понимание процессов идентификации, механизмов власти и практик повседневности. Преодоление «немого отсутствия» тела стало одним из значительных достижений социальной мысли XX века, последствия которого определяют исследовательскую повестку и в XXI столетии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Старостина, Д. А. Социология тела как самостоятельное исследовательское направление: предпосылки становления и предметное поле / Д. А. Старостина // Вестник РУДН. Серия: Социология. – 2023. – Т. 23, № 3. – С. 485–502.

2. Старостина, Д. А. Становление социологии тела во Франции: М. Мосс, А. Леруа-Гуран, К. Леви-Стросс, М. Фуко / Д. А. Старостина // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2020. – Т. 26, № 4. – С. 35–47.

3. Мосс, М. Техники тела / М. Мосс // Общества. Обмен. Личность. Труды по социальной антропологии. – М. : Восточная литература, 1996. – С. 242–263.

4. Быховская, И. М. «Человек телесный» в социокультурном контексте: аксиология и социальные практики / И. М. Быховская // Вестник РГГУ. Серия: Литературоведение. Языкознание. Культурология. – 2019. – № 8. – С. 65–82.

5. Мерло-Понти, М. Феноменология восприятия / М. Мерло-Понти; пер. с фр. под ред. И. С. Вдовиной, С. Л. Фокина. – СПб. : Наука, 1999. – 312 с.

6. Демченко, Л. М. Феноменология восприятия и понятие телесности как альтернативный способ раскрытия специфики субъективности в философии М. Мерло-Понти / Л. М. Демченко, Н. В. Гончаров // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2015. – № 3. – С. 61–68.

УДК 378.147.227:378.6-057.875

Е. А. Моисеенко

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

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

СПЕЦИФИКА ПРЕДСТАВЛЕННОСТИ МЯГКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ

Введение

Качество медицинской помощи определяется не только правильностью поставленного диагноза и назначенного лечения, но и от способности врача установить контакт с пациентами. Пациент ждет от врача, наравне с профессионализмом, эмпатию, умение слушать и вести доверительный диалог. В связи с этим особую актуальность приобретает изучение так называемых «мягких навыков» *(soft skills)* – комплекса надпрофессиональных компетенций, отвечающих за эффективную коммуникацию, эмоциональный интеллект и стрессоустойчивость [1].

Для студентов развитие мягких навыков становится критически важным фактором будущей профессиональной успешности. Помимо освоения профессиональных навыков, современные выпускники должны обладать развитой коммуникативностью, навыками критического мышления, умением работать в команде, способностью к решению сложных задач, развитым эмоциональным интеллектом [1].

Цель

Оценить уровень и специфику представленности мягких навыков у студентов различных клинических профилей.

Материал и методы исследования

Для оценки мягких навыков применялся тест «Самооценка развития ключевых компетенций». В опросе приняли участие 60 студентов 6 курса, из них: 15 субординаторов-анесте-

зиологов-реаниматологов, 15 субординаторов-хирургов, 10 субординаторов-акушеров-гинекологов, 20 субординаторов-терапевтов и субординаторов-общей врачебной практики. Участникам предоставлялся бланк, состоящий из 55 утверждений о повседневных действиях и моделях поведения. Задачей было оценить личное отношение к каждому утверждению, отметив один из пяти возможных ответов («полностью не соответствует», «скорее не соответствует», «затрудняюсь ответить», «скорее соответствует», «полностью соответствует»).

Для обработки результатов вариантам ответов были присвоены баллы от 1 до 5. Для вариантов в прямых шкалах «полностью не соответствует» – 1 балл, «скорее не соответствует» – 2 балла, «затрудняюсь ответить» – 3 балла, «скорее соответствует» – 4 балла, «полностью соответствует» – 5 баллов, в обратных шкалах баллы были распределены в обратном порядке.

