

Мир науки. Педагогика и психология / World of Science. Pedagogy and psychology <https://mir-nauki.com>

2024, Том 12, № 6 / 2024, Vol. 12, Iss. 6 <https://mir-nauki.com/issue-6-2024.html>

URL статьи: <https://mir-nauki.com/PDF/104PSMN624.pdf>

5.3.3. Психология труда, инженерная психология, когнитивная эргономика (психологические науки)

Ссылка для цитирования этой статьи:

Мурашова, Л. А. Психологические предикторы сборки субъектов в профессиональной деятельности врача для персонализированной медицины / Л. А. Мурашова // Мир науки. Педагогика и психология. — 2024. — Т. 12. — № 6. — URL: <https://mir-nauki.com/PDF/104PSMN624.pdf>

For citation:

Murashova L.A. Psychological predictors of the assembly of subjects in the professional activity of a doctor for personalized medicine. *World of Science. Pedagogy and psychology*. 2024;12(6): 104PSMN624. Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/104PSMN624.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.)

УДК 159.9

Мурашова Лада Анатольевна

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Тверь, Россия
Доцент кафедры «Философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества»
Кандидат психологических наук, доцент
E-mail: murashovala@tvgmu.ru
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8135-370X>
РИНЦ: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=654111

Психологические предикторы сборки субъектов в профессиональной деятельности врача для персонализированной медицины

Аннотация. В статье представлены исследовательские результаты по изучению профессиональной деятельности врача в оптике сборки субъектов с целью управления качеством жизни пациента по показателю «здоровье» для персонализированной медицины. Объектом исследования является сборка субъектов в профессиональной деятельности врача. Предметом изучения — психологические предикторы сборки субъектов в профессиональной деятельности врача. Цель работы: выявление психологических предикторов сборки субъектов в профессиональной деятельности врача. Сборка субъектов в профессиональной деятельности врача происходит через раскрытие психологического потенциала пациента и путем повышение уровня профессионализации врача. Выборку составили врачи на различных уровнях профессионализации в количестве 133 человек, которые были разделены на две группы. Первая группа — врачи-стажеры в количестве 83 человек. Вторая группа — врачи различных специальностей в количестве 50 человек. Для исследования предикторов сборки субъектов в профессиональной деятельности врача были использованы следующие психодиагностические методики: шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Оглер, методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова и рефлексивного опросника уровня доверия к себе Т. П. Скрипкиной. Изучение психологических предикторов сборки субъектов в виде личностно-психологических параметров врача осуществляется с целью последующего построения рефлексивно-экзистенциальной модели взаимодействия врача и пациента. Она нацелена на раскрытие возможностей применения партисипативной коммуникации врача и пациента, медико-психологическое сопровождение всех субъектов всех субъектов лечебного процесса, оптимизацию медицинской практики и подготовку медицинских кадров. Выявленные автором личностно-психологические параметры врачей и врачей-стажеров имеют

различия. Согласно описательным статистикам исследуемые параметры у врачей и врачей-стажеров попадают в диапазон низких и средних значений.

Ключевые слова: сборка субъектов; рефлексивно-экзистенциальная модель; управление качеством жизни; рефлексивность; ответственность; экзистенциальной настрой; доверие; профессиональная деятельность; врач; пациент

Введение

Отечественное здравоохранение сегодня переходит к реализации концептуального проекта персонализированной медицины (ПМ) [1]. Одним из четырех принципов, на которых базируется концепция ПМ является принцип партисипативности. В концепции ПМ под принципом партисипативности понимается двусторонняя коммуникация врача и пациента, при которой пациент вовлечен в процесс сохранения своего здоровья, которая предусматривает передачу права принятия решения пациенту и разделение ответственности им за принятые решения, оптимизацию процесса общения в профессиональной деятельности врача, которая благоприятствует сотрудничеству и является основой для диалоговой коммуникации всех субъектов врачевания, доверительного и ответственного общения между ними. Врач и пациент строят единый проект с целью сохранения качества жизни по показателю «здоровье» пациента. Важно, что в каждом случае реализуется индивидуальный проект (медико-психологический), в котором осуществляется учет не только анамнестических данных, но и персонифицированных качеств пациента. Академик И.И. Дедов говорит о том, что «перед тем как дать лекарство, важно знать, кто он — твой пациент, понимает ли он риски, будет ли строго выполнять все рекомендации» [2, с. 63]. Под индивидуальным (медико-психологическим) проектом персонализированной медицины понимается использование в процессе излечения психологического потенциала пациента, «речь идет в данном случае <...> о связи индивидуальных особенностей человека с геномным уровнем, что является еще одним шагом в направлении всё большего учета персонализированных особенностей человека в диагностике его заболеваний и лечении» [3, с. 140]. Партисипативность инициирует изменение парадигмы мышления врача, наличие дополнительных профессиональных компетенций. Для решения социально-психологической проблемы сохранения качества жизни по показателю «здоровье» пациента (КЖЗ) в условиях депривации здоровья человека и перехода к персонализированной медицине, удовлетворения ее принципа партисипативности как сборки субъектов в профессиональной деятельности врача через построение диалоговой коммуникации «врач-пациент» нами разрабатывается рефлексивно-экзистенциальная модель управления качеством жизни по показателю «здоровья» пациента [4]. Она призвана объяснить специфику сборки субъектов (врач-пациент) в профессиональной деятельности врача и персонализированной медицине. Её цель состоит в выявлении личностно-психологических переменных сборки субъектов и идентифицируется как раскрытие личностно-психологического потенциала пациента и как повышение уровня профессионализации врача. Недостаточная изученность данных вопросов психологией труда подтверждает актуальность темы исследования.

