

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМИ СТРАХАМИ ПАЦИЕНТОВ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

А. С. Федонников — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, проректор по научной работе; ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии, начальник отдела инновационных технологий управления в лечении и реабилитации, кандидат медицинских наук; **А. В. Каткова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии, психолог; ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **Е. А. Андриянова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой философии, гуманитарных наук и психологии, профессор, доктор социологических наук.

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF PATIENTS' PREOPERATIVE FEARS MANAGEMENT (ANALYTICAL REVIEW)

A. S. Fedonnikov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Vice Rector for Research; Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Scientific Research Institute of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery, Head of Department of Innovative Technologies in Medical Care and Rehabilitation, PhD; **A. V. Katkova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Scientific Research Institute of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery, psychologist; Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Post-graduate of Department of Philosophy, Humanities and Psychology; **E. A. Andriyanova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Professor, DSc.

Дата поступления — 15.11.2018 г.

Дата принятия в печать — 29.11.2018 г.

Федонников А. С., Каткова А. В., Андриянова Е. А. Медико-организационные аспекты управления предоперационными страхами пациентов (аналитический обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2018; 14 (4): 686–690.

Рассматривается проблема предоперационных страхов у пациентов. Описана специфика страхов перед хирургическим вмешательством, представлены механизмы возникновения хирургических страхов. На основе анализа научной литературы представлена типология страхов пациентов перед хирургическим вмешательством. В рамках авторского подхода определены векторы последующего теоретического осмысления и практического решения указанной проблемы: ориентация внимания менеджеров здравоохранения на решение проблемы межличностного взаимодействия пациента и медицинского работника; осуществление дальнейшего анализа факторов, влияющих на межличностное взаимодействие пациента и медицинского работника в ситуации болезни, требующей хирургического вмешательства; разработка медико-психологических и социально-психологических индикаторов качества медицинской помощи и послеоперационной реабилитации.

Ключевые слова: предоперационные страхи, пациент-центрированная медицина, качество медицинской помощи, послеоперационная реабилитация.

Fedonnikov AS, Katkova AV, Andriyanova EA. Medical and organizational issues of patients' preoperative fears management (analytical review). Saratov Journal of Medical Scientific Research 2018; 14 (4): 686–690.

The article deals with the problem of preoperative patient fears. Specific characteristics of preoperative fears and the mechanisms of their occurrence were described. According to the scientific literature analysis the typology of preoperative fears was performed. Within the framework of the author's approach the directions of the following theoretic understanding and practical solutions of indicated problem were presented. They included health managers focusing on interpersonal communication of patient and medical specialist; further analysis of factor influencing interpersonal communication of patient and medical specialist under disease condition requiring surgery; development of psychologically based medical care and postoperative rehabilitation quality indicators.

Key words: preoperative fears, person-centered medicine, medical care quality, postoperative rehabilitation.

В рамках развития инновационных процессов, происходящих в национальном здравоохранении, широко обсуждается феномен пациент-центрированной медицины. При этом участники научных дискуссий не всегда уделяют должное внимание социальной функции данного вектора трансформации межсубъектного взаимодействия, сфокусированного на пациенте с его индивидуальными предпочтениями, потребностями и ценностями. Ставшее классическим определение здоровья, зафиксированное в преамбуле Устава Всемирной организацией здравоохранения [1], в современных условиях актуализирует для организаторов здравоохранения в качестве одной из приоритетных задач создание условий для достижения «душевного и социального благополучия» (mental and social well-being). Достижение последнего становится фактором для более эффективного применения существующих и разработки новых технологий управления процессом взаимоотношений медицинского работника и пациента.

Традиционно наибольшей значимостью обладает изучение эмоциональной стороны «трудных» социально-психологических ситуаций, связанных с хирургическим вмешательством. Н. Н. Петров обращает внимание на то, что хирургия по самой природе своей почти всегда порождает у пациентов, кроме местной болевой реакции, сложную систему разнообразных душевных явлений — от беспокойства и недоверия к врачам до озлобленности и страхов. Поэтому большое внимание необходимо уделять внутреннему миру и психике человека перед операцией [2]. Описывая негативные последствия предоперационного страха, М. Л. Peters с соавт. отмечают, что он не только увеличивает болевые ощущения на всех этапах лечения, но и плохо сказывается на процессе реабилитации и качестве жизни после операции [3].

