

Санитарка государственного психоневрологического учреждения: «старая» профессия в контексте новой идеологии отношения к инвалидам

Анна Клепикова

Введение

Государственная система заботы о людях с тяжелыми нарушениями развития в России унаследовала принципы социальной политики Советского Союза, она ориентируется на содержание таких граждан в специальных учреждениях, на их проживание вне семьи. Специальный детский дом или психоневрологический интернат выполняет по отношению к своему клиенту-подопечному сразу несколько функций, которые обычно (в отношении здоровых граждан) находятся в компетенции различных инстанций. Одна и та же организация одновременно лечит, воспитывает, обучает, а также является местом постоянного проживания¹. Работники этой организации – врачи, медсестры, воспитатели, санитарки – выступают по отношению к клиенту в разных ролях, но повседневные практики в учреждении таковы, что это разделение обязанностей стирается.

Начиная с 1990-х годов в подобных учреждениях появляются сотрудники волонтерских организаций, которые также претендуют на выполнение части функций по обслуживанию подопечных.

¹ Это один из факторов, позволяющий увидеть такое учреждение как так называемый «тотальный институт» (по И. Гофману).

Представители двух групп социальных профессий – волонтеры и санитарки – выбрали работу с подопечными с тяжелой инвалидностью, причем чаще всего ни первые, ни вторые прежде с такими людьми не сталкивались, работали в другой сфере и не имели профессионального образования в области медицины или педагогики. И те, и другие, осмысляя свой опыт, участвуют в создании «профессиональной культуры» и в то же время реализуют идеологию своей организации.

В наших предыдущих работах на примере персонала специального детского дома-интерната (ДДИ) под Петербургом и сотрудников петербургской благотворительной организации (волонтеров и педагогов), которые работают в ДДИ с детьми с самыми тяжелыми отклонениями развития, мы проанализировали, как представители этих двух сообществ включают подопечного в типичные повседневные взаимодействия [Клепикова, Утехин, 2010]. На примере добровольцев той же организации, работающих в ДДИ и в психоневрологическом интернате (ПНИ) для взрослых в петербургском пригороде, мы рассмотрели осмысление волонтерами собственного рабочего опыта, а также практики конструирования профессионального сообщества волонтеров организацией [Клепикова, 2011].

Данная статья ставит задачей на примере указанных учреждений рассмотреть сообщество санитарок, контекст их профессиональной деятельности, оценку санитарками и волонтерами друг друга, а также проанализировать природу напряженных отношений между представителями «старой» и «новой» системы профессиональной заботы об инвалидах. Предмет нашего интереса – то, каким образом конструируются границы двух профессиональных сообществ в дискурсе их организаций и повседневном взаимодействии¹.

Социальные профессии, в особенности медицинские, – классический объект изучения социологии и антропологии профессий в рамках различных направлений – функционализма, институционализма, интеракционизма, социального конструктивизма [Абрамов, 2004; Абрамов, 2009; Романов, Ярская-Смирнова, 2005]. Медсестринское дело, уход за детьми и больными, социальная работа, как правило, в обществе зарезервированы за женским населением, а потому многие исследования в этой области используют гендерный и феминистский подходы, указывая на воспроизводство разделения гендерных ролей и труда [Ярская, Ярская-Смирнова, 2002; Здравомыслова, 2009; Davies, 1995; Poole, Isaacs, 1997; England, 2005].

¹ Автор выражает благодарность Илье Утехину за прочтение черновика статьи, ее обсуждение и ценные замечания.

Многие исследования, в которых речь идет о социальных работниках и младшем медперсонале, посвящены изучению профессионализации и конструированию статуса профессионала в этой сфере [Ярская-Смирнова, Романов, 2005]. Социокультурный контекст организации включает практику управления и контроля, способы отбора и найма на работу, организационной социализации. В зависимости от этих параметров меняется и представление о том, какие характеристики профессионализма – стаж, уровень образования, личные качества – выходят на первый план, при этом в области социальной работы предпочтение отдается скорее способности к эмпатии, нежели специальным знаниям [Ярская-Смирнова, 2001; Бегурлакин, 2007]. Уровень профессионализации группы как символический ресурс приобретает особое значение тогда, когда разные сообщества сталкиваются в едином поле деятельности, что приводит к конфликту между ними [Ярская-Смирнова, 2001. С. 91–92].

Э. Эбботт полагает, что профессиональную динамику нельзя рассматривать отдельно от изменений общего социально-экономического контекста. Развитие профессий, с его точки зрения, происходит в ходе борьбы с другими профессиями за легитимный контроль над областями экспертизы и знания. Пересечение различных профессиональных групп в единой экспертной области неизбежно ведет к конкуренции, результатом которой может стать полное подчинение одной профессии другой, разделение обязанностей между двумя группами профессионалов или распределения их по разным типам клиента [Abbott, 1992; Abbott, 1993]. Примерами такой конкуренции может служить, как пишет М. Соколов, борьба различных инстанций (медиков, психологов, социальных работников, священнослужителей, правоохранительных органов) за суверенитет над областью проблем, связанных с потреблением алкоголя или психическим заболеванием [Соколов, 2011. С. 38–39].

Идентичность профессионального работника формируется во взаимодействии с коллегами, представляющими другие специализации, и особенно ярко это проявляется в плотной командной работе (примером которой служит совместная повседневность волонтеров и санитарок в нашем случае). Взаимодействие в таком коллективе подразумевает интенсивное обсуждение профессиональных ролей и вклада в общее дело представителей разных групп, что постоянно модифицирует профессиональную идентичность работника и может влиять на его статус внутри института. Сфера социальной работы в целом как раз и является областью подобного взаимодействия, причем профессионализация не есть конечный его продукт – скорее, это процесс производства договоренностей о роли того или иного экспертного знания [Рауне, 2006].

