

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Еремина Мая Владимировна

**ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА В
ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

5.4.6 – Социология культуры

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата социологических наук

Научный руководитель:
Доктор социологических наук, профессор
Доника Алена Дмитриевна

Волгоград, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ.....	16
1.1. Нравственно-ценностные смыслы профессиональной культуры врача в работах отечественных и зарубежных ученых.....	16
1.2. Социокультурное пространство экстремальной ситуации.....	24
1.3. Профессиональное поведение в экстремальных условиях: героизм и культура риска.....	31
ГЛАВА 2 ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ВЕКТОРЫ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ.....	44
2.1. Исследовательская оптика и дизайн исследования.....	44
2.2. Социокультурная рефлексия экстремального опыта профессиональной группы врачей.....	49
2.3. Трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности	65
2.4. Профессиональная инкультурация врача в социальном поле экстремальной ситуации.....	87
ГЛАВА 3 СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ВЕКТОРЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ ВРАЧА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ.....	98
3.1. Социокультурные барьеры готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях.....	98
3.2. Междисциплинарный подход к сопровождению формирования готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях.....	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	119
ВЫВОДЫ.....	122
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	127
ПРИЛОЖЕНИЕ	149
Приложение 1 Глоссарий.....	149
Приложение 2 Список сокращений.....	151
Приложение 3 Гайд фокус группы с врачами «красной зоны».....	152
Приложение 4 Анкета оценки готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях.....	153
Приложение 5 Результаты внедрения результатов исследования.....	154

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Деятельность в экстремальных условиях заложена в профессиональный императив врача: согласно организационно-штатной расстановке медицинских организаций, в случае возникновения чрезвычайных ситуаций, каждый медицинский специалист выполняет особые действия в зависимости от объявленного режима ЧС мирного или военного времени. В ряде регионов России, где имеет место высокая частота ЧС природного характера, медицинские специалисты обладают высокой готовностью к оказанию медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших. В большинстве центральных регионов страны, при отсутствии напряженности в рассматриваемом аспекте, подготовительные и организационные мероприятия в рамках ликвидации ЧС носят больше формальный характер. В связи с этим в профессиональной культуре врача не было сформировано субкультуры «героических профессий», медицинская рутина превращала врача в исполнителя клинических рекомендаций в «штатном режиме». Беспрецедентные условия пандемии COVID-19 обусловили новые социокультурные вызовы к профессиональной группе врачей и изменили отношение к ней социума.

В свою очередь необходимость оказания медицинской помощи при массовых поступлениях пострадавших некомбатантов на территории специальной военной операции, вновь обострила актуальность темы готовности врачей к профессиональной деятельности в условиях ЧС, уже не мирного, а военного времени. В очередной раз, внутренним потенциалом для решения организационных вопросов медицинского обеспечения в условиях кадрового дефицита и неопределенности задач, явилась ценностно-ориентированная субкультура профессионального поведения врача в экстремальных ситуациях.

Для медицинского образования тема готовности к деятельности в экстремальных условиях тесно переплетается с профессиональными стратегиями развития психологической устойчивости врача к стрессогенным факторам

профессиональной деятельности, толерантного и сострадательного отношения к пациентам, этического сопровождения. В свою очередь, обязательной дисциплиной для всех вузов является «Безопасность жизнедеятельности», цель которой формирование ноксологической культуры, готовности к выполнению своих профессиональных обязанностей в условиях экстремальных ситуаций, сопряженных с риском жизни и здоровью. Несмотря на унифицированный подход к формированию культуры безопасного поведения, нравственно-ценностный конструкт профессионального поведения врача требует разработки специфических методических подходов к образовательным стратегиям для медицинского образования. В связи с этим исследование профессиональной культуры в контексте готовности профессиональной группы врачей к деятельности в экстремальных ситуациях является востребованным для формирования теоретических оснований и практических подходов к социокультурной координации рассматриваемого аспекта.

Степень разработанности проблемы исследования. Феномен профессиональной культуры представляет научный интерес с позиций культурологии, психологии, философии, социологии, антропологии, педагогики. История изучения проблемы демонстрирует аксиологический, системно-структурный, функциональный, семиотический, праксиологический подходы. В проблемном поле социологии профессиональную культуру рассматривали А. Флекснер, Т. Парсонс, Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, О. Конт, М. Вебер, К. Маркс [153; 168; 121; 36; 55; 16; 68]. В своих работах Э. Ч. Хьюз важное значение уделял образовательной среде, подчеркивая сложность медицинского образования и сопряженность с процессами социализации, в процессе которой и происходит «изготовление врача» [132].

Исследования профессиональной культуры врача акцентируют внимание на особый социальный статус врача (Решетников А. В., 2002; Седова Н. Н., 2004; Ковелина Т. А., 2006, Мансуров В. А., 2009; Пацеева А. Г., 2018) [111; 116; 54; 66; 93], специфичный характер медицинского образования (Ясько Б. А., 2004; Андриянова Е. А., 2006; Доника А. Д., 2010) [143; 8; 32], и экспектации общества

в контексте классических моделей врачевания Р. Вича (Рыбина О. В., 2005; Силуянова И. В., 2019) [115; 118].

В работах академика Решетникова А. В. с коллегами показаны изменения отношения пациентов к врачам, которые исследователи связывают с социокультурными трансформациями: снижением престижа врача, цифровизацией, информатизацией и кадровым дефицитом, что привело к трансформациям ролевых взаимоотношений в интеракции «врач-пациент», нарастающему социальному конфликту [109]. Несмотря на трансформации коммуникаций врача и пациента, в современных исследованиях отмечается единый взгляд на духовно-ценностную сущность профессиональной культуры врача, которые формируют аксиологический, когнитивный и профессионально-личностный компоненты [7].

Изучение опыта пандемии в междисциплинарном поле показало, что организация медицинской помощи изменила социальные экспектации к профессиональной группе врачей. Пандемией обусловлено возникновение ряда факторов, которые повлияли как на все население в целом, так и специфично на социально активные профессиональные группы (врачи, полицейские, социальные работники), инициируя экзистенциальные изменения, показанные в работах О. А. Ульяниной [125].

К. А. Галкин в исследовании, посвященном работе молодых врачей в сельской местности в период пандемии COVID-19 применяет термин «профессиональный фатализм», отражающий пассивную позицию врача в контексте уровня информированности в области нового вирусного заболевания, врач оказывается уязвимым, что связано с восприятием собственного профессионализма как недостаточного в сложившихся условиях [27, с. 49].

Е. Р. Ярская-Смирнова отмечает, что общее преодоление опасности укрепляет групповые границы, отделяя «посвященных» (понимающих специфику) от «непосвященных». Это способствует укреплению профессиональной солидарности, но может затруднять коммуникацию с внешним миром и приводить к социальной изоляции [142].

В работах Масловой Т. С. изучена культура риска, который выступая ключевым элементом профессиональной социализации и непосредственным предметом деятельности спасателя, отличается комплексностью, внезапностью и высоким уровнем неопределенности. Данные характеристики формируют специфику профессиональной культуры, предъявляющей ряд требований к личным качествам, а также к особому осознанному отношению к риску. Риск трактуется как диспозиция, предполагающая солидарную коллективную ответственность в сочетании с высокой личной ответственностью [69]. В исследованиях Вершининой Т. С. на эмпирическом материале было показано, что героическое поведение – это вид социальной активности, которому исторически придавалась высокое значение, и человек, ее реализующий становится «включенным в мифологически сконструированную политическую картину мира» [17].

В то же время современные исследования рассматривают в основном организационные и психологические аспекты оказания помощи пострадавшим [29; 110; 6; 87]. Проблемное поле социологии культуры раскрывает содержание профессиональной культуры врача через поликомпонентную структуру социальных ожиданий, ценностей и социальных норм, присущих профессиональной группе врачей. Профессиональная культура во многом определяет эффективность внутригрупповых и внешних социальных коммуникаций, характеризует идентичность врача и обеспечивает функционирование профессионального сообщества врачей.

В этом контексте представляется практически востребованным исследование феномена экстремальной ситуации методологическим инструментарием социологической «теории среднего уровня» (Р. Мертон), включающим изучение социологических и психологических параметров профессиональной деятельности врача в экстремальных условиях, которое позволяет оценить влияние экстремальных условий на формирование профессиональной культуры врача, обосновать интеграцию в образовательное

пространство элементы формирования его профессиональной субкультуры экстремальной деятельности.

Цель исследования – социологический анализ трансформаций профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности.

Цель исследования раскрывается в решении следующих **научных задач**:

1. Описать социально-культурное пространство экстремальной ситуации, определить его влияние на позицию профессиональной группы врачей на материале теоретических работ и современных исследований.
2. Эксплицировать трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности на модели социального опыта пандемии.
3. Выделить матрицу ценностного компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности, как особую субкультуру профессиональной группы.
4. Выявить барьеры профессиональной инкультурации врача в аспекте его готовности к профессиональной деятельности в экстремальных условиях.
5. Обосновать необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования врача элементы формирования его профессиональной субкультуры в экстремальных условиях и предложить методические подходы к их реализации в условиях образовательной среды.

Объект исследования: профессиональная культура врача.

Предмет исследования: трансформации профессиональной культуры в экстремальных условиях деятельности.

Гипотеза исследования. Профессионализм врача в экстремальных условиях деятельности взаимосвязан и обусловлен нравственной культурой современного врача в большей степени, чем в условиях повседневной деятельности. Духовно-нравственный аспект культуры врача – многокомпонентная структура и складывается из моральных и профессиональных ценностей, трансформирующихся под воздействием внешних факторов, личностных качеств, идеалов, паттернов и традиций. Идеальной моделью

экстремальной ситуации, опыт которой еще находится в фазе рефлексии исследователей и социума, является ЧС биологического характера – пандемия COVID-19. Организация медицинской помощи в период пандемии показала значение не только организационных мероприятий, включавших работу ковидариев, скорой медицинской помощи, но и изменила социальные экспектации к профессиональной группе врачей.

Трансляция культурных ценностей профессий происходит не только внутри профессиональной группы, но и в образовательной среде медицинского вуза, в которой в большинстве случаев и происходит интеграция будущего врача в ценностное поле профессии. Исследование формирования профессиональной культуры врача в образовательной среде позволит описать социокультурные барьеры готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях и предложить методические подходы к ее сопровождению.

Научная новизна исследования. Впервые экстремальные условия профессиональной деятельности рассмотрены как поликомпонентный фактор влияния на профессиональную культуру врачей, формирования ее субкультуры, характерной для экстремальных ситуаций. Эксплицированы трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности и предложена их типологизация по критериям ценностных и мотивационных компонентов. На модели пандемии выделены особенности профессиональной инкультурации врача в условиях экстремальной деятельности.

Предложена модель мотивационного компонента профессиональной культуры врача в экстремальной ситуации, включающая *необходимость выполнения профессиональных обязанностей; финансовое стимулирование*, как элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях, позволяющий компенсировать профессиональные риски; *профессиональный интерес*, как социокультурную детерминанту, обусловленную получением уникального опыта; *нравственный императив профессии*, отраженный в частности, в критическом отношении к медийной героизации профессии.

Получена матрица ценностного компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности, представленная ранжированными по значимости моральными ценностями. Описана инверсивная матрица социально-психологических предикторов – барьеров профессиональной готовности к экстремальным условиям. Научно обоснована необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования врача элементов формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности.

Научная новизна исследования раскрывается в **основных положениях, выносимых на защиту:**

1. Пандемия COVID-19 стала беспрецедентным вызовом для профессиональной группы врачей, меняя институциональные компоненты организации медицинской помощи и профессионального образования. Исследования социокультурного пространства экстремальной ситуации на модели пандемии COVID-19 демонстрируют социальные факторы, влияющие на профессиональную культуру врача, среди которых феномен «героизации врачей». Исследования социального опыта пандемии показали, что представления социума о героизме врачей связаны не только с риском, который, например, признается характерной особенностью ряда профессий (военнослужащих, спасателей), и для которых описана культура риска, а с проявлением социальной активности за рамками своих профессиональных предписаний. Экстремальные условия профессиональной деятельности можно рассматривать как поликомпонентный фактор влияния на профессиональную культуру врачей, формирования ее субкультуры.

2. Трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности могут быть типологизированы по критериям ценностных компонентов:

- Коллективизация профессионального идеала: трансфер вектора профессиональной культуры от автономности эксперта к коллективным

ценностям (умение работать в команде значимо оценили 82,5% врачей «красной зоны»).

- Психологизация профессиональных требований: смещение акцента с исключительно профессиональных компетенций на психоэмоциональные навыки профессионализма, позволяющие управлять собственными эмоциями, адекватно коммуницировать в условиях ограничений, совладать со стрессом (умение быстро принимать решения отметили 86,6%), сохраняя баланс с традиционными ценностями – эмпатией, милосердием.

- Контекстуализация профессиональных норм, с формированием адаптивной профессиональной этики и интериоризацией этических принципов в экстремальном контексте (56,7% врачей считают наиболее соответствующей условиям пандемии патерналистскую модель; 78,5% врачей отметили высокую значимость летальности пациентов как стрессора).

- Инструментализация отдыха и телесности: отдых стал ресурсом для восстановления работоспособности, потребность во сне легитимизируется только через призму профессиональной эффективности (*«чтобы восстановиться и заступить на новое дежурство»*).

- Критическое отношение к публичным нарративам: высокая рефлексивность врачей к медийной героизации, способность к самоанализу и критике внешних интерпретаций, внимание не на героическом статусе, а на профессиональных и личностных качествах (стрессоустойчивость, ответственность, готовность к риску).

- Адаптивная профессионализация молодых специалистов, демонстрирующая особенности профессиональной инкультурации врача в экстремальных условиях деятельности (потребность раньше начать трудовую деятельность, принимать решения самостоятельно и нести ответственность за свои действия; формирование особых личностных качеств, таких как стрессоустойчивость, способность быстро реагировать; глубокая рефлексия на социально-культурные организационные реалии; интериоризация институциональных изменений в здравоохранении).

3. Мотивационный компонент профессиональной субкультуры врача в условиях экстремальной ситуации включает: *необходимость выполнения профессиональных обязанностей* (отмечена в категориях «профессиональная солидарность» и «чувство долга»); *финансовое стимулирование* – повышенная оплата труда врачей «красных зон» (отметили 40,2% респондентов), которую участники фокус группы охарактеризовали, как элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях, позволяющий компенсировать профессиональные риски; *профессиональный интерес*, как социокультурная детерминанта, обусловлен получением уникального опыта, который высоко оценили 98,8%; *нравственный императив профессии* (отрицание врачами-информантами «героизма»: «...это такая же работа...»).

4. Социокультурные барьеры профессиональной инкультурации врача в аспекте его готовности к профессиональной деятельности в экстремальных условиях включают завышение студентами значения ряда качеств (способность к риску, целеустремленность, хладнокровие) на фоне заниженной оценки качеств, значимо отмеченных врачами (умение работать в команде, наблюдательность). Полученная инверсивная матрица социально-психологических предикторов – барьеров профессиональной готовности к экстремальным условиям характеризуется рядом параметров, среди которых «неуверенность», «нерешительность», «тревожность», «осторожность» (отметили более 52,7%).

5. Необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования врача элементов формирования профессиональной субкультуры в экстремальных условиях деятельности обусловлена экспликацией социокультурных маркеров: не сформированные навыки коммуникации и чувство сплоченности коллектива; личностные проблемы заниженной оценки собственных возможностей («нерешительность» отметили 51,8%) и экспектации низкого уровня результатов; высокий уровень мотива избегания (у 49,5%); невысокие показатели нервно-психической устойчивости.

Необходимо включение в систему сопровождения обучение навыкам психологической самодиагностики готовности к работе в экстремальных условиях, а также изучение организационных, социальных, психологических и этических аспектов беспрецедентного опыта медицинского обеспечения населения в период пандемии COVID-19 на основе междисциплинарного подхода.

Теоретико-методологическая база работы представлена исследованиями профессиональной культуры в проблемном поле социологии А. Флекснера, Т. Парсонса, Г. Спенсера, Э. Дюркгейма, О. Конта, М. Вебера, К. Маркса [153; 168; 121; 36; 55; 16; 68], фундаментальной социологии в области профессионального ролевого поведения (Э. Ч. Хьюз, М. Вебер, Т. Парсонс, М. Фуко, Р. Мертон) [132; 16; 168; 154; 73]. Рассмотрены теоретические и прикладные аспекты общей и профессиональной культуры, которым посвящены научные труды Н. А. Бердяева, И. М. Моделя, А. И. Кравченко, Г. М. Евелькина, А. Г. Пацеевой, А. М. Мясоедова, Н. А. Агеевой, Д. А. Ерохина [12; 76; 57; 37; 93; 80; 4; 45].

Изучены работы, отечественных исследователей в научном поле социологии профессии (В. А. Ядов, П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова, В. А. Мансуров, О. В. Юрченко, М. С. Каган, А. Я. Флиер) [140; 113; 142; 67; 51; 131]. Используются выводы современных исследований относительно влияния на интеракции врача и пациента социокультурных трансформаций здравоохранения (А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, С. В. Павлов, Н. Ю. Вяткина) [107; 104; 91; 25], особенности социализации российского студенчества (Л. С. Деточенко, В. И. Филоненко) [30; 130].

Эмпирическая база исследования. Работа выполнена в категориальном поле социологии культуры с использованием качественных и количественных социологических методов, а также психодиагностических методик. В отношении респондентов соблюдались нормы конфиденциальности и автономии.

Исследование социокультурных паттернов поведения врачей в условиях экстремальных ситуаций проводилось методом фокус-группового интервью с врачами, принимавшими участие в работе «красных зон» ковидариев (N=11,

средний возраст $43,4 \pm 7,2$, средний стаж работы $12,5 \pm 5,23$ лет).

Выявление нравственно-ценностного инварианта профессиональной культуры врача в экстремальных ситуациях проводилось методом социологического опроса врачей, принимавших участие в работе «красных зон» ковидариев ($N=284$, средний возраст $32,4 \pm 3,21$ лет, средний стаж работы $10,71 \pm 2,34$ лет).

Исследование формирования профессиональной культуры как элемента готовности к деятельности в экстремальных ситуациях проводилось методом социологического онлайн опроса. Модельную группу составили студенты старших курсов лечебного профиля, $N=260$; контрольную группу – студенты нелечебного профиля, $N=140$.

Исследование социально-психологических предикторов готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, влияющих на формирование профессиональной культуры врача проводилось с использованием батареи психодиагностических методик, апробированных в практике психологического отбора для силовых структур (Оценка волевой регуляции поведения по методике Р. С. Немова; Оценка уровня нервно-психической устойчивости по методике «Прогноз»; Оценка уровня личностной готовности к риску по методике Шуберта; оценка социально-психологической установки личности проводилась по бинарной шкале альтруизм-эгоизм и процесс-результат методики диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере О. Ф. Потемкиной) [106, с. 544, 632, 641].

Использованы открытые данные официальных сайтов Министерства РФ по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ), Федерального центра медицины катастроф; Главного управления МЧС России по Волгоградской области [75; 18; 126; 28].

Теоретическая и практическая значимость исследования. Интеграция теоретических обоснований субкультуры профессионального поведения врачей в экстремальных условиях обеспечивает конвергентное развитие научного знания в

междисциплинарном поле социологических наук в аспектах исследования профессиональных групп и социализации. Научное обоснование элементов формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности врача позволяет рекомендовать включение в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования обучение навыкам самодиагностики, изучение организационных, социальных, психологических и этических аспектов беспрецедентного опыта медицинского обеспечения населения в период пандемии COVID-19. По материалам исследования были подготовлены и внедрены в образовательную практику ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» Минздрава России методические рекомендации для студентов.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 5.4.6. Социология культуры по следующим пунктам Паспорта специальности: 1. Культура и ее функции в системе социальных взаимодействий. Типы культуры; 3. Социокультурный процесс, его структура и особенности в разных сферах жизнедеятельности; 5. Культурная норма и девиация в изменении общества. Социальное конструирование культурных норм; 13. Социокультурные основания социализации и идентификации; 19. Образование и процесс культурного воспроизводства; 26. Культура и этос профессиональной деятельности.

Достоверность и обоснованность результатов исследования определяется теоретическим обоснованием проблемы с использованием фундаментальных работ в междисциплинарном поле гуманитарных наук; использованием количественных и качественных социологических методов с экстраполяцией результатов на данные современных исследований; применением математической обработки данных в соответствии с ГОСТ Р 54521-2011 с помощью пакета прикладных программ Excel for Windows.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования были представлены в 9 публикациях в рецензируемых научных изданиях Перечня ВАК, 4 из которых рекомендованы по научной специальности «Социология культуры».

Материалы диссертационного исследования были представлены и получили положительную оценку на научно-практических конференциях международного уровня: «Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении» (Гродно, 2022), «Роль социальных практик в формировании мировоззрения» (Курск, 2025); всероссийского уровня: «Актуальные проблемы управления здоровьем населения» (Нижний Новгород, 2025), «Сталинградская осень – 2025» (Волгоград, 2025); межрегионального уровня: «Здоровое долголетие – 2022» (Волгоград, 2022), «Безопасность - 2022» (Волгоград, 2022), «Здоровьесбережение: лучшие практики и перспективы» (Волгоград, 2023), «Здоровое долголетие – 2023» (Волгоград, 2023), «Здоровое долголетие – 2024» (Волгоград, 2024), а также вузовской научно-практической конференции «Аспирантские чтения» (Волгоград, 2024).

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы (186 источников) и приложений. Работа иллюстрирована 12 таблицами и 34 рисунками. Объем работы – 155 страниц.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ПАТТЕРНОВ ПОВЕДЕНИЯ ВРАЧА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

1.1. Нравственно-ценностные смыслы профессиональной культуры врача в работах отечественных и зарубежных ученых

Согласно современным представлениям, профессиональная культура врача – это целостная мультифакторная, динамичная система ценностей, норм, правил, символов, профессиональных знаний, навыков, оказывающая непосредственное влияние на результат медицинской деятельности, на уровень доверия общества к медицине в целом. В зоне ответственности врача – самое ценное – жизнь и здоровье человека, следовательно, и требования к профессии на столько же высоки.

Феномен профессиональной культуры на разных этапах развития общества представлял научный интерес с точки зрения культурологии, психологии, философии, антропологии, педагогики, социологии. Данное социальное явление изучалось аксиологическим, системно-структурным, функциональным, семиотическим, праксиологическим подходами. В проблемном поле социологии профессиональную культуру рассматривали А. Флекснер, Т. Парсонс, Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, О. Конт, М. Вебер, К. Маркс [153; 168; 121; 36; 55; 16; 68].

Впервые феномен «профессия» как социологическое явление был упомянут в работе А. Флекснера, посвященной реформированию американской медицины, в которой прозвучали идеи о существовании особого профессионального духа, который определяет специфику профессиональной врачебной деятельности [153].

Зарубежные и отечественные исследования профессиональной области опираются на теорию взаимодействия профессии и личности [178]. Особое значение профессиональной деятельности в социальном контексте отображено в работах Т. Парсонса. Согласно теории профессионального комплекса Т.

Парсонса, эффективность профессиональной деятельности прямо пропорциональна корреляции набора личностных качеств требованиям к выбранной профессии. Т. Парсонсу принадлежит суждение о том, что альтруистическая мотивация в наибольшей степени отражается в профессии врача. Проявление альтруизма определяется, как бескорыстное служение интересам других людей, не обращая внимания на свои собственные интересы. Определяя альтруистическое содержание как признак идеальной профессии, Т. Парсонс рассматривал профессию врача как идеальную профессию, называя врачей примером «нерыночной» социальной группы [168].

В работах М. Вебера изложены смыслообразующие функции профессиональной деятельности, отождествляющие труд и ключевой смысл в существовании человека [16].

Раскрывая значение социальных функций медицины М. Фуко, обращал внимание на корпоративные принципы медицинской практики, которые наряду со спецификой получения медицинского образования, формируют экспертные социальные группы [154]. При этом М. Фуко обращал внимание, что именно к ним («врачи, медсестры, фармацевты») должны предъявляться самые строгие требования нравственного содержания.

Нравственно-ценностные смыслы профессиональной культуры врача раскрываются в серии работ Э. Ч. Хьюза – «Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем» (1956), «Парнишки в белых халатах» (1961), «Изготовление оценок» (1968). Переход из обывательской медицинской культуры в профессиональную Э. Ч. Хьюз объясняет как процесс освоения социальной роли врача, сопряженный с целым рядом этических дилемм и личностных выборов. Важное значение в формировании профессиональной культуры врача Э. Ч. Хьюз уделяет образовательной среде, подчеркивая сложность медицинского образования и сопряженность с процессами социализации, в процессе которого и происходит «изготовление врача» [132].

Теоретическим и прикладным аспектам общей и профессиональной культуры посвящены научные труды И. М. Моделя, Н. А. Бердяева, А. И.

Кравченко, Г. М. Евелькина, А. Г. Пацеевой, А. М. Мясоедова, Н. А. Агеевой [76; 12; 57; 37; 93; 80; 4].

Двухкомпонентная структура профессиональной культуры эксплицирована в работах И. М. Моделя. Праксиологический компонент культуры И. М. Моделя включает профессиональные навыки, умения, знания, профессиональное сознание, мировоззрение. В свою очередь, важным является и «духовный» компонент, профессиональная мораль и профессиональная эстетика создает ценностное ядро культуры профессионала. Не отрицая определяющую специфичность профессиональной культуры «материальной стороны» (навыки и умения) И. М. Модель не снижал значение «духовной» стороны, формирующей профессионала как личность [76].

В понимании В. А. Мансурова профессиональная культура представляет собой сложный социальный конструкт, отражающий многоаспектное взаимодействие внешних и внутренних факторов, формирующих содержательные аспекты особенностей профессиональной деятельности в различных профессиональных средах [65].

А. И. Кравченко определяет профессиональную культуру следующим образом: «Профессиональная культура включает совокупность специальных теоретических знаний и практических умений, связанных с конкретным видом труда». Бивалентная модель профессиональной культуры А. И. Кравченко складывается из двух составляющих: а) формальная (подтверждается документально и подразумевающая систему необходимых профессиональных знаний); б) реальная (как опыт, приобретаемый в ходе профессиональной деятельности опыт [57].

В основе изучения феномена профессиональной культуры лежит социокультурный подход П. А. Сорокина, базирующийся на концепции неразрывности изучения трех аспектов человеческого бытия – индивидуального, социального и культурного. Согласно П. А. Сорокину: «Ни один из членов этой неразделимой триады (личность, общество и культура) не может существовать без двух других» [120, с. 159].

В целом понимание феномена «профессиональная культура». представляет собой симбиоз профессиональных качеств и общей культуры личности. Не потеряла своей научной актуальности дефиниция Н. А. Бердяева, который считал, что «профессиональная культура – это совокупность норм, правил и моделей поведения людей – относительно замкнутая область, связанная со спецификой деятельности людей в современных условиях разделения труда. В ней, как в любой другой отрасли культуры, действуют два начала – консервативное, обращенное к прошлому и поддерживающее с ним преемственную связь, и творческое, обращенное к будущему и создающее новые ценности» [12].

В научных работах, посвященных исследованию профессиональной культуры, подчеркивается базисное значение общей культуры, как индивидуально-типологической характеристики личности и/ или социальной группы. Например, Г. М. Евелькин связывает общий уровень культуры человека с профессиональной эффективностью, дополняя двухкомпонентную структуру И. М. Моделя социальным, политическим и экономическим компонентами [37]. Д. А. Ерохин трактует профессиональную культуру как «отражение и специфической модификации общей культуры человека во взаимосвязи с профессиональной деятельностью [45].

Н. А. Агеева рассматривает профессиональную культуру как «духовно-деятельностное состояние работающего человека», подчеркивая имманентный характер ее формирования [4].

С точки зрения А. Г. Пацеевой, в основе задающего эффективность реализации профессиональных задач врача вектора, лежит его профессиональная культура. Феномен профессиональной культуры основывается, с одной стороны, на представлении о культуре в целом, с другой – определено спецификой профессии как социального института. По сути, это концепция постулирована в работах Т. Парсонса, считающего социальный институт профессионального образования определяющим элементом образования профессиональной группы [95].

Проблемное поле социологии культуры раскрывает содержание профессиональной культуры врача через поликомпонентную структуру социальных ожиданий, ценностей и социальных норм, присущих профессиональной группе врачей. Профессиональная культура во многом определяет эффективность внутригрупповых и внешних социальных коммуникаций, характеризует идентичность врача и обеспечивает функционирование профессионального сообщества врачей [2; 156].

Интегральным понятием является представления о профессионализме, которые транслируются в фундаментальных работах как комплекс образов, ценностей и норм эталонной деятельности профессиональной группы, признанной профессиональным сообществом врачей [128]. Рассматриваемая трансляция культурных ценностей профессий происходит не только внутри профессионального сообщества врачей, но и на этапе додипломного образования, в образовательной среде медицинского вуза, в которой в большинстве случаев и происходит интеграция будущего врача в ценностное поле профессии, его профессиональная инкультурация, образно обозначенная Э. Ч. Хюзом «изготовление врачей» [132].

Базовыми элементами профессиональной культуры врача являются не только его квалификационные компетенции, обуславливающие экспертность профессиональной группы, ее «иммунитет» от внешнего контроля, но и профессиональную идентификацию, во многом определяющую личный выбор врачом модели взаимодействия с пациентом и плотность профессионального, междисциплинарного и институционального взаимодействия [64; 9].

Такие исследователи, как В. Г. Пищулин, Г. В. Суходольский утверждают, что выбор компонентов профессиональной модели основывается на системе предъявляемых специалисту требований: знаний, умений, навыков, способностей, комплекса качеств, которыми должен обладать представитель профессии [98; 123].

Еще М. Вебер, проанализировав социально-исторические аспекты развития профессий, выделил «идеальный тип личности» специалиста. В настоящее время

исследователи предполагают в модели профессионала два компонента: профессиональные знания и личностные качества. При этом, личностные качества определяются спецификой профессии, личностными ориентациями, фокусирующимися на осуществлении конкретной социальной функции [71].

Э. Ф. Зеер на основании профессионально значимых свойств выделяет 4 основных подструктуры личности профессионала: профессиональная ориентация; профессиональная компетентность; профессионально важные качества; профессионально значимые психофизиологические свойства [46, с. 48-50].

Профессиональная культура – динамичная система, способная развиваться и трансформироваться под влиянием изменений организационных и практических условий трудовой деятельности [56, с. 473].

Функции и смысл деятельности врача с исторических времен были заложены в клятве Гиппократов, на основании которой сообщество на протяжении долгого времени формировало определенные моральные нормы, критерии, детерминирующие профессиональное поведение врача. В современном обществе, профессиональная деятельность врача начинается с клятвы, содержащей основополагающие директивы относительно норм, правил и моделей поведения врача [86]. Лексемы текста Клятвы врача, дифференцированные по размеру в зависимости от частотности их употребления характеризуют ее альтруистическую направленность (рисунок 1).

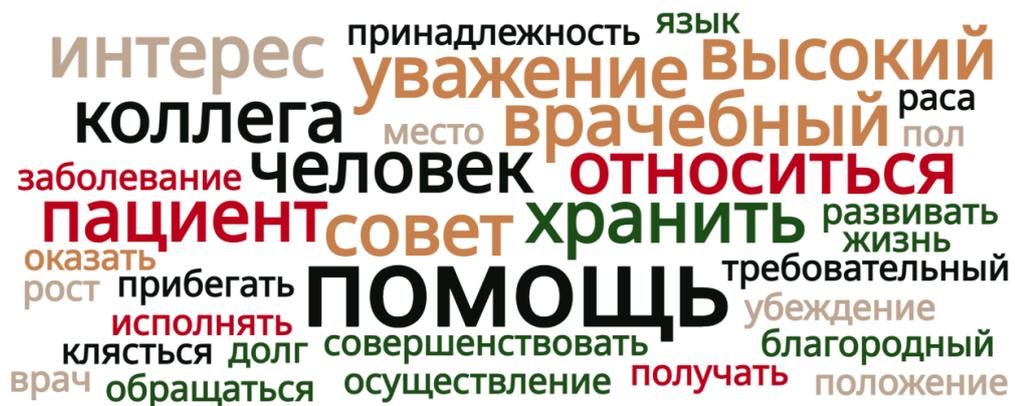


Рисунок 1 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста)

Клятвы врача России

Обращает внимание, что наиболее выраженной частотностью текста Клятвы врача обладает слово «помощь», на втором месте по акцентированию располагаются «пациент», «человек», «уважение», «коллега», «врачебный», «высокий». Частотность лексем текста Клятвы врача отражает нравственное ядро профессиональной культуры врача, включающее гуманистический контент (человекоцентричность), солидарность (корпоративную этику). Важные элементы транслируют слова «долг», «жизнь», «благородный», подчеркивая нравственные ценности профессии.

В литературе встречаются тенденции типологизации профессиональной культуры по критериям социальных представлений о профессионализме. Так, в исследовании А. Г. Пацеевой выделено три типа профессиональной культуры, по распространенности которых по данным автора, располагающиеся в следующем порядке:

- традиционный – отмечен у половины исследованных автором врачей с высокой мотивацией к совершенствованию профессионализма;
- адаптивный - отмечен у каждого третьего врача в исследуемой группе, для которого характерно заниженная оценка значимости квалификации и операциональных компетенций;
- новаторский – отмечен у пятой части группы врачей с высокими коммуникационными и эмпатийными свойствами [93, с. 18].

В типологизации И. А. Зимней выделено три уровня профессиональной культуры врача:

- базовый, характеризующейся логикой анализа и синтеза;
- личностный, определяющий уникальные комбинации ответственности и целеустремленности врача;
- социальный, ориентированный на социальные экспектации и социальный статус врача [47].

Представляет интерес экстраполяция типов профессиональной культуры на модели взаимоотношения врача и пациента по классификации Роберта Витча

(1972), которая демонстрирует общие тенденции. Так, например, технической (инженерной) модели взаимоотношения врача и пациента соответствует адаптивный тип профессиональной культуры. Коллегиальной модели – новаторский тип. Контрактной модели – традиционный тип [186].

