© 2025 г.

Н.С. БАЙША

«ГЕРОИ НЕ ТОЛЬКО ТЕ, КТО РАБОТАЛ НА ПЕРЕДОВОЙ»: КАК МЕДСЕСТРЫ ИЗ «ЧИСТОЙ» ЗОНЫ УПРАВЛЯЛИ ЧУВСТВОМ НЕРАВЕНСТВА ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ

БАЙША Наталья Сергеевна – аспирант, стажер-исследователь НИУ «Высшая школа экономики», Москва, Россия (nsbaysha@hse.ru).

Аннотация. *Зарубежные исследования показывают, что труд медицинских сестер, осуществляемый и в «красной» (на передовой линии борьбы с COVID-19), и в «чистой» (не на передовой) зонах в пандемический период, тесно увязан с усталостью, эмоциональным истощением, высокой нагрузкой из-за нехватки кадров и неравномерным распределением поддержки на рабочих местах. В России труд медицинский сестер с опытом работы в нековидных отделениях больниц во время пандемии находится на периферии академических дискуссий. При этом незамеченная отечественными исследователями группа медсестринского персонала из «чистой» зоны работала в условиях риска заражения COVID-19, выражала готовность прикладывать усилия для оказания помощи пациентам вопреки чувству неравенства из-за слабой организационной, материальной и общественной поддержки, активно оказываемой их коллегам из «красной» зоны. В статье поднимается вопрос о том, как медицинскими сестрами из «чистой» зоны преодолевается чувство неравенства и каковы причины его появления. На основе 28 полуструктурированных глубинных интервью с волгоградскими медицинскими сестрами выделяются основания для (не)выражения чувства неравенства, сопровождающегося эмоциональным истощением во время работы в «чистой» зоне. Основной эмпирический вывод заключается в том, что ответственность и сочувствие по отношению к пациентам оказываются сильнее чувства неравенства. Через эмоциональную вовлеченность в заботу о пациентах и трудовом коллективе медицинские сестры подавляют внутреннее сопротивление несправедливым условиям труда. Такая практика управления чувством неравенства сохраняется и после пандемии.*

Ключевые слова: *медицинские сестры • пандемия COVID-19 • «чистая» зона • чувство неравенства • управление эмоциями*

DOI: 10.31857/S0132162525100107

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ). Автор благодарен за поддержку научному руководителю, доц. кафедры общей социологии НИУ ВШЭ О.А. Симоновой, Ассоциации медицинских сестер России, в частности, Волгоградскому отделению Ассоциации, а также медицинским сестрам г. Волгоград за участие в интервью. Отдельная благодарность выражается рецензентам настоящей рукописи и редакции журнала «Социологические исследования».

Введение. У наиболее многочисленной квалифицированной[1] и при этом невысокооплачиваемой[2] группы медработников в России – медицинских сестер (далее – МС) с момента объявления пандемии COVID-19 появился доступ к получению дополнительной материальной[3] и общественной[4] поддержки при оказании помощи пациентам с COVID-19 в «красной» зоне. При этом работа МС в «чистой» зоне, под которой мы будем понимать то же, что и наши информанты, – пространство заботы о пациентах без COVID-19 во время пандемии, дополнительно материально не поощрялась, несмотря на наличие рисков заражения коронавирусом[5]. Понимание того, как был устроен эмоциональный труд МС на передовой линии борьбы с COVID-19 [Байша, 2025], как преодолевались страх, тревога, эмоциональное истощение, подталкивает нас к рассмотрению опыта работы МС из «чистой» зоны. Следуя логике описания эмоционального труда МС на передовой [Байша, 2025], мы проанализируем представления и переживания МС, оставшихся в нековидных отделениях, по поводу соотношения нагрузки и условий труда в «чистой» и «красной» зонах.

