

2 Кузьмина, С. В. Инновационные формы проведения научных мероприятий для привлечения студентов к научной деятельности / С. В. Кузьмина, Е. Г. Сайкина, А. М. Фокин // Проблемы современного педагогического образования. – 2023. – № 81-4 – С. 289–292.

3 Чикина, Е. А. Мотивация студентов к научно-исследовательской деятельности / Е. А. Чикина // E-Scio. – 2017. – № 10. – С. 15–21. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsiya-studentov-k-nauchno-issledovatel'skoy-deyatelnosti-1> (дата обращения: 27.04.2025).

4 Гурова, Н. А. Мотивация студентов к учебной и научной деятельности / Н. А. Гурова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии – Новосибирск, – 2014. – № 47. – С. 102–105.

5 Горшкова, О. В. Внутренняя мотивация и участие в научной деятельности студентов / О. В. Горшкова // Амурский медицинский журнал – Благовещенск, – 2018. – № 2. – С. 75–76.

6 Шадчин, И. В. К проблеме стимулирования мотивации студентов к научно-исследовательской деятельности в современных условиях / И. В. Шадчин // Инновационное развитие профессионального образования – Челябинск, – 2013. – № 2. – С. 128–132.

7 Дерзян, В. Е. Личность научного руководителя как психологический фактор мотивации к научной деятельности студентов и аспирантов / В. Е. Дерзян // Вестник науки – Тольятти, – 2023. – № 4. – С. 150–153.

УДК 159.937:616-036-057.875

А. С. Слесарева

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В данной статье представлены результаты исследования типологических особенностей отношения к болезни у пациентов дерматологического и онкологического профиля. Согласно полученным результатам, у пациентов дерматологического профиля чаще проявляются адаптивные типы отношения к болезни, им статистически значимо характерен «анозогнозический» тип отношения к болезни, в то время как у пациентов онкологического профиля доминируют неадаптивные типы отношения к болезни, и чаще проявляются «тревожный», «ипохондрический», «меланхолический» и «сенситивный» типы отношения к болезни.

Отношение человека к болезни – это сложный психологический процесс, который включает восприятие диагноза, эмоциональную реакцию, адаптацию и поиск ресурсов для преодоления трудностей. Восприятие болезни зависит от множества факторов: личностных особенностей, социальной поддержки, уровня информированности и культурных представлений о здоровье [1, с. 292].

Болезнь – это не только медицинское состояние, но и сложный психологический и социальный феномен, который влияет на восприятие человеком себя, окружающего мира и будущего. Отношение к болезни формируется под воздействием множества факторов: личностных особенностей, уровня информированности, социальной поддержки, культурных представлений и даже исторического контекста. Люди реагируют на болезнь по-разному. Одни воспринимают её как вызов, требующий мобилизации внутренних ресурсов, другие – как трагедию, лишаящую их привычного образа жизни. Типы отношения к болезни не только отражают внутреннее состояние пациента, но и влияют на

эффективность лечения, взаимодействие с медицинским персоналом и социализацию в период болезни. Исследование этих типов помогает глубже понять процесс адаптации и разработать более индивидуализированные стратегии помощи и поддержки [2, с. 477].

В данной статье представлены результаты исследования типологических особенностей отношения к болезни у пациентов дерматологического и онкологического профилей заболеваний. Данное исследование было проведено на базе УЗ «Жлобинская центральная районная больница», УО «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины», учреждения «Гомельский областной клинический онкологический диспансер» и поликлинических учреждений г. Гомеля.

Выборка исследования была сформирована из 70 человек в возрасте от 18 до 74 лет, имеющих в анамнезе заболевания дерматологического и онкологического профилей.

В качестве диагностического инструментария был использован личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) «Типы отношения к болезни».

В таблице 1 представлены результаты распределения респондентов дерматологического и онкологического профилей в соответствии с типом отношения к болезни и результаты статистической обработки полученных данных с помощью ϕ^* -углового преобразования Фишера, где принимается значимость на уровне 0,01 при $\phi^*_{кр} = 2,31$, на уровне 0,05 – при $\phi^*_{кр} = 1,64$. Так как не было выявлено респондентов с апатическим типом отношения к болезни в онкологическом профиле, то есть их процентные доли равны 0, поэтому по нему не проводился расчет, потому что результаты расчетов могут быть неоправданно завышенными.