Еще Зигмунд Фрейд отмечал важность управления страхами, указывая, что «проблема страха — узловой пункт, в котором сходятся самые различные и самые важные вопросы, тайна, решение которой должно пролить яркий свет на всю нашу душевную жизнь» [4]. Однако, для того чтобы управлять негативными эмоциональными реакциями и тревожными симптомами, такими как беспокойство и страх,

Ответственный автор — Федонников Александр Сергеевич
Тел.: +7 (900) 3141399
E-mail: fedonnikov@mail.ru

и, следовательно, повышать качество медицинской помощи, оказываемой пациентам, в первую очередь необходимо понимать специфику взаимодействия медицинских работников и пациента при управлении предоперационными страхами пациентов.

Разрабатывая данное исследовательское направление, целесообразно обратиться к существующим международным стандартам в области менеджмента, применение которых обеспечивает необходимую основу для инициатив, ориентированных на устойчивое развитие любых организационных систем, в том числе регулирующих взаимодействие пациента, медицинских работников и провайдеров медицинской помощи (медицинских организаций). В контексте развития *универсальных* стандартов по менеджменту качества серии ISO 9000 следует отметить, что на уровне международных экспертов произошло переосмысление системы межсубъектного взаимодействия. Последнее нашло отражение в существенном изменении формулировки одного из принципов менеджмента «взаимовыгодные отношения с поставщиками» в версии стандарта 2008 года пересмотра ISO 9000:2008 на «менеджмент взаимоотношений» в версии стандарта 2015 года пересмотра ISO 9000:2015, являющейся актуальной [5, 6]. Данный принцип раскрывается через управление взаимоотношениями с соответствующими *заинтересованными* сторонами, к которым в контексте проблем, рассматриваемых в настоящем исследовании, относятся пациент и медицинский работник. Его методологическая широта позволяет на микроуровне применить его для решения психологических проблем пациента.

Предоперационный период, включающий в себя диагностический этап и собственно подготовку к операции, является сильным стрессором для пациентов. Несмотря на осознанное отношение к предстоящему оперативному вмешательству и пониманию его потенциальной пользы, тревога и страх являются одними из ведущих факторов, определяющих эмоциональное состояние больного [7]. На данном этапе тяжелый травмирующий эффект оказывают его переживания по поводу предстоящей операции, сама неизвестность ситуации, в которой находится пациент, чувство беспомощности, а кроме того, страхи могут быть детерминированы определенными личностными особенностями пациентов. Таким образом, психологически тяжелый для пациента предоперационный период, наполненный негативными ощущениями и переживаниями, создает необходимость более детального изучения феномена хирургического страха.

Большое значение в понимании предоперационных страхов имеет «отношенческий» подход. М.В. Виноградов в своем исследовании выделяет несколько типов отношения пациентов к предстоящей операции [7]. Одним из них является переоценка значимости операционного риска. Данный тип может выражаться двумя различными видами реакций. Первый вид характеризуется гипотимией, выраженностью тревоги, страхом летального исхода, опасением послеоперационных осложнений. Для второго вида характерно внешнее спокойствие, безразличие к происходящему, что на самом деле скрывает за собой высокий уровень страха в отношении операции, чувство обреченности и ожидание летального исхода. Второй тип отношения пациента к операции проявляется в недоверии к диагнозу и врачам, в склонности проявлять сомнения в необходимости и обоснованности хирургического вмешательства. Тре-

тий тип отношения проявляется в ощущении больными необходимости операции и с целью ее избегания намеренном скрывании от врача симптомов своего заболевания. Таким образом, страх перед операцией обнаруживается у пациентов тем или иным способом — проявляется открыто или же трансформируется в силу действия механизмов психологической защиты. Т.И. Киреева отмечает, что для 90% пациентов характерны психологические расстройства в дооперационный период [8].

