

Krul A. S.

*Bashkir State Agrarian University*

## INFORMATION STRUCTURE OF SOCIETY AS A BASIS FOR SYSTEMS FORMATION OF SOCIAL ACTION

*The article presents a modeling example of information and communication structure of the society; main methodological problems of definition of the term are considered, possibilities of studying the information structure of social formations are described. Based on T. Parsons the systems model of social action by and N. Luhmann theory of communicative systems the article describes modeling possibilities of the society information structure. The information structure of some social formations is described.*

**Information structure, information and communication space, generation of information, information interchange, social system, subsystem of social action**

---

УДК 316.454.5

**П. П. Дерюгин, Л. А. Лебединцева, Т. С. Лукин**

*Санкт-Петербургский государственный университет*

## СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (НА ПРИМЕРЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»)

*Цель настоящей статьи заключается в анализе и описании диагностических процедур, которые могут быть применены при изучении адаптации молодых врачей, впервые вступающих в должность после выпуска из вуза. Проанализированы актуальные научные данные и результаты эмпирических исследований. На основе обобщения теоретических и эмпирических данных сформированы адекватные диагностические процедуры, которые позволят охарактеризовать этот непростой процесс в жизни молодого врача.*

**Социальная адаптация, выпускники медицинских вузов, подходы к исследованию адаптации, сферы социальной адаптации молодых врачей**

Проблемность ситуации заключается в том, что большая часть выпускников медицинских вузов после завершения учебы в университетах не начинают работать по профилю, т. е. попросту не доходят до поликлиник и больниц. Согласно данным Общественной палаты РФ, около 60 % выпускников медицинских вузов уходят из профессии сразу по завершении учебы, а оставшиеся ни качественно, ни количественно не могут обеспечить потребностей современной медицины, особенно ее высокотехнологической части [1]. В случае же трудоустройства выпускников в медицинское учреждение возникает переломная ситуация исключительной важности, когда как на профессиональном уровне, так и на уровне поведенческих практик происходит качественная ломка множества социальных ориентаций и стереотипов [2].

Напряженность ситуации, связанной с началом профессиональной деятельности в лечебном учреждении, усугубляется еще и необходимостью закрепления конкретного направления профессиональной деятельности врача на последующий период его работы. После шести лет подготовки и интернатуры выпускники медицинских вузов по специаль-

ности «лечебное дело» делают самостоятельный выбор одной из специальностей, конкретизируя ее как профессию эндокринолога, терапевта, невролога, хирурга, оториноларинголога, уролога, акушера и гинеколога, дерматовенеролога, реабилитолога, врача по профессиональным болезням и некоторых других. Эта двойная нагрузка делает вступление молодых врачей в должность сложным и непростым периодом.

В интересах анализа нами были использованы данные авторских социологических исследований. Всего было опрошено 227 респондентов (Санкт-Петербург), являющихся студентами выпускных курсов медицинских вузов, а также молодыми врачами, вступивших в должность и проработавших не более трех лет. В статье используются также вторичные данные социологических исследований других авторов. Таким образом, объектом исследования стали молодые врачи многопрофильных государственных лечебных учреждений, работающие на своем первом рабочем месте после окончания обучения в вузе, а предметом – социальная адаптация молодых врачей в бюджетных учреждениях здравоохранения.

Данные исследования показывают, что трудности с адаптацией испытывает подавляющее большинство молодых врачей – 74,9 %, что, на наш взгляд, не является случайностью [3]. Так, например, результаты другого исследования, в котором общие адаптационные способности выпускников медицинских вузов стали предметом конкретного психологического изучения, свидетельствуют о том, что после шестилетней подготовки адаптивные способности выпускников были самыми низкими (только на удовлетворительном уровне), что значительно ниже способностей к поведенческой регуляции, моральной нормативности и коммуникативного потенциала [4]. В целом же, исследование большинства выпускников медицинских вузов показало, что их общее «функциональное состояние на начальном этапе адаптации может быть снижено» [4, с. 575].

Специфика социальной адаптации выпускника медресы заключается в том, что ее успешное прохождение обеспечивает приспособление молодого врача к сложившейся социальной среде лечебного заведения за счет сформированного умения анализировать текущие социальные ситуации, осознания своих профессиональных и иных возможностей в конкретной социальной обстановке, умения направлять свое поведение в соответствии с целями медицинской практики. При этом важно подчеркнуть, что на первый план трудностей адаптации молодого врача выходят проблемы социального взаимодействия, в частности, проблемы выстраивания разноплановых коммуникаций, а также «подчинение и господство, специализация и дифференциация функций в процессе деятельности, явления конфликта и соперничества и т. д.» [5, с. 11].

Так, по результатам исследования Л. Н. Лаптиева, в процессе профессиональной адаптации молодых врачей могут быть выделены четыре этапа, на каждом из которых очевидна трудность коммуникации, определяемая как значимая. Данные соцопросов автора показывают, что в начальный период (первый этап) основными проблемами молодого врача являются такие социальные проблемы, как недостаточная психологическая готовность (21,8 %) и трудности коммуникационного характера (18,2 %). Далее, в период приемлемой адаптации (второй этап) основной проблемой опять-таки выступают трудности коммуникационного характера, которые возрастают и составляют уже 31,4 % от всех диагностируемых трудностей.

На этапе достаточной адаптации (третий этап) трудности коммуникационного порядка среди прочих проблем проявляются в еще большей степени (27,2 %), что оказывается практически в два раза более значимо, чем все иные трудности. И только у медработников

со стажем, т. е. проработавших пять лет и более, уровень коммуникационных трудностей снижается до 12,5 %. На уровне профессионального мастерства (четвертый этап) трудности общения и коммуникации начинают снижаться и составляют уже только 7,4 %. Таким образом, коммуникации и общение становятся серьезной проблемой молодых врачей приблизительно первых пяти-семи лет работы [6].

Такая же закономерность, раскрывающая важную роль социальной коммуникации в процессе адаптации молодых врачей, зафиксирована в исследовании Ю. Н. Ермолаевой, показавшей, что недостаток навыков коммуникации с пациентами характерен для подавляющего числа молодых врачей. Более того, автор отмечает, что это является специфической особенностью выпускников медицинских вузов, по сравнению, например, с выпускниками средних медицинских учреждений, медсестрами: «Группу “средних медицинских работников” в меньшей степени, чем молодых врачей, волновало приобретение навыков взаимодействия с пациентами, а также с коллегами, начальством, подчиненными в процессе трудовой адаптации» [3, с. 39]. Далее Ю. Н. Ермолаева делает такой вывод: «Таким образом, для успешной профессиональной деятельности и социализации молодым врачам (по их собственному мнению) необходимо развивать такие качества, как коммуникабельность, творческие качества и умение планировать рабочее время, а также самостоятельность в постановке задач и принятии решений, лидерские качества и умение руководить другими у молодых специалистов недостаточно востребованы» [3, с. 40].