Таблица 1 – Результаты исследования по опроснику «ЛОБИ»

Типы отношения к болезни	Дерматологический профиль (n = 35)	Онкологический профиль (n = 35)	$\phi^*_{эмп}$
Гармоничный (Г)	8,57 %	2,86 %	1.065
Тревожный (Т)	37,14 %	74,28 %	3.21
Ипохондрический (И)	17,14 %	51,43 %	3.119
Меланхолический (М)	14,28 %	57,14 %	3.928
Апатический (А)	5,71 %	0 %	–
Неврастенический (Н)	25,71 %	25,71 %	0.0
Обсессивно-фобический (О)	28,57 %	28,57 %	0.0
Сенситивный (С)	20 %	60 %	3.534
Эгоцентрический (Я)	2,86 %	5,71 %	0.599
Эйфорический (Ф)	31,43 %	17,14 %	1.408
Анозогнозический (З)	40 %	17,14 %	2.157
Эргопатический (Р)	8,57 %	11,43 %	0.399
Паранойяльный (П)	48,57 %	51,42 %	0.239

На основании данных, представленных в таблице 1, было установлено, что в группе пациентов дерматологического профиля заболеваний доминирующими типами отношения к болезни являются паранойяльный (48,57 %), анозогнозический (40 %), тревожный (37,14 %), эйфорический (31,43 %).

У пациентов онкологического профиля заболеваний преобладают «тревожный» (74,28 %), «сенситивный» (60 %), «меланхолический» (57,14 %), «ипохондрический» (51,43 %), «паранойяльный» (51,42 %).

В результате применения ϕ^* -углового преобразования Фишера были установлены статистически значимые различия, и можно утверждать, что у пациентов, имеющих заболевания дерматологического профиля по сравнению с онкологическим, статистически

значимо чаще проявляется *анозогнозический тип* отношения к болезни ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 2.157$ при $p \leq 0,01$), который характеризуется отрицанием или преуменьшением значимости заболевания. Они могут не признавать наличие болезни, игнорировать симптомы и отказываться от лечения, человек может считать себя здоровым, даже если у него диагностировано серьёзное заболевание, не желает обращаться к врачам или следовать рекомендациям.

У пациентов, имеющих в анамнезе заболевания *онкологического* профиля по сравнению с *дерматологическим*, статистически значимо чаще проявляются:

- *тревожный тип* ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 3.21$ при $p \leq 0,01$). Пациенты с этим типом отношения характеризуется повышенной тревожностью и склонностью к катастрофизации. Человек с тревожным отношением к болезни постоянно переживает о возможных осложнениях, даже если объективных причин для беспокойства нет. Он может чрезмерно анализировать симптомы, искать подтверждение своим страхам в интернете и часто обращаться к врачам, постоянно ожидает худшего сценария, имеет высокую чувствительность к малейшим изменениям в состоянии здоровья;

- *ипохондрический тип* ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 3.119$ при $p \leq 0,01$). Ипохондрия проявляется в навязчивом поиске симптомов и убежденности в наличии серьезного заболевания. Даже при отсутствии объективных медицинских данных человек может быть уверен, что у него тяжелая болезнь или тяжёлая степень его протекания;

- *меланхолический тип* ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 3.928$ при $p \leq 0,01$). Пациенты с этим типом характеризуются подавленным настроением и ощущением безысходности. Человек воспринимает болезнь как трагедию, которая лишает его радости жизни. Он может испытывать апатию, потерю интереса к окружающему миру и снижение мотивации к лечению, чувство беспомощности и безнадежности, снижение активности, отказываться от социальной жизни, склонность к депрессивным переживаниям;

- *сенситивный тип* ($\varphi^*_{кр} = 2,31 < \varphi^*_{эмп} = 3.534$ при $p \leq 0,01$) проявляется в повышенной эмоциональной восприимчивости, человек остро реагирует на диагноз, переживает из-за возможных изменений в жизни и боится осуждения со стороны окружающих, у него повышается чувствительность к мнению врачей и близких, возникает страх социальной изоляции из-за болезни.

Таким образом, в *дерматологическом* профиле большинство заболеваний не представляют угрозы для жизни, но может значительно влиять на качество жизни пациента. В связи с этим у пациентов дерматологического профиля чаще встречаются адаптивные и частично адаптивные типы отношения к болезни.