Интерпретация результатов проводилась при вычислении значений 11 компетенций: комплексное многоуровневое решение проблем, критическое мышление, креативность, управление людьми, сотрудничество с другими, эмоциональный интеллект, суждение и принятие решений, клиентоориентированность, умение вести переговоры, когнитивная гибкость, эффективный поиск работы [2].

Общий балл каждой компетенции подсчитывался путем сложения баллов по всем вопросам шкалы.

1. Начальный уровень (уровень некомпетентности). Данный уровень диагностируется при сумме баллов по компетенции менее 15. Респондент, находящийся на этом уровне, не демонстрирует владение компетенцией. Характерные для компетенции поведенческие проявления и модели демонстрирует редко или не демонстрирует совсем, кроме того, демонстрирует негативные поведенческие модели. Не понимает важности компетенции, не пытается ее применять и развивать [2].

2. Уровень развития (ниже ожидаемого). Данный уровень констатируется при сумме баллов в диапазоне от 15 до 22. Компетенция находится в стадии формирования и проявляется фрагментарно. Респондент владеет отдельными элементами модели поведения, однако демонстрирует их преимущественно в знакомых, стандартных или простых профессиональных ситуациях. В условиях неопределенности, повышенной сложности или в нестандартных контекстах применение компетенции становится нестабильным или полностью исчезает [2].

3. Уровень опыта (ожидаемый, целевой уровень). Данный уровень фиксируется при сумме баллов по компетенции равной 22 и выше. Респондент успешно и осознанно применяет компетенцию для решения типичных (стандартных) рабочих задач. Поведенческие проявления компетенции устойчивы и осознанны: индивид не только демонстрирует их сам, но и способен рефлексировать по поводу собственного поведения, отслеживать проявления компетенции у коллег. Однако в новых, нестандартных или кризисных ситуациях полнота и устойчивость проявления компетенции могут снижаться, сохраняясь на уровне отдельных фрагментов [2].

4. Уровень мастерства (за рамками теста). Данный уровень качественно дополняет уровень опыта и свидетельствует об исключительно высокой степени развития компетенции. Респондент не только уверенно владеет компетенцией в любых условиях (как стандартных, так и сложных), но и транслирует эффективные модели поведения, выступая носителем экспертного знания и образцом для других, способствуя развитию компетенции в своем окружении [2].

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Exel 2016, Statistica 10.0. Результаты исследования представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (Q1; Q3). При сравнении независимых групп использовался U-критерий Манна – Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты по представленности мягких навыков у студентов различных клинических профилей представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты анализа по отдельным компетенциям (Me (Q1; Q3))

Уровень компетенции	Акушеры-гинекологи	Анестезиологи-реаниматологи	Хирурги	Терапевты, ОВП
Комплексное многоуровневое решение проблем	18 (16; 19)	19 (17; 20)	18 (16; 19)	17 (16; 18)
Критическое мышление	19 (18; 20)	19 (18; 20)	18 (17; 19)	17 (16; 18)
Креативность	16 (15; 17)	15 (14; 17)	17 (15; 18)	15 (13; 16)
Управление людьми	20 (18; 20)	19 (18; 19)	17 (15; 18)	17 (16; 18)
Сотрудничество с другими	20 (19; 22)	20 (19; 20)	17 (16; 18)	16 (15; 18)
Эмоциональный интеллект	18 (17; 20)	18 (17; 21)	18 (17; 20)	17 (16; 19)
Суждение и принятие решений	18 (17; 18)	20 (17; 21)	17 (16; 18)	18 (17; 18)
Клиентоориентированность	17 (16; 18)	17 (16; 18)	18 (16; 19)	17 (17; 18)
Умение вести переговоры	19 (17; 19)	18 (16; 19)	16 (15; 18)	16 (15; 17)
Когнитивная гибкость	18 (16; 19)	18 (17; 19)	16 (14; 19)	17 (17; 18)
Эффективный поиск работы	17 (15; 20)	19 (18; 21)	17 (17; 18)	17 (16; 18)

При подсчете и обработке полученных данных были обнаружены следующие статистически значимые различия: уровень компетенции «управление людьми» и «критическое мышление» менее статистически выражены у субординаторов-терапевтов в сравнении с субординаторами-гинекологами (p= 0,009, p=0,015) и реаниматологами (p=0,03, p=0,037). Это связано со спецификой терапевтической специальности: терапевты часто работают одни, не имея команды в подчинении. Они также часто не видят быстрого результата своей работы, в отличие от врачей хирургических специальностей, и часто сталкиваются с большим потоком информации от пациентов, которую легче принять, нежели критически анализировать.

