человек стали жить хуже, 12,12% отметили, что за последнее время они стали жить намного хуже (среди них только женщины), 8,59% стали гораздо лучше (среди них только женщины) и 3,54% затруднились ответить. Таким образом, почти половина (47,98%) респондентов в группе беспомощных пациентов считает,

что они за последний год стали жить хуже, что еще раз подтверждает взаимосвязь приобретенной беспомощности с негативным характером оценочных суждений относительно собственного материального благосостояния.

В оценке уровня качества своей жизни, представляющей собой совокупную характеристику и отличающейся от общих оценок уровня жизни тем, что содержит оценку удовлетворенности жизнью, респонденты распределились похожим образом: 36,37% отметили уровень качества своей жизни как низкий или ниже среднего, средний имеют 57,58%, высокий уровень качества жизни отметили 3,03% пациентов в группе. Следовательно, можно отметить, что удовлетворенность жизнью в группе беспомощных пациентов невысока, с преобладанием оценок среднего уровня и значительным числом низких оценок. На наш взгляд, это во многом связано с эмоциональными характеристиками, свойственными людям с приобретенной беспомощностью. Мы полагаем, что в этом случае люди попадают в «порочный круг». С одной стороны, они оценивают уровень и качество своей жизни как низкие, что является фактором возникновения эмоционального дефицита, то есть негативных переживаний, проявляющихся в виде сниженного эмоционального фона (тоска, апатия и др.), тревожности, пессимизма и даже депрессии. Подобный эмоциональный дефицит поддерживает дефицит мотивационный, а тот в свою очередь провоцирует возникновение когнитивного дефицита. Наличие трех дефицитов, составляющих сущность приобретенной беспомощности, реципрокно приводит к низким самооценкам в отношении самого себя, своей жизни и своего окружения.

Анализ семейной ситуации и наличие детей в группе беспомощных пациентов не выявил каких-либо особенностей и показал, что 30,3% пациентов не имеют детей, 63,64% отметили, что имеют одного или двух, и 6,06% отметили, что имеют больше двух детей в семье.

Для составления социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью важно рассмотреть социальные ожидания и поведение таких пациентов в стационаре при проведении лечения. Анализ ситуации нахождения в стационаре таких пациентов показал, что большинство респондентов в группе проявляют пассивную позицию в осуществлении лечения. Так, 64,14% опрошенных в группе беспомощных пациентов на вопрос «Если Вы заболели, то:...», ответили, что хотят, чтобы их быстрее вылечили, 32,83% пациентов ожидают некоторое время, что недомогание пройдет, и всего лишь 3,03% стараются предпринимать лечебные действия незамедлительно.

Среди пациентов данной группы в основном присутствуют негативные переживания. Так, на вопрос о наличии каких-либо переживаний в процессе лечения 44,95% пациентов постоянно тревожатся за успех лечения, 30,81% боятся осложнения и последствий

лечения, 6,57% часто расстраиваются без видимой причины, 5,56% становится многое безразлично, остальные не выбрали ни одного варианта из предложенных ответов, что составило 9,09% от общего количества в группе беспомощных пациентов.

В состоянии болезни 33,84% опрошенных из группы беспомощных пациентов ответили, что ощущают себя беспомощными, 44,95% постоянно тревожатся по поводу своего здоровья, 12,63% проявляют безразличие ко многим вещам, и всего лишь 8,59% активно приступают к лечению.

Таким образом, видно, что в ситуации заболевания среди пациентов с приобретенной беспомощностью выделяются различные типы проявления беспомощности: а) рефлексивный (ощущаемый, осознаваемый), б) квазиактивный (неконструктивная, патогенная генерализированная тревожность), в) очевидный (генерализированное безразличие, пессимизм), г) латентный (беспорядочные действия пациента, не направленные на выздоровление). Особо следует остановиться на последнем типе проявления беспомощности, которая не очевидна в поведении пациента в ситуации заболевания. Несмотря на то что 8,59% таких пациентов составляют небольшую группу, тем не менее это почти каждый десятый из группы пациентов с приобретенной беспомощностью.

