

Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда

Ольга Симонова, Екатерина Ядрова

На основе концепции эмоционального труда, разработанной А.Р. Хохшильд, в данной статье представлена попытка охарактеризовать особенности трудовой деятельности среднего медицинского персонала в области кардиохирургии в современной России. В работе анализируются социальные факторы, влияющие на эмоциональный труд в этой области. В качестве эмпирической базы выступают результаты авторского исследования эмоционального труда медицинского персонала с использованием полуструктурированных интервью с представителями среднего медицинского персонала государственных медицинских учреждений Москвы и Ростова-Дону¹.

¹ Исследование выполнено в рамках исследовательского проекта «Социальная солидарность как условие общественных трансформаций: Теоретические основания, российская специфика, социобиологические и социально-психологические аспекты», поддержанного Российским фондом фундаментальных исследований (проект 11-06-00347а), а также проекта «Идеологии профессионализма в социальном государстве», поддержанного Научным фондом НИУ ВШЭ (№ 12-05-0007).

Введение

В современном мире эмоциональный труд становится неотъемлемой частью сфер занятости, работа в рамках которых подразумевает не только предоставление профессиональных услуг, но и обеспечение соответствующего поведения при общении с «клиентами». Такая практика особенно распространена в западных странах, где требования соответствующего эмоционального поведения в рамках публичного общения на рабочем месте, чаще всего это требования выражения радости, симпатии, эмпатии, заботы, входят в формальные нормативные правила, соблюдение которых подразумевает материальную оплату [Горбунова, 2008. С. 32–33]. В современном российском обществе сфера здравоохранения нуждается в детальном социологическом анализе, не только в отношении внутренних механизмов развития профессии «медицинских сестер и медицинских братьев», восприятия работниками собственной профессии и отношения к самому процессу предоставления медицинских услуг на уровне общества в целом, но и с точки зрения выполнения эмоционального труда. Во многом необходимость такого анализа диктует сложившаяся в данной сфере ситуация жесткой иерархии трудовых отношений, отсутствия льгот и мотивации к работе, что может привести к эмоциональному отчуждению или эмоциональному «выгоранию», согласно теории Хохшильд [Hochschild, 2003].

Несмотря на высокую востребованность специалистов и работников, здравоохранение всегда было довольно уязвимой сферой услуг в России. Это касается и неэффективности деятельности государственного аппарата в области экономической и социальной политики, касающейся медицины, и существенных различий в состоянии больниц в городской и сельской среде, и сложившейся ситуации отсутствия доверия к медицине и медицинским работникам. Такое состояние дел является острой социальной проблемой и сказывается на психологическом состоянии работников и соответственно на эмоциональном труде в данной сфере. Социология профессий раскрывает перед нами современный тип профессии среднего медицинского работника как в высокой степени зависимой от социальной структуры медицинского учреждения и в то же время дающей возможность работникам сделать выбор – выполнять или не выполнять эмоциональный труд в соответствии с мыслью Хохшильд [Hochschild, 1983]. Осознанная практика управления эмоциями в профессиональной медицинской сфере в России сегодня только начинает развиваться. Однако в силу того, что эмоции являются важным составным элементом любых социальных взаимодействий, необходимо исследование эмоциональности медицинских работни-

ков, поскольку эффективность труда в целом в этой профессии зависит от качества эмоционального труда.

Зарождение социологии эмоций в качестве научной дисциплины характерно для американской социологии, где эмоции стали анализироваться как необходимый элемент социальной структуры и социальных действий. Несмотря на важную роль биологических компонентов эмоциональных состояний и их относительную автономность, становится понятно, что на эмоции влияют разнообразные социальные структуры и культура общества в целом. При этом большое значение имеет то, какую роль играют эмоции в межличностной коммуникации в определенном социальном контексте. Поэтому необходимо учитывать особенности социальных ситуаций и социальных контекстов, в которых происходит взаимодействие, чтобы понять функции эмоций с точки зрения социологии. Основные подходы к изучению эмоций включают в себя анализ процесса взаимодействия индивидов «лицом-к-лицу». Хотя существуют и другие социологические подходы к исследованию эмоций, рассматривающих функции эмоций на разных уровнях социальной структуры и в разных социальных ситуациях [Симонова, 2009], мы опираемся на интеракционистскую теорию эмоций А.Р. Хохшильд, которая рассматривает эмоции как находящиеся под воздействием социально-культурного контекста и регулирующие в соответствии с социальными нормами и ценностями.

Понятие эмоционального труда сформулировано А.Р. Хохшильд в работе «Управляемое сердце» [Hochschild, 2003]. Под эмоциональным трудом подразумевается публичное выражение эмоций в процессе профессиональной деятельности, которое по сути является управлением эмоциями. Это означает, что работник может модифицировать эмоции, то есть менять их интенсивность, длительность, менять сами эмоции, в процессе взаимодействия лицом к лицу с клиентом. Этот «навык» входит в профессиональные компетенции и вознаграждается материально, в виде заработной платы. Например, способность «держаться лицо», то есть сдерживать негативные эмоции в ситуации конфликта с клиентом или проявлять симпатию к разным типам клиентов независимо от их «капризов». Работодатели в сфере услуг в основном, по мысли Хохшильд, разделяют убеждение в том, что такой контроль над эмоциями обеспечит им постоянную клиентуру и прибыль. Поэтому они начинают контролировать выражение эмоций своих работников. Хохшильд исследовала, возможно, одну из самых показательных в этом отношении профессий – эмоциональный труд летных экипажей, в частности стюардесс. Но и к медицинским работникам

также предъявляются требования эмоциональной культуры, то есть с позиции представлений о том, какие эмоции должен выражать такой работник, общаясь с пациентами. Вообще эта тема имеет давнюю историю в социальных науках, начиная с понятий переноса и контрпереноса у З. Фрейда, но исследовалась и в социологии, в частности Э. Хьюзом, Э. Гоффманом и другими. Однако с позиции теории Хохшильд профессию медицинских работников, особенно среднего звена, на Западе стали изучать не так давно [Hardy, 1974], а в России эта перспектива пока еще только начинает развиваться, в большинстве своем в исследованиях эмоционального выгорания работников, оказывающих психиатрическую помощь [Кошкина, 2008].