Санитарка – обычная работница больниц, детских учреждений, домов престарелых; она обслуживает телесные потребности клиентов – питание и гигиену, убирает помещения, выполняет бытовую работу и поддерживает порядок. Ее деятельность подразумевает столкновение с телесными проявлениями, запахами, «грязью», болью, страданиями и смертью. Она имеет низкий статус в нашем обществе: общественный стереотип в отношении санитарки предполагает, что ее основной обязанностью является «выносить горшки». В другом культурном контексте те же самые свойства работы могли бы предполагать иное социальное положение: так, в волонтерском сообществе их труд наделяется хотя и маргинальным, но высоким статусом героя-дауншифтера.

Работа санитарки с клиентом включает в себе парадокс: с одной стороны, забота и уход осуществляется путем прямого и тесного контакта между людьми и подразумевает постоянное вторжение в приватность клиента. С другой, это взаимодействие осуществляется в государственном учреждении, то есть в сфере «общественной», «публичной» заботы, логика которой не признает необходимости задумываться о приватности «дефективных» граждан. Вследствие этого значение «заботы» как ценностной категории снижается, а ограниченные властные, образовательные и материальные ресурсы, которые доступны санитарке, ведут к тому, что уровень ее «моральной ответственности» за свои действия невысок [Pahor, 2003]. Кроме того, низкая степень полномочий при принятии решений ведет к сниженной профессиональной мотивации и очень быстрому эмоциональному выгоранию [Tummers, Merode, Van, Landeweerd, 2006]. «Профессионализм» медицинских работников традиционно состоит в том числе в умении подавлять эмоции и отстраняться от клиента – этому специально обучают в медицинских школах. Волонтеров, напротив, учат проявлять эмпатию, сохраняя определенную дистанцию с клиентом, и при этом делиться эмоциями с коллегами (что выступает механизмом моральной поддержки) [Fox, 2006]. Как показала А. Хохшильд, эмоции, проявляемые по отношению к клиенту, во многом представляют собой социально сконструированные производные профессионального обучения. «Эмоциональная работа» – умение управлять собственными эмоциями – является частью профессиональной компетенции работников социальной сферы. [Hochschild, 1983]. Санитарки в нашем случае не проходят специального обучения и психологической подготовки.

В неофициальном дискурсе наших учреждений санитарка может именоваться нянечкой, а в официальном – младшей медицин-

ской сестрой, и в практике учреждений ее деятельность лежит на стыке «социальной работы» (воспитания и ухода) и медицины. Ее культурный образ составляют два полюса: с одной стороны, это злобещая фигура санитаров психбольницы или морга, с другой – «пушкинская» няня, заботливо воспитывающая своего подопечного.

В нашем случае санитарки – это женщины от 30 до 80 лет, обычно проживающие поблизости от места работы. Чаще всего они не имеют высшего образования и обычно приступают к карьере санитарки после выхода на пенсию или сменив до этого несколько видов деятельности. У санитарок, как и у волонтеров, как правило, нет профильного образования, но, в отличие от последних, практически у всех санитарок есть собственные дети и, соответственно, опыт ухода за ребенком. Зарплата санитарки составляет примерно 8000 рублей.

Нашими основными информантами стали более 30 сотрудников ДДИ и ПНИ. Внимание в работе сосредоточено именно на санитарках как основной категории работников, повседневно обсуждающих подопечных и взаимодействующих с ними – наряду с медсестрами, воспитателями и врачами.

Источником данных послужило включенное наблюдение в ДДИ (март 2009 – февраль 2010) и ПНИ (июль 2010 – февраль 2011). Оно проводилось в статусе внештатного волонтера благотворительной организации, однако характер повседневной работы подразумевал плотное взаимодействие и совместную деятельность с персоналом учреждения. Средством фиксации материала стал полевой дневник и фотографирование. Одним из важных источников стали интервью с волонтерами, взятые Ильей Утехиным в рамках работы над документальным фильмом.

Обязанности

Чтобы попасть на работу, кандидат, как правило, должен пройти определенные процедуры и соответствовать определенным требованиям и критериям. Санитаркой, в представлении администраций исследуемых учреждений, может стать только женщина, но ее рабочие обязанности и статус, как полагает работодатель, не требуют каких бы то ни было специфических качеств или специальной подготовки. Культурная роль женщины предполагает, что она априори обладает необходимыми знаниями и навыками ухода за детьми и теми, кто не способен себя обслуживать самостоятельно. Чтобы приступить к работе, санитарка должна пройти медкомиссию и получить медицинскую книжку – это в том числе означает необходи-

мость сдать «санитарный минимум», то есть освоить список санитарно-эпидемиологических правил для работников учреждений вроде ДДИ и ПНИ.

Эти правила состоят во многом из требований к проветриванию и дезинфекции помещений, мытью полов, протиранию мебели. Согласно должностной инструкции, санитарка должна не только кормить подопечных, убирать за ними, проводить баню, но и мыть посуду, латать одежду, обрабатывать ванну. Обслуживание вещей является предметом работы санитарки наряду с обслуживанием людей, она должна поддерживать состояние и одушевленных, и неодушевленных объектов. Уборке и наведению порядка санитарка уделяет порой значительно больше времени, чем взаимодействию с подопечными, и это в том числе связано с характером отчетности, которую она должна предоставить. Так, санитарно-эпидемиологическая комиссия проверит чистоту столов и тумбочек, а директору, если он пройдет по палатам, бросится в глаза то, аккуратно ли сложена одежда и заправлены кровати. Гигиеническое состояние тела подопечного или то, насколько хорошо его покормили, никто не проверяет.

О приходе комиссий, как это принято в отечественных госучреждениях, известно заранее. К ним заблаговременно готовятся, «приводя всё в порядок. Что такое «всё» и как выглядит порядок, соответствует представлениям санитарок о том, что с них будут спрашивать. Так, санитарки не всегда носят фартуки во время кормления, а колпаки на голове не носят никогда, хотя это положено по инструкции, но для комиссии надевают и то, и другое. Внешний вид подопечных также иногда стараются облагородить, переодев их в чистую одежду, причем обычно прибегают к помощи волонтеров, которые не находят возможным отказать. После волонтеры винят себя за это, так как тем самым они поддерживают лицо той системы заботы об инвалидах, за радикальную реформу которой они, как им представляется, борются. Визиты комиссий, которые проводят поверхностный и беглый осмотр, носят чисто церемониальный характер, и их функция – еще раз утвердить легитимность существующего порядка.

