

Научная статья

Статья в открытом доступе

УДК 331.101.1:159.9

doi: 10.30987/2658-4026-2024-4-482-488

Сборка субъектов в персонализированной медицине: рефлексивно-экзистенциальные психологические особенности пациента

Лада Анатольевна Мурашова^{1✉}

¹Тверской государственный медицинский университет; Тверь, Россия

¹sfilippchenkova@yandex.ru

Аннотация.

В условиях активного внедрения концепции и научно-технологического проекта персонализированной медицины в отечественное здравоохранение взаимоотношения врача и пациента трансформируются в сборку субъектов, понимаемую как создание сгенерированного целостного субъекта и как способ решения когнитивной задачи управления качеством жизни по параметру «здоровье» пациента. В статье представлены результаты психодиагностического исследования (2022-2024 гг.) по оценке персональных параметров качества жизни пациентов неврологического профиля по показателю «здоровье» (рефлексивность, экзистенциальный настрой, ответственность и ведущие смысложизненные ориентации). Представлена рефлексивно-экзистенциальная модель управления качеством жизни по показателю «здоровье» пациента в персонализированной медицине нацелена на возможность психологической идентификации важных субъектных качеств пациента для осуществления профилактических и психокоррекционных мероприятий у больных с хроническими заболеваниями.

Ключевые слова: персонализированная медицина, сборка субъектов, рефлексивность, ответственность, смысложизненные ориентации, пациенты неврологического профиля

Для цитирования: Мурашова Л.А. Сборка субъектов в персонализированной медицине: рефлексивно-экзистенциальные психологические особенности пациента // Эргодизайн. 2024. №4 (26). С. 482-488. <http://dx.doi.org/10.30987/2658-4026-2024-4-482-488>.

Original article

Open access article

Assembling Subjects in Personalized Medicine: the Patient's Reflexive-Existential Psychological Characteristics

Lada A. Murashova^{1✉}

¹Tver State Medical University; Tver, Russia

¹sfilippchenkova@yandex.ru

Abstract.

In the context of active implementation of the concept and scientific-technological project of personalized medicine in domestic healthcare, one transforms the relationship between the doctor and the patient into an assembly of subjects understood as creating a generated holistic subject and as a way to solve the cognitive problem of managing the life quality by the patient's "health" parameter. The article presents the results of a psychodiagnostic study (2022-2024) to assess the personal parameters of the neurological patients' life quality by the "health" indicator (reflexivity, existential attitude, responsibility and leading life-meaning orientations). The paper presents a reflexive-existential model of managing the life quality by the patient's "health" indicator in personalized medicine, aimed at the possibility of psychological identification of the patient's important subjective qualities for implementing preventive and psychocorrectional measures to patients with chronic diseases.

Keywords: personalized medicine, assembly of subjects, reflexivity, responsibility, life-meaning orientations, neurological patients

For citation: Murashova L.A. Assembling Subjects in Personalized Medicine: the Patient's Reflexive-Existential Psychological Characteristics. Ergodizayn [Ergodesign]. 2024;4(26):482-488. Doi: 10.30987/2658-4026-2024-4-482-488.

Введение

Сегодня переход к медицине 4П или персонализированной медицине - стратегическая тенденция развития отечественного и мирового здравоохранения. Происходит смена парадигмы в здравоохранении [10]. Персонализированная медицина вытесняет и традиционную и доказательную медицину Evidence-based medicine, понимаемую как «добросовестное, точное и рефлексивное использование лучших результатов клинических исследований для выбора конкретного больного» [14]. Хотя в доказательной медицине согласно ее трем базовым принципам предполагался учет индивидуальных особенностей пациента, наряду с данными высококачественных научных исследований, а также критического мышления и личного профессионального опыта врача. Однако индивидуальный подход к больному не предполагал его активной роли в излечении. Тем самым доказательная медицина (хотя она задумывалась иначе) оказалась конгруэнтной традиционной физикалистской медицине, патерналистской модели врачевания, где центральной фигурой является больной человек, ответственность за здоровье человека несет врач и система здравоохранения, управление здоровьем предстает как реагирование на болезнь. В образе больного - пассивность, беспомощность, отсутствие навыков общения, перекладывание ответственности на врача. Психофизическая, психофизиологическая, психосоматическая проблемы решаются по принципу редукционизма.