Медицинская профессия предполагает довольно высокие требования к степени внимания, памяти, соответствующей реакции в ситуациях риска, выносливости, работоспособности. Однако помимо навыков профессиональной медицинской практики, работнику необходимо обладать соответствующими навыками осуществления эмоционального труда: умением поддерживать общение с пациентами, проявлять заботу о каждом больном, выражать симпатию, сочувствие, подавлять негативные эмоции, такие как отвращение, гнев и другие. Таким образом, медицинский работник, особенно это касается работников среднего звена, должен с точки зрения профессиональной культуры обладать умением управлять эмоциональными состояниями на рабочем месте, контролировать постоянно возникающий стресс в процессе управления чувствами, поддерживать благоприятный эмоциональный климат и в коллективе, и среди пациентов. Несмотря на существование исследований, связанных с работой в медицинских учреждениях, и посвященных изучению синдрома эмоционального выгорания, среди социологических работ трудно найти данные относительно того, каким образом социальная атмосфера в отделениях кардиохирургии влияет на эмоциональный труд медицинского персонала. Поэтому, учитывая сложные условия работы, мы фокусируемся в данном исследовании на проблеме организации эмоционального труда. Действительно, эмоциональный труд социально организован и структурирован, согласно предположениям Хохшильд, поскольку регламентируется и нормами общей эмоциональной культуры общества, и нормами профессиональной культуры. Таким образом, основная задача исследования – определить, насколько выполняется и осознается эмоциональный труд среди медицинских сотрудников в области кардиохирургии, а также выявить его характеристики. На основе теоретического и эмпирического материала, мы попытались определить, является ли эмоцио-

нальный труд в современной России неотъемлемой частью медицинской профессии в области кардиохирургии, его специфику, основные характеристики, а также оценить возможность развития практики эмоционального труда. В качестве объекта исследования мы рассматривали эмоциональный труд в области кардиохирургии, в качестве предмета исследования выступали особенности и функции эмоционального труда средних медицинских работников в сфере кардиохирургии в современном обществе.

Эмоциональный труд в рамках медицинской профессии

Понятия эмоциональной работы и эмоционального труда, разработанные А.Р. Хохшильд, являются главными для теоретической базы настоящего исследования. В основе теории Хохшильд лежит процесс коммерциализации эмоций в профессиональной среде, то есть распространение эмоционального труда во многих профессиях и родах занятий. Хохшильд характеризует эмоциональный труд как подавление и возбуждение эмоций в зависимости от ситуаций взаимодействия в процессе профессиональной деятельности, преимущественно в контактах с клиентами. Поэтому мы обращаем особое внимание на такие характеристики эмоционального труда в медицинском секторе, как способность медицинских работников управлять негативными эмоциональными состояниями, то есть скрывать высокую напряженность эмоционального труда, поскольку негативные эмоции приходится подавлять часто, а также необходимость строгой самодисциплины, то есть способность модифицировать эмоции быстро и предвидеть эти ситуации. При этом мы не ставили себе целью исследовать «глубокое исполнение» по Хохшильд, когда работнику приходится или он самостоятельно пытается возбудить в себе «нужные» эмоции в ситуации взаимодействия лицом-к-лицу с клиентом. Хотя важно отметить в этой связи подход к исследованию эмоциональной работы медицинских сестер К. Теодозиус [Theodosius, 2008], которая в своем исследовании, развивая теорию Хохшильд, включает в анализ эмоционального труда медсестер бессознательное выражение эмоций. Несмотря на утверждение Хохшильд о контроле над бессознательным выражением эмоций как неотъемлемой части эмоционального труда, Теодозиус настаивает на том, что бессознательное выражение эмоций не поддается контролю и может существенно влиять на работу медицинского персонала, общение с пациентами и особенно их родственниками. Это ситуации, когда страх, отвращение и гнев прорываются наружу, то есть отражаются на лице и могут передаваться окружающим, которые понимают, что им говорят не всю правду, скрывают истинные

эмоции [Ibid.]. Отсюда эмоциональные реакции, возникающие в различных ситуациях, не всегда поддаются моментальному контролю в соответствии с культурными нормами выражения эмоций и требованиями руководства, в частности медицинского учреждения, то есть могут иметь последствия для социальной структуры организации, условий труда и взаимоотношений с коллегами, пациентами и их родственниками. Поэтому бессознательное проявление эмоций можно рассматривать как часть эмоционального труда, поскольку они «прорываются» вопреки усилиям работников «держать лицо» и вопреки требованиям, предъявляемым управляющими [Lively, 2006. P. 574].

Итак, ключевыми моментами управления эмоциями среди медицинских работников являются: во-первых, личностные характеристики работника, характер, особенности темперамента; во-вторых, социализация работника, так как соответствующее воспитание определяет способность контролировать эмоции и сдерживать гнев, раздражение, отвращение; в-третьих, степень профессионализма, поскольку высокий уровень профессиональной подготовки и опыта позволяет сдерживать интенсивные эмоции, купировать их выражение и находить индивидуальный подход в процессе общения с пациентами; в-четвертых, неформальные правила, установленные в коллективе, особенно правило «клиент (читай: пациент) всегда прав». Однако для российских медицинских центров это правило не всегда является основой коммуникации с пациентами. Можно сказать, что в основе работы среднего медицинского персонала лежит – формальный этический кодекс среднего медицинского работника [Этический кодекс медицинской сестры России... 2010].

Эмоциональная культура определенной профессии представляет собой свод правил и норм, которые в рамках медицинской профессии направлены на заботу о здоровье и благополучии человека. Учитывая, что медицинский работник обладает профессиональными навыками и соответствующим образованием, а также возможностью принимать решения не только в рамках выполнения технической работы, но и в рамках осуществления эмоционального труда, мы исходим из следующих положений. В обязанности медицинского работника среднего звена в сфере кардиохирургии входит активная эмоциональная работа в процессе коммуникации с пациентами, то есть строгий контроль над выражением собственных эмоций, сдерживание истинных эмоций, поддержание формального и сдержанного эмоционального общения. Проявления внимания и заботы связаны со сдерживанием других эмоций в процессе работы. Пренебрежение, гнев, страх, отвращение – эмоции, которым индивиды

могут быть подвержены во многих профессиональных сферах, но в рамках медицинской профессии работник подвержен им в высокой степени и должен контролировать их проявления с позиции культурных представлений, которые распространены в российском обществе.