В современных исследованиях в междисциплинарном поле социологических, гуманитарных, юридических и медицинских наук отмечается резкая критика патернализма, лишаящего пациента автономии выбора в условиях лечебно-диагностического процесса, и отмечается тенденция трансфера от патерналистских к партнерским взаимоотношениям между врачом и пациентом, чему способствует цифровизация медицинской отрасли и переход к персонализированной медицине [133; 14; 163].

Структура профессиональной культуры врача целостна и состоит из взаимодействующих компонентов – праксиологического (теоретическая и практическая профессиональные базы, нормы, правила медицинского, принятые в медицинской сфере деятельности) и аксиологического - духовно-нравственного (социально-психологическая компетентность, личностные качества, этика и мораль врачебной деятельности).

Рост технологических возможностей медицины вступает в конфликт с трансформацией ценностей социума, который, по мнению Ю. Л. Шевченко, обусловлен ростом значимости прав и свобод пациента, как потребителя медицинских услуг и появлением проблемы социальной незащищенности врачей в рамках стандартизации медицины и расширения законодательного регулирования в этой сфере [137; 33].

Отмечается тенденция к росту транспарентности профессиональной культуры врача, которую исследователи связывают с развитием доктрины доказательной медицины, опирающейся на конкретные научные факты и отрицающей роль авторитета и традиций [15].

В исследовании А. М. Мясоедова наблюдается обращение к дефиниции ценностей, формирующим культурное пространство, как социокультурным образцам двух уровней: высшего – терминальные ценности в контексте духовной

культуры человечества, и низшего – инструментальные ценности- средства достижения целей, которые определяют специфику медицинской деятельности с выраженной духовно-ценностной компонентой [80].

Несмотря на трансформации коммуникаций врача и пациента, роста осведомленности последнего и стандартизации здравоохранения, в современных исследованиях отмечается единый взгляд на духовно-ценностную сущность профессиональной культуры врача, апеллирующую к его специфичным личностным качествам, таким как эмпатия и сострадание, ответственность и толерантность, высокая рефлексия, которые формируют, аксиологический, когнитивный и профессионально-личностный компоненты [94; 7; 1].

1.2. Социокультурное пространство экстремальной ситуации

Экстремальные ситуации являются предметом исследования в проблемном поле социологических, психологических, технических наук, определяющих их современные классификации по критериям воздействия поражающих факторов и их медико-социальным последствиям (Глоссарий, Приложение 1).

Согласно информации официальных сайтов, чрезвычайные ситуации, с характерной локализацией или общими тенденциями, обуславливающие санитарные потери, перманентно происходят во всем мире. Для России это, например, природные пожары и снежные зимы [126]. Особый вид экстремальных ситуаций – чрезвычайная ситуация военного времени, в которой живет население Луганской и Донецкой Народных республик. Приоритетом ликвидации медико-социальных последствий в такой ЧС является – сохранение жизни и здоровья некомбатантов. Медицинское обеспечение специальной военной операции находится в проблемном поле военной медицины и не включено в фокус нашего исследования.

Для реализации цели нашей работы мы использовали в качестве модели экстремальной ситуации – ЧС биологического характера – пандемию COVID-19. Организация медицинской помощи в период пандемии показала значение не только организационных мероприятий, включавших деятельность ковидариев, «Скорой помощи», но и изменила социальные ожидания к профессиональной группе врачей [29; 176]. В последние десятилетия до пандемии, наблюдалась тенденция к снижению престижа врача, средства масс-медиа транслировали фреймы врачей-взяточников, врачей-непрофессионалов и т.п [112; 11].

Социальный интерес к этой проблеме объясняется включением в его фокус приоритетных человеческих ценностей – жизни и здоровья [170; 164; 49]. В период пандемии произошла переоценка социумом значимости и сложности профессиональной деятельности медицинских специалистов [138; 134; 145].

В то время как население было озабочено резким изменением повседневного уклада в период ограничений, врачи оказались на «линии огня», спасая многочисленные жизни и рискуя своей [50; 149; 173].

Врачи в пандемию рассматривались как профессии первой линии, и первыми принимали удар в этом ассоциативном ряду – врачи «Скорой», оценка работы которой согласно опросам 2020 г. большинством россиян, соответствует «хорошо» и «очень хорошо» (только 28% оценили «плохо») [23]. При этом положительное отношение респондентов обусловлено высокой оценкой квалификации врачей, которые «помогают» (рисунок 2).



Рисунок 2 – Структура положительной оценки работы «Скорой» в период пандемии

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Вы сказали, что государственная скорая помощь сегодня работает хорошо. Почему Вы так считаете?» По шкале абсцисс: число ответов респондентов в %)

Наибольшее число респондентов выбрали категории «быстро оказывают помощь» (51%), «оказывают квалифицированную помощь» и «квалифицированные специалисты, помогают» (25%).

Низкую квалификацию врачей отметили только 10% респондентов, с основными причинами низкой оценки «Скорой» организационного характера: «долго едет» (52%), «не приезжают на вызов» (11%), «недостаток оборудования, медикаментов / нет лекарств / старое оборудование» (10%), «дефицит врачей, машин» и др. (рисунок 3) [23].

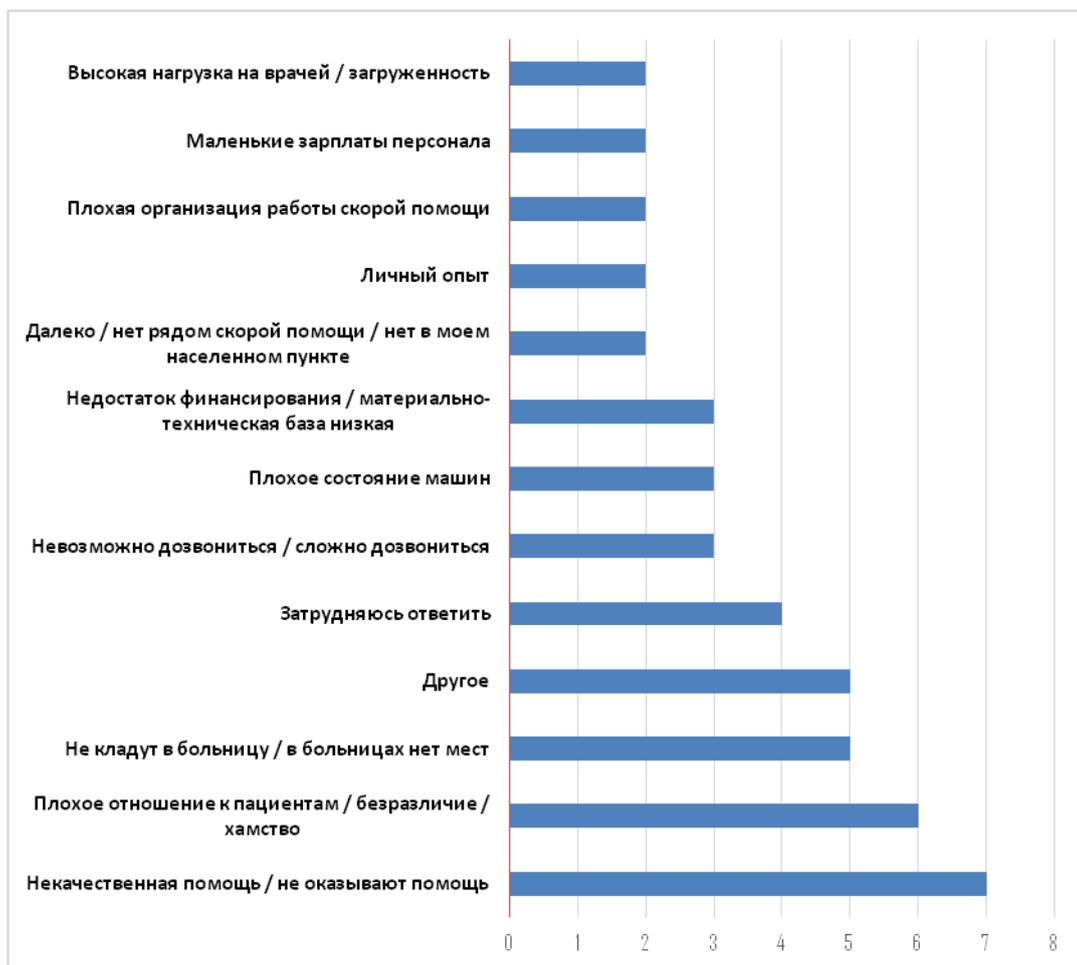


Рисунок 3 – Структура отрицательной оценки работы «Скорой» в период пандемии

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Вы сказали, что государственная скорая помощь сегодня работает плохо. Почему Вы так считаете?» По шкале абсцисс: число ответов респондентов в %)

Конечно, есть и предметные претензии к врачам «Скорой»: «плохое отношение к пациентам / безразличие / хамство» (6%), «некачественная помощь / не оказывают помощь» (7%). Несмотря на низкие проценты, в объеме выборки это 200-240 человек, отметивших отрицательный опыт коммуникаций и недопустимо низкий уровень сострадания и эмпатии.

Таким образом, не отрицая наличие личностных проблем коммуникаций, что для врачей является деформацией профессиональной культуры, можно отметить соответствие социальным ожиданиям профессионального поведения (культуры) врачей в период пандемии, которые при дефиците техники и

оснащения (как отметил каждый третий респондент) «быстро оказывают помощь», «помогают», как отметило большинство респондентов.

Во время пандемии произошли серьезные культурные изменения во всех социальных сферах: виртуальное общение, ранее характерное больше для молодых групп населения, стало востребовано в других аспектах – образования, маркетинга, досуга [158; 152]. Безусловно, резкая смена социальной реальности отразилась на социокультурных аспектах профессиональной деятельности врача [183; 184]. Пандемия стала беспрецедентным вызовом для профессиональной группы, меняя не только институциональные компоненты организации медицинской помощи и профессионального образования, но и обуславливая трансформации профессиональной культуры врача, включающей основные ценности профессии, специфические знания и навыки, образовательные практики и профессиональную этику, обеспечивающих преемственность между поколениями профессионалов [159; 155; 165].

Современное общество в периоды глобальных кризисов, таких как пандемия COVID-19, оказывается перед необходимостью пересмотра догматов социальных институтов и повседневных практик [175; 31]. Особую роль в этих процессах играют профессиональные группы, деятельность которых напрямую связана с преодолением последствий ЧС. Врачебное сообщество, оказавшееся на передовой борьбы с пандемией, стало не только исполнителем, но и социальным актором, чьи ценности, мотивации и стратегии поведения формировались под влиянием уникального сочетания экстремальных условий, нормативных требований и культурных ожиданий [107; 174].

Пандемия COVID-19, в отличие от локальных катастроф и краткосрочных кризисов, приобрела характер пролонгированного социального стресс-теста, который выявил ресурсные и организационные дефициты системы здравоохранения, глубинные противоречия в профессиональной идентичности медицинских специалистов [171; 148]. Работа в «красной зоне» ковидных отделений трансформировала привычные модели медицинского труда, поставив

врачей перед необходимостью решения клинических задач в условиях высокой неопределенности, риска и эмоциональной нагрузки [52; 10; 83; 26].

Согласно анализу специальной литературы, особенности профессиональной деятельности обуславливают развитие специфических ценностей, которые являются направляющими не только в профессиональной области, но и за ее границами [35; 135; 127]. Духовно-ценностная составляющая личности врача базируется на общечеловеческих ценностях, среди которых, согласно их значимости, выделяют витально-биологические, высшие моральные, правовые ценности и досуговые [39; 105].

Пандемией обусловлено возникновение ряда факторов, которые способны оказывать влияние на поведение людей:

- неопределенность ситуации с потенциальными высокими рисками жизни и здоровью;
- психологический прессинг дискоммуникаций в условиях затянувшегося локдауна, нарушающего привычный образ повседневной жизни и профессиональной деятельности;
- высокий риск заражения при неопределенности скрытого периода возможности бессимптомной трансмиссии, создающие отчужденность;
- распространение в виртуальной среде и средствами масс медиа негативных угрожающих фреймов о дефиците ресурсов, высокой летальности и отсутствии эффективного лечения (вакцинации) [119; 59; 92; 124].

Эти факторы повлияли как на все население в целом, так и специфично на социально активные профессиональные группы (врачи, полицейские, социальные работники), инициируя экзистенциальные изменения, показанные в работах О. А. Ульяниной [125].

Экстремальные условия деятельности врача приводят к необходимости принятия нестандартных решений, проявлению профессиональной и личностной инициативы, готовности взять на себя ответственность [42; 162].

В своем исследовании О. А. Овсяник показал, что на фоне пролонгированной тревоги, связанной с пандемией COVID-19, врачи применяли

замещающие практики (алкоголь, табакокурение), не обращаясь за квалифицированной психологической помощью, потому что не верили в ее эффективность [7, с. 78].

К. А. Галкин в исследовании, посвященном работе молодых врачей в сельской местности в период пандемии COVID-19 применяет термин «профессиональный фатализм», отражающий пассивную позицию врача в контексте уровня информированности в области нового вирусного заболевания, обеспечивающего эффективное лечение и спасение жизней пациентов [27, с. 49]. Таким образом, врач оказывается уязвимым, что связано с восприятием собственного профессионализма как недостаточного в сложившихся условиях [24].

Ярким элементом социокультурных изменений явился рост добровольческого движения, в которое с первых дней пандемии влились студенты-медики [34; 169]. По мнению А. С. Омельченко, условия пандемии сформировали естественный социальный эксперимент («краш-тест»), который более рельефно и внятно проявил сущность и содержание культуры будущих врачей [88, с. 171].

Профессиональная инкультурация студентов-волонтеров и клинических ординаторов происходила по ускоренному сценарию, которые проявляли социальную активность в профессиональном поле, зачастую еще не обладая необходимыми компетенциями, под влиянием различных социокультурных факторов, в том числе онлайн коммуникаций со старшими коллегами [89; 30; 38].

Дефицит медицинских кадров на фоне чрезвычайных событий пандемии COVID-19 потребовал привлечения к ликвидационным мероприятиям, в частности, к работе в «красных зонах» ковидариев непрофильных специалистов, и даже непрофильных клинических ординаторов [129; 180; 147]. Таким образом, переориентация культурной идентичности личности сопровождалась особыми внешними условиями – экстремальные условия труда, активная цифровизация общества и медицинской деятельности, внедрение актуальных медицинских технологий.

В процессе инкультурации личность подвергается трансформации самоопределения к новым идеалам, ценностям, нормам, знаниям, задающим ориентир профессиональной деятельности медицинского специалиста [40; 5; 81; 161]. Стихийная инкультурация в экстремальных условиях пандемии интенсифицировала формирование духовно-ценностного компонента профессиональной культуры врача.

1.3. Профессиональное поведение в экстремальных условиях: героизм и культура риска

В современном обществе существует целый ряд профессий связанных с регулярным или потенциальным воздействием факторов экстремальности. К ним относятся не только традиционно «рискованные» профессии (спасатели, военные, сотрудники правоохранительных органов), но и специалисты сферы здравоохранения (врачи службы Медицины катастроф, врачи «Скорой помощи»), пилоты, журналисты в «горячих точках» и т.д.

Экстремальные условия труда формируют закрытые профессиональные субкультуры, характеризующиеся особыми нормами, языком (жаргоном), ритуалами, символами. Как отмечает Е. Р. Ярская-Смирнова общее преодоление опасности укрепляет групповые границы, отделяя «посвященных» (понимающих специфику) от «непосвященных». Это способствует укреплению профессиональной солидарности, но может затруднять коммуникацию с внешним миром и приводить к социальной изоляции [142].

Профессиональная культура специалистов, работающих в условиях риска, традиционно рассматривалась как статичный набор норм, адаптированный к кратковременным острым кризисам [122]. Однако, современный контекст, характеризующийся затяжными, комплексными и глобальными экстремальными

ситуациями (пандемия, военные конфликты, масштабные природные катастрофы), требует пересмотра этой парадигмы [182].

Под воздействием экстремальных факторов происходит переопределение ценностных оснований профессии. Центральными становятся категории долга, выносливости, взаимовыручки и гиперответственности [63; 3]. Исследования, проведенные в рамках интеракционистского подхода (последователи идей И. Гоффмана), показывают, что в экстремальной ситуации происходит «испытание» профессиональной идентичности: специалист должен подтвердить свою компетентность и соответствие групповым стандартам в нештатных условиях. Успешное преодоление кризиса усиливает идентификацию с профессией, в то время как неудача или травма могут привести к кризису и уходу из профессии [97; 139].

Социологические исследования указывают на то, что в организациях, связанных с высокими рисками, экстремальность часто становится институционально управляемой. Разрабатываются формальные протоколы, инструкции и системы подготовки, направленные на рутинизацию реакции на экстремальную ситуацию. Однако, как показывает теория ситуационизма, в реальной чрезвычайной обстановке решающую роль часто играют неформальные практики и импровизация, основанные на коллективном опыте и доверии внутри команды [141; 172].

Перманентное или единичное столкновение с экстремальной средой является ключевым фактором развития синдрома эмоционального выгорания и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) [96; 144; 179]. С позиций социологических наук важно анализировать не только индивидуальные последствия, но и то, как профессиональное сообщество и организации создают системы поддержки, стигматизируют или, наоборот, легитимизируют обращения за психологической помощью [166]. Исследования медицинских специалистов, работающих в «красной зоне» во время пандемии COVID-19, демонстрируют, что организационная культура, признающая уязвимость профессионалов, снижает риски выгорания [157; 146; 48].

Согласно Масловой Т. С., изучающей культуру риска в профессиональной социализации спасателей, риск, выступая ключевым элементом профессиональной социализации и непосредственным предметом деятельности спасателя, отличается комплексностью, внезапностью и высоким уровнем неопределенности. Данные характеристики формируют специфику профессиональной культуры, предъявляющей ряд требований к организации (строгая иерархия и субординация); к личным качествам (физическая выносливость, психологическая устойчивость, многопрофильность профессиональных компетенций), а также к особому осознанному отношению к риску. Риск в данном случае трактуется как диспозиция, предполагающая солидарную коллективную ответственность в сочетании с высокой личной ответственностью. Центральное место в ценностной основе занимает бинарная ценность жизни, объединяющая спасение жизни других и сохранение собственной. Ее формирование является результатом воздействия нескольких взаимосвязанных условий: реального практического опыта, слаженных командных действий, осознания единства профессионального долга и хрупкости жизни, отказа от героической риторики в самооценке своей работы [69].

Диссертационное исследование Масловой Т. С. проведено до пандемии, и обоснованные автором положения касались культуры риска спасателей, чья профессиональная деятельность являлась концептуальной моделью риск-ассоциированной профессии.

Проблематика «героических профессий» наиболее глубоко изучена в проблемном поле психологических наук. В исследованиях Вершининой Т. С. с коллегами демонстрируется роль бессознательного в формировании героического поведения в повседневной жизни и профессиональной деятельности. В частности, на эмпирическом материале было показано, что героическое поведение – это вид социальной активности, которому исторически придавалась высокое значение, и человек, ее реализующий становится «включенным в мифологически сконструированную политическую картину мира» [17].

Для профессиональной группы врачей исторически сложился стереотип личности с высокими нравственными стандартами, обуславливающими бескорыстное и сострадательное отношение [53; 108; 79]. Врач в представлении социума должен быть готов к самопожертвованию для спасения жизни других, и это реализуется в высоком эмоциональном напряжении хирургов и врачей отделений реанимации и бригад «Скорой помощи». В обычных условиях экспектации социума по поводу «идеального врача» носят уже другой характер, пациенты ожидают от него терпения и желательной, ученой степени, подтверждающей его компетентность [90; 13; 181].

Исследования ВЦИОМ 2021 года демонстрируют восприятие российским обществом профессиональных групп в контексте героизма (рисунок 4) [21].

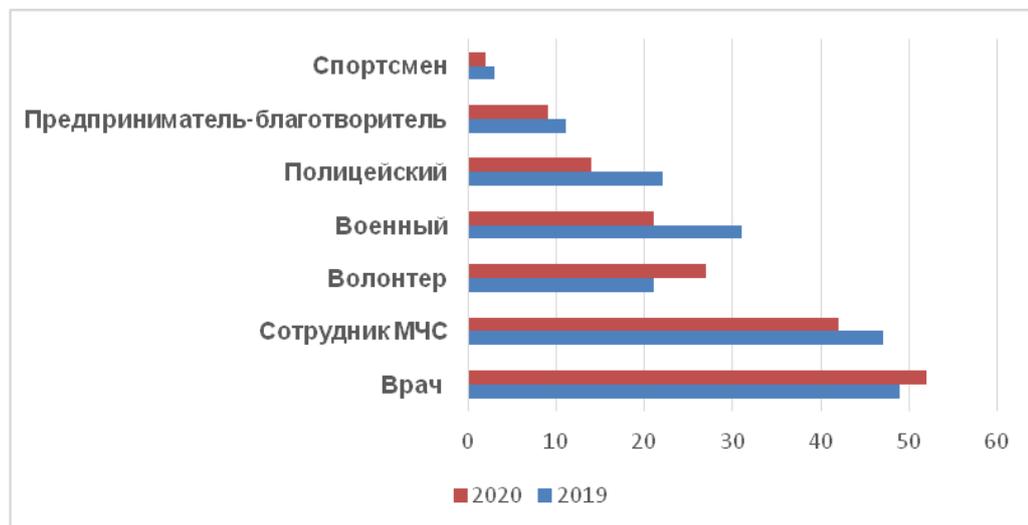


Рисунок 4 – Динамика «шкалы героических профессий» (по результатам опроса ВЦИОМ 2019-2021 гг. на национальной выборке)

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Кого именно Вы могли бы назвать героем нашего времени?» По шкале абсцисс: число ответов респондентов в %)

По результатам опроса ВЦИОМ 2021 году (в разгар пандемии) половина респондентов (52%) отнесла врачей к «героям нашего времени», поставив их на первое место в рейтинге других таких профессий, как сотрудник МЧС, военных, полицейский.

Обращает внимание, что позиции врачей в представлении общества на условно называемой «шкале героев» почти не изменились в динамике трех лет и

отмечается незначительная тенденция к росту числа респондентов, отметивших профессиональную группу как героическую. Также отмечена тенденция к росту позиции волонтеров (21% в 2019 г. и 27% в 2021 г.). Позиции других профессиональных групп, связанных с риском, опустились ниже в представлении социума: военнослужащий (с уточнением ВЦИОМ «служащий в горячих точках») и полицейский (с уточняющим дополнением «рисковавший своей жизнью при обезвреживании преступников») получили в 1,6 и 2 раза меньше ответов респондентов.

Представленные результаты демонстрируют социальные факторы, влияющие на формирование профессиональной культуры в целом, и на ее субкультуру деятельности в экстремальных ситуациях в частности, поскольку динамика опроса сопряжена с периодом пандемии. Можно сделать вывод, что представления социума о героизме связаны не риском, который, например, признается характерной особенностью профессий военнослужащих и спасателей, и для которых описана культура риска в работах Масловой Т. С., а с проявлением социальной активности за рамками своих профессиональных предписаний, что было особенностью для врачей, т.е. именно в экстремальных условиях [100; 136; 62]. Экстремальные условия можно рассматривать как внешний фактор формирования профессиональной культуры, точнее ее субкультуры, характерной для экстремальных ситуаций [40; 78].

Социальные ассоциации с героическими профессиями в 2020 году демонстрируют высокие позиции в этом аспекте у профессиональной группы врачей (рисунок 5) [22].

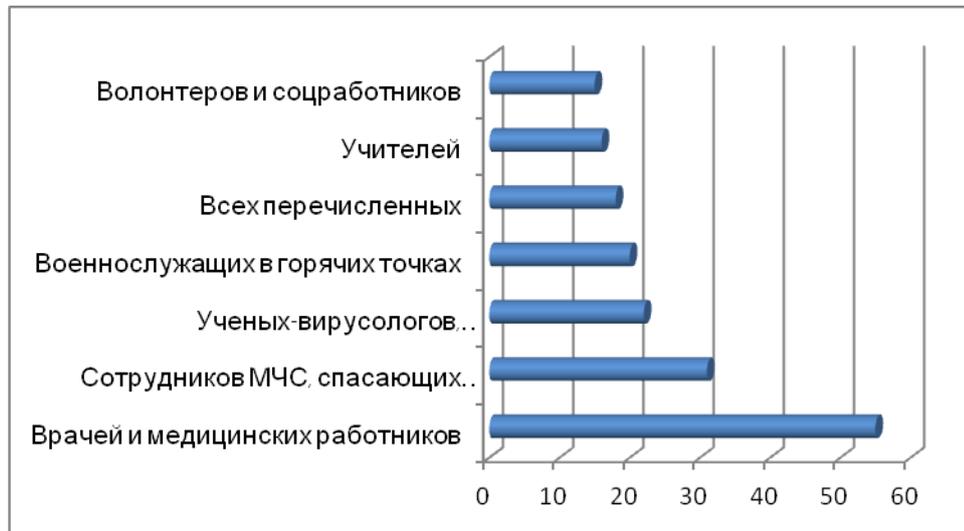


Рисунок 5 – Оценка российским социумом героических профессий (по результатам опроса ВЦИОМ 2020 г.)

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Кого именно Вы могли бы назвать героями 2020-го года? Вы можете дать от одного до трех ответов». По оси абсцисс: число ответов респондентов в %)

На первом месте условной «шкалы героев» – врачи и медицинские работники, которых вместе с врачами-вирусологами отметили 77% респондентов, в более, чем в 3 раза чаще, чем военнослужащих в горячих точках и в 9,5 раз чаще, чем полицейских, «рисковавших своей жизнью при обезвреживании преступников».

В 2018 году до пандемии профессия врача ассоциировалась с престижем, а не героизмом, и по этой шкале врачи занимали тоже первое место, но их отметили только 26% респондентов (в 2-2,3 раза меньше, чем по шкале героизма во время пандемии) (рисунок 6) [20].

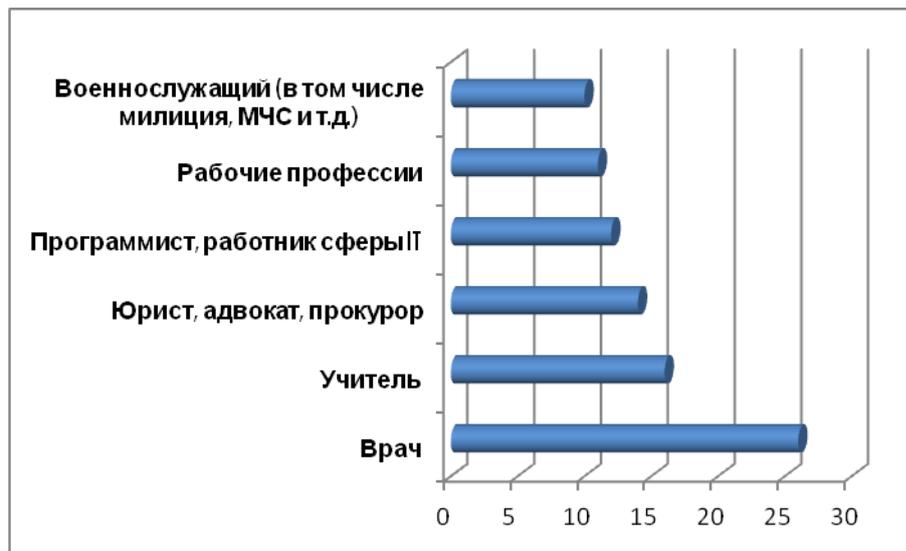


Рисунок 6 – Оценка престижа профессиональных групп (по результатам опроса ВЦИОМ 2018 г.)

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Какие профессии Вы считаете в настоящее время наиболее престижными? Вы можете дать от одного до трех ответов». По оси абсцисс: число ответов респондентов в %)

В полученном топ-6 престижных профессий (не рассматривая результаты по профессиям, которые отметили менее 10% респондентов, такие как, экономисты, политики, творческие профессии и др.) профессия врача занимает первое место, хотя ее престижность отметила только четвертая часть выборки, но со значительным отрывом в оценке престижности профессий, связанных с риском – сотрудников МЧС и военнослужащих которых отметил только каждый десятый респондент. Таким образом, особенностью профессиональной группы врачей является высокий авторитет профессии, оцениваемый в категориях «престижность» при невысоких зарплатах. Например, зарплата прокурора выше, но престижность этой профессиональной группы (юристы, адвокаты) отметили только 14% респондентов. Понимание невысокого уровня оплаты врача демонстрируют 35% россиян, против 25%, которые считают профессию врача высокооплачиваемой (рисунок 7) [19]. С точки зрения врачебного сообщества во время пандемии престиж профессии повысился [82; 77].

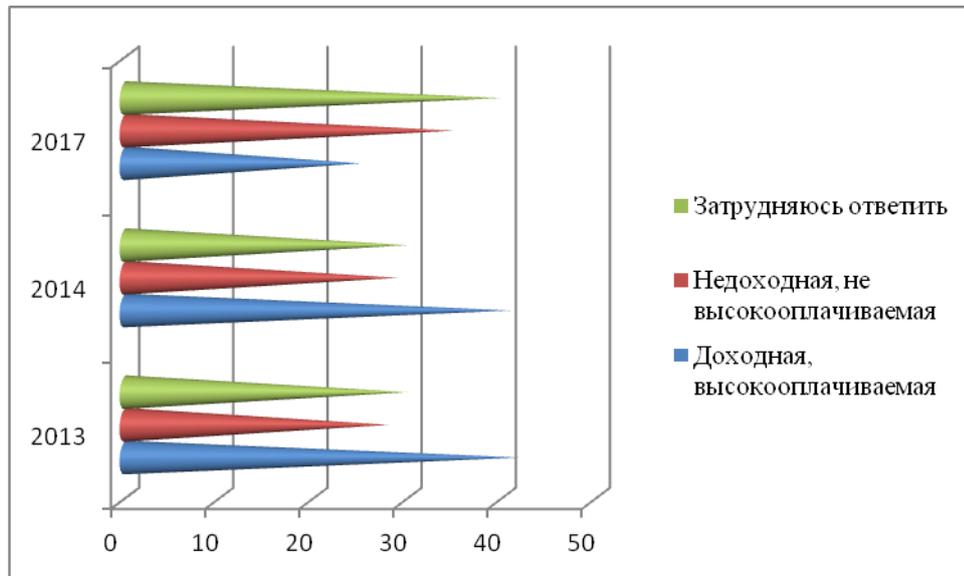


Рисунок 7 – Экспектации россиянами уровня оплаты профессиональной группы врачей в динамике 2013-2017 гг. (распределение ответов респондентов на вопрос: «Насколько доходной, высокооплачиваемой Вам представляется профессия врача?», в %)

В динамике 2013-2017 гг. наблюдается снижение представления социума об оплате труда врачей. Средний балл экспектации социумом доходности профессиональной группы снизился с 3,2 в 2013 году до 2,8 в 2017 году (рисунок 7).

Представляет интерес представление социума об институциональных мерах поддержки врачей (рисунок 8) [21]. Каждый третий респондент не видит перспектив в решении проблемы повышения качества оказания скорой медицинской помощи, примерно каждый третий осознает несоответствующий напряженности работы врача уровень оплаты. Примерно 42% считают необходимой модернизацию техники и оборудования. Каждый четвертый-пятый респондент (23%) видит необходимость решения кадрового вопроса, в том числе привлечением молодых специалистов и улучшения подготовки студентов.



Рисунок 8 – Необходимые меры поддержки в представлениях населения

(По оси ординат: ответы респондентов на вопрос: «По Вашему мнению, какие меры должно предпринять государство для улучшения работы государственной скорой помощи?». По оси абсцисс: число респондентов в %)

Таким образом, можно предположить, что авторитет профессиональной группы врачей связан со сложностью труда, длительностью подготовки, высокой степенью ответственности, и, как следствие, высоким уровнем профессиональной культуры.

Оценивая выбор профессий, сопряженных с риском, Подрезов Ю. В, Ермаков С. Г. отмечают, что он обусловлен рядом факторов, среди которых престижность профессии, оплата труда и личностные качества являются наиболее значимыми [99]. Авторами разработан методический подход для отбора абитуриентов в вузы МЧС, основанный на оценке личностных качеств, для которых предложена оценка профессиональных склонностей; профессиональных способностей, а также «осознаваемой» и «неосознаваемой» профессиональной идентичности.

Изменение отношения пациентов к врачам во время пандемии отмечают многие исследования в проблемном поле социологии медицины в основном по критериям «удовлетворенность медицинской помощью» [151]. При этом по результатам качественных исследований отмечается, что удовлетворенность присутствовала, когда помощь оказывалась своевременно, а претензии появились, когда были проблемы организационного характера, в крайней выраженности которой информанты называли ковидарии «концлагерем» [58; 43; 185; 61].

Изменения отношения пациентов к врачам в период до пандемии исследователи связывают с социокультурными трансформациями – снижение престижа врача, цифровизация, информатизации и кадровый дефицит, что привело к трансформациям ролевых взаимоотношений в интеракции «врач-пациент», нарастающему социальному конфликту [109; 114].

Оценка психологического стресса врачей во время пандемии на материале психодиагностических исследований, позволяет рассматривать «пандемию как фактор, вызывающий повышение уровня выраженности депрессии, тревожности, враждебности и, как следствие, ведущий к ухудшению психологического здоровья личности» [6; 160; 167; 177].

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных медицинским и организационным исследованиям пандемии, социокультурный анализ профессиональной культуры врача «красной зоны» остается недостаточно изученным, в то время как субъективный опыт медиков, система их ценностных ориентаций, механизмы адаптации к экстремальным условиям требуют глубокого междисциплинарного изучения.

Таким образом, исследование трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях в проблемном поле социологии культуры представляет научный интерес и требует детального изучения.

Выводы по Главе 1

1. Феномен профессиональной культуры, с одной стороны основывается на представлении о культуре этноса и/или социума в целом, с другой стороны – определяется спецификой профессии как социального института. В научных работах, посвященных исследованию профессиональной культуры, подчеркивается базисное значение общей культуры, как индивидуально-типологической характеристики личности и/или социальной группы. Проблемное поле социологии культуры раскрывает содержание профессиональной культуры врача через поликомпонентную структуру социальных экспектаций, ценностей и социальных норм, присущих профессиональной группе врачей. Несмотря на трансформации коммуникаций врача и пациента, роста осведомленности последнего и стандартизации здравоохранения, в современных исследованиях отмечается единый взгляд на духовно-ценностную сущность профессиональной культуры врача, апеллирующую к его специфичным личностным качествам, таким как эмпатия и сострадание, ответственность и толерантность, высокая рефлексия.

