

СОЦИОЛОГИЯ

УДК 316.334

DOI: 10.17223/1998863X/64/12

Н.А. Вялых

СОЦИАЛЬНОЕ САМОЧУВСТВИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 (НА МАТЕРИАЛАХ ГЛУБИННЫХ ИНТЕРВЬЮ)

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-04-60466¹.

На основе интерпретации материалов глубинных интервью показаны особенности социального самочувствия медицинских работников Ростовской области и раскрыты доминанты социальной адаптации профессионального медицинского сообщества региона к новым условиям труда в контексте пандемии COVID-19. Обоснована необходимость методологической переориентации современных социологических исследований с изучения институциональных последствий новой коронавирусной инфекции на выявление социальных представлений, ценностей и установок медицинского сообщества, сдерживающих дисфункционализацию института здравоохранения в современной России и отдельных регионах страны.

Ключевые слова: социальное самочувствие, медицинское сообщество, институт здравоохранения, пандемия COVID-19, красная зона, Ростовская область

Введение

Социальное самочувствие является объектом исследования социальной философии, экономики, права, психологии и других наук, каждая из которых посредством специальной методологии и методического инструментария изучает свой срез отношений в сфере здравоохранения. Социология в отличие от других научных систем предлагает более широкий набор методов познания, позволяющих исследовать механизмы формирования социального самочувствия профессионального медицинского сообщества на микро- и макроуровне. В условиях усложнения эпидемиологической ситуации в России и в мире актуализируется значение социальной диагностики последствий эскалации коронавирусной инфекции COVID-19 для медицинского сообщества и региональных систем здравоохранения.

В статье предлагается анализ эмпирических данных, добытых научным коллективом Института социологии и регионоведения Южного федерального университета (руководитель – О.А. Нор-Аревян, исполнители: О.Ю. Посухова, О.С. Мосиенко, А.И. Черевкова, Н.А. Вялых) в рамках проекта РФФИ № 20-04-60466 «Социальное самочувствие профессионального медицинского

¹ The reported study was funded by RFBR according to the research project № 20-04-60466.

сообщества в сложной эпидемиологической ситуации». В данной публикации будут рассмотрены особенности социального самочувствия медицинских работников (врачей и среднего медперсонала больниц и клиник Ростовской области), в том числе непосредственно задействованных в так называемой красной зоне – специально оборудованных госпиталях для ведения пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией.

Всего с октября 2020 г. по февраль 2021 г. было проведено 40 глубинных интервью – по 10 интервью в каждой группе (врачи, работающие с ковид-пациентами; врачи, не работающие с ковид-пациентами; средний медперсонал, работающий с ковид-пациентами; средний медперсонал, не работающий с ковид-пациентами). Способ отбора респондентов – метод снежного кома по заранее определенным квотам (работающие и не работающие в красной зоне; врачи / средний медперсонал; региональный центр / периферия; молодые / опытные медработники). Таким образом, в составе выборочной совокупности половина информантов работала с подтвержденными ковид-пациентами на регулярной основе. Фактически же все респонденты сталкивались так или иначе в своей деятельности с инфицированными новым коронавирусом пациентами, о чем становится известно медработникам не красной зоны, как правило, постфактум.

Также во вступительной части статьи хотелось бы прокомментировать использование термина «красная зона» – одного из ключевых в нашем исследовании. Исторически в массовом сознании и медиа-дискурсе это словосочетание ассоциировалось со специальными исправительными учреждениями для осужденных сотрудников силовых структур. Сейчас смысловые коннотации поменялись, поэтому мы будем использовать этот медийный штамп в его обновленном значении и без кавычек.

Проблема исследования в методическом аспекте заключается в противоречии между знанием и незнанием. На сегодняшний момент мы условно «знаем»: факторы и атрибутивные признаки социального самочувствия (безотносительно к каким-либо группам и общностям), экономико-правовые основы российской системы здравоохранения и точки напряженности в ее структуре. Однако мы почти ничего не знаем о жизненном мире и новой повседневности медицинских работников в условиях пандемии COVID-19. Социальный аспект проблемы социологического исследования видится в противоречии между ожиданиями, моделями адаптации медиков и обострившимся кризисом здравоохранения в сложной эпидемиологической ситуации.

Данные интервью, формулировки отдельных вопросов, методологические наработки, предварительные выводы могут быть полезны исследователям из других регионов, работающим по схожей тематике, как для сравнительного анализа, так и в качестве задела для собственных инициативных и грантовых научных проектов.

Есть ли методологические основания социологических исследований социального самочувствия медицинских работников в условиях пандемии?