Существуют и формальные правила работы в медицинской организации, которые подразумевают под собой общение, при котором работник удовлетворяет потребности и выполняет просьбы пациента, так как пациент является клиентом, а значит, может требовать соответствующего отношения и внимания от медицинского персонала. Помимо этого данные правила отражают формальную иерархию внутри профессионального коллектива. Мы предполагаем, что в своей профессиональной деятельности врач может позволить себе большую свободу в выражении эмоций, чем медицинские сестры, так как он обладает большими полномочиями по сравнению с остальными сотрудниками. Стоит сразу отметить, что в России в сфере медицинского ухода заняты преимущественно женщины, исключение составляют студенты, проходящие практику в государственных клиниках. Это оказывает специфическое влияние на социальные отношения в рамках медицинских практик, особенно в хирургии, где привилегированное положение занимают мужчины-хирурги, которые вместе с тем обладают автономией при принятии решений в профессиональной работе и управлении персоналом на всех стадиях коммуникации: во время и вне операций. Границы полномочий среднего медицинского персонала достаточно четко очерчены, отношения между старшим и средним медицинским персоналом, как правило, носят характер подчинения. Таким образом, помимо давления профессиональной иерархии, на отношения между старшим и средним медицинским персоналом влияет гендерное неравенство, которое по сути во многих отношениях лишает женщин «права голоса» и накладывает на них дополнительные обязанности и требования в соблюдении гендерных стереотипов («женщина – значит мягкая, по-матерински заботливая, эмоционально-сочувствующая»), а если это медсестра, то эти черты должны проявляться еще ярче). Обладая полномочиями, а также выполняя функцию координатора во время операции, в течение обычного трудового процесса врач не придерживается этических правил коммуникации, позволяя себе общаться с персоналом по минимуму и в удобной для себя форме. Помимо этого в неформальные обязанности врачей также может входить коммуникация с пациентами до и после операции, однако существенную ее часть по настоятельной просьбе, а иногда по указанию врача осуществляет медсестра. Это, по данным

авторского исследования, приводит к появлению стереотипного представления людей о том, что врачи пренебрегают своими обязанностями, которое влияет на структуру отношений «врач – сестра – пациент». В основном все медицинские сестры считают, что врачи не ценят их труд в целом, а это вызывает обиду и негативно влияет на их эмоциональную работу. Неудовлетворенность собой, то есть своей профессиональной идентичностью, которая основана на оценке окружения, а также попытки модифицировать поведение, не приводящие к получению желаемого одобрения, могут вызывать довольно острые негативные эмоциональные состояния [Писаренко, 2005]. Врачи обычно не скрывают своего пренебрежительного отношения к среднему персоналу. Это воздвигает барьеры в общении между ними и может приводить как к бессознательному невыполнению эмоционального труда, так и сознательному безразличию к пациентам. Сестры пытаются акцентировать высокое значение своей профессиональной деятельности:

В любом отделении есть сестры, которые могут нагрубить, особенно раздраженные на пациентов, на врачей. Я перешла из лор-отделения в хирургию, и там тоже каждый сам за себя, но тут отношение врача играет большую роль. А так как врачам на самом деле ни до кого нет дела, то старшие (имеется в виду старшие медсестры. – Прим. авт.) и бесятся. Их можно понять, но то, что никого ничего не интересует неприятно, работать так неприятно (интервью 5).

Таким образом, структура государственной медицинской организации становится немаловажной частью анализа эмоционального труда в медицинской профессии. Медицинская профессия в целом – многогранное социальное явление, включающее в себя множество субпрофессий или специализаций, родов занятий и обязанностей, одной из которых является эмоциональный труд, который становится интересным и уникальным объектом социологического анализа.

В обязанности палатной медсестры кардиохирургических отделений входит забота о пациенте в период его подготовки к операции и в период его реабилитации. В профессиональные обязанности входят ночные дежурства, поэтому многие медсестры отмечают необходимость соответствующей физической подготовки, в первую очередь физической выносливости и эмоциональной устойчивости. Надо отметить, что первостепенное значение имеет, конечно, аккуратное выполнение медицинских манипуляций. Однако не менее важно обладать соответствующими индивидуальными психоэмоциональными способностями, а также способностью быстро обу-

чаться во время работы. И если в первом случае процедуры и алгоритм их выполнения тщательно прописываются в документации, которой должен придерживаться каждый работник, то контроль над собственным поведением и рамки эмоциональной свободы становятся более сложными компетенциями, но не менее важными структурными элементами профессии.

Кардиохирургия является одной из самых сложных медицинских сфер с точки зрения проводимых операций, поэтому специфической для данной сферы является и работа палатных медсестер. Индивидуальная история болезни каждого пациента определяет набор обязанностей медсестер и, следовательно, соответствующую модификацию эмоций. Респонденты подчеркивают, что зачастую именно умение общаться, эмоциональная стойкость, готовность помогать, быть причастным, возможность подобрать верные слова, скрыть гнев и раздражение отличают работу среднего медицинского персонала. Анализ собственного восприятия работниками формы коммуникации с пациентом, таким образом, раскрывает факт осознания наличия эмоционального труда в процессе их работы.

Несмотря на необходимость соответствующего образования, работа среднего медицинского персонала пользуется высоким спросом в современном обществе в силу дефицита соответствующих специалистов и высокой текучести кадров. К среднему медицинскому персоналу палатных государственных отделений относятся медицинские сестры и медбратья, выполняющие регламентированные требования по ежедневному осмотру и уходу за пациентами, выполнению медицинских процедур и общению, в частности в период послеоперационной реабилитации. Однако в современном российском здравоохранении эта профессия не является престижной, поэтому зачастую приравнивается к такому роду занятий, как санитар или санитарка, и дискриминируется со стороны врачей. В настоящее время, несмотря на свободу выбора медицинских услуг, в обществе сложилось двойственное отношение к институту здравоохранения. С одной стороны, причиной является кризис российского здравоохранения: низкий уровень сервиса, нехватка оборудования, нехватка персонала, которые привели к росту недоверия к медицинским работникам со стороны населения. Общее негативное отношение сказалось не только на работе профессиональных врачей, но во многом повлияло на репутацию работников более низкого уровня, в частности средний медицинский персонал. С другой стороны, каждый осознает значение профессии медицинской сестры и дефицит таких работников, а также предъявляет к ним очень высокие требования, в частности и к их эмоциональному поведению. Таким образом,

при анализе эмоционального труда среднего медицинского работника необходимо учитывать следующие факторы: условия труда, соответствие физической нагрузки и зарплатных ожиданий, наличие формальных/неформальных правил профессиональной регуляции, общую культуру общения, давление профессиональной иерархии и гендерного неравенства.