2. Пандемией обусловлено возникновение ряда факторов, которые изменили повседневную реальность и социокультурное пространство российского общества:

- неопределенность ситуации с потенциальными высокими рисками жизни и здоровью;
- психологический прессинг дискоммуникаций в условиях затянувшегося локдауна (карантинных ограничений), нарушающего привычный образ повседневной жизни и профессиональной деятельности;
- высокий риск заражения при неопределенности скрытого периода и возможности бессимптомной трансмиссии, создающие отчужденность;

- распространение в виртуальной среде и средствами масс медиа негативных угрожающих фреймов о дефиците ресурсов, высокой летальности и отсутствии эффективного лечения (вакцинации).

3. На материале социологических опросов национальной выборки в период пандемии по вопросам оказания медицинской помощи показано значение не только организационных мероприятий, включавших работы ковидариев, скорой медицинской помощи, но и трансформации социальных ожиданий к профессиональной группе врачей. Врачи в пандемию рассматривались как профессии первой линии, и первыми принимали удар в этом ассоциативном ряду - врачи «Скорой», оценка которой большинством россиян, согласно опросам 2020 г соответствует «хорошо» и «очень хорошо» (только 28% оценили «плохо») [23]. При этом положительное отношение респондентов обусловлено высокой оценкой квалификации врачей, которые «помогают».

4. Пандемия стала беспрецедентным вызовом для профессиональной группы, меняя не только институциональные компоненты организации медицинской помощи и профессионального образования, но и обуславливая трансформации профессиональной культуры врача, включающей основные ценности профессии, специфические знания и навыки, образовательные практики и профессиональную этику, обеспечивающих преемственность между поколениями профессионалов.

5. К социальным факторам, влияющим на формирование профессиональной культуры, является феномен «героизации врача». Социологические опросы населения в пандемию показали, что представления социума о героизме связаны не только с риском, который, например, признается характерной особенностью профессий военнослужащих и спасателей, и для которых описана культура риска (Маслова Т. С., 2018), но и в большей степени, с проявлением социальной активности за рамками своих профессиональных предписаний, что было особенностью для врачей, т.е. именно в экстремальных условиях. Экстремальные условия можно рассматривать как внешний фактор формирования

профессиональной культуры, точнее ее субкультуры, характерной для экстремальных ситуаций.

6. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных медицинским и организационным исследованиям пандемии, социокультурный анализ профессиональной культуры врача «красной зоны» представлен дискретными работами в междисциплинарном поле. Субъективный опыт медиков, система их ценностных ориентаций, механизмы адаптации к экстремальным условиям требуют глубокого комплексного изучения.

ГЛАВА 2

ТРАНСФОРМАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЫ ВРАЧА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ВЕКТОРЫ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ

2.1. Исследовательская оптика и дизайн исследования

Исследования проводилось на модели профессиональной группы врачей г. Волгограда, в том числе в условиях образовательной среды Волгоградского государственного медицинского университета. Объем исследований с применением качественных и количественных социологических методов, психодиагностических методик представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Структура и объем исследований

№ п/п	Наименование исследований	Число единиц наблюдений	Количество исследований
1	Исследование социокультурных паттернов поведения врачей в условиях экстремальных ситуаций (фокус-групповое интервью с врачами, принимавшими участие в работе «красных зон» ковидариев)	11	1
2	Выявление нравственно-ценностного инварианта профессиональной культуры врача в экстремальных ситуациях (социологический опрос врачей, при принимавшими участие в работе «красных зон» ковидариев)	284	1
3	Исследование формирования профессиональной культуры как элемента готовности к деятельности в экстремальных ситуациях (количественный метод, онлайн опрос с использованием сервисов яндекс форм)	400	2

	3.1. Социологический опрос студентов лечебного профиля (4 и 5 курсов лечебного факультета)	260	1
	3.2. Социологический опрос студентов нелечебного профиля (4 и 5 курсов медико-биологического и фармацевтического факультета)	140	1
4	Исследование социально-психологических предикторов, готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, влияющих на формирование профессиональной культуры	260	271
4.1.	Определение волевой регуляции поведения (по методике Р.С. Немова)	65	68
4.2.	Оценка уровня нервно-психической устойчивости (по методике «Прогноз»)	65	68
4.3.	Оценка уровня личностной готовности к риску (по методике Шуберта)	65	68
4.4.	Оценка социально-психологической установки личности по бинарной шкале альтруизм-эгоизм и процесс-результат по методике «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» (О.Ф. Потемкиной)	65	67
	Всего:	955	342

Работа выполнялась поэтапно. Первый этап (2016-2020 гг.) включал поиск и анализ отечественной и зарубежной литературы на предмет исследования социально-психологических детерминант готовности профессиональной группы врача к работе в ЧС. Исследование было инициировано в проблемном поле социологии медицины, были изучены фундаментальные работы и современные концепции профессионально-ролевого репертуара врача. Начато формирование эмпирической базы работы, первичный анализ, которой изменил

исследовательский фокус с междисциплинарным трансфером в проблемное поле социологии культуры. Начало пандемии COVID-19, обусловившее беспрецедентный вызов системе здравоохранения на глобальном уровне, определил объект исследования – профессиональная культура врача, трансформации которой в период пандемии обусловили исследовательский интерес с применением методологии теории мезоуровня (по Р. Мертону).

Был проведен дополнительный анализ фундаментальных теорий и современных исследований изменения и формирования профессиональной культуры специалистов, профессиональная деятельность которых сопряжена с риском и высоким уровнем эмоционального напряжения, а также социологических исследований, посвященных институциональным и социокультурным тенденциям, обусловленным оказанием медицинской помощи в условиях экстремальных ситуаций.

Проводился анализ открытых информационных баз научных публикаций в области социологии, организации и социологии здравоохранения, организационной психологии; вторичный анализ данных лонгитюдных исследований официальных баз Министерства РФ по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерства здравоохранения РФ [74], Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) [18]. Изучалась база данных текущего законодательства РФ по вопросам национальной безопасности и ЧС; нормативно-технических данных безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф Федерального центра медицины катастроф [126]; Главного управления МЧС России по Волгоградской области [28].

Была сформулирована рабочая гипотеза в проблемном поле социологии культуры, конкретизированы исследовательские задачи. Разработан дизайн социологического исследования в проблемном поле социологии культуры.

Второй этап (2021-2024 гг.) был связан с формированием эмпирической базы работы. Проведены социологические опросы в онлайн форме с

использованием сервиса <https://forms.yandex.ru/admin/>. В отношении респондентов соблюдались нормы конфиденциальности и автономии.

С целью обработки результатов социологического исследования использовались технологии искусственного интеллекта: для транскрибирования стенограмм фокус-групповых интервью и генерации визуальной модели компрессии информации текста (Облако слов) (<https://wordcloud.online/ru>).

Математическая обработка данных проводилась в ГОСТ Р 54521-2011 «Статистические методы. Математические символы и знаки для применения в стандартах» методами вариационной статистики с вычислением параметрических (t-критерий Стьюдента) критериев с помощью пакета прикладных программ Excel for Windows.

Формирование эмпирической базы проходило по направлениям:

1. Исследование социокультурных паттернов поведения врачей в условиях экстремальных ситуаций проводилось методом фокус-группового интервью с врачами, принимавшими участие в работе «красных зон» ковидариев (N=11, средний возраст $43,4 \pm 7,2$, средний стаж работы $12,5 \pm 5,23$ лет). Использование метода проводилось в соответствии с современным подходом к качественным социологическим методам [72; 84; 85]. Гайд фокус-группового интервью представлен в Приложении 3.

2. Выявление нравственно-ценностного инварианта профессиональной культуры врача в экстремальных ситуациях проводилось методом социологического опроса врачей, принимавших участие в работе «красных зон» ковидариев (N=284, средний возраст $32,4 \pm 3,21$ лет, средний стаж работы $10,71 \pm 2,34$ лет).

3. Исследование формирования профессиональной культуры как элемента готовности к деятельности в экстремальных ситуациях проводилось методом анкетирования (оффлайн, в связи с необходимостью комментирования вопросов, связанных с оценкой готовности к профессиональной деятельности в экстремальных условиях). Анкета оценки готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях представлена в Приложении 4.

Модельную группу составили студенты лечебного профиля – 4 и 5 курсов лечебного факультета, N=260; девушки и юноши взяты в паритетном соотношении.

Контрольную группу составили студенты нелечебного профиля – 4 и 5 курсов медико-биологического и фармацевтического факультетов, N=140, девушки и юноши в 2:1,12.

По результатам социологического исследования были опубликованы базы данных на официальном сайте ФГБУ Федеральный институт промышленной собственности ФИПС <https://www1.fips.ru/?key=&ysclid=mkjwlxevko442813504>, как результат интеллектуальной деятельности: «Моделирование социального взаимодействия врач-пациент в условиях чрезвычайных ситуаций» Свидетельство о регистрации базы данных RU 2025624678, 23.10.2025. (Приложение 5).

4. Исследование социально-психологических предикторов готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, влияющих на формирование профессиональной культуры врача, проводилось с использованием батареи психодиагностических методик, апробированных в практике психологического отбора для силовых структур:

- определение волевой регуляции поведения (по методике Р. С. Немова);
- оценка уровня нервно-психической устойчивости (по методике «Прогноз»);
- оценка уровня притязаний личностной готовности к риску (по методике Шуберта);
- оценка социально-психологической установки личности проводилась по бинарной шкале альтруизм-эгоизм и процесс-результат методики диагностики социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере (О. Ф. Потемкиной).

Третий этап (2024-2026 гг.) был посвящен теоретическому анализу, включающему экстраполяцию авторских результатов на данные современных исследований и формированию выводов согласно задачам исследования. На основании полученных результатов была получена матрица ценностного

компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности; выявлены социокультурные барьеры готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях и предложен междисциплинарный подход к сопровождению формирования готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях.

Разработаны и интегрированы в образовательную практику кафедры Безопасности жизнедеятельности Волгоградского государственного медицинского университета учебно-методические пособия с разделами, посвященными психологическому влиянию экстремальных ситуаций, этическим правовым основам оказания первой помощи в условиях чрезвычайных ситуаций (Приложение 5).

2.2. Социокультурная рефлексия экстремального опыта профессиональной группы врачей

Пандемия COVID-19 привела к формированию комплекса многосторонних факторов, которые значительно модифицировали привычный образ деятельности медицинского сообщества. Отличительная особенность этой чрезвычайной ситуации заключается в пролонгированном действии экстремальных условий и в масштабе и трагических последствий. В связи с этим социокультурная рефлексия профессиональной группы, как субъективная оценка экстремального опыта, значения и влияния на профессиональные паттерны различных групп внешних факторов, способы социальной адаптации и интеграции молодых врачей в профессиональное поле в экстремальных условиях, является механизмом формирования особой субкультуры.

На материале социологического опроса и фокус-группового интервью были выявлены группы триггеров, формирующие социальный опыт профессиональной деятельности врачей в условиях пандемии:

1) Психологические факторы:

- страх заражения себя и близких;
- эмоциональное напряжение в связи со сложными клиническими случаями, летальными исходами пациентов;
- агрессия и конфликтные ситуации с пациентами и их родственниками;
- давление ответственности в условиях информационного дефицита и неопределенности;
- ощущение неполноценности и ограниченности возможностей.

2) Организационные факторы:

- ненормированный график, продолжительные смены;
- ограничительные мероприятия;
- дефицит средств индивидуальной защиты;
- постоянно меняющиеся клинические рекомендации;
- недостаточный клинический опыт у молодых специалистов, сложности с назначением терапии.

3) Физические факторы:

- продолжительное нахождение в средствах индивидуальной защиты;
- физические перегрузки, дефицит сна и отдыха, усталость.

Анализируя выявленные профессиональные трудности, необходимо отметить, что страх заражения себя и близких становится не только личной тревогой, но и формой коллективной уязвимости медицинского сообщества. Кроме того, врачи стали одновременно и защитниками, и потенциальными носителями угрозы. Женщины чаще выражают страх заразиться и заразить близких: *«Сначала было опасение заразиться ковидом и заразить своих родственников»* (рисунок 9).

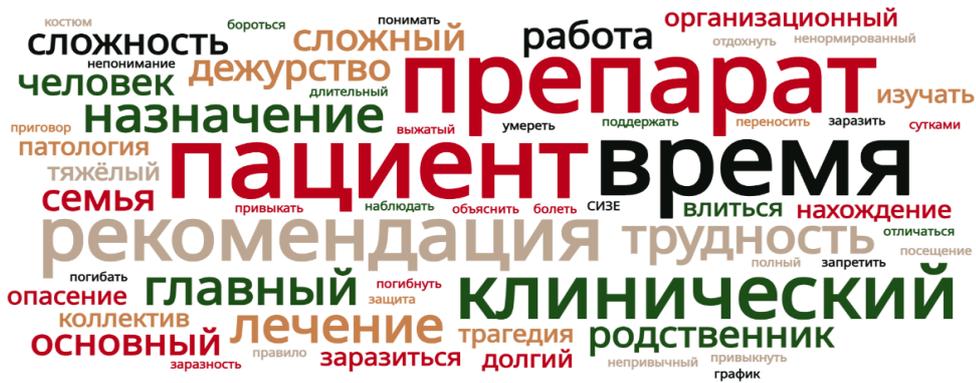


Рисунок 9 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «С какими трудностями вы сталкивались во время работы в «красной зоне»?»

В целом, оценивая стрессогенность различных групп факторов, врачи «красной зоны» отметили приоритетное значение группе факторов, обуславливающих высокую эмоциональную нагрузку (рисунок 10).

■ физическая нагрузка ■ риск заражения ■ эмоциональная нагрузка

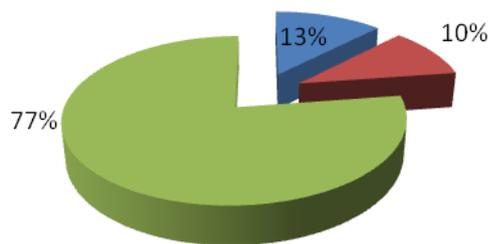


Рисунок 10 – Оценка врачами «красной зоны» влияния различных групп стрессогенных факторов в период пандемии

Обращает внимание, что наиболее высокую оценку стрессогенности получили эмоциональные факторы, риск заражения отметил только каждый десятый врач.

Работа в красных зонах ковидариев была сопряжена с высоким риском заболевания и в целом неопределенности развития сценария, которое отметили 23,2% врачей. Оценка риска заражения демонстрирует ее значимость по шкале «экстремально значимо» только для 14% врачей «красной зоны» (рисунок 11).

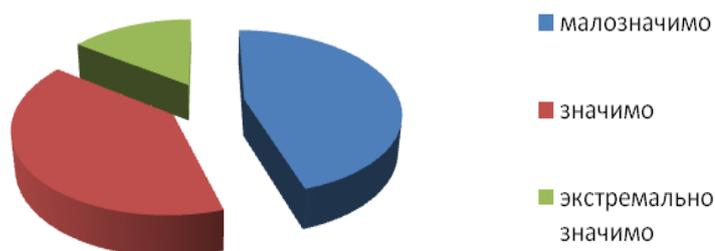


Рисунок 11 – Оценка значения риска заражения для врачей «красной зоны»

При этом 42% врачей оценили риск малозначимо – по 10 балльной шкале $3,4 \pm 2,1$ (8% оценили в «0» баллов); градация «значимо» составила средний балл $6,2 \pm 1,7$; экстремально значимо – $9,1 \pm 0,12$ баллов (лиц, оценивших максимально в 10 баллов всего 7,2%). Таким образом, врачи осознают риски, но в своем большинстве демонстрируют сдержанную реакцию на них. Полученные данные отражают значение личностных качеств, необходимых для работы в красной зоне: врачи осознают значение «уравновешенности» (отметили 72,3%) и малозначимо оценивают способность к риску (отметили 28,3%).

По данным социологического опроса 77,7% респондентов переболели ковидной инфекцией, т.е. риск заражения реально был высокий.

По данным материалов фокус-группового интервью врачи-информанты упоминают о необходимости принятия «холодных решений», что является свидетельством трансформации медицинской этики в условиях ресурсного дефицита.

Молодые врачи, не имеющие опыта работы с летальностью в подобных масштабах, пережили шок профессиональной инициации. Агрессия со стороны пациентов и их родственников – результат столкновения разных систем ожидания, так как пациенты ожидают спасения, врачи работают в условиях ограниченных возможностей, а родственники исключены из процесса лечения в силу запрета посещения.

Психологические трудности системно детерминированы и возникли как результат организации медицинского труда в экстремальных условиях.

Профессиональная уверенность оказалась под угрозой, так как врачи, в обычных условиях полагающиеся на протоколы и доказательную медицину, оказались в условиях интуитивного принятия решений. Вызванное чувство неполноценности редко связано с реальной некомпетентностью, чаще – это осознание ограниченности института медицины перед последствиями ЧС. Принимая во внимание, что медицинское образование культивирует образ врача-спасителя, столкновение с неизбежностью многочисленных летальных исходов спровоцировало травму профессионального нарциссизма.

Пандемия выступила в роли первичного триггера, повлекшая за собой вторичные – оценка собственных возможностей как ограниченных в сложившейся ситуации, несовершенный механизм индивидуальных и коллективных стратегий совладания. Работа в «красной зоне» приобрела черты «грязной работы», загрязняющей физически и морально, социально стигматизированной, но при этом жизненно необходимой. Эмоциональное поведение медицинских специалистов оказалось под влиянием профессиональной культуры (*«врач должен быть хладнокровным»*), общественных ожиданий (*«врачи-герои не боятся»*) и административного давления.

В исследуемой группе с целью компенсации индивидуальных страданий, отмечены определенные стратегии совладания с психологическими трудностями:

- профессиональная рационализация, выражающаяся через *«Это наша работа»*;
- коллективная солидарность, проявляющаяся взаимной поддержкой в коллективах;
- символическое сопротивление, продемонстрированное «черным юмором, иронией»;
- ритуализация – соблюдение протоколов как способ восстановления контроля;
- эмоциональное отчуждение, заключающееся в сознательном снижении эмпатии.

Последствия воздействия комплекса психологических факторов для медицинского сообщества как риски, так и потенциал для трансформации (переосмысление ценностей, укрепление солидарности): *«За время работы видела многое. Страшно говорить, конечно, но мне кажется, что меня уже особо ничем не удивишь и не напугаешь»*. Психологические трудности в данном контексте выполняют роль конституирующего элемента опыта работы в условиях системного кризиса, отображая противоречия медицинской профессии.

К проблемам, обнажившимся во время пандемии, информанты относят и трудности организационного характера: *«Трудности были в том, что приходилось в основном работать сутками, дежурства были достаточно тяжелые, ненормированный график и после дежурства ты приходишь домой как выжатый лимон и требуется еще длительное время, чтобы отдохнуть, восстановиться и снова заступить на новое дежурство»* (врач жен., стаж работы в ковидном отделении 2 года). Ненормированный график работы создал так называемую альтернативную временную реальность, в которой игнорируется биологическое время (потребность во сне и отдыхе), значительно ограничивается социальное время (личная жизнь, семья), претерпело изменение профессиональное время, так как повседневная трудовая деятельность в обычном режиме больше не существует.

Ограничительные мероприятия, изоляция от семьи сконструировала «опасного врача», и медики были символично маркированы как «потенциально заразные», что легитимировало их социальную изоляцию, а дефицит средств индивидуальной защиты укреплял стигматизацию «опасных профессионалов». Средства индивидуальной защиты во время пандемии приобрели символическое значение для медицины как материальные символы профессиональной идентичности, риска и героизма. В то же время средства индивидуальной защиты как средства унификации – врачи в защитной экипировке выглядели одинаково, как «безликие спасатели» только фамилия, написанная маркером на защитном костюме, указывала на личность доктора.

Постоянно меняющиеся клинические рекомендации для лечения опасного инфекционного заболевания продемонстрировали несовершенство медицинских

знаний и организационных алгоритмов в области ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций биолого-социального характера. В ходе пандемии возникла моральная дилемма между соблюдением действующих протоколов и индивидуальным подходом к лечению конкретного пациента, подвергая сомнениям профессиональную автономию врача. Сложности с назначением адекватной терапии возникли в связи с наличием сопутствующей патологии у пациентов в виду дефицита профессионального опыта. Неопытные врачи в интервью отмечают, что: *«Все-таки, да, самая главная трудность была в назначении препаратов поскольку коморбидных пациентов встречалось довольно-таки много, приходилось помимо клинических рекомендаций по лечению ковида, читать и клинические рекомендации по лечению основной патологии пациентов и как сочетать препараты в том ключе»*, что свидетельствуют о вовлеченности и заинтересованности в благоприятном результате лечения.

Физический дискомфорт, связанный с длительным нахождением в средствах индивидуальной защиты, дефицит сна и отдыха относятся к организационным профессиональным факторам. Маски, респираторы, защитные экраны, костюмы, перчатки кроме субъективного дискомфорта (затрудненное дыхание, потливость, сложности с выполнением гигиенических процедур) и физического ограничения сенсорной коммуникации с коллегами, пациентами, в том числе и невозможность считать эмоции, скрытые под маской, провоцируют и психологический дискомфорт. Поэтому работа в средствах индивидуальной защиты – это испытание физической, психологической выносливости и материальное доказательство героизма врача.

Физические перегрузки, недостаток сна и отдыха стали системной нормой, которая оправдывается логикой «военного времени», дискурсом врачебного долга. Дефицит сна как социальный феномен перестроил социальные ритмы врачей, нарушил социальные связи и способствовал развитию культурной исключительности: *«И даже элементарно было трудно привыкнуть к эпидемиологическим нормам, которые предъявлялись к работе в «красной зоне», так как провести всю смену в маске, перчатках, костюме неподготовленному человеку достаточно трудно. Но при этом, мы так же понимаем, что соблюдать*

данные требования было просто необходимо, потому что не хотелось распространять вирус среди окружающих».

Можно сделать вывод, что физические факторы способствовали формированию особого профессионального габитуса, включающего повышенный порог терпимости к дискомфорту, умение функционировать в состоянии хронической усталости, способность к быстрой мобилизации ресурсов организма. Перегрузки и дискомфорт остались «невидимыми издержками» профессиональной деятельности, когда забота о себе приносится в жертву заботе о других, а физиологические потребности медицинского специалиста игнорируются. Феномен нормализации физического и эмоционального истощения встраиваются в профессиональную культуру врача «красной зоны».

Организационные особенности профессиональной деятельности в «красной зоне» запустили адаптационные механизмы и различные формы сопротивления, создавая предпосылки изменений в системе здравоохранения. Продолжительный характер подобных условий привел и к трансформации медицинской профессии и ее статуса в обществе.

Участникам фокус-группы было предложено ответить на вопрос «Оправдан ли риск собственной жизнью ради спасения жизни других?». Все респонденты явно или косвенно ответили утвердительно, что подтверждает неотъемлемость, ожидаемость и оправданность риска врачами как части медицинской профессии (рисунок 12).



Рисунок 12 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации) текста ответов на вопрос: «Оправдан ли риск собственной жизнью ради спасения жизни других?»

Профессиональная культура врача исторически базируется на этике служения (учение Гиппократ, принципы деонтологии), транслируя такие центральные ценности как: приоритет жизни и здоровья пациента («Primum non nocere» - «Прежде всего не навреди»); готовность к самопожертвованию, коллективная солидарность медицинского сообщества; автономия профессии и социальный статус. Полученные результаты следует рассматривать как нарративное воспроизводство субкультуры врача в экстремальной ситуации.

В результатах интервью прослеживаются ключевые культурные паттерны. Так, норма самопожертвования отображается в высказываниях: *«На этом базируется врачебная работа»*, *«Это обязанность врача»* и может быть трактована как профессиональная мораль в качестве коллективного сознания (Э. Дюркгейм). Служение людям в данном случае обосновано ценностно-рациональными действиями в рамках призвания врача. Несмотря на вынужденные ограничения и организационные директивы, продиктованные чрезвычайной ситуацией, сохраняется профессиональная автономия, специфичная для медицины. Единогласие в ответах врачей и схожие формулировки говорят о том, что риск является социальным конструктом, опосредованным групповыми нормами. Апелляция к фундаментальной основе медицинской профессии выражается в интервью тем, что риск не обсуждается информантами как проблема, а принимается как аксиома. Интериоризация профессиональных норм подтверждается выражением очевидности и принятия риска как должного для профессионала.

При ответе на этот вопрос, информанты также демонстрируют ориентацию на альтруистическую миссию медицины, оправдывая риск высшей целью: *«Безусловно, риск оправдан...Главной мотивацией должно быть спасение человеческих жизней»*. Идеализация профессии и дистанцирование от прагматических соображений, касающихся оплаты труда, личной безопасности характерна для раннего этапа профессионализации. Конфликт между личным страхом и профессиональным долгом, разрешаем в пользу последнего, прослеживается в «правильном» выбор врача: *«Желание помогать другим пересилило страх»*, *«Врач понимает, как минимизировать риски и помочь большинству»*. Таким образом, проявляется

рациональное управление риском, при этом риск не отрицается, а контролируется, что свидетельствует о профессиональной компетентности и ответственности. Некоторые респонденты допускают отсутствие принципиальных различий между «обычной» и «экстремальной медициной»: *«Это обязанность врача любой специальности»*. Т.е. риск воспринимается не как особенность «красной зоны», а как перманентный атрибут профессии в целом.

Несмотря на то, что пандемия стала стресс-тестом для профессиональной культуры врача, в результате традиционные нормы и ценности только укрепились. В кризисный период произошла мобилизация базовых ценностей и врачи активно воспроизводят «правильные» нарративы, поддерживая групповую идентичность. Феномен рационализации риска может расцениваться как адаптация традиционной нормы самопожертвования к актуальным условиям.

Интервью выявило и ценностно-рациональную ориентацию информантов, то есть поведение определяется сознательной верой в этическую ценность самого действия, независимо от успеха. Так как врачи считают, что риск оправдан, что соответствует кодексу профессии. Это часть профессионального габитуса врача – системы глубоко усвоенных диспозиций, формирующих восприятие мира и действий врача как само собой разумеющееся. Можно сделать вывод о том, что медицина как социальный институт предъявляет к врачу норму самопожертвования в экстремальных условиях. Публичное признание риска неоправданным могло бы быть расценено как ролевое предательство и нарушение профессиональной солидарности. Таким образом врачи исследуемой фокус-группы транслируют принципы групповой идентичности.

Большее значение, как стрессовому фактору врачи придавали высокой летальности в ковидариях, что, безусловно, высоко оценивает нравственные ценности профессиональной культуры (рисунок 13).

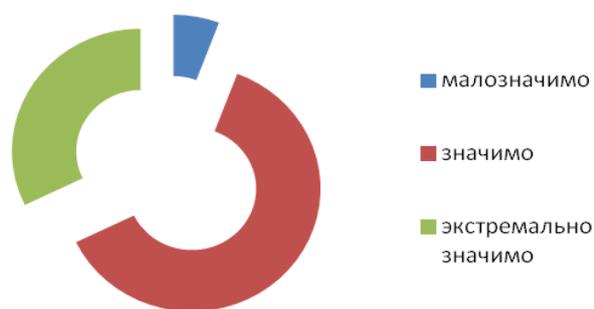


Рисунок 13 – Оценка врачами «красной зоны» значения высокой летальности пациентов в ковидариях как стрессогенного фактора

Врачей, не придающих значение смерти пациентов в ковидариях 5,2% (средний балл оценки $3,8 \pm 1,17$ («0» никто из врачей не оценил значение летальности). Половина оценила «значимо» (54,6%; средний балл оценки $7,08 \pm 1,77$). Каждый третий врач (28,3%) оценил как экстремально высокую значимость рассматриваемого стрессора (средний балл оценки по 10 бальной шкале $9,01 \pm 0,7$). Такое распределение средней оценки демонстрирует с одной стороны сострадание и чувствительность профессиональной группы, с другой – сдержанность и самоконтроль.

Информанты описывают столкновение с гибелью пациентов как значительно травмирующее событие: *«Так же сложно было наблюдать трагедии в семьях, а как правило люди болели семьями, часть переносит COVID-19 достаточно легко, а часть может погибнуть. И погибает в любой момент и то выливается в большие трагедии»*. Поиск смысла в травматичном опыте приводит к личностной трансформации и переосмыслению ценностей: *«Начинаешь ценить жизнь»*, *«Учишься отстаивать границы»*.

Представляет интерес оценка врачами перехода коммуникаций в виртуальное пространство, как вынужденную меру изоляции в пандемию (рисунок 14).

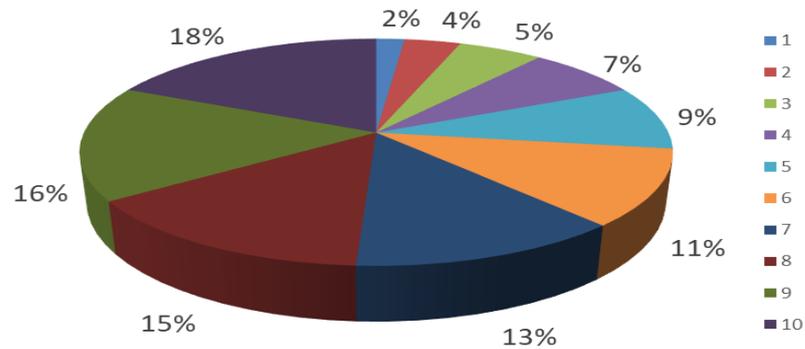


Рисунок 14 – Оценка врачами «красной зоны» стрессорного влияния вынужденного общения онлайн во время пандемии (оценка от 1 до 5 – малозначимо, от 6 до 8 – значимо, 9-10 –экстремально значимо)

Психологическое воздействие вынужденного общения в виртуальной среде отметили 41,2% респондентов, 11,2% – экстремально значимо. Только 10% врачей не отметили вообще дискомфорта от такой формы общения. Период пандемии был ускорителем цифровизации здравоохранения, в 2022 году оценили ее перспективы только 32,2% врачей-респондентов; 29,3% сочли ее перспективной, но очень сложной», а 38,5% – сочли, что цифровизация увеличила нагрузку на медицинскую организацию и усилила профессиональный стресс.

Так же скептически в 2022 году врачи отнеслись к появлению «виртуального врача»: 34,2% ответили, что «это не заменит реального врача никогда»; сдержанный оптимизм проявили 28,3%, ответивших, что это возможно только для очень узких специальностей в медицине»; остальные ответы выражают сомнения в разной степени.

В целом оценили высокое напряжение на работе в период пандемии 79,5% врачей, примерно половина из них (всего по группе 32,3%) – экстремально высокое напряжение. Аналогична полученная оценка сложности труда в период пандемии – 68,9% оценили влияние на психологическое состояние повышенной сложности труда в «красных зонах», из них половина – экстремально значимо.

Интенсивное погружение в профессиональную среду молодых специалистов проявило в крайней степени личностные качества врача.

Полученные данные подтверждают гипотезу исследования: профессионализм врача в экстремальных условиях деятельности взаимосвязан и обусловлен нравственной культурой современного врача в большей степени, чем в условиях повседневной деятельности. Духовно-нравственный аспект культуры врача – многокомпонентная структура и складывается из моральных и профессиональных ценностей, трансформирующихся под воздействием внешних факторов, личностных качеств, идеалов, паттернов и традиций.

Представляет интерес отношение врачей к статусу профессии, сопряженной с рисками. На вопрос: «Считаете ли Вы профессию врача не зависимо от специализации по своему нервно-эмоциональному напряжению экстремальной?» 79,4% ответили «Да, все врачи испытывают в работе эмоциональный стресс», менее 6% ответили – «Нет», и 14,6% – «Да, если это касается оказания помощи в ЧС». Таким образом, большинство считает, что выбор профессионального поля должен подразумевать высокую готовность к работе в экстремальных ситуациях.

Оценка нравственных паттернов профессиональной культуры показала их значение при оказании медицинской помощи экстремальной ситуации пандемии: 32,7% врачей отметили более чуткое и сострадательное отношение к пациентам ковидариев. При этом 57,7% не отметили изменений в своем отношении.

Согласно результатам опроса, врачи считают, что меняется характер социальной интеракции в экстремальных условиях оказания медицинской помощи (рисунок 15).

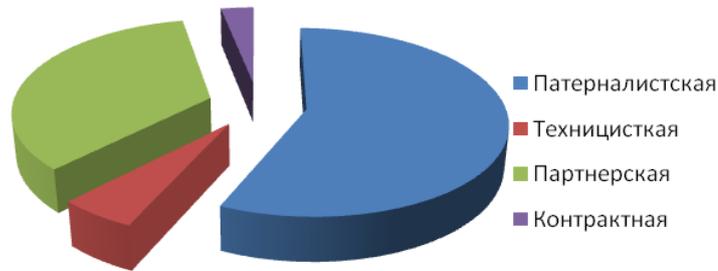


Рисунок 15 – Представления врачей о моделях взаимодействия с пациентами во время пандемии (структура ответов респондентов на вопрос: «Какая модель взаимоотношений с пациентами, на Ваш взгляд, наиболее адекватна в период пандемии?»)

(Патерналистская (врач сам принимает все решения, пациент доверяет ему как «отцу»); Техницистская (пациент воспринимается врачом как безличный механизм, пациент не участвует в обсуждении процесса лечения); Партнерская (врач и пациент вместе принимают решения, как коллеги и партнеры); Контрактная (отношения как условия и выполнение договора об оказании услуг))

Более половины врачей (56,7%) считает наиболее соответствующей условиям пандемии патерналистскую модель, каждый третий – партнерскую. Обращает внимание, что выбор менее эмпатийных моделей врачами статистически ничтожен.

В обычных условиях представления врачей о моделях взаимоотношения с пациентами имеют другие тенденции (рисунок 16).