Эмоциональная составляющая психологического состояния пациентов рядом авторов презентуется через эмоциональные реакции. Рассматривая страх у больных хирургического отделения, I. L. Janis выделил три типа эмоциональных реакций [9]. Для первой группы пациентов характерен сильный страх перед операцией. Они проявляют сильное беспокойство, стараются отложить операцию, засыпают с помощью успокоительных препаратов и постоянно ищут сочувствия и поддержку у медицинского персонала. Таким образом, данная группа пациентов отличается высоким уровнем тревоги. Для второй группы пациентов характерен умеренный по своей силе страх. Они лишь иногда высказывают озабоченность отдельными аспектами предстоящей операции и просят предоставить им правдивую информацию о манипуляциях, которые будут над ними проведены. Если первой группе пациентов свойствен страх перед воображаемыми опасностями, то пациенты из второй группы озабочены реальной ситуацией. После операции у них наблюдаются лишь незначительные эмоциональные нарушения. I. L. Janis констатирует также, что пациенты с умеренным уровнем страха хорошо сотрудничают с персоналом больницы. Третья группа пациентов, по данным этого исследования, внешне не испытывает никакого страха перед будущим хирургическим вмешательством. Для таких пациентов характерен чрезмерный оптимизм в отношении предстоящей операции. Однако после проведенного хирургического вмешательства, столкнувшись с послеоперационными болями, такие пациенты часто жалуются на самочувствие, проявляют высокий уровень агрессии в отношении окружающих, а также в отношении медицинского персонала.

На основании проведенного исследования I. L. Janis сделал следующий вывод: страх умеренной силы полезен, так как готовит пациента к столкновению с реальными опасностями и будущими ограничениями. Кроме того, автор подчеркивает значимость предварительной информации о предстоящей операции, которую получает пациент. Это является необходимым условием профилактики предоперационных страхов, а также нежелательных эмоциональных реакций на послеоперационные боли у пациентов. Следовательно, не целесообразно полностью избавлять пациента от страха перед операцией. Как отмечает Р. Кочюнас, определенная доля страха даже является целительной для больного. Задача же специалиста, оказывающего помощь пациенту, — помочь ему конструктивно воспользоваться своим страхом [10].

Классификация предоперационных страхов пациентов, ожидающих операцию, предпринята в работах А. Кемпенски, А.И. Захарова, А.Л. Гройсмана, И. Харди, Maurice Theunissen, Madelon L. Peters, Erik G.W. Schouten, Audrey A.A. Fiddeler, Mark G.A. Willemsen, Patrícia R. Pinto [11–15].

В предоперационный период у поступившего в стационар пациента могут возникнуть различные по

характеру страха. А. Кемпински указывает на существование биологического и социального видов страхов, которые тем или иным образом проявляются и у больных, готовящихся к операции [11]. Данная классификация создана автором с учетом тех ситуаций, которые вызывают установку страха. Страх, возникающий в ситуации, связанной с непосредственной угрозой жизни, называется биологическим. К данной группе можно отнести страх боли, страх болезненных манипуляций, страх смерти у пациентов. Пациенты могут ясно осознавать причины своего страха либо испытывать «неопределенное, туманное осознание угрозы». Кроме того, существует группа социальных страхов, порождаемых нарушением взаимодействия с социумом. К ним относятся: новая обстановка и незнакомые люди; разлука с близкими людьми; трудности установления контакта с врачом, с медицинскими сестрами и с соседями по палате.

А. И. Захаров предлагает подобную типологию и подразделяет страхи на две большие группы: природные и социальные [12]. Автор считает, что природные страхи связаны с инстинктом самосохранения и, помимо основополагающих страхов своей смерти и смерти родителей, включают также страхи крови, уколов, боли, врачей. К социальным страхам автор относит страх одиночества, что характерно для пациентов, которые тяжело переносят разлуку со своими родственниками, а также страх осуждения, который может быть вызван сильным чувством стыда своего тела у больных перед врачом.

А. Л. Гройсман выделяет два типа пациентов, готовящихся к операции [13]. Так, больной, нацеленный на психологическую стратегию «избегания неудач», будет считать оперативное вмешательство крайней мерой борьбы с болезненными проявлениями и на операцию даст согласие лишь после использования всех других паллиативных способов. Для таких пациентов характерен принцип «не было бы хуже», а следовательно, им присущ и страх последствий операции. В частности, больные могут испытывать страх последствий наркоза и страх врачебной ошибки.

Другие же пациенты, следующие стратегии «стремления к успеху», думают: «лучше пусть будет хуже, чем терпеть, что есть». Такие пациенты готовы на риск ради улучшения своего здоровья и вследствие своей психологической готовности не испытывают сильных страхов перед операцией.

