

Секция «Социология»

Интеракции врача и пациента с выученной беспомощностью

Богатырев Александр Анатольевич

Аспирант

Волгоградский государственный медицинский университет, Социологический

факультет, Волгоград, Россия

E-mail: autarchy@mail.ru

Изучение личности пациента, его групповых и индивидуальных особенностей, влияющих на взаимодействие с медико-социальными субъектами, является одним из приоритетных направлений исследования социологии пациента. Отсутствие исследований приобретенной беспомощности в качестве социального феномена, влияющего на взаимодействие врача и пациента, свидетельствует об актуальности проведенного исследования. Для формирования социального портрета пациента с приобретенной беспомощностью, рассмотрения поведенческих особенностей, социальных ожиданий и отношений были использованы данные собственного исследования (анкетирование пациентов лечебно-профилактических учреждений).

Актуальность.

Среди основных факторов, влияющих на процесс интеракции между врачом и пациентом, можно выделить как личностные черты субъектов взаимодействия, так и их эмоциональные состояния, особенности ситуаций взаимодействия. Различными авторами рассмотрены социальная роль пациента, социальные и правовые аспекты взаимодействия врача и пациента (И.Б. Назарова, 2004, С.А. Ефименко, 2007), 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 и повысить его эффективность.

Новизна.

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), а в отечественной науке как системное качество личности – личностная беспомощность (Д.А. Циринг, 2001, 2010, В.В. Шиповская, 2009, Е.В. Веденева 2009), однако независимо от времени, устойчивости и методов образования, данный феномен выученной (личностной) беспомощности выступает в виде социального факта. Вместе с тем особенности поведения людей с выученной беспомощностью в ситуациях различных интеракций изучены не достаточно, а выученная беспомощность как социальный факт, влияющий на процесс взаимодействия врача и пациента, не исследовалась до настоящего времени.

Гипотеза.

Приобретенная беспомощность пациента, обладая способностью к генерализации, негативно влияет на социальные интеракции пациента с медико-социальными субъектами. Для пациентов с приобретенной беспомощностью необходимо применять определенную «деликатную» стратегию взаимодействия с целью повышения эффективности

лечебного процесса. В качестве основы такой стратегии может использоваться коллегиальная модель взаимодействия врача и пациента с разграничением ответственности и обязанностей, привлечением к участию взрослых детей пациента для выработки единой эффективной стратегии, стимулирующей активность последнего.

Выборка.

Исследование было проведено в 2009-2012 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 мужчин, 456 женщин), среди которых была выявлена группа пациентов с приобретенной беспомощностью – 198 человек (27,5%).

Методы.

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 отношения к болезни была использована методика ГОБОЛ, разработанная Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева. При обработке анкет использовался метод сравнительного анализа.

Результаты:

1. Социальный портрет большинства пациентов с приобретенной беспомощностью: это преимущественно пациенты женского пола, пожилого возраста, без высшего образования и 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, 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.

2. При взаимодействии с пациентами, во избежание втягивания в ситуацию, в которой пациент перекладывает ответственность за лечение на медико-социальных субъектов, 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 всплеск выраженности приобретенной беспомощности среди мужчин происходит в возрасте 30-45 лет, а среди женщин – в возрасте 45-60 лет.

3. Врачу с целью диагностики состояния приобретенной беспомощности следует обращать внимание на отсутствие высшего образования, обеспеченность пациента, а также его семейную ситуацию: присутствует ли состояние развода или смерти супруга у пациента, присутствует ли окружение повзрослевших детей.

4. В целях оптимизации терапевтического взаимодействия необходимо определить границы общения, выстроить разграничение ответственности и обязанностей, а также 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. Эмоциональная поддержка, оказываемая врачом, должна быть ориентирована на формирование чувства ответственности у пациента и развитие спектра его эмоциональных и поведенческих реакций.

5. Применение врачом патерналистской модели взаимодействия усугубляет состояние явной (осознаваемой) беспомощности у пациентов и в используемых стратегиях лечебно-профилактического воздействия врачу следует использовать совещательную или коллегиальную модели взаимодействия, при этом желательно постоянно обращать внимание на позитивные изменения в выздоровлении пациента, стимулировать его активность, тем самым вовлекая последнего в процесс лечения.

Литература

1. Решетников А.В. Социология медицины. Руководство. М.: Медицина, 2002.
2. Ефименко С.А. Социология пациента: Автореф. дисс. докт. социол. наук. – Волгоград, 2007.
3. Циринг Д. А. Психология личностной беспомощности: Автореф. дисс. докт. психол. наук – Томск, 2010.
4. Д. Майерс. Социальная психология (Social Psychology). М.: Питер, 2007.
5. Селигман Мартин Э. П. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни. – М.: София, 2006.
6. Мэй Р. Смысл тревоги. – М.: Класс, 2001.