*Особенности эмоционального труда медсестер
кардиохирургического отделения в современном
российском медицинском учреждении*

Эмоциональная работа является довольно сложным и многогранным элементом профессии в любой сфере, где происходит постоянное межличностное взаимодействие. Это делает такую работу тяжелой и требующей, с одной стороны, контроля над эмоциями, а с другой – необходимости активного участия и высокой степени профессионализма в разнообразных социально-психологических условиях. Профессия медицинского работника в области кардиохирургии представляет собой комплекс социально-структурных и психофизиологических процессов, включает в себя множество социальных ролей, в основе которых лежит проявление заботы, внимания, понимания, участия, включенности в проблемы и переживания пациента. Одной из важнейших составляющих профессии является эмоциональный труд, который необходимо осуществлять непрерывно и с высокой степенью психологического напряжения. Социальные функции эмоционального труда зависят прежде всего от структуры, в рамках которой происходит взаимодействие. В случае медицинской профессии специфическими социальными факторами эмоционального труда служит эмоциональный климат в рамках медицинского коллектива, специфика этических норм, специфика разделения труда и острота гендерных различий между работниками сферы кардиохирургии, как было отмечено выше. Несмотря на то, что исследование эмоций в социологии является довольно сложной задачей, но, изучая их, мы можем выявить скрытые стороны взаимодействий между работниками и более глубоко понять специфику таких взаимодействий. Необходимость следовать этическим нормам в рамках профессии, постоянное совмещение физической, психологической и эмоциональной нагрузки, контроль над процессом работы, состоянием пациентов и поддержанием стабильности в структуре коллектива делает эмоциональный труд медицинских работников сложным и даже тяжелым.

Эмпирическое исследование, проведенное в целях изучения эмоционального труда средних медицинских работников – палатных

медицинских сестер кардиохирургической сферы медицины, было осуществлено в рамках качественной методологии. Для получения информации использовался метод фокусированного полуструктурированного интервью. Исследование проводилось в государственных медицинских учреждениях города Москвы и Ростова-на-Дону, было собрано 15 интервью с представителями среднего медицинского персонала кардиохирургических отделений. В исследовании участвовали средние медицинские работники-женщины со стажем работы от года, так как наличие опыта и включенность в рабочий коллектив позволили проанализировать значение и степень осознания эмоционального труда в данной профессии.

Трудности полевой работы были связаны прежде всего со спецификой медицинской сферы. Несмотря на имевшийся доступ в клиники и возможности беседовать с необходимыми информантами, метод «снежного кома» не всегда способствовал получению контактов с большим количеством респондентов, поскольку проводить интервью непосредственно на рабочем месте было невозможно в силу относительной закрытости такого рода медицинских учреждений. Договориться о встрече вне рабочего пространства оказалось довольно сложно и, прежде всего, в Ростове-на-Дону. В процессе отбора респондентов методом «снежного кома» они с трудом соглашались ответить на вопросы, так как для многих из них вопросы о специфике профессии означали намек на отношения с начальством, в частности на «нарушение» распоряжений начальства, что вызывало замешательство, неуверенность в себе и сомнения при ответе на вопросы. Во многом причиной смущения был невысокий уровень образования респондентов (среднее специальное), а также то, что беседа при включенном диктофоне оказывалась барьером для неформального общения, свободных высказываний, вызывала опасения сказать что-то не так, не так, «как требуется». Поэтому, как правило, необходимо было разъяснить респондентам, что социологическое исследование подразумевает и должно гарантировать полную конфиденциальность полученной от работника информации. При этом интервью планировалось именно как полуструктурированное, поскольку переформулировка вопросов в ходе интервью позволяет учесть уникальный опыт каждого работника. При получении согласия обговаривалось наиболее удобное для респондента место встречи. Обычно это были больничные помещения за пределами кардиохирургического отделения, или же встречи на нейтральной территории, например в кафе.

Каждое интервью начиналось со свободной беседы о профессии среднего медицинского работника, а затем вопросы задавались в соот-

ветствии с исследовательскими блоками, однако не в каждом интервью удавалось получить пространные ответы, многие респонденты отвечали кратко и давали только конкретную информацию на поставленные вопросы. Нужно заметить, что в целом (при повторных встречах или же в случае возникновения доверительного контакта) респонденты воспринимали ситуацию и содержание интервью положительно, с интересом отвечали на вопросы, эмоционально рассказывали о разнообразных ситуациях, возникавших в процессе работы. Гайд интервью для исследования формировался с целью затронуть все факторы эмоционального труда работников, которые, согласно исследовательским предположениям, оказывают влияние на этот труд. Среди социальных условий, влияющих на эмоциональный труд, мы выделяем следующие: жесткость профессиональной иерархии, тяжелые физические и психологические условия труда, частичная коррумпированность медицинской сферы услуг; строгость формализованных профессиональных обязанностей среднего медицинского работника; неформальные этические нормы коммуникации, принятые в медицинской организации; общая культура коммуникации с медицинскими работниками, которая влияет на ожидания от общения с ними.

Беседа с респондентами была организована как свободный разговор об опыте ежедневной работы в данном отделении, о личном отношении к профессии, об атмосфере внутри лечебного учреждения. Для того чтобы охарактеризовать эмоциональный труд в профессии среднего медицинского работника в области кардиохирургии, нам необходимо было изучить специфику профессиональных обязанностей медицинских работников в выбранном отделении. В процессе исследования нам было важно узнать, каково восприятие профессии самими медицинскими работниками, проследить отношение к выполняемым обязанностям, к должностной структуре в данной области, к причинам и динамике сложившегося восприятия профессии со стороны общества на протяжении последних лет. В связи с поставленными исследовательскими вопросами были сделаны следующие выводы.

С точки зрения необходимой квалификации работника, представителю среднего медицинского персонала необходимо обладать дипломом о среднем медицинском образовании, и это особенно строго соблюдается в сфере кардиохирургии. В отделении кардиохирургии находятся преимущественно пациенты старшего возраста. В основе заболеваний – проблемы функционирования сердечного аппарата, поэтому формируется специфический подход к общению с пациентами. В отделении кардиохирургии наиболее очевидна эмо-

циональная напряженность, которую можно назвать «атмосферой стресса», поскольку пациенты знают о высоком уровне летальности и не имеют возможности узнать о своем физическом состоянии непосредственно у среднего медицинского персонала, так как это запрещено уставом медицинского учреждения. Итак, «вход» в профессию невозможен без документа о соответствующем образовании, однако это правило действует и строго выполняется в условиях дефицита средних медицинских работников, невысокой оплаты их труда и довольно низкого статусного положения в иерархии кардиохирургического отделения. Вот что говорит об этом одна из респонденток:

Когда я начинала трудовую деятельность, профессия медицинского работника считалась престижной, по прошествии времени престиж значительно снизился, прежде всего, из-за недостаточной заработной платы. Это привело к ситуации, когда молодежь должна иметь, прежде всего, желание работать, желание общаться с пациентами, любить их. Для карьерного роста необходимо образование высшее медицинское ну и опыт, естественно (интервью 1).