Из представленных материалов очевидно, что социальная адаптация молодых врачей и, в частности, успешность коммуникации становятся важнейшими показателями. Поэтому, как отмечают некоторые авторы, индивидуальные практики взаимодействия и коммуникации молодых врачей в рабочей (профессиональной) среде заслуживают особого внимания в качестве объекта изучения [7]. Более того, социальная составляющая в деятельности медперсонала всегда играет важную роль. Например, более половины врачей с большим врачебным стажем (56,3 %) считают социально значимые качества (коммуникационные и умение общаться и поддерживать положительные отношения) самыми важными и подчеркивают, что достаточный уровень развития этих качеств они не получили во время обучения, практик и стажировок [3, с. 40].

Реальное осознание важности коммуникационных навыков в работе врача происходит именно в период адаптации, преимущественно после начала самостоятельной трудовой деятельности. Ни практики, ни стажировки в этом отношении своей значимой роли не играют. Наряду с этим, по данным этого же исследования, среди врачей высок процент людей, удовлетворенных полученным образованием (вариант «скорее, да» выбрало подавляющее число респондентов – 90,4 %, «скорее, нет» – всего 1 %) [3, с. 37]. Но эти высокие оценки не относятся к развитию социальных компетенций: «Навыками общения врачи овладевают “стихийно”» [3, с. 37]. Этот факт говорит о том, что на бытовом уровне и даже в процессе обучения проблема социальной адаптации молодых врачей воспринимается упрощенно, как само собой разумеющееся и понятное дело. Но в действительности так не происходит. Значительная часть молодых врачей с трудом социализируется при вступлении в должность.

В научном плане рассмотрение проблем социальной адаптации сопряжено с множественностью толкования данного понятия. Прежде всего, следует отметить, что социальная адаптация медицинского работника, ее место и роль, содержательное наполнение смысла адаптации в отечественной литературе может трактоваться по-разному. Можно выделить четыре подхода, которые в известной мере противоречат друг другу, а значит, затрудняют и формирование диагностической процедуры.

**Первый подход – интегративный** – заключается в том, что социальная адаптация молодого врача понимается *предельно широко*, т. е. как вид адаптации, интегрирующий все иные типы и виды адаптации, и, в частности, включает в себя и профессиональную адаптацию. Этот подход исповедуют, как правило, исследователи, которые относятся к лагерю ученых социогуманитарного профиля [5].

Другая грань такого понимания адаптации заключена в представлении ее как непрерывного процесса приспособлений, «как целостный непрерывный процесс профессионального становления личности специалиста и профессионала, который начинается с момента выбора профессии, длится в течение всей профессиональной жизни человека и завершается, когда человек прекращает свою профессиональную деятельность» [6, с. 80]. В принципе, с такой позицией можно было бы согласиться. Вероятно, речь идет о том, что вертикальная мобильность – карьера врача – предполагает постоянное освоение – приспособление к новым местам или должностям работы. Тем не менее в связи с этим возникают вопросы, когда же завершается процесс адаптации? Какие качественные изменения характеризуют его завершение? Как отделить период адаптации от периода состоявшегося специалиста? Ответы на эти вопросы в данном случае остаются без ответа.

**Второй подход – элементный** – заключается, напротив, в более ограниченном представлении социальной адаптации как элемента или части профессиональной адаптации врача. Нередко это так называемая «социальная составляющая» (или аспект) профессиональной адаптации. Основное содержание адаптации заключено в таком случае в «освоении новой профессии», «приобретении профессионального опыта», совмещенном с «нахождением себя в производственном коллективе» и «профессиональном сотрудничестве» [8, с. 46].

**Третий подход – параллельный** – предполагает, что профессиональная и социальная адаптация – это параллельные или последовательные «несколько видов адаптации» [9, с. 260], сферы или направления вступления в новую должность, и их пересечение допускается, но это не является каким-то обязательным условием вступления в должность. Такое понимание адаптации, например, присуще мигрантам, которые, прибыв к местам нового проживания, первоначально осваиваются в социальной среде своих земляков, а после начинают осваивать рынок труда и пр., т. е. какую-то профессиональную деятельность. Профессиональная адаптация – приспособление, привыкание человека к требованиям профессии, усвоение им производственных и социальных норм поведения, необходимых для выполнения трудовых функций [10] – этому уделяется преимущественное внимание.

Наконец, есть еще один, **четвертый подход – целостный**, который зиждется на понимании социальной адаптации как такой практики приспособления к новой среде и деятельности, при которой как социальное, так и профессиональное приспособление составляют единое целое, и только относительно, возможно, исключительно в интересах теоретического анализа, они могут быть признаны как самостоятельная или независимая деятельность. Точнее, общение составляет профессиональную часть деятельности. «В процессе адаптации (речь идет о профессиональной адаптации. – Прим. авторов) происходит: овладение ценностными ориентациями в рамках данной профессии; осознание мотивов и целей, сближение ориентиров человека и профессиональной группы; принятие на себя всех компонентов профессиональной деятельности, ее задач, предмета, способов, средств, результатов, условий в рамках данной профессии» [8]. В данном случае социальная составляющая (прежде всего общение, коммуникация, целевое единство врача и пациента) это и есть врачевание («общение лечит»).

Такое понимание вытекает из лучших традиций врачевания, которые показывают, что социальные (коммуникационные) навыки врача занимают такое же важное место, как и профессиональные. Вот как об этом говорил академик АМН СССР А. Ф. Билибин: «Врач в союзе с больным дважды врач. Остаться одному ему не нужно и невыгодно; искусный врач ищет такого союза, достижение его – залог успеха. <...> Врач и пациент – два полюса, между которыми должна возникнуть творческая искра. Оба, стремясь к достижению единой цели, должны составлять определенное единство, стать соучастниками в поисках “благоденствия”» [11]. Таким образом, коммуникационное единство как социальная часть врачебного дела составляет и профессиональное качество хирурга, невролога или терапевта и др.

В данном случае можно видеть, что общение врача с пациентами, по мнению авторитетных специалистов, составляет не какое-то «приложение» к профессиональной деятельности, не «сопровождение» или «сопутствие», а такое же важное средство лечения, как и клиническая практика. Поэтому разрывать социальную и профессиональную адаптацию невозможно, они составляют единый процесс приспособления молодого врача к поликлинике или больнице, где взаимоувязаны социальные, профессиональные, бытовые и иные составляющие. Или, как подчеркивали в своих работах еще М. Вебер и А. Файоль, организация всегда должна рассматриваться как единство производственного и социального.

