

(15,8 %, $p=0,014$), по сравнению со студентками женского пола, для которых в меньшей степени характерны стратегии «соперничество» (13,8 %) и «уклонение» (19,1 %).

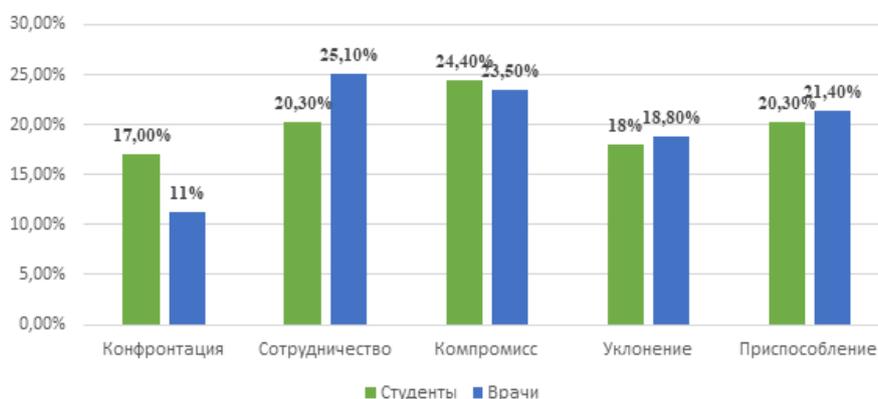


Рисунок 1 – Распределение тактик поведения в конфликте в выборках студентов-медиков и врачей

Выводы

Таким образом, на основании проведенного эмпирического исследования для данной выборки можно сделать следующие выводы:

1. Доминирующей стратегией поведения в конфликте у студентов-медиков 1–3 курсов лечебного факультета является стратегия «компромисс», а наименее выраженной стратегией – «конфронтация».

2. У студентов мужского пола степень выраженности стратегии «соперничество» статистически значимо больше, а «уклонение» значимо меньше, чем у респондентов женского пола.

3. Для врачей ведущими и оптимальными стратегиями решения конфликтов являются «сотрудничество» и «компромисс», наименее желательной – «конфронтация».

Конфликт является неотъемлемой составляющей работы как врача, так и медицинской организации в целом. Умение разбираться в природе конфликтов, дифференцировать их составляющие и проводить работу по их урегулированию – важная составляющая в профессиональном профиле каждого врача.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Емельянов, С. М. Практикум по конфликтологии / С. М. Емельянов. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 368 с.
2. Руженков, В. А. Медицинская конфликтология: учеб. пособие / В. А. Руженков, Я. А. Чернева // Белгородский государственный университет. – Белгород, 2011. – 143 с.

УДК 94(100)»1941/.45»: [61:355.48]

А. П. Рабова, А. С. Грибовская

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. Н. Бортновский

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ КРАСНОЙ АРМИИ В ПОБЕДЕ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ 1941–1945 гг.

Введение

Медицинская служба Красной Армии, вступив в Великую Отечественную войну с определенным опытом боевой работы в только что состоявшейся Советско-финляндской войне (1939–1940 гг.) в стадии незавершенной организационной перестройки, была вы-

нуждена совершенствовать свое устройство, принципы и формы работы, обеспечивать себя медицинскими кадрами уже в ходе «большой войны». Серьезную помощь Красная Армия получила от союзников по «Лендлизу». Общее число санитарных потерь в Красной Армии за время войны достигало 18 млн 320 тыс. человек, безвозвратных потерь – 11 млн 273 тыс. человек. Совместными усилиями военных и гражданских медицинских работников, выполнявших свой профессиональный долг в составе действующей армии и в тылу страны, 71,7 % раненых и 86,7 % больных, или 10,5 и 6,6 млн человек соответственно, составлявших в совокупности свыше 17 млн человек, были возвращены в строй.

Цель

Проанализировать вклад медицинской службы Красной Армии в годы Великой Отечественной войны.