Однозначно на вопрос в указанном выше подзаголовке ответить нельзя. С одной стороны, за последние лет двадцать успели сложиться научно-исследовательские традиции в отечественной социологии здравоохранения, с

обратной стороны, полтора года экспансии новой коронавирусной инфекции – не такой большой срок, чтобы говорить о прочных методологических основаниях. Социология – наука с ярко выраженным экстерналистским драйвером развития. Мировое социологическое сообщество моментально отреагировало на пандемию сотнями и даже тысячами научных публикаций (преимущественно эмпирического плана). Существенная доля этих статей как раз в той или иной степени связана с социально-психологическим самочувствием медицинских работников. Не во всех, но во многих публикациях смысл сводится к следующему: все очень плохо, и с этим «плохо» надо что-то делать.

Конъюнктурность познавательного интереса мирового и российского социологического сообщества (да и самого автора этой статьи, ставшего в 2020 г. соисполнителем гранта РФФИ под литером «Вирусы») особенно отчетливо проявляется в период пандемии нового коронавируса. За неприлично короткий срок появились бесчисленные научные публикации по данной проблематике, хотя для всех очевидно, что изобретение лекарств и вакцин, равно как и управление общественным здоровьем, находится вне компетенции социологов. В то же время из-за пандемии происходит системная перестройка социально-стратификационной структуры общества, активизируются процессы интеграции и дифференциации в институциональном поле здравоохранения, усиливаются риски депрофессионализации медицинских работников, поэтому социологи не могут и / или не должны закрывать на это глаза. В конце концов, наука – это такое же поле игразированных практик социального поведения, как и образование, политика, экономика, здравоохранение, семья, культура и пр.

Научный коллектив ростовских социологов, в который посчастливилось войти автору, сконцентрировался не на планетарном уровне рисков и угроз, а на детальном, преимущественно качественном, социологическом анализе процессов в Ростовской области – регионе, в самом начале пандемии вошедшем в пятерку лидеров по показателям заболеваемости и смертности от ковида и до момента написания текста статьи сохраняющим это опасное для социально-территориальной общности лидерство.

Теоретико-методологическими основаниями научного исследования послужили труды российских [1–6] и зарубежных ученых, в которых раскрываются концепт, индикаторы и факторы социального самочувствия, специфика его проявления в среде профессионального медицинского сообщества [7–9], в том числе в условиях пандемии COVID-19 [10–13]. Эти работы позволили найти точку опоры для эмпирического исследования, не имеющего по понятным причинам научно-исследовательских аналогов, и сформулировать рабочее определение центрального понятия. Итак, социальное самочувствие – субъективное восприятие и оценка личностью медицинского работника уровня своих достижений, степени реализации своих потребностей, эффективности жизненной стратегии с учетом социокультурного контекста (на микро- и макроуровне) и объективных факторов (вектора социальной политики государства, ситуации в здравоохранении и общественном здоровье, риторики средств массовой коммуникации, уровня просвещения и образованности в обществе).

Гайд глубинного интервью состоял из пяти смысловых модулей: 1) биографический портрет информанта, включая мотивы выбора медицинской профессии; 2) социально-экономическое положение, удовлетворенность условиями труда, зарплатой, самооценка жизненного уровня и жилищно-бытовых условий (проблем); 3) перспективы профессионального развития и карьерные стратегии, ожидания, образование и самообразование до и в период пандемии; 4) влияние пандемии на повседневный образ жизни, круг общения, страхи, опасения, тревоги, досуговые практики, специфика работы в красной зоне, отношения в коллективе и с руководством; 5) медицинское обслуживание и социальная защита медицинских работников, самооценка здоровья, уверенность в завтрашнем дне, трудовые споры и профессиональные риски, отношение к вакцинации.

Методологическая матрица эмпирического исследования более обстоятельно очерчена в уже изданных публикациях автора и научной группы проекта [14, 15], поэтому мы остановимся лишь на ключевых методологических положениях исследования.

Объектом научного анализа стали представители профессионального медицинского сообщества как акторы системы институциональных отношений, поскольку социология имеет дело с типическими моделями социального поведения и факторами (экстернальными и интернальными), формирующими субъективно ощущаемый уровень социального самочувствия. Следовательно, новизна нашего ракурса состоит в том, что социальное самочувствие – это достигаемое состояние, а не статическая характеристика, ниспосланная человеку лишь внешними условиями его повседневности. При этом социология не интересуется уникальностью отдельно взятых людей, а стремится все упростить, систематизировать и классифицировать. Поэтому мы исходим из методологических принципов структуралистского конструктивизма П. Бурдьё, согласно которым медицинские работники, занимающие близкие социальные позиции и обладающие схожими социальными представлениями, способны производить аналогичные поведенческие практики в пространстве здравоохранения и как следствие переживать схожие эмоциональные состояния.

Оптимальным методологическим основанием выступает интегративная матрица научного исследования социального самочувствия профессионального медицинского сообщества, включающая структурно-функциональный анализ и феноменологическое направление. Структурный функционализм дает возможность рассматривать медицинских работников в качестве участников стратификационной и институциональной структур российского общества и исполнителей определенных ролевых функций в системе общественной жизнедеятельности и в то же время в качестве носителей различных форм коллективной социальной субъектности. А в рамках феноменологического подхода социальное самочувствие профессионального медицинского сообщества изучается уже не только как объективный индикатор положения данной профессиональной группы в социальной структуре общества, но и как ее субъективное восприятие и репрезентация в повседневной профессиональной и обыденной действительности.