Объектом исследования является сборка субъектов в профессиональной деятельности врача. Предметом изучения — психологические предикторы сборки субъектов в профессиональной деятельности врача. Цель работы: выявление психологических предикторов сборки субъектов в профессиональной деятельности врача. Научная новизна исследования состоит в том, что впервые выделены психологические предикторы сборки субъектов в профессиональной деятельности врача для персонализированной медицины. Обзор литературы. Такая фундаментальная проблема как «взаимодействие врача и пациента в современных медицинских практиках» требует обоснования методологии для раскрытия принципа партисипативности ПМ через «сборку субъектов врачевания». Опираясь на

исследования отечественных и зарубежных ученых, утверждается, что раскрытие принципа партисипативности в ПМ через «сборку субъектов врачевания» методологически оправдано научными исследованиями, проводимыми в парадигме постнеклассической научной рациональности (В.Е. Лепский). Механизм сборки целого из частей (сборки субъектов врачевания) есть процедура конструирования. Она подразумевает факторы активности и рефлексивности в ходе построения целостности, а также выбор траектории движения с учётом возможностей для достижения предпочитаемого будущего. Российский ученый Владимир Евгеньевич Лепский утверждает, что именно «Сегодня настало время инициировать адекватные механизмы укрепления субъектности России в условиях напряженной международной обстановки и проблемы бессубъектности или слабо организованной субъектности России. Это обстоятельство также должно стать приоритетной темой для научных, междисциплинарных отечественных исследований, посвященных сборке субъектов, ориентированных на развитие в различных сферах деятельности» [5; 6].

Чтобы обосновать сборку субъектов в профессиональной деятельности врача актуализируем широкий смысл субъектности как субстанции по В.А. Петровскому: «субъект — целеустремленное (то есть целеполагающее и целедостигающее) существо, иначе ни о каком «воспроизводстве» не может быть и речи; субъект — рефлексивное существо, обладатель образа себя; иное немисливо, так как самовоспроизводство подразумевает наличие образа того, что должно быть воспроизведено; субъект есть свободное существо (никто, кроме него самого, не отвечает за процесс, не направляет его и не заключает о том, что всё завершилось или должно быть продолжено); субъект — развивающееся существо, ибо ему приходится действовать в изменчивой, непредсказуемой среде, и по этой причине воспроизводству подлежат новые, обозначившиеся на предшествующем шаге активности, условия и способы самовоспроизводства» [7]. В.Е. Лепский добавляет к этой модели характеристики коммуникативной активности, отражающей специфику парадигмы «субъект — субъект» [9]. В качестве субъекта мыслиться тот, кто имеет способности к целеполаганию, проектности, рефлексивности, автономности (самость, аутентичность, самоконтроль), социальным коммуникациям (ответственность, доверие) [8; 9]. Субъектность как актуализация и реализация собственного «Я» влечет управляемость и развитие. Следует вспомнить, что сегодня не полностью прояснены причины субъектного импульса, так как субъективация лежит в экзистенциальной сфере [10].¹

В разрабатываемой рефлексивно-экзистенциальной модели управления КЖЗ пациента в профессиональной деятельности врача для ПМ осуществляется сборка субъектов врачевания. Врач и пациент являются единым коллективным субъектом процесса исцеления. В условиях данного взаимодействия врач рефлексивно управляет пациентом, он передает пациенту «основания» для принятия решений. Рефлексивность рассматривается как профессионально важное качество врача, обеспечивающее успешность его профессиональной деятельности, так как «характер рефлексивных процессов выражается в способности индивида к оценке различных параметров собственной деятельности, согласованию отдельных своих действий и поступков в целостную систему, позволяющую получить запланированный желаемый результат» [11]. Под «запланированным желаемым результатом» понимается эффективная профессиональная деятельность, направленная на управление качеством жизни пациента по показателю «здоровье».