Отход от традиционной и доказательной медицины инициирован глобальными вызовами, цифровизацией, шестым технологическим укладом. Речь идет о росте рынков Индустрии Здоровья в мире, форсайте жизни, а также - о вхождении в ментальную и когнитивную неопределенность, об увеличении объема данных по медицинской помощи и профессиональным компетенциям врача, о конкуренции за пациента и т.д. Становление новой медицинской парадигмы обусловлено социально-экономическими, психологическими интересами. Расширился мировой рынок здравоохранения за счет «немедицинской» и «профилактической» части для тех людей, которые нацелены поддерживать хорошую физическую форму, что минимизирует акт болезни. Здесь персонализация связана с индивидуальными тренировками, персональными

консультациями. Запросы на изменения рынка медицинских услуг в пользу превенции заболеваний простимулировали разработку здоровьесберегающих технологий и программ. Персональный подход к человеку вызван генетическими факторами и переменными окружающей среды, новыми скрининговыми и предиктивными продуктами, технологизированными способами проверки их чувствительности и специфичности. Транслируется это на поиск новых способов наблюдения и сопровождения клиентов. Однако медицинский менеджмент и мотивация медицинского персонала сегодня практически не готова работать со здоровым клиентом.

Персонализированная медицина как новая парадигма в здравоохранении строится на принципах предсказательности, превентивности, персонализации, партисипативности [11], [12]. Ее ключевые идеи - здоровьесентризм и пациентоцентризм. Здоровье человека рассматривается как целостность, холизм (тело, душа, дух). Речь идет о приватизации здоровья. Путем личной ответственности происходит приватизация здоровья человека (человек владелец медицинских данных о своем здоровье). Управление здоровьем предстает как акт персонализированной превенции.

В персонализированной медицине центральное место занимает активная роль человека-(здорового, больного) в сохранении своего здоровья и качества жизни. Она исходит из информированности, мотиваций, психологического, когнитивного, коммуникативного потенциала пациента. Чтобы стать активной фигурой в отношении своего здоровья важно быть решительным, информированным (находить релевантную своему состоянию и самочувствию информацию), уметь коммуницировать (задавать осмысленные вопросы), оценивать свои возможности, выстроить доверительные отношения с врачом и медицинским персоналом.

Основная часть

Нами разрабатывается рефлексивно-экзистенциальная психологическая модель управления качеством жизни по показателю «здоровье» пациента в персонализированной медицине [9]. Под актом управления понимается контроль взаимодействия, который способны осуществлять субъекты врачевания - врач и пациент. Посылом здесь выступает подход А.А. Богданова [1]. Под рефлексивно-экзистенциальной

психологической моделью управления качеством жизни по показателю «здоровье» пациента в профессиональной деятельности врача понимается сборка субъектов врачевания (врач как носитель профессиональных качеств, техник, технологий и пациент, конституированный как его рефлексивно-экзистенциальный психологический потенциал [8]. Расширенная психодиагностика предстает инструментом для получения психологических и рефлексивно-экзистенциальных переменных показателей здоровья пациентов и профессиональных компетенций врача [13]. С ее помощью эксплицируются персональные параметры КЖ по показателю «здоровье» пациента, а именно по таким показателям как рефлексивность, экзистенциальный настрой, ответственность, доверие, коммуникативный потенциал, которые индуцируются показатели «качества жизни по показателю «здоровье». Рефлексивно-экзистенциальная психологическая модель управления качеством жизни по здоровью пациента удовлетворяет принципу партисипативности ПМ как диалоговая коммуникация субъектов в профессиональной деятельности врача. Такая модель разрабатывается для эффективного взаимодействия в профессиональной деятельности врача в период диагностики и лечения хронических заболеваний, которые в структуре современной патологии доминируют и задают особый формат взаимодействия «врач-пациент». Хронические заболевания необратимо меняют образ жизни человека, практику заботы о себе, рефлексивный и экзистенциальный настрой. В такой ситуации индивидуализация лечения, отношения доверия между врачом и пациентом возможны с учетом семиотической трактовки болезни пациентом, складывающейся из его рефлексивно-экзистенциального психологического состояния.

Давая характеристику пациенту, как субъекту в профессиональной деятельности врача, в нашей модели акцентируются следующие факторы. Рефлексивность базовая характеристика субъекта, определяющая качество в иных его характеристиках [7]. Рефлексивность - составляющая субъектной сущности, порождающая эффект самоорганизации. Через рефлексивность субъект осознает свое состояние. Рефлексивность заточена на оптимум по осознанию себя и своих действий, поступков.