Очевидно, что такое различное понимание процесса адаптации будет сказываться на всей логике и последовательности формирования диагностической процедуры. И, как показывает наш анализ, это не простая проблема, решение которой могло бы быть достигнуто, например, путем достижения согласия («договорившись о терминах»), а это вопрос, затрагивающий понимание самых глубоких оснований социологической науки. Социальные проблемы в социологии становятся предметом дискуссии в многочисленных фундаментальных исследованиях и составляют самостоятельную значительную научную проблему [12]. Исходя из положений и выводов этой дискуссии, решение проблемы понимания сути социальной адаптации молодых врачей лежит в плоскости анализа социальной сути профессии врача.

Обобщенный анализ показывает, что социальная адаптация молодого врача предполагает приспособление к целому ряду сфер социального взаимодействия, где общение и коммуникация осуществляются с определенными различиями. Как минимум, это социальная сфера и социально важные компетенции врачевания, которые структурно могут быть классифицированы на несколько типов отличающихся отношений.

### **1. Отношения с пациентами, отношения «врач–пациент».**

*А. Отношения с больными пациентами*, особенно поведение медицинского работника у постели больного [7], [13], [14], когда важно «совместно с пациентом решать возникающие моральные дилеммы в области медицины» [15], выступают центральным моментом всей подготовки молодого врача. Это прежде всего умения и навыки, позволяющие устанавливать и поддерживать доверительный контакт с пациентами (это широкий круг проблем социального порядка от установления первого контакта с пациентом и до коммуникаций в самых критических ситуациях). Это тем более актуально, поскольку современная медицинская практика наполняется сложными моральными и религиозными проблемами, которые были просто немыслимы в традиционном обществе.

Современные молодые врачи становятся (или нет) участниками таких непростых нравственных выборов: определение своего отношения к эвтаназии (32,6 % выпускников считают эту процедуру допустимой и противоречащей клятве Гиппократата), к абортам

(55,1 % считают, что они вправе отказаться от участия в их проведении), экстракорпоральному оплодотворению (к участию в этом не готовы 2 % выпускников), клонированию человека (отрицательное отношение у 73,5 %), добрачными половыми отношениями и связанным с этим проблемам (осуждает 20,4 % студентов выпускного курса) и мн. др. [16].

Но, пожалуй, основной проблемой формирования отношений между молодым врачом и больным выступает проблема доверия. Причем следует подчеркнуть, что речь идет о трех типах «доверия в названном секторе: межличностное доверие – доверие в системе “врач–пациент”; институциональное доверие – доверие институту здравоохранения, экспертным медицинским знаниям; системное доверие – доверие системе здравоохранения, рынку медицинских услуг» [17, с. 133]. Естественно, что в процессе адаптации для молодого врача в наибольшей степени важно межличностное доверие, но на поверку этот слой отношений оказывается зависящим и от институционального, и от системного уровней отношений, что, несомненно, сказывается на успехе или неуспехе каждой конкретной ситуации адаптации. По данным исследований ВШЭ (2015), современные отношения врачей и пациентов на 58 % строятся как отношения недоверия [18]. Между тем доверие неизменно оценивается как один из ведущих факторов функционирования всей системы здравоохранения [19].

Формирование отношений доверия затруднено еще и тем, что молодой врач кроме собственных проблем адаптации получает дополнительную нагрузку, исходящую от его пациентов. Стрессогенное общение врачей длится часами, а реципиентами выступают пациенты с тяжелой судьбой, неблагополучные дети и подростки, рассказывающие о своих страданиях, страхах, ненависти [20]. Относительно государственных лечебных заведений следует подчеркнуть, что сюда обращаются, как правило, люди с низким достатком, находящиеся на нижних слоях стратификации, с трудом справляющиеся с последствиями экономических и экологических кризисов. Более того, у медицинских работников в общении с такими пациентами высок риск стать жертвой насилия при оказании профессиональной помощи маргинальной части населения или в криминогенной ситуации [21].

В современных условиях в отношении «врач–пациент» неизбежно вторгается и третий участник – медицинская информационная техника, посредник, который облегчает постановку диагноза, но зачастую существенно затрудняет непосредственный контакт с больными.

Какие самые распространенные особенности коммуникации с больными отмечают более опытные врачи? Их множество, и они могут быть полярными, как например:

– лесть и капризность больного. Человек в состоянии болезни зачастую стремится понравиться врачу и в безвыходном состоянии использует лесть как способ выстроить особые доверительные отношения и получить тем самым дополнительные преференции;

– излишняя детализация проблем болезни и молчаливость, необщительность, односложные ответы;

– несамостоятельность выводов о состоянии больного. В некоторых случаях молодые врачи идут на поводу у пациентов, которые ранее уже проходили курс лечения и имеют собственное мнение о причинах и характере заболеваний. В целом, идти на поводу у пациентов – это одна из традиционных характеристик деятельности молодых врачей в адаптационный период. Это тем более важно, если, например, дело касается выписывания лекарств, которые снимают болевые ощущения, но объективно не являются полезными;

– робость перед первыми пациентами. Робость парализует волю и затрудняет принятие адекватного врачебного решения. В этом отношении молодые врачи, проходящие период адаптации в условиях небольших районных больниц, оказываются в более выгодном

положении. Здесь адаптация носит вынужденный характер относительно формирования самостоятельности в принятии решений.

Б. *Отношения со здоровыми* (например, родственники и ближайшее окружение больного). Для молодого врача общение с родственниками больного составляет особую сферу отношений, тем более если речь идет о педиатрах. Информирование об объективных проблемах заболевания ребенка, получение согласия на проведение сложной операции или использование сильнодействующих средств лечения, умение настроить родителей на активную помощь больному – все это далеко не простые формы социального взаимодействия, к которым молодому врачу нужно быть готовым с первых дней работы.

**2. Отношения с коллегами.** Вне зависимости от профиля подготовки выпускники медицинских вузов (будущие лечащие врачи) в период освоения своего первого места работы включаются в среду, отличную от социальной среды вузов. В больнице или поликлинике особая официальная и неофициальная система межличностных отношений, норм и традиций, дифференциация отношений в среде неформальных групп и социально-ролевых позиций их отдельных членов. В целом, по результатам наших опросов, в 84,2 % случаев коллеги принимали молодых врачей позитивно. Естественно, что в каждом лечебном учреждении своя совокупность идентификационных идеалов, с которыми сопоставляют себя выпускники и их коллеги.