Понятие социального самочувствия тесно связано с феноменом социальной адаптации. Как известно, Р. Мертон выделял пять типов социальной адаптации личности: конформизм, инновация, ритуализм, ретритизм и мятеж.

Четыре последних типа в большей или меньшей степени являются формами девиантного поведения. Целесообразно применить концептуальную схему социальной адаптации Р. Мертон (с незначительной корректировкой последовательности типов с акцентом на конструктивность поведения, а не его аномичность) для исследования моделей поведения медицинских работников в условиях сложной эпидемиологической ситуации (таблица). Впрочем, смысл, который вкладывается нами в характеристики поведения «инноваторов», «конформистов», «ритуалистов», «ретритистов», «мятежников», несколько отличается от значения, которое вкладывал Р. Мертон, так как мы заимствуем из его теории аномии (она же – теория социальной адаптации) только названия типов и их базовые параметры.

Модели социальной адаптации медицинских работников

Тип модели	Основные характеристики модели поведения
Инновационный	Стремление к максимизации личной выгоды от профессиональной деятельности и приращению капитала (экономического, социального, культурного, символического) вопреки экстернальным и интернальным ограничениям
Конформистский	Целерациональное, но вместе с тем пассивное приспособление к структурным параметрам функционирования системы здравоохранения
Ритуалистический	Слаборефлексируемое следование поведенческим паттернам медицинской деятельности, закрепленным в культурной традиции референтной профессиональной группы
Ретритистский	Сознательное (мотивированное) либо иррациональное (аффективное) уклонение от решения значимых профессиональных задач и достижения социального успеха
Мятежный	Стремление к замене существующих формальных и неформальных норм социального взаимодействия акторов в поле клинической практики (на микро- и макроуровне) иными регуляторами

Теоретическое значение типологизации моделей социальной адаптации состоит в сведении конгломерата поведенческих актов и индивидуальных жизненных миров медицинских работников к упрощенным научным конструктам для адекватного понимания текущей ситуации и разработки инструментов социальной работы с профессиональным медицинским сообществом, если в таковых есть реальная потребность. Концепт социальной адаптации позволяет рассматривать социальное самочувствие не как какую-то искусственную объективную реальность, но как динамическую характеристику профессионального мышления одной из главных, наравне с потребителями медицинской помощи, группы в системе здравоохранения.

Факторы и проблемный фон социальной адаптации медицинских работников к деятельности в сложной эпидемиологической ситуации

Несмотря на сложную (и без COVID-19) ситуацию в региональном здравоохранении, результаты опроса фиксируют в целом удовлетворительный уровень социального самочувствия врачей и среднего медперсонала, особенно в областном центре: *«Противоречия есть всегда, иначе это была бы не жизнь. Устраивает стабильная работа, работа по специальности... что касается врачей, то без работы мы не остаемся»* (муж., 35 лет, врач-невролог городской больницы, г. Ростов-на-Дону). Как правило, опрошенные медицинские работники выбирали осознанно свою профессию, и если бы пришлось снова выбирать, то выбрали тот же самый путь. Однако были и исключения. Главная причина – падение авторитета в обществе и уважения:

«Мне иногда кажется, что я ощущаю себя официанткой. Важно, что ты ощущаешь: ответственность за жизнь или за тарелку? ...Медицинская профессия, конечно, престижная, высокоморальная и интеллектуальная, и, наверное, с улицы в этой профессии не должно быть никого. Но то, что она потеряла свой престиж, – с этим не поспоришь» (жен., 60 лет, врач-отоларинголог, г. Ростов-на-Дону).

Медицинские работники, не взаимодействующие с подтвержденными ковид-пациентами, отмечают, что уровень заработной платы с началом пандемии никак не изменился или даже снизился. Что касается доплат за работу в красной зоне, то здесь мнения респондентов расходятся. Основной аргумент медработников, считающих несправедливой подобную дифференциацию оплаты труда, состоит в том, что рискуют все, ибо ковид-статус пациента заранее никому не известен: *«Я считаю, что должно быть какое-то вычисление доли риска. Как в работе поликлиники, если при сдаче ПЦР-мазка – если он положительный, то фельдшерам, например, в поликлинике доплачивают за смену определенную сумму денег. Если бы у нас тоже такое было, возможно, я считала бы, что это справедливо, потому что иногда контактируешь и не знаешь, больной человек или просто у него ОРВИ»* (жен., 38 лет, акушер послеродового отделения, г. Азов).