Согласно госстандарту¹, учреждение стационарного проживания инвалидов со множественными отклонениями должно обеспечить ребенку 700, а взрослому – 180 прогулок в год. В ПНИ и многих

¹ См. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 22.07.2008 № 875 (ред. от 16.09.2008) «Об отдельных мерах по реализации Закона Санкт-Петербурга “О государственных стандартах социального обслуживания населения Санкт-Петербурга”».

группах ДДИ другого персонала, кроме санитарок, нет, а в их профессиональные обязанности не входит гулять с подопечными, как и не входит любая другая социально-реабилитационная деятельность. Некоторые санитарки по собственной инициативе играют с детьми или, к примеру, меняют им памперсы чаще, чем это предусмотрено расписанием. Однако такая деятельность – добровольный выбор отдельной санитарки и зона ее личной ответственности. Для учреждений именно волонтеры становятся тем ресурсом, который позволяет администрации отчитываться за работу по социальной реабилитации.

Многие из официальных санитарных требований и правил работы реализовать на практике невозможно – и в условиях специальных учреждений они звучат абсурдно. Так, например, в ДДИ невозможно осуществить проветривание комнат в отсутствие детей, так как дети никогда не покидают группу одновременно. Невозможно тщательно обрабатывать ванну после каждого подопечного, иначе баня растянется на целый день, а ее нужно провести за час. Всё это накладывает отпечаток на понимание того, насколько обязательно выполнять правила вообще. Так, отказываясь заштопать детскую одежду и пришить к ней пуговицы, санитарка может заявить, что «и не собиралась» выполнять такие хотя и упомянутые в инструкции, но второстепенные обязанности в дополнение ко множеству основных и за такую маленькую зарплату. В то же время некоторые санитарки, напротив, подчеркнуто заботятся о сохранности одежды: зашивают и стирают ее самостоятельно, не сдавая в общую прачечную, после которой она быстро приходит в негодность.

Санитарки осознают и артикулируют свой низкий статус в структуре и иерархии организации («я всего лишь санитарка») и оказывают как скрытое, так и порой открытое сопротивление вышестоящему персоналу. Постоянный мотив в их работе – торг с учреждением, пытающимся возложить на них дополнительные обязанности либо заставить их на практике соблюдать упомянутые неосуществимые требования; этого санитарки пытаются не допустить. Так, предметом озабоченности санитарок ДДИ становится то, что в их обязанности включают мытье пола в коридоре напротив группы или возвращение на кухню кастрюли из-под детской еды: раз они не должны по правилам оставлять детей одних в группе, то не могут мыть коридор или выносить посуду. Это не мешает им, впрочем, в течение рабочего дня периодически покидать группу на длительное время, чтобы пообщаться с коллегами.

По государственным нормативам, женщина на рабочем месте не должна поднимать груз весом более 7–10 кг¹, дети же зачастую весят существенно больше. Санитарке ДДИ так или иначе приходится перемещать детей, хотя бы в банный день, причем специальных приспособлений для перемещения тяжелых неподвижных подопечных в учреждении нет. Стремясь переложить работу на волонтера, или объяснить, почему она не считает возможным сажать детей во время кормления, или оправдать то, что грязная пеленка не поменяна, санитарка говорит: «Я по инструкции не имею права поднимать тяжелых детей!».

Случайно или по призванию

Как правило, санитарки выбирают род деятельности «случайно» – в тот момент, когда они находятся в активном поиске работы, в интернате поблизости оказывается вакансия. Чаще всего будущие санитарки узнают о ней через свои социальные сети, то есть их приводят в интернат соседи и знакомые, уже работающие там. Ситуация, когда санитарки ищут работу с детьми или инвалидами специально и приходят в интернат «по призванию», встречается редко.

Занятость санитарки обычно хорошо вписывается в структуру ее повседневности, согласуясь с ее прочими жизненными интересами. Санитарок привлекает сменный график – работа раз в трое-четверо суток. Необходимость выходить на дежурство лишь раз или два в неделю дает возможность сидеть с собственными детьми и внуками, совмещать эту работу с другой, подменять других санитарок, получая за это дополнительные деньги. Часто работа санитарки – это выход для женщины пенсионного возраста. Санитарка имеет возможность, пройдя курсы повышения квалификации, получить звание «младшей медицинской сестры», что никак не скажется на ее обязанностях, однако повысит зарплату. Важным стимулом для санитарок и воспитателей являются социальные гарантии, предоставляемые государственным учреждением.

Некоторые санитарки вскоре после начала работы начинают ощущать ее невыносимой. К «вредным» факторам здесь относятся и физические нагрузки, и ночные дежурства, и контакт с болезнью. Однако критическими в решении уйти с работы, как объясняют сами санитарки ДДИ, становятся особенности и проявления клиентов: детский крик, неуправляемость подопечных.

¹ См. комментарий к ст. 253 Трудового кодекса РФ.

Важная установка, которую санитарки стараются передать своим коллегам-новичкам, состоит в том, что нельзя допустить, чтобы подопечные «сели на шею». Санитарки прямо по ходу работы рассказывают «новенькой» о важных для ее профессиональных обязанностей особенностях ребенка или взрослого проживающего – кто каким способом ест, кто может набедокурить, кого нужно связывать, а кого можно попросить помочь. Специфика работы с подопечным такова, что центральным в рассказе санитарки о подопечном становятся его проблемные стороны и «недостатки». Действительно, необходимо предупредить нового сотрудника о том, что подопечный не жует твердую пищу и может подавиться, а другой, если его выпустить из кровати, развинтит всю мебель в группе. Такое необходимое описание клиентов, вытекающее из их действительных свойств, конструирует определенное восприятие санитаркой как их самих, так и своих функций по отношению к ним. В качестве достоинства же обычно указывают на самостоятельность подопечного в каком-либо процессе (сам ест, сам одевается) – это важно, так как в таком случае не нужно тратить усилия на его обслуживание.