В 63,3 % случаев вновь приходящих на работу врачей не сравнивают с предыдущими коллегами. В 26,3 % отмечают, что они начинают свою деятельность даже лучше, чем их предшественники. Процент таких, кому коллеги по работе ставили в пример других начинающих врачей, невысок (10,4 %), что, в общем, характеризует позитивное отношение к врачам-новичкам. Поэтому навыки молодого врача по поддержанию хорошего морально-психологического климата в общении с коллегами и сотрудниками обеспечивают успешную адаптацию и включение в коллектив сотрудников медицинского учреждения.

На освоение нового рабочего места у молодых врачей, по их самооценке, уходит не много времени (до двух месяцев – 57,5 %). Тех же, кто считает, что этот период длился более трех месяцев, было 22,4 %. Приблизительно столько же молодых врачей считают, что они сразу влились в коллектив (20,1 %). Тем не менее в первый месяц работы 42,1 % молодых врачей подумывали о смене места работы. Причины этого желания: 26,3 % – трения с руководством; 15,8 % – чувство собственной некомпетентности; 42,1 % – трения с новыми коллегами; 21,1 % – другое.

Молодые коллеги иногда идут на поводу более опытных, считая это таким качеством, как отзывчивость, и их часто используют как дополнительный ресурс для работы в выходные, дежурств вне графика и пр., что начинают воспринимать как норму. Тем не менее в первые дни и месяцы их не перегружают работой (69,4 %), но после 2–3 месяцев эта тенденция (передачи обязанностей и полномочий) начинает усиливаться. Иначе можно сказать, что молодого врача коллеги встречают «по одежке» и проверяют на лояльность, но настоящий авторитет формируется в процессе совместного решения медицинских задач.

**3. Отношения с руководством.** «Повезло» или «не повезло» с руководством лечебного заведения, молодыми врачами, начинающими свою трудовую деятельность, иногда воспринимается как основной момент трудоустройства. При этом молодые врачи как основную характеристику руководителя выделяют стиль его работы. По данным Н. Н. Королева и Д. О. Ермолаева, 44,5 % из них считают, что в их медицинских учреждениях стиль работы

носит смешанный характер; 37,2 % считают, что у них директивный главврач; 8 % назвали руководителя демократическим, а 10,3 % – либеральным [9, с. 262]. Анализ показывает, что руководителей лечебных учреждений молодые врачи воспринимают скорее как жестких людей, которым по штату положено быть таковыми. Характерно, что 80 % молодых врачей относятся к этому с пониманием, считают, что «руководителю виднее».

Главное, что ожидают от руководителей молодые сотрудники поликлиник и больниц, – это возможность проявления самостоятельности. Только 31,8 % респондентов ответили, что им всегда поручается самостоятельная работа; 52,2 % – от случая к случаю и 15,4 % – иногда [9, с. 262]. Некоторых (10,2 %) такие запреты обижают и расхолаживают, отбивают у них стремление совершенствоваться.

**4. Отношения с подчиненными** – это еще один подводный камень, к которому молодые врачи не всегда готовы. Несмотря на то, что ими высоко оценивается стремление к самостоятельным решениям и действиям, «лидерские качества, умение руководить другими» как важные компетенции отмечает относительно небольшое количество респондентов – 13,7 % [3, с. 39]. Куда более значимыми оказываются «способность к обучению» – 44,8 %; «творческие качества, умение решать нестандартные задачи» – 38,9 %; «умение планировать рабочее время» – 36,9 %; а также самостоятельность – «умение ставить задачу и самостоятельно принимать решения» – 32,5 %; «умение работать в команде» отметили 26,3 %.

**5. Отношение к самому себе** как к личности опытные врачи считают центральной характеристикой медицинского работника: «Решающим и определяющим качеством клинической работы является не методика исследования, а культура собственной личности врача» [11].

В восприятии самого себя как профессионала молодые врачи допускают ряд поведенческих особенностей, которые затрудняют успешность их адаптации. Перечислим некоторые из них:

– *самоуверенность или, напротив, неуверенность в себе, несамостоятельность* (по терминологии К. Галкина, «заяцевидная» или «барсуковая» социальная коммуникация и социальная интеракция) [22]. Некоторые молодые врачи склонны считать себя специалистами во всех областях медицины. Они готовы применять методики и назначать медицинские препараты, о которых слышали лишь вскользь и знают только поверхностно, не имеют опыта их использования. В случае неудач они демонстрируют агрессивное поведение: «При помощи агрессии медработник может защищаться от реального или мнимого нападения, демонстрировать свою силу и самоутверждаться, организовать для себя психологическую разрядку, если накапливается неудовлетворенность своей работой или своим служебным положением» [23, с. 170]. Другие выпускники медицинских вузов, напротив, демонстрируют неуверенность, которая выражается во многих проявлениях и к которым можно отнести стремление получать консультации по каждому малозначимому поводу, каждый раз пытаться показывать своего подопечного больного заведующему отделением даже по пустяковым вопросам, назначать все известные процедуры для лечения простых болезней и пр.;

– *стремление перестраховываться*, например, делая назначения всех лекарств сразу и по любому поводу. Самый знаменитый афоризм знаменитого канадского врача Уильяма Ослера звучит так: «Начинающий врач выписывает по двадцать лекарств для каждой болезни; опытный врач – одно лекарство на двадцать болезней» [24]. Особенно это важно в работе с пожилыми людьми, у которых бывает множество заболеваний;



– *нарушение стратегии клинического мышления.* На самом деле формирование клинического мышления у молодых врачей вне социального пространства реального лечебного заведения является редкостью. В чем это выражается? Прежде всего в нарушении логики постановки диагноза, когда каждый новый симптом, на основании которого складывается понимание синдромов, вытекает как результат внимательного анализа результатов наблюдений и общения с больными;

– *острокритическое отношение к документальному оформлению результатов наблюдений и диагнозов.* Бесчисленные формы медицинской отчетности молодыми врачами воспринимаются с большим негодованием. Но практика работы лечебных заведений построена так, что документальные записи становятся самыми вескими аргументами в процессе административных и судебных разбирательств. Изменение негативного отношения к ведению меддокументации обычно становится результатом личных провалов, штрафов и взысканий;

– *романтизация и идеализация профессии врача и разочарование после первых неудач.* Действительная практическая деятельность молодого врача существенно отличается от той, которая изучается в университете. Большинство диагнозов составляют банальные ОРВИ, приходится тратить время на заполнение массы отчетной документации, обслуживать бесконечные очереди в приемной.

Обозначенные сферы отношений молодого врача концентрируются в специфических стратегиях адаптации («Активное изменение себя», «Пассивная репрезентация себя» и «Уход от контакта со средой через погружение во внутренний мир» [25]), которые реализуются молодыми врачами и оказываются зависимыми как от личностных особенностей выпускника медвуза, так и от той особой социальной среды, которая складывается в медицинском учреждении.