В период пандемии абсолютное большинство респондентов, независимо от сферы деятельности (ковид / нековид), провели продуктивно первые месяцы пандемии, повышая уровень своей квалификации как онлайн, так и очно, в том числе посредством прохождения курсов, связанных со спецификой работы в условиях распространения новой коронавирусной инфекции. Наряду с очевидными достоинствами (информативностью, многообразием, доступностью курсов) респонденты отмечали и существенные недостатки повышения квалификации: *«...по большей части это формальность. Читают на лекциях одно и то же каждый раз. Ничего не меняется, одни и те же приказы, одна и та же информация...Чего-то нового мы не получаем»* (жен., 45 лет, медсестра родильного отделения, г. Азов). Молодые информанты, совмещающие работу с учебой в медицинском университете, отмечали проблемы в развитии практических компетенций на начальном этапе пандемии: *«Первый – третий курсы мы находимся в основном в стенах университета, изучаем теорию, а практика начинается с четвертого и по шестой курс. Получается, половину четвертого курса мы находились на кафедрах больниц и других профильных учреждений, где мы могли сталкиваться непосредственно с больными, могли проследить заболевание, видеть симптомы, применять какие-то практические навыки. Но с начала пандемии многие заведения закрылись, и осталось все на уровне теории, а знания без практики ни к чему хорошему не приведут»* (муж., 22 года, медбрат перинатального центра, г. Ростов-на-Дону). Вдобавок большинство курсов повышения квалификации и переподготовки в здравоохранении – платные: *«Они есть за счет средств ОМС (обязательного медицинского страхования. – Н.В.), но опять же очень мало мест. И сказать честно, попасть на них на бюджетной основе, ну это я не знаю, нереально, наверное, если в Ростове снег в августе пойдет, то ты попадешь...»* (муж., 32 года, акушер-гинеколог, врач ковид-госпиталя, г. Ростов-на-Дону); *«Повышение квалификации – это очень дорого, порою до 70 тыс. за курс!»* (муж., 27 лет, врач ковид-госпиталя, г. Миллерово).

Невзирая на ряд негативных оценок, на сегодняшний момент можно судить о комплементарности формальных институциональных изменений и неформальных норм в системе аттестации (сертификации) работников здравоохранения. Отрицательно о сложившейся системе повышения квалификации отзываются преимущественно представители среднего медперсонала и врачи скорой помощи, а положительно – врачи-специалисты. Негативные оценки, как считает О.Ю. Посухова, связаны прежде всего с отсутствием возможности обучения с отрывом от производства, нехваткой личного общения с преподавателями и недостатком практического компонента. Положительная характеристика онлайн-обучения обусловлена возможностью самостоятельно планировать свою учебную занятость и трудовую нагрузку, а также минимизировать финансовые и временные затраты на дорогу к базам повышения квалификации [16. С. 49].

Что касается желаемого уровня оплаты труда, то чаще всего называлась сумма в 70–100 тыс. руб. в месяц (среди врачей и фельдшеров скорой медицинской помощи) и 40–50 тыс. руб. среди представителей среднего медицинского звена (фельдшеров, акушеров, медсестер / медбратьев). Надо признать, что уровень притязаний опрошенных довольно адекватный, что косвенным образом говорит о завышенных статистических сведениях относительно зарплат медицинских работников по России и Ростовской области. По данным Росстата, в 2019 г. средняя заработная плата врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское образование, составила 80 756 руб. по РФ и 58 508 руб. по Ростовской области. По среднему медперсоналу данные более реалистичны, но тоже не близки к реальным доходам: 39 573 руб. по РФ и 30 154 руб. по Ростовской области [17. С. 246–247]. При этом медицинские работники (по крайней мере 2/3 респондентов) не рассчитывают на помощь государства в решении жилищных вопросов. Мало кто из опрошенных и их коллег принимал участие в специальных жилищных программах [18. С. 74].

Многие врачи, фельдшеры и медсестры (медбратья) отмечали, что не испытывают конкуренцию по месту работы и при этом чувствуют себя конкурентоспособными. Однако перспективы вертикальной социальной мобильности в сфере здравоохранения весьма туманны. Вот некоторые выдержки из различных интервью, связанные с карьерными ожиданиями: *«Я так понимаю, что в медицинской среде понятие карьерного роста условное. Потому что, если рассматривать карьеру в поликлинике, перестать быть врачом и стать заведующим – это очень сомнительный карьерный рост в плане получения удовольствия и оплаты труда»* (жен., 38 лет, самозанятый врач-педиатр, иммунолог, г. Ростов-на-Дону); *«Только получение высшей категории при очередном повышении квалификации. От медсестры выше я уже никуда не подымусь»* (жен., 45 лет, медсестра родильного отделения, г. Азов); *«Выше двигаться, грубо говоря, – все места заняты. Можно повысить категорию с первой на высшую, но это ничего не даст. Пока что только из дежурных врачей в лечащие, и наоборот»* (муж., 35 лет, врач-невролог городской больницы, г. Ростов-на-Дону). Впрочем, молодые респонденты в своих оценках были более оптимистичными и прагматичными: *«Хочу стать врачом. Далее развиваться в государственной клинике и можно одновременно работать в частной. В дальнейшем уже можно стать главврачом или*

свою клинику основать» (муж., 20 лет, студент медицинского университета, медбрат ковид-госпиталя, г. Ростов-на-Дону).