Интенция рефлексивности состоит в обнаружении смысла для себя и в контексте разворачивающихся событий. Продукт рефлексии - трансформация личного и социального опыта [6].

Экзистенциальная исполненность – она позволяет дать оценку сформированности таких персонифицированных качеств, как объективность оценки себя и ситуации, самопринятие, решительность и ответственность. Отметим, что субъективация пациента находится в экзистенциальной сфере, что не поддается рационализации. Доверие пациента к врачу сокращает время до получения желаемого результата, увеличивает терапевтический эффект проводимых пациенту медицинских манипуляций и лечения, укрепляет уверенность в достижении желаемой цели. Ответственность наделяет пациента обязательностью по отношению к выполнению рекомендаций врача, персональной включенностью в процесс лечения, чувством долга относительно своевременной и точной реализации назначенной схемы лечения, что, в свою очередь, формирует у него чувство уверенности в правильности осуществляемой деятельности и чувство самооценности. Убежденность характеризует стремление пациента к ясности и упорядоченности наравне со стремлением к изменениям, новизне. Проявляется в формировании положительных взаимоотношений между субъектами взаимодействия в профессиональной деятельности врача и сопровождается уверенностью в порядочности и доброжелательности другого субъекта, с которым доверяющий находится в тех или иных отношениях. Вместе с тем чувство одиночества детерминирует активный поиск средств противостояния «болезни». В чувстве одиночества есть познавательный момент. Одиночество даёт возможность человеку ответить на вопрос: «Кто я такой в этой жизни и что я могу в этой ситуации?» Таким образом закладывая основы убежденности и веры в свои возможности и жизнеспособность. Смысложизненные ориентации – это тот жизненный фундамент, который представлен направленностью личности, жизненно-важными целями, осмысленностью выбора и оценок, удовлетворенностью жизнью, способностью брать за неё ответственность, контролировать и управлять ею. Негативизм является общей отрицательной реакцией,

которая появляется на определённом этапе хронического заболевания у всех пациентов. В некоторых случаях она сначала скрыта, затем она находит своё косвенное выражение, отвечая механизму проекции. Без учёта этого фактора невозможно выстроить эффективного взаимодействия и продуктивной коммуникации с пациентом.

Цель психодиагностического исследования: выявить персональные параметры качества жизни пациентов неврологического профиля по показателю «здоровье» пациента (рефлексивность, экзистенциальный настрой, ответственность и ведущие смысложизненные ориентации). Выборку исследования составили пациенты с пояснично-крестцовыми радикулопатиями получающими лечение на базе Тверской областной клинической больницы, неврологического отделения. Группа 1 включала в себя пациентов с острыми радикулопатиями (длительность заболевания менее 3 недель). Группа 2 включала в себя 56 (54%) пациентов с хроническими радикулопатиями (длительность заболевания от 3х недель до 3х месяцев). Все пациенты, находясь на стационарном лечении в неврологическом отделении, получали стандартную терапию при поражении межпозвоночного диска и других отделов позвоночника радикулопатией (консервативное лечение). В исследовании приняли участие 104 пациента в возрасте от 18 до 64 лет, которых разделили на две группы. Гр.1 включала в себя 48 (46%) человека – по гендерному составу 30 пациентов женщины, 18 пациентов мужчины. Средний возраст в 1-й группе составил $45,7 \pm 16,2$ года. Гр.2 включала в себя 56 (54%) пациентов. По гендерному составу 24 пациента женщины, 32 пациента мужчины. Средний возраст во 2-й группе составил $47 \pm 14,2$ года.

Методы исследования: методика диагностики уровня рефлексивности А.В. Карпова [3], шкала экзистенции А. Лэнгле и К. Оглер [4], опросник уровня субъективного контроля Дж. Роттера (УСК) [2], методика диагностики смысложизненных ориентаций (СЖО) Д.А. Леонтьева [5].

