

ОЦЕНКИ МЕДИЦИНСКИХ РИСКОВ И ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ ВРАЧАМИ И РИЭЛТОРАМИ¹

Павлова Е.М.

pavlova.lisa@gmail.com

Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова (Россия, Москва)

Отношение человека к риску определяется его опытом и кристаллизуется в форме имплицитных представлений о риске. Ситуационные и диспозициональные факторы разноуровневых процессов восприятия риска интегрируются в его субъективные когнитивные репрезентации. Особенно важно изучение риска в профессиях, где его оценка и принятие решений напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Отсутствие методов, направленных на выявление когнитивных репрезентаций риска, ставит проблему их разработки, особенно в контексте практической деятельности медицинских работников, решения которых не всегда опосредствованы предполагаемыми стратегиями (Donner-Banzhoff et al., 2016). Медицинские риски можно исследовать не только в психометрической парадигме, предлагая испытуемым оценивать различные списки рисков (см. Канеман, Тверски, Словик, 2005; и др.), но и через оценку субъективных репрезентаций риска. При этом необходимо учитывать, что в регуляцию выбора человеком включаются как его личностные особенности, так и профессионально усвоенные нормативы.

Нами была разработана методика, позволяющая диагностировать особенности когнитивной оценки медицинских рисков, а также приверженности разным способам их редукции (Богачева, Павлова, 2017). Ситуация медицинских рисков моделировалась в вербальных задачах на основе метода анализа интервью для выявления субъективных репрезентаций трудности принятия решений (Каменев и др., 2018; Стернберг и др., 2002). Целью нашего исследования выступило выявление особенностей восприятия риска и принятия решений практикующими врачами в сравнении с представителями профессии, связанной с финансовыми рисками (риэлторами). При этом в обеих группах принятие решения включает в себя фактор риска в отношении других лиц.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 58 человек, 41 женщина и 14 мужчин в возрасте от 24 до 73 лет ($M = 43.3$, $\sigma = 13.7$) из двух групп: 36 практикующих врачей (23 женщины и 13 мужчин в возрасте от 24 до 73 лет, $M = 43.19$, $\sigma = 14.2$), 22 риэлтора (41 женщина и 5 мужчин в возрасте от 29 до 64 лет, $M = 43.7$, $\sigma = 13.2$).

Методика. Для исследования оценки медицинских рисков и способов

¹ Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17-06-00130а

их редукции нами была разработана методика, названная ШМР - Шкала Медицинских Рисков. В ней испытуемому предлагается 10 вербальных задач, в которых необходимо сначала оценить рискованность ситуаций, возникающих в медицинской практике, а затем выбрать лично приемлемый способ поведения в этой ситуации. Каждая задача основывается на разных источниках медицинских рисков, а именно: недостаток навыка, здоровье пациента, психология пациента, неоснащенность базы, личность и состояние врача, начальство, социальные риски, недостаток знаний, несовершенство медицины, оценка ситуации и сроки). Задавались шкалы оценки альтернатив в задачах по способам редукции риска (неопределенности), предпочитаемых испытуемым, а именно продуктивные способы (поиск дополнительной информации/совета), непродуктивные способы (поступать стандартно, откладывать решение, передать решение другому) и интуитивные способы.

Результаты. Подсчитывались суммарные баллы: количества выборов продуктивных, непродуктивных способов редукции риска и интуитивных выборов, применялся критерий χ^2 . Выявлены на уровне тенденции различия в частотах предпочтения альтернатив, свидетельствующие о готовности полагаться на интуицию ($\chi^2 = 9.135$, $p = .058$), причем чаще интуитивные способы выбирают врачи ($M = 1.77$ и 1.55 соответственно). Было показано, что пол не влияет на выбор в задачах. Различия в оценке рискованности ситуаций (t-критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий равенства дисперсий Ливиня) наблюдались для следующих шкал: недостаток навыка ($t = 3.017$, $p = .004$), психология пациента ($t = 3.472$, $p = .001$), неоснащенность базы ($t = 4.056$, $p = .001$), личность и состояние врача ($t = 2.926$, $p = .005$), недостаток знаний ($t = 2.379$, $p = .021$) и несовершенство медицины ($t = 2.898$, $p = .005$). Риэлторы оценивали предлагаемые ситуации как более рискованные.

Обсуждение. Установлено, что врачи оценивают неопределенные ситуации, возникающие в их практике, как менее рискованные, по сравнению с контрольной группой риэлтеров. При этом различий в оценках рискованности не обнаружено для задач, в которых источниками риска являлись «здоровье пациента», «начальство», «социальные риски» и оценка ситуации и сроки (т.е. ситуация, отражающая необходимость правильно оценить ситуацию в сжатые сроки). Именно эти факторы упоминались контрольной группой в качестве источников риска при первичном интервью не врачей, проведенным для создания методики ШМР. Таким образом, мы можем сделать вывод, что представители контрольной группы имеют тенденцию переоценивать рискованность ситуаций, с которыми они не знакомы.

Врачи и представители контрольной группы в целом с одинаковой ча-

стотой применяют при выборе продуктивные и непродуктивные способы редукции риска, однако медики имеют тенденцию чаще ориентироваться на интуитивные предчувствия. С одной стороны, это говорит о том, что представители контрольной группы в большей мере представляют себе медицину как «механистическую» профессию, в которой все необходимо делать по инструкции. С другой, это говорит про большую роль неявных знаний при принятии решений у врачей. Если использовать представление о метафорических когнитивных Системах 1 и 2, то наши результаты свидетельствуют в пользу превалирования при выборах врачами процессов Системы 1 (Канеман, 2013), что косвенно подтверждает показанное в других исследованиях наличие эффекта фрейминга у врачей (Корнилова, Керимова, 2018).

Было установлено, что пол не влияет на предпочтения выборов задачах и влияет на оценку рискованности ситуаций только в двух задачах. В дальнейших исследованиях необходимо расширить выборки. Это позволит верифицировать гипотезы о связи оценок рискованности со способами редукции риска.

Литература

Богачева Н. В., Павлова Е. М. 2017. Методика оценки когнитивных репрезентаций риска у врачей // *Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные проблемы клинической психологии и психологии личности»*. ИПЦ НГУ Новосибирск, 18–21.

Каменев И.И., Корнилова Т.В., Разваляева А.Ю. 2018. Связи риска при принятии решений с мотивацией и саморегуляцией (на выборке медицинских работников) // *Вопросы психологии*, 1, в печати.

Канеман, Д. 2013. *Думай медленно... решай быстро*. М.: АСТ.

Канеман Д., Словик П, Тверски А. 2005. *Принятие решений в неопределенности: Правила и предубеждения*. Харьков: Издательство Институт прикладной психологии «Гуманитарный Центр».

Корнилова Т. В., Керимова С. Г. 2018. Особенности личностных предпосылок принятия решений (на материале фрейминг-эффекта) у врачей и преподавателей // *Психология. Журнал Высшей Школы экономики*, 15(1), 22–37.

Стернберг Р. Д., Форсайт Д. Б., Хедланд Д., Хорвард Д. А., Вагнер Р., Вильямс В. М., Снук С. А., Григоренко Е. Л. 2002. *Практический интеллект*. СПб.: Питер.

Donner-Banzhoff, N., Seidel, J., Sikeler, A. M., Börsner, S., Vogelmeier, M., Westram, A., et al. 2016. The phenomenology of the diagnostic process: A primary care-based survey. *Medical Decision Making* 37(1), 27 – 34.