Важным индикатором социального самочувствия является уровень субъективного комфорта в работе в коллективе. Подавляющее большинство респондентов говорило об эффекте консолидации профессионального медицинского сообщества с началом пандемии: *«Отношения в коллективе теплее стали, потому что часть наших коллег уходили... у нас же открывался ковидный госпиталь и часть сотрудников уходила туда. Поэтому мы им писали и переживали за них. И когда они вернулись, мы были очень рады!»* (жен., 63 года, врач-кинезотерапевт в клинко-диагностическом центре, г. Ростов-на-Дону). Хотя встречались и суждения критического плана, связанные с отношением руководства медицинских организаций: *«Коллектив – очень дружный... Только отношение начальства к нам как к низшим людям хотелось бы поменять»* (жен., 45 лет, медсестра родильного отделения, г. Азов).

Одним из безусловных показателей социального самочувствия является удовлетворенность условиями труда. Здесь все тоже очень гетерогенно. Медицинские работники среди недостатков в организации деятельности служб здравоохранения Ростовской области в период пандемии (и не только пандемии) чаще всего отмечали тотальную нехватку сотрудников (особенно медсестер и санитарок), ужесточение проверок и надзорных мероприятий, увеличение нагрузки и длительности трудового дня без дополнительной оплаты, низкую обеспеченность средствами индивидуальной защиты, снижение заработной платы, принуждение к уходу в отпуск (в том числе неоплачиваемый) на этапе тотальной самоизоляции в апреле–мае 2020 г. В число общих проблем здравоохранения Ростовской области, которые служат негативным фоном социального самочувствия медиков, респонденты включили дефицит узких специалистов в малых городах и селах, неудовлетворительный уровень материально-технического оснащения медучреждений, низкий уровень квалификации значительной части медработников, снижение доступности медицинской помощи (в организационном и экономическом плане), подрыв престижа медицинской профессии.

Что касается работников красной зоны, то большинство интервьюеров отмечало слаженность и профессионализм в организации деятельности ковид-госпиталей, повышенное внимание к здоровью самих врачей и представителей среднего медицинского звена: *«Действия грамотные были. За тех людей, которые работали в красной зоне, руководство в действительности переживает. Даже больше скажу: для сотрудников, которые работали в красной зоне, руководство раз в месяц делало курсы реабилитации. Там был вакуумный массаж поясничного отдела, шейной зоны, кислородные коктейли, жемчужные ванны. Это очень приятно было, аж за сердце схватило, если так можно сказать. Тебя реабилитируют, чуть-чуть восстанавливают, и ты опять с полной силой идешь работать»* (муж., 32 года, акушер-гинеколог, врач ковид-госпиталя, г. Ростов-на-Дону). Да и в целом работающие с ковид-пациентами медики выше оценивают степень развития здравоохранения в регионе.

Многие специалисты отмечали не столько низкий уровень оплаты труда (судя по интервью, сложилось ощущение, что с этим врачи и средний медперсонал как бы свыклись) или неудовлетворительные для деятельности

условия оказания медицинской помощи, сколько противоречивое отношение регионального социума и пациентов к здравоохранению: «...нет, все в целом нормально. Просто отношение пациентов, оно стало потребительским, и они считают, что мы обязаны. И вообще тенденция руководства – что врачи чем-то обязаны больному. Нет! больной обязан следить за своим здоровьем, обязан выполнять все назначения, соблюдать процедуры и мероприятия, которые нужны для него. А получается, что нам, врачам, навязали тактику, что мы должны следить за больным, за бумажками. У меня сейчас знакомая есть, работает она на Чукотке, тоже вынужденно покинула Ростовскую область именно из-за потребительского отношения к врачам. И ей буквально на днях высказало претензию руководство (там мамочка пьяная забыла семимесячного ребенка на улице в 40-градусный мороз), а врачу выдвинули претензию, что она плохо проводит разъяснительные работы с пациентами. Вот как. Население бухает, население забывает своих детей, а ругают врача. Это нормально? Как врач может быть доволен с такой системой? И так во всем, во всех структурах: и в онкологии, и в кардиологии... люди забывают принимать свои препараты, понятно, что цена там высокая. А всегда обвиняют врача – того, кто последним контактировал...» (муж., 38 лет, хирург-онколог, врач ковид-госпиталя, г. Ростов-на-Дону). Мы привели такой объемный фрагмент интервью для того, чтобы читатели понимали: подобное мнение и высказывания в различных модификациях сквозили в беседах как минимум с третью опрошенных.