Интересно рассмотреть фактор отношения к жизни пациентов с приобретенной беспомощностью. Так, 41,92% пациентов считают, что человеческая судьба предопределена, 27,27% считают основными препятствиями в изменении своей жизни различные внешние обстоятельства или людей (экстернальный локус контроля), и 30,81% человек отметили недостаток усердия и воли, чтобы изменить жизнь в лучшую сторону. Таким образом, 72,73% беспомощных пациентов видят препятствиями на пути к изменениям своей жизни внешние, не зависящие от них и неподвластные им обстоятельства.

36,36% пациентов по поводу последних событий в жизни отметили, что они устали от постоянной смены событий, 32,83% стало сложно ориентироваться в новых ситуациях, 21,21% пациентов отметили, что происходящие события стали для них часто неожиданными, и 9,60% человек отметили, что ничего внезапного в их жизни не происходит.

24,75% беспомощных пациентов чувствуют себя в последнее время подавленными и беспомощными, 30,3% беспокоят напряжение и раздражительность, 17,68% ощущают чувство безнадежности и собственной малозначимости, у 11,62% присутствует ощущение, что не могут собраться и взять себя в руки, 12,63% отмечают безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям, остальные 3,02% пациентов отметили другое (в том числе хорошее настроение).

Находясь на лечении, 44,95% опрошенных группы беспомощных пациентов готовы выполнять то, что им говорят врачи, полностью полагаясь на профессионалов (нужно

отметить удобство таких пациентов для медицинских специалистов), 36,36% пациентов с приобретенной беспомощностью ожидают, когда врач объяснит им, как начать лечение, и лишь 15,66% подсказывают врачу на что стоит обратить внимание, желая тем самым получения обратной связи от специалиста.

Также 55,05% пациентов отметили, что на приеме у врача они ожидают, что врач полностью возьмет на себя ответственность за лечение, 30,3% ожидают, что с ними обсудят методы терапии, попутно выбирая наиболее приемлемые для них, 14,65% человек ждут лишь информирования о том, что они могут сделать в ситуации болезни.

Когда врач изначально находится в патерналистской модели взаимодействия (относится к пациенту как к ребенку, не осознающему или недооценивающему состояние своего здоровья), для 30,81% пациентов это не имеет значения, 27,27% пациентов отмечают, что ощущают себя беспомощными в такой ситуации взаимодействия, 20,2% раздражаются, потому что считают, что врач таким образом подавляет их инициативу, 17,68% пациентов ощущают себя вполне комфортно, и 4,04% пациентов воздержались от ответа. Среди ожиданий от врача на первичном приеме большинство, т.е. 64,14% пациентов, выделили профессионализм и внимание, 29,8% пациентов ожидают, помимо профессионализма, еще и эмоциональную поддержку, 6,06% пациентов выделили только профессионализм врача.

По мнению таких пациентов, успех в выздоровлении зависит: а) только от компетентности врача – 38,89%, б) от настроения пациента – 21,72%, в) от сложившихся обстоятельств – 15,15%, и г) 21,21% беспомощных пациентов отметили профессионализм врача и настрой пациента (распределили ответственность за лечение поровну). Во время лечения 83,33% пациентов меняют свой образ жизни в соответствии с рекомендациями врача, в том числе отказываются от вредных привычек, 16,67% пациентов стараются сбалансировать привычный образ жизни с рекомендациями врача.

Большинство, а именно 64,14% пациентов группы, желают быстрее выздороветь и выписаться из стационара, поведение в стационаре остальных 33,34% беспомощных пациентов зависит от того, как их лечат, 2,52% пациентов использует время, проведенное в стационаре, для отдыха.