В центре актуальных дискуссий об эмоциональном труде МС [Байша, 2024a; Байша, 2024b] находится пандемический контекст, временно усложнивший практики заботы о пациентах как в «красной» [González-Pando et al., 2022; Chen et al., 2021], так и в «чистой» [Cui et al., 2020; Ulbrichtova et al., 2022] зонах, и способствовавший развитию выгорания и эмоционального истощения на рабочем месте. Об уязвимости эмоционального состояния МС исследователи писали задолго до пандемии, обращаясь к вопросам профессионального становления МС [Темкина, 2017], практикам осуществления заботы о пациентах и навыкам управления эмоциями [Симонова, Ядрова, 2013]. Проблематизируя эмоциональный опыт МС во время COVID-19, российские [Кузьмин и др., 2021] и зарубежные [Kirk et al., 2023] авторы обращались преимущественно к опыту МС из «красной» зоны, описывая проявленный ими альтруистический интерес к работе, смелость и героизм [Таскаева, 2021]. Исследователи осмысляли практики сдерживания страха и тревоги, подавления чувства усталости во время заботы о пациентах с COVID-19 [Gautam et al., 2020]. На этом фоне интерес к эмоциональному труду МС, оставшихся оказывать помощь в обычных, нековидных отделениях больниц, был проявлен заметно слабее. Авторами таких исследований подчеркивается усталость МС, эмоциональное истощение из-за большого объема работы [Ulbrichtova et al., 2022], тревожность и страх заражения COVID-19 [Horn et al., 2021]. В России очевиден дефицит эмпирический свидетельств по этой теме, в поле зрения немногих авторов [Нор-Аревян, 2021] попадает группа МС из «чистой» зоны, рассматриваемая в контексте консолидации медицинского сообщества.

Нашу статью мы хотели бы посвятить нераскрытым в актуальных российских исследованиях [Байша, 2024b] вопросам: по каким причинам МС не уходили работать в «красную»

---

[1] Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N541н (ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N18247). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_104261/52344b1c75fef4aeeaa6202d3f16f71b64194c79/ (дата обращения: 08.10.2024).

[2] Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь – март 2024 года. Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor_01–2024.html (дата обращения: 30.07.2024).

[3] Доплата медработникам (2020). Правительство России. URL: http://government.ru/support_measures/measure/29/ (дата обращения: 02.07.2024).

[4] «Пандемия затянулась, теперь никто себя героем не считает». Проект коронаФОМ. URL: https://covid19.fom.ru/post/pandemiya-zatyanulas-teper-nikto-sebya-geroem-ne-schitaet (дата обращения: 08.10.2024).

[5] Валентин Кирющенков: «Государство не сможет приказать вирусу остановиться». Проект коронаФОМ. URL: https://covid19.fom.ru/post/valentin-kiryushenkov-gosudarstvo-ne-smozhet-prikazat-virusu-ostanovitsya (дата обращения: 30.11.2024).

зону, в чем поддерживался их труд в «чистой» зоне и при каких обстоятельствах появлялось и контролировалось чувство неравенства во время и после пандемии. Ответы на эти вопросы помогут выяснить, как проявляется в нарративах МС тема эмоций и управления ими и какими смыслами наполняется опыт переживания неравного доступа к получению организационной и общественной поддержки среди МС из разных зонируемых пространств во время COVID-19. Мы предполагаем, что МС свойственно вспоминать работу в нековидных отделениях с чувством сожаления и неравенства. Выражение этих чувств может быть ограничено не только правилами выражения эмоций на рабочем месте, но и отсутствием альтернатив – других медучреждений, которые могут предложить более достойные условия труда.

Теоретическая основа исследования. Тема альтруистической наполненности, гарантированного универсалистского подхода в профессиональной деятельности, исключающей утилитаристские и индивидуалистические начала, поднималась многими авторами на разных этапах развития функционалистских (Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, Т. Парсонс), неомарксистских (Дж. Мак-Кинли, Дж. Арчес, М. Ларсон), неовеберианских (Дж. Олсоп, М. Сакс) и интеракционистских (Э. Хьюз, Э. Эббот, Э. Фрейдсон) подходов к изучению профессий. Поддерживаемая функционалистами идея альтруистически выстроенной деятельности была переосмыслена сторонниками критического подхода. С этой позиции альтруизм выступал основой профессиональной идеологии, сохраняющей профессионалам доступ к социальным привилегиям [Мансуров, Юрченко, 2010]. Вместе с неовеберианским направлением интеракционизм продолжал фокусироваться на бескорыстном служении, сложно регламентируемом на повседневном уровне и сопряженном с чувственно-эмоциональным опытом. Развивая деидеализацию профессиональной деятельности, И. Гофман и вслед за ним А.Р. Хохшильд осуществили «эмоциональный поворот» в исследованиях профессий, концентрируясь на техниках управления чувствами, производящими нужные впечатления у аудитории непрофессионалов.