Заключение

Несмотря на имеющиеся противоречия и парадоксы, связанные отнюдь не с пандемией COVID-19, а лишь обострившиеся с ее возникновением, респонденты продемонстрировали не только свою функциональность и адаптивность к изменениям, но и умеренно-позитивный настрой без выраженных признаков тревоги, беспокойства, неустроенности и подавленности. И только критичное нарушение прав и свобод могло бы заставить участвовать врачей и средний медперсонал в активных действиях в защиту своих прав и интересов. Одним из показателей и одновременно средством увеличения резерва социального самочувствия являются досуговые практики. Опрос показал, что медики по-разному проводят свободное время: кто-то отдыхает пассивно, а кто-то активно, стараясь при этом расширять свой кругозор и повышать общий уровень интеллекта. Существенным сдерживающим профессиональную деформацию фактором в сложной эпидемиологической ситуации выступает включенность медицинских работников в социальные круги. Прежде всего, речь идет о крепких социальных связях с коллективом, семьей и друзьями.

Пандемия нового коронавируса не повлекла за собой разрушения системы здравоохранения, скорее она лишь сорвала пломбы с закоряченных ее травм. К тому же массовое вовлечение врачей, медбратьев, медсестер, фельдшеров в противоковидное движение становится дополнительным фактором консолидации профессионального медицинского сообщества [19. С. 87–88], а для кого-то – каналом восходящей социальной мобильности, возможностью себя проявить и просто улучшить свое материальное положение [20. С. 95]. Нельзя умолчать и о том, что многие медицинские работники, занятые в

красной зоне на момент проведения социологического исследования, отчасти не готовы морально к окончанию пандемии, так как опасаются потерять дополнительные выплаты.

Если вернуться к адаптированной нами типологии Р. Мертон, можно сделать предварительный вывод о том, что преобладающими являются конформистская, ритуалистическая и инновационная стратегии поведения. Инновационный характер социальной адаптации в большей мере проявили медицинские работники, принявшие решение переквалифицироваться, чтобы трудиться в красной зоне. Конформисты и ритуалисты, обладая консервативным радикалом профессионального мышления, скорее адаптируются к изменяющимся условиям деятельности с меньшим проявлением субъектности. Стратегий ретритизма и тем более мятежа нами в ходе глубинных опросов не было обнаружено. Это отнюдь не значит, что таких стратегий вообще нет. Вероятно, выборка в 40 человек да еще и факт исследовательского вызова медиков на столь откровенный разговор просто исключили вероятность рекрутинга потенциальных ретритистов и мятежников.

Выявить статистическую распространенность той или иной модели социальной адаптации и ее влияние на социальное самочувствие можно только инструментарием количественной социологии. В связи с этим автор и его научный коллектив планируют на втором этапе реализации проекта (2021–2022 гг.) провести массовый анкетный опрос среди медицинских работников Ростовской области. Хочется верить, что после серии глубинных интервью, учитывая гигантские массивы полученной информации, нам самим стало несколько понятнее, что же мы изучаем на самом деле. В этом случае программирование социологического анкетирования будет осмысленным, а данные востребованы научным сообществом и экспертами.

Литература

1. Гориков М.К. Социальное самочувствие населения в условиях реформ: региональный аспект. М. ; СПб. : Нестор-История, 2011. 176 с.
2. Жегусов Ю.И. Влияние социального самочувствия населения на динамику деструктивных социальных процессов в России // Коммуникология. 2018. № 4. С. 15–26.
3. Суняйкина О.Н. Понятие «социальное самочувствие» в социологии // Вестник Мордовского университета. 2011. № 3. С. 98–101.
4. Сысоев П.Г. Оценка социально-психологического состояния врачей // Вестник Ивановской медицинской академии. 2011. № 4. С. 10–13.
5. Усова Е.Н. Социальное самочувствие: теоретико-методологические подходы к исследованию // Саратовский научно-медицинский журнал. 2017. № 13 (3). С. 554–559.
6. Шлыкова Е.В. Повседневный риск как фактор социального самочувствия (на примере молодежи мегаполиса) // Теория и практика общественного развития. 2018. № 3. С. 24–27.
7. Осинский И.И., Бутуева З.А. Социальное самочувствие: понятие, факторы формирования и показатели измерения // Вестник Бурятского государственного университета. 2015. № 14. С. 38–45.
8. Гареева И.А. Социальное самочувствие врачей в современной системе здравоохранения // Вестник ТОГУ. 2014. № 4 (35). С. 295–300.
9. Соловей А.П., Шухно Е.В. Интерпретация и операционализация концепта «социальное самочувствие» // Синергия. 2018. № 4. С. 72–77.
10. Chang D., Xu H., Rebaza A., Sharma L., Dela Cruz C.S. Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection // The Lancet Respiratory Medicine. 2020. № 8 (3). e13. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32061333> (accessed: 11.09.2021).
11. Cox C.L. Healthcare Heroes': Problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic // Journal of Medical Ethics. 2020. № 46 (8). P. 510–513.