Материал и методы исследования

Изучение литературы, исторический анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Великая Отечественная война (ВОВ) 1941–1945 гг. явилась для народов нашей страны одним из самых тяжелых испытаний, через которое они прошли с честью, одержав убедительную Победу над фашистской Германией и ее союзниками. Вступив в войну с определенным опытом боевой работы в только что состоявшейся Советско-финляндской войне (1939–1940 гг.) в стадии незавершенной организационной перестройки, медслужба была вынуждена совершенствовать свое устройство, принципы и формы работы, обеспечивать себя медицинскими кадрами уже в ходе «большой войны».

Чтобы как-то стимулировать опасную работу рядовых медицинской службы на поле боя, в августе 1941 г. И.В. Сталин подписал и по телеграфу направил на все действующие фронты приказ № 281, приравнявший их труд к ратному солдатскому подвигу. По всем фронтам и армиям прокатилась волна строжайших приказов об ответственности командиров за организацию выноса тяжелораненых с поля боя. Тотальная утрата штатных санитаров стала восполняться боевыми санитарями из самих солдат. Заработала система лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий Сухопутных войск.

Начальник Главного военно-санитарного управления (ГВСУ) Красной Армии Е.И. Смирнов принимает решение отказаться в структуре медсанбатов дивизий от госпитальных рот, взводов сбора и хирургической обработки легкораненых, сократить в них до минимума количество хирургов и санитарного транспорта, ликвидировать автохирургические отряды, вдвое уменьшить численность автосанитарных рот, отдельных рот медицинского усиления.

Е. И. Смирнов трижды созывает пленумы ученого медицинского совета (V, VI и VII), где подводит итоги деятельности руководимой им медицинской службы, выслушивает доклады коллег и вместе с ними намечает пути дальнейшего совершенствования всех сторон медицинского обеспечения боевых действий войск в условиях развернувшихся стратегических наступательных операций. Во главу угла была поставлена задача по срочному созданию в каждой армии полноценных госпитальных баз, обладающих достаточной емкостью и способностью обеспечить оказание раненым основных видов специализированной медицинской помощи.

Важнейшей составной частью единой системы медицинского обеспечения боевых действий Красной Армии, тесно связанной с рассмотренным выше лечебно-эвакуационным процессом, являлось их санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение: санитарный контроль за состоянием здоровья, гигиены питания, водоснабжения и размещения войск. И все же полностью избежать случаев инфекционных заболеваний в Красной Армии не удалось. В годы ВОВ переболели сыпным тифом около 136 тыс. человек, брюшным тифом – до 24 тыс., дизентерией – свыше 250 тыс. человек. По данным

Е. И. Смирнова, число инфекционных больных за то же время составило всего лишь 9 % к общему количеству больных воинов [1, с. 11].

Опыт ВОВ подтвердил справедливость вывода о том, что накопленное в мирное время значительное количество медицинского имущества в первые же часы вражеского вторжения было утрачено. Сложившееся крайне отчаянное положение с материальным обеспечением мобилизационного развертывания медицинских формирований было спасено лишь благодаря напряженной работе многочисленных предприятий, созданной накануне войны мощной отечественной медицинской промышленности.

Значительное развитие получает служба крови, представленная армейскими и фронтовыми станциями переливания крови, а также станциями переливания крови Народного комиссариата здравоохранения СССР, обеспечившая в достаточном размере и хорошего качества поставки медицинским подразделениям, частям и учреждениям консервированной крови и ее препаратов.

Интенсивно по программам военного времени велась первичная подготовка всех категорий медицинского состава, в том числе и в условиях блокадного Ленинграда. Только одна Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова за время войны выпустила 1815 военных врачей [2, л. 120–122].

Уровень и качество организуемой в годы ВОВ работы по всестороннему обеспечению боевой деятельности Красной Армии во многом определялись целенаправленным и углубленным изучением этиологии, патогенеза, клиники и разработкой наиболее целесообразных методов диагностики, лечения и профилактики патологических состояний военного времени. Эта важная работа проводилась совместными усилиями медиков-практиков и ученых как в лечебных учреждениях действующей армии, так и тыла страны.

На фронтах, в военных округах, армиях, эвакуационных пунктах приобретаемый врачебный опыт широко обсуждался на регулярно собираемых научных и научно-практических конференциях. Результаты их работы становились вскоре достоянием всех врачей благодаря развернувшейся широкой издательской деятельности, проводимой руководством медицинской службы.