Результаты исследования. Опросник рефлексивности А.В. Карпова, применяемый нами к качеству психодиагностического инструментария, предназначен для диагностики степени рефлексивности личности. При интерпретации результатов целесообразно согласно методике, исходить из их дифференциации на три основные категории. Результаты, равные или большие,

чем 7 стенов, свидетельствуют о высокоразвитой рефлексивности. Результаты в диапазоне от 4 до 7 стенов – индикаторы среднего уровня рефлексивности. Показатели, меньшие 4х стенов – свидетельство низкого уровня развития рефлексивности. Исследование уровня рефлексивности у пациентов неврологического профиля позволило установить следующие закономерности: среднее статистическое значение по группе по шкале рефлексивности составило 4,328 стена, что соответствует нижней границе нормы выраженности качеств: пациентам свойственно задумываться над происходящим, над причинами своих действий и поступков других людей, над их последствиями, они стараются планировать свою деятельность и рассматривают различные варианты при принятии решения. Однако у них зачастую возникают трудности в общении с другими людьми. Респондентов характеризует достаточно выраженная склонность к анализу уже выполненной в прошлом деятельности и свершившихся событий, они довольно справляются с планированием как таковым и прогнозированием вероятных исходов событий их жизни.

Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглера, применяемая в нашем исследовании, измеряет экзистенциальную исполненность, как она субъективно ощущается испытуемым. Баллы для оценки степени выраженности показателей по основным шкалам распределяются следующим образом: самодистанцирование (SD) (меньше 26 – низкий показатель, 35,5 – средний, 43-48 – высокий); самотрансценденция (ST) (меньше 58 – низкий, 73 – средний, 81-84 – высокий); свобода (F) (меньше 37 – низкий, 49 – средний, 58-66 – высокий); ответственность (V) (меньше 41 – низкий, 57,5 – средний, 70-78 – высокий). Исследование экзистенции показало, что самодистанцирование (SD) ($34,2 \pm 7,9$) имеет высокую степень выраженности у 38% испытуемых, низкую – у 17%. Самотрансценденция (ST) ($64,7 \pm 13,1$) в высокой степени выраженности зафиксирована у 53% испытуемых, в низкой – у 6%. Свобода (F) ($38,8 \pm 6,9$) имеет высокую степень выраженности у 8% испытуемых, низкую – у 15%. Ответственность (V) ($52,9 \pm 14,7$) в высокой степени выраженности зафиксирована у 26% испытуемых, низкая – у 7% пациентов. Таким образом, пациенты неврологического профиля имеют достаточно ясное, реалистичное представление о

ситуации, адекватность самооценки, способность абстрагироваться от себя, посвятить себя чему-то другому, способны воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, ориентируются на смысл, а не только на цель, вследствие чего для них характерны внутренняя и внешняя осмысленность. Налицо страх перед усилиями и проблемами, угрожающими последствиями, но им присуща способность доводить до конца решения, принятые на основании личных ценностей.

С помощью методики диагностики уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера была изучена интернальность больных с раком молочной железы. Согласно методике, возможны два полярных типа такой локализации: экстернальный и интернальный. В первом случае человек полагает, что происходящие с ним события являются результатом действия внешней сил – случайностей, включая других людей. Во втором случае человек интерпретирует значимые события как результат своей собственной деятельности. Во-вторых, локус контроля, характерный для индивида, универсален по отношению к любым типам событий и ситуаций, с которыми приходится сталкиваться. Один и тот же тип контроля характеризует поведение данной личности как в случае неудач, так и в сфере достижений, причем это в равной степени касается различных областей социальной жизни. Нормой уровня субъективного контроля является 5,5 стенов. Если показатель отклонен от нормы влево $<5,5$, то это свидетельствует об экстернальном типе УСК, если вправо $>5,5$, то это свидетельствует об интернальном типе контроля. По шкале общей интернальности (Ио) среднегрупповой результат равен 4,4 балла. Это свидетельствует об экстернальном типе локуса контроля у пациентов неврологического профиля: они не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, считают себя не способными ее контролировать и полагают, что большинство событий и поступков является результатом случая или действий других людей. По шкале интернальности в области достижений (Ид) пациентами получен среднегрупповой показатель 7,3 балла. Высокий показатель по шкале Ид свидетельствует о том, что человек рассматривает свои успехи, достижения и радости как результат своих действий и собственных усилий. По шкале

интернальности в области неудач (Ин) среднегрупповой показатель достиг 6,2 балла: испытуемые не склонны приписывать ответственность за происходящие с ними неудачи другим людям и расценивают их как следствие собственных ошибок. Показатель по шкале интернальности в семейных отношениях (Ис) составил 5,4 балла, что означает, что респонденты в целом считают себя вполне ответственными за события, происходящие в их семейной жизни. По шкале интернальности в области производственных отношений (Ип) среднегрупповой показатель равен 4,6 балла. Такой показатель указывает на то, испытуемые придают большое значение внешним обстоятельствам – руководству, товарищам по работе, везению либо невезению. По шкале интернальности в области межличностных отношений – Им среднегрупповой показатель получил 5,7 балла. Это соответствует тому, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. По шкале интернальности в отношении здоровья и болезни – Из среднегрупповой показатель равен 2,8 балла. Человек с низким показателем интернальности в области здоровья считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей. Таким образом, пациенты неврологического профиля демонстрируют в целом экстернальный локус контроля.

