

поселков и деревень Донецкой области водружается Красное Знамя – как символ пролитой крови и жизни. Государственные деятели, военные, писатели и журналисты Российской Федерации подчеркивают, что в нынешней войне прошлое и настоящее оказались глубоко связаны, сплетены, спаяны воедино. Думаю, в этом они правы. Поэтому я вдвойне горда за своего прадеда – благодарной памятью и осознанием того, что дело, которому он посвятил жизнь, живет и приобретает все новые и новые смыслы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Документ в учетно-послужной картотеке. в электронном банке документов «Память народа» (архивные материалы: ЦАМО, шкаф: 50, ящик: 3): [сайт]. – URL: pamyat-naroda.ru. (дата обращения: 13.03.2025).
2. Приказ ГУК НКО СССР № 0159 от 17.01.1944 об исключении из списков РККА. в электронном банке документов «Память народа» (архивные материалы: ЦАМО, фонд: 33, опись: 11458, дело: 209, лист 120): [сайт]. – URL: pamyat-naroda.ru. (дата обращения: 13.03.2025).

УДК 616:316.774]:378.6-057.875

У. В. Громыко

Научный руководитель: к.п.с.н., доцент Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Изучение психологических реакций на заболевание у студентов-медиков актуально в контексте формирования профессиональных компетенций, так как понимание внутренней картины болезни и типов реагирования пациентов напрямую влияет на качество будущей клинической практики, а личностные установки формируют стиль коммуникации и способность к эмпатии. Студенты лечебного факультета представляют уникальную группу, где профессиональное становление пересекается с личным опытом взаимодействия с болезнью. К примеру, тревожный тип реагирования может привести к гиперопеке или избеганию сложных тем в диалоге с пациентом, что нарушает доверие, эргопатический тип часто провоцирует излишнюю рационализацию, снижая способность к эмоциональной поддержке. Если студент не осознает свои паттерны реагирования, он может произвольно проецировать на пациента собственные страхи или установки («Если я боюсь болезни, то и пациент должен бояться») [1].

Цель

Провести диагностику доминирующих типов реагирования на болезнь у студентов второго курса лечебного факультета, установить их взаимосвязь с индивидуально-психологическими особенностями студентов-медиков.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в марте 2025 года на базе УО «Гомельский государственный медицинский университет». В исследовании приняли участие 50 студентов 2 курса лечебного факультета в возрасте от 18 до 20 лет. Для диагностики типа реагирования на болезнь использовался методика «ТОБОЛ», в основу которой была заложена типология отношений к болезни, предложенная А. Е. Личко и Н. Я. Ивановым. Методика

ТОБОЛ была выбрана как ключевой инструмент, поскольку она напрямую фокусируется на классификации типов отношения к болезни. В отличие от других рассмотренных методик (ЕРІ Айзенка, СОМО Духновского, опросник Томаса и т.д.), ТОБОЛ специфичен для анализа реакций на заболевание, учитывает эмоциональное состояние и поведенческие аспекты восприятия болезни, практичен для студентов-медиков (в процессе прохождения позволяет отработать навык распознавания типов реагирования, что актуально для профессиональной подготовки) [2].

В методике «ТОБОЛ» выделяют 12 «чистых» типов и дополнительно рассматриваются смешанные типы, состоящие из двух или трех основных, и диффузный тип, включающий в себя более трех основных типов [3]. Диагностируются следующие основные типы реагирования:

1) Гармоничный (Г) – реалистичная оценка состояния, активное содействие лечению. При неблагоприятном прогнозе – переключение на доступные сферы жизни и заботу о близких.

2) Эргопатический (Р) – стремление сохранить профессиональный статус, игнорируя болезнь. Избирательное отношение к лечению ради продолжения трудовой деятельности.

3) Анозогнозический (З) – отрицание болезни или ее последствий, пренебрежение лечением. Легкомысленное отношение к симптомам, надежда на самоизлечение.

4) Тревожный (Т) – постоянное беспокойство о течении болезни, поиск новых методов лечения. Склонность к депрессии, навязчивым мыслям и ритуалам как защите.