12. Dennerlein J.T., Burke L., Sabbath E.L., Williams J.A.R., Peters S.E., Wallace L., Karapanos M., Sorensen G. An integrative total worker health framework for keeping workers safe and healthy during the COVID-19 pandemic // *Human Factors*. 2020. № 62 (5). P. 689–696.

13. Dewey C., Hingle S., Goelz E., Linzer M. Supporting clinicians during the COVID-19 pandemic // *Annals of Internal Medicine*. 2020. № 172 (11). P. 752–753.

14. Вялых Н.А. Факторы социального самочувствия профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии нового коронавируса // *Гуманитарий Юга России*. 2021. № 1. С. 102–110.

15. Vyalykh N.A., Nor-Areyan O.A., Posukhova O.Y., Mosienko O.S., Cherevkova A.I. Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation // *Turismo: Estudos & Práticas (UERN)*. 2021. № 1. URL: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RTEP/index> (accessed: 15.09.2021).

16. Посухова О.Ю. Институциональные условия профессионального развития медицинских работников (по материалам социологического исследования в период борьбы с COVID-19) // *Теория и практика общественного развития*. 2021. № 6. С. 41–50.

17. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2020: стат. сб. / Росстат. М., 2020. 1242 с.

18. Мосиенко О.С. Удовлетворенность медицинского сообщества мерами государственной поддержки в сложной эпидемиологической ситуации (на материалах глубинных интервью медиков Ростовской области) // *Гуманитарий Юга России*. 2021. № 3 (49). С. 64–76.

19. Нор-Ареян О.А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) // *Гуманитарий Юга России*. 2021. № 3 (49). С. 77–89.

20. Черевкова А.И. Профессиональное становление медиков в условиях пандемии коронавируса (по материалам глубинных интервью) // *Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ)*. Серия: Социально-экономические науки. 2021. Т. 14, № 3. С. 95–101.

Nikita A. Vyalykh, Southern Federal University (Rostov-on-Don, Russian Federation).

E-mail: sociology4.1@yandex.ru

Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filosofiya. Sotsiologiya. Politologiya – Tomsk State University Journal of Philosophy, Sociology and Political Science. 2021. 64. pp. 127–139.

DOI: 10.17223/1998863X/64/12

SOCIAL WELL-BEING OF THE PROFESSIONAL MEDICAL COMMUNITY DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN ROSTOV OBLAST (BASED ON THE MATERIALS OF IN-DEPTH INTERVIEWS)

Keywords: social well-being; medical community; healthcare institute; COVID-19 pandemic; red zone; Rostov region

The reported study was funded by the Russian Foundation for Basic Research, Project No. 20-04-60466.

After the World Health Organization recognized the situation with the spread of the new coronavirus infection as critical, a huge array of a wide variety of studies, mainly of applied value, appeared. Many of these studies are devoid of a methodological basis and semantic grounds because not enough time has passed for a fundamental understanding of what and how to study. For the correct understanding of the essence and real state of the social well-being of medical workers, a system of both internal and external control is required. Internal control is a key task of state health policy at the federal, regional, and municipal levels. External control is the prerogative of third-party public and scientific organizations capable of representing the quantitative and qualitative characteristics of social processes in the health care sector, giving them a neutral and objective assessment. A rational form of external control is the sociological diagnosis of the effects of the pandemic, both for public health and for the social and mental health of certain professional groups. The task of modern sociology is to quantitatively and qualitatively measure components of social health of the professional medical community, the integral criterion of which is social well-being as a subjective perception and assessment by an individual medical worker of the level of their achievements, degree of realization of their needs, and the effectiveness of their life strategy, taking into account the sociocultural context (at the micro- and macrolevel) and objective factors (vectors of social policy of the state, situation in health care and public health, rhetoric of the mass media, and level of education in society). The

concept of social well-being is closely related to the phenomenon of social adaptation. Merton's conceptual scheme of social adaptation (with a slight change in the sequence of types with an emphasis on the constructiveness of behavior models, rather than their anomalousness) is used to study the types of behavior of medical workers in a complex epidemiological situation. The theoretical significance of the typologization of social adaptation models is to reduce the conglomerate of behavioral acts and individual life worlds of medical workers to simplified scientific constructs for the correct understanding of the current situation and development of tools for social work with the professional medical community if there is a real need for them. The concept of social adaptation allows considering social well-being not as some kind of artificial objective reality, but as a dynamic characteristic of the actor's professional thinking.