Нередко, попадая на работу, новая сотрудница испытывает тяжелейший эмоциональный шок. Санитарка Таисия рассказывает, что, придя работать в ДДИ, попала в группу «ходячих» детей с тяжелыми умственными отклонениями. Их поведение, движения, неумение себя контролировать вызывали в ней ужас. Переживания были столь сильны, что на рабочем месте с ней случилось несколько сердечных приступов:

Я раньше не знала, что бывают такие дети. Я даже не могла есть первое время. Другие санитарки едят, а я не могу. Я спрашиваю у них: «Как вы можете есть?», а они: «Ничего, не думай о них, потом привыкнешь» (Таисия, ж., 65 л., санитарка ДДИ. Цит. по записи полевого дневника от 28.08.2010).

Санитарка Алина рассказывает, что, попав на работу в группу детей с тяжелыми физическими отклонениями – «группу смертников» (так в ДДИ было принято называть такие группы, когда смертность детей была выше) – пережила сильнейшее эмоциональное потрясение. Она, так же как и Таисия, не была уверена, что сможет продолжать работу, и чтобы справиться с сомнениями и с шоковым состоянием, отправилась в церковь, и батюшка убедил ее остаться на этой работе. Сильные религиозные установки в дальнейшем помогли Алине переживать смерть детей, видеть в них не только тела, потрясшие ее своей некрасивостью, но и «душу». Надо отметить, что религиозная мотивация при выборе работы весьма распространена

среди персонала ДДИ и ПНИ. Именно интерпретация и подопечных, и своей деятельности в религиозном, в этом случае православном, свете зачастую позволяет санитаркам придать этой работе глубокий жизненный смысл и выстроить вокруг этого свою идентичность.

Другая причина, по которой санитарки, по их словам, выбирают работу в ДДИ и предпочитают ее прочим – желание работать с детьми. Санитарка Ася говорит, что забота об особенных детях не представляется ей чем-то специфическим: «Ну, да, вот такие вот дети, а что же. Тоже ведь дети!». Когда Асе не с кем было оставить дома своего маленького сына, она брала его с собой на работу, где он играл с ее подопечными детьми. Когда у Аси появилось выгодное предложение устроиться домработницей, то она отказалась от него, объяснив это тем, что предпочитает работать с детьми, а не просто заниматься уборкой помещений.

Санитарки чаще всего стремятся затушевать аспект работы с телом подопечного – тот факт, что они соприкасаются с выделениями человеческого тела, тем более больного, «загрязняет» их самих в глазах окружающих, накладывая на них «сопутствующую стигму» [в терминологии Гоффмана “courtesy stigma”: Goffman, 1990. P. 43–44]. Одни санитарки отрицают свое соприкосновение с «нечистым», говоря, что, убирая за подопечными всегда пользуются перчатками, то есть их работа не подразумевает непосредственного телесного контакта с экскрементами. Другие же отрицают сам факт того, что в их работе есть что-то «нечистое», что-то, что может вызывать брезгливость. Однако даже они мечтают о каком-либо техническом приспособлении, которое облегчило бы обеспечение клиентам гигиенического ухода. Так или иначе, уход за телом – тема, вызывающая эмоциональное напряжение; в своем коллективе во время тихого часа подопечных санитарки, по собственному признанию, обсуждают именно эти аспекты своей работы.

В понимании санитарок у их работы есть и другие, не менее существенные стороны, чем «кормить» и «убирать». Они «тянут», «растят» подопечных, воспитывают и учат их; без них те не смогли бы выжить. Именно вокруг этих функций санитарки выстраивают образ своей профессии. Между тем порой для некоторых санитарок заявления о любви к детям и служении им становятся стратегией утверждения собственного статуса перед лицом волонтера как «соперника», или перед лицом вышестоящих инстанций – администрации, важных гостей, проверочных комиссий.

Санитарки проявляют разную степень участия в судьбе детей – некоторые играют и развивают, другие просто выполняют свои пря-

мые обязанности по уходу, с разной степенью тщательности. Многие осмысливают свою деятельность как заботу об обездоленных, как «миссию» и «крест», как труд, имеющий, помимо получения зарплаты, и иное значение. Они трактуют свою работу как «милосердие» и, имея в виду свою низкую заработную плату, с иронией говорят: «Это кто еще здесь волонтер!».

Есть среди санитарок и те, кто относится к обязанностям по уходу крайне небрежно, и те, кто могут поставить ребенку синяк под глазом. За травму, нанесенную ребенку, скорее всего, санкции в виде увольнения санитарке не грозят. Вышестоящий персонал не станет увольнять ее, так как это потребует поиска нового сотрудника, что не так уж и просто, ведь учреждение и без того испытывает нехватку работников. Единичные случаи увольнения санитарок администрацией связаны с присутствием сотрудниц на работе в крайне нетрезвом состоянии.

На работе

Утро санитарки начинается в 8 часов – она должна «принять смену» и отпустить домой предыдущую санитарку. Иногда санитарка, сдавшая смену, задерживается, чтобы поболтать с коллегой, а порой помогает ей на завтраке. Это позволит провести детский завтрак быстрее – зачастую еще до его официального начала в 9 часов, когда в группу должен прийти волонтер и принять участие в кормлении. Санитарки знают, что волонтер однозначно прочитывает это как жест в свою сторону: ему показывают, что он здесь не нужен, что он «опоздал».

Закончить процесс (обед, баню, смену памперсов) «быстро» – представляется санитарке собственным достижением: «Ну вот, сегодня я быстро справилась», – говорит санитарка довольно; «что-то я сегодня долго» звучит расстроено. Чем быстрее дети поедят, чем быстрее лягут спать в тихий час, тем скорее, вымыв посуду, столы и пол, она сможет почитать журнал, посмотреть телевизор, перекурить на балконе. В группах с активными детьми, которые не лежат в кроватях, санитарка проводит больше времени в помещении группы и старается не уходить надолго, так как в ее отсутствие активные дети могут «нахулиганить» или причинить вред себе и другим детям. Ночью санитарки спят в коридорах или других помещениях корпуса, хотя по правилам всю ночь они должны дежурить каждая в своей группе. В ПНИ в послеобеденное время санитарку можно обнаружить болтающей с коллегами в буфете или спящей в одном из хозяйственных помещений; отдых не предусмотрен правилами,

но ей пришлось проделать немалую физическую работу по уборке помещений и обслуживанию подопечных.