В интересах исследования типичных стратегий адаптации молодых врачей была разработана исследовательская процедура, которая включала 65 вопросов, отражавших пять групп проблем адаптации, речь о которых шла выше (1. Отношения с пациентами. 2. Отношения с коллегами. 3. Отношения с руководством. 4. Отношения с подчиненными. 5. Отношение к самому себе).

### **Уважаемые коллеги!**

Мы проводим исследование, посвященное изучению проблем адаптации молодых врачей. Цель настоящей анкеты – выявить основные проблемы вступления в должность выпускников медицинских вузов и наметить пути совершенствования работы с молодыми врачами.

Анкетирование анонимное. Наши данные будут представлены общественности в обобщенном виде в научных публикациях и в профильных изданиях.

Как заполнять анкету. Перед вами 65 вопросов. Вам следует выразить свое отношение к каждому из них. ++ полностью согласен с такой позицией; + согласен; 0 трудно сказать; – не согласен; -- совершенно не согласен.

Хотим предупредить, что может показаться, что вопросы дублируют друг друга. Но таковы интересы этого исследования.

Благодарим вас за участие!

**Несколько слов о себе:**

1) Ваш возраст \_\_\_\_\_.

2) Ваш стаж работы в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) \_\_\_\_\_ (годы).

3) Сколько времени прошло с момента окончания ВУЗа до трудоустройства? \_\_\_\_\_ (годы).

**Теперь наши вопросы**

1. Мне понятна важность профессионального общения врача с больными, поэтому я и сам стремился научиться правильно общаться, к тому же мои наставники и старшие товарищи по ЛПУ подсказывают, как грамотно выстраивать коммуникацию с пациентами (больными), и мне этот опыт очень помогает.

2. Постановка диагноза – это вершина медицинской подготовки и практики, здесь вернее всего – полагаться на свои собственные знания и навыки, не особенно прислушиваясь к мнению других.

3. Мне сложно однозначно ответить на вопрос о полезности совещаний, брифингов и пр. Бывает очень по-разному.

4. В нашем ЛПУ все заботятся о том, чтобы молодые сотрудники оставались долго работать на своих рабочих местах.

5. Я стараюсь самостоятельно не принимать решений о диагнозе, но, к сожалению, и обратиться особенно не к кому в трудной ситуации.

6. Мне всегда было интересно узнавать о своих пациентах самую различную информацию (даже интимную), и к тому же к такому подходу молодых врачей побуждает наше руководство.

7. Обычно мне интересны какие-то личные встречи с коллегами по работе, но мои коллеги не всегда могут откликнуться на совместное проведение свободного времени.

8. Сложно сказать однозначно, насколько трудно вести медицинскую документацию. Скорее всего, в этом деле все вопросы решаются от случая к случаю, то хорошо, то плохо.

9. Мои старшие товарищи довольно требовательно и взыскательно относились к той информации, которая характеризовала трудности моих отношений с пациентами.

10. Анализа каких-либо ошибок своей работы мне не приходилось делать, а со стороны руководства этим несущественным промахам внимания не уделялось.

11. Мои старшие коллеги и товарищи по работе охотно отвечали на мои трудные вопросы о лечебной практике и часто сами предлагали такие темы для обсуждения, то медицинские, то человеческие.

12. На момент поступления в ЛПУ все необходимые документы у меня были подготовлены заранее, тем не менее их оформление в ЛПУ потребовало еще много времени.

13. Если вдруг я задумаю сменить профессию, то буду обсуждать этот вопрос с теми, кому я доверяю из числа моих коллег по работе. Но, может быть, и не стану, трудно сказать однозначно.

14. После стажировки (или через близких людей, по случаю) у меня появились знакомые в этом ЛПУ, они меня и порекомендовали руководству, помогли найти эту работу.

15. Не люблю заниматься бумаготворчеством и оформлением различных справок, документов и пр., к счастью, и со стороны руководства ЛПУ здесь особых требований нет.

16. Почти всегда медицинская деятельность предполагает дружную коллективную работу. Поэтому на свои запросы я всегда получал отзывчивые отклики своих коллег.

17. Даже если мое присутствие не обязательно, я всегда проявляю инициативу, чтобы посещать организуемые администрацией совещания и брифинги.

18. Можно сказать, что врач – это профессионал в медицине, он связан со специальными медицинскими знаниями, но иногда и проблемы общения с пациентом могут играть важную роль. Бывает всякое.

19. В нашем ЛПУ очень хорошо поставлена работа контроля за деятельностью молодых врачей, я бы даже сказал, что излишне строго, особенно если ты случайно допустил какую-то ошибку.

20. Мое оформление на работу в ЛПУ затянулось, поскольку у меня самого не были готовы все документы, да и у работников отдела кадров много проблем с оформлением новичков.

21. Хотя у меня была (чья-то) рекомендация по трудоустройству в данное ЛПУ, мне пришлось проявить достаточно настойчивости для достижения этой цели.

22. Мне постоянно приходилось задавать вопросы своим старшим коллегам относительно специфики психологии и коммуникации с различными пациентами, но оказалось, что лучше самому решать проблемы отношений с пациентами.

23. Иногда я прибегаю к помощи коллег в постановке диагноза, иногда ставлю его совершенно самостоятельно, все зависит от ситуации.

24. К ведению медицинской документации в ЛПУ со стороны руководства отношение очень строгое и последовательное.

25. Совершенно не уверен в своей перспективе как врача, и к тому же никто не станет меня уговаривать оставаться на этой работе, если я буду увольняться, моему руководству и коллегам этот вопрос просто безразличен.

26. Мы с коллегами часто общаемся на посторонние темы в ходе перерывов, у нас много самых разных общих интересов.

27. Даже если мне в голову придет мысль об увольнении из ЛПУ, я сам приму решение, как мне поступать, чьи-либо советы мне не понадобятся.

28. Иногда я самостоятельно разбирался в своих промахах и ошибках, иногда мне оказывали помощь коллеги и руководство.

29. У нас часто проводятся различные совещания, но я стараюсь как-то от них уклониться, стараюсь не посещать мероприятия подобного рода.

30. Мне не нравится работать или дежурить в выходные дни, но молодых врачей часто привлекают к таким дежурствам, чаще других.

31. Мое активное общение с коллегами происходит как в ходе официальных мероприятий в учреждении, так и в ходе личных встреч за пределами ЛПУ

32. Если я ошибаюсь в медицинских диагнозах, я стараюсь самостоятельно делать выводы и в будущем ошибок не допускать. Как профессиональный врач я сам в состоянии разобраться со своими делами и не люблю, чтобы мне указывали.