В ходе интервью выяснилось, что работники среднего звена не имеют возможности карьерного роста. Курсы повышения квалификации дают возможность претендовать на более высокий заработок, но не обладают функцией продвижения по карьерной лестнице. Выполнение эмоционального труда сегодня является международным требованием к профессии медицинской сестры, однако в российских условиях эмоциональный труд начинает осознаваться и выполняться в результате приобретения собственного опыта в данной профессии, о чем более подробно будет сказано ниже. Это дает основание предположить, что медицинский персонал специально не обучается навыкам эмоционального общения с пациентами, и работники приходят к этому в результате усвоения общей эмоциональной культуры общества, которая предполагает, что медсестры должны выражать «теплые», позитивные чувства к пациентам, тем более с такими тяжелыми заболеваниями. Более того, здесь вступают в действие правила общей культуры, гендерные стереотипы, которые диктуют женщинам быть заботливыми, доброжелательными, сочувствующими, проявлять милосердие и сестринские чувства.

Но при этом культура общения с пациентами и общая профессиональная этика находятся на второстепенном месте в иерархии профессиональных ценностей в сравнении с медицинскими манипуляциями и уходом за больными. Следование нормам общения

для среднего медицинского персонала характерно скорее для подтверждения и соблюдения профессиональной субординации, а в остальных случаях при контактах с пациентами и их родственниками сами работники следуют этим нормам в результате накопленного опыта работы и модифицируют свое эмоциональное поведение в соответствии с конкретными ситуациями:

Есть скорее не правила, а традиции. Этому нас учили старшие коллеги, когда я только пришла работать. Нарушить правило можно, нарушить традиции – никогда. Во-первых, потому что пациентам нужно общение... Некоторых вообще не навещают, а они ждут. Во-вторых, потому что благодарность дает силы работать, а благодарят же не за таблетки ведь, а за лишнее доброе слово (интервью 6).

Устав медицинской организации напрямую не влияет на то, каким образом строится общение работников с пациентами. Эмоциональный труд, таким образом, раскрывается как элемент профессиональной автономии, что дает персоналу независимость в принятии решений относительно выражения эмоций. В работе отделения возникает много ситуаций, когда работнику необходимо быстро принимать решения, это касается как медицинских аспектов профессии, так и специфики эмоционального труда. То, каким образом в представлении работников должен осуществляться такой труд, в каждом случае зависит также от накопленного опыта работы, физической выносливости и понимания его необходимости, а иногда и желания сохранять эмоциональную стабильность или покой:

Нужна определенная строгость. Пациент должен выполнять наши требования, существует даже подписка об этом при поступлении на лечение. Другое дело, что между собой – все что угодно. Конфликты, ссоры, обиды. С пациентами только одно – все для их блага. Стараемся так поступать все, хотя бывают, конечно, вредные пациенты.

Были случаи, когда хотелось подойти и обнять, потому что понимала, что ему (пациенту) осталось всего ничего. Но если так сделаешь – все. Паника у него, у тебя стресс, у него тоже стресс. Поддерживать тоже очень осторожно нужно. Поэтому приходится скрывать (интервью 5).

Все это подтверждает тезис Хохшильд о том, что главное качество работника, осуществляющего эмоциональный труд, – выносливость, и физическая, и эмоциональная. Однако готовность работни-

ка сохранять самообладание и его стремление следить за своим поведением при общении с пациентами находятся в сильной зависимости от уровня заработной платы, в основе которой – прилежное выполнение профессиональных обязанностей, связанных с регламентом отделения. Если же обратиться к неформальной стороне вопроса, то именно в поле общения пациента и работника возникают специфические отношения, характерной чертой которых является коммерциализация эмоций. В теории Хохшильд неформальные платежи, то есть денежные вознаграждения и подарки, характерные для российских государственных медицинских учреждений, не описываются, так как западная система здравоохранения исключает такого рода вознаграждения, обеспечивая довольно высокую зарплату, в которую входит и оплата выполнения эмоционального труда. Осуществление эмоционального труда в силу этого стало обязательным требованием при коммуникации между клиентом и исполнителем, и осуществляется в соответствии с правилами организации. Но в современном российском обществе неформальные платежи в качестве дополнительного заработка для медицинских работников можно считать общепринятой и повсеместно распространенной практикой. Причина доплат обычно состоит в ожидании большей заботы и внимания с медицинской точки зрения, и в том числе в ожидании выполнения эмоционального труда, то есть в ожидании проявления позитивных эмоций, симпатии, сочувствия, заботы в отношении к пациенту. Неформальные вознаграждения чаще всего поступают от родственников пациентов, но могут приниматься и напрямую от самих больных. Таким образом, пациенты фактически заранее платят не только за лучший медицинский уход, но и за то, чтобы обеспечить себе положительные эмоциональные отношения с медицинскими работниками. Это, конечно, отражает кризис российского здравоохранения, в частности свидетельствует о низком уровне доверия к данной профессиональной сфере. Помимо этого доплаты делают коммерциализацию эмоций частью профессии, то есть поддерживают потребность и необходимость в осуществлении эмоционального труда.

Эмоциональный труд в изучаемой сфере довольно наглядно характеризует общение медицинского работника и пациента, однако не является первостепенным. При этом то, каким образом описывают свои обязанности сами работники, показывает, что эмоциональный труд заложен в понимание работниками своих обязанностей, хотя формально не требуется со стороны руководства учреждения. Профессиональный опыт и стаж работы среднего медицинского работника формирует разнообразные модели поведения средних мед-

сестер со старшими медсестрами, контролирующими работу персонала, и при общении с больными. Среди таких моделей в основном выступают стратегии поведения в ситуациях конфликтов, которые возникают внутри коллектива среди работников и при контактах с пациентами и их родственниками. Как правило, выбираемые стратегии поведения могут передаваться в качестве опытного знания одними медицинскими работниками другим. Эти стратегии поведения нельзя, правда, охарактеризовать как однозначное следствие действия неформального этического устава, которого придерживаются работники, поскольку они сильно варьируют в зависимости от ситуации. То, каким образом происходит выбор модели поведения в разных видах коммуникации, зависит, прежде всего, от самих работников. В случае конфликтов внутри коллектива многое зависит от того, с кем общается работник и от кого может узнать про того или иного сотрудника: о его характере и положении в коллективе. То же самое происходит и в ситуации конфликтов с пациентами – когда работник знает характер, манеру общения пациента, его тип, ему становится проще контролировать собственные эмоции:

Бывают те, которые переживают боль молча, или наоборот те, которые постоянно переживают и жалуются, еще те, кто проявляют страх и боль через скандалы. Тут ты понимаешь, что если сам лишнего скажешь – никому легче не станет. Ты сам понимаешь, что то, как быстро успокоится пациент – в твоих руках. Хотя это, наверно, приходит с опытом... Были пациенты, которые вообще не жаловались. Это тоже плохо. Здесь может и накричать надо разок, чтобы растормозить. Потому что так никогда не узнаешь, если что-то болит у него и как ему помочь (интервью 3).