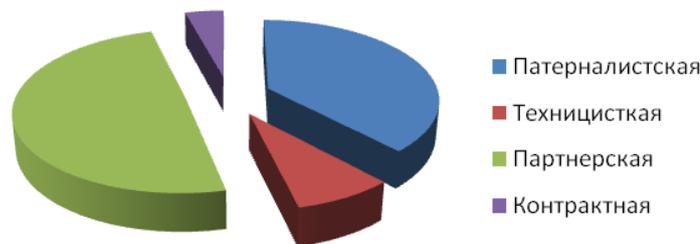


Рисунок 16 – Представления врачей о моделях взаимодействия с пациентами в обычных условиях (структура ответов респондентов на вопрос: «Какую модель взаимоотношений Вы считаете оптимальной для себя вне экстремальных условий?»)

(Патерналистская (врач сам принимает все решения, пациент доверяет ему как «отцу»); Техницистская (пациент воспринимается врачом как безличный механизм, пациент не участвует в обсуждении процесса лечения); Партнерская (врач и пациент вместе принимают решения, как коллеги и партнеры); Контрактная (отношения как условия и выполнение договора об оказании услуг))

Половина врачей выбрала партнерскую модель (49,5%), в то же время на втором месте по распространенности выбора оказалась патерналистская модель (38,1%; $p>0,5$).

В современной медицинской практике патернализм критикуется за нарушение автономии пациента, патерналистская модель более характерна для взаимоотношений с уязвимыми группами (пожилые, дети). Возможно, что особая уязвимость пациентов 65+ в пандемию и рост численности этой группы также повлиял на структуру ответов респондентов. Видимо, этот же фактор вызывает большинство социокультурных барьеров при общении с пациентами (рисунок 17).

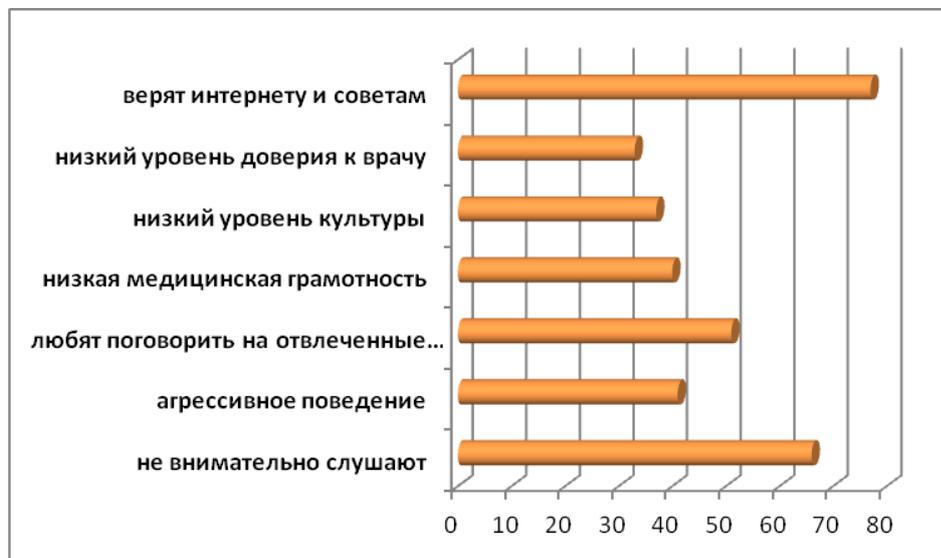


Рисунок 17 – Социокультурные барьеры коммуникаций с пациентами

(По оси ординат: варианты ответов на вопрос: «Какие трудности Вы испытываете при общении с пациентами?». По оси абсцисс: распределение ответов врачей, в %)

Наибольшие проблемы в коммуникациях с пациентами создает, по мнению врачей, невнимательность пациентов в разговоре с врачом и высокая зависимость пациентов от советов знакомых и информации в интернете (отметили 67-70% врачей), в то же время, как отмечают врачи, пациентов характеризует медицинская безграмотность и низкий уровень культуры (37-40% ответов). Каждый третий врач (33,2%) отметил в целом низкий уровень доверия пациентов.

Такая ситуация напоминает предковидный период падения престижа врача в социуме. Отношение к врачам является частью общего культурного кода социума. Низкий уровень общей культуры затрудняет коммуникации, а интернет-

осведомленность рождает недоверие к врачу и низкую комплаентность пациента, что, в конечном счете, снижает само качество оказания медицинской помощи, на которое жалуются пациенты. Таким образом, формирование культуры здоровья подразумевает не только активную позицию врачей, но и высокий уровень осознанного отношения к своему здоровью, и партнерские отношения с врачом.

Общая тенденция раздражительности и низкой культуры общения отражается и на отношении к врачу – 40,2% врачей отметили агрессивное поведение пациентов. Такое отношение требует терпения и толерантности врачей, которые согласно данным опроса, врачи считают необходимыми качествами деятельности в экстремальных условиях.

Высокая значимость врачами внутригрупповой солидарности и способности к командной работе отразилась в их оценке психологического климата в коллективе во время работы в «красной зоне» (рисунок 18).

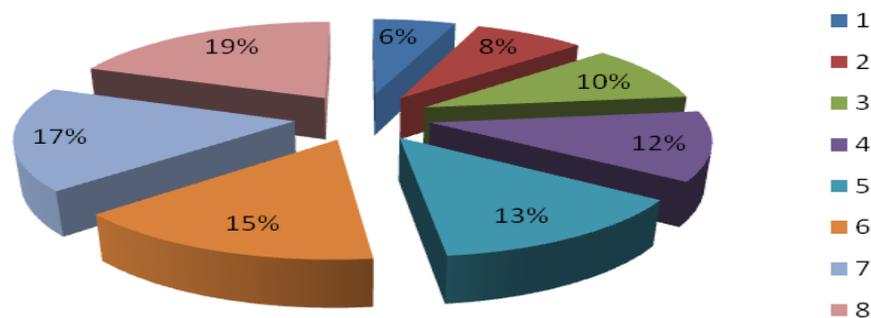


Рисунок 18 – Оценка врачами психологического климата в коллективе во время работы в «красной зоне»

(Распределение оценок в баллах при ответе на вопрос: «Как Вы можете оценить атмосферу в вашем коллективе во время работы в «красной зоне», где 1-5 баллов – скорее недоброжелательна, 6-8 баллов – удовлетворительная, 9-10 – доброжелательная)

Половина врачей (54,7%) оценила атмосферу доброжелательной (средний балл по 10-балльной шкале 9,3). Нет оценок 1-2 балла, удовлетворительная оценка составила $7,8 \pm 0,12$.

Для выявления социокультурных характеристик врачей оценивались и некоторые элементы профессиональной и общей культуры. Оценка приоритета семейных ценностей в культуре врача показала, что 53,4% (примерно половина

респондентов) считает, что нужен баланс в структуре семейных и профессиональных ценностей; 33,25% (примерно, каждый третий) считают, что «семья важнее». Менее 15% отдают предпочтение профессии, в ущерб или отказ от семейных ценностей. В тоже время, оценивая значение моральной поддержки в период работы в «красной зоне», 22,1% оценили «экстремально значимо» ее отсутствие и 34,2% – значимо.

Экстремальный характер профессиональной деятельности в период пандемии, сопровождающийся затянувшимся стрессом и ситуацией неопределенности, привел к эмоциональному выгоранию: 22,2% врачей отметили, что стали задумываться о смене профессии или места работы.

2.3. Трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности

Для анализа трансформаций социально-культурных детерминант в экстремальных условиях деятельности профессиональной группы врачей, были использованы материалы социологического опроса (N=284) и фокус-группового интервью с врачами «красной зоны» ковидных отделений, проведенного в г. Волгограде в марте 2022 года (N=11). Первый блок вопросов был направлен на выявление мотивационного компонента профессиональной культуры участников социологического исследования [44]. По результатам стандартизированного интервьюирования выявлены мотивационные факторы, побудившие врачей к работе в «красной зоне», лексемы которых представлены на рисунке 19.



Рисунок 19 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос «Почему вы стали работать в «красной зоне»?»

Таким образом, основными мотивационными факторами являлись:

- необходимость выполнения профессиональных обязанностей (профессиональный императив);
- финансовое стимулирование (повышенная оплата труда врачей «красных зон»);
- профессиональный интерес;
- нравственный императив профессии.

Данные социологического опроса аналогично характеризуют мотивационную компоненту профессиональной культуры в экстремальной ситуации.

Указывая основной личный мотив выбора работы в «красной зоне» 40,2% респондентов, отметили доплату за работу (рисунок 20).

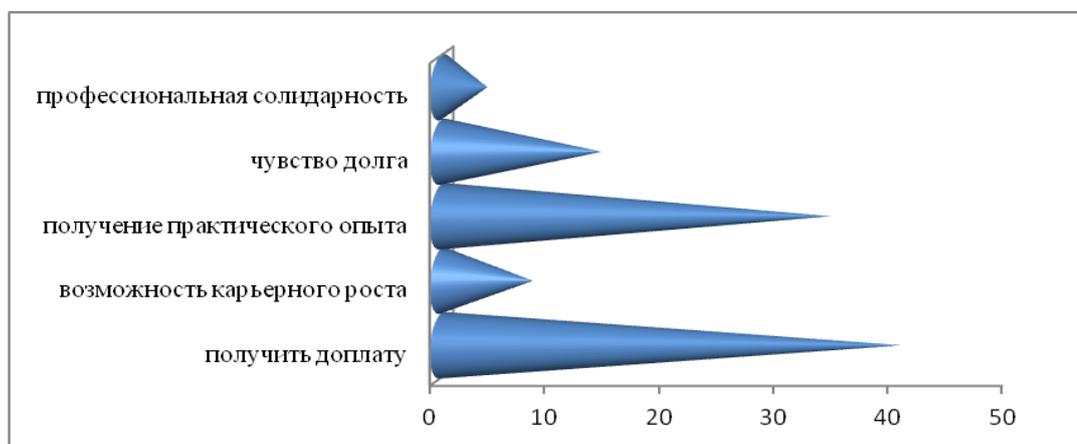


Рисунок 20 – Структура мотивов перехода на работу «в красную зону»

(По оси ординат: мотивы перехода на работу в «красной зоне». По оси абсцисс: распределение респондентов в %)

Примерно каждый третий (34,4%) ответил, что его привлекла возможность получения нового практического опыта.

Оценивая опыт работы в ковидарии, 92,8% высоко оценили его значимость для дальнейшей работы и профессионального развития.

1. Профессиональный императив. В данном контексте включает вынужденное направление медицинских работников в зону повышенного риска под воздействием административных, организационных и социально-экономических факторов. Принудительность в «красной зоне» была реализована несколькими механизмами: административно-распорядительный (приказы руководства, перепрофилирование лечебных учреждений, перевод сотрудников), целевое распределение (работа в определенном учреждении как обязательной условие договора), морально-этическое давление (ожидание выполнения профессионального долга, общественный запрос на героизм, стигматизация «отказников»), экономическое принуждение (отсутствие альтернатив, повышенные выплаты, как единственный способ сохранить доход, особенно для низкооплачиваемых специалистов). Это явление стало массовым в период пандемии, особенно в первую волну весной 2020 года, когда система здравоохранения столкнулась с кадровым дефицитом и необходимостью быстрого перепрофилирования больниц.

С точки зрения концепции профессиональной автономии принудительность в данном контексте подрывает автономию врача как специалиста, переводя его в статус «исполнителя», что ведет к отчуждению от труда и потере профессиональной идентичности. Принудительный характер привлечения к работе в экстремальных условиях способен привести к высокому уровню стресса, профессиональной деформации, потере мотивации, психологическим проблемам и психическим расстройствам, к снижению лояльности к системе здравоохранения и к уходу из профессии. Кроме того, из-за низкой мотивации персонала закономерно снижается качество медицинской помощи, снижается уровень доверия между сотрудниками и администрацией. Принудительность к работе в «красной зоне» стала еще и социальным феноменом, обнажившим

противоречия между профессиональной автономией врачей, потребностями здравоохранения и этическими нормами в условиях кризиса.

2. *Финансовое стимулирование.* Из проведенных интервью врачей следует, что финансовый стимул – один из мощных стимулов работы в «красной зоне»: *«Наверное, как и многие врачи – из-за заработной платы. Хорошо платят, потому туда и пошел»* (врач со стажем в «красной зоне» 1,5 года). Некоторые информанты признают, что решились на работу в «красной зоне» именно из-за высокой оплаты труда.

Оценивая сложность своей работы в «красных зонах» ковидариив, врачи считают (99%) наиболее адекватной компенсацией за деятельность в экстремальных условиях материальное вознаграждение (рисунок 21).

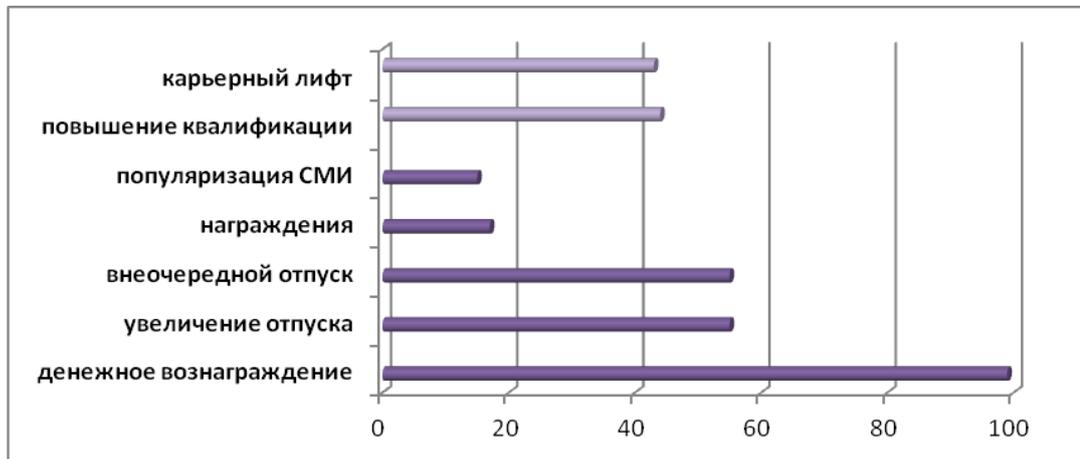


Рисунок 21 – Экспектации врачами компенсации за работу в ковидариях

(По оси ординат: наиболее адекватные, по мнению респондентов, компенсации за работу в «красной зоне». По оси абсцисс: распределение респондентов в %)

Половина респондентов (44-52%) отметили также возможность карьерного роста и повышение квалификации (переподготовка). Наименее значимо (15-17%) оценена популяризация средствами масс медиа и награждения (грамоты, благодарственные письма).

Такая тактика поощрения и применялась в период пандемии, в связи с чем, возможно, врачи демонстрируют положительную рецепцию институциональных мероприятий.

Финансовую мотивацию участников ликвидации последствий пандемии можно охарактеризовать как элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях, позволяющий компенсировать профессиональные риски. В условиях кризисной ситуации финансовая мотивация стала быстрым и прагматичным решением кадровой проблемы. С точки зрения теории социального обмена Джорджа Хоманса финансовая мотивация позволила производить обмен собственным риском, психоэмоциональных и физических ресурсов на материальное вознаграждение. Тем не менее, в условиях чрезвычайно высоких нагрузок подобная сделка может восприниматься как несправедливая.

В медицинском сообществе традиционно доминирует мотивация служения и финансовая мотивация может стигматизироваться как непрофессиональная. Поэтому не все респонденты открыто указывают ее в интервью. Кроме того, финансовая мотивация продиктована социальным неравенством - молодые врачи, студенты, медицинские специалисты в высокой финансовой обремененности и низкими заработными платами были вынуждены идти работать в «красную зону» чаще. Данный факт указывает на классовые и возрастные различия внутри медицинского сообщества.

Безусловно, положительная роль высокой финансовой мотивации заключается в поддержке материального положения медицинских работников, в решении вопроса комплектации штатов, компенсации рисков, но при этом, сложилась ситуация, когда в «красной зоне» оказались не самые подготовленные специалисты, а наиболее нуждающиеся в материальных благах врачи. Материальная компенсация также не способна снизить психологическую нагрузку и предотвратить развитие долгосрочных последствий для психического здоровья. Кроме того, различия оплаты труда в «красной» и «чистой» зоне повлекли за собой подрыв солидарности в медицинском сообществе.

В системе мотиваций финансовая мотивация занимает базовый уровень наряду с безопасностью и физиологическими потребностями, являясь гарантией выживания в современном социуме. На социальном уровне достойная оплата

труда – это символ значимости и уважения к специалисту. Но и при выраженной финансовой мотивации, врачи стремились быть частью «профессионального фронта» и ощущать ценность своего труда. Уровень самоактуализации респондентов идентифицируется через сочетание финансовой мотивации с чувством долга и профессиональной реализации.

Анализ материалов фокус-группового интервью демонстрирует значимость финансового стимулирования, который, в то время, не является единственным фактором привлечения врачей в ковидные отделения. Его роль различается в зависимости от стажа, возраста, семейного положения, базовой заработной платы и ценностных ориентаций каждого конкретного специалиста. В долгосрочной перспективе в условиях стресса необходимо не только финансовое подкрепление, но и комплексная поддержка, в том числе психологическая, социальная и карьерная. Финансовый стимул в условиях пандемии обнажил структурные проблемы системы здравоохранения: низкие базовые оклады, зависимость от надбавок за риск, что ставит вопрос о справедливости оплаты труда медицинских работников в целом. Финансовый мотив в данных социальных условиях сыграл роль фактора мобилизации, но его эффективность ограничена без решения системных проблем здравоохранения и поддержки профессиональной идентичности.

3. Профессиональный интерес как социокультурная детерминанта обусловлен получением уникального опыта в условиях, значительно отличающихся от повседневной деятельности, «испытание на прочность» сложными, опасными условиями, ситуациями, требующими максимального включения умственных, физических и психических способностей. В интервью профессиональный интерес информантами выражается прямо: *«Для меня в первую очередь было интересно получить новый опыт работы в «красной зоне», который существенно отличается от работы в «чистой зоне»* (врач со стажем в «красной зоне» 1,5 года). Кроме того, прослеживается стремление к профессиональному росту, освоение новых компетенций и к участию в решении масштабной медицинской задачи. Эта мотивация особенно характерна для

молодых специалистов, клинических ординаторов. Экстремальная ситуация инициировала раннее профессиональное самоопределение молодых специалистов: *«На пятом курсе я работала медсестрой и поняла, что хочу продолжать помогать людям в такое тяжелое время»* (врач со стажем в «красной зоне» 0,5 года). Работа в «красной зоне» может быть определена как критический этап профессионального становления, предоставляя молодым врачам возможность реализовать знания и сформировать профессиональную идентичность в экстремальных условиях. Уникальный опыт обусловлен еще и необходимостью приобретения междисциплинарных компетенций по медицинским специальностям (рентгенология, пульмонология, реаниматология, инфекционные болезни), что расширяет профессиональные границы и повышает статус специалиста. Профессиональный интерес удовлетворяет потребность молодых специалистов в накоплении культурного и клинического капитала.

В исследуемой группе врачи женского пола чаще акцентируют внимание на помощи, эмпатии, заботе, сочетая с профессиональным интересом, что коррелирует с традиционной гендерной социализацией. Мужчины реже используют эмоционально-окрашенные формулировки, описывая помощь как профессиональную задачу. Опытные специалисты реже упоминают профессиональный интерес как ключевую мотивацию, что может отражать смещение фокуса на управленческие и наставнические задачи. А молодые врачи обращают внимание на то, что это их личностный выбор и миссия.

Согласно теории самодетерминации Ричарда Райана и Эдварда Деси профессиональный интерес отвечает базовым потребностям:

- автономия (осознанный выбор сложной работы);
- компетентность (стремление к мастерству);
- привязанность (чувство принадлежности к профессиональному сообществу, решающему важную задачу).

Мотивация профессиональным интересом формирует долгосрочный интерес к выбранной профессии, обеспечивает вовлеченность в процесс работы и заинтересованность в результате, стимулирует профессиональную

самоидентификацию и снижает риск профессионального выгорания. Пандемия ускорила темп профессионализации врачей, формируя навыки работы с неопределенностью, междисциплинарного взаимодействия и кризисного менеджмента в условиях уникальной обучающей среды. Таким образом, профессиональный интерес – основа для формирования «устойчивого» поколения врачей.

4. Нравственный императив необходимо рассматривать не только как проявление альтруистической ориентации, но и как комплексный социально-профессиональный конструкт, включающий профессиональную этику, эмпатию, эмоциональную вовлеченность, социальную ответственность перед обществом, профессиональную идентичность врача как «помощника» и «служителя». Традиционно «деятельность врача есть дело служения, а не дохода» (Силуянова И. В., 2008) [117], что подтверждают данные, полученные в ходе интервью, демонстрируя связь современного поколения врачей с профессиональной миссией: *«Главой мотивацией для врача должно быть спасение человеческих жизней, несмотря на размер зарплаты»*. Опрошенные врачи отмечают важность сочувствия и поддержки пациентов, которые *«напуганы и не понимают, что происходит»* и описывают врача как милосердную личность, что подчеркивает ценность помощи.

Альтруистическое поведение О. Конт и Э. Дюркгейм классифицировали как высшую форму человеческой морали, которое в крайних случаях может достигать до самопожертвования. Желание помочь в экстремальной ситуации можно рассматривать как проявление социальной солидарности профессиональной группы врачей, которые выступают в роли агентов выживаемости. В условиях пандемии социальная солидарность интенсифицировалась общественным ожиданием героического поведения врачей. Альтруизм – часть габитуса врача, интериоризированная в процессе профессионализации и подвергшаяся испытаниям в «красной зоне».

Нравственный детерминант определяет смысл в тяжелых условиях и является основой профессиональной удовлетворенности в случае благоприятных

исходов, в то же время может инициировать развитие стресса, эмоциональное выгорание и чувство вины при ограниченных возможностях и эмпатической вовлеченности. Желание помочь стало частью публичного нарратива о врачах-героях, что, с одной стороны, повысило статус профессии, а с другой стороны, привело к завышенным ожиданиям и стигматизации тех, кто не мог или не хотел работать в «красной зоне».

Таким образом, в исследуемой фокус-группе желание помочь можно определить как центральный элемент профессиональной идентичности врача, обусловленный личностно-этическими и системными факторами.

Второй блок вопросов позволяет оценить субъективное отношение к профессиональным условиям и трудностям, с которыми столкнулись медицинские работники во время пандемии.

Социокультурный анализ ответов врачей на вопрос о специфических качествах врача «красной зоны» позволяет выяснить, является ли медицина универсальной деятельностью с общим набором компетенций или в условиях экстремальной ситуации требуется особая профессиональная специализация? (рисунок 22).

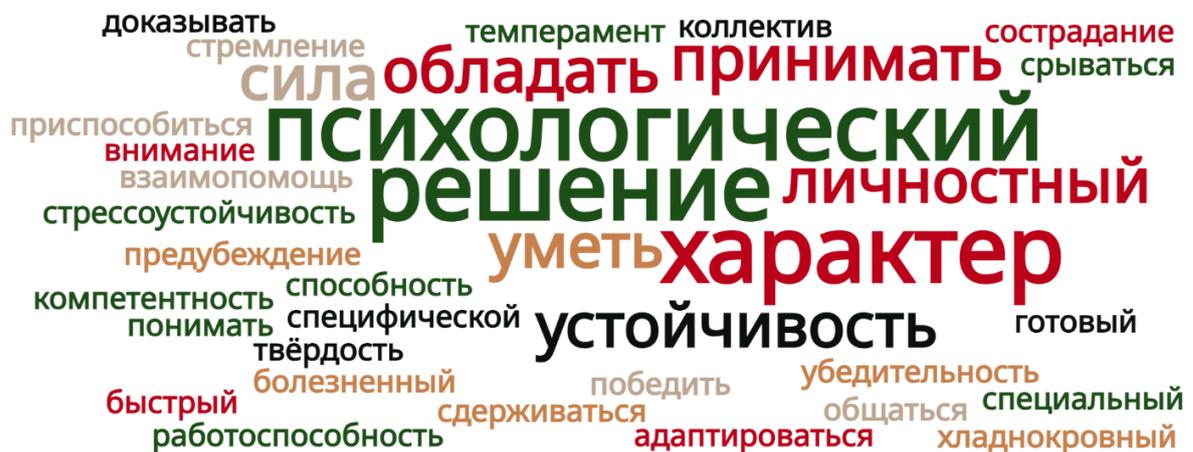


Рисунок 22 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «Как Вы считаете, работа в «красной зоне» требует от врача специальных психологических качеств, мотивации или черт характера?»

Первая группа может быть классифицирована как универсализм, доминирующий в ответах: *«Любая работа в области медицины требует...Тоже самое и для врачей «красной зоны», «Я думаю, что никаких специальных личностных особенностей для работы в «красной зоне» не требуется», «Я вообще разницы между врачами других зон и «красной» не вижу. В любой работе есть свои трудности».* Отрицание особых требований к медицинскому специалисту в экстремальных условиях можно расценить как утверждение единства и целостности медицинского сообщества перед лицом внешних обстоятельств. Врачи отказываются выделять «красную зону» как нечто исключительное. Позиция респондентов по этому вопросу противостоит внешней героизации, которая может создавать неравенство внутри профессионального сообщества. То есть, представление работы с COVID-19 как *«такой же работы»* - проявление защитного механизма адаптации через рутинизацию угрозы.

Вторая группа ответов отнесена к квалифицированному универсализму: *«Работа в «красной зоне» определенно требует ряда психологических качеств, таких как стрессоустойчивость, стремление к взаимопомощи», «Для работы в «красной зоне» врачу необходимо обладать психологической устойчивостью».* Информанты признают интенсивный характер труда, но не его исключительность. То есть отмечают, что необходимы те же качества, что и в обычных условиях, но в их максимальном проявлении. В этой группе выражен акцент на коллективность профессиональной группы. *«Стремление к взаимопомощи»* указывает на трансформацию социальной организации труда в экстремальной ситуации. Квалифицированный универсализм ставит психоэмоциональные навыки в один ряд с профессиональными компетенциями.

Третья группа – контекстуальная специализация объединила в себе следующие ответы: *«Работа в «красной зоне» все-таки является специфической ее можно сравнить с работой врачей скорой помощи или реанимации», «Врач «красной зоны» обязательно должен быть очень ответственным, знающим и умеющим сострадать».* Врачи указывают на внутрипрофессиональную

дифференциацию, а сравнение со специалистами экстренных служб создает новую профессиональную категорию внутри медицинского сообщества.

В ответ на социальные ограничения возникает необходимость развития коммуникативных навыков для корректной работы с родственниками пациентов, что говорит о расширении ролевых требований к врачу как к профессионалу. Требования одновременно *«сострадать»* и *«сохранять холодный рассудок»* отражают традиционный идеал врача-гуманиста и необходимость технологической эффективности в особых условиях. Пандемия выявила противоречие между этими двумя полюсами медицинской культуры. Профессионализм определяется не специальными качествами, а способностью к адаптации и гибкости: *«Люди приспосабливаются к новым условиям труда»*. Контекстуальная специализация акцентирует внимание не на уникальных чертах, а на функциональных компетенциях таких как стрессоустойчивость, способность быстро принимать решения). Медицинская культура специфична в целом и ценит объективные навыки выше субъективных качеств личности. Нормализация экстремальности позволяет сохранить врачам функциональность в кризисной ситуации: *«Сначала тяжело, потом привыкаешь»*.

В исследуемой группе женщины формулируют требования к личности врача в экстремальных условиях через призму заботы, акцентируя внимание на сострадании, взаимопомощи, милосердии, понимающем отношении, проявляя к работе отношение как к продолжению традиционных женских ролей заботы. Мужчины фокусируются на быстрых решениях, рациональности, хладнокровии. Из чего следует, что профессиональная культура врача в условиях пандемии воспроизводит гендерные стереотипы, интегрируя их в новые профессиональные требования.

Профессиональная культура врача в экстремальных условиях характеризуется целостностью медицинской профессии, демонстрирует устойчивость ключевых принципов и одновременно гибкость в переосмыслении требований. Пандемия вызвала перераспределение акцентов от автономии врача к коллективной ответственности, от клинического совершенства к психологической

устойчивости. Таким образом, профессиональная культура врача представляет собой не жесткую основу, а динамическую систему смыслов, позволяющая медицинскому сообществу сохранять идентичность в условиях радикального вызова.

В структуре ответов на вопрос «Какой для вас оптимальный отдых после смены в «красной зоне»?» выделяются ответы, отражающие необходимость удовлетворения биологических потребностей, в первую очередь: «*Полноценный сон*», «*Выспаться*», «*Лечь спать*». Во-вторых, опрошенные предпочитают социально-коммуникативный отдых: «*Общение с друзьями*», «*Побывать с родственниками*», «*Встречи*». Кроме того, смена деятельности с целью когнитивной перезагрузки так же предпочтительны для исследуемой группы: «*Прогулка*», «*Посещение кинотеатра*», «*Очень сильно помогает отвлечься занятие творческой деятельностью, например, рисованием*», «*Мне помогло чтение или просмотр фильмов для того, чтобы максимально отдалиться от всего того, что происходит в «красной зоне»*», «*Так же для снятия стресса я посещаю тренажерный зал, бассейн*». Наряду с оптимальным видом отдыха, высказываются требования к организации труда, позволяющие восстановить силы: «*Дежурства сутки через трое*», «*Достаточный перерыв*» (рисунок 23).

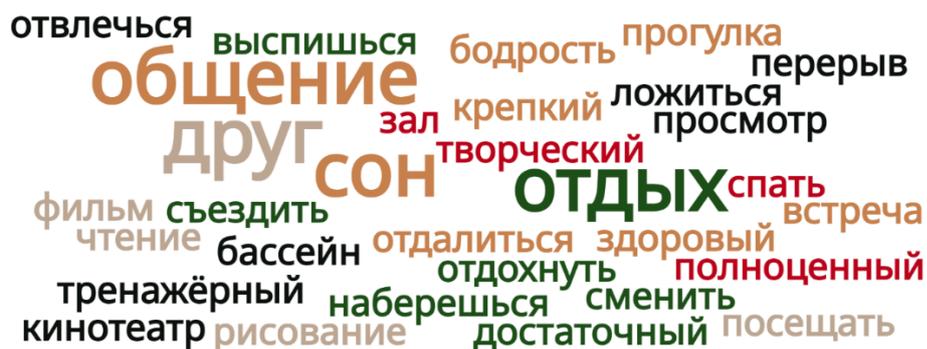


Рисунок 23 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «Какой для вас оптимальный отдых после смены в «красной зоне»?»

Необходимость во сне описывается не как личная слабость, а как техническое условие продолжения работы: *«Потому что на суточном дежурстве, даже на обычном дежурстве обычно выматываешься, т.к. нужно сделать много дел и плюс ко всему, ненормированный график, а в «красной зоне» эти условия усугубляются»*. Данные, полученные в ходе интервью, демонстрируют, что потребность во сне легитимируется только через призму профессиональной эффективности, *«чтобы восстановиться и заступить на новое дежурство»*, что отражает инструментализацию тела врача в экстремальных условиях.

Общение с друзьями и родными выступает в роли антидота против профессиональной изоляции и эмоционального выгорания. Вне работы врач возвращается к ролям члена семьи, друга, что помогает дистанцироваться от травмирующего опыта «красной зоны». Ответы не демонстрируют явных гендерных различий в этой категории, что говорит об универсальности данной потребности в условиях стресса.

Смена деятельности может быть рассмотрена как символический уход от работы. Активная деятельность (спорт, творчество, хобби, прогулки) – это переход из состояния «врач в зоне риска» в состояние обычной повседневной деятельности. Кроме того, это еще и попытка восстановить контроль, утраченный во время работы в условиях хаоса и непредсказуемости. Выбор «сложного отдыха» (тренажерный зал, бассейн, рисование) может косвенно отражать ценность самодисциплины, развития и рефлексии, присущую профессиональной группе.

Запрос на *«дежурства сутки через двое»* проявляется как критика существующей системы организации работы в «красной зоне» и признание ее деструктивности для здоровья врача. В данном случае отдых – право, а не привилегия. Формулировка *«необходимо, чтобы...»* в ответе *«Необходимо, чтобы дежурства были сутки через двое. Это будет оптимально в плане отдыха. Достаточный перерыв, чтобы сменить деятельность, куда-то съездить, побыть с родственниками»* представляет собой не просто пожелание, а

указывает на формирование коллективного профессионального требования к работодателю, к системе.

Рассматривая результаты интервью через призму, теории профессиональных сообществ (Э. Хьюз, Э. Фридсон) необходимо отметить, что исследуемая профессиональная группа ориентирована на ответственность и самоконтроль, так как даже отдых планируется как ресурс для возвращения к работе. Автономия в сфере отдыха становится компенсацией за ее отсутствие в рабочей обстановке. Практики отдыха можно рассматривать как «островки сопротивления» против поглощения личности институтом «красной зоны». Стремление *«отдалиться от всего того, что происходит в «красной зоне»* – это попытка сохранить собственное «Я» в условиях, стирающих индивидуальность. Через восполнение биологической потребности в отдыхе врачи пытаются вернуть собственному телу статус «своего» для того, чтобы не быть просто «инструментом» системы.

Описанные категории отдыха направлены на борьбу с тремя компонентами профессионального выгорания (Теория выгорания К. Маслач):

- 1) Эмоциональное истощение, которой компенсируется информантами с помощью сна, общения.
- 2) Деперсонализация – общением с близкими.
- 3) Снижение профессиональных достижений – сменой деятельности для восстановления чувства компетентности и контроля.

Следует обратить внимание на латентные смыслы, заключающиеся в парадоксе желания вернуться к работе: *«Но всегда хочется вернуться к пациентам»*. Что отражает глубокую амбивалентность – тяготение к месту травмы как к месту профессиональной реализации и смысла. Ни один респондент не упоминает пассивный, недейтельный отдых как ценность, демонстрируя внутреннюю установку на продуктивность, интериоризированную профессиональной культурой, которая сохраняется даже в отдыхе. Таким образом, процесс отдыха врачей «красной зоны» является продолжением профессиональной логики выживания. Он инструментален, рационален и

подчинен цели восстановить работоспособность. Культура медицинского специалиста проявляется и в отдыхе – через ценности самоконтроля, дисциплины и ответственности. Анализ способов отдыха после работы обнажает ключевое противоречие, заключающееся в том, что врач как субъект, берущий на себя ответственность за свое восстановление, при том, что причины истощения носят объективный, системный характер.