Исследование смысло-жизненных ориентаций пациентов неврологического профиля с помощью методики Д.А. Леонтьева показало, что наибольшее количество баллов имеет процесс жизни ($37,4 \pm 5,2$), остальные показатели шкал методики имеют практически одинаковую степень выраженности: цели жизни ($24,2 \pm 8,4$), результат жизни ($21,4 \pm 7,1$), локус контроля-Жизнь ($2398 \pm 6,3$) и локус контроля-Я ($18,2 \pm 6,4$). У пациентов неврологического профиля ценностные приоритеты смещены в сторону процесса жизни, они не ставят перед собой судьбоносных и масштабных целей, 41% респондентов из них приписывает фатализму определённую роль в жизни с точки зрения возможности воплощения в жизнь желаемого.

Выводы. Исследованы такие персональные параметры качества жизни пациентов неврологического профиля как

рефлексивность, экзистенциальный настрой, ответственность и смысложизненные ориентации. Пациенты неврологического профиля демонстрируют средний уровень рефлексивности, что не всегда позволяет чётко и ясно осознавать и регулировать свою деятельность. Пациенты имеют достаточно ясное, реалистичное представление о ситуации, адекватность самооценки, способны воспринимать экзистенциальную значимость происходящего, ориентируются на смысл происходящего с ними, однако им присуща пассивная, фаталистическая жизненная установка, однако они способны находить реальные возможности действовать и находить обоснованное решение возникшей проблемы. Пациенты неврологического профиля демонстрируют в целом экстернальный локус контроля, им свойственна тенденция приписывать причины

жизненных событий не результатам собственных усилий, а сложившейся ситуации или результатам деятельности других людей. Пациенты не ставят перед собой судьбоносных и масштабных целей, они склонны приписывать фатализму определённую роль в жизни с точки зрения возможности воплощения в жизнь желаемого. Разрабатываемая нами рефлексивно-экзистенциальная модель управления качеством жизни по показателю «здоровье» пациента в персонализированной медицине нацелена на возможность психологической идентификации важных субъектных качеств пациента для осуществления профилактических и психокоррекционных мероприятий у больных с хроническими заболеваниями.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. **Богданов А.А.** Тектология: (Всеобщая организационная наука). В 2-х кн. Кн.1. М: Экономика.1989. 304 с.
2. **Большая энциклопедия психологических тестов.** М.: Эксмо. 2007. 416 с. ISBN 978-5-699-13698-8.
3. **Карпов А.В.** Рефлексивность как психическое свойство и методика ее диагностики // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 5. С. 45-57. EDN OOUYSN.
4. **Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К.** Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер. Экзистенциальный анализ. Бюллетень. №1. 2009. Москва. С. 141-170.
5. **Леонтьев Д.А.** Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с. ISBN: 5-89357-088-X.
6. **Леонтьев Д.А., Аверина А.Ж.** Рефлексивность как составляющая личностного потенциала. Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С.360- 381. ISBN 978-5-89357-285-8.
7. **Лепский В.Е.** Рефлексивность в управлении социальными системами (философско-методологический анализ) // Философия науки и техники. 2021.Т. 26. No 2. С. 127–147. DOI 10.21146/2413-9084-2021-26-2-127-147. EDN RPPANZ.
8. **Мурашова Л.А.** Экзистенциально-психологическая модель врачевания как диагностический инструментарий в профессиональной деятельности врача // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология. 2020. № 4 (53). С. 49-58. DOI 10.26456/vtpsyed/2020.4.049. EDN MWOETG.
9. **Мурашова, Л. А.** Профессиональное общение медицинского персонала как фактор удовлетворенности трудом социально-психологического климата в коллективе : специальность 19.00.03 "Психология труда, инженерная психология, эргономика" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Мурашова Лада Анатольевна. – Москва, 2012. – 25 с. – EDN QHYVID.
10. **Новая концепция здравоохранения : 4P-медицина.** URL: <https://basisgenotech.ru/articles/novaya-kontseptsiya-zdravookhraneniya-4p-meditsina/> (дата обращения: 06.02.2020).