В классической работе «Врач, сестра, больной» И. Харди обращает внимание на то, что большое количество страхов у пациентов возникает по отношению к анестезиологическому сопровождению [14]. Многие пациенты боятся наркоза, своей беспомощности на фоне анестезии, потери сознания, удушья, страшных снов, боятся говорить глупости во время наркоза, вести себя не так, как следует. Если же это повторно наркотизируемые больные, то в данном случае могут сказаться прежние впечатления и пережитые страхи.

Несмотря на актуальность темы предоперационных страхов пациентов, в доступной научной литературе встречаются единичные примеры качественно разработанных формализованных алгоритмов их оценки. Следует обратить внимание на опыт США, где создан опросник для оценки хирургического страха (Surgical Fear Questionnaire, SFQ), состоящий из десяти утверждений, касающихся страха непосредственных последствий операции и страха перед долгосрочными последствиями, а также включающий проективную оценочную шкалу выраженности

боли [15]. Так, к краткосрочным непосредственным страхам перед операцией авторы относят страх самой операции, страх анестезии, страх боли после операции, страх неприятных побочных эффектов (вроде тошноты) после операции. К страхам перед долгосрочными последствиями авторы относят страх ухудшения здоровья из-за операции, страх неудачно проведенной операции, страх невозможности восстановиться после операции, страх длительной реабилитации после операции. Трудности в использовании этого опросника заключаются в следующем: на данный момент он проходит процедуру валидации; перевод указанного инструмента на русский язык является трудоемким многоэтапным процессом; данный опросник, будучи универсальным, не учитывает нозологические и психологические особенности пациентов.

Типология страхов перед операцией также представляет собой малоизученный аспект проблемы психоэмоционального состояния пациентов, ожидающих операцию. В работах К. К. Платонова, N. S. Kline [16–17] рассмотрены типы проявления страхов у человека.

Об опасениях больного можно узнать с его собственных слов, либо же они могут проявиться косвенно, через вегетативные реакции (повышенная потливость, дрожь, сердцебиение, частое мочеиспускание, нарушения сна в виде бессонницы или кошмарных сновидений). Помимо этого, страх может быть косвенно перенесен на личность самого оперирующего врача, и пациент начинает его бояться.

К. К. Платонов выделяет две формы страха: астеническую, для которой характерны пассивно-оборонительные реакции (оцепенение, ступор, дрожь), и стеническую с активно-оборонительными реакциями (мобилизация сил для предупреждения опасного исхода — «бегство») [16]. Больным, склонным проявлять стеническую форму страха, свойственно отказываться от операции. Иными словами, отказ от операции происходит на основе механизма интенсивного страха.

В работе N. S. Kline описываются два типа проявления страха перед операцией. В первом случае страх обнаруживается в самом поведении пациента, выражается им громко и четко. Для второго типа характерно проявление страха в неожиданных формах: тяжелых вегетативных осложнениях (криз, коллапс, шок) или неожиданных и необычных по форме психопатологических манифестаций [17].

Управление негативными эмоциональными реакциями и тревожными симптомами является предметом рассмотрения в работах Л. И. Геращенко, А. В. Крещик, А. В. Изотовой, Л. А. Лебединцевой, П. Я. Аронсон [18–20].

Часто причиной страха у пациентов является искаженная либо ложная информация о предстоящей операции. Больные, перенесшие операцию, склонны слишком преувеличивать все, что с ними случилось, поэтому они могут крайне неблагоприятно воздействовать на других пациентов. Другой причиной повышения уровня страха является излишняя информированность пациента о своем заболевании и предстоящей операции. Врачи признают, что в последние годы, главным образом благодаря Интернету, растет общая осведомленность пациента о своей болезни. Однако, по мнению Л. И. Геращенко и А. В. Крещик, несмотря на то что специализированная информация становится доступной большим слоям населения, это формирует лишь «ложную ме-

дицинскую грамотность» [18]. Таким образом, пациенты, основываясь на искаженных представлениях, начинают испытывать определенные страхи перед операцией.