References

1. Gorshkov, M.K. (2011) *Sotsial'noe samochuvstvie naseleniya v usloviyakh reform: regional'nyy aspekt* [Social wellbeing of the population under reforms: the regional aspect]. Moscow; St. Petersburg: Nestor-Istoriya.
2. Zhegusov, Y.I. (2018) The Influence of Social Wellbeing on the Dynamics of Destructive Social Processes in Russia. *Kommunikologiya – Communicology*. 4. pp. 15–26. (In Russian). DOI: 10.21453 / 2311-3065-2018-6-4-15-26
3. Sunyaykina, O.N. (2011) Ponyatie "sotsial'noe samochuvstvie" v sotsiologii [The concept of "social well-being" in sociology]. *Vestnik Mordovskogo universiteta*. 3. pp. 98–101.
4. Sysoev, P.G. (2011) Evaluation of sociopsychological status in therapists of ambulatory clinic. *Vestnik Ivanovskoy meditsinskoy akademii – Bulletin of the Ivanovo Medical Academy*. 4. pp. 10–13. (In Russian).
5. Usova, E.N. (2017) Sotsial'noe samochuvstvie: teoretiko-metodologicheskie podkhody k issledovaniyu [Social well-being: theoretical and methodological approaches to research]. *Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal – Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 13(3). pp. 554–559.
6. Shlykova, E.V. (2018) Everyday risk as a factor of social well-being (on the example of the youth of a megalopolis). *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya – Theory and Practice of Social Development*. 3. pp. 24–27. (In Russian). DOI: 10.24158/tipor.2018.3.4
7. Osinsky, I.I. & Butueva, Z.A. (2015) Social wellbeing: concept, factors of formation, and indicators to measure. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta*. 14. pp. 38–45. (In Russian).
8. Gareeva, I.A. (2014) Sotsial'noe samochuvstvie vrachey v sovremennoy sisteme zdoravookhraneniya [Social well-being of doctors in the modern healthcare system]. *Vestnik TOGU*. 4(35). pp. 295–300.
9. Solovey, A.P. & Shukhno, E.V. (2018) Interpretation and operationalization of the concept "social well-being". *Sinergiya*. 4. pp. 72 – 77.
10. Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L. & Dela Cruz, C.S. (2020) Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet Respiratory Medicine*. 8(3). e13. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30066-7
11. Cox, C.L. (2020) Healthcare Heroes': Problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics*. 46(8). pp. 510–513. DOI: 10.1136/medethics-2020-106398
12. Dennerlein, J.T., Burke, L., Sabbath, E.L., Williams, J.A.R., Peters, S.E., Wallace, L., Karapanos, M. & Sorensen, G. (2020) An integrative total worker health framework for keeping workers safe and healthy during the COVID-19 pandemic. *Human Factors*. 62(5). pp. 689–696. DOI: 10.1177/0018720820932699
13. Dewey, C., Hingle, S., Goelz, E. & Linzer, M. (2020) Supporting clinicians during the COVID-19 pandemic. *Annals of Internal Medicine*. 172(11). pp. 752–753. DOI: 10.7326/M20-1033
14. Vyalykh, N.A. (2021) Social Well-Being Factors of the Professional Medical Community in the Context of the New Coronavirus Pandemic. *Gumanitarniy Yuga Rossii – Humanities of the South of Russia*. 1. pp. 102–110. (In Russian). DOI: 10.18522/2227-8656.2021.1.9
15. Vyalykh, N.A., Nor-Areyan, O.A., Posukhova, O.Y., Mosienko, O.S. & Cherevkova, A.I. (2021) Methodological matrix for sociological study of social well-being of the professional medical community during a complex epidemiological situation. *Turismo: Estudos & Práticas (UERJ)*. 01. [Online] Available from: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RTEP/index> (Accessed: 15th September 2021).
16. Posukhova, O.Yu. (2021) Institutional conditions for the professional development of health professionals (based on a sociological study during the period of COVID-19). *Teoriya i praktika*

obshchestvennogo razvitiya – Theory and Practice of Social Development. 6. pp. 41–50. (In Russian). DOI: 10.24158/tipor.2021.6.6

17. Russian Federation. (2020) *Regiony Rossii. Sotsial'no-ekonomicheskie pokazateli* [Regions of Russia. Socio-economic indicators]. Moscow: Rosstat.

18. Mosienko, O.S. (2021) Satisfaction of the Medical Community with State Support Measures in a Complex Epidemiological Situation (on the Materials of In-Depth Interviews of Rostov Region Medicians). *Gumanitarniy Yuga Rossii – Humanities of the South of Russia*. 3(49). pp. 64–76. (In Russian). DOI: 10.18522/2227-8656.2021.3.5

19. Nor-Arevyan, O.A. (2021) Consolidation of the Professional Medical Community in the Context of the Coronavirus Pandemic (Based on In-Depth Interviews in the Rostov Region). *Gumanitarniy Yuga Rossii – Humanities of the South of Russia*. 3(49). pp. 77–89. (In Russian). DOI: 10.18522/2227-8656.2021.3.6

20. Cherevkova, A.I. (2021) Professional becoming of medics in the context of the coronavirus pandemic (based on in-depth interviews). *Vestnik Yuzhno-Rossiyskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta (NPI). Seriya: Sotsial'no-ekonomicheskie nauki – Bulletin of the South Russian State Technical University (NPI). Series: Socio-economic Sciences*. 3. pp. 95–101. (In Russian). DOI: 10.17213/2075-2067-2021-3-95-101