Для сборки субъектов в профессиональной деятельности врача для ПМ важным показателем осмысленности жизни человека, её гармонии и согласованности принятых решений с поступками является экзистенциальная исполненность. Она экстраполируется на

¹ Бахтин М.М. К философии поступка / М.М. Бахтин // Собр. соч.: В 7 т. — Москва: Русские словари языки славянской культуры, 2003. — Т. 1. — С. 7–68.

качество жизни пациента по показателю «здоровье» через сборку субъектов врачевания в ПМ. Выбирая осознанно и самостоятельно тот или иной путь и средства для достижения цели, человек несёт ответственность за этот выбор. Так врач, осуществляя свою профессиональную деятельность выбирает определенную тактику в отношении ведения пациента и подбирает индивидуальную схему лечения. В данном контексте ответственный и обоснованный выбор методов диагностики и лечения, лекарственных средств, способов взаимодействия в проекции принципа партисипативности обеспечивает возможность управления качеством жизни пациента.

Обращение к экзистенциальному анализу, восходящему к трудам В. Франкла [12], И. Ялома [13] связано с проецированием принципов и категорий экзистенциальной психологии на качество жизни, связанное со здоровьем. Важно понимать, что экзистенциальная исполненность, являясь параметром субъективно ощущаемым самим человеком, формирует в сознании «картину себя», в оптике которой принимаются решения проявляется свобода их принятий, обеспечивающая определённый уровень качества жизни, оцениваемый как психологическое благополучие. В свою очередь, психологическое благополучие как «многомерное понятие, определяемое как субъективное состояние, в котором человек воспринимает положительные аспекты своей личности, отношений с другими людьми и своего жизненного пути» [14] и «осознание своего существования в этом мире» [15] влияют на результативность сборки субъектов. Современные исследования в отечественной психологии показывают связь благополучия и экзистенциальной исполненности через «наличие качеств, которые обуславливают успешное овладение различными видами деятельности, умелое использование ресурсов среды, способность добиваться желаемого и преодолевать трудности на пути реализации собственных целей» [16]. Эти качества детерминируют возможность управления качеством жизни пациента по показателю «здоровье».

Доверие, как личностное качество, для врача играет одну из ключевых ролей в выстраивании взаимоотношений со своими пациентами, а соответственно, и в сборке субъектов в профессиональной деятельности врача. Феномен доверия изучается «в разных сферах жизнедеятельности человека, потому что сообщество осознало, что доверие есть универсалия всех типов человеческих отношений. Именно от доверия зависит, с одной стороны, качество межличностных связей человека, а с другой — масштаб активности личности в ее бытии» [17]. В оптике профессиональной деятельности врача «основными признаками доверия считаются безопасность (надежность) и полезность (значимость)»², «что позволяет совершать определенные действия, способствующие успешному взаимодействию» [18, с. 57, 96, 103]. Таким образом, детерминируя сборку субъектов в профессиональной деятельности врача «доверие между врачом и пациентом не возникает само собой, его нужно специально развивать и поддерживать, причем основой доверия является именно общение, как один из аспектов поведения врача» [19; 21]. Современные исследования феномена доверия показывают, «что доверие является значимым параметром межличностной коммуникации, помогающим перевести процесс передачи и приема информации в процесс общения, предполагающего взаимное воздействие» [21, с. 52]. Следовательно, в континууме управления качеством жизни пациента по показателю «здоровье» доверие, как личностное качество врача, является одним из ведущих показателей.

Материалы и методы

Исследование направлено на изучение личностных профессионально важных качеств у представителей медицинской профессии на разных уровнях профессионализации. На этом

² Скрипкина Т.П. Психология доверия: учеб. Пособие / Т.П. Скрипкина. — Москва: Академия, 2000. — 263 с.

основании они были разделены на две группы: первая — врачи-стажеры, вторая — врачи различных специальностей. Выборку эмпирического исследования составили 133 человека. Первая группа — врачи-стажеры в количестве 83 человек, в возрасте от 24 до 28 лет, средний возраст $25,6 \pm 3,8$. Вторая группа — врачи различных специальностей в количестве 50 человек, в возрасте от 34 до 73 лет, средний возраст $47,08 \pm 9,0$. Психодиагностический инструментальный исследования составили методики: шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Оглер [22], методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова [23] и рефлексивный опросник уровня доверия к себе Т.П. Скрипкиной.²

Для обработки полученных результатов использовались математико-статистические методы (расчет показателей описательной статистики, критерии Колмогорова-Смирнова, Манна-Уитни, Крускалла-Уоллеса, корреляционный анализ, кластерный и дискриминантный анализ). Для обработки данных использовался универсальный статистический пакет STADIA 6.0.