Во время пандемии, возник феномен героизации врачей, активно транслируемый в средствах массовой информации. Исследование отношения врачей к данному феномену выявило умеренно критическое восприятие (рисунок 24).



Рисунок 24 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «Как вы относитесь к героизации врачей ковидариев?»

Большинство врачей выражают мнение, что работа в «красной зоне» – это часть профессионального долга и не является подвигом: *«Со своей точки зрения могу сказать, что то такая же работа...Думаю, что врачи обычного стационара рискуют своей жизнью и совершают героические поступки куда чаще»*, *«Сложно сказать, что врачи «красной зоны» прямо-таки герои, а врачи «чистой зоны» меньше герои...Все герои»*. Данные высказывания отражают коллективистский характер медицинской профессиональной культуры исследуемой группы. Ценность труда респондентами определяется не местом работы, а профессионализмом и готовностью к риску.

Часть респондентов признает то, что во время пандемии сложились особые условия, но обращает внимание на системность подвига. Врачи отмечают, что

героизм был особенно выражен и заметен в начале пандемии, когда не было четкого представления о болезни, протоколов лечения и средств защиты: *«Особенно тогда, когда мир столкнулся впервые с этим вирусом...труд врачей был действительно героическим», «Первопроходцы, они, наверное, чуть больше герои».* Врачи связывают геройство с экстремальными условиями и неизвестностью, а не просто с выполнением обязанностей.

При этом, в фокус-группе звучат и опасения использования феномена героизации для оправдания системных проблем (высокая нагрузка, риск заразиться, недостаточная оплата): *«Почему во время COVID-19 относиться к ним нужно так, а во время других пандемий как-то по-другому...В любом деле, особенно, когда по сути война врачей с болезнью, есть место подвигу», «Наблюдается попытка свести героическую составляющую...к минимуму, объясняя это долго службы, наличием оплаты»,* то есть выражается критическое отношение к публичной риторике, которая может обесценивать реальные риски и трудности профессии.

Исходя из полученных данных можно сказать, что врачи акцентируют внимание не на героическом статусе, а, в основном, на профессиональных и личностных качествах: стрессоустойчивость, ответственность, эмпатия, готовность к риску: *«Главной мотивацией для врача должно быть спасение человеческих жизней», «Врач должен обладать огромным багажом знаний... и применять все это на практике»,* что соответствует ценностям профессиональной культуры врача, выставляя пациента выше, чем внешнее признание.

Менее опытные врачи (со стажем в ковидном отделении до 1 года) чаще склонны признавать героизацию, возможно по причине недавнего опыта вхождения в профессию в экстремальных условиях. Врачи, работающие в ковидных отделениях более года, подчеркивают преимущество врачебного подвига вне зависимости от условий и места работы. Это связано с разными этапами профессиональной социализации: для менее опытных специалистов

работа в «красной зоне» стала ключевым опытом в то время, как опытные врачи видят ее в контексте общей врачебной практики.

В отношении информантов к вопросу о героизации так же прослеживается коллективная идентичность. Врачи воспринимают себя как часть единого профессионального сообщества, где подвиг – не исключение, а часть повседневной работы и место для подвига врача любой специальности есть каждый день. Этика служения выражается и в том, что героизм не является самоцелью и воспринимается через призму профессионального долга. Критическая рефлексия транслируется через запрос на более сбалансированное признание труда всех медицинских работников, а не только тех, кто работает в «красной зоне». Ценность работы в условиях пандемии видится прежде всего в приобретенном опыте, а не в публичном признании. Отношение врачей к героизации отражает глубоко укорененные ценности медицинской профессиональной культуры: скромность, коллегиальность, акцент на реальной помощи пациентам и критическое отношение к медийным нарративам, которые могут упрощать и искажать суть врачебного труда.

На основе анализа ответов врачей на вопрос: «Как COVID-19 изменил ваше мышление и отношение к жизни?», выделено несколько ключевых паттернов в рефлексии о влиянии пандемии на личное мировоззрение.

Индивидуальная вариативность в рамках профессиональной группы колеблется от полного отрицания влияния до признания значительных изменений в восприятии жизни. Ответ респондента: *«Никак не изменил»* свидетельствует о психологической защите или об устойчивой профессиональной идентичности, когда болезнь, смерть воспринимаются как часть профессии, т.к. сформирована установка на нормализацию экстремального опыта в рамках врачебной деятельности. У части информантов столкновение со смертью, риском вызывает экзистенциальную рефлексию: *«Жизнь скоротечна и каждый момент ее нужно ценить»*. Развернутый ответ о ценности здоровья, границ, спокойствия: *«Отмечу, что, когда основное количество времени общаешься с заболевшими пациентами разной степени тяжести, начинаешь ценить свое здоровье и вообще жизнь. Ведь*

после выздоровления от коронавируса есть вероятность развития отдаленных последствий, осложнений, которые могут быть смертельными. Поэтому начинаешь тщательней соблюдать элементарные правила гигиены. Для меня так же положительным моментом было соблюдение самоизоляции и социальной дистанции. Это помогло лучше отстаивать свои границы, ценить время, проведенное наедине с собой, но также скучать по общению с близкими. На фоне паники пациентов я научилась хранить определенное спокойствие» демонстрирует профессиональную закалку и личностный рост через преодоление трудностей.

В ответах выделяются две противоположные, но сосуществующие тенденции:

1) Притупление эмоциональной реакции или десенситизация как механизм психологической защиты в условиях хронического стресса: *«За время работы видела многое. Страшно говорить, конечно, но мне кажется, что меня уже особо ничем не удивишь и не напугаешь».*

2) Экзистенциальное прозрение – повышенное внимание к ценности жизни и здоровья, характерное для тех, кто регулярно сталкивается с пограничными ситуациями (болезнь, смерть): *«Жизнь скоротечна...».*

Врачи так же отмечают изменения в бытовом и социальном поведении. Пандемия стала катализатором переоценки личных границ, гигиенических привычек и баланса между одиночеством и общением: *«начинаешь тщательней соблюдать элементарные правила гигиены. Для меня так же положительным моментом было соблюдение самоизоляции и социальной дистанции. Это помогло лучше отстаивать свои границы, ценить время, проведенное наедине с собой».*

Пандемия COVID-19 повлияла и на профессиональную самоидентификацию молодых специалистов: *«Я поняла, что для меня работа в амбулаторном звене достаточно сложная, поэтому в дальнейшем планирую работать по узкой специальности в стационарных условиях».*

Пандемия – травматичный, формирующий опыт, ведущий к профессиональному и личностному росту, но также и к эмоциональному

выгоранию или защитному отрицанию. Экстремальные условия способствовали развитию экзистенциальной составляющей врачебной профессии. Ценность здоровья и жизни становится ежедневной практикой, формируя профессиональную и личную доминанту. В исследуемой группе выявлен высокий потенциал адаптивных способностей и способность врачей интегрировать тяжелый опыт в профессиональную идентичность. Способность анализировать изменения в себе и своей работе свидетельствует о развитой рефлексивности как компонента профессиональной культуры современного врача. Тем не менее, несмотря на общие внешние условия, опыт переживания пандемии остается глубоко индивидуальным.

Размышления врачей о влиянии ковидного периода на их отношение к жизни раскрывают глубинные слои профессиональной культуры:

- рациональное принятие риска;
- экзистенциальная ответственность;
- психологическая защита;
- личностная и профессиональная трансформация.

Пандемия стала своего рода «испытательным полигоном» и для профессиональной идентичности врачебного сообщества, актуализировав вопросы смысла работы, ценности жизни и личных границ в условиях постоянного стресса.

Смещение акцента с личности на контекст отражает профессиональную культуру, ориентированную на решение задач, а не на самопрезентацию. Врачи ассоциируют себя прежде всего с профессией в целом, а не с «красной зоной».

Ответы респондентов на вопрос «Какими 3-4 словами вы можете охарактеризовать врача как личность?» позволяют выявить систему профессионально-личностных ценностей, составляющих ядро врачебной идентичности в условиях современного медицинского сообщества, в том числе прошедшего через опыт «красной зоны» (рисунок 25).



Рисунок 25 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «Какие же особенности характера присущи врачам «красной зоны» нового поколения?»»

Рассматривая профессиональную культуру как синтез волевых и эмоциональных качеств, можно сказать, что ответы информантов демонстрируют баланс между рационально-волевыми и эмоционально-волевыми компонентами. Рационально-волевой блок отражает установку на действие в условиях неопределенности и нагрузки, характерную для современной медицины, особенно в кризисных условиях и определяется высказываниями: *«стрессоустойчивая», «способная принимать быстрые решения», «решительность», «упорство»*. Эмоционально-волевой блок включает традиционные ценности профессиональной культуры врача, сохраняющие актуальность, даже в высокотехнологичной среде, и характеризуются ответами: *«милосердная», «сострадание», «внимательность», «гуманизм»*.

Такой баланс можно интерпретировать как профессиональный идеал, в котором эффективность не противоречит человечности. Акцент на устойчивости и адаптивности отражает ответ на вызовы пандемии. Стессоустойчивость, решительность, способность принимать быстрые решения прямо коррелируют с условиями работы в «красной зоне», требующими высокой психологической резистентности и оперативности в условиях дефицита времени и ресурсов. Таким образом, опыт кризиса инкорпорируется в набор ожидаемых личностных качеств.

Гуманизм и этика отношений – неизменная основа профессиональной культуры врача. Даже врачи, акцентирующие внимание на волевых качествах,

упоминают об этической компоненте: «милосердная», «сострадание», «уважительность», «гуманизм». Полученные результаты свидетельствуют о том, что профессиональная идентичность врача остается ценностно-ориентированной и не сводится к технократической модели.

Профессиональная автономия врача проявляется через трансляцию таких качеств, как *«независимость»*, *«желание развиваться»*, что отражает установку на профессиональную самореализацию и автономию, характерные для современной модели профессионала, способного к самообразованию и критическому мышлению.

Следует вывод, что врачебная идентичность комплексна, многомерна и включает волевые, эмоциональные, этические и интеллектуальные компоненты, что позволяет профессионалу функционировать в экстремальных условиях. Кризисный опыт актуализирует, но не меняет ядро профессиональных ценностей. А такие качества как стрессоустойчивость и решительность дополнили, но не вытеснили гуманизм и сострадание. Профессиональная культура врача ориентирована на идеал «устойчивого гуманиста», сочетающего эффективность, психологическую резистентность и этическое отношение к пациенту. Коллективное представление о профессиональном идеале транслируется внутри сообщества и служит основой для профессиональной социализации молодых врачей.

Проведенное исследование фокус группы выявило глубокую и многомерную трансформацию профессиональной культуры врача в условиях пролонгированного воздействия факторов экстремальной ситуации. Эта трансформация носит адаптивный, но не революционный характер. Традиционные ценности медицинской профессии были переосмыслены, усилены и дополнены новыми акцентами, сформированными новым опытом.

Таким образом, можно выделить ключевые направления трансформации профессиональной культуры:

- 1) Смещение вектора профессиональной культуры от индивидуализма в сторону коллективизма, взаимопомощи и солидарности. Врачи стали меньше

акцентировать свою автономию как экспертов, больше – командную работу и коллективную ответственность.

2) Психологизация профессионального идеала, проявляющаяся в приоритете психоэмоциональных компетенций: стрессоустойчивость, эмоциональная регуляция, способность работать в условиях неопределенности и хронического стресса. Эти качества образуют ядро профессионализма в экстремальных условиях, сохраняя баланс с традиционными ценностями – эмпатией, гуманизмом, милосердием.

3) Контекстуализация этических норм, придавшая гибкости и ситуативности профессиональной этике. Врач вынуждены принимать «холодные решения» в условиях дефицита ресурсов, совмещая клиническую эффективность с этической ответственностью. Что привело к формированию адаптивной профессиональной этики и переосмыслению принципов в экстремальном контексте.

4) Инструментализация отдыха и телесности, заключающаяся в том, отдых стал ресурсом для восстановления работоспособности.

5) Критическое отношение к публичным нарративам. Врачи продемонстрировали рефлексивность по отношению к медийной героизации, предполагая риски обесценивания реальных трудностей и системных проблем, что свидетельствует о зрелости профессиональной культуры, способной к самоанализу и критике внешних интерпретаций.

6) Ускорение профессионализации молодых специалистов. Пандемия как «социальный катализатор» способствовала развитию ранней клинической зрелости, адаптивности и устойчивости.

2.4. Профессиональная инкультурация врача в социальном поле экстремальной ситуации

Анализ материалов фокус-группового интервью с врачами «красной зоны» позволяет выделить особенности профессиональной инкультурации врача в условиях экстремальных ситуаций на модели пандемии.

Профессионализацию молодых специалистов в данных условиях можно охарактеризовать как экстремальную: *«COVID-19 ускорил процесс погружения молодых специалистов в полноценную работу в условиях приближенным к боевым»* (информант, жен., стаж 11 лет). В условиях острой необходимости в специалистах в ковидных отделениях в «красную зону» привлекались молодые врачи, клинические ординаторы, что значительно ускорило процесс их социализации в профессиональном смысле путем экстремальных влияний: профессиональная инициация через травму, колоссальный разрыв между теорией и практикой, необходимость принимать самостоятельные решения и нести полную ответственность.

Ответы врачей на вопрос о формировании нового поколения медицинских специалистов в условиях работы в период пандемии COVID-19 демонстрируют несколько аспектов профессиональной культуры, связанных с преемственностью, адаптацией, идентичностью и трансформацией медицинского сообщества.

Утвердительные ответы акцентируют внимание на ускоренной профессиональной социализации в стрессовых условиях профессиональной деятельности: *«Да, можно сказать, что молодое поколение подросло благодаря ковиду»* (информант, жен., стаж 17 лет).

Отрицательные или скептические ответы указывают на то, что адаптация к сложным условиям – это часть профессии в целом: *«Я бы не сказала, что формируется новое поколение врачей»* (информант, жен., стаж 11 лет).

Представляет интерес, оценка врачами участия студентов в волонтерских движениях во время пандемии. Мнения врачей разделились примерно паритетно:

47,1% считает, что это полезно для будущей профессиональной деятельности; 45,4% уверены, что во время обучения надо заниматься освоением знаний и навыков, а не общественной работой.

Некоторые врачи условно признают приобретение особого опыта, но с осторожностью в терминологии: *«Сложно сказать о том, что формируется новое поколение врачей, но большое количество молодых врачей, которые сразу пошли в «красную зону» работать, либо почти сразу, уже на старте своей карьеры приобрели определенную закалку, определенный отличный опыт. И у них появилась, скажем так, уже в самом начале способность быстро принимать решения, стойкость, психологическая устойчивость и прочее. Но я не знаю, на сколько это можно называть новым поколением».*

В условиях экстремальной деятельности можно выделить ряд особенностей профессиональной инкультурации врача:

- 1) Ускоренный профессиональный рост, ассоциированный с необходимостью раньше начать трудовую деятельность, соответственно и принимать решения самостоятельно, и нести ответственность за свои действия.
- 2) Формирование особых личностных качеств, таких как стрессоустойчивость, способность быстро реагировать.
- 3) Глубокая рефлексия на социально-культурные организационные реалии: *«Красная зона останется с нами навсегда».*
- 4) Интериоризация институциональных изменений в здравоохранении, которые влияют на профессиональную среду в долгосрочной перспективе.

В тоже время некоторые врачи-информанты подвергают критике триггер профессионализации, опровергая исключительность опыта в «красной зоне»: *«Наверное нет...В любой работе есть свои трудности. Сначала тяжело, потом привыкаешь»* (информант, муж., стаж 10 лет).

Медицинская культура стремится интегрировать новый опыт в существующую систему ценностей, моделируя «новое поколение» врачей. Трансформация индивидуальной формы работы врачей к коллективной в условиях чрезвычайной ситуации вносит коррективы в медицинскую культуру, о

чем свидетельствуют акценты на важности командной работы, ценности взаимопомощи коллег и общих целей.

Большинство информантов считает опыт работы в «красной зоне» безусловно ценным и уникальным, но не обязательно формирующим усовершенствованную идентичность. Формирование абсолютно «нового поколения» врачей означало бы смену ценностей, подходов к диагностике, лечению, отношений с пациентами и системой здравоохранения, потому мы говорим об усовершенствованном поколении медицинских специалистов, эволюционировавших под влиянием экстремального опыта. Пандемия ускорила профессиональное взросление молодых врачей, усилила их адаптационные способности и заложила основы для будущих изменений в организации медицинской помощи.

В полученных данных прослеживается противоречие универсальной и контекстуальной идентичности врача. С одной стороны, профессия требует универсальных качеств вне зависимости от места работы, а с другой стороны, работа в «красной зоне» формирует особые компетенции и мировоззрение специалиста экстремального профиля.

С целью получения представления о характерных чертах врача «нового поколения» информантам был предложен вопрос: «Какие же особенности характера присущи врачам «красной зоны» нового поколения?». В ходе интервьюирования выявлены скорее не принципиально новые качества, а скорее актуализированные и усиленные уже существующие (рисунок 26).

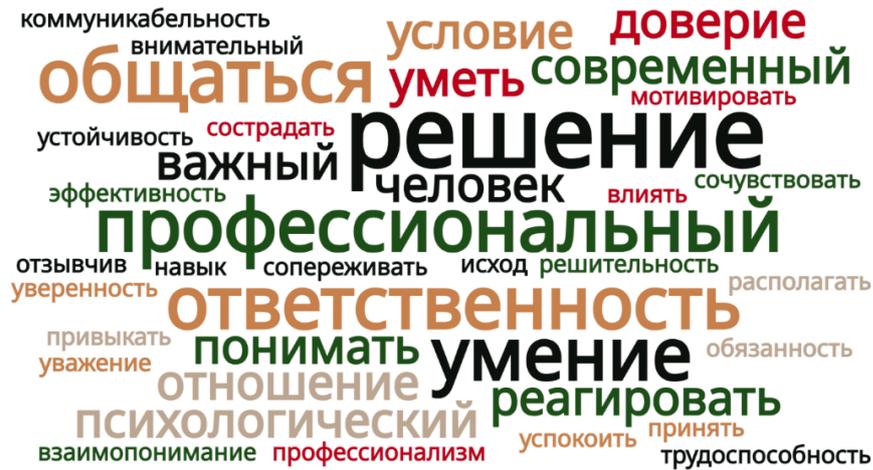


Рисунок 26 – Облако слов (визуальная модель компрессии информации текста) ответов на вопрос: «Какие же особенности характера присущи врачам «красной зоны» нового поколения?»

Большинство врачей сознательно избегают описания специфических черт «нового поколения»: *«На счет характера сложно сказать...Люди приспосабливаются к новым условиям труда, относится к любой деятельности», «Я вообще разницы между врачами других зон и красной не вижу...Просто привыкаешь и работаешь»* (информант, муж., стаж 10 лет).

Это показывает профессиональную солидарность и нежелание делиться на «особых» и «обычных» врачей.

Врачи исследуемой группы говорят о свойствах, позволяющих адаптироваться к экстремальным условиям: *«Современные условия требуют современных решений и нового взгляда на лечение», «Умение быстро приспосабливаться, адаптироваться и не выгореть»* (информант, жен., стаж 12 лет).

Так же респонденты обращают внимание на инвариантные профессиональные качества врача, усиленные опытом «красной зоны»: *«Устойчивость психологическая, высокая трудоспособность, возможность быстро реагировать, сопереживать», «Ответственность, знание, умение сострадать, тактичность в общении с родственниками», «Жесткость, некоторая холодность в ответ...Вырабатывается вынужденно из-за потока*

пациентов». Ответы сводятся к усилению традиционных личностных качеств профессиональной группы, что свидетельствует о том, что профессиональная культура врача сохраняет ядро ценностей даже в кризисных ситуациях.

Профессиональная инкультурация подразумевает интериоризацию ценностей, норм поведения, социальных установок профессии, которые частично можно идентифицировать как необходимые в рассматриваемом контексте личностные качества.

Анализ ответов врачей фокус-группы на вопрос: «Какими 3-4 словами вы можете охарактеризовать врача как личность?» выявил высокую степень согласованности профессиональных ценностей даже в условиях разнообразия индивидуального опыта.

Согласно полученным данным ядро врачебной идентичности включает:

- моральную и психологическую устойчивость;
- решительность;
- компетентность;
- гуманизм;
- эмпатию;
- ориентацию на развитие.

Этот набор качеств можно рассматривать как адаптивный комплекс, позволяющий медицинскому специалисту сохранять целостность и эффективность как в рутинных, так и в экстремальных условиях.

Проведенный анализ результатов социологического опроса врачей, принимавших в работе «красных зон» ковидариев, позволил выделить инвариант социально-психологических детерминант, необходимых для профессиональной деятельности в экстремальных условиях (рисунок 27).

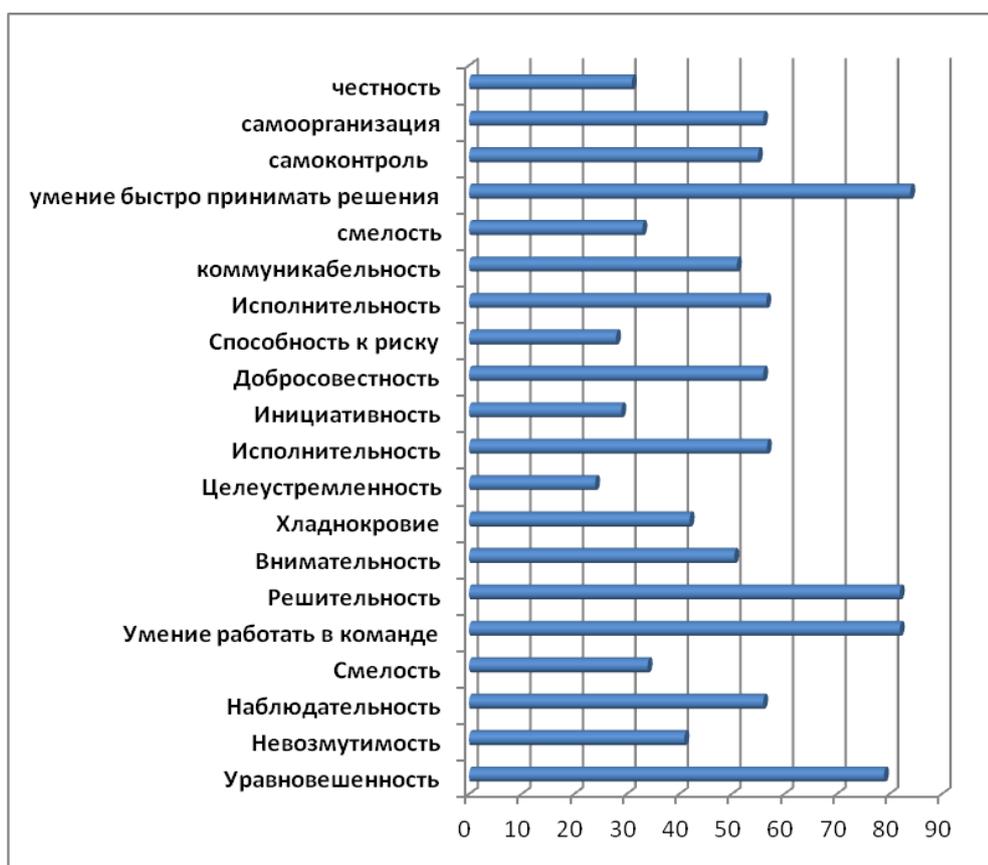


Рисунок 27 – Оценка врачами «красной зоны» личностных качеств по критерию их значимости для работы в экстремальных ситуациях

(Распределение респондентов при ответе на вопрос: «Какие качества, на Ваш взгляд, наиболее значимы для работы в «красной зоне»?» По оси ординат: наиболее значимые качества для работы в «красной зоне». По оси абсцисс: распределение ответов респондентов в %)

Наиболее значимо врачи оценили:

- умение быстро принимать решения (86,6%);
- решительность (84,5%);
- умение работать в команде (82,5%).

Наименее значимо врачами были оценены такие качества, как:

- способность к риску (28,5%);
- инициативность (29,9%);
- целеустремленность (24,4%);
- смелость (33,2%).

Ранжирование ценностных ориентиров проводилось на основе выбора респондентами моральных ценностей, представляющих особое значение при

осуществлении врачебной деятельности в условиях пандемии COVID-19, по уровням значимости: наиболее значимые, средней значимости и незначимые [41].

Наиболее значимыми ценностями в условиях чрезвычайной ситуации в исследуемой группе выбраны «терпеливость» (78,5%), «добросовестность» (73,1%) и «человечность» (75,8%). Среднюю позицию из предложенных вариантов составили «сострадание» (54,3%), «отзывчивость» (52,2%) и «толерантность» (48,9%), а также 51,1% респондентов выбрали «честность» и 47,3% – «чувство долга»; 48,9% отметили «порядочность». Такие важные моральные ценности как «доброта» и «милосердие» были выбраны 34,4% и 32,8% соответственно (рисунок 28).

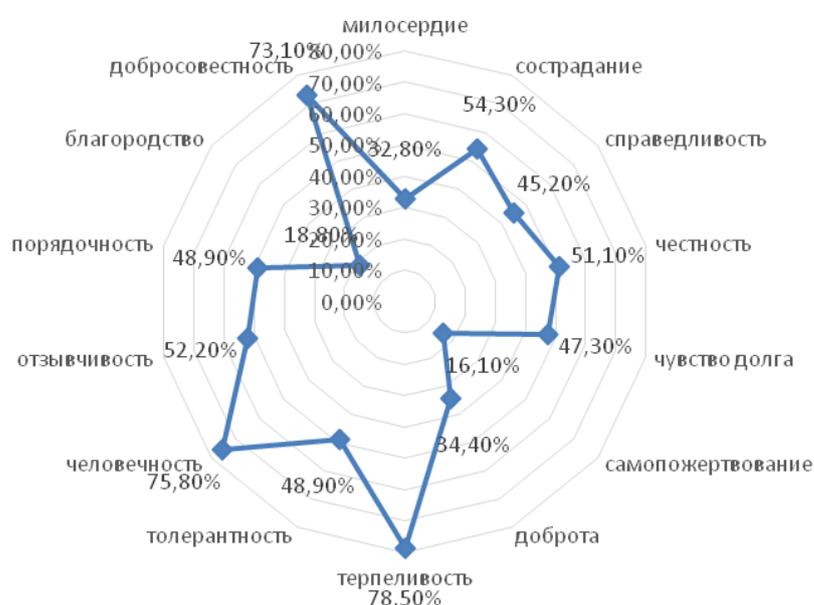


Рисунок 28 – Матрица ценностного компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности

Обращает внимание, что наименее значимыми, по мнению респондентов, оказались «благородство» (18,8%) и «самопожертвование» (16,1%), несмотря на выраженную тенденцию этого периода к героизации профессии врача. Можно предположить, что условия экстремальной деятельности не формируют героические паттерны поведения врачей, со склонностью к повышенному риску (самопожертвованию), а мобилизуют нравственные паттерны (сострадание, чувство долга, отзывчивость).

Анализ полученных данных, демонстрирует доминирование высших моральных ценностей - милосердия и альтруизма, в матрице профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности, что отражает трансформации ценностных ориентиров, в условиях массового характера нуждающихся в оказании медицинской помощи и риска для собственной жизни. В подобной ситуации большинство врачей, не обладающих достаточным опытом, как привлекающиеся в ковидарии непрофильные специалисты (оториноларингологи, дерматологи и т.п) и (или) еще не сформировавшимися «идеальными» моральными ценностями, как молодые врачи, испытывая витальные угрозы своей жизни гипотетически не способны эмоционально сострадать и сопереживать большому количеству пациентов. Тем не менее, врачи стремятся качественно выполнять свои обязанности, проявляя чувство долга, что свидетельствует о профессиональной установке и ориентации на благо пациента, демонстрируют высокие позиция в ядре профессиональной культуры добросовестности, человечности, сострадания.

Выводы по Главе 2

1. Мотивационная компонента профессиональной культуры врача в экстремальной ситуации включает:

- необходимость выполнения профессиональных обязанностей (35% респондентов отметили в категориях «профессиональная солидарность» и «чувство долга»);
- финансовое стимулирование – повышенная оплата труда врачей «красных зон» (отметили 40,2%; респондентов; участники фокус группы охарактеризовали, как элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях, позволяющий компенсировать профессиональные риски;

- профессиональный интерес как социокультурная детерминанта обусловлен получением уникального опыта (34,4% ответили, что их привлекла возможность получения нового практического опыта и 98,8% высоко оценили полученный опыт для дальнейшей работы);
- нравственный императив профессии (отрицание врачами-информантами «героизма»: «...это такая же работа...», «... врачи обычного стационара рискуют своей жизнью и совершают героические поступки куда чаще», «сложно сказать, что врачи «красной зоны» прямо-таки герои, а врачи «чистой зоны» меньше герои...Все герои». Врачи акцентируют внимание не на героическом статусе, а, в основном, на профессиональных и личностных качествах: стрессоустойчивость, ответственность, эмпатия, готовность к риску: «Главной мотивацией для врача должно быть спасение человеческих жизней», «Врач должен обладать огромным багажом знаний... и применять все это на практике».

2. Профессиональная культура врача в условиях экстремальной ситуации представлена как синтез волевых и эмоциональных качеств, ответы информантов демонстрируют баланс между рационально-волевыми и эмоционально-волевыми компонентами. Рационально-волевой блок отражает установку на действие в условиях неопределенности и нагрузки, характерную для современной медицины, особенно в кризисных условиях и определяется высказываниями: «стрессоустойчивая», «способная принимать быстрые решения», «решительность», «упорство». Эмоционально-волевой блок включает традиционные ценности профессиональной культуры врача, сохраняющие актуальность, даже в высокотехнологичной среде, и характеризуются ответами: «милосердная», «сострадание», «внимательность», «гуманизм». Размышления врачей о влиянии ковидного периода на их отношение к жизни раскрывают глубинные слои профессиональной культуры:

- рациональное принятие риска;
- экзистенциальная ответственность;

- психологическая защита;
- личностная и профессиональная трансформация.

3. На модели пандемии эксплицированы трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности:

- Коллективизация профессионального идеала, заключающаяся в смещении вектора профессиональной культуры от индивидуализма в сторону коллективизма, взаимопомощи и солидарности. Врачи стали меньше акцентировать свою автономию как экспертов, больше – командную работу и коллективную ответственность.
- Психологизация профессионального идеала, проявляющаяся в приоритете психоэмоциональных компетенций: стрессоустойчивость, эмоциональная регуляция, способность работать в условиях неопределенности и хронического стресса. Эти качества образуют ядро профессионализма в экстремальных условиях, сохраняя баланс с традиционными ценностями – эмпатией, гуманизмом, милосердием.
- Контекстуализация этических норм, придавшая гибкости и ситуативности профессиональной этике. Врач вынуждены принимать «холодные решения» в условиях дефицита ресурсов, совмещая клиническую эффективность с этической ответственностью. Что привело к формированию адаптивной профессиональной этики и переосмыслению принципов в экстремальном контексте.
- Инструментализация отдыха и телесности, заключающаяся в том, отдых стал ресурсом для восстановления работоспособности.
- Критическое отношение к публичным нарративам. Врачи продемонстрировали рефлексивность по отношению к медийной героизации, предполагая риски обесценивания реальных трудностей и системных проблем, что свидетельствует о зрелости профессиональной культуры, способной к самоанализу и критике внешних интерпретаций.

- Ускорение профессионализации молодых специалистов. Пандемия как «социальный катализатор» способствовала развитию ранней клинической зрелости, адаптивности и устойчивости.

4. В условиях экстремальной деятельности можно выделить ряд особенностей профессиональной инкультурации врача:

1) Ускоренный профессиональный рост, ассоциированный с необходимостью раньше начать трудовую деятельность, соответственно и принимать решения самостоятельно, и нести ответственность за свои действия.

2) Формирование особых личностных качеств, таких как стрессоустойчивость, способность быстро реагировать.

3) Глубокая рефлексия на социально-культурные организационные реалии: *«Красная зона останется с нами навсегда».*

4) Интериоризация институциональных изменений в здравоохранении, которые влияют на профессиональную среду в долгосрочной перспективе.

5. Проведенный анализ результатов социологического опроса врачей, принимавших в работе «красных зон» ковидариев позволил выделить инвариант социально-психологических детерминант, необходимых для профессиональной деятельности в экстремальных условиях; умение быстро принимать решения (86,6%); решительность (84,5%), умение работать в команде (82,5%). Наименее значимо врачами были оценены смелость (33,2%), способность к риску (28,5%), инициативность (29,9%), и целеустремленность (24,4%).

6. Матрица ценностного компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности представлена ранжированными значимым моральными ценностями: «терпеливость» (78,5%), «добросовестность» (73,1%) и «человечность» (75,8%), «сострадание» (54,3%), «отзывчивость» (52,2%) и «толерантность» (48,9%), «честность» (47,3%) и «чувство долга» (48,9%), «доброта» (34,4%), «милосердие» (32,8%), «благородство» (18,8%) и «самопожертвование» (16,1%).

ГЛАВА 3

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ВЕКТОРЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ГОТОВНОСТИ ВРАЧА К ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

3.1. Социокультурные барьеры готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях

Формирование профессиональной культуры врача в большей мере начинается в условиях образовательной среды. Для исследования компонентов профессиональной культуры, отражающих готовность к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, мы проводили комплексное исследование с использованием социологического опроса в модельной группе студентов лечебного факультета и контрольной группе студентов нелечебных специальностей, а также с применением психодиагностических методик.

Социологический опрос студентов был ориентирован на выявление субъективной оценки готовности к работе в экстремальных ситуациях. Согласно результатам социологического опроса бы получена матрица социально-психологических предикторов профессиональной готовности к экстремальным условиям (рисунок 29), приоритетами которой являются:

- решительность, отметивших 83,96% студентов по общему показателю (92,31% юношей и 79,1% девушек);
- уравновешенность, отметивших 82,08% по общему показателю (84,62% юношей и 80,60% девушек);
- умение работать в команде, отметивших 66,98% по общему показателю (71,79% юношей и 64,18% девушек);
- внимательность, отметивших 66,04% по общему показателю (64,10% юношей и 67,16% девушек).