Санитарка стремится восстановить справедливость: компенсировать тяготы своей низкооплачиваемой работы, извлечь из нее все из возможных выгод и капиталов – таким капиталом является свободное время и общение с коллегами, сон на рабочем месте, а также детская еда и вещи, которыми можно воспользоваться себе во благо. Волонтер, как член «чужого», не своего коллектива, как носитель чуждых убеждений, не разделяющий общие для коллектива санитарок практики, воспринимается в этом контексте как контролирующая инстанция, несущая в себе определенную угрозу. Угроза состоит не только в том, что волонтер расскажет вышестоящему начальству интерната о том, что санитарка распоряжается по своему усмотрению ресурсами, выделенными для детей; речь идет об угрозе «потерять лицо» перед лицом другого сообщества.

Взаимоотношения в коллективе санитарок описываются (и ими самими, и волонтерами) как противоречивые: в одних контекстах члены коллектива солидаризируются и выступают единым фронтом, а в других – «каждый сам за себя». Так, санитарки могут объединиться перед лицом волонтерского сообщества и добиваются успеха – например, того, чтобы педагог, который им не нравится, больше не работал с детьми из их группы. Когда же возникает угроза санкций свыше, от администрации, то санитарки оказываются разобщены, и ожидают, что коллеги могут друг друга «подставить»¹.

Действительно, если обнаруживается, например, что у ребенка вывих или перелом, то, чтобы избежать возможной ответственности за состояние ребенка, санитарка не докладывает врачу, не пишет «объяснительную», как того требуют правила, и ничего не говорит следующей по смене санитарке. Тем самым она «подставляет» свою коллегу, которая обнаружит травму в свое дежурство и вынуждена будет отчитываться за нее. Причем состояние подопечного в этом случае не является предметом заботы – так, ребенок может пролежать несколько дней со сломанной рукой до того, пока кто-нибудь не сообщит об этом врачу. Санитарки едва ли могут не заметить неестественного положения руки и отека, так как меняют детям одежду, поправляют их в кровати, или не слышать, что ребенок постоянно плачет. Однако ими руководит и страх, что последует наказание, и стремление избежать необходимости писать объяснительную – написание такой бумаги видится унижительным и несет угрозу ее статусу. Парадоксальным образом тем санитаркам, которые больше

¹ Слово, употребляемое как санитарками, так и волонтерами.

других заботятся о состоянии ребенка, приходится писать больше всего объяснительных.

У воспитателей и у самих санитарок есть представления о профессиональных достоинствах и недостатках других санитарок, причем главными критериями является не стаж и образование (прохождение курсов повышения квалификации), а добросовестность выполнения своих обязанностей и эмпатия по отношению к подопечным. Между собой они нередко осуждают тех, кто менее тщательно осуществляет уход за детьми, хотя прямо в лицо коллеге об этом не говорят. Однако в целом они представляют коллектив: стремятся совместно проводить время на работе, между ними складываются дружеские отношения, и это общение в коллективе помогает им, по их словам, пережить тяготы рабочего дня.

Волонтеры порой склонны недооценивать важность для санитарки ее отношений с подопечными. «Сегодня мне на группу не выдали памперсов, с чем я буду работать?» – пересказывает волонтер слова санитарки, и продолжает: «Она работает не с детьми! Она работает с памперсами!». Между тем для многих санитарок человеческое общение с жителями интерната является еще одной ценностью. Между работником учреждения и подопечным иногда формируются теплая привязанность, и определенная санитарка, медсестра, сестра-хозяйка становится тем человеком, появления которого ребенок или взрослый проживающий ждет по утрам. Нередко именно общение с несколькими «любимыми», «перспективными» детьми держит персонал на работе. Порой, с переездом подопечного во взрослый интернат или с переводом его в другой корпус сотрудники увольняются, более не видя в своей работе смысла.

Система взглядов, проповедуемая волонтерами, подразумевает, что игра, движение, общение, обучение имеет смысл для более широкого круга людей с отклонениями, чем это видится персоналу и чем это предусмотрено учреждениями. Персонал стремится сохранить старый порядок, просуществовавший в учреждениях десятилетиями, однако у него есть и понимание того, что новая, опирающаяся на западную идеологию система практик в отношении инвалидов находит поддержку у некоторых представителей того или иного рода «власти». В обычной жизни санитарка делает волонтеру замечание за наличие игрушек в кровати ребенка, указывая на то, что «слабым» детям они не нужны, но во время визита высоких гостей или комиссии, которая, предположительно, проверит и наличие игрушек, они появятся в кроватях – санитарки, идентифицируя себя с учреждением, поддерживают его лицо. «В этом году интернату исполняется 42 года. Я работаю здесь с первого дня», – говорит со-

трудница ПНИ, тем самым связывая собственную идентичность не только с характером своей деятельности, но и с конкретным учреждением, в котором она трудится.

Санитарки и волонтеры – совместная повседневность

«Санитарки тут теперь не нужны!» – с вызовом комментирует санитарка новые условия работы: вторгшись в зону компетенции санитарок, волонтеры тем самым попрали сложившиеся нормы и практики, нарушили «социальный порядок», который необходимо восстановить. Это провоцирует интенсивную необходимость «объяснять» себе и членам своего или чужого сообщества свои действия, тем самым утверждая их рациональность [о «рационализации» как механизме конструирования социального порядка см. классическое эссе: Garfinkel, 1996. P. 1–35].