Результаты

Исследование рефлексивности у врачей на различных уровнях профессионализации показало (рис. 1), что данное свойство имеет низкий уровень у 52 % врачей и 67 % врачей-стажеров. Средний уровень рефлексивности был выявлен у 40 % врачей и 30 % врачей-стажеров. Наличие высокого уровня рефлексивности показали 8 % врачей и 3 % врачей-стажеров.

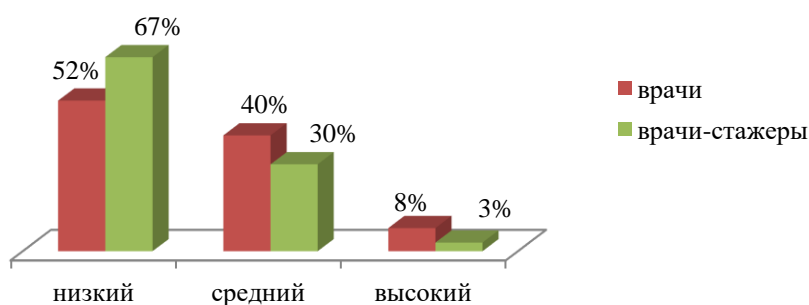


Рисунок 1. Уровень рефлексивности у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

Экзистенциальная исполненность представлена следующими показателями: самодистанцирование (SD), самотрансценденция (ST), Свобода (F), ответственность (V). SD имеет значения низкого уровня у 14 % врачей и 17 % врачей стажеров. 50 % врачей и 53 % врачей-стажеров демонстрируют наличие показателей среднего уровня SD. У 22 % врачей и 30 % врачей-стажеров уровень SD попал в диапазон высоких значений (рис. 2).

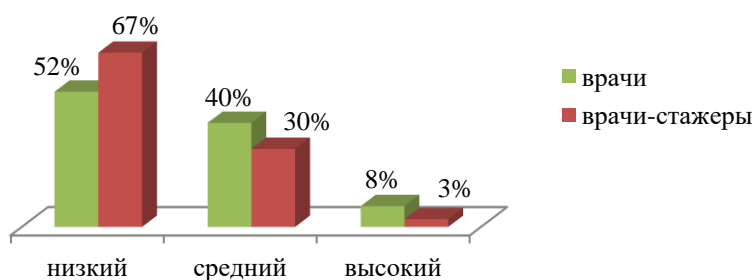


Рисунок 2. Уровень самодистанцирования (SD) у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

ST низкого уровня зафиксирована у 62 % врачей и 25 % врачей-стажеров. В диапазон значений среднего уровня ST попала у 26 % врачей и 62 % врачей-стажеров. Высокие показатели уровня ST выявлены у 12 % врачей и 13 % врачей-стажеров (рис. 3).

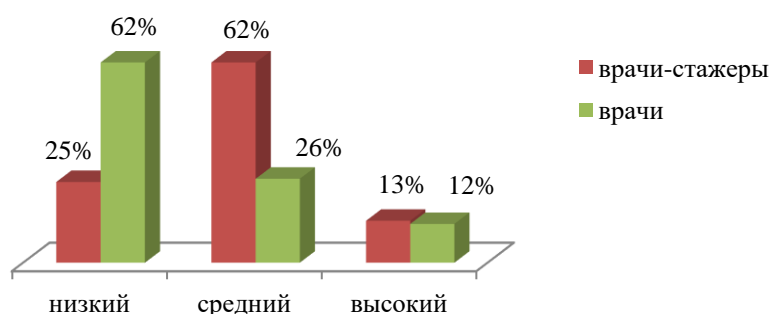


Рисунок 3. Уровень самотрансценденции (ST) у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

Низкие показатели уровня F были зафиксированы у 26 % врачей и 25 % врачей-стажеров. Средние значения показателя уровня F выявлены у 46 % врачей и 45 % врачей стажеров. В диапазон высоких значений уровня F попали 28 % врачей и 30 % врачей-стажеров (рис. 4).

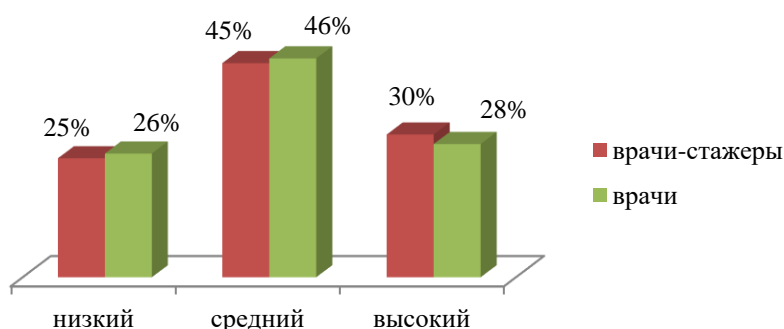


Рисунок 4. Уровень свободы (F) у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

Низкую степень выраженности имеет уровень V у 48 % врачей и 22 % врачей-стажеров. Средний уровень V зафиксирован у 40 % врачей и 67 % врачей-стажеров. Высокие показатели уровня V продемонстрировали 12 % врачей и 11 % врачей-стажеров (рис. 5).