Субординаторы всех специальностей демонстрируют невысокий уровень развития soft-skills (15–22 баллов), только у единичных студентов некоторые компетенции достигают уровня «Опыта».

Причиной данных результатов является следующее: медицинское образование базируется в большей степени на жестких профессиональных знаниях и умениях; навыкам общения с пациентом и средним медицинским персоналом уделяется меньше учебного времени; в медицине любое решение должно быть согласовано со старшими коллегами, самостоятельность в случае принятия непростых решений поощряется слабо; самые низкие баллы в таблице по компетенции «Креативность», которая подразумевает нестандартный подход к решению задачи, в медицине же любое отклонение от протокола рассматривается как угроза безопасности пациента.

Выводы

Полученные результаты диагностики мягких навыков у студентов различных клинических профилей показали, что по всем диагностируемым компетенциям уровень их раз-

вития находится в диапазоне от 15 до 22 баллов, что свидетельствует о том, что изучаемые компетенции находятся в стадии формирования и проявляются фрагментарно. Респонденты владеют отдельными элементами моделей поведения, однако демонстрируют их преимущественно в знакомых, стандартных или простых профессиональных ситуациях. В условиях неопределенности, повышенной сложности или в нестандартных контекстах применение компетенции становится нестабильным или полностью исчезает. В связи с этим, важным становиться уделять внимание развитию мягких навыков у студентов всех клинических профилей на этапе получения медицинского образования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Емельянова, Э. Методологические вызовы в измерении точности самооценки мягких навыков / Э. Емельянова // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2025. – № 3. – С. 13–17.

2. Самооценка развития ключевых компетенций [Электронный ресурс]. – URL: http://loft.imc-nev.ru/file/тест_v2.pdf (дата образения: 08.03.2026)

УДК 614.217(091)(476.6)»1941»

А. И. Мушинская

Научный руководитель: к. ист. н., старший преподаватель И. С. Чернякевич

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
Гродно, Республика Беларусь

СУДЬБА ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНИЦЫ В НОВИНКАХ ВО ВРЕМЯ НАЦИСТСКОЙ ОККУПАЦИИ

Введение

Одной из мрачных и жутких глав истории стала политика «расовой гигиены», проводимая нацистами в годы Второй мировой войны. Основная идея была в массовом уничтожение групп населения, подходящих под критерий «расовой неполноценности». Изучение данного исторического опыта позволяет проследить механизмы образования евгенических теорий и выработать методы противодействия дискриминации и стигматизации людей по различным признакам, включая психические расстройства.

Цель

Проследить судьбу пациентов психиатрической лечебницы в Новинках в рамках политики, осуществляемой нацистской Германией в отношении людей с психическими расстройствами на территории оккупированной Беларуси.

Материал и методы исследования

Анализ литературы и документальных свидетельств по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Ликвидация пациентов в психиатрических лечебницах и за их пределами в нацистской Германии происходила в рамках политики «расовой гигиены» в ходе реализации программы «Т-4», основной идеей которой являлось системное уничтожение людей с физическими или психическими недостатками, которые рассматривались нацистами как бремя для общества. Применение подобных практик можно назвать расцветом реализации идей негативной евгеники, которые появились в Европе задолго до начала Второй мировой войны [1].

Впоследствии нацисты распространили практики уничтожения и на психиатрические учреждения оккупированных территорий, в том числе и в Беларуси. В настоящее время из-