Адаптивное отношение проявляется в осознании диагноза, принятии необходимости лечения и активном сотрудничестве с врачами. Пациенты с таким типом реагирования стремятся минимизировать влияние болезни на свою жизнь, соблюдают рекомендации и ищут способы улучшения состояния. Частично адаптивный тип может включать: эмоциональные колебания, периодическое снижение мотивации к лечению или поиск альтернативных методов терапии. Однако в целом такие пациенты сохраняют способность к социальной и профессиональной активности.

Онкологический профиль в отличие от *дерматологического* часто ассоциируются с высоким уровнем угрозы для жизни, сложным лечением и значительными изменениями в образе жизни пациента. В связи с этим у пациентов онкологического профиля доминируют неадаптивные типы отношения к болезни. Неадаптивное отношение характеризуется эмоциональной дезорганизацией, отказом от лечения, отрицанием диагноза или чрезмерной тревожностью. Пациенты могут испытывать страх перед будущим, избегать обсуждения болезни или проявлять депрессивные реакции.

В результате проведённого исследования было выявлено, что у пациентов *дерматологического* профиля статистически значимо чаще встречается «*анозогнозический тип*». Это связано с тем, что большинство дерматологических заболеваний не представляют угрозы для жизни, а их течение хотя и может быть хроническим, не требует

срочных и радикальных мер лечения. В результате пациенты могут преуменьшать значимость болезни, игнорировать симптомы или не считать необходимым строго следовать медицинским рекомендациям.

В отличие от этого, у пациентов *онкологического* профиля чаще проявляются «тревожный», «ипохондрический», «меланхолический» и «сенситивный» типы отношения к болезни. Это объясняется высокой степенью угрозы для жизни, сложностью лечения и эмоциональным напряжением, сопровождающим онкологический диагноз.

Таким образом, различия в типах отношения к болезни обусловлены медицинскими особенностями заболевания, уровнем угрозы для жизни, личностными характеристиками пациента и социальной поддержкой. Понимание этих различий помогает врачам и психологам разрабатывать более эффективные стратегии сопровождения пациентов, учитывая их индивидуальные реакции и потребности.

Литература

1 Ельникова, О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема / О. Е. Ельникова // Комплексные исследования детства. – 2020. – Т. 2, № 4. – С. 292–304.

2 Спринц, А. М. Медицинская психология / А. М. Спринц, Н. Ф. Михайлова, Е. П. Шатова. – СПб. : СпецЛит, 2005. – 447 с.

УДК 159.922

С. Д. Сморщёк

СЕКСУАЛЬНАЯ САМОИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Данная статья посвящена исследованию сексуальной идентификации лиц юношеского возраста по методике Уильяма Снелла «Многофакторный опросник сексуальной самоидентификации» в адаптации К. Ткаченко. Рассмотрены различия в восприятии сексуальных отношений между парнями и девушками. Было выявлено, что девушки проявляют большую ответственность и оптимизм в отношении будущих интимных связей, а также более осознанно подходят к безопасному сексу. В свою очередь парни более подвержены влиянию авторитетов. В обеих группах наблюдается баланс урегулирования проблем в сексе. Самоэффективность в сексе среди девушек несколько выше, чем у парней, что может свидетельствовать о большей уверенности в удовлетворении своих потребностей.

Одним из ключевых аспектов самоидентификации является сексуальная идентичность, которая формируется под влиянием различных факторов. Если психологическое благополучие отражает общее состояние гармонии и удовлетворенности жизнью, то сексуальная идентификация становится важной составляющей этого процесса, определяя, как человек воспринимает себя в контексте своей сексуальности и взаимодействия с окружающими.

В обзорной статье Е. П. Белинской, посвященной вопросам идентичности, выделены три ключевые аналитические дихотомии, отражающие современные подходы к её изучению: «дифференциация-интеграция», «константность-изменчивость» и «Я – социальный контекст» [1]. Представляется, что эти измерения имеют значительную ценность и в исследовании сексуальной идентичности, поскольку они позволяют рассматривать её как динамический процесс, формирующийся под влиянием как индивидуальных, так и социальных факторов.

Таким образом, сексуальная идентичность представляет собой сложный и многоуровневый феномен, включающий биологические, психологические и социальные