5) Ипохондрический (И) – преувеличение симптомов, фиксация на субъективных ощущениях. Недоверие к лечению, требования дополнительных обследований.

6) Неврастенический (Н) – раздражительность, нетерпение в лечении. Вспышки гнева с последующим раскаянием, неспособность терпеть дискомфорт.

7) Меланхолический (М) – глубокая печаль, неверие в выздоровление, суицидальные мысли, пессимизм.

8) Апатический (А) – полное безразличие к исходу болезни, подчинение лечению без интереса к жизни.

9) Сенситивный (С) – страх осуждения из-за болезни, эмоциональная зависимость от межличностных контактов.

10) Эгоцентрический (Э) – манипуляция с целью привлечения внимания. Требование исключительной заботы, пренебрежение нуждами других.

11) Паранойяльный (П) – подозрительность к лечению, обвинения врачей в халатности, попытка отыскать злой умысел в причине заболевания.

12) Дисфорический (Д) – агрессивное поведение, озлобленность на окружающих. Зависть к здоровым, обвинения их в своих проблемах.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе проведенного эмпирического исследования в группе респондентов было диагностировано три доминирующих типа реагирования на заболевание (рисунок 1): эргопатический (16%), анозогнозический (10%) и сенситивный (14%). Расчет был проведен с учетом средних значений по каждой из 12 шкал. У 26% участников был выявлен «чистый» эргопатический тип, а у 20% – «чистый» анозогнозический тип. Эти паттерны не только отражают личностные особенности респондентов, но и тесно связаны с уникальным контекстом их профессионального становления.