В целом одной из основных причин высокой тревожности и страхов больных относительно операции и своего состояния в послеоперационный период является низкий уровень доверия в диаде «врач — пациент». Как отмечают Л. А. Лебединцева и А. В. Изотова, для сферы здравоохранения характерен низкий уровень доверия общества, начало которого связано с социально-экономическими проблемами, возникшими после распада СССР [19]. П. Я. Аронсон подчеркивает, что включение товарно-денежных отношений в медицинскую сферу повлияло на восприятие пациентами экспертного знания — медицина утратила роль неподкупной науки [20]. В настоящее время взаимодействие между врачом и пациентом — это сфера рыночных отношений, предусматривающих обмен товарами и услугами, что искажает профессиональную сущность медицинской деятельности, важными компонентами которой являются внимательное отношение, эмпатия, сострадание врача к пациенту и доверие пациента к врачу [21]. Таким образом, коммерциализация здравоохранения и фрагментарное использование личностного подхода к пациенту сказываются на его эмоциональном состоянии. Он не ощущает эмоциональной поддержки, остается наедине со своими страхами и тревогами и порой не может с ними совладать [22]. Таким образом, глобальной целью повышения качества медицинской помощи и, как следствие, улучшения эмоционального состояния пациентов является поиск ресурсов, необходимых как для восстановления утраченного доверия, так и для достижения гуманитарных целей медицины.

Методические аспекты оказания помощи пациентам описаны в работах М. Koivula, М. Т. Tarkka, А. С. М. Garcia, Т. Р. Simão-Miranda, П. Экмана, В. В. Бойко [23–26]. Методами помощи пациенту с выраженной реакцией страха является обеспечение психологически комфортного ожидания операции путем оказания психотерапевтической помощи и устранения информационного дефицита. Как уже указывалось, страх может возникать вследствие неинформированности пациента относительно хирургического вмешательства. Избежать этого поможет беседа с медицинским персоналом, который даст определенную информацию о предстоящей операции: каким образом она будет осуществлена, что при этом будет происходить, какие ощущения будет испытывать пациент во время и после операции, сколько времени потребуется для реабилитации и т.д. Исследователи М. Koivula, М. Т. Tarkka пришли к выводу, что высокий уровень социальной и психологической поддержки со стороны медсестер может эффективно снизить предоперационный страх и беспокойство у пациентов [23].

А. С. М. Garcia, Т. Р. Simão-Miranda обращают особое внимание на необходимость личностно-ориентированного подхода в подготовке пациентов к операции. В исследовании этих авторов устанавливается важность такого коммуникационного ресурса в работе со страхами в предоперационный период у пациентов, как терапевтическое слушание, когда пациент может свободно выражать свои эмоции, говорить о своих опасениях медицинскому персоналу. Этот коммуникативный ресурс призван помочь паци-

ентам снизить уровень беспокойства и повысить их адаптационные способности перед операцией [24].

П. Экман отмечает важность личностного подхода к человеку, испытывающему страх: «Необходимо иметь хорошо развитую способность к сочувствию, чтобы проявлять уважение, сострадание и терпение к тому, кто боится чего-то такого, чего не боимся мы» [25].

В. В. Бойко, дифференцируя боязнь и страх как два разных эмоциональных состояния, считает, что и меры борьбы с ними должны быть различными. Так, если для пациента характерен высокий уровень страха, когда эмоции «блокируют» мышление, хорошими способами воздействия станут техники релаксации, отвлечение и переключение внимания, передача информации твердым голосом. Иное дело, если пациент переживает боязнь. В данном случае корректно применение когнитивных методов воздействия на больного. Это могут быть ссылки на примеры поведения других, на личный опыт доктора, рассказы о безопасности лечения, призывы к самообладанию [26].

Обобщение изложенных теоретических и практических подходов к анализу и коррекции предоперационных страхов пациентов позволяет сформулировать следующие векторы дальнейшего теоретического и практического осмысления указанной проблемы:

1. В настоящее время, когда в развитых странах достигнут достаточно высокий уровень технологического обеспечения в решении первоочередных задач здравоохранения (не умаляя значимости научно-технического прогресса для развития перспективных технологий), на первый план в сфере управления процессами выходит повышение качества взаимодействия основных участников оказания медицинской помощи — пациента, медицинских работников и провайдеров медицинской помощи. В силу значимости феномена субъектности необходимо ориентировать внимание менеджеров здравоохранения на решение проблемы межличностного взаимодействия пациента и медицинского работника.