Это подтверждается и в ситуациях накопления стресса у работников, который возникает в результате конфликтов в коллективе и накопления усталости от большого потока тяжелых пациентов. Накопление физической и моральной усталости является одной из самых значительных причин ослабления контроля над эмоциями, а иногда и нежелания выполнять эмоциональный труд. При этом, безусловно, немаловажной причиной подобного рода проблем является и отсутствие опыта у самого работника в общении с пациентами и коллегами.

Медицинские сестры в России осознают, что общение с пациентом – это особое коммуникативное публичное поле, в рамках которого необходимо строго контролировать свое поведение. Отсутствие формального требования по выполнению эмоционального труда

в профессии компенсируется осознанием того, что коммуникация с пациентом – это часть выполняемой работы, которая отличается от обычного общения вне рабочего пространства и требует повышенного внимания. Можно сказать, что это часть профессиональной идентичности работника:

Есть люди профессии, прилежные, спокойные, стойкие, а есть так – пришел, отработал, ушел. И как еще отработал. Нас это не касается, мы не реагируем, но когда дело доходит до выяснения, почему пациенты жалуются, мы ведь пальцем показать не можем, приходится всем отвечать за одного (интервью 3).

Таким образом, работники, которые не желают выполнять эмоциональную работу, неформально, но все же санкционируются другими членами коллектива – заслуживают неодобрения. Стремление модифицировать эмоции, то есть демонстрировать нужные эмоции в присутствии врачей и старшей медсестры с целью обеспечить лояльность со стороны руководства и возможных «поблажек», также санкционируется. Это происходит потому, что работники считают, что безразличные в общении с пациентами работники, как правило, халатно относятся и к выполнению формальных профессиональных требований. Стоит заметить, что так проявляется солидарность работников, причем имеющих разный статус в организации: они неодобрительно относятся к отсутствию эмоциональной работы в отношениях с пациентами. При этом, когда нет возможности отстаивать свои права, медицинские работники зачастую компенсируют эмоциональный стресс с помощью личного общения, юмора, то есть шутят над самим конфликтом, а также очень часто обсуждают друг друга за спиной, «сплетничают». Это характерно для всех медицинских отделений, где работают преимущественно женщины. Вследствие жесткой иерархии, свойственной медицинским отделениям такого рода, работники не могут позволить себе высказывать недовольство условиями работы или внутренними конфликтами. А. Хохшильд отмечала, что в случаях давления со стороны руководства именно общение с коллегами, их поддержка в значительной степени облегчают выполнение эмоционального труда [Hochschild, 2003. P. 115–116, 13]:

Естественно были такие врачи, которых все ненавидели, и это своего рода было единением, но к действиям не переходили никогда (интервью 15).

В данном случае высказывание свидетельствует о том, что сами медицинские работники будут воздерживаться от конфликтов с ру-

ководством, поскольку это грозит формальными санкциями. Поэтому для работников важна взаимная поддержка, «сплетни», солидарность, юмор как механизмы защиты от стресса, негативных эмоций и поддержания эмоционального баланса. Понимание правил общения внутри отделения, необходимость предопределять ход беседы и показывать соответствующие эмоции при общении с каждым работником, со старшими сотрудниками, с пациентами и их родственниками говорит о том, что медсестры сами определяют правила эмоционального поведения и стараются их придерживаться. В основе этих правил лежит уверенность работников в том, что общение с пациентами не является обычным повседневным общением. Медицинские сестры не ассоциируют данные правила поведения с формальным кодексом или уставом организации. Однако пренебрежение и неумение найти подход к пациенту не только усложняет работу самих сотрудников, но и ухудшает их отношения с коллективом. Поэтому можно сделать вывод, что руководство если и осуществляет контроль над эмоциями своих работников, то он является неформальным и не слишком строгим. Отсюда в данной сфере выполняется скорее эмоциональная *работа*, а не эмоциональный труд, поскольку ему не обучают и он не требуется со стороны руководства, а значит, не входит в перечень обязательных компетенций работника и не оплачивается. Эмоциональная работа осуществляется в соответствии с неформальным профессиональным кодексом, который уходит корнями в представления людей о том, как должен вести себя медицинский работник, то есть в повседневную эмоциональную культуру.

Таким образом, можно сказать, что эмоциональный труд входит в профессию среднего медицинского работника, несмотря на то, что сами работники не связывают управление эмоциями с получаемой зарплатой. При этом модификация эмоций воспринимается работниками как публичная практика, основанная на понимании работниками профессиональных требований относительно выражения эмоций. Мы приходим в данном исследовании к выводу, что выражение эмоций в процессе работы палатных медсестер кардиохирургических отделений является неотъемлемой частью рабочего процесса, так как общение с пациентом происходит на протяжении всего периода его нахождения в стационаре. Однако работники, понимая, что общение не может быть построено на показе истинных эмоций, начиная с ситуаций конфликта и заканчивая проявлением жалости, воспринимают эмоциональный труд в основном в соответствии со своими представлениями, то есть представлениями общей эмоциональной культуры, и накопленным опытом. Большинство

работников не проходят специальных курсов обучения и тестов на знание этики коммуникации с пациентами. Поэтому осуществление такого труда базируется в основном на личных представлениях работника о нормах общения и индивидуальных характеристиках работника, его способности скрывать истинные эмоции и его восприятию профессии как в большей или меньшей степени включающей набор этических правил общения. В соответствии с правилами необходимо быть участливым, милосердным, понимающим, уметь создать у пациента ощущение искренней симпатии и заботы, постараться действительно понять то, какие чувства необходимо показывать, и при этом не потерять собственное «Я». По Хохшильд, это становится возможным вследствие постоянных усилий и тренировок, когда реальные эмоции и чувства заменяются теми, которые предписываются и требуются общей и профессиональной эмоциональной культурой [Hochschild, 2003. P. 34]. В данном случае речь идет именно о случаях «глубокого исполнения», то есть не просто выражения, а намеренного возбуждения в себе необходимых для данного социального контекста чувств, поскольку поверхностное исполнение не всегда требует больших усилий. Именно «глубокое исполнение», когда работник стремится сам переживать нужные эмоции, затрагивает его «Я» в целом и способствует выполнению эмоционального труда, но при этом может приводить к изменению личностной идентичности работника.