Важнейшим условием управления медицинской службой было наличие в ее составе таких органов управления, штатно-организационная структура которых соответствовала бы объему и содержанию решаемых ими задач по руководству медицинскими силами и средствами в сложных условиях войны. Другим не менее существенным условием успешного управления медицинской службой было наличие в ней подготовленных руководящих кадров.

Летальность в лечебных учреждениях армий, фронтов и тыла страны, в среднем, у раненых равнялась 5,3 % и у больных 3,7 % к определившимся исходам. При этом ее динамика по тем же годам войны имела отчетливую тенденцию к снижению. Приведенные выше итоговые показатели, равно как и недопущение развития в Красной Армии эпидемий инфекционных заболеваний, свойственных прошлым войнам, – выдающееся достижение отечественного военного и гражданского здравоохранения во время ВОВ [3, с. 136].

За особые подвиги, совершенные большей частью на поле боя, 49 медиков были удостоены звания Героя Советского Союза. Более 116 тыс. военных медиков и 30 тыс. работников здравоохранения были награждены орденами и медалями СССР и среди них 285 – орденом Ленина, более 3500 – орденом Красного Знамени, свыше 15 тыс. – орденами Отечественной войны I и II степени, около 10 тыс. – орденами Славы, более 86,5 тыс. – орденом Красной Звезды.

Выводы

Со времени победоносного окончания ВОВ прошло более 70 лет, однако накопленный за годы минувшей войны огромный и всесторонний опыт медицинского обеспечения войск не потерял своего значения. Он, равно как и вытекающие из этого опыта итоги и уроки на будущее, имеют не только большой исторический интерес, не только явля-

ются убедительным средством военно-патриотического воспитания новых поколений медицинских работников, но во многом сохраняют свое научно-практическое значение для полноценного решения задач, стоящих перед отечественной военной медициной и на современном этапе ее развития.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Критерии оформления литературы проверяем по ГОСТу Смирнов Е.И. Некоторые уроки опыта медицинского обеспечения боевых действий войск (к 25-летию победы в Великой Отечественной войне) // Воен.-мед. журн. – 1970. – № 5. – С. 7–14.

2. Центральных архив Минобороны РФ, фонд 67, опись 12 020, дело 5.

3. Гриф секретности снят. Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и вооруженных конфликтах: статистическое исследование / под ред. Г.Ф. Кривошеева. – М.: Воениздат, 1993. – 416 с.

УДК 378.6-057.875:159.923

П. С. Садченко, А. А. Карасёва

Научный руководитель: к. пс. н., доцент Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

УРОВЕНЬ СФОРМИРОВАННОСТИ SOFT SKILLS У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Введение

Навыки – полностью автоматизированные, инстинктоподобные компоненты умений, реализуемые на уровне бессознательного контроля [1]. Все исследователи, так или иначе, распределяют навыки на две группы: hard skills («твердые» навыки) и soft skills («мягкие» навыки) [2]. Hard skills определяются как специализированные и технические навыки, различные для представителей разных профессий [3]. «Гибкие» навыки – это комплекс неспециализированных, однако важных для карьеры надпрофессиональных навыков, которые отвечают за успешное участие в рабочем процессе, высокую производительность и являются сквозными, то есть не связанными с конкретной предметной областью [4]. Степень развитости soft skills у индивида определяет степень его самореализации не только на рабочем месте, но и в повседневной жизни, что делает исследования в этой области особенно актуальными.

Цель

Изучение уровня сформированности «мягких навыков» у студентов мужского пола медицинского вуза.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в течение ноября – декабря 2022 года на базе УО «Гомельский государственный медицинский университет». В исследовании приняли участие 95 студентов мужского пола 3 курса лечебного факультета. Для достижения поставленной цели был использован диагностический тест в формате мини-кейсов для оценки уровня развитости soft skills, включающий в себя следующие шкалы: креативность, коммуникабельность, гибкость, ориентация на результат, ответственность, стрессоустойчивость.

Анализ полученных данных осуществлялся с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0, в ходе чего был произведен расчет среднеарифметических значений, стандартных отклонений и ранговых корреляций Спирмена.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты диагностики soft skills в группе респондентов представлены в таблице 1.