33. В процессе оформления на работу в ЛПУ что-то получалось быстро, а что-то очень затянулось, точно не могу сказать.

34. Никакой инициативы в неформальном общении с коллегами по работе не требуется. В нашем ЛПУ и так много всяких корпоративных и неформальных мероприятий.

35. Никого из сотрудников ЛПУ до начала работы я не знал и их помощью в трудоустройстве не пользовался.

36. Мне самому всегда интересно, и поэтому я регулярно посещаю организуемые администрацией совещания, а также брифинги непосредственного руководства отделения.

37. Мне приходится часто задавать вопросы по ведению медицинской документации, но, к сожалению, в этом деле мне мало чем могут помочь.

38. Как прием пациентов, так и выполнение прочих трудовых обязанностей не предполагает участия в них других сотрудников, помимо самого врача. Но возможно и обращение за советом к другим, почему бы и нет.

39. Мои попытки неформального общения с коллегами обычно игнорировались.

40. Не люблю заниматься бумаготворчеством, к счастью, со стороны руководства ЛПУ здесь особых требований нет.

41. Мои инициативы по совершенствованию врачебной работы в ЛПУ всегда внимательно выслушивают и поддерживают.

42. Я преимущественно самостоятельно стараюсь выходить из сложных ситуаций, связанных с доведением информации о характере болезни пациентов при общении с их родственниками.

43. В неформальном общении с коллегами нет какой-то однозначности. В одни периоды мы общаемся активно за пределами ЛПУ, в другие совсем не общаемся.

44. В нашем ЛПУ постановку диагнозов молодыми врачами всегда контролируют и проверяют старшие товарищи, поскольку молодой врач всегда вызывает некоторые сомнения как профессионал.

45. Можно сказать, что трудностей во взаимодействии с больными практически не возникает, а для решения тех немногочисленных критических ситуаций, которые, бывает, происходят, никакой помощи обычно не требуется.

46. На вопросы медицинского документооборота я обратил внимание еще во время учебы, практик и стажировок, к тому же в ЛПУ хорошо поставлен вопрос с ведением медицинской документации и новичкам оказывается деловая поддержка.

47. Я давно уже сформировал свои нравственные позиции по сложным медицинским проблемам (эвтаназия, клонирование, аборт и пр.).

48. Пожалуй, не очень важно обсуждать проблемы своих пациентов в кругу своих коллег, может быть, только если есть какие-то острые вопросы или к этому побуждают интересы выбора стратегии лечения.

49. По инициативе старших коллег мы часто анализируем, как правильно выстраивать отношения доверия с больными, но на самом деле мне такие разговоры не кажутся важными.

50. Я и сам не иницирую обсуждение посторонних тем, и мои коллеги не донимают меня такими разговорами.

51. Я сам готов длительно обсуждать с пациентами проблемы их лечения, тратить на такое общение много времени и знаю, что мои старшие коллеги готовы поступать так же.

52. Я самостоятельно научился выстраивать свои отношения с пациентами, поэтому какой-то особой помощи в этом деле мне не нужно, тем более опасно советоваться с самими пациентами по поводу характера их проблем.

53. Можно сказать, что я устроился на работу в ЛПУ случайно, без всяких связей.

54. На момент начала трудоустройства у меня не было всех необходимых документов, но в ЛПУ работа с новичками хорошо поставлена, и поэтому оформление не заняло много времени.

55. Не могу сказать однозначно, что мой опыт общения и взаимодействия с больными оказался значимым, да и к тому же для хорошего врача это необязательно, за промахи в общении с больными его не накажут, а на результатах лечения это никак не сказывается.

56. Я старался не допускать ошибочных диагнозов, но, если это и происходило, мои старшие коллеги и руководство сами инициировали помощь в проверке таких диагнозов и указывали на их ошибочность, давали конструктивные советы.

57. Мои инициативные попытки обсуждать непрофессиональные темы редко встречают поддержку со стороны коллег.

58. Кто инициирует разговоры на внеслужебные темы? Бывает по-разному: иногда я, иногда мои коллеги по работе.

59. Перед началом работы коллеги обычно дают мне советы с целью минимизации рисков в медицинской практике, но обычно эти советы не имеют особого значения.

60. Если и случаются проблемы общения с больными (скорее их немного, чем много), то их всегда можно решить без всякого обсуждения с коллегами.

61. Мне нравятся моя работа и тот дружный коллектив, в котором я работаю.

62. Я принимал самостоятельное решение по устройству в ЛПУ, никакие знакомства мне были не нужны.

63. В первые дни моей работы не так много было трудностей, связанных с отношениями с больными, да и к тому же особой строгости к вопросу отношений с пациентами (в смысле доброжелательности или внимания к больным) со стороны старших товарищей не было.

64. Еще во время учебы, на стажировках и пр. нам часто говорили, что нужно хоть немного быть психологом во взаимодействии с больными, но все же это оказалось значительно менее важным.

65. Личные отношения с коллегами по работе мне не очень-то нужны, да и с их стороны таких предложений не поступает.

Другие вопросы:

1) Оправдала ли ваши ожидания работа в качестве врача? (*подчеркните нужное*)

А) Да. Б) В большей степени да. В) Нет. Г) В большей степени нет.

2) Что могло бы облегчить процесс вашей адаптации на рабочем месте?

3) Что, по вашему мнению, прежде всего необходимо изменить в структуре многопрофильных ЛПУ для облегчения процесса адаптации молодых врачей?

4) Как вы считаете, ваша адаптация прошла успешно?

Конкретизация и выявление стратегий адаптации осуществлены на основе подхода, предложенного Е. Л. Самариной [26]. По результатам ее исследования, в соответствии с идеями Р. Мертона, могут быть выделены пять стратегий адаптации:

– *рефлексивная стратегия*, т. е. такие взаимодействия адаптанта и организации, когда активность со стороны молодого врача встречает соответствующую активность со стороны организации;

– *экспансивная стратегия*, т. е. такое взаимодействие адаптанта и среды, когда молодой врач предпринимает активные усилия по освоению социальной среды поликлиники, но со стороны поликлиники проявляется пассивность. В данном случае молодой врач вынужден активизировать свои усилия для освоения социальной среды;

– *ситуационная стратегия*, т. е. такое взаимодействие адаптанта и среды, которое может складываться по-разному, в зависимости от ситуации;

– *трансформационная стратегия*, т. е. такое взаимодействие адаптанта и среды, когда со стороны организации (поликлиники) проявляется высокая активность в отношении молодого врача, но со стороны последнего наблюдается пассивность в освоении новой социальной среды;

– *ликвидационная стратегия*, т. е. такое социальное взаимодействие, при котором как со стороны молодого врача, так и со стороны поликлиники к проблемам адаптации не проявляется какой-либо значимый интерес.