Рисунок 29 – Матрица социально-психологических предикторов профессиональной готовности к экстремальным условиям студентов модельной группы

Для оценки формирования профессиональной культуры мы провели компаративный анализ значимости ряда личностных качеств, необходимых для работы в экстремальных ситуациях, групп врачей и студентов (рисунок 30).

Сравнение с врачами «красной зоны» демонстрирует завышение студентами значения качеств – способность к риску (отметивших 65,5% студентов и 28,1% врачей; $p \leq 0,5$), целеустремленность (отметивших 45,5% студентов и 24,1% врачей; $p \leq 0,5$), хладнокровие (отметивших 58,5% студентов и 48,1% врачей; $p > 0,5$).

В то же время наблюдается заниженная оценка студентами качеств – умение работать в команде (отметили 86,7% врачей и 66,3%% студентов $p \leq 0,5$) и наблюдательность (отметили 56,7% врачей и 34,3%% студентов; $p \leq 0,5$).

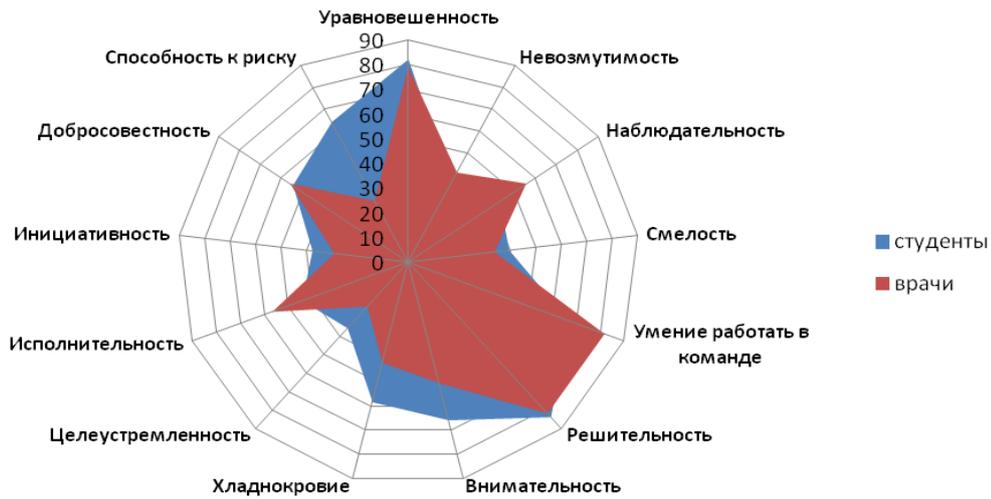


Рисунок 30 – Сравнение оценки значимости социально-психологических предикторов профессиональной готовности к экстремальным условиям врачей «красной зоны» и студентов модельной группы

Для уточнения представлений студентов о социально-психологической готовности к экстремальным условиям был использован метод инверсивной оценки. Распределение студентов при ответе на вопрос: «Что, по Вашему мнению, могло бы помешать Вам работать в экстремальных ситуациях?», позволило выделить инверсивную матрицу – социально-психологических предикторов – барьеров для профессиональной готовности к экстремальным условиям (рисунок 31).



Рисунок 31 – Инвариант социально-психологических барьеров для профессиональной готовности к экстремальным условиям

Согласно ранжированию выявленных барьеров на 1 месте – «неуверенность» – 60,5% и «нерешительность» 51,8% (без достоверных гендерных различий); на 2 месте – «неготовность к риску» (отметили 47,7% юношей) и «тревожность» (отметили 52,5 % юношей и 8,8% девушек), «осторожность» (отметили 52,9% юношей и 21,88% девушек); на 3 месте – «заниженная самооценка», которую отметили 28,6% и 22,2% отметили «невнимательность» (без достоверных гендерных различий).

Экстраполяция выявленных барьеров субъективной оценки соответствия профессиональной роли в условия экстремальной ситуации на данные сравнительного анализа значимости социально-психологических предикторов профессиональной готовности к экстремальным условиям врачей «красной зоны» и студентов позволяет выявить в качестве социокультурных маркеров несформированности рассматриваемой готовности ряд качества, требующих социально-психологической коррекции в случае привлечения к работе в экстремальных ситуациях или работы по направлениям, сопряженным с высоким напряжением (в бригадах «Скорой помощи», системе «Медицина катастроф» или обеспечения медицинской помощи некомбатантам в зоне специальных военных операций):

- «умение работать в команде» (навыки коммуникации и чувство сплоченности коллектива) – низкая самооценка у 17,7% юношей и 44,4% студентов отрицают значение этого качества в рассматриваемом инварианте;
- «способность к риску» (отрицающих 44,2% студентов и 38,8% (44,7% юношей), считающих это качество не соответствующим рассматриваемым критериям.

Студентов модельной группы (лечебного профиля), субъективно оценивающих свою профессиональную готовность к деятельности в экстремальных ситуациях положительно примерно половина – 56,68%. При этом среди уверенных в своей готовности преобладают девушки (63,21 %) (таблица 2).

Таблица 2 – Результаты проведенного исследования профессиональной готовности студентов к деятельности в экстремальных ситуациях, в %

N п/п	Вопрос	Число студентов, считающих себя готовыми к деятельности в экстремальных ситуациях					
		лечебный профиль			нелечебный профиль		
		мужчины	женщины	общее	мужчины	женщины	общее
1	Считают, что способны быстро принимать ответственные решения	94,87	97,01	96,23	23,53	28,13	27,16
2	Считают, что имеют достаточно знаний и навыков, чтобы оказывать помощь в экстремальных ситуациях	51,28	47,76	49,06	70,59	37,5	44,44
3	Считают себя способными сохранить хладнокровие в экстремальной ситуации.	89,74	76,12	81,13	41,18	21,88	25,93
4	Считают своим профессиональным долгом работу в экстремальных ситуациях	76,92	74,63	75,47	94,12	76,56	80,25
5	Чувствуют себя спокойно в незнакомой обстановке.	53,85	67,16	62,26	94,12	76,56	80,25
6	Считают себя способными рисковать, невзирая на шансы.	64,10	62,69	63,21	76,47	37,5	45,68
7	Способны немедленно принимать решения, не анализируя их.	51,28	65,67	60,38	76,47	76,56	76,54
8	Верят в то, что их усилия способны изменить ситуацию	97,44	97,01	97,17	88,24	87,5	87,65

Наиболее значимыми по результатам опроса диспозициями, определяющими готовность к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, являются:

- способность быстро принимать ответственные решения, (отметили свою готовность 94%);
- уверенность в оправданности своих действий отметили (97,17%);

- способность сохранить хладнокровие в экстремальной ситуации (81,2%);
- понимание профессионального долга (75,47%).

Представляет интерес с позиции интериоризации своей профессиональной роли то, что среди студентов лечебного профиля, считающих себя готовыми к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях, только половина (49,06%) признают, что обладают достаточным для этого уровнем знаний и практических навыков. Самоуверенность каждого второго студента, возможно, отражает юношеский максимализм и героический настрой. Половина студентов, в то же время, осознает необходимость высокого профессионализма и наращивания знаний и навыков. Студенты модельной группы были вовлеченными в экстремальную ситуацию пандемии COVID-19, обладают личным опытом перенесенного заболевания (у себя, родственников, знакомых) и оказания медицинской помощи врачами «первой линии», героизация которых заслуженно транслировалась средствами массмедиа.

Выбор профессионального поля сегодня определяется не только и не столько личностными приоритетами, во многом советами и (или) возможностями родителей, что, безусловно, создает риски профессиональной реализации и инкультурации в целом, не зависимо от характера будущей деятельности.

В контрольной группе студентов нелечебного профиля менее половины (42,4%) считает себя готовыми к деятельности в экстремальных ситуациях, основными барьерами для которой студенты считают:

- способность сохранить хладнокровие в экстремальной ситуации (отметили 25,9%);
- способность быстро принимать ответственные решения, (отметили свою готовность 27,1%);
- способность к риску (отметили 45,6%).

Свою компетентность студенты контрольной группы оценивают аналогично модельной (44,4% против 49,6% студентов модельной группы).

В то же время в контрольной группе выше оценили свое отношение к профессиональному долгу (80,25%, против 75,47% студентов модельной группы – для юношей эти показатели составили 94,12% против 76,92% юношей модельной группы, $p \leq 0,5$). Студенты контрольной группы также выше, чем студенты модельной группы оценили свои способности к спонтанным решениям и адаптации к новым условиям.

У студентов нелечебного профиля определена и отличная от студентов лечебного профиля шкала значимости личностных качеств, необходимых в профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях (рисунок 32).

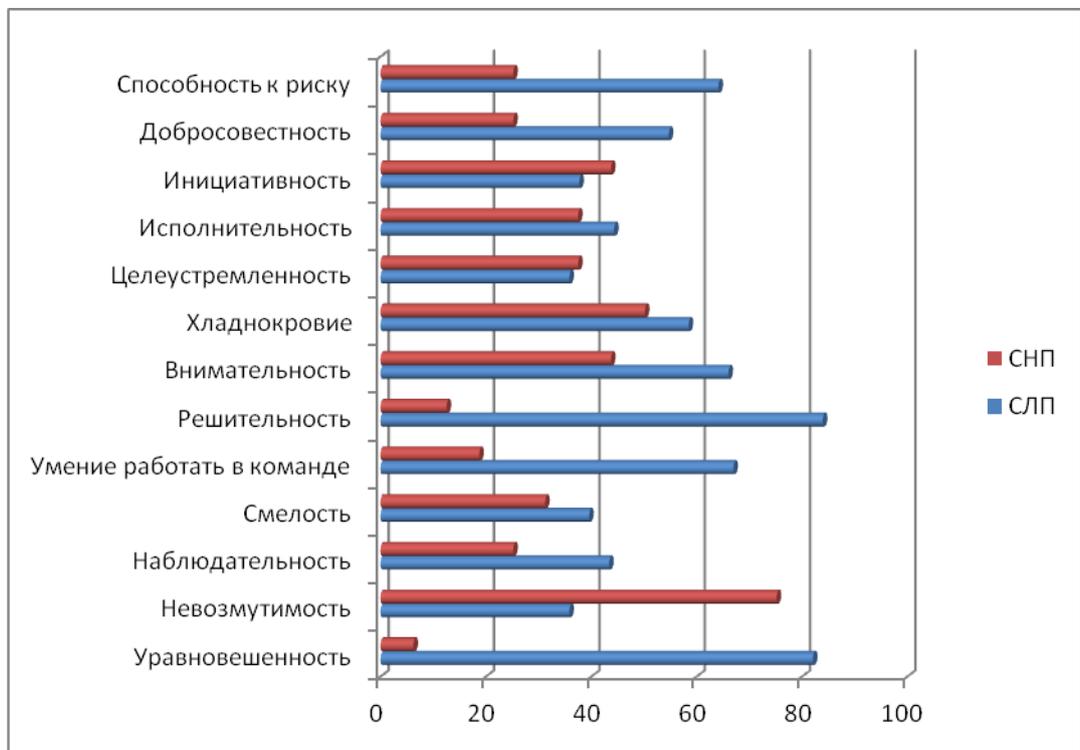


Рисунок 32 – Сравнительная характеристика шкалы значимости личностных качеств, необходимых в профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях

(По оси ординат: личностные качества, необходимые, по мнению респондентов, к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях. По оси абсцисс: распределение респондентов в %. СНП – студенты нелечебного профиля, СЛП - студенты лечебного профиля)

Основные различия выявлены в отношении оценки таких личностных качеств, как «решительность» (отметили значимыми 83,9% студентов модельной группы и 12,5% студентов контрольной группы; $p < 0,01$); уравновешенность

(отметили соответственно – 82,1% и 6,2%; $p < 0,01$); способность к риску (отметили соответственно – 64,5% и 25,2%; $p < 0,1$); внимательность (отметили соответственно – 66,1% и 43,2%; $p > 0,5$).

Выявленные отличия в субъективной оценке своей готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях студентов лечебного и нелечебного профилей демонстрируют процессы профессиональной инкультурации на додипломной стадии подготовки: студентам специальностей «Медицинская биохимия» и «Фармация» прививают навыки практической работы в специализированной сфере, требующей рутинной деятельности.

3.2. Междисциплинарный подход к сопровождению формирования готовности врача к деятельности в экстремальных ситуациях

Инвариант профессиональной культуры врача в экстремальных условиях, полученный по результатам социологического исследования врачей «красной зоны», демонстрирует необходимость высокого уровня развития ряда личностных качеств. Как показал компаративный анализ, аналогичный инвариант, полученный по результатам социологического исследования студентов модельной группы частично комплементарен, но в то же время демонстрирует диспропорциональное восприятие студентами необходимых качеств. Для выявления соответствия установок студентов и их личностного соответствия была применена батарея психодиагностических тестов, применяемых в практике профессионального отбора силовых структур и специальных подразделений, ассоциируемых в социуме, как «героические профессии».

Согласно данным специальной литературы, ряд качеств, таких как чувство долга, ответственность требуют высокого уровня развития комплементарных или иницирующих (первичных) личностных свойств, к которым относятся

мотивация, волевые качества, самозначимость (высокая самооценка) и самоуважение [70; 60; 101; 102; 103].

Результаты исследования мотивационной структуры личности студентов по методике «Оценка уровня притязаний личности» демонстрируют высокий уровень развития стрессоустойчивых и мобилизующих качеств (рисунок 33).

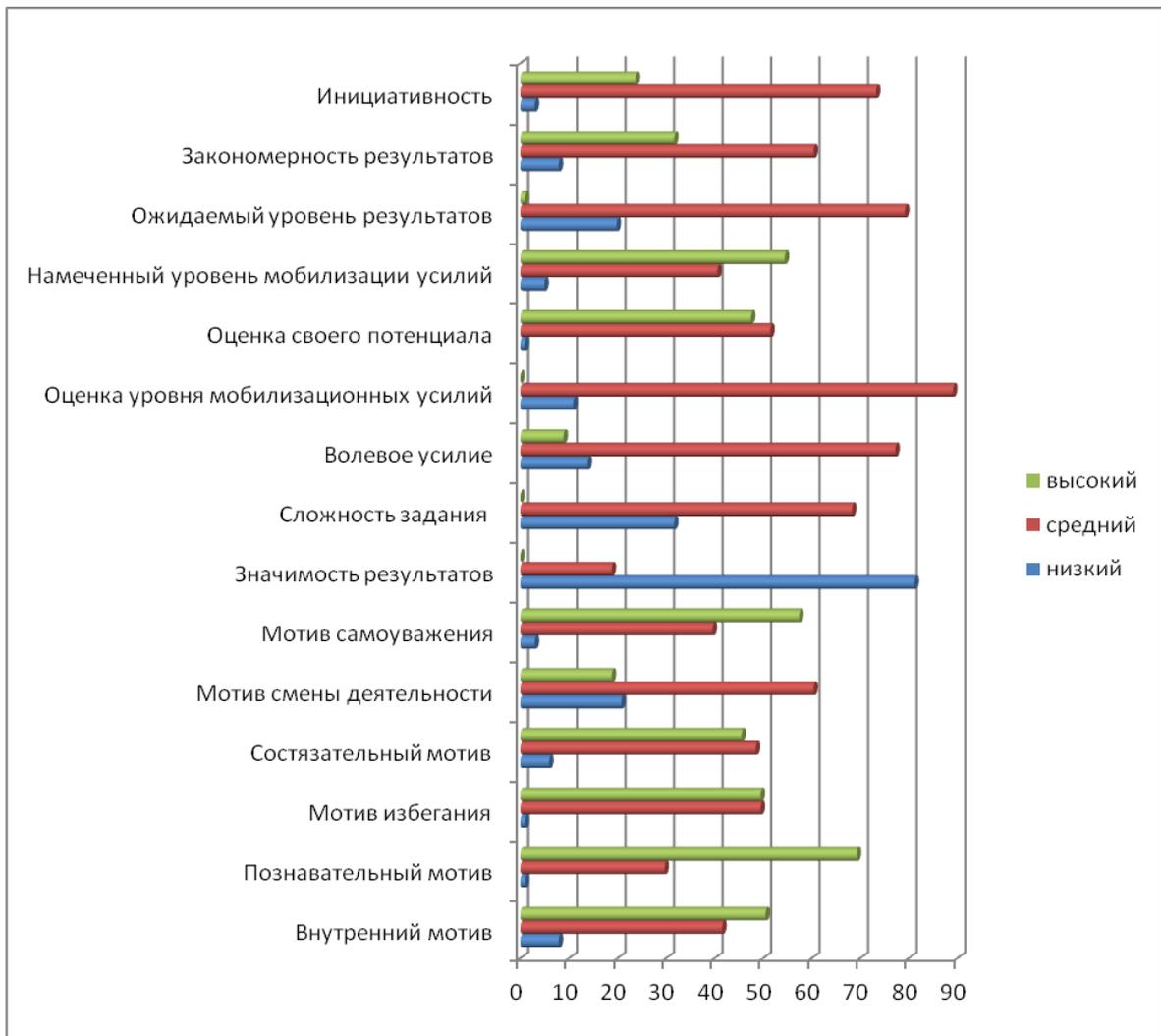


Рисунок 33 – Распределение студентов по шкале уровня притязаний личности (по общему показателю)

(По оси ординат: показатели шкалы притязаний. По оси абсцисс: распределение студентов в %)

Мотивационные компоненты у студентов модельной группы развиты на среднем и высоком уровнях. Число студентов со средним уровнем мотивации составляет большинство. Значительно число студентов с высоким уровнем мотивационных компонентов представлено девушками и юношами в равных долях. Наблюдается высокий уровень увлеченности выполняемой деятельностью,

заинтересованности в приобретении определенных профессиональных знаний и практических навыков их реализации, как у юношей, так и у девушек (таблица 3).

Таблица 3 – Оценка студентов по шкале уровня притязаний личности, в %

№ п/п	Компонент мотивационной структуры	Распределение студентов по шкале уровня притязаний личности								
		низкий			средний			высокий		
		юноши	девушки	общий	юноши	девушки	общий	юноши	девушки	общий
I блок										
1	Внутренний мотив	15,05	5,26	7,92	36,55	43,42	41,58	48,4	51,32	50,5
2	Познавательный мотив	4,13	0	0,99	27,66	30,26	29,7	68,21	69,74	69,3
3	Мотив избегания	0	1,32	0,99	59,68	46,05	49,5	40,32	52,63	49,5
4	Состязательный мотив	12,43	3,95	5,94	51,18	47,37	48,51	36,4	48,68	45,54
5	Мотив смены деятельности	24,5	19,74	20,79	59,32	60,53	60,4	16,18	19,74	18,81
6	Мотив самоуважения	12,46	0	2,97	20,31	46,05	39,6	67,23	53,95	57,43
II блок										
7	Значимость результатов	84,72	80,26	81,19	15,28	19,74	18,81	0	0	0
8	Сложность задания	32,19	31,58	31,68	67,81	68,42	68,32	0	0	0
9	Волевое усилие	16,53	13,16	13,86	79,36	76,32	77,23	4,11	10,53	8,91
10	Оценка уровня мобилизационных усилий	12,25	10,53	10,89	87,75	89,47	89,11	0	0	0
11	Оценка своего потенциала	3,82	0	0,99	44,1	53,95	51,49	52,08	46,05	47,52
III блок										
12	Намеченный уровень мобилизации усилий	20,94	0	4,95	43,1	39,47	40,59	35,96	60,53	54,46
13	Ожидаемый уровень результатов	16,61	21,05	19,8	83,39	77,63	79,2	0	1,32	0,99
IV блок										
14	Закономерность результатов	3,18	9,21	7,92	48,12	64,47	60,4	48,7	26,32	31,68
15	Инициативность	4,38	2,63	2,97	47,53	81,58	73,27	48,09	15,79	23,76

Мотив избегания выражен в средней и высокой степени, что свидетельствует о том, что студенты стремятся уходить от проблем,

ответственности за решения стоящих перед ними задач, и при этом испытывают боязнь показать низкие результаты деятельности. Студенты-медики придают большое значение высоким результатам деятельности своих коллег, т.е. ярко выражено стремление к конкуренции.

Идентификация студентов с высокими показателями по шкале уровня притязаний личности демонстрирует наиболее сильные стороны мотивационной структуры модельной группы по направлениям познавательной (69,3% с высоким уровнем), самоуважения (57,4%), состязательности (45,5%) и намеченной мобилизации (54,4%). Оценивают свой потенциал на высоком уровне примерно половина группы – 47,5% (рисунок 34).



Рисунок 34 – Мотивационный мейнстрим модельной группы студентов, в%

Возможно, психологическим маркером общей молодежной субкультуры является тактика избегания сложных ситуаций, присутствующая в мейнстриме и нашей модельной группы: высокий уровень мотива избегания присутствует у каждого второго (49,5%).

В то же время отмечаются гендерные различия в оценке мотивационной компоненты. У девушек низкий уровень мотивационной активности в основном наблюдается по нескольким факторам, связанным с личностной значимостью

результатов деятельности, уровнем сложности выполняемого задания, оценкой уровня достигнутых результатов и ожидаемым уровнем результатов деятельности. Таким образом, отмечаются личностные проблемы заниженной оценки собственных возможностей в профессиональной деятельности и экспектации низкого уровня результатов. В то же время у девушек показатель мотива самоуважения среднего и высокого уровня (соответственно у 46,5% и 53,95%), среди юношей больше лиц с высоким уровнем рассматриваемого показателя (67,23%), но, в отличие от девушек, среди которых не отмечено лиц с низким уровнем, среди юношей 12,45% обладают низким уровнем, $p < 0,5$ (таблица 4).

Таблица 4 – Средние значения уровня притязаний личности студентов

№ п/п	Компонент мотивационной структуры	Среднее значение уровня притязаний личности студентов, $M \pm \sigma$		
		юноши	девушки	общее
I блок				
1	Внутренний мотив	14,52±5,05	15,5±3,37	15,26±3,88
2	Познавательный мотив	17,36±3,97	17,87±2,45	17,71±2,93
3	Мотив избегания	16,2±2,4	15,84±2,41	15,93±2,41
4	Состязательный мотив	15,04±4,67	15,08±3,75	15,06±4,0
5	Мотив смены деятельности	12,48±4,41	12,64±3,98	12,6±4,09
6	Мотив самоуважения	16,12±4,55	16,57±2,97	16,46±3,44
II блок				
7	Значимость результатов	6,56±3,6	6,46±3,07	6,48±3,21
8	Сложность задания	10,52±2,7	10,96±2,78	10,85±2,76
9	Волевое усилие	11,32±2,68	12,49±3,05	12,2±3,0
10	Оценка уровня достижений результатов	11,92±2,0	12,14±1,71	12,09±1,8
11	Оценка своего потенциала	15,96±3,93	16,09±2,69	16,06±3,05
III блок				
12	Намеченный уровень мобилизации усилий	14,96±3,5	16,91±2,61	16,43±2,98
13	Ожидаемый уровень результатов	10,72±2,39	11,38±2,01	11,22±2,13
IV блок				
14	Закономерность результатов	15,64±4,21	14,53±3,27	14,8±3,56
15	Инициативность	16,04±2,44	14,09±3,23	14,57±2,5

Средние значения рассматриваемых показателей комплементарны показателям распространенности высоких уровней среди студентов. Наиболее высокие показатели средних отмечены по компонентам:

- познавательный мотив ($17,71 \pm 2,93$; без статистически значимых гендерных различий);
- намеченный уровень мобилизации усилий ($16,43 \pm 2,98$; у девушек выше, чем у юношей $16,91 \pm 2,61$ против $14,96 \pm 3,5$);
- мотив самоуважения ($16,46 \pm 3,44$, без гендерных различий).

Волевые качества студентов оценивались по методике «Определение волевой регуляции поведения» по методике Р. С. Немова (таблица 5). Под волевой регуляцией понимают способность к преодолению препятствий за счет общей мобилизации волевых усилий. Опосредовано волевая регуляция отражает достижение высоких результатов, в заданной личностью сфере [60]. Несмотря на то, что среди студентов не отмечено лиц с высокими показателями рассматриваемого признака, большинство (70,23%) обладает средними показателями.

Таблица 5 – Распределение студентов по шкале уровня волевой регуляции поведения, в %

№ п/п	Сумма набранных баллов	Распределение студентов по шкале уровня волевой регуляции поведения в зависимости от суммы набранных баллов		
		юноши	девушки	общее
1	Сумма баллов 14 и менее	14,29	13,71	13,93
2	Сумма баллов от 15 до 25	69,14	74,36	70,23
3	Сумма баллов от 26 до 38	16,56	11,93	15,84
4	Сумма баллов выше 38	0	0	0

Статистически значимых различий гендерного распределения уровней волевой регуляции не отмечено.

Аналогичная картина получена по средним значениям рассматриваемого показателя (таблица 6). У юношей выше средний показатель по первой градации шкалы ($M \pm \sigma = 14 \pm 0,1$ против $11,67 \pm 3,10$ показателя девушек), но это различие только обозначает тенденцию, статистически не достоверны.

Таблица 6 – Средние значения уровня волевой регуляции поведения студентов

№ п/п	Сумма набранных баллов	Среднее значение уровня волевой регуляции поведения студентов, М±σ		
		юноши	девушки	общее
1	Сумма баллов 14 и менее	14±0,1	11,67±3,10	12±1,69
2	Сумма баллов от 15 до 25	19,75±2,84	19,95±2,78	19,9±2,79
3	Сумма баллов от 26 до 38	28±1,87	28±4,20	28±1,7
4	Сумма баллов выше 38	0	0	0

Оценка социально-психологической установки личности проводилась по бинарной шкале альтруизм-эгоизм и процесс-результат методики «Диагностика социально-психологических установок личности в мотивационно-потребностной сфере» О. Ф. Потемкиной, которая себя зарекомендовала в рамках профессионального отбора [106]. Учитывая результаты оценки значения альтруистической мотивации врачами «красных зон», важным показателем является развитие это качества в общей структуре профессиональной культуры врача. Согласно полученным данным у девушек показатели альтруизма выше: ориентированных на альтруизм 58,3% против 46,7% юношей, и ориентированных на эгоизм меньше, чем юношей – 35,4% против 47,1% (таблица 7).

Таблица 7 – Распределение студентов лечебного профиля по шкале социально-психологических установок (по методике О. Ф. Потемкиной), в %

№ п/п	Студенты	Число лиц с преобладающей ориентацией по шкалам социально-психологических установок					
		альтруизм	эгоизм	равные	процесс	результат	равные
1	Юноши	46,71	47,14	6,15	45,12	39,65	15,23
2	Девушки	58,31	35,46	14,62	47,83	29,96	19,22
3	Общее	47,26	38,12	6,23	46,56	34,22	22,21

При этом девушек, ориентированных на результат меньше, чем юношей – 29,9% против 39,6% ($p > 0,5$; определяет тенденцию). Лиц с уравновешенным показателем в мотивационно-потребностной сфере меньшинство – не более 22,21% – пятой части группы. Ориентация на результат более адекватна деятельности в экстремальной ситуации, ориентация на процесс характерна для рутинной работы.

Исследование рассматриваемых показателей (альтруистической и мотивационной ориентации) в контрольной группе демонстрирует достоверные различия для девушек (таблица 8).

Таблица 8 – Распределение студентов нелечебного профиля согласно социально-психологическим установкам, в %

№ п/п	Студенты	Число лиц с преобладающей ориентацией по шкалам социально-психологических установок					
		альтруизм	эгоизм	равные	процесс	результат	равные
1	Юноши	35,65	57,21	7,14	57,13	28,61	14,26
2	Девушки	42,16	39,13	18,71	49,16	30,21	20,63
3	Общее	46,32	37,32	16,36	58,82	22,36	18,82

Девушек, ориентированных на альтруизм в контрольной группе 42,1% против 58,3% девушек модельной группы ($p < 0,5$). Такие же тенденции отмечены для юношей: в контрольной группе выявлено 57,2% юношей с ориентацией на эгоизм (против 47,1% юношей модельной группы; $p > 0,5$) и только 35,6% юношей с ориентацией на альтруизм (против 46,7% юношей модельной группы).

Студенты контрольной группы более склонны к рутинной деятельности: 58,8% по общему показателю ориентированы на процесс против 46,6% модельной группы, $p > 0,5$. Эти различия больше характерны для юношей: в модельной группе ориентированы на результат 39,6% против 28,6% юношей контрольной группы; и наоборот на процесс 57,1% юношей контрольной группы против 45,1% юношей модельной группы ($p < 0,5$).

Анализ средних значений демонстрирует более высокие показатели альтруизма у юношей в модельной группе $M \pm \sigma = 5,40 \pm 2,04$ против $4,88 \pm 1,94$ (таблица 9).

Таблица 9 – Средние значения показателей по шкалам социально-психологических установок студентов лечебного профиля (по О. Ф. Потемкиной)

Студенты	Средние значения показателей социально-психологических установок по шкалам, М±σ			
	альтруизм	эгоизм	процесс	результат
Юноши	5,40±2,04	5,40±2,06	7,00±1,93	6,00±2,00
Девушки	4,88±1,94	4,41±1,78	6,84±1,44	7,54±1,51
Общее	5,14±1,99	4,90±1,89	6,92±1,56	6,77±1,91

Средние значения показателя альтруизма у юношей модельной группы выше, чем в контрольной – 5,40±2,04 против 4,90±2,84; $p>0,5$ (таблица 10).

Таблица 10 – Средние значения показателей по шкалам социально-психологических установок студентов нелечебного профиля (по О. Ф. Потемкиной)

Студенты	Средние значения показателей социально-психологических установок по шкалам, М±σ			
	альтруизм	эгоизм	процесс	результат
Юноши	4,90±2,84	6,00±2,36	7,53±1,86	5,80±1,96
Девушки	4,80±2,15	5,1±1,42	6,0±2,06	7,9±1,89
Общее	4,85±2,34	5,31±2,45	6,21±1,79	6,8±2,13

Средние значения показателя «процесс» юношей контрольной группы выше, чем в модельной – 7,53±1,86 против 7,00±1,93 $p>0,5$. У девушек модельной и контрольной группы различия в средних значениях незначительны.

Таким образом, студенты лечебного профиля более ориентированы на альтруизм и результат, и эта тенденция больше выражена у юношей сравниваемых групп. Это адекватно характеризует выбор студентами профессионального поля и позитивно оценивает профессиональную инкультурацию.

Одним из аспектов экстремальных условий является высокий уровень витальных угроз, страх перед которыми может снизить эффективность деятельности. Согласно результатам оценки студентов модельной группы к риску по методике Шуберта, среди студентов лечебного профиля больше лиц с высоким уровнем 20,1% против 15,6% (таблица 11). Сравнение с показателями группы

врачей «Скорой помощи» показало, что их показатели достоверно выше, чем у студентов, с достоверными различиями для студентов контрольной группы (26,8%; $p < 0,5$).

Таблица 11 – Распределение студентов в зависимости от уровня личностной готовности к риску (по методике Шуберта), в %

Уровень готовности к риску	Распределение респондентов по группам в зависимости от уровня личностной готовности к риску		
	студенты лечебного профиля	студенты нелечебного профиля	врачи скорой медицинской помощи
Низкий уровень	30,43	33,27	28,13
Средний уровень	49,28	51,05	45,05
Высокий уровень	20,29	15,68	26,82

Исследование студентов с помощью методики определения нервно-психической устойчивости «Прогноз» показало средний ее уровень, без гендерных различий, примерно у 15-20% (таблица 12). Большинство обладает низкими уровнями в разной градации признака. Нервно-психическая устойчивость определяет адаптацию к стрессу, влияя на формирования адекватных социокультурных паттернов поведения в условиях экстремальных ситуаций.

Таблица 12 – Распределение студентов по группам в зависимости от уровня нервно-психической устойчивости (по методике «Прогноз»), в %

Уровень НПУ	Пункты шкалы НПУ	Распределение студентов по группам в зависимости от уровня нервно-психической устойчивости		
		юноши	девушки	общее
Низкий	1	0	9,18	9,18
	2	7,1	10,34	10,17
	3	38,5	26,25	35,76
	4	33,31	27	19,21
Средний	5	20,02	14,76	15,25
Высокий	6	1,07	7,17	5,13
	7	0	5,3	5,3
	8	0	0	0
	9	0	0	0
	10	0	0	0

Таким образом, несмотря на высокий уровень значимости студентами личностных свойств, формирующих готовность к деятельности в экстремальных условиях, уровень развития у них демонстрирует невысокий уровень их развития и числа студентов с высокими показателями. Учитывая общую тенденцию дефицита кадров в здравоохранении, в случае возникновения экстремальной ситуации в систему медицинского обеспечения могут включаться и врачи с несоответствующим профилем личностных качеств [150].

Потенциалом для профессиональной адаптации в такой ситуации может рассматриваться высокий уровень ожиданий будущих врачей и их завышенной субъективной оценки, которые можно расценивать как компонент профессиональной культуры врачей, профессиональной группы, ориентированной на альтруизм и нравственные ценности. Можно предположить, что именно этот социальный механизм профессиональной перцепции и сформировал высокий социальный ценз в период пандемии, причислив профессиональную группу к группе героических профессий (по выражению ВОЗ, «первой линии»).

Сегодня исследования различных аспектов «героических профессий» имеет большое значение в контексте политической повестки, требующей обновления методических подходов к патриотическому воспитанию молодежи. Частичная мобилизация 2022 года показала существенные провалы в этой части молодежной политики и инициировала старт многочисленных воспитательных программ на разных уровнях образования.

Для медицинского образования тема готовности к деятельности в условиях военного времени тесно переплетается с профессиональными стратегиями развития психологической устойчивости врача к стрессогенным факторам профессиональной деятельности, толерантного и сострадательного отношения к пациентам, этического сопровождения. Обязательной дисциплиной для всех вузов является «Безопасность жизнедеятельности», цель которой формирование психологической культуры, готовности к выполнению своих профессиональных обязанностей в условиях чрезвычайных ситуаций.