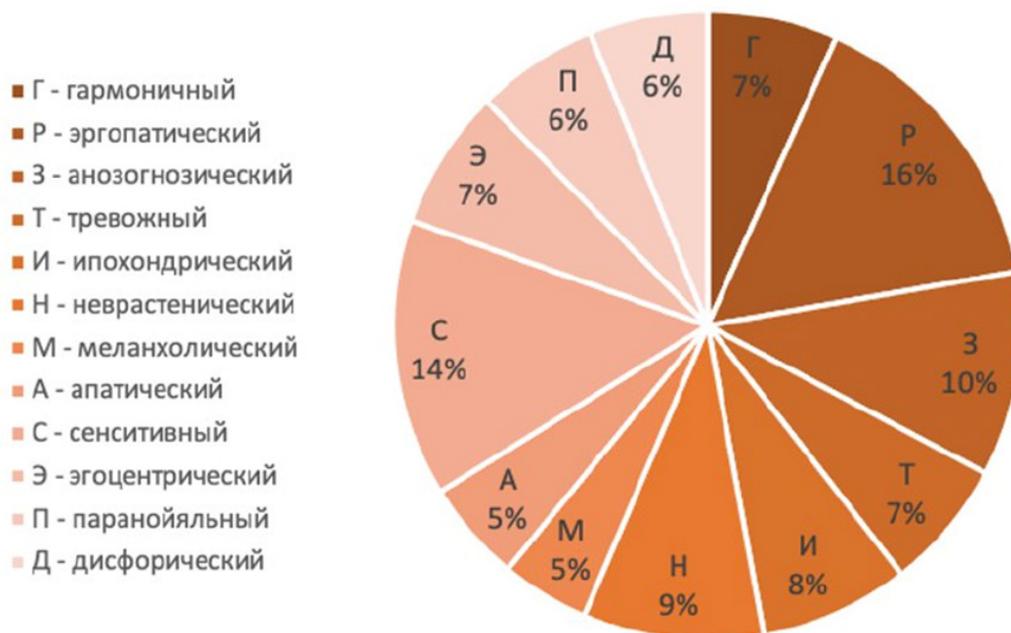


Рисунок 1 – Анализ типов реагирования на заболевание у студентов-медиков

Преобладание эргопатического типа является примером гиперконтроля как ответа на вызовы профессии. Он характеризуется стремлением «заглушить» болезнь активной деятельностью. Студенты с этим типом демонстрируют установку: «Даже с температурой 38 я обязан учиться – позже это спасет чью-то жизнь». Их реакция – не просто попытка «заглушить» симптомы, а потребность сохранить контроль в условиях высокой ответственности перед будущей профессией. Можем предположить, что причинами преобладания именно этого типа является профессиональная идеализация, страх отстать от программы и использование гиперконтроля как копинг-стратегии. Медицинское образование культивирует установку на самопожертвование. Студенты, воспитанные на примерах врачей-героев, воспринимают болезнь как слабость, которую нужно преодолеть ради будущих пациентов. В свою очередь интенсивный учебный график формирует убеждение, что «болеть – непозволительно». Более того, для многих гиперконтроль становится способом снизить тревогу: фокусировка на учебе отвлекает от страха перед собственным здоровьем.

Сенситивный тип стал вторым по популярности среди студентов. Для него характерны тревожность, фиксация на симптомах и поиск поддержки. Источниками формирования могли стать перфекционизм, ранний клинический опыт. Студенты-медики склонны к завышенным требованиям к себе. Страх «не соответствовать идеалу врача» провоцирует ипохондрические мысли, а контакт с тяжелыми пациентами на практике усиливает рефлексию: «Я вижу, как люди страдают, и начинаю искать те же симптомы у себя».

Анозогнозический тип стал третьим по популярности. Он проявляется в отрицании или минимизации заболевания. Студенты с этим типом склонны к заявлениям: «Это просто усталость, а не болезнь». Студенты не столько игнорируют симптомы, сколько берегут внутреннюю стабильность в условиях эмоциональных перегрузок. К подобным установкам могла привести стигматизация слабости в медицинской среде, дефицит времени. Признать болезнь – значит столкнуться с уязвимостью, что противоречит образу «врача-опоры». Удивительно, что, изучая патологии, студенты осознают риски, но эмоционально отвергают их применимость к себе.

У части студентов выявлено сочетание эргопатического и анозогнозического, а также эргопатического и сенситивного типов. Это объясняется цикличностью стресса. В период сессии доминирует эргопатия, а в моменты ухудшения здоровья «включается» анозогнозия или сенситивность в зависимости от индивидуальных качеств личности.

Выводы

Доминирующие типы реагирования на болезнь у студентов-медиков – это не просто психологические шаблоны, а отражение внутреннего диалога между профессиональными идеалами и личной уязвимостью. Эргопатия, анозогнозия и сенситивность становятся этапами пути к осознанному принятию своей роли: от борьбы за «непогрешимость» к пониманию, что сила врача – не в отрицании слабости, а в умении интегрировать ее в опыт помощи другим. Выявлен парадокс: стремление к совершенству, изначально мотивированное заботой о пациентах, может привести к внутреннему истощению. Однако именно эта установка формирует ресурс стойкости, востребованный в критических ситуациях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Личность пациента и культура медицинских услуг / А. Т. Трендафилова, Е. Г. Иванов, Т. К. Димитров [и др.] // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2017. – № 1. – С. 140–146.
2. Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е. Е. Миронова – Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова [и др.] // М-во здравоохранения Рос. Федерации, С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2005. – 33 с.

УДК 61(091)(476)“1920”

А. А. Каплиев¹

Научный руководитель: к.м.н., доцент М. П. Каплиева²

*¹Институт истории Национальной академии наук Беларуси,
г. Минск, Республика Беларусь*

*²Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

МАТЕРИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАНОВЛЕНИЯ СОВЕТСКОЙ СИСТЕМЫ В БССР В 1920-х гг.

Введение

Проблемы трансформации материального положения медицинских работников в контексте общественно-политического, экономического и культурного развития социума является малоисследованной в рамках отечественной историографии темой, которая нуждается в глубоком научно-теоретическом осмыслении.

Цель

Изучить трансформацию материального положения белорусских врачей в сложных условиях постреволюционных преобразований 1920-х гг. в рамках становления советской системы.

Материал и методы исследования

Оригинальные архивные документы и материалы статистики обработаны с использованием общенаучных и специальных исторических методов исследования: историко-генетического, историко-сравнительного, историко-системного.