В качестве пилотажного исследования в конце 2016 – начале 2017 г. нами были протестированы 42 молодых врача (случайная выборка), работающих в различных поликлиниках Санкт-Петербурга не более трех лет. Результаты этого исследования приведены в таблице.

Тип стратегий	Частота проявления
Рефлексивная	6
Экспансивная	8
Ситуационная	10
Трансформационная	5
Ликвидационная	13

Анализ полученных данных показывает, что, хотя в совокупности рефлексивный, экспансивный, ситуационный и трансформационный типы адаптации, которые можно признавать как норму (29 случаев из 42), составили большинство случаев, но все же наиболее часто имеет место ликвидационный тип стратегий адаптации, который говорит о наличии существенных проблем в процессе становления молодых врачей.

**Выводы.** Проблема социальной адаптации выпускников медицинских вузов по специальности «лечебное дело» всегда составляла и составляет актуальную и непростую задачу успешного вхождения в должность врача, способного самостоятельно и ответственно исполнять свой долг в особой социальной среде. Начиная с моментов трудоустройства, когда около половины вчерашних студентов-медиков устраиваются в поликлиники по знакомству, благодаря помощи и рекомендациям родственников, знакомых и коллег [3, с. 39], медицинская деятельность превращается в насквозь пронизанную социальными связями, и значительно более активно, чем во многих других профессиях. Поэтому социологические грани адаптации молодых врачей раскрывают ряд важных моментов, характеризующих настоящую проблему.

**Во-первых**, при всем разнообразии и особенностях профессионального врачевания общим началом в подготовке врачей различных специальностей выступает значимая роль компетенций, обеспечивающих социально важные грани этой профессии как профессии типа «человек–человек». По данным представленных исследований, социальная адаптация молодых врачей не менее проблемное и трудное дело, чем врачебно-клиническое становление, требующее во многом, в принципе, пересмотра всего образовательного опыта [27].

Выучить или усвоить реальные общественные и межличностные отношения только при помощи монографий, лекций или семинаров невозможно, «реальная профессиональная жизнь» врачей насыщена таким разнообразием практик, которые существенно отличаются от идеализированных теорий. Задача усугубляется еще и тем, что, несмотря на многочисленные выводы исследователей, «в медицинских вузах вопросы психологии общения занимают крайне мало места в учебных программах, и тем, что в системе повышения квалификации эти вопросы по-прежнему не становятся предметом специального изучения» [28, с. 153]. Такие же выводы о традиционно низком уровне толерантности в общении сделаны и в исследованиях И. И. Торубаровой [29]. Банальный факт, но те молодые врачи, которые в студенческие годы приходили в хирургические отделения, помогали бригадам скорой помощи и пр., ориентируются в специфике профессионального врачебного общения и отношениях с больными и коллегами иногда не хуже, чем состоявшиеся врачи с опытом.

Социальная адаптация выпускников специальности «лечебное дело» в самом общем виде выражается в достижении равновесия между субъектом – выпускником медицинского вуза и объектом – организацией (поликлиника или больница); ее предметом выступает

совокупность действий субъекта и объекта, направленных на достижение приспособления субъекта и объекта друг к другу и результата. Результат в данном случае проявляется как адаптированность вчерашнего выпускника к условиям поликлиники, т. е. его способность самостоятельно решать круг возложенных на него задач [30].

**Во-вторых**, следует отметить, что профессиональной адаптации врачей в современной социологии уделяется немало внимания. Наряду с этим важно подчеркнуть, что рассмотрение проблем социальной адаптации молодых врачей в так называемом «узком» смысле (т. е. по элементам или параллельно, в соответствии с нашей классификацией) не отражает реального значения социальных качеств врачевания и целей лечебной практики. Как со вчерашними студентами случается «ступор» в сложных клинических ситуациях, так и социальное общение способно создавать фрустрационные ситуации, стрессы и конфликты, которые наносят непоправимый урон делу врачевания. В условиях же российского кризисного общества значение социальных качеств врача существенно повышается.

**В-третьих**, можно сформулировать некоторые направления дальнейшего исследования проблемы. В модели социально-психологической адаптации Т. О. Паршиной представлены пять уровней адаптации: 1) личностный; 2) простых базовых ситуаций; 3) социально-фиксированных установок; 4) социальных установок; 5) ценностных ориентаций. По всей видимости, подготовка в медицинских вузах способствует формированию компетенций, способных только в незначительной степени обеспечивать успешность адаптации на 1–3 уровнях. Что же касается уровней социальных установок (4-й уровень) и ценностных ориентаций (5-й уровень), они могут быть достигнуты только в условиях реального медицинского учреждения. В условиях учебного заведения моделирование как социальных установок, так и социальных ценностей реальной больницы или поликлиники затруднено и носит не более чем декларативный характер [31].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кубышкин В. Слушания в Общественной палате РФ 15 апреля 2013 г. Система поддержки принятия врачебных решений. Около 60 % выпускников российских медвузов работают не по специальности. URL: <http://profimed.su/en/blog/110/> (дата обращения: 10.03.2017).
2. Морозова З. С. Социальная адаптация как общественное явление и как социологическая категория // Социально-гуманитарные знания. 2009. № 1. С. 362–368.
3. Ермолаева Ю. Н. Профессиональная социализация молодых медицинских работников // Фундаментальные исследования. 2013. № 9–1. С. 37–41.
4. Развитие мотивации формирования профессиональной готовности обучающихся медицинских вузов / Н. В. Агранович, А. Б. Ходжаян, В. И. Кошель, М. Г. Гевандова // Фундаментальные исслед. 2015. № 2–3. С. 572–576.
5. Дерюгин П. П., Колесникова Ю. А. Трудовая социализация молодых специалистов социогуманитарного профиля // Вестн. СПбГУ. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2012. № 3. С. 230–235.
6. Лаптиева Л. Н. Профессиональная адаптация медицинских работников: этапы и их особенности // Вестн. МГПУ им. И. П. Шамякина. 2015. № 1 (45). С. 80–86.
7. Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л.: Изд-во ГИДУВа, 1948. 20 с.
8. Изучение профессиональной адаптации медицинских работников / А. И. Губин, В. И. Евдокимов, Д. В. Зайцев, Е. А. Ценных // Вестн. психотерапии. 2008. № 27. С. 46–61.
9. Королев Н. Н., Ермолаев Д. О. Социальный портрет молодого специалиста сферы здравоохранения. Региональный анализ // Фундаментальные исслед. 2011. № 9–2. С. 260–263.