В предложенной А.Р. Хохшильд концепции эмоционального труда внимание сосредотачивалось на эмоциональных затратах его исполнителей, на стратегиях и техниках выражения эмоций, соответствующих социальному положению профессионалов [Хохшильд, 2019]. Одной из стратегий выступает глубокое исполнение, которое осуществляется при помощи телесной, экспрессивной и когнитивной техник, позволяющих модифицировать не только внешнее проявление эмоций, но и их внутреннее переживание через сознательное изменение отношения к ситуации, которая может их вызывать [Симонова, 2012]. К числу таких реакций относится чувство неравенства, концептуализация которого предложена В. Боттеро. При описании этого чувства В. Боттеро исходит из анализа структурно и контекстуально обусловленных оснований для его появления и сопротивления тому, что его вызывает. Сосредоточение на повседневности, формирующей чувственно-эмоциональный опыт, обуславливает развитие В. Боттеро методологического локализма, напоминающего теорию относительной депривации, рассматриваемой С. Стауффером, Р. Мертоном, У. Рансименом и др. Схожее в этих подходах раскрывается в идее локально обусловленных границ неравенства и обоснований реакций на него через призму личного участия в неравных социальных отношениях.

Относительная депривация как чувство возникает в результате регулярного сравнения себя с представителями референтной группы [Runciman, 1966: 11] и имеет эгоистическую (индивидуальную) и фратерналистскую (групповую) формы проявления [Runciman, 1966: 34]. Эмпирические сюжеты, связанные с выражением чувства относительной депривации, сосредотачиваются на видимых коллективных действиях (например, протестных акциях), социальных установках (например, стереотипах) или индивидуальном переживании этого чувства, приводящего к неблагоприятным последствиям для физического и эмоционального состояния отдельных индивидов [Smith et al., 2011]. В исследовании В. Боттеро, напротив, проблематизируется коллективное смирение подчиненных групп, их осознанное

приспособление к неравенству ввиду сдерживающих повседневных обязательств и скрытые формы проявления несогласия с занимаемым положением [Bottero, 2020].

Вследствие заданного фокуса на управление неудобными эмоциями на рабочем месте мы остановимся на методологическом локализме, объясняющем не столько формы выражения, сколько причины подавления чувства неравенства. Это чувство появляется в результате повседневных иерархически выстроенных отношений «через <…> восприятие, ценности, убеждения, проявление несправедливости и унижения, борьбу посредством протеста, сопротивления, а также через более молчаливые и эффективные способы, посредством которых люди познают и чувствуют мир» [Полухина, 2020: 84]. Исследование этого чувства выстраивается посредством анализа обоснований локальных ограничений, сдерживающих несогласие с неравноправными отношениями и неравным распределением ресурсов [Bottero, 2012; Bottero, 2020]. Несогласие может быть выражено не только через эмоционально окрашенное недовольство или протестные практики, описываемые при рассмотрении чувства относительной депривации [Smith et al., 2011], но и через безразличие, циничность, отсутствие инициативы [Bottero, 2020]. Эмоционально насыщенные смыслы, заключенные в практики выражения подлинного или мнимого согласия с существующим положением дел, подсвечивают границы дозволенного – помогают распознать контекстуальные причины, по которым чувство неравенства может появляться и принимать более явные формы выражения. Управление этим чувством может происходить на разных уровнях, в том числе коллективном, основанном на социальных ограничениях, призванных удерживать проявление несогласия и сопротивления [Bottero, 2020]. Понимание этих ограничений помогает раскрыть причины появления у индивидов сомнения в принципах распределения ресурсов на локальном уровне, инакомыслия и выражения эмоций, не соответствующих правилам выражения чувств.