2. В сфере гуманитарного знания накоплен достаточный информационный потенциал, который может быть использован для принятия управленческих решений в целях достижения состояния «душевного и социального благополучия» пациента (управление негативными эмоциональными реакциями и тревожными симптомами, возникающими в предоперационный период) в рамках пациент-центрированной парадигмы, предложенной Карлом Роджерсом [27]. В этом случае актуализируется необходимость дальнейшего анализа факторов, влияющих на межличностное взаимодействие пациента и медицинского работника в ситуации болезни, требующей хирургического вмешательства.

3. В теории и практике организации здравоохранения на указанной основе (в том числе в разработке формализованных алгоритмов оценки предоперационных страхов с последующим предоставлением рекомендаций по тактике работы с пациентом) возможно построение системы медико-психологических и социально-психологических индикаторов качества медицинской помощи и послеоперационной реабилитации. Использование в этом контексте методологии психологического подхода позволит внести определенный вклад в повышение качества управления процессами диагностики, лечения и последующей реабилитации.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: написание статьи — А. С. Федонников, А. В. Каткова, Е. А. Андриянова; утверждение рукописи для публикации — А. С. Федонников.

References (Литература)

1. Constitution of the World Health Organization. URL: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
2. Petrov NN. Questions of surgical deontology. Leningrad: Medgiz, 1956; 64 p. Russian (Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии Л.: Медгиз, 1956; 64 с.).
3. Peters ML, Sommer M, de Rijke JM, et al. Somatic and psychologic predictors of long-term unfavorable outcome after surgical intervention. *Ann Surg* 2007; 245: 487–94.
4. Freud S. Introduction to psychoanalysis. Moscow: Nauka, 1989; 456 p. Russian (Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Наука, 1989; 456 с.).
5. National Standard of the Russian Federation: GOST R ISO 9000–2008: Quality management systems: Fundamentals and Vocabulary (appr. by the order of Federal Agency for Technical Regulation and Metrology on December 18, 2008 №470-st). Russian (Национальный стандарт Российской Федерации: ГОСТ Р ИСО 9000–2008: Системы менеджмента качества: Основные положения и словарь (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 18 дек. 2008 г. №470-ст).
6. National Standard of the Russian Federation: GOST R ISO 9000–2015: Quality management systems: Fundamentals and Vocabulary (appr. by the order of Federal Agency for technical regulation and metrology on September 28, 2015 №1390-st). Russian (Национальный стандарт Российской Федерации: ГОСТ Р ИСО 9000–2015: Системы менеджмента качества: Основные положения и словарь (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 28 сент. 2015 г. №1390-ст).
7. Vinogradov MV. Types of mental reactions in preoperative (stressful) situation and individual directed premedication: PhD abstract. Moscow, 1972; 21 p. Russian (Виноградов М. В. Типы психических реакций в предоперационной (стрессовой) ситуации и индивидуальная направленная премедикация: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1972; 21 с.).
8. Kireeva TI. Emotional state of patients before surgery on the gastrointestinal tract. In: Personality, family and society: questions of pedagogics and psychology: collection of articles / LIV International Scientific and Practical Conference. Novosibirsk: Sibac, 2015; №7 (53). Russian (Киреева Т. И. Эмоциональное состояние пациентов перед оперативным вмешательством на органах желудочно-кишечного тракта. В кн.: Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. статей по материалам LIV Междунар. науч.-практ. конф.; № 7 (53). Новосибирск: СибАК, 2015).
9. Janis IL. Psychological Stress: Psychoanalytic and Behavioral Studies of Surgical Patients. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 1958.
10. Cocinas R. Basics of psychological counseling. Moscow: Academic project, 1999; 240 p. Russian (Кочинас Р. Основы психологического консультирования. М.: Академический проект, 1999; 240 с.).
11. Kempinski A. Fear: Mental States / Kulikov LV, comp. and ed. St. Petersburg, 2000; p. 230–1. Russian (Кемпински А. Страх: Психические состояния / сост. и общ. ред. Л. В. Куликова. СПб., 2000; с. 230–231).