Согласно правилам благотворительной организации, волонтеры являются «гостями» на территории учреждений и не имеют права «учить» персонал, но также они не являются помощниками санитарки. Не имея возможности опираться на формальную, институционализированную структуру (нет такого правила, которое бы указывало, что волонтер подчиняется санитарке), но стремясь сохранить за собой рабочее пространство и общение с подопечными как сферу собственной власти, санитарка может апеллировать к символическим ресурсам, предоставляемым своей «глобальной» социальной ролью в отношении волонтера. Она указывает волонтеру на свой многолетний опыт и стаж работы, на то, что она лучше него знает детей, тем самым конструируя статус волонтера как «новичка», а себя – как социализирующей инстанции. Или же использует в качестве властного ресурса свой возраст – старшим позволено учить более молодых и указывать им. Санитарки склонны манипулировать термином «волонтер»: «Волонтер – это помощник», а следовательно, должен прежде всего помогать персоналу в его работе и подчиняться ему, а если он пришел сюда «не помогать, а мешать – такие помощники нам не нужны». Стремление учреждений переложить на добровольцев часть обязанностей персонала характерно и для работы волонтеров в западных учреждениях [см.: Orwig, 2011].

В волонтерском сообществе принято подчеркивать уважительное отношение к труду и профессии санитарки, но столь же характерно и активное конструирование «образа врага». Волонтер, согласно требованиям своей организации, должен преодолевать сопротивление санитарок и не должен идти у них на поводу – чтобы поддерживать легитимность практик и правил своего сообщества, его коллективное лицо [о зависимости организаций и легитимности

их рутинных практик от того, как их индивидуальный представитель исполняет повседневные действия, см.: Goffman, 1959]. Но, в-первых, волонтер стремится максимизировать благо, получаемое клиентом, и такая установка вынуждает его выполнять часть обязанностей персонала. Во-вторых, отказавшись помочь пожилой женщине, волонтер тем самым действовал бы вопреки общекультурным нормам и нанес бы ущерб собственному лицу. Напряженные отношения с санитарками и эмоции, переживаемые волонтерами в связи с практиками обращения санитарок с детьми, а также в целом непростые отношения волонтерской организации и администрации ДДИ – одна из наиболее тяжелых для волонтеров, по их собственному признанию, сторон работы, источник психологической подавленности и стресса.

По мнению волонтера Капитолины, напряженные отношения между санитарками и волонтерами отчасти формируются «сверху» – конфликтам способствуют установки благотворительной организации:

Пятеро у нас их, санитарок, они посменно работают <...>. Почти со всеми удалось найти какой-то контакт, общий язык, потому что когда ты стараешься все-таки сотрудничать, когда ты тоже не настроен на то, чтоб «она мне это, а я ей вот это», с ними можно находить общий язык. <...> Получается, что волонтер – он оказывается между двумя такими довлеющими силами – с одной стороны у нас есть наши координаторы и наша организация, которая говорит – нет, не позволяйте им делать то, се и пятое-десятое. С другой стороны, у нас есть санитарки, которых мы можем понять чисто по-человечески, и которые там, да? может быть, хотя свалить какую-то работу на волонтеров (Капитолина, ж., 24 г., волонтер ДДИ. Цит. из интервью от 13.09.2007).

Фактически, волонтер включает помощь санитарке в понимание своего труда, что в какой-то мере расходится с идеалистической позицией организации.

Санитарки и волонтеры в своей работе способствуют одной и той же цели поддержания жизни и благополучия подопечного: выражаясь словами персонала, «делают общее дело». Однако они это дело делают и понимают очень по-разному: отличаются их профессиональные установки. Даже у такой санитарки, которая с энтузиазмом относится к присутствию волонтеров в детском доме, тот факт, что она успевает за полчаса покормить 11 детей, а волонтер – лишь двоих, вызывает недоумение и обиду. В тех институциональных

рамках, в которых она находится, это не предусмотрено и невообразимо. С ее точки зрения, справедливо было бы, если бы она и волонтер кормили сопоставимое число детей.

Волонтеры нередко обсуждают то, что сказала и сделала та или иная санитарка в отношении подопечного, как назвала его, как прокомментировала действия волонтера, жалуются друг другу на ее «жестокость» и халатность. Время от времени, тем не менее, в волонтерском коллективе всплывает этическая установка – «мы не обсуждаем санитарок». Обычно если в начале волонтерского года добровольцы эмоционально, с возмущением отзываются о поступках и словах санитарок, то к концу года, даже продолжая с горечью рассказывать коллегам о практиках санитарок в отношении подопечных, волонтеры стараются, в некоторых пределах, оправдать их действия, найти им объяснения.

Часто между волонтерами и санитарками складываются добрые отношения, они рассказывают друг другу о своей жизни, обмениваются подарками на Новый год, переживают при прощании, когда доброволец уходит, закончив свой волонтерский срок. Санитарки постепенно соглашаются с новым порядком вещей – если не в форме принятия волонтерской идеологии и практик, то, по крайней мере, принимая присутствие волонтеров как должное, привычное, рутинное, когда «непорядком» уже видится их отсутствие.

Мотивы волонтеров, по которым они приходят на эту работу, санитарки объясняют желанием поехать в Германию, карьерными соображениями или простым стремлением зарабатывать деньги. Для санитарки работа волонтера – такая же работа за деньги, как и своя собственная, и при этом зарплата санитарки сопоставима с компенсацией на питание, которую получают волонтеры. Лишь единичные представители персонала объясняют деятельность добровольцев «любовью к детям» и потребностью в заботе о другом.

Развивающая деятельность волонтеров может вызвать неодобрение и протест. С точки зрения санитарок, добровольцы уделяют детям слишком много внимания, в результате чего дети начинают плакать, кричать и издавать разные звуки, требуя общения и тем самым нарушая порядок. Формирование у ребенка коммуникативного намерения – одна из целей волонтера, но такой результат его работы может расцениваться персоналом как «вредительство», ведь в дальнейшем придется общаться с таким ребенком, а игнорировать его попытки коммуницировать окажется сложнее.

Однако многие представители персонала, замечая успехи в развитии детей, признают целесообразность педагогической работы, проводимой волонтерами. Отдельные санитарки посещают дефек-

тологические семинары для волонтеров, интересуются педагогическими методами, практикуют некоторые из них.