Помимо индивидуальных характеристик работников, сильное влияние на эмоциональный труд оказывают социальные факторы. Каждый из рассматриваемых нами факторов, таких как статусная иерархия, специфика эмоциональной культуры, специфика требований медицинской этики в организации, в определенной степени влияет на труд медицинских работников [Горбунова, Фиглин, 2010. С. 17]. При этом надо отметить, что нами были рассмотрены именно некоммерческие организации, а также сфера, в которой распространены неформальные денежные вознаграждения среднего медицинского персонала. Этические нормы, в частности этический кодекс медицинской сестры, не воспринимается работниками как непосредственное руководство к выстраиванию коммуникации в рамках рабочего процесса. Формально правила общения с пациентами и между работниками существуют, но им уделяется недостаточное внимание и правило сдерживания эмоций не всегда рассматривается как формально-обязательное. Работники имеют представления о предписанных правилах профессионального общения, но то, каким образом вести себя в той или иной ситуации, они выбирают сами, опираясь скорее на неформальные правила. Они основываются

на условиях ситуации, на характере общения с коллегами и на основе отношений с коллегами, которые выше по статусу, в частности со старшей медсестрой. Что касается общения с пациентом, то большинство работников также отмечают, что модели поведения, которые они применяют для успокоения, налаживания контакта с пациентом, для смягчения конфликтов с ним не основываются ими на каких-либо формальных правилах организации или этического кодекса [Этический кодекс медицинской сестры России... 2010].

Теория эмоционального труда подразумевает негативные последствия, когда усилия по модификации эмоций приводят к отчуждению от реального Я работника, а конкретно, когда работник становится равнодушным к поведению клиента или пациента, которым необходимы внимание и поддержка. Работники российских медицинских учреждений отмечают эмоциональную и физическую усталость, подчеркивая то, что тяжесть работы чаще всего не компенсируется благодарностью пациентов и увеличением зарплаты:

Зарплата не менялась, изменилось время. Раньше было жить проще. А сейчас и нагрузка больше и требований больше и все равно приходится дополнительно работать, помимо основных часов. На прошлой неделе, думала, взвою. Но ничего, как-то оправилась. Пришла домой... разговаривать ни с кем не хочется только, конечно... Зато отдохнула! В себя пришла. Стыдно только перед родными бывает. Иногда на них все срываю. Даже когда не собираюсь, уже в привычку вошло (интервью 10).

В концепции Хохшильд подразумевается, что работник знает, что выполнение эмоционального труда входит в его обязанности и оплачивается. В случае палатной медицинской сестры, работающей в России, это не так. Работники не ассоциируют необходимость подавлять истинные эмоции в процессе работы и определенным образом вести себя при «клиентах» и при начальстве с получаемой зарплатой, хотя подчеркивают, что основным фактором мотивации к работе в целом для них является высокая денежная оплата труда. Недостаток средств заставляет многих медсестер работать сверхурочно, что увеличивает эмоциональную нагрузку и снижает эффективность эмоционального труда. Хохшильд подчеркивает, что смягчить эмоциональное отчуждение помогают неформальные контакты работников, когда есть возможность пожаловаться, обсудить сложного «клиента», конфликты и многое другое [Hochschild, 2003. P. 115–116, 90]. В основе эмоционального отчуждения оказывается проблема потери собственных эмоций из-за постоянной замены истинных эмоций требуемыми. Пациенты не ждут простой демонст-

рации симпатии, они нуждаются в искреннем внимании и поддержке, в том, что можно назвать «заботой», которая воспринимается как моральное понятие. Проблема в данном случае заключается в том, что работники, руководствуясь только собственным опытом исполнения эмоциональной работы в публичном мире своей профессии, сталкиваются с большими трудностями в сохранении своего собственного «Я». Здесь в самом деле помогают неформальные объединения работников в общем коллективе, которые формируются на основе симпатий и антипатий и выполняют функции взаимопомощи, эмоциональной разрядки и поддержки личностной идентичности:

Сейчас у нас новая администрация – атмосфера сразу изменилась в худшую сторону. В нашем (медсестринском) коллективе бывают серьезные ссоры, споры, но взаимная поддержка тоже есть – это было ясно уже сразу, когда я пришла. Вот сейчас, например, без юмора не обойтись (интервью 14).

Такие группы образуются вследствие конфликтов с каким-либо работником, то есть против какого-либо работника, против работника более высокого статуса, против капризного пациента. Впоследствии такие союзы могут становиться все более сплоченными, но это может приводить к появлению серьезных конфликтов с теми, кто находится вне группы.

Хохшильд также было выявлено, что важнейшим фактором, влияющим на выполнение эмоционального труда, является степень автономии работника, то есть возможность принимать собственные решения относительно выполнения эмоционального труда, обычно это происходит в тех родах занятий, где меньше контактов с клиентами. Чем ниже степень автономии, тем более вероятно такое негативное последствие эмоционального труда, как эмоциональное истощение. Современная ситуация в этой сфере в России парадоксальна: она характеризуется формальным отсутствием автономии, но на практике работник фактически полностью ответственен за то, каким образом будет происходить общение с пациентами, и волен как выполнять эмоциональный труд, так и не выполнять его. При этом сегодня распространены также случаи, когда медицинские работники формально выполняют только серию процедур и не признают необходимость эмоционального участия в жизни пациента, то есть не воспринимают эмоциональный труд как часть профессии. Это обуславливает негативное впечатление о медицинских учреждениях в целом: медсестры зачастую не стараются скрывать свое раздражение низкой зарплатой, отсутствием карьерного роста, же-

сткой субординацией. Однако такие работники санкционируются неформальным и формальным образом:

Старшая медсестра следит, поэтому их быстро увольняют, или они сами уходят, в хирургии это все-таки редко, тут и без этого дел хватает, это все понимают со временем (интервью 3).

Таким образом, можно сделать вывод, что эмоциональный труд характерен для медицинских работников среднего звена, которые выполняют его, несмотря на высокие физические нагрузки, отсутствие мотивации и материальной оплаты. Переживаемые эмоции действительно оказывают сильное влияние на поведение пациентов и самих работников. Доверие, на котором основывается общение пациента и медицинского работника, напрямую зависит от того, каким образом проходит коммуникация, в частности эмоциональная. Но в связи с кризисом доверия к медицинской профессии [Изотова, Лебединская, 2011] в современном российском обществе, ожидания отдачи от работы медицинского персонала возрастают, возрастают требования к выражению определенных эмоций. Пациентам и их родственникам важно ощущение искренней заинтересованности в жизни пациента в процессе лечения и даже просто изображение заботы и сочувствия. Но эмоциональный труд формально не входит в обязанности медсестер в России и не оплачивается, хотя работники понимают его значение. Эмоции все же становятся частью рыночного обмена, поскольку их выражение поддерживается системой неформальных вознаграждений со стороны пациентов и их родственников.