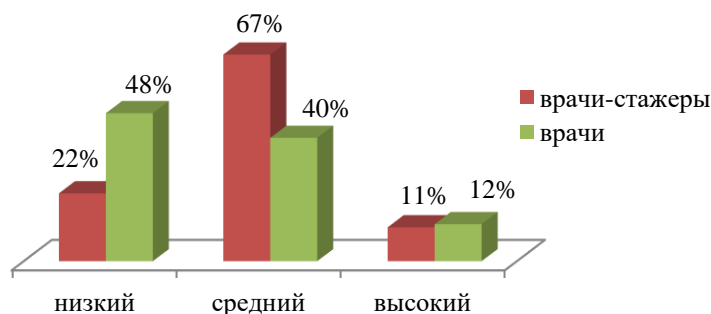


Рисунок 5. Уровень ответственности (V) у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

Низкий уровень доверия диагностируется у 1 % врачей и 0 % врачей-стажеров, средний — у 57 % врачей и 40 % врачей-стажеров, высокий — у 42 % врачей и 60 % врачей-стажеров (рис. 6).

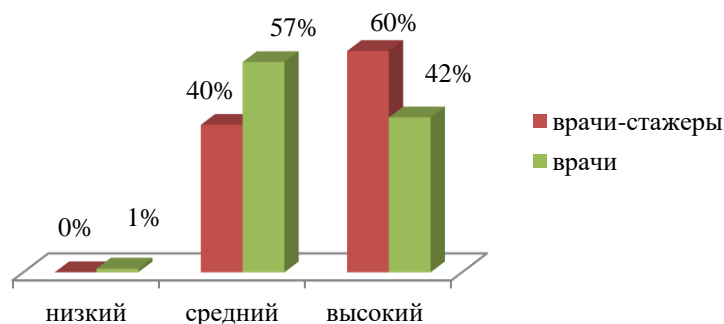


Рисунок 6. Уровень доверия у врачей и врачей-стажеров (составлено автором)

Обсуждение

Более половины респондентов как в первой, так и во второй группе имеют низкий уровень рефлексивности. Это говорит о несформированности процессов самопознания, низком самоконтроле поведения в актуальной ситуации, недостаточном осмыслении ее элементов, отсутствии анализа происходящего, неспособности к соотнесению своих действий с ситуацией и их координации в соответствии с изменяющимися условиями и собственным состоянием. Предметное поле рефлексии в таком случае сужено. Показатели среднего уровня рефлексивности выявлены у чуть менее 1/2 части респондентов и в одной и в другой группе, что свидетельствует о размытом осознании и слабой регуляции своей деятельности. Случаи, когда рефлексивность развита на высоком уровне, встречаются редко в первой и крайне редко во второй группе. В этой ситуации субъект анализирует и оценивает произошедшие события, склонен анализировать прошлое и себя в нем (ретроспективная рефлексивная), предстоящую деятельность, поведение, планирование, прогнозирование вероятных исходов и др.

Низкие значения уровня самодистанцирования (SD) выявлены у 1/5 части респондентов в первой и во второй группе и свидетельствуют об отсутствии способности абстрагироваться от переживаемых обстоятельств, большой эмоциональной вовлеченности в них и, как следствие, неумении контролировать свои переживания. Уровень средних значений демонстрирует 1/2 часть как в первой, так и во второй группе, что подтверждает наличие у них высокой подвижности внимания и его отвлекаемости, но уже лучше, чем предыдущие респонденты они умеют дистанцироваться от своих переживаний. Высокие значения уровня SD выявлены у 1/3 респондентов в первой и во второй группе. Такие показатели характеризуют своих носителей стремлением к достижению наилучших результатов в профессиональной деятельности, готовностью пожертвовать своими потребностями и комфортом для достижения цели, такие люди испытывают потребность быть нужными и полезными для кого-то.

Низкие значения уровня самотрансценденция (ST) выявлены у большей части респондентов первой группы (62 %) и 1/3 респондентов второй группы. Они характеризуют личность очень низкой эмоциональностью, скудностью переживаний, чувства и ценности квалифицируются как нечто не нужное и мешающее профессиональной деятельности. Средний уровень ST демонстрируют 1/3 часть первой группы и большая часть (62 %) второй группы.

В данной ситуации появляется возможность чувствовать ценностные основания и ориентироваться на них. Высокие значения уровня ST выявлены у 1/5 части респондентов как в первой, так и во второй группе и являются подтверждением того, что такие люди обладают возможностью адекватной эмоциональности, они не боятся демонстрировать свои чувства, способны сопереживать другим людям и готовы выходить из зоны своего психологического комфорта.