Заключение: две системы

Работники социальной сферы, имеющие дело с маргинализированными группами населения, могут выполнять две основные функции по отношению к объекту своей деятельности – контроль и защита их интересов [Шанин, 2004]. Классическим примером выразителя первой функции является фигура тюремного надзирателя М. Фуко [Фуко, 1999] или санитар психиатрической клиники И. Гоффмана [Goffman, 1991]. В основе нынешней российской системы государственной социальной опеки лиц с нарушениями развития лежит медицинская модель инвалидности, рассматривающая психические и физические отличия между людьми в терминах патологии и дефектов [Тарасенко, 2004]. Подобная трактовка способствует изоляции таких граждан от общества – в том числе в специальных учреждениях, где забота о них в основном является сферой ответственности медицинского персонала, и именно такое понимание инвалидности стоит за практиками сотрудников госучреждений в нашем случае.

Однако в последние 15 лет мы стали свидетелями гуманизации практик и правил в отношении подопечных медицинских и социальных учреждений, в том числе инвалидов. Теперь государство – основной, но не единственный субъект социальной политики. Некоммерческие организации, перенимая часть государственной ответственности в сфере социальной поддержки граждан и беря на себя определенные обязательства перед клиентами, выполняют функцию их идеологической поддержки, становятся защитниками их интересов, способствуют их интеграции в общество [Константинова, 2004]. Волонтеры в нашем случае предлагают альтернативную медицинской социальную модель инвалидности, и их практики нацелены на максимальное приобщение клиента к жизни обычного члена общества. Они оказываются проводниками гуманистически ориентированных изменений, которые благотворительная организация, прямо или косвенно, постепенно лоббирует.

Санитарки – представители «старой» социальной профессии, с традиционно низким общественным статусом, волонтеры – представители «новой», положение которой в нашем обществе еще не определено. Важное отличие этих двух организационных культур заключается и в характере отношений внутри сообществ волонтеров и санитарок. Тогда как волонтеров специально отбирают, стремясь

оценить во время собеседования и испытательного срока индивидуальную способность к эмпатии и психологическую устойчивость, санитарки не проходят подобного отбора. Работа с подопечными, имеющими множественные нарушения, тяжела физически и эмоционально, однако госучреждения, в отличие от волонтерской организации, не предусматривают программ психологической помощи персоналу и механизмов борьбы с «выгоранием». Дополнительным фактором стресса для санитарки нередко, несмотря на высокий уровень групповой солидарности, становится ее собственный коллектив и взаимодействие с администрацией, тогда как для волонтера его сообщество – источник поддержки.

Апеллируя к разным символическим ресурсам (санитарки – к стажу и опыту, волонтеры – к знанию психологических методик работы), и те, и другие в конечном итоге едины в том, что главным критерием их профессионализма является степень эмпатии и проявляемой заботы о благе клиента. Другое дело, что понимание блага и точек приложения эмпатии в отношении подопечного в этих двух сообществах отличается, являясь социально сконструированными продуктами различных идеологий.

Работая вместе, волонтеры и санитарки демонстрируют определенные представления об обязанностях и полномочиях членов другого сообщества. Они соглашаются или спорят, иногда не замечают друг друга, поступают наперекор. Ежедневно разграничивая сферы влияния (определяя, к примеру, кто кого из детей кормит), договариваясь о допустимости тех или иных действий и форматов, волонтеры и санитарки тем самым конструируют статус двух сообществ и двух систем отношения к инвалидам. Причем подопечный здесь выступает средством и предметом борьбы за «власть», и от того, какой порядок будет установлен в данной конкретной ситуации, зависит его судьба.

Взаимодействие – это в том числе способ утвердить или переустановить властные отношения между участниками, тем самым определяя свое место в социальной структуре [Goffman, 1982]. Люди, причастные к организации, вписаны в ее формальную иерархию, которая до некоторой степени ограничивает их полномочия и сферы влияния – для врача, медсестры, санитарки больницы или психоневрологического учреждения они будут отличаться. Но на практике, в повседневности работников организации, скрепленных единой символической целью заботы о благе пациента, разделение обязанностей и полномочий происходит в «договорном порядке» (“negotiated order”), то есть при помощи текущих соглашений, которые взамен формальных правил некоторое время служат образцами

поведения и способствуют достижению относительного устойчивого взаимопонимания между сотрудниками [Strauss et al., 1963; Strauss et al., 1997]. В нашем случае на практике медсестра может оказаться компетентнее врача, а санитарка откажется следовать его указаниям, и врач вынужден будет согласиться с таким порядком вещей. Тем не менее институционально его место в общественной структуре уже определено. Он продолжит занимать более высокое положение, чем санитарка или медсестра, и в некоторых контекстах взаимодействия это останется бесспорным.

Однако присутствие в ДДИ и ПНИ волонтеров усложняет эту типичную для формальной организации картину. У санитарок есть свои должностные инструкции, у волонтеров – свои, но волонтеры и санитарки представляют разные организации, они не следуют общему своду правил, не вписаны в единую структуру и формально не состоят в иерархических отношениях. Они могут отказаться выполнить то или иное действие, ссылаясь на реальные или якобы существующие правила, но не имеют формальной возможности обязать друг друга поступить так, а не иначе.

Основу организации составляют не ее нормы и ценности как таковые, но сценарии, рутинные практики, образцы, классификации, перенимаемые ее членами [DiMaggio, Powell, 1991. P. 1–38; Scott, 2008. P. 56–59]. Разница волонтеров и санитарок состоит в том, что у первых этические нормы – «образцы поведения», в том числе в отношении персонала, четко прописаны и жестко диктуются «сверху», у вторых же нет подобного задокументированного кодекса. Нет у них и явного, диктуемого руководством учреждений предписания противодействовать волонтерам – в этом смысле в своих действиях они следуют повседневному и типичным образцам поведения членов своего сообщества. Понимание санитарками того, что их рутинные практики встраиваются в единую профессиональную этическую систему, происходит на фоне отличных от собственных волонтерских практик. Другим источником осознания границ собственного сообщества служит для санитарок характер взаимодействия с «вышестоящими» – врачами, администрацией учреждения. В ситуации такого двойного давления – со стороны «власти» и со стороны конкурирующего сообщества – санитарки пытаются отстоять право своей профессиональной группы как на определенный набор благ, так и на контроль над клиентом, на признание своей важной роли в его жизни.