Среди особенностей взаимоотношений с врачами 9,6% отметили, что случаются конфликты, 9% сложно найти общий язык и понимание, 15,15% человек чаще остаются неудовлетворенными оказываемым им лечением, 27,78% человек боятся врачебной ошибки, 5,56% сталкиваются с недостатком человеколюбия, 33,33% успешно сотрудничают в процессе лечения. Таким образом, 66,67% респондентов группы пациентов с приобретенной беспомощностью испытывают какие-либо негативные переживания и сложности во взаимодействии со врачами.

На вопрос, как к ним относятся окружающие люди в зависимости от болезненного состояния, 64,65% не замечают никаких изменений в отношении к ним, 18,18% ответили, что настороженно и предвзято, 12,12% пациентам безразлично мнение окружающих, 5,05% человека воздержались от ответа. Среди рекомендаций, которые выполняют пациенты, 55,56% выполняют только рекомендации по лечению, 11,62% выполняют все рекомендации, 8,08% выполняют только рекомендации по профилактике, 9,09% – рекомендации по оздоровлению, 6,06% – рекомендации по лечению и профилактике, 5,55% – рекомендации по лечению и оздоровлению, 4,04% – выполняют рекомендации по профилактике и оздоровлению. Удовлетворенность оказываемым лечением высказывают всего 16,16% пациентов, 74,75% – довольны, но не полностью, 9,09% совсем недовольны качеством оказываемых услуг.

В качестве факторов, которые помогут улучшить эффективность лечения, респонденты третьей группы отмечают: проявление воли и упорства в лечении – 29,8%; большее желание лечиться – 15,15%; более понятные и доступные методы лечения – 23,5%; эмоциональный подъем – 9,55%; поддержку окружающих людей – 9%; отсутствие равнодушия к лечению – 8,45%; другое отметили 4,55% пациентов с приобретенной беспомощностью.

Кроме медицинской помощи, получаемой в государственных ЛПУ, пациенты обращаются и к другим видам помощи. Так, 45,45% пациентов используют народную медицину, 20,35% пользуются платной медициной, 18,05% обращаются за советами к друзьям и знакомым, 5,59% используют нетрадиционную медицину, 1,01% обращается к услугам целителей и знахарей, 9,55% воздержались от ответов.

Понятие здоровья у беспомощных пациентов выглядит как возможность вести активный образ жизни у 23,74% пациентов, 34,34% пациентов считают, что здоровье это возможность чувствовать себя хорошо физически и эмоционально, 31,31% пациентов считают, что в наше время полностью здоровых людей не бывает, 10,61% пациентов ответили, что здоровье - понятие весьма относительное. Таким образом, видно, что в группе пациентов с приобретенной беспомощностью понятие здоровья сводится преимущественно только к самоощущению или является недостижимой ценностью.

Что касается самочувствия, то 63,13% пациентов с приобретенной беспомощностью часто ощущают плохое самочувствие, 36,87% - редко. В последнее время самочувствие улучшилось у 72,22%, 24,24% пациента также чувствуют себя плохо, и всего лишь 3,54% чувствует себя хорошо.

В отношении своего здоровья 15,15% респондентов данной группы оценивают свое здоровье как хорошее, 15,15% как плохое и остальные как среднее – 69,70%. У 9,09% в

процессе лечения часто возникают новые заболевания, у 78,79% выздоровление зависит от обстоятельств, 12,12% достаточно быстро выздоравливают без осложнений.

Если рассмотреть частоту возникновения заболеваний у пациентов с приобретенной беспомощностью, то у 55,05% заболевания возникают более двух раз за полгода, 23,23% заболевают не более одного раза в год, 11,62% болеют каждый месяц, и 10,10% болеют раз в год или реже.

Частота посещений ЛПУ у опрошенных пациентов с приобретенной беспомощностью следующая: 45,96% пациентов обращаются к врачу раз в квартал, 25,25% два или три раза в год, 28,79% раз в год или реже. Интересен тот факт, что из всего количества беспомощных пациентов у 87,88% присутствуют хронические заболевания.