REFERENCES

1. **Bogdanov A.A.** Tectology: (General Organizational Science). Book 1. Moscow: Economica; 1989. 304 p.
2. **The Great Encyclopaedia of Psychological Tests.** Moscow: Eksmo; 2007.416 p.
3. **Karpov A.V.** Reflectiveness as a Mental Quality and the Method to Diagnose It. Psikhologicheskii Zhurnal. 2003;24(5):45-57.
4. **Krivtsova S.V., Längle A., Orgler K.** The Existence Scale (Existenzskala). In: Längle A, Orgler K. Existential Analysis. 2009;1:141-170.
5. **Leontiev D.A.** Test of Life-Meaning Orientations (TLO). 2nd ed. Moscow: Smysl; 2000. 18 p.
6. **Leontiev D.A., Averina A.Zh.** Reflexivity as a Component of Personal Potential. In: Leontiev D.A., editor. Personal Potential: Structure and Diagnostics. Moscow: Smysl; 2011. p. 360-381.
7. **Lepskiy V.E.** Reflexivity in Social Systems Control (Philosophical and Methodological Analysis). Philosophy of Science and Technology. 2021;26(2):127-147. DOI 10.21146/2413-9084-2021-26-2-127-147.
8. **Murashova L.A.** Existential-Psychological Model of Medicine as a Diagnostic Instrumentation in the Professional Activity of a Doctor. Bulletin of Tver State University. Series: Pedagogy and Psychology. 2020;4(53):49-58. DOI 10.26456/vtpsyed/2020.4.049.
9. **Murashova L.A.** Professional Communication of Medical Personnel as a Factor in Job Satisfaction and the Socio-Psychological Climate in the Team. Extended Abstract of Candidate's Thesis (Psychology). Moscow; 2012. 25 p.
10. **New Concept of Healthcare: 4P-Medicine** [Internet] [cited 2020 Feb 06]. Available from: <https://basisgenotech.ru/articles/novaya-kontseptsiya-zdravookhraneniya-4p-meditsina/>.

11. Пальцев М.А. Персонализированная медицина // Наука в России. 2011. № 1. С. 12-17. EDN OFWAGH.

12. Пальцев М.А., Белушкина Н.Н., Чабан Е.А. 4P- медицина как новая модель здравоохранения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. 2015. № 2(2). С. 48-54. EDN WALZKV.

13. Филиппченкова, С. И. Психологическая составляющая взаимодействия врача и пациента : диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук / Филиппченкова Светлана Игоревна, 2013. – 500 с. – EDN FHKJOU.

14. Sackett.D.L., Straus S.E., Richardson W.S. et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach Ebm. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. 261 p. ISBN 9780443062407.

11. Pal'tsev M.A. Personalized Medicine. Science in Russia. 2011;1:12-17.

12. Pal'tsev M.A., Belushkina N.N., Chaban E.A. 4P-Medicine as a New Model of Healthcare in the Russian Federation. Healthcare Management: News. Views. Education. Bulletin of VSHOUZ. 2015;2(2):48-54.

13. Filippchenkova S.I. Psychological Component of Interaction Between a Doctor and a Patient. Doctor's Thesis (Psychology); 2013. 500 p.

14. Sackett D.L., Straus S.E., Richardson W.S., et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach Ebm. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000. 261 p.

Информация об авторах:

Мурашова Лада Анатольевна – кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии с курсами биоэтики и истории Отечества, ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет», г. Тверь. SPIN-код: 6781-0515.

Information about the authors:

Murashova Lada Anatolyevna – Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor at the Department of Philosophy and Psychology with courses in bioethics and history of the Fatherland of Tver State Medical University, Tver. SPIN code: 6781-0515.

Вклад авторов: все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Contribution of the authors: the authors contributed equally to this article.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 09.08.2024; одобрена после рецензирования 15.08.2024; принята к публикации 22.08.2024. Рецензент – Греченева А.В., кандидат технических наук, доцент ФГБОУ ВО РГАУ-МСХА имени К.А. Тимирязева, член редакционного совета журнала «Эргодизайн»

The paper was submitted for publication on the 09th of August 2024; approved after the peer review on the 15th of August 2024; accepted for publication on the 22nd of August 2024. Reviewer – Grecheneva A.V., Candidate of Technical Sciences, Associate Professor of Russian State Agrarian University – Moscow Timiryazev Agricultural Academy, member of the editorial board of the journal “Ergodesign”.