Низкие значения уровня свободы (F) показала практически 1/3 часть в первой и во второй группе. Такая ситуация подтверждает несформированность такого волевого качества, как решительность. Этому типа люди не способны принимать решения, объективно оценивать ситуацию и адекватно действовать в сложившихся обстоятельствах.

Средние значения уровня F выявлены практически у половины респондентов и в одной и в другой группе и наделяют своих носителей большей решительностью и готовностью к действиям. Высокие значения уровня F демонстрирует 1/3 респондентов, что характеризует их низкой привязанностью к ценностным ориентирам, людям, непереносимостью каких-либо ограничений. Как правило, это негативно сказывается на результатах межличностного взаимодействия.

Низкие значения уровня ответственности (V) выявлены у практически половины респондентов в первой группе и 1/5 части второй группы. Данные значения, как правило, подтверждают, что их носители выключены из жизненных ситуаций, занимают позицию ожидающего наблюдателя. Категорически не готовы брать на себя ответственность, в том числе, и за результаты своей деятельности.

Ситуация, когда уровень V попадает в диапазон средних значений, была отмечена более чем у 1/3 респондентов в первой группе и у большей половины второй группы. Здесь растет степень выраженности ответственности и включенности в деятельность.

Высоким уровнем V обладают около 1/9 части респондентов как в первой, так и во второй группе. Это глубоко ответственные и небезразличные люди с высоким чувством долга, умением объективно оценивать любые ситуации и выбирать адекватные средства для достижения целей.

Низкий уровень доверия не выявлен у респондентов первой группы, выявлен у одного человека во второй группе. Средний уровень данной характеристики демонстрируют около половины респондентов в первой группе и более половины (67 %) второй группы. Высокий уровень доверия подтвержден у большей половины респондентов в первой группе и около 1/2 части второй группы.

Согласно описательным статистикам, результаты представлены в таблице 1, врачи демонстрируют низкий уровень рефлексивности и средний уровень самодистанцирования, самотрансценденции, свободы, ответственности и доверия, что констатирует незрелость таких параметров как рефлексивность, самодистанцирование, самотрансценденция, ответственность и доверие.

Таблица 1

Описательные статистики параметров врачей

Параметры	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение
Рефлексивность	50	1,00	7,00	4,2400	1,66059
Самодистанцирование	50	16,00	48,00	31,1000	9,77345
Самотрансценденция	50	25,00	82,00	54,2600	17,52876
Свобода	50	23,00	68,00	44,5800	12,78087
Ответственность	50	11,00	74,00	46,7800	14,35453
Доверие	50	5,00	92,00	49,0600	15,85960

Составлено автором по результатам проведенного исследования

Согласно описательным статистикам врачи-стажеры демонстрируют низкий уровень рефлексивности, свободы и доверия, средний уровень (верхняя граница) самодистанцирования, самотрансценденции, ответственности, результаты представлены в таблице 2. Такой результат подтверждает, что рефлексивность и доверие являются несформированными у врачей-стажеров.

Таблица 2

Описательные статистики параметров врачей-стажеров

Параметры	N	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение
Рефлексивность	83	0,00	10,00	3,3614	2,02772
Самодистанцирование	83	16,00	54,00	32,5161	9,27670
Самотрансценденция	83	36,00	90,00	63,1613	13,99437
Свобода	83	23,00	67,00	42,6452	9,49564
Ответственность	83	20,00	98,00	52,1774	14,10676
Доверие	83	30,00	76,00	52,9268	9,06190

Составлено автором по результатам проведенного исследования

В результате обработки данных при помощи непараметрического U-критерия Манна Уитни были выявлены достоверные различия ($p \leq 0,05$) исследуемых характеристик у респондентов в первой и во второй группе по параметрам рефлексивность, самодистанцирование, самотрансценденция, ответственность, результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнение исследуемых характеристик у респондентов
в первой и во второй группе при помощи U-критерия Манна Уитни

Параметры	Статистика U Манна-Уитни	Асимптотическая значимость (p)
Рефлексивность	1 665,500	0,036*
Самодистанцирование	1 621,50	0,035*
Самотрансценденция	1 270,000	0,000*
Свобода	2 027,000	0,823
Ответственность	1 515,000	0,009*
Доверие	1 734,500	0,113

Примечание: * — значение $p < 0,05$. Составлено автором по результатам проведенного исследования

Заключение

Переход к персонализированной медицине в отечественном здравоохранении, удовлетворение ее принципа партисипативности как сборки субъектов врачевания через построение диалоговой коммуникации «врач-пациент», исполнение ключевой задачи сохранения качества жизни пациента по показателю «здоровье» через управление им является актуальной проблемой. Сегодня профессия врача предъявляет высокие требования к своим представителям.