Типы отношений к заболеванию у беспомощных пациентов распределились следующим образом: 27,78% пациентов обнаружили чувствительный тип отношения к заболеванию, 18,18% – тревожный, 10,10% – эргопатический, 14,14% – анозогностический, 12,63% – неврастенический, 2,52% – ипохондрический, 2,52% – меланхолический, 3,55% – апатический, 6,06% – паранойяльный, 2,52% – дисфорический.

*Выводы.* На основании проведенного социологического исследования выявлены показатели, на основании которых можно составить социальный портрет пациента с приобретенной беспомощностью.

1. Обнаружена взаимосвязь риска возникновения приобретенной беспомощности с возрастом, образованием, уровнем дохода, удовлетворенностью качеством жизни и наличием хронических заболеваний.

2. Пациенты с приобретенной беспомощностью проявляют пассивное (квазиактивное) поведение в ходе осуществления своего лечения.

3. Среди пациентов с приобретенной беспомощностью в ситуации заболевания проявляются четыре типа проявления беспомощности: а) рефлексивный, б) квазиактивный, в) очевидный, г) латентный.

4. У пациентов с приобретенной беспомощностью преобладает чувствительный тип отношения к заболеванию.

5. Социальный портрет пациентов с приобретенной беспомощностью: преимущественно пациенты женского пола, пожилого возраста, без высшего образования, с низкими оценками по поводу своего благосостояния и качества жизни. Такие пациенты видят в качестве препятствий на пути к изменениям своей жизни внешние, не зависящие от них и неподвластные им обстоятельства, а любые происходящие события для них являются стрессообразующими факторами. Среди таких пациентов в основном присутствуют негативные переживания: чувства безнадежности и беспомощности, эмоциональное

напряжение и раздражительность, есть ощущение, что не могут собраться и взять себя в руки, отмечается безразличное отношение ко многим окружающим вещам и событиям. Отмечается снижение активной позиции в осуществлении лечения и неумение осуществления конструктивного диалога для получения обратной связи от специалиста.

Все это накладывает отпечаток на характер взаимодействия в ситуации стационара. Такие пациенты могут быть «удобны» для врачей, так как они не доказывают свою точку зрения, а только готовы (причем только внешне) выполнять то, что говорят врачи, пассивно ожидают, когда врач объяснит им, как лечиться. В то же время такие пациенты переносят ответственность за лечение и выздоровление на врачей, ожидая, помимо профессионализма и внимания, еще и эмоциональную поддержку.

Большинство пациентов группы испытывают трудности и негативные переживания во взаимодействии с медико-социальными субъектами. Поведение в стационаре почти трети беспомощных пациентов, по их мнению, зависит от того, как их лечат. Понятие здоровья у таких пациентов сводится преимущественно только к самоощущению или является недостижимой ценностью.

Описание социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, его поведенческих особенностей, исследование влияния беспомощности на характер ситуации взаимодействия в стационаре поможет расширить понимание процесса социальных интеракций в медицинской практике и разработать для врачей практические рекомендации по взаимодействию с такими пациентами.

### **Список литературы**

1. Ефименко С.А. Социология пациента : автореф. дис. ... докт. социол. наук. — Волгоград, 2007.
2. Решетников А.В. Социология медицины : руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
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. Чижова В.М., Волчанский М.Е., Чумакова М.И. Модель специалиста по социальной работе в здравоохранении — Волгоград : ДарКо, 2007.

### **Рецензенты:**

Гуляихин В.Н., д.ф.н. профессор, заведующий кафедрой социальной работы и педагогики ФГАОУ ВПО «Волгоградский государственный университет», г. Волгоград;

Марина П.Н., д.ф.н. профессор кафедры социологии и психологии ФГБОУ ВПО  
«Волгоградский архитектурно-строительный университет», г. Волгоград.