12. Zakharov AI. Day and night fears of children. Series: Child Psychology. St. Petersburg, 2000; 448 p. Russian (Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. Сер.: Психология ребенка. СПб., 2000; 448 с.).
13. Groisman AL. Medical psychology: lectures for doctors. Moscow: Magistr, 1995; 360 p. Russian (Гройсман А. Л. Медицинская психология: лекции для врачей — слушателей курсов последипломного образования. М.: Магистр, 1995; 360 с.).
14. Hardy I. Doctor, sister, sick / Alex M, translation; Korkina MV, ed. 3rd ed. stereotype. Budapest: Printing House of the Hungarian Academy of Sciences, 1974; 270 p. Russian (Харди И. Врач, сестра, больной / пер. с венгер. М. Алекса под ред. М. В. Коркиной. 3-е изд. стереотип. Budapest: Типография Академии наук Венгрии, 1974; 270 с.).
15. Theunissen M, Peters M, Erik G, et al. (2016) Correction: Validation of the Surgical Fear Questionnaire in Adult Patients Waiting for Elective Surgery. *PLOS ONE*; 11 (9): e0162737.
16. Platonov KK. Glossary system of psychological concepts. Moscow: Vyssh. shkola, 1981; 175 p. Russian (Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий. М.: Высш. школа, 1981; 175 с.).
17. Kline NS. The Practical Management of Depression. *J Amer Med Ass* 1964; 8: 732–40.
18. Gerashchenko LI, Kreshchik AV. The problem of professional burnout of doctors: sociological analysis. *Concept: Scientific and methodical electronic journal* 2013; 3: 881–5. Russian (Герашченко Л. И., Крещик А. В. Проблема профессионального выгорания врачей: социологический анализ. Научно-методический электронный журнал «Концепт» 2013; 3: 881–5).
19. Lebedintseva LA, Izotova AV. Trust in the health care system. *Bulletin of the Tyumen State University* 2011; (8): 132–8. Russian (Лебединцева Л. А., Изотова А. В. Доверие в системе здравоохранения. Вестник Тюменского государственного университета 2011; (8): 132–8).
20. Aronson PJ. The Rejection of professional medical care as a result of the loss of confidence of the expert knowledge of the physician and institutional environment of health. *Herzen University Journal of Humanities and Science* 2006; (20): 5–9. Russian (Аронсон П. Я. Отказ от профессиональной медицинской помощи как следствие утраты доверия экспертному знанию врача и институциональной среде здравоохранения. Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена 2006; (20): 5–9).
21. Lyadova AV, Lyadova MV. Features of the formation of relationships in the system of doctor — patient in modern conditions. *Sociology of medicine* 2016; 15 (2): 116–21. Russian (Лядова А. В., Лядова М. В. Особенности формирования взаимоотношений в системе врач — пациент в современных условиях. Социология медицины 2016; 15 (2): 116–21).
22. Sidorov KR. Anxiety as a psychological phenomenon. *Bulletin of the Udmurt University* 2013; (2): 42–52. Russian (Сидоров К. Р. Тревожность как психологический феномен. Вестник Удмуртского университета 2013; (2): 42–52).
23. Koivula M, Tarkka MT, Tarkka M, et al. Fear and in-hospital social support for coronary artery bypass grafting patients on the day before surgery. *Int J Nurs Stud* 2002 May; 39 (4): 415–27.
24. Garcia ACM, Simão-Miranda TP, Carvalho AMP, et al. The effect of therapeutic listening on anxiety and fear among surgical patients: randomized controlled trial. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018 Aug 9; 26: e3027. DOI: 10.1590/1518-8345.2438.3027.
25. Eckman P. Psychology of emotions: I know how you feel / translation from English. 2nd edition St. Petersburg: Piter, 2010; 334 p. Russian (Экман П. Психология эмоций: Я знаю, что ты чувствуешь / пер. с англ. 2-е изд. СПб.: Питер, 2010; 334 с.).
26. Boyko VV. Psychology of fear and fear in dental clinic. *Institute of dentistry* 2003; (1): 56–84. Russian (Бойко В. В. Психология боязни и страха в стоматологической клинике. Институт стоматологии 2003; (1): 56–84).
27. Rogers KR. A look at psychotherapy: The development of man / Isenina MM, translation from English; Isenina EI, ed. Moscow: Progress, Univers, 1994; 480 p. Russian (Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию: Становление человека / пер. с англ. М. М. Исениной; общ. ред. и предисл. Е. И. Исениной. М.: Прогресс Универс, 1994; 480 с.).