Квалифицированному врачу требуются не только хорошо сформированные профессиональные компетенции, а еще и умение объективно оценивать ситуацию и выбирать адекватные средства для достижения цели в условиях дефицита времени и информации, коммуникативные навыки, обеспечивающие его пациентоориентированность, умение учитывать принципы доказательной медицины и современные тренды при назначении лечения и др. Важно отметить, что взаимодействие с пациентом сегодня имеет свои особенности, обусловленные более высокой его ориентированностью в вопросах заболевания, т. к. благодаря современным технологиям возможен доступ к любой информации, формирующей его осведомленность.

Все это инициирует формирование нового подхода к подготовке медицинских кадров и новой модели взаимодействия врача и пациента, т. к. медицинская практика непрерывно трансформируется, наполняясь все большим количеством технологий, где в лечебный процесс, помимо выше перечисленных особенностей, внедряется искусственный интеллект.

На основании проведенного теоретико-эмпирического исследования были выявлены особенности психологических предикторов, в виде личностных качеств, у врачей различных уровней профессионализации. Полученные результаты являются промежуточными в отношении построения рефлексивно-экзистенциальной модели, которая нацелена на раскрытие возможностей применения партисипативной коммуникации врача и пациента, медико-психологическое сопровождение всех субъектов врачевания, оптимизацию медицинской практики и подготовки медицинских кадров, так как исследование продолжается.

Выводы

Теоретический анализ феномена рефлексивности подтверждает важность её наличия, как ключевого качества для сборки субъектов в профессиональной деятельности врача с целью управления качеством жизни пациента по показателю «здоровье» для ПМ. Исследование рефлексивности показало, что уровень её сформированности у респондентов первой и второй группы недостаточен для осуществления рефлексивного взаимодействия с пациентами.

Изучение экзистенциальной исполненности в разрезе таких ее параметров как самодистанцирование, самотрансценденция, свобода и ответственность показало, что адекватная эмоциональная вовлеченность, стремление к достижению наилучших результатов деятельности, в том числе профессиональной, способность сопереживать другим людям, решительность и готовность к действиям, глубокая ответственность и равнодушие являются детерминантами сборки субъектов врачевания. Результаты эмпирического исследования экзистенциальной исполненности демонстрируют наличие различий в ее параметрах у врачей на различных уровнях профессионализации.

Рассмотрение феномена доверия позволило определить его как релевантный показатель межличностного взаимодействия врача и пациента и важный предиктор сборки субъектов в профессиональной деятельности врача с целью управления качеством жизни пациента по показателю «здоровье» для ПМ. Исследование доверия у врачей на различных уровнях профессионализации показало наличие высокого и среднего уровня этой характеристики у респондентов.

Выявленные личностно-психологические параметры врача, ориентированы сборку субъектов в его профессиональной деятельности, на принцип партисипативности в ПМ и оказание такой медицинской помощи, которая дает возможность улучшить, сохранить и управлять качеством жизни пациента по показателю «здоровье», в том числе, в условиях оказания паллиативной помощи. Для этого врачу необходимы сформированная рефлексивность, экзистенциальная исполненность, ответственность и доверие.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sadkovsky I.A. (PPPM (Predictive, Preventive and Personalized Medicine) as a new model of national and international healthcare service and thus a promising strategy to prevent a disease: from basics to practice / I.A. Sadkovsky // International Journal of Clinical Medicine. — 2014. — № 5. — С. 855–870.
2. Дедов И.И. Персонализированная медицина / И.И. Дедов // Вестник Российской академии медицинских наук. — 2019. — Т. 74, № 1. — С. 61–70.