10. Российская социологическая энциклопедия / под общ. ред. Г. В. Осипова. М.: Норма-Инфра-М. 1998. 672 с.
11. Билибин А. Свод житейской мудрости. URL: <http://www.wisdomcode.info/ru/quotes/authors/50257.html> (дата обращения: 10.03.2017).
12. Симонова Т. М. Социальные проблемы в социологии и в социальной работе: определение, анализ, решение. СПб.: Роза мира, 2005. 241 с.
13. Рудык Ю. С., Пивовар С. Н. Аспекты врачебной этики: от клятвы Гиппократов до доказательной медицины // Здоровье Украины. 2005. № 6 (115). С. 50–51.
14. Тимошенко Л. Затянувшаяся агония или достойный уход? // Мистецтво лікування. 2003. № 1 (1). С. 50–51.
15. Кондрашова Р. А. Современные проблемы медицинской деонтологии // Успехи современного естествознания. 2013. № 9. С. 49–51.
16. Демдоуми Н. Ю., Власенко Н. Ю., Полянская Н. А. Современное представление о медицинской этике и деонтологии у выпускников педиатрического факультета // Омский науч. вестн. 2014. № 2 (126). С. 139–142.
17. Изотова А. В., Лебединцева Л. А. Доверие в системе здравоохранения // Вестн. ТюмГУ. Социально-экономические и правовые исследования. 2011. № 8. С. 132–138.
18. Кочкина Н. Н., Красильникова М. Д., Шишкин С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения. М.: Издательский дом ВШЭ, 2015. 56 с.
19. Лядова А. В., Восканян Э. В., Лядова М. В. Доверие как фактор эффективного функционирования системы здравоохранения // Социология. 2016. № 1. С. 66–71.
20. Кондратова В. Н. Специфика профессионального общения будущего медицинского работника как педагогическая проблема // Изв. РГПУ. 2011. № 129. С. 168–173.
21. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика // Медицинская помощь. 2003. № 2. С. 25–29.
22. Галкин К. А. Профессиональная идентичность молодых врачей и формирование профессиональной идентичности на индивидуальном уровне: зарубежный опыт исследований // Социология. 2016. № 1. С. 93–97.
23. Мурашова Л. А. Особенности эмоциональных барьеров в межличностном общении и коммуникативной агрессивности, влияющие на психологический климат коллектива и удовлетворенность трудом у медицинских работников // Вестн. КострГУ им. Н. А. Некрасова. Сер.: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2010. Т. 16, № 1. С. 169–174.
24. 10 ошибок молодых врачей. Лариса Ракитина о том, какие ошибки чаще всего совершают молодые эскулапы. URL: [http://www.katrenstyle.ru/articles/medicine/ethics/10\\_oshibok\\_molodyih\\_vrachey](http://www.katrenstyle.ru/articles/medicine/ethics/10_oshibok_molodyih_vrachey) (дата обращения: 10.03.2017).
25. Гафарова Н. В. Взаимосвязь профессионального выгорания и стратегий социально-психологической адаптации медицинских работников // Сб. конф. НИЦ «Социосфера». 2013. № 40. С. 120–123.
26. Дерюгин П. П., Самарина Е. Л. Этническое предпринимательство латиноамериканцев как стратегия адаптации в трансформирующейся России // Соврем. исслед. социальных проблем (электронный науч. журн.). 2014. № 8 (40). С. 87–105.
27. Bleakley A. Broadening conceptions of learning in medical education: the message from teamworking // Medical Education. 2006. № (40). P. 150–157.
28. Баландина Е. Коммуникативная компетентность медицинских работников // Высш. образ. в России. 2006. № 11. С. 152–153.
29. Торубарова И. И. Коммуникативная толерантность как профессионально значимая характеристика личности студента-медика // Вестн. ВоронежГУ. 2014. Т. 10. № 3–2. С. 70–72.
30. Диагностика процесса организационной адаптации и технология его оптимизации: автореф. дис. ... канд. социол. наук / БелГТАСМ. Белгород, 1997.
31. Паршина Т. О. Структурная модель социально-психологической адаптации человека // Социол. исслед. 2008. № 8. С. 100–106.



Deryugin P. P., Lebedintseva L. A., Lukin T. S.  
Saint Petersburg State University

## SOCIAL ADAPTATION OF GRADUATES OF MEDICAL HIGHER SCHOOLS IN MODERN CONDITIONS (BY THE EXAMPLE OF YOUNG DOCTORS IN SPECIALTY MEDICAL BUSINESS)

*The purpose of this article is to review and describe diagnostic procedures which can be used to study adaptation of young doctors, first coming into office after graduation. The relevant scientific data and results of empirical research are analyzed. On the basis of generalization of theoretical and empirical data adequate diagnostic procedures are formed that will allow us to describe this complex process in the life of a young doctor.*

**Social adaptation, graduates of medical universities, approaches to the study of adaptation, sphere of social adaptation of young doctors**

---

УДК 316

**Е. Л. Самарина**

Санкт-Петербургский государственный электротехнический  
университет «ЛЭТИ» им. В. И. Ульянова (Ленина)

## АНАЛИЗ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СТРАН ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ И РОССИИ

*Представлены результаты социологического сравнительного анализа социокультурных характеристик латиноамериканцев в сравнении с россиянами и гражданами США. С помощью модели Г. Хофстеде сопоставлены особенности культур этих обществ. Кроме того, в работе использованы вторичные данные, полученные в результате Глобального мониторинга предпринимательства, социальноэкономические показатели по данным странам и исследования российских и зарубежных ученых по данной теме. Полученные результаты говорят о том, что социальные нормы и установки в странах Латинской Америки во многом схожи с российскими, но частично близки и к обществу США.*

**Социокультурный анализ, Латинская Америка, модель Хофстеде, теория культур, измерение культур, индекс ранней предпринимательской активности, сравнительный анализ**

Российское общество находится на этапе трансформации социокультурных установок. За распадом Советского Союза последовал период, когда усиленно популяризировались ценностные ориентиры западных культур, особенно США. В последние же годы происходит попытка возврата к традиционным установкам и ориентация на восточные культуры. «Многие исследователи подчеркивают, что именно разрыв с советской социокультурной традицией привел к культурной катастрофе, которая длится уже около 25 лет» [1, с. 149]. Анализ социокультурных особенностей современного российского общества представляет особый интерес с научной точки зрения, так как это может помочь определить дальнейшие пути развития страны.

Внешнеэкономические связи со странами Латинской Америки были определены правительством РФ как важные и перспективные. Соответственно, необходимо понять, насколько близки социокультурные нормы и установки данных обществ, легко ли пред-