Сегодня социологов все больше волнуют вопросы эмоциональности в разных родах занятий и профессий. Именно поэтому основанная на теории управления впечатлениями Э. Гоффмана социология эмоций А.Р. Хохшильд стала особенно актуальной. Помимо изменений в структуре занятости, меняются и взгляды людей на профессии, какие-то из них остаются престижными, какие-то теряют престиж во многом из-за потери доверия к ним. Происходят изменения в сознании людей, которые могут приводить к изменению восприятия собственной позиции в сфере занятости, а также к новому восприятию своих обязанностей как работника. Это обусловливает изменения, в том числе и на неформальном уровне, в профессиональных кодексах, особенно в тех профессиях и родах занятий, где происходит ежедневное общение с клиентами. Именно поэтому эмоциональный труд становится предметом социологических исследований, этот феномен начинает осознаваться и входить в перечень профессиональных обязанностей и компетенций. Поэтому социоло-

гия эмоций в целом становится все более плодотворной в исследованиях профессий и имеет прикладное значение для разных дисциплин, таких как менеджмент, социология организаций и управления, а также в сфере организационного консалтинга.

Сфера здравоохранения России, находящаяся в критическом состоянии, сейчас меняется довольно медленно и в основном только в отношении научных и технических инноваций. Что же касается профессионального имиджа врача и медсестры, то множество исследований показывает недоверие общества к медицинским услугам и работникам, предоставляющим эти услуги. Надо отметить, что на профессии врача это, как правило, отражается слабо, так как врач обладает профессиональными знаниями, имеющими высокую ценность. Медсестра тоже обладает уровнем профессиональной подготовки и должна занимать такое же престижное положение. Однако в России дело обстоит иначе, и медсестра является скорее тем работником, который занимает подчиненное положение, работа не обладает престижем, является физически, интеллектуально и эмоционально тяжелой при невысокой заработной плате. Этим объясняется и дефицит работников. Отсюда при осознании того, что эмоциональный труд необходимо выполнять, у врачей и медсестер просто уже не хватает даже сил об этом задумываться. Особенно это актуально для хирургических медсестер, где профессиональные риски возрастают, так как пациенты зачастую находятся в предоперационном, критическом состоянии или же нуждаются в уходе в постоперационный период. При этом, как правило, к каждому нужен свой подход, особенно если врачу не удается уделить достаточно времени всем пациентам.

Поэтому изучение специфики эмоционального труда в профессии хирургической медсестры особенно актуально, ведь профессия включает в себе необходимость ежедневного эмоционального самоконтроля. В современной российской ситуации именно на плечи медсестер ложится огромное количество обязанностей, большая часть из которых предусматривает общение с пациентами и необходимость выслушать их, успокоить, посочувствовать. При этом зачастую медсестра не может позволить себе отказаться от выполнения эмоционального труда, так как находится под давлением не только главного врача и старшей медсестры, но и требований общей культуры отношения к медицинским работникам. Сама социальная среда медицинского работника среднего звена заставляет его находиться в постоянном эмоциональном напряжении, общается ли он с пациентами или с руководством. Здесь высоки риски эмоционального выгорания, эмоционального срыва, стресса, потери контроля

над эмоциями, что может иметь дисфункциональные последствия для учреждения в целом. Именно ориентируясь на эмоциональное состояние таких работников, можно диагностировать состояние социальной организации. Несмотря на то, что на данный момент современных российских исследований по социологии эмоций сравнительно немного, проблемы, связанные с эмоциональным климатом, в частности в профессии медицинских сестер, становятся все более актуальными и в нашем обществе. Специфическое общение между людьми, ставшее нормой в пределах советского пространства, во многом переносится в российскую действительность. Эмоции принимают роль отражения ситуации в разнообразных общественных институтах, что доказывает необходимость их изучения в разнообразных сферах занятости.

Описание полевых данных

Интервью 1. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, обучалась в Медицинском колледже № 7 Департамента здравоохранения города Москвы, 28 лет, стаж работы 7 лет.

Интервью 3. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, обучалась в Московском медицинском училище № 21, 33 года, стаж работы 6 лет.

Интервью 5. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова», обучалась в Московском медицинском колледже № 1, 30 лет, стаж работы 9 лет.

Интервью 6. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова», обучалась в Медицинском училище № 2 им. Клары Цеткин, 25 лет, стаж работы 5 лет.

Интервью 10. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в ФГБУ «Федеральный научный центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова», обучалась в Краснодарском медицинском училище, 40 лет, стаж работы 20 лет.

Интервью 14. Средняя медицинская сестра, в настоящий момент работает в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, обучалась в Медицинском училище № 24, 49 лет, стаж работы 10 лет.

Интервью 15. Студент Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, в настоящий момент проходит практику в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, выполняет функции среднего медицинского работника, 24 года, стаж работы 2 года.

Список источников

Горбунова М.Ю., Фиглин Л.А. Эмоции как объект социологических исследований: библиографический анализ // Социологические исследования. 2010. № 6. С. 13–22.

Горбунова М.Ю. Социальная детерминация эмоциональных переживаний // Психология и экономика. 2008. Т. 1. № 1–2. С. 32–33.

Кошкина О.П. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности медицинской сестры // Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ. 2008. № 6 // <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=2017>.

Изотова А.В., Лебединцева Л.А. Доверие в системе здравоохранения // Вестник Тюменского государственного университета. 2011. № 8. С. 132–138.

Писаренко Н.В. Идентичность в аспекте коммуникации: теоретические подходы // Вестник Томского государственного университета. 2005. № 286. С. 120.

Симонова О.А. Социологическое исследование эмоций в современной американской социологии: концептуальные вопросы // Социологический ежегодник: сб. науч. тр. / ред. и сост. Н.Е. Покровский, Д.В. Ефременко. М.: ИНИОН РАН; Центр социал. науч.-информ. исслед. отд. социологии и социал. психологии; кафедра общей социологии ГУ ВШЭ, 2009. № 1. С. 292–331.

Харди И. «Врач, сестра, больной» / пер. с венгер. М. Алекса; под ред. М.В. Коркиной. 3-е изд. стереотип. BUDAPEST: Типография Академии наук Венгрии, 1974.

Этический кодекс медицинской сестры России. СПб., 2010 // Общероссийская общественная организация Ассоциация медицинских сестер России // http://www.medsestre.ru/files/file/ethics_code_rna_icn.pdf

Hochschild A.R. The Managed Heart // Hochschild A.R. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press, 2003.

Lively K. Emotions at the Workplace // Handbook of the Sociology of Emotions / ed. by Jan E. Stets and Jonathan H. Turner's. New York: Springer Press, 2006. P. 569–590.