В описанном контексте рутинные рабочие практики санитарок и волонтеров прочитываются символически. В значительной части случаев повседневные действия волонтера или санитарки в отноше-

нии подопечного одновременно представляют собой намеренное высказывание в адрес конкурирующего сообщества или же интерпретируются как такое высказывание. Рутинные действия становятся средством передать определенное сообщение конкуренту и выстроить властные отношения. Это не означает непременно конфликта на рабочем месте – скорее, ведет к необходимости постоянно договариваться о «правилах» и «разделении труда». Сталкиваясь в едином поле обслуживания тяжелых инвалидов, две группы социальных работников пытаются нащупать и закрепить сферы влияния своего профессионального сообщества. В нашем случае процесс осложняется свойствами самого клиента, которому требуется «тотальная» забота – соответственно, каждая профессиональная группа претендует на обладание «тотальным» знанием о нем.

Список источников

Абрамов Р.Н. Профессиональный комплекс в социальной структуре общества (по работам Т. Парсонса) // Социологические исследования. 2005. № 1. С. 54–67.

Абрамов Р.Н. Социологические интерпретации профессий Р. Дингуэлла: к пониманию англо-саксонской традиции исследования занятий // Профессиональные группы: динамика и трансформация / под ред. В.А. Мансурова. М.: Издательство Института социологии РАН, 2009. С. 37–58.

Бетурлакин В. Организационные ресурсы профессионализации специалистов по социальной работе // Профессии.doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, П.В. Романова. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2007. С. 382–404.

Здравомыслова Е. Няни: Коммерциализация заботы // Новый быт в современной России: гендерные исследования повседневности / под ред. Е.А. Здравомысловой, А. Роткирх, А.А. Темкиной. СПб.: Изд-во ЕУСПб, 2009. С. 94–136.

Клепикова А. Добровольцы благотворительной организации в государственном учреждении для людей с тяжелой инвалидностью: конструкты волонтерства и профессионализма // Журнал исследований социальной политики. 2011. Том 9. № 3. С. 391–416.

Клепикова А., Утехин И. Ребенок с «отклонениями развития»: опыт анализа фреймов // Антропологический форум. 2010. № 12 // http://anthropologie.kunstkamera.ru/07/12online/klepikova_utehin/

Романов П., Ярская-Смирнова Е. Антропологические исследования профессий // Антропология профессий / под ред. Е.Р. Ярской-Смирновой, П.В. Романова. Саратов: Научная книга, 2005. С. 13–49.

Соколов М.М. Рынки труда, стратификация и карьеры в советской социологии // Экономическая социология. 2011. Т. 12. № 4. С. 37–72.

Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросс-культурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1. С. 7–28.

Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. М.: Ad Marginem, 1999. 479 с.

Шанин Т. Социальная работа: идеология профессионализма // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 3. С. 303–329.

Ярская В.Н., Ярская-Смирнова Е.Р. «Не мужское это дело...» Гендерный анализ занятости в социальной сфере // Социологические исследования. 2002. № 8. С.74–82.

Ярская-Смирнова Е.Р. Профессионализация социальной работы в России // Социологические исследования. 2001. № 5. С. 86–95.

Abbott A. The Sociology of Work and Occupation // Annual Review of Sociology. 1993. Vol. 19. P. 187–209

Abbott A. The System of Professions. An Essay on the Division of Labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1992. 435 p.

Davies C. Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited // Acta Sociologica. 1995. 38. P. 17–31.

DiMaggio P.J., Powell Walter, W. Introduction // The New Institutionalism in Organizational Analysis / ed. by P.J. DiMaggio, W. Powell. Chicago: University of Chicago Press, 1991. P. 1–38.

England P. Emerging Theories of Carework // Annual Review of Sociology. 2005. 31. P. 381–399.

Fox J. “Notice How You Feel”: An Alternative to Detached Concern Among Hospice Volunteers // Qualitative Health Research. 2006. Vol. 16. № 7. P. 944–961.

Garfinkel H. What is Ethnomethodology? // Garfinkel H. Studies in Ethnomethodology. L.A.: Polity Press, 1996. P. 1–34.

Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. L.: Penguin Books, 1991. 336 p.

Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books, 1990. 174 p.

Goffman E. The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address // American Sociological Review. 1982. Vol. 48. № 1. P. 1–17.

Goffman E. The Presentation of Self in Everyday Life. NY: Doubleday Anchor Books, 1959. 259 p.

Hochschild A.R. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. Berkeley: University of California Press, 1983. 307 p.

Orwig M.L. Organization The New Kind of Hospital Volunteer: Ethics Within a Not-For-Profit // Business Communication Quarterly. 2011. Vol. 74, № 3. P. 313–329.

Pahor M. Do Nurses in Slovenia Have the Opportunity to Care? Barriers to Nursing Care Becoming a Cognitive, Reflective and Moral Practice // Labyrinths

of Care. The Relevance of the Ethics of Care Perspective for Social Policy / ed. by S. Sevenhuijsen, A. Svab. Ljubljana: Peace Institute, 2003. P. 79–91.

Payne M. Identity Politics in Multiprofessional Teams Palliative Care Social Work // *Journal of Social Work*. 2006. 6 (2). P. 137–150.

Poole M., Isaacs D. Caring: A Gendered Concept // *Women's Studies International Forum*. 1997. Vol. 20, № 4. P. 529–536.

Scott W.R. Institutions and Organizations: Ideas and Interests. LA: SAGE, 2008. 266 p.

Strauss A., Schazman L., Ehrlich D., Bucher R., Sabshin M. The hospital and its negotiated order // *The hospital in modern society* / ed. by E. Friedson. N. Y.: Macmillan, 1963. P. 73–130.

Strauss A.L., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. Social Organization of Medical Work. New Brunswick: Transaction Publishers, 1997. 310 p.

Tummers G.E.R., Merode, van G.G., Landeweerd J.A. Organizational Characteristics as Predictors of Nurses' Psychological Work Reactions // *Organization Studies*. 2006. Vol. 27. № 4. P. 559–584.