3. Философские и биомедицинские основания персонализированной медицины / С.А. Хмелевская, Е.С. Очередыко // Идеи и идеалы. — 2020. — № 3-1. — С. 134–151.
4. Мурашова Л.А. Персонализированная медицина: методологические основы исследования связанного со здоровьем качества жизни в психологической модели врачевания: монография / Л.А. Мурашова. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. ун-та, 2020. — 223 с.
5. Лепский В.Е. Актуальные социогуманитарные проблемы укрепления субъектности России / В.Е. Лепский // Проблемы цивилизационного развития. — 2023. — Т. 5, № 1. — С. 28–46.
6. Лепский В.Е. Рефлексивно-активные среды инновационного развития / В.Е. Лепский. — Москва: Когито-Центр, 2010 — 255 с.
7. Петровский В.А. Индивидуальность и саморегуляция: метаимплицативная модель В.А. Петровский // Рефлексивные процессы и управления. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 59–60.
8. Проблема субъекта в инженерной психологии и эргономике: управленческий аспект / А.Л. Журавлев, В.Е. Лепский // Психологический журнал. — 2018. — Т. 39, № 4. — С. 7–16.
9. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика / Д.А. Леонтьев, Л.А. Александрова. — Москва: Смысл, 2024 — 680 с.
10. Лефевр В.А. Рефлексия / В.А. Лефевр. — Москва: «Когито-Центр», 2003. — 495 с.
11. Исследование рефлексии деятельности и ее диагностика через оценку конструкторов психологической функциональной системы деятельности / В.Д. Шадриков, С.С. Кургинян // Экспериментальная психология. — 2015. — Т. 8, № 1. — С. 106–126.
12. Франкл В. Доктор и душа. Доктор и душа. Логотерапия и экзистенциальный анализ / В. Франкл. — Москва: Альпина нон-фикшн, 2020. — 338 с.
13. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом. — Москва: Независимая фирма «Класс», 2019. — 576 с.
14. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited / C.D. Ryff // Journal of Personal Social Psychology. — 2018. — № 69. — С. 719–727.
15. Лэнгле А. Что движет человеком? Экзистенциально-аналитическая теория эмоций / А. Лэнгле. — Москва: Генезис, 2021. — 235 с.
16. Психологическое благополучие и экзистенциальная исполненность в позднем юношеском возрасте / М.В. Ростовцева, В.В. Попов, Т.Г. Дулинец, Л.Э. Смирнова, Т.Г. Авдеева // Психология и психотехника. — 2022. — № 3. — С. 42–54.
17. Скрипкина Т.П. Антиномия доверия к миру и доверия к себе в человеческом бытии / Т.П. Скрипкина // Развитие личности. — 2011. — № 3. — С. 111–113.
18. Купрейченко А.Б. Психология доверия и недоверия / А.Б. Купрейченко. — Москва: Когито-Центр, 2015. — 569 с.
19. Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review / S. Chandra, M. Mohammadnezhad, P. Ward // J. of Health Care Communications. — 2018. — Т. 3, № 3. — С. 36.

20. The mediating effect of trust on the relationship between doctor–patient communication and patients’ risk perception during treatment / D. Wei, A. Xu, X. Wu // PsyCh Journal. — 2020. — Т. 9, № 3. — С. 383–391.
21. Образ врача и доверие к себе и другим у студентов в период пандемии covid-19 / М.Е. Скачкова, Л.Э. Семенова // Вестник психотерапии. — 2022. — № 83. — С. 49–61.
22. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер / С.В. Кривцова, А. Лэнгле, К. Орглер // Экзистенциальный анализ. № 1. Бюллетень. — 2009. — № 1. — С. 141–170.
23. Карпов А.В. Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики / А.В. Карпов // Психологический журнал. — 2003. — Т. 24, № 5. — С. 45–57.

Murashova Lada Anatolyevna

«Tver State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Tver, Russia

E-mail: murashovala@tvgmu.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8135-370X>

RSCI: https://elibrary.ru/author_profile.asp?id=654111

Psychological predictors of the assembly of subjects in the professional activity of a doctor for personalized medicine

Abstract. The article presents research results on the study of the professional activity of a doctor in the optics of the assembly of subjects in order to manage the quality of life of a patient according to the indicator «health» for personalized medicine. The object of the study is the assembly of subjects in the professional activity of a doctor. The subject of the study is the psychological predictors of the assembly of subjects in the professional activity of a doctor. The purpose of the work is to identify psychological predictors of the assembly of subjects in the professional activity of a doctor. The assembly of subjects in the professional activity of a doctor occurs through the disclosure of the psychological potential of the patient and by increasing the level of professionalism of the doctor. The sample consisted of 133 doctors at various levels of professionalization, who were divided into two groups. The first group consists of 83 trainee doctors. The second group consists of doctors of various specialties in the number of 50 people. To study the predictors of the assembly of subjects in the professional activity of a doctor, the following psychodiagnostic methods were used: the scale of existence by A. Langle and K. Ogler, the methodology for diagnosing the level of reflexivity of A.V. Karpov and the reflexive questionnaire of the level of self-confidence by T.P. Skripkina. The study of psychological predictors of the assembly of subjects in the form of personal and psychological parameters of a doctor is carried out in order to further build a reflexive existential model of interaction between a doctor and a patient. It is aimed at revealing the possibilities of using participatory communication between a doctor and a patient, medical and psychological support for all subjects of all subjects of the treatment process, optimization of medical practice and training of medical personnel. The personality and psychological parameters of doctors and trainee doctors identified by the author have differences. According to descriptive statistics, the studied parameters of doctors and trainee doctors fall into the range of low and medium values.

Keywords: assembly of subjects; reflexive-existential model; quality of life management; reflexivity; responsibility; existential attitude; trust; professional activity; doctor; patient