Для врача профессиональная деятельность в условиях чрезвычайных ситуаций заложена в профессиональный императив: согласно организационно-штатной расстановке медицинских организаций, в случае возникновения ЧС, каждый медицинский специалист выполняет особые действия в зависимости от объявленного режим ЧС: «повышенная опасность» или «полная готовность». В ряде регионов России, где имеет место высокая частота ЧС природного характера (наводнения, лесные пожары, землетрясения, снежные бури, гололед и т.п.), медицинские специалисты обладают высокой готовностью к оказанию медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших. В большинстве центральных регионов страны, при отсутствии напряженности в рассматриваемом аспекте, подготовительные и организационные мероприятия в рамках ликвидации ЧС носят формальный характер. В связи с этим в профессиональной культуре врача не было сформировано субкультуры «героических профессий», медицинская рутина превращала врача в исполнителя клинических рекомендаций в «штатном режиме». Беспрецедентные условия пандемии COVID-19 обусловили новые социокультурные вызовы к профессиональной группе врачей и изменили отношение к ней социума.

В свою очередь необходимость оказания медицинской помощи при массовых поступлениях пострадавших некомбатантов на территориях, охваченных специальной военной операцией, вновь обострила актуальность темы готовности врачей к профессиональной деятельности в условиях ЧС, уже не мирного, а военного времени. И в очередной раз, внутренним потенциалом для решения организационных вопросов медицинского обеспечения, явилась потребность высокого развития субкультуры профессионального поведения в экстремальных ситуациях.

Материалы и выводы проведенного исследования позволяют обосновать необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования элементы формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности врача, включающие обучение навыкам самодиагностики, изучения организационных, социальных,

психологических и этических аспектов беспрецедентного опыта медицинского обеспечения населения в период пандемии COVID-19 на основе междисциплинарного подхода.

Выводы по Главе 3

Компаративный анализ экспектаций врачей разного уровня профессионализации к готовности профессиональной деятельности в условиях экстремальных ситуаций позволил выявить следующие социокультурные барьеры:

1. Сравнение с врачами «красной зоны» демонстрирует завышение студентами значения качеств – способность к риску (отметивших 65,5% студентов и 28,1% врачей; $p \leq 0,5$), целеустремленность (отметивших 45,5% студентов и 24,1% врачей; $p \leq 0,5$), хладнокровие (отметивших 58,5% студентов и 48,1% врачей; $p > 0,5$). В то же время наблюдается заниженная оценка студентами качеств – умение работать в команде (отметили 86,7% врачей и 66,3% студентов $p \leq 0,5$) и наблюдательность (отметили 56,7% врачей и 34,3% студентов; $p \leq 0,5$).

2. Полученная инверсивная матрица социально-психологических предикторов – барьеров для профессиональной готовности к экстремальным условиям характеризуется следующими параметрами согласно ранжированию: на 1 месте – «неуверенность» – 60,5% и «нерешительность» 51,8% (без достоверных гендерных различий); на 2 месте – «неготовность к риску» (отметили 47,7% юношей) и «тревожность» (отметили 52,5 % юношей и 8,8% девушек), «осторожность» (отметили 52,9% юношей и 21,88% девушек); на 3 месте – «заниженная самооценка», которую отметили 28,6% и 22,2% отметили «невнимательность» (без достоверных гендерных различий).

3. Экстраполяция выявленных барьеров субъективной оценки соответствия профессиональной роли в условия экстремальной ситуации на данные

сравнительного анализа значимости социально-психологических предикторов профессиональной готовности к экстремальным условиям врачей «красной зоны» и студентов позволяет выявить в качестве социокультурных маркеров несформированности рассматриваемой готовности ряд качества, требующих социально-психологической коррекции в случае привлечения к работе в экстремальных условиях:

- «умение работать в команде» (навыки коммуникации и чувство сплоченности коллектива) – низкая самооценка у 17,7% юношей и 44,4% студентов отрицают значение этого качества в рассматриваемом инварианте;
- «способность к риску» (отрицающих 44,2% студентов и 38,8% (44,7% юношей)), считающих это качество не соответствующим рассматриваемым критериям;
- личностные проблемы заниженной оценки собственных возможностей в профессиональной деятельности и экспектации низкого уровня результатов; высокий уровень мотива избегания присутствует у каждого второго студента (49,5%); среди студентов не отмечено лиц с высокими показателями уровня рассматриваемого признака, большинство (70,23%) обладает средними показателями нервно-психической устойчивости (высокий почти не регистрируется (5,1%)).

Материалы и выводы проведенного исследования позволяет обосновать необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования элементы формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности врача, включающие обучение навыкам самодиагностики, изучения организационных, социальных, психологических и этических аспектов беспрецедентного опыта медицинского обеспечения населения в период пандемии COVID-19 на основе междисциплинарного подхода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное общество в периоды глобальных кризисов, таких как пандемия COVID-19, оказывается перед необходимостью пересмотра устоявшихся традиций социальных институтов и повседневных практик. Особую роль в этих процессах играют профессиональные группы, деятельность которых напрямую связана с преодолением последствий чрезвычайных ситуаций. Врачебное сообщество, оказавшееся на передовой борьбы с пандемией, стало не только исполнителем медицинских задач, но и социальным актором, чьи ценности, мотивации и стратегии поведения формировались под влиянием уникального сочетания экстремальных условий, нормативных требований и культурных ожиданий.

Пандемия COVID-19, в отличие от локальных катастроф или краткосрочных кризисов, приобрела характер пролонгированного социального стресс-теста, который выявил не только ресурсные и организационные дефициты системы здравоохранения, но и глубинные противоречия в профессиональной идентичности медиков. Работа в «красной зоне» ковидных отделений трансформировала привычные модели медицинского труда, поставив врачей перед необходимостью одновременного решения клинических, этических и экзистенциальных задач в условиях высокой неопределённости, риска и эмоциональной нагрузки.

Проведенное исследование эксплицировало мотивационные факторы, побудившие врачей к работе в «красной зоне»: финансовый стимул, профессиональный интерес, нравственный императив.

Анализ материалов фокус-группового интервью показал, что финансовый стимул для врачей «красной зоны» – это не «персональная мотивация», а скорее элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях - компенсация риска, эмоциональных и физических перегрузок.

Профессиональный интерес обусловлен получением уникального опыта работы в профессиональных условиях, значительно отличающихся от

повседневной деятельности, «испытание на прочность» сложными, опасными условиями, ситуациями, требующими включения максимальных умственных, физических и психических качеств. Эта мотивация особенно характерна для молодых специалистов, ординаторов, студентов.

Врачебная деятельность исторически ассоциирована с риском, о чем свидетельствуют примеры добровольного участия медиков в заведомо опасных для жизни событиях, в том числе и связанных с распространением особо опасных инфекций (исследование вируса холеры путем заражения собственного организма). Нравственный императив – это не просто альтруистическая ориентация, а комплексный социально-профессиональный конструкт, включающий: профессиональную этику, эмпатию, эмоциональную вовлеченность, социальную ответственность перед обществом, профессиональную идентичность врача как «помощника» и «служителя».

Пандемия сформировала комплекс многосторонних профессиональных факторов, значительно изменивший привычный образ деятельности медицинских работников, среди которых выделяются психологические (страх заражения себя и родных; эмоциональное напряжение в связи со сложными клиническими случаями, летальными исходами пациентов; агрессия и конфликтные ситуации с пациентами и родственниками; давление ответственности за жизни пациентов в условиях информационного дефицита и неопределенности; ощущение неполноценности собственных возможностей) и организационные факторы (ненормированный график работы, продолжительные смены; ограничительные мероприятия, вынужденное ограничение общения с семьей; нехватка средств индивидуальной защиты; постоянно меняющиеся клинические рекомендации; отсутствие клинического опыта у молодых врачей, сложности с назначением адекватной терапии пациентам).

Проведенное исследование позволило выявить сложный комплекс социокультурных детерминант, определивших профессиональное поведение врачей в экстремальных условиях «красной зоны» в период пандемии COVID-19. Пандемия COVID-19 стала катализатором глубокой трансформации

профессиональной культуры врача. С одной стороны, она обострила внутренние противоречия между административным принуждением и традиционной этикой служения. С другой – выявила скрытые ресурсы профессионального сообщества: способность к быстрой адаптации, взаимной поддержке и поиску новых смыслов в условиях неопределённости. Опыт работы в «красной зоне» привел к ускоренному профессионализации молодых специалистов, пересмотру роли коммуникации и эмпатии в лечебном процессе, а также к формированию критического осознания системных ограничений и необходимости защиты собственного здоровья.

Материалы и выводы проведенного исследования позволяют обосновать необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования элементы формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности врача.

Исследование позволило обосновать феномен субкультуры профессиональной деятельности врачей в условиях ЧС, который дополняет теоретические обоснования культуры риска и культуры безопасного поведения для профессиональных групп. Развитие исследовательского интереса в рассматриваемом проблемном поле связано с возможностью использования представленного в работе междисциплинарного подхода оценки сформированности элементов профессиональной культуры врача для других социологических групп.

ВЫВОДЫ

1. Пандемия COVID-19 является уникальной моделью экстремальной ситуации, которая обусловила комбинацию беспрецедентных факторов:

- неопределенность ситуации с потенциальными высокими рисками жизни и здоровью;

- психологический прессинг дискommunikаций в условиях затянувшегося локдауна, нарушающего привычный образ повседневной жизни и профессиональной деятельности;

- высокий риск заражения при неопределенности скрытого периода возможности бессимптомной трансмиссии, создающие отчужденность;

- распространение в виртуальной среде и средствами масс медиа негативных угрожающих фреймов о дефиците ресурсов, высокой летальности и отсутствия эффективного лечения (вакцинации).

Пандемия стала беспрецедентным вызовом для профессиональной группы врачей, меняя институциональные компоненты организации медицинской помощи и профессионального образования. В период пандемии произошла переоценка социумом значимости и сложности профессиональной деятельности медицинских специалистов. Социологические исследования в период пандемии показали, что представления социума о героизме связаны не только с риском, который, признается характерной особенностью профессий военнослужащих и спасателей, и для которых описана культура риска (Маслова Т. С., 2018), но и с проявлением социальной активности за рамками своих профессиональных предписаний, что было особенностью для врачей.

2. На модели пандемии эксплицированы трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях деятельности:

- Смещение вектора профессиональной культуры от индивидуализма в сторону коллективизма, взаимопомощи и солидарности. Врачи стали меньше

акцентировать свою автономию как экспертов, больше – командную работу и коллективную ответственность.

- Психологизация профессионального идеала, проявляющаяся в приоритете психоэмоциональных компетенций: стрессоустойчивость, эмоциональная регуляция, способность работать в условиях неопределенности и хронического стресса. Эти качества образуют ядро профессионализма в экстремальных условиях, сохраняя баланс с традиционными ценностями – эмпатией, гуманизмом, милосердием.
- Контекстуализация этических норм, придавшая гибкости и ситуативности профессиональной этике. Врачи вынуждены принимать «холодные решения» в условиях дефицита ресурсов, совмещая клиническую эффективность с этической ответственностью. Что привело к формированию адаптивной профессиональной этики и переосмыслению принципов в экстремальном контексте.
- Инструментализация отдыха и телесности, заключающаяся в том, отдых стал ресурсом для восстановления работоспособности.
- Критическое отношение к публичным нарративам. Врачи продемонстрировали рефлексивность по отношению к медийной героизации, предполагая риски обесценивания реальных трудностей и системных проблем, что свидетельствует о зрелости профессиональной культуры, способной к самоанализу и критике внешних интерпретаций.
- Ускорение профессионализации молодых специалистов. Пандемия как «социальный катализатор» способствовала развитию ранней клинической зрелости, адаптивности и устойчивости.

В условиях экстремальной деятельности можно выделить ряд особенностей профессиональной инкультурации врача:

- Ускоренный профессиональный рост, ассоциированный с необходимостью раньше начать трудовую деятельность, соответственно и принимать решения самостоятельно, и нести ответственность за свои действия.

- Формирование особых личностных качеств, таких как стрессоустойчивость, способность быстро реагировать.
- Глубокая рефлексия на социально-культурные организационные реалии: *«Красная зона останется с нами навсегда».*
- Интериоризация институциональных изменений в здравоохранении, которые влияют на профессиональную среду в долгосрочной перспективе.

3. Мотивационный компонент профессиональной культуры врача в экстремальной ситуации включает:

- необходимость выполнения профессиональных обязанностей (35% респондентов отметили в категориях «профессиональная солидарность» и «чувство долга»);
- финансовое стимулирование - повышенная оплата труда врачей «красных зон» (отметили 40,2% респондентов; участники фокус группы охарактеризовали, как элемент социально-экономического контракта в актуальных социальных условиях, позволяющий компенсировать профессиональные риски;
- профессиональный интерес как социокультурная детерминанта обусловлен получением уникального опыта (34,4% ответили, что их привлекла возможность получения нового практического опыта и 98,8% высоко оценили полученный опыт для дальнейшей работы);
- нравственный императив профессии (отрицание врачами-информантами «героизма»: *«...это такая же работа...», «... врачи обычного стационара рискуют своей жизнью и совершают героические поступки куда чаще», «сложно сказать, что врачи «красной зоны» прямо-таки герои, а врачи «чистой зоны» меньше герои...Все герои».* Врачи акцентируют внимание не на героическом статусе, а, в основном, на профессиональных и личностных качествах: стрессоустойчивость, ответственность, эмпатия, готовность к риску: *«Главной мотивацией для врача должно быть спасение человеческих жизней», «Врач должен обладать огромным багажом знаний... и применять все это на практике».*

Матрица ценностного компонента профессиональной культуры врача в условиях экстремальной деятельности представлена ранжированными значимым моральными ценностями: «терпеливость» (78,5%), «добросовестность» (73,1%) и «человечность» (75,8%), «сострадание» (54,3%), «отзывчивость» (52,2%) и «толерантность» (48,9%), «честность» (47,3%) и «чувство долга» (48,9%), «доброта» (34,4%), «милосердие» (32,8%), «благородство» (18,8%) и «самопожертвование» (16,1%).

4. Компаративный анализ экспектаций врачей разного уровня профессионализации к готовности профессиональной деятельности в условиях экстремальных ситуаций позволил выявить следующие социокультурные барьеры:

1) Сравнение с врачами «красной зоны» демонстрирует завышение студентами значения качеств – способность к риску (отметивших 65,5% студентов и 28,1% врачей; $p \leq 0,5$), целеустремленность (отметивших 45,5% студентов и 24,1% врачей; $p \leq 0,5$), хладнокровие (отметивших 58,5% студентов и 48,1% врачей; $p > 0,5$). В то же время наблюдается заниженная оценка студентами качеств – умение работать в команде (отметили 86,7% врачей и 66,3% студентов $p \leq 0,5$) и наблюдательность (отметили 56,7% врачей и 34,3% студентов; $p \leq 0,5$).

2) Полученная инверсивная матрица социально-психологических предикторов – барьеров для профессиональной готовности к экстремальным условиям характеризуется следующими параметрами согласно ранжированию: на 1 месте – «неуверенность» – 60,5% и «нерешительность» 51,8% (без достоверных гендерных различий); на 2 месте – «неготовность к риску» (отметили 47,7% юношей) и «тревожность» (отметили 52,5 % юношей и 8,8% девушек), «осторожность» (отметили 52,9% юношей и 21,88% девушек); на 3 месте – «заниженная самооценка», которую отметили 28,6% и 22,2% отметили «невнимательность» (без достоверных гендерных различий).

5. Экстраполяция выявленных барьеров субъективной оценки соответствия профессиональной роли в условия экстремальной ситуации на данные сравнительного анализа значимости социально-психологических предикторов

профессиональной готовности к экстремальным условиям врачей «красной зоны» и студентов позволяет выявить в качестве социокультурных маркеров несформированности рассматриваемой готовности ряд качества, требующих социально-психологической коррекции в случае привлечения к работе в экстремальных условиях:

- «умение работать в команде» (навыки коммуникации и чувство сплоченности коллектива) – низкая самооценка у 17,7% юношей и 44,4% студентов отрицают значение этого качества в рассматриваемом инварианте;
- «способность к риску» (низкая самооценка 44,2% студентов и 38,8% завышающих его значение);
- личностные проблемы заниженной оценки собственных возможностей в профессиональной деятельности и экспектации низкого уровня результатов;
- высокий уровень мотива избегания присутствует у каждого второго студента (49,5%);
- среди студентов не отмечено лиц с высокими показателями нервно-психической устойчивости (70,23% обладает средними показателями).

Материалы и выводы проведенного исследования позволяют обосновать необходимость включения в методическую систему социально-психологического сопровождения профессионального образования элементы формирования профессиональной субкультуры экстремальной деятельности врача, включающие обучение навыкам самодиагностики, изучения организационных, социальных, психологических и этических аспектов беспрецедентного опыта медицинского обеспечения населения в период пандемии COVID-19 на основе междисциплинарного подхода.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулгалимов, Р. М. Профессионально-медицинская культура как основа разработки идеальной модели профессии врач / Р. М. Абдулгалимов // Вестник университета. – 2013. – № 6. – С. 210-214.
2. Абидова, З. К. Формирование ноксологической культуры врача / З. К. Абидова, Т. К. Мальцев, А. Д. Доника // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2024. – № 3. – С. 67-72.
3. Аверин, В. А. Ценностные ориентации ординаторов как основа их деонтологической культуры / В. А. Аверин, Е. Р. Зинкевич, О. С. Кульбах // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2021. – Т. 13, № 1. – С. 279-296.
4. Агеева, Н. А. Профессиональная культура как нравственный императив деятельности врача / Н. А. Агеева // Гуманитарные и социальные науки. – 2013. – № 6. – С. 77-86.
5. Аксенова, Е. И. Ценностно-ориентированное здравоохранение: новая парадигма развития / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина // Московская медицина. – 2022. – № 5(51). – С. 4-10.
6. Алешичева, А. В. Психологическое здоровье врача в условиях пандемии COVID-19 / А. В. Алешичева, Н. Г. Самойлов // Вестник Удмуртского университета. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2021. – Т. 31, № 2. – С. 179-185.
7. Анашкина, Е. В. Аксиологический компонент профессиональной культуры врача / Е. В. Анашкина // Alma Mater (Вестник высшей школы). – 2014. – № 7. – С. 110-113.
8. Андриянова, Е. А. Социальные параметры профессионального пространства медицины : автореф. дис. ... д-ра соц. наук : 14.00.52 / Андриянова Елена Андреевна. – Волгоград, 2006. – 39 с.
9. Бакиров, А. Б. Анализ факторов, влияющих на профессиональную самооценку врачей / А. Б. Бакиров, Л. Ш. Назарова, Б. А. Бакиров, Е. Р. Абдрахманова, Д. Х. Калимуллина, Э. Х. Ахметзянова, З. Ф. Гимаева // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28, № 4. – С. 592-595.

10. Безуглая, Н. С. Национальная безопасность и пандемия коронавирусной инфекции COVID-19: вызовы экономической системе государства и перспективы по обеспечению ее безопасности / Н. С. Безуглая, И. Н. Шамрай // Регионология. – 2020. – Т. 28, № 3(112). – С. 449-469.

11. Белова, Н. И. Социально-экономический статус и престиж профессии врача в оценках россиян и медицинских работников / Н. И. Белова // Интеллигенция современного российского общества: поиски смысла жизни : Коллективная монография. – Москва : Российский государственный гуманитарный университет, 2020. – С. 213-218.

12. Бердяев, Н.А. Философия неравенства / Н.А. Бердяев ; составитель и ответственный редактор О. А. Платонов. – Москва : Институт русской цивилизации, 2012. – 624 с.

13. Богдан, И. В. Образ медицинского специалиста в социальных медиа глазами москвичей: управленческие и методические аспекты / И. В. Богдан, А. А. Дренева, Д. П. Чистякова // Цифровая социология. – 2022. – Т. 5, № 3. – С. 57-67.

14. Бойко, С. Л. Социологический анализ взаимоотношений врач - пациент в системе здравоохранения Республики Беларусь накануне пандемии COVID-19 / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Социология медицины. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 57-66.

15. Бутвиловский, А. В. Профессиональная медицинская культура / А. В. Бутвиловский, А. В. Гилевский, В. Э. Бутвиловский, И. С. Кармалькова // Военная медицина. – 2013. – № 4(29). – С. 6-7.

16. Вебер, М. О некоторых категориях понимающей социологии / М. Вебер. Избранные произведения. – М.: Прогресс, 1990. – 808 с.

17. Вершинина, Т. С. Психологический феномен героического поведения: психоаналитический подход / Т. С. Вершинина, Л. Т. Баранская // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. – № 19(278). – С. 12-19.

18. Всероссийский центр изучения общественного мнения: официальный сайт. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://wciom.ru> (Дата обращения 12.08.2025).
19. Всероссийский центр изучения общественного мнения: Врач в России: доверие пациентов, доходы, положение в обществе. [Электронный ресурс]: режим доступа <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-v-rossii-doverie-pacientov-dokhody-polozhenie-v-obshhestve> (дата обращения 21.11.2021).
20. Всероссийский центр изучения общественного мнения: Врач – самая важная профессия! [Электронный ресурс]: режим доступа <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrach-samaya-vazhnaya-professiya> (дата обращения 21.11.2021).
21. Всероссийский центр изучения общественного мнения: Врачи – герои нашего времени [Электронный ресурс]: режим доступа <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-geroi-nashego-vremeni> (дата обращения 20.11.2022).
22. Всероссийский центр изучения общественного мнения: Герои года [Электронный ресурс]: режим доступа <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/geroi-goda-2020> (дата обращения 20.11.2021).
23. Всероссийский центр изучения общественного мнения: Скорая помощь в пандемию [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/skoraja-pomoshch-v-pandemiju> (дата обращения: 20.10.2023).
24. Вялых, Н. А. Факторы социального самочувствия профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии нового коронавируса / Н. А. Вялых // Гуманитарий Юга России. – 2021. – Т. 10, № 1. – С. 102-110.
25. Вяткина, Н. Ю. Социально-экономические аспекты профессионального выгорания врачей / Н. Ю. Вяткина, Е. Д. Сарнакова // Терапевт. – 2023. – № 6. – С. 28-36.
26. Гавриленко, Л. С. Подготовка будущих врачей к профессиональной деятельности в условиях неопределенности / Л. С. Гавриленко, В. Б. Чупина //

Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2021. – Т. 10, № 3(36). – С. 61-63.

27. Галкин, К. А. "Как в тайге или глубоком космосе": тематический анализ смыслов работы и повседневности молодых сельских врачей в период пандемии COVID-19 / К. А. Галкин // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2021. – № 3(163). – С. 41-56.

28. Главное управление МЧС России по Волгоградской области: официальный сайт. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://34.mchs.gov.ru> (дата обращения 10.01.2026).

29. Григорьева, Е. А. Некоторые особенности профессиональной деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи региональной системы здравоохранения в условиях пандемии COVID-19 / Е. А. Григорьева, М. Д. Сапогова, А. А. Реброва // Социология медицины. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 170-175.

30. Деточенко, Л. С. Организация Форума волонтерства и добровольчества "Во благо" в Южном федеральном университете как механизм формирования профессиональных компетенций и площадка диалога профессионального сообщества помогающей отрасли / Л. С. Деточенко // Человек. Наука. Социум. – 2022. – № 4-2(12). – С. 140-155.

31. Доника, А. Д. Благо и вред: этические вызовы пандемии COVID-19 / А. Д. Доника // Этические и правовые вызовы пандемии COVID-19 : сборник материалов научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной празднованию Международного дня Биоэтики, Волгоград, 16–19 октября 2020 года. – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, г.Волгоград, 2020. – С. 6-8.

32. Доника, А. Д. Интериоризация профессиональной роли врача: социальные, психологические и соматические детерминанты : дис. ... д-ра соц. наук : 14.02.05 / Доника Алена Димитриевна. – Волгоград, 2010. – 368 с.

33. Доника, А. Д. Ценностно-ориентированное здравоохранение: этические вызовы / А. Д. Доника // Актуальные проблемы управления здоровьем населения : Сборник научных трудов VIII Всероссийской научно-практической конференции

с международным участием, Нижний Новгород, 13 февраля 2025 года. – Нижний Новгород: Приволжский исследовательский медицинский университет, 2025. – С. 100-103.

34. Дылыкова, Ц. Д. Добровольческое движение во время пандемии и студенческое волонтерство / Ц. Д. Дылыкова, И. С. Мерзлякова // Государственная власть и местное самоуправление. – 2023. – № 1. – С. 14-18.

35. Дьяченко, В. Г. Профессиональные мотивации будущих врачей / В. Г. Дьяченко, Т. А. Костакова, В. Б. Пригорнев // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2011. – № 2(3). – С. 1—7.

36. Дюркгейм, Э. Ценностные и реальные суждения / Э. Дюркгейм // Социологические исследования. – 1991. – № 2. – С. 106-114.

37. Евелькин, Г.М. Культура как элемент профессиональной готовности личности / Г.М. Евелькин // Личность. Культура. Общество. – 2004. – Вып. 4 (24). – С. 262-263.

38. Енин, В. В. Служение людям как ценностная составляющая образа «Я» в структуре социально-психологических характеристик у будущих врачей / В. В. Енин // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. – 2025. – Т. 14, № 1(53). – С. 38-47.

39. Еремина, М. В. Влияние пандемии COVID-19 на социальную интеракцию врача и пациента / М. В. Еремина, А. Д. Доника // Вестник Биомедицина и социология – 2022. – Т.7. № 2. – С. 3 – 8.

40. Еремина, М. В. Влияние экстремальных условий на формирование нравственной культуры врача / М. В. Еремина // Primo Aspectu. – 2025. – № 1 (61). – С. 22 – 25.

41. Еремина, М. В. Профессиональная культура врача: матрица ценностей / М. В. Еремина, О. С. Самойлова // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2024. – Т.7. № 6. – С. 84 – 87.

42. Еремина, М. В. Роль экстремальных факторов в профессиональной деятельности в формировании культуры врача / М. В. Еремина, Е. Н. Рыбак //

- Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2024. – № 6. – С. 44 – 47.
43. Еремина, М. В. Социальная группа «65+»: этическая дилемма пандемии / М. В. Еремина, А. Д. Доника // Биоэтика – 2022. – Т.15. № 1. – С. 46 – 50.
44. Еремина, М. В. Социокультурные детерминанты готовности врачей к работе в экстремальных условиях / М.В. Еремина // Социально-гуманитарные знания. – 2026. – № 1. – С. 77 – 78.
45. Ерохин, Д. А. Теоретико-методологические аспекты исследования проблемы профессиональной культуры / Д.А. Ерохин // Вестник Ставропольского государственного университета. – 2009. – № 1. – С. 167-174.
46. Зеер, Э. Ф. Психология личностно ориентированного профессионального образования / Э. Ф. Зеер. – Екатеринбург: Изд-во Урал. Гос. проф.-пед. ун-т, 2000. – 258 с.
47. Зимняя, И. А. Общая культура и социально-профессиональная компетентность человека / И. А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2005. – № 11. – С. 14-22.
48. Зинченко Ю. П. Восприятие стресса различными категориями медицинского персонала во время первой волны пандемии COVID-19 в России / Ю. П. Зинченко, О. О. Салагай, Л. А. Шайгерова, О. В. Алмазова, А. Г. Долгих, О. В. Ваханцева // Общественное здоровье. – 2021. – Т. 1, № 1. – С. 65-89.
49. Зорин, К. В. Традиционные ценности в образовании и деятельности врача (к постановке проблемы) / К. В. Зорин // Alma Mater (Вестник высшей школы). – 2023. – № 1. – С. 62-64.
50. Ивахненко, Г. А. Влияние пандемии COVID-19 на отношение россиян к своему здоровью: социологический анализ / Г. А. Ивахненко // Социология медицины. – 2022. – Т. 21, № 1. – С. 109-116.
51. Каган, М. С. Общение как ценность и как творчество / М. С. Каган, А. М. Эткинд // Вопросы психологии. – 1988. – № 4. – С. 25-34.

52. Кирияк, Д. В. Профессиональная этика и нравственность врача в период пандемии: больше вопросов, чем ответов / Д. В. Кирияк, И. А. Егорова // Вопросы устойчивого развития общества. – 2021. – № 7. – С. 503-510.
53. Климова, О. Н. Проявление качеств личности, значимых для профессионализации врача на разных этапах его становления / О. Н. Климова, Н. А. Русина, С. М. Косенко // Медицинская психология в России. – 2015. – № 3(32). – С. 187-202.
54. Ковелина, Т. А. Образ врача в культуре : дис. ... докт. философ. наук : 09.00.13 / Ковелина Татьяна Афанасьевна. – Ростов-на-Дону, 2006. – 296 с.
55. Конт, О. Общий обзор позитивизма / О. Конт / пер. с франц. И. А. Шапиро. под ред. Э. Л. Радлова. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2011. – 200 с.
56. Кочергин, В. Я. Профессиональная культура врача: внутренняя дифференциация и перспективы развития / В. Я. Кочергин, А. Г. Пацеева // Социологический альманах. – 2017. – № 8. – С. 473-482.
57. Кравченко А. И. Культурология : учебник / А. И. Кравченко. – Москва : Проспект, 2003. – 496 с.
58. Крашенинникова, Ю. А. Неявные факторы, влияющие на мнения жителей малых городов и сельской местности о здравоохранении / Ю. А. Крашенинникова, Н. Д. Юхневич // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2024. – № 4(182). – С. 266-291.
59. Купченко, В. Е. Факторы профессионального стресса у медицинского персонала в условиях COVID-19 / В. Е. Купченко // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 53-63.
60. Лебедева, И. О. Личностные качества специалистов опасных профессий: теоретический обзор / И. О. Лебедева // Молодой ученый. – 2021. – № 17(359). – С. 342-344.
61. Лехциер, В. Л. Пациентские нарративы из ковидных отделений в социальных сетях / В. Л. Лехциер, А. С. Готлиб // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2022. – Т. 15, № 4. – С. 384-404.

62. Литвинцева, С. А. Профессиональная социализация медицинских специалистов: социологический анализ (на примере Хабаровского края) : автореф. дис. ... канд. соц. наук : 5.4.4 / Литвинцева Светлана Анатольевна. – Хабаровск, 2023. – 22 с.
63. Магомедова, Л. Г. Моральные добродетели врача / Л. Г. Магомедова, Э. Р. Шихшабекова, З. Э. Абдулаева // Международный научно-исследовательский журнал. – 2020. – № 5-2(95). – С. 211-214.
64. Мамонова, О. Н. Профессиональная самоидентификация российских врачей в постковидной трансформации / О. Н. Мамонова // Россия: Тенденции и перспективы развития : Ежегодник. Материалы XIII Международной научно-практической конференции, Курск, 03–04 июня 2022 года / Отв. редактор В.И. Герасимов. Том Выпуск 17. Часть 3. – Москва: Институт научной информации по общественным наукам РАН, 2022. – С. 365-367.
65. Мансуров, В. А. Профессиональная культура и профессиональная династия: пути взаимодействия / В. А. Мансуров, Е. Ю. Иванова // Известия Уральского федерального университета. Серия 1: Проблемы образования, науки и культуры. – 2023. – Т. 29, № 3. – С. 144-155.
66. Мансуров, В. А. Социология профессий. История, методология и практика исследований / В. А. Мансуров, О. В. Юрченко // Социологические исследования. – 2009. – № 8(304). – С. 36-45.
67. Мансуров, В. А. Социология профессиональных групп: история становления и перспективы / В. А. Мансуров, О. В. Юрченко // Вестник Института социологии. – 2013. – № 7. – С. 91-106.
68. Маркс, К. Капитал. Т. 1 // К. Маркс, Ф. Энгельс // Сочинения. – 2-е изд. – Москва : Госполитиздат, 1960. – Т. 23. – 907 с.
69. Маслова, Т. С. Культура риска в профессиональной социализации спасателя : дис. ... канд. соц. наук: 22.00.06 / Маслова Татьяна Сергеевна. – Майком, 2018. – 193 с.
70. Маслоу, А. Мотивация и личность / А. Маслоу / Пер с англ. А. М. Татлыбаевой. – СПб.: Евразия, 1999. – 479 с.

71. Махнач, А. В. Влияние факторов риска и защиты на профессиональную жизнеспособность специалистов помогающих профессий / А. В. Махнач, О. А. Плющева // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 2. – С. 8-21.
72. Мельникова, О. Т. Фокус-группы: методы, методология, модерирование : учебное пособие / О. Т. Мельникова. – Москва : Аспект Пресс, 2007. – 318 с.
73. Мертон, Р. К. Социальная теория и социальная структура / Р. К. Мертон // Социологические исследования. – 1992. – № 2 – 4. – С. 118-124.
74. Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://minzdrav.gov.ru> (дата обращения 12.08.2025).
75. Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий: официальный сайт. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://mchs.gov.ru> (дата обращения 12.12.2025).
76. Модель, И. М. Профессиональная культура предпринимателя / И. М. Модель, Б. С. Модель // Социологические исследования. – 1997. – № 10. – С. 10-15.
77. Мосиенко, О. С. Профессиональная удовлетворенность медиков в период пандемии (на материалах контент-анализа глубинных интервью) / О. С. Мосиенко, О. А. Нор-Аревян, А. И. Черевкова // Гуманитарий Юга России. – 2022. – Т. 11, № 3. – С. 84-99.
78. Мосолов, А. О. Эмоциональное состояние медицинских работников в кризисные ситуации / А. О. Мосолов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2024. – № 2. – С. 51-54.
79. Мчедлова, М. М. Влияние пандемии на представления о профессиональной роли врача у студентов медицинских специальностей / М. М. Мчедлова, Г. Я. Гузельбаева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2022. – № 6(172). – С. 173-194.

80. Мясоедов, А.М. Медицинская субкультура: специфика, структура, динамика: автореф. дис. ... канд. соц. наук: 24.00.01 / Мясоедов Александр Михайлович. – Минск, 2013. – 30 с.
81. Никишина, В. Б. Профессиональный выбор как моральная дилемма врачей в условиях COVID-19 / В. Б. Никишина, Е. А. Петраш, А. Н. Моргун, Т. В. Недуруева // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2023. – Т. 67, № 2. – С. 163-171.
82. Нор-Аревян, О. А. Динамика оценки врачами престижа медицинской профессии в контексте социального самочувствия: до и во время пандемии COVID-19 / О. А. Нор-Аревян, А. И. Черевкова // Теория и практика общественного развития. – 2023. – № 8(184). – С. 51-59.
83. Нор-Аревян, О. А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) / О. А. Нор-Аревян // Гуманитарий Юга России. – 2021. – Т. 10, № 3. – С. 77-89.
84. Оберемко, О. А. К типологии открытых вопросов / О. А. Оберемко // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2018. – № 4(146). – С. 97-108.
85. Оберемко, О. А. Фокусированное интервью по Роберту Мертону: особенности и критерии эффективности метода / О. А. Оберемко, Н. Н. Терентьева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2018. – № 6(148). – С. 74-90.
86. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ: принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – 6724.
87. Овсяник, О. А. Социально-психологические особенности адаптации врачей к возникновению пандемии / О. А. Овсяник // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2020. – № 4. – С. 75-81.

88. Омельченко, А. С. Социальное медицинское добровольчество как средство формирования культуры личности студента-медика в современных условиях / А. С. Омельченко // Общество: философия, история, культура. – 2020. – № 6(74). – С. 168-174.
89. Омельченко, А. С. Сущность и содержание культуры личности будущих врачей на современном этапе развития общества / А. С. Омельченко // Человек. Культура. Образование. – 2020. – № 4(38). – С. 106-123.
90. Осипова, Н. Г. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации / Н. Г. Осипова, Т. В. Семина // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2017. – Т. 23, № 3. – С. 4-29.
91. Павлов, С. В. Социология медицины: тенденции и векторы развития / С. В. Павлов, О. П. Абаева // Социология медицины. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 128.
92. Падун, М. А. Риски психической травматизации медицинских работников во время пандемии COVID-19 / М. А. Падун // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. – 2020. – Т. 5, № 2(18). – С. 309-329.
93. Пацеева, А. Г. Профессиональная культура врача: социологический анализ : автореф. дис. ... канд. соц. наук : 22.00.06 / Пацеева Анастасия Георгиевна. – Минск, 2018. – 24 с.
94. Пацеева, А. Г. Профессиональная культура врача: трансформация представлений о принципах самоуправления и профессионального взаимодействия / А. Г. Пацеева // Проблемы управления (Минск). – 2014. – № 2(51). – С. 92-95.
95. Пацеева, А.Г. Профессиональная культура врача через призму представлений о профессионализме / А. Г. Пацеева // Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия гуманитарных наук. – 2014. – № 4. – С. 21-26.
96. Петриков, С. С. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С. С. Петриков, А. Б. Холмогорова, А. Ю. Суроегина, О. Ю. Микита,

- А. П. Рой, А. А. Рахманина // Консультативная психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 2(108). – С. 8-45.
97. Петров, В. Е. Особенности организационной субкультуры представителей экстремальных профессий / В. Е. Петров, М. И. Марьин, А. М. Зинатуллина, А. В. Сечко // Современная зарубежная психология. – 2023. – Т. 12, № 3. – С. 31-40.
98. Пищулин, В. Г. Модель выпускника университета / В. Г. Пищулин // Педагогика. – 2002. – №9. – С. 22-27.
99. Подрезов, Ю. В. Методический подход к реализации личностно-ориентированной концепции отбора поступающих в высшие учебные заведения МЧС России / Ю. В. Подрезов, С. Г. Ермаков, С. Т. Посохова, Ю. Д. Башкина // Технологии гражданской безопасности. – 2020. – Т. 17, № 4(66). – С. 65-68.
100. Попова, И. П. Социология профессий - состояние и перспективы (круглый стол) / И. П. Попова, Р. Н. Абрамов, В. А. Мансуров, А. А. Московская, Н. Н. Старцева, О. В. Юрченко, Е. Р. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2024. – № 8. – С. 3-21.
101. Поройский, С.В. Готовность врача скорой медицинской помощи к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях / С.В Поройский, А.Д. Доника, М.В. Еремина // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 8 – 10.
102. Поройский, С. В. Оценка готовности медицинского специалиста к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях / С. В. Поройский, А. Д. Доника, М. В. Еремина // Медицина катастроф. – 2014. – № 2(86). – С. 53 – 54.
103. Поройский, С. В. Профессиональная готовность врача к действиям в экстремальных ситуациях / С. В. Поройский, А. Д. Доника, М. В. Еремина // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2014. – № 2(50). – С. 109 – 112.
104. Присяжная, Н. В. Траектории профессиональной социализации врача: нарративное интервью. Часть 2 / Н. В. Присяжная, Н. Ю. Вяткина // Социология медицины. – 2024. – Т. 23, № 1. – С. 33-60.

105. Пром, Н. А. Пациентоориентированность как ценность медицинской культуры / Н. А. Пром, М. Д. Ковалева, М. Е. Волчанский // *Primo Aspectu*. – 2025. – № 1(61). – С. 25-32.
106. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие. / Д. Я. Райгородский. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.
107. Решетников, А. В. Влияние пандемии COVID-19 на отношение пользователей интернет-пространства к профессиональной деятельности врачей в России / А. В. Решетников, Т. Е. Романова, О. П. Абаева, С. В. Романов, Н. В. Присяжная // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. – 2023. – Т. 31, № 3. – С. 324-328.
108. Решетников, А. В. Идеальный образ врача в представлениях первокурсников Сеченовского университета / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, В. М. Гринин // *Главврач*. – 2019. – № 7. – С. 54-58.
109. Решетников, А. В. Роль участкового врача во мнениях молодых и опытных профессионалов / А. В. Решетников, Ш. Г. Айвазян, Н. В. Присяжная // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. – 2020. – № 2(156). – С. 331-346.
110. Решетников, А. В. Социальные настроения жителей города Москвы в период начала пандемии новой коронавирусной инфекции (covid-19): возможности медико-социологического анализа / А. В. Решетников, Н. В. Присяжная, С. В. Павлов, Н. Ю. Вяткина // *Социология медицины*. – 2020. – Т. 19, № 1. – С. 78-88.
111. Решетников, А. В. *Социология медицины : руководство*. – Москва : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 864 с.
112. Решетников, А. В. Ценностные ориентации врачей: престиж и удовлетворенность работой в оценках медицинских работников / А. В. Решетников, С. А. Ефименко, Л. П. Цыпленкова // *Профессия и здоровье*, Москва, 06–08 декабря 2011 года / Министерство здравоохранения и социального развития

РФ. – Москва: Научно-исследовательский институт медицины труда, 2011. – С. 418-420.

113. Романов, П. В. Социология профессий: аналитические перспективы и методология исследований / П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова. – Москва : ООО "Вариант", 2015. – 234 с.

114. Романова, Т. Е. Взаимоотношения врачей и пациентов инфекционного госпиталя в периоды 1 и 2-й волн пандемии COVID-19 / Т. Е. Романова, О. П. Абаева, Н. В. Присяжная, С. В. Романов, В. А. Бердугин // Терапевтический архив. – 2024. – Т. 96, № 1. – С. 42-44.

115. Рыбина, О. В. Формирование готовности студентов колледжа к работе в профессиональной команде : дис. ... канд. пед. Наук: 5.8.7 / Рыбина Ольга Владимировна. – Великий Новгород, 2024. – 179 с.

116. Седова, Н. Н. Социология патернализма и российская медицина / Н. Н. Седова, О. А. Чеботарева // Социология медицины - реформе здравоохранения : Материалы первой Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград, 18–19 июня 2004 года. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2004. – С. 30-34.

117. Силуянова, И. В. Избранные о призвании врача / И. В. Силуянова. – Москва : Изд-во ООО «Формат», 2008. – 256 с.

118. Силуянова, И. В. Образование: традиционные моральные ценности, или новый диапазон прав? (на примере высшей медицинской школы) / И. В. Силуянова // Культурное наследие России. – 2019. – № 2. – С. 31-36.

119. Сорокин, М. Ю. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением – COVID-19: данные онлайн-опроса / М. Ю. Сорокин, Е. Д. Касьянов, Г. В. Рукавишников, О. В. Макаревич, Н. Г. Незнанов, Н. Б. Лутова, Г. Э. Мазо // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2020. – № 3. – С. 77-84.

120. Сорокин, П. А. Человек. Цивилизация. Общество / П. А. Сорокин / пер. с англ. – Москва : Политиздат, 1992. – 543 с.

121. Спенсер, Г. Развитие профессий / Г. Спенсер / Пер. с англ. Т. К-ль // Мир Божий. – 1896. – №1. – С. 153-169.
122. Стефаненко, П. В. Профессиональная этика и культура в подготовке пожарного-спасателя / П. В. Стефаненко, Г. А. Науменко // Пути повышения эффективности управленческой деятельности органов государственной власти в контексте социально-экономического развития территорий : материалы VI международной научно-практической конференции, Донецк, 02–03 июня 2022 года. – Донецк: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Донецкая академия управления и государственной службы", 2022. – С. 261-264.
123. Суходольский, Г. В. Основы психологической теории деятельности / Г. В. Суходольский. – Изд. 2-е. – Москва : URSS, Изд-во ЛКИ, 2008. – 164 с.
124. Темнова, Л. В. Факторы социальной травматизации профессиональной группы врачей / Л. В. Темнова, П. В. Поповцева // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2022. – Т. 22, № 4. – С. 401-407.
125. Ульянина, О. А. Социально-психологические риски для человека и общества в условиях пандемии / О. А. Ульянина // Вестник МГПУ. Серия: Педагогика и психология. – 2020. – № 2(52). – С. 46-54.
126. Федеральный центр медицины катастроф: официальный сайт. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://fcmk.minzdrav.gov.ru> (дата обращения 10.01.2026).
127. Ферзаули, А. Н. Морально-этические и социальные ценности профессиональной деятельности врача в контексте современного общества / А. Н. Ферзаули, У. М. Исаева // Мир науки, культуры, образования. – 2025. – № 1(110). – С. 67-68.
128. Филатова, Ю. С. Профессионализация личности врача: обзор исследований / Ю. С. Филатова, О. Н. Солодчук // Психология и психотехника. – 2025. – № 3. – С. 296-313.

129. Филиппов, А. В. Уроки пандемии: этика безопасности / А. В. Филиппов, А. Д. Доница, А. М. Островский // Биоэтика. – 2021. – № 1(27). – С. 32-35.
130. Филоненко, В. И. Российское студенчество: проблемы и направления формирования ценностей и смыслов в условиях глобальных перемен / В. И. Филоненко, А. С. Магранов, Я. А. Асланов, Т. Б. Оганян, Л. С. Деточенко, Е. В. Золоухина-Аболина, Ю. В. Филоненко, А. В. Яковенко, И. С. Шаповалова, Е. В. Зинченко, Е. В. Белова, Н. В. Терещенко. – Ростов-на-Дону; Таганрог : Южный федеральный университет, 2025. – 282 с.
131. Флиер, А. Я. Культурные роли в процессах социального действия / А. Я. Флиер // Вопросы культурологии. – 2013. – № 1. – С. 12-19.
132. Хьюз, Э. Ч. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем / Э. Ч. Хьюз // Журнал исследований социальной политики. – 2009. – Т. 7, № 3. – С. 313-326.
133. Чередниченко, Д. В. Современные модели общения врача с пациентом / Д. В. Чередниченко // Медицинские новости. – 2023. – № 11(350). – С. 9-16.
134. Чернышкова, Е. В. Профессиональная репутация врача: социальные детерминанты / Е. В. Чернышкова, Л. М. Аранович, А. В. Михневич, О. С. Денисова, Е. А. Андриянова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2021. – Т. 17, № 1. – С. 70-76.
135. Чернышкова, Е. В. Социально-психологический анализ мотивационных компонентов выбора профессии врача / Е. В. Чернышкова, Е. Н. Рыбак, Д. В. Королев // Социально-гуманитарные знания. – 2025. – № 10. – С. 63-64.
136. Чернышкова, Е. В. Социально-ролевая детерминация профессиональной коммуникации в медицине / Е. В. Чернышкова, А. В. Каткова, С. В. Андриянов, Д. В. Чернышков, И. Ю. Мещерякова, М. Н. Кузнецова, Е. А. Андриянова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2022. – Т. 18, № 2. – С. 260-265.
137. Шевченко, Ю. Л. Философия медицины / Ю. Л. Шевченко. – Москва : ГЭОТАР- МЕД, 2004. – 384 с.

138. Шкарин, В. В. Социальная оценка готовности населения к переходу на ценностно-ориентированное здравоохранение / В. В. Шкарин, А. Д. Доника // Социология медицины. – 2024. – Т. 23, № 1. – С. 75-81.
139. Шюц, А. Избранное: Мир, светящийся смыслом / А. Шюц / Пер. с нем. и англ. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. – 1056 с.
140. Ядов, В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / В. А. Ядов. – Л.: Мысль, 1979. – 456 с.
141. Яницкий, О. Н. Неопределенность в критической ситуации // Официальный портал ФНИСЦ РАН. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.isras.ru/publ.html?id=7959> (дата обращения 23.04.2023).
142. Ярская-Смирнова, Е. Р. Жизненный мир помогающей профессии в период пандемии: переосмысление символических границ / Е. Р. Ярская-Смирнова, В. Н. Ярская-Смирнова // Социологические исследования. – 2022. – № 11. – С. 112-122.
143. Ясько, Б. А. Психология медицинского труда: личность врача в процессе профессионализации : автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03 / Ясько Бэла Аслановна. – Краснодар, 2004. – 42 с.
144. Bakhtiar, I. Kh. A. Factors Associated with Anxiety Level of Resident Doctors during The COVID-19 Pandemic / I. Kh. A. Bakhtiar, S. Syamsuddin // Green Medical Journal. – 2024. – Vol. 6, № 2. – P. 66-74.
145. Bowleg, L. We're Not All in This Together: On COVID-19, Intersectionality, and Structural Inequality / L. Bowleg // Am J Public Health. – 2020. – Vol. 110, № 7. – P. 917.
146. Buowari, Dy. Psychological consequences of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic on doctors / Buowari Dy // Ibom Medical Journal. – 2022. – Vol. 15, № 3. – P. 191-196.
147. Chan, K. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on training of postgraduate year 1 doctors in Singapore / K. Chan, V. Shelat, F. A. Chia // Singapore Medical Journal. – 2022. – Vol. 63, No. 11. – P. 691.

148. Cornett, M. Professional identity research in the health professions—a scoping review / M. Cornett, C. Palermo, S. Ash // *Advances in Health Sciences Education*. – 2023. – Vol. 28, No. 2. – P. 589-642.
149. Costa, D. K. Critical care workforce in crisis: A path forward / D. K. Costa, N. E. Hammond // *Australian Critical Care*. – 2023. – Vol. 36, No. 1. – P. 1-2.
150. Donika, A. D. Assessment of neuropsychological stability of the doctor in emergency situation / A. D. Donika, M. V. Eremina, I. M. Chekanin, E. I. Kalinchenko, E. A. Samoshina // *Journal of Natural Remedies*. – 2020. – Vol. 21, №. 5. – P. 1-5.
151. Donika, A. D. Modeling the attitude of doctor’s professional group to infected patients / A. D. Donika, M. V. Eremina, M. D. Kovaleva, P. R. Yagupov, E. A. Samoshina // *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 7, № 11. – P. 900 – 905.
152. Elgar, F. J. Response to Lindström (2020) on “The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries” / F. J. Elgar, A. Stefaniak, M. J. A. Wohl // *Social Science & Medicine*. – 2020. – Vol. 265. – P. 113518.
153. Flexner, A. Is social work a profession? / A. Flexner // *Proceedings of the National Conference of Charities and Correction at the Forty-second Annual Session held in Baltimore, Maryland, May 12-19, 1915*. – Chicago: Hildmann Printing Co., 1915. – P. 576-590. [Электронный ресурс]: режим доступа: <https://socialwelfare.library.vcu.edu/social-work/is-social-work-a-profession-1915/> (дата обращения 24.08.2025).
154. Foucault, M. *The Minimalist Self* / Foucault M. // *Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings 1977-1984* / translated by A. Sheridan et al. ; edited and introduced by L. D. Krtizman. - New York.: Routledge, 1988. – P. 5-6.
155. Gnaneswaran, E. B. A Role of Doctors During the Covid-19 Pandemic Situations / E. B. Gnaneswaran // *ComFin Research*. – 2023. – Vol. 11, № S1-Sep. – P. 45-50.
156. Goldie, J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators / J. Goldie // *Med Teach*. – 2016. – Vol. 34(9). – P. 641–648.

157. Greenberg, N. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic / N. Greenberg, M. Docherty, S. Gnanapragasam, S. Wessely // *BMJ: British Medical Journal*. – 2020. – P. m1211.
158. Horton, R. The COVID-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening Again / R. Horton. – USA : John Wiley & Sons, 2020. – 140 p.
159. Johnson, S. B. Doctors during the COVID-19 pandemic: what are their duties and what is owed to them? / S. B. Johnson, F. Butcher // *Journal of Medical Ethics*. – 2021. – Vol. 47, № 1. – P. 12-15.
160. Khalid, Z. “Psychological Resilience, Burnout and Secondary Traumatic Stress among Doctors in Covid-19 pandemic” / Z. Khalid, A. Gul, F. Naz, N. Sultana // *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. – 2021. – Vol. 15, № 8. – P. 2113-2116.
161. Kotti, N. Pandemic fatigue among trainee doctors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of resilience / N. Kotti, R. Masmoudi, L. Chtourou, I. Sellami, F. Dhouib, A. Hrairi, K. Jmal Hammami, M. L. Masmoudi, Ja Masmoudi, M. Hajjaji // *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. – 2025. – Vol. 20, №. 3 – P. 204-215.
162. Iacobucci, G. Covid-19: Government failed to protect doctors during pandemic, BMA inquiry finds / G. Iacobucci // *BMJ: British Medical Journal*. – 2022. – P. o1235.
163. Mohammed, A. From Paternalism to Systemic Bioethics: Principles, Characteristics, and Contemporary Relevance of Applied Ethics in Medicine and Society / A. Mohammed // *Science, Education and Innovations in the Context of Modern Problems*. – 2025. – Vol. 8, № 12. – P. 62-69.
164. Mondal, A. Frontline Health Workers / A. Mondal, M. Kumar // *Indian Journal of Social Psychiatry*. – 2021. – Vol. 37, № 1. – P. 123-124.
165. Nadkarni, T. Impact of COVID-19 Pandemic on the Life of Indian Doctors: Time for Introspection? / T. Nadkarni, S. Patel, A. Pawar, M. Bodhanwalla // *International Journal of Medicine and Public Health*. – 2021. – Vol. 11, № 2. – P. 85-89.

166. Naheed, A. COVID-19 Pandemic: Psychological Stress and Coping Strategies among Doctors / A. Naheed, A. Ahmed, Z. I. Choudhary [et al.] // Pakistan Journal of Medical and Health Sciences. – 2021. – Vol. 15, № 9. – P. 2504-2507.
167. Pahayahay A. What Media Helps, What Media Hurts: A Mixed Methods Survey Study of Coping with COVID-19 Using the Media Repertoire Framework and the Appraisal Theory of Stress / A. Pahayahay, N. Khalili-Mahani // Journal of medical Internet research. – 2020. – Vol. 22, № 8. – P. 206-208.
168. Parsons, T. Professions / T. Parsons // International Encyclopedia of the Social Sciences. – New York : The Macmillan Company & The Free Press. – 1968. – P. 536-547.
169. Pelicic, D. The Importance of Involving Student Volunteers and Nursing Students During the COVID-19 Pandemic / D. Pelicic // Biomedical Journal of Scientific and Technical Research. – 2022. – Vol. 41, № 5. – P. 33023-33024.
170. Petrov, A. V. Ethical and legal problems caused by COVID-19 pandemic / A. V. Petrov, D. A. Donika // Bioethics. – 2020. – №. 2(26). – P. 29-32.
171. Polat, A. Are we heroes or couriers? A phenomenological study on reappropriation of professional subjectivity and agency among health professionals during COVID-19 contact tracing in Türkiye / A. Polat, Z. Demircioğlu, H. Küçükali // Social Science & Medicine. – 2024. – Vol. 351. – P. 116924.
172. Poole, D. N. Responding to the COVID-19 pandemic in complex humanitarian crises / D. N. Poole, D. J. Escudero, L. O. Gostin, D. J. Escudero, D. Leblang, E. A. Talbot // International Journal for Equity in Health. – 2020. – Vol. 19, № 1. – P. 1-2.
173. Pratiwi, W. The Impact of COVID-19 Pandemic on Doctors Lives: A Qualitative Study In Cirebon City, Indonesia / W. Pratiwi, Y. P. Rachmawan // Jurnal Sehat Indonesia (JUSINDO). – 2025. – Vol. 7, № 2. – P. 711-719.
174. Reshetnikov, A. Features of Social Behavior and the Awareness of Moscow Residents about COVID-19 at the Beginning of the Pandemic / A. Reshetnikov, N. Prisyazhnaya, F. Steger, S. Pavlov, N. Vyatkina // Social Sciences. – 2023. – Vol. 12, № 1. – P. 25.

175. Reshetnikov, A. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout levels among healthcare workers: A comparative analysis of the pandemic period and post-pandemic period / A. Reshetnikov, O. Abaeva, N. Prisyazhnaya, T. Romanova, S. Romanov, K. Sobolev, A. Manukyan // *Heliyon*. – 2024. – Vol. 10, № 17. – P. e36769.
176. Rimmer, A. Covid-19: Senior hospital doctors have been left with moral injury, BMA warns / A. Rimmer // *BMJ: British Medical Journal*. – 2021. – P. n1298.
177. Sahni, D. Assessment of physical and mental health status of doctors working in COVID-19 pandemic / D. Sahni, R. Kaur, G. Sahni [et al.] // *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*. – 2021. – Vol. 7, № 5. – P. 772.
178. Sajjad, M. What constitutes altruism in the present medical context? / M. Sajjad // *Health Professions Educator Journal*. – 2021. – Vol. 4, № 2. – P. 7-8.
179. Seifeldin Abdeen, M. Traumatic stress in Egyptian doctors during COVID-19 pandemic / M. Seifeldin Abdeen, M. Z. Mohammed, Y. El Hawary [et al.] // *Psychology, Health and Medicine*. – 2023. – Vol. 28, № 1. – P. 171-178.
180. Siddiqui, F. The “Crisis and Concerns: A cross-sectional study on Junior Doctors during COVID-19 pandemic” / F. Siddiqui, A. A. Malik, Ja. Malik // *Health Professions Educator Journal*. – 2022. – Vol. 5, № 2. – P. 28-33.
181. Steiner-Hofbauer, V. Now, I think doctors can be heroes ... Medical student's attitudes towards the COVID-19 pandemic's impact on key aspects of medical education and how the image of the medical profession has changed due to the COVID-19 pandemic / V. Steiner-Hofbauer, Ju. S. Grundnig, V. Drexler, A. Holzinger // *Wiener Medizinische Wochenschrift*. – 2022. – Vol. 172, № 3-4.
182. Stokes-Parish, J. The angels and heroes of health care: Justified and appropriate, or harmful and destructive? / J. Stokes-Parish, D. Massey, K. Rolls, R. Elliott // *Journal of Hospital Medicine*. – 2022. – Vol. 17, № 10. – P. 847-849.
183. Sugiyatmi, T. A. Challenges and adversities among doctors in the era of healthcare disruption: Reflection from COVID-19 pandemic / T. A. Sugiyatmi, U. Hadi, D. Chalidyanto, YA. Pathak, M. Mitthahussurur // *Narra J*. – 2023. – Vol. 3, №. 2. – P. e134.

184. Urooj, U. Expectations, Fears and Perceptions of doctors during Covid-19 Pandemic / U. Urooj, A. Ansari, A. Siraj, S. Khan, H. Tariq // Pakistan Journal of Medical Sciences. – 2020. – Vol. 36, № COVID19-S4. – P. COVID19-S37- COVID19-S42.
185. Van Barneveld, K. The COVID-19 pandemic: Lessons on building more equal and sustainable societies / K. Van Barneveld, M. Quinlan, P. Kriesler, A. Junor, F. Baum, A. Chowdhury, Pn. R. Junankar, S. Clibborn, F. Flanagan, Ch. F. Wright, Sh. Friel, J. Halevi, Al. Rainnie // Economic and Labour Relations Review. – 2020. – Vol. 31, №. 2. – P. 133-157.
186. Veatch, R. M. Models for Medicine in a Revolutionary Age / R. M. Veatch // Hastings Center Report. – 1972. – Vol. 2, № 3. P. 5-7.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Глоссарий

1. **Биологические ЧС** - эпидемии, эпизоотии, эпифитотии.
2. **Медико-санитарные последствия чрезвычайной ситуации** – это комплексная характеристика ЧС, определяющая содержание, объем и организацию медико-санитарного обеспечения населения.
3. **Природные ЧС** – ЧС, связанные с проявлением стихийных сил природы: землетрясения, цунами, наводнения, извержения вулканов, оползни, сели, ураганы, смерчи, бури, природные пожары и др.
4. **Профессиональная культура** – субкультура, включающая основные ценности профессии, специфические знания и навыки, образовательные практики и профессиональную этику, обеспечивающих преемственность между поколениями профессионалов.
5. **Санитарные потери** – число людей, по состоянию здоровья утративших боеспособность (трудоспособность) не менее чем на одни сутки и поступивших на медицинские пункты и в лечебные учреждения.
6. **Социальные ЧС** – события, происходящие в обществе: межнациональные конфликты с применением силы, терроризм, грабежи, насилия, противоречия между государствами (войны).
7. **Техногенные ЧС** – ЧС, происхождение которых связано с техническими объектами: взрывы, пожары, аварии на химически опасных объектах, выбросы радиоактивных веществ на радиационно опасных объектах, аварии с выбросом экологически опасных веществ, обрушение зданий, аварии на системах жизнеобеспечения и др.
8. **Чрезвычайная ситуация** – это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, катастрофы или природного явления, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью

людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей

9. Чрезвычайная ситуация для здравоохранения – это обстановка, сложившаяся на объекте, в зоне аварии, катастрофы, опасного природного явления, требующая привлечения для медико-санитарного обеспечения сил и средств здравоохранения, находящихся за пределами объекта ЧС, а также особой организации работы медицинских учреждений и формирований, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

10. Экологические ЧС – аномальные изменения состояния природной среды: загрязнение биосферы, разрушение озонового слоя, опустынивание, кислотные дожди и т. д.

Список сокращений

ВЦМК – Всероссийский центр медицины катастроф.

МЧС – Министерство чрезвычайных ситуаций.

НПУ – нервно-психическая устойчивость.

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство.

ЧС – чрезвычайная ситуация.

Гайд фокус-группового интервью с врачами, принимавшими участие в работе
«красных зон» в период пандемию COVID-19

Уважаемые коллеги!

Цель нашей беседы – получить информацию о Вашем бесценном опыте работы в ковидариях. Ваши переживания, трудности и полученный опыт имеют огромное значение для создания методической системы сопровождения профессионального образования врачей, формирования их готовности к работе в экстремальных ситуациях.

Ведется запись нашей беседы, но при транскрибировании из стенограммы будут удалены все персональные данные. Информация, полученная сегодня будет использована только в научных целях при соблюдении норм автономии и конфиденциальности.

Основные вопросы - направления, предлагаемые к обсуждению:

(Первый блок вопросов был направлен на выявление мотивационного компонента профессиональной культуры участников социологического исследования):

1. Почему вы стали работать в «красной зоне»?»
2. Какое значение для Вас имело материальное стимулирование?
3. Как Вы оцениваете полученный профессиональный опыт?

Второй блок вопросов направлен на оценку субъективного отношения к профессиональным условиям и трудностям, с которыми столкнулись медицинские работники во время пандемии.

1. С какими трудностями вы сталкивались во время работы в «красной зоне»?

2. Оправдан ли, по Вашему мнению, риск собственной жизнью ради спасения жизни других?

3. Как вы считаете, работа в «красной зоне» требует от врача специальных психологических качеств, мотивации или черт характера?

4. Какой для вас оптимальный отдых после смены в «красной зоне»?

5. Как вы относитесь к героизации врачей ковидариев?

6. Какими 3-4 словами вы можете охарактеризовать врача как личность?

7. Как COVID-19 изменил ваше мышление и отношение к жизни?

8. Какие же особенности характера присущи врачам «красной зоны» нового поколения?

Благодарим Вас за участие!

Анкета оценки готовности к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях

Уважаемые коллеги! Для оптимизации профессиональной деятельности в условиях экстремальных ситуаций мы проводим социологический опрос по предлагаемым ниже вопросам. Пожалуйста, выберите нужный вариант ответа (подчеркните: да или нет). Заранее благодарны за помощь!

Пол женский мужской

Возраст _____

1. Считаете ли Вы себя готовым к профессиональной деятельности в экстремальных ситуациях?

ДА

Если Вы выбрали «да»:

1. Способны ли Вы быстро принимать ответственные решения? (да, нет)
2. Вы считаете, что имеете достаточно знаний и навыков, чтобы оказывать помощь в экстремальных ситуациях? (да, нет)
3. Отметьте необходимые, по Вашему мнению, качества для работы в экстремальных ситуациях:
 - Уравновешенность
 - Невозмутимость
 - Наблюдательность
 - Смелость
 - Умение работать в команде
 - Решительность
 - Внимательность
 - Хладнокровие
 - Целеустремленность
 - Исполнительность
 - Инициативность
 - Добросовестность
 - Способность к риску
4. Как Вы считаете, способны ли вы сохранить хладнокровие в экстремальной ситуации? (да, нет)
5. Считаете ли Вы своим профессиональным долгом работу в экстремальных ситуациях? (да, нет)
6. Чувствуете ли вы себя спокойно в незнакомой обстановке? (да, нет)
7. Способны ли Вы рисковать, невзирая на шансы? (да, нет)
8. Умеете ли Вы немедленно принимать решения, не анализируя их? (да, нет)
9. Верите ли Вы, что Ваши усилия способны изменить ситуацию? (да, нет)

НЕТ

Если Вы выбрали «нет»:

2. Вы считаете, что человек, прежде всего, должен думать о себе, а потом уже о других?(да, нет)
3. Испытываете ли Вы колебания, когда кому-нибудь нужно помочь в беде? (да, нет)
4. Вы стремитесь избегать ситуации, когда необходима Ваша помощь? (да, нет)
5. Что, по Вашему мнению, могло бы помешать Вам работать в экстремальных ситуациях? (выберите нужное)
 - Неуверенность
 - Нерешительность
 - Неготовность к риску
 - Невнимательность
 - Неуравновешенность
 - Тревожность
 - Неумение работать в команде
 - Осторожность
 - Рассеянность
 - Неорганизованность
 - Заниженная самооценка
6. Бывает ли у Вас чувство, что должно случиться что-то страшное? (да, нет)
7. Стараетесь ли Вы уклониться от конфликтов и затруднительных положений? (да, нет)
8. Вы более склонны пребывать пессимистичном? (да, нет)
9. Для достижения намеченной цели Вы детально планируете свои действия? (да, нет)
10. Склонны ли Вы к самокритике (да, нет)

Результаты внедрения результатов исследования

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ


RU2025624678

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
**ГОСУДАРСТВЕННАЯ РЕГИСТРАЦИЯ БАЗЫ ДАННЫХ, ОХРАНЯЕМОЙ
АВТОРСКИМИ ПРАВАМИ**

Номер регистрации (свидетельства): 2025624678 Дата регистрации: 23.10.2025 Номер и дата поступления заявки: 2025624336 17.10.2025 Дата публикации и номер бюллетеня: 23.10.2025 Бюл. № 11 Контактные реквизиты: naukavolgmu@yandex.ru	Автор(ы): Еремина Мая Владимировна (RU), Доника Алена Дмитриевна (RU) Правообладатель(и): Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Волгоградский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Название базы данных:

Моделирование социального взаимодействия врач-пациент в условиях чрезвычайных ситуаций

Реферат:

База данных создана для экспликации триггеров трансформации профессиональной культуры врача, обусловленных пандемией новой коронавирусной инфекции. Социологический опрос проведен на модельной группе врачей г. Волгограда (N=450, средний возраст 28,5±3,2 лет). Полученные в результате социологического анализа выводы позволят обосновать модель социального взаимодействия врач-пациент в условиях чрезвычайных ситуаций. Тип ЭВМ: IBM PC-совмест. ПК. ОС: Windows XP/Vista/7/8/10.

Вид и версия системы управления базой данных: Microsoft Excel

Объем базы данных: 11,1 МБ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности ФГБОУ ВО
ВолГМУ Минздрава России Д.В. Михальченко

« 30 » января 2026 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИССЕРТАЦИОННОГО
ИССЛЕДОВАНИЯ

старшего преподавателя кафедры безопасности жизнедеятельности Института общественного здоровья имени Н.П.Григоренко ФГБОУ ВО ВолГМУ Ереминой Май Владимировны по теме «Трансформации профессиональной культуры врача в экстремальных условиях», представленной на соискание ученой степени кандидата социологических наук по специальности 5.4.6. Социология культуры

Комиссией в составе: председателя – директора ИОЗ им. Н.П.Григоренко, д-ра мед.н., профессора В.Л.Аджиенко, членов комиссии – профессора кафедры д-ра хим.н. Шрейберт Н.А., заместителя главного врача по организационно-методической работе ГУЗ «ГКБСМП №25», старшего преподавателя кафедры безопасности жизнедеятельности ИОЗ им. Н.П.Григоренко С.С.Ларионова, преподавателя кафедры безопасности жизнедеятельности ИОЗ им. Н.П.Григоренко Старокожевой Д.С. (секретарь) подтверждается следующее:

1. В образовательный процесс на кафедре безопасности жизнедеятельности ИОЗ им. Н.П. Григоренко внедрены методические рекомендации по формированию культуры безопасного поведения и профессиональной готовности врача к деятельности в экстремальных условиях.
2. Рекомендации содержат описание методик оценки социальной и психологической готовности к деятельности в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
3. Результаты исследования используются в рамках самостоятельной работы студентов всех факультетов по дисциплине «Безопасность жизнедеятельности», а также для подготовки клинических ординаторов к занятиям по теме «Медико-санитарное обеспечение при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций». Эффективность внедрения научных результатов исследования связана с формированием у студентов следующих компетенций: УК-8, ОПК-6, ПК-1.

Общим решением заседания кафедры безопасности жизнедеятельности ИОЗ им. Н.П.Григоренко (протокол №7 от 26.01.2026.) рекомендовано использование результатов диссертационного исследования Ереминой М.В. в учебном процессе.

Председатель комиссии:
Директор ИОЗ им. Н.П.Григоренко,
д. м. н., профессор




В.Л. Аджиенко

Секретарь комиссии:

Д.А. Старокожева