Вслед за А.Р. Хохшильд [Хохшильд, 2019] В. Боттеро развивает идею о том, как выстраивается управление чувствами, сосредотачиваясь на причинах, последствиях и неявных формах выражения непокорности условиям, являющимся для индивидов несправедливыми [Bottero, 2020]. Управление чувством неравенства обусловлено объективными, порой неконтролируемыми обстоятельствами и отсутствием альтернатив. Выражение смирения с порядком неравномерного распределения ресурсов, фигурирующим в представлениях индивидов в качестве «данности», объективного условия, которому сложно противостоять, вовсе не свидетельствует об отсутствии у них критической позиции и неосведомленности в несправедливом отношении к результатам их деятельности [Ваньке, 2020]. Напротив, чувство смирения и согласия могут выступать результатом намеренной модификации чувства неравенства для сохранения статусных позиций и соответствия социальным ожиданиям. Такая модификация представляется возможной через применение техник управления эмоциями (техник глубокого и поверхностного исполнения), анализ содержания которых подробно представлен в зарубежных [Харрис, 2020] и российских [Симонова, 2012] исследованиях.

Поскольку чувство неравенства появляется по причине сравнения индивида с другими, занимающими схожее социальное положение, мы обращаемся к восприятию и опыту реагирования МС на неравномерное распределение рабочей нагрузки и поддержки в «чистой» и «красной» зонах в период COVID-19. Дополнительно мы рассмотрим постпандемические условия труда, которые консолидируют формы переживания и выражения чувства неравенства. Опыт исследования профессионального альтруизма [Мансуров, Юрченко, 2010] помогает нам выйти на уровень сопоставления прагматических и альтруистических начал, закладывающих основу практик заботы МС: мы рассмотрим, при каких обстоятельствах МС сдерживают чувство неравенства через следование этическим нормам.

Значительный корпус исследований МС посвящен эмоциональному труду, практикам преодоления внутренних чувств в целях поддержания качества оказываемой медицинской помощи [Kirk et al., 2023; Zhang et al., 2024]. Обращение к методологическому локализму В. Боттеро помогает нам развить дискуссию об управлении неудобными эмоциями

и в поиске объяснений игнорирования причин, по которым они возникают и усиливаются. В связи с тем, что представления о неравенстве формируются из опыта практической повседневной деятельности [Irwin, 2018], мы предполагаем, что маркирование условий труда в категориях их приемлемости во время и после пандемии со стороны МС из «чистой» зоны будет отличаться от тех, что были выявлены в ходе изучения МС из «красной» зоны [Байша, 2025]. В то время как реагирование на неравномерное распределение нагрузки и материальных ресурсов может принимать одинаковые формы – сожаления и чувства неравенства, которое маскируется по причине отсутствия альтернативных мест работы, в которых практики заботы и ухода за пациентами могли бы поощряться иначе и в соответствии с предпочтениями МС.

Методология исследования. Было собрано 28 полуструктурированных глубинных интервью с МС женского пола, имеющими опыт работы в «чистой» зоне» во время пандемии и занятыми по ее окончании в волгоградских государственных больницах, в том числе специализированных, перинатальных центрах, родильных домах и диспансерах (N = 28, из которых 26 были задействованы в «чистой» зоне, и 2 – совмещающие работу в «красной» и «чистой» зонах). Ядром выборки стали МС из разных локаций больниц: из отделения реанимации (N = 8), неврологического (N = 4), гинекологического (N = 3), наркологического (N = 3), кардиологического (N = 3), родового (N = 2), офтальмологического (N = 2), приемного (N = 1), пульмонологического (N = 1) отделений, а также отделения радиотерапии (N = 2) и травматологии (N = 1). Примечательно, что работу в перечисленных отделениях некоторым информантам удавалось совмещать. Интервью проводились в феврале – мае 2024 г. в дистанционном формате (в Whatsapp и с помощью мобильной связи). Их средняя продолжительность составляла 90–100 минут.

В выборке присутствуют МС только из медучреждений Волгограда, города с высокой численностью населения (1 018 898 человек на 1 января 2024 г.)[6] и сложной эпидемиологической ситуацией во время COVID-19 (на 19 ноября 2024 г. зарегистрировано 288 472 случая заболеваний)[7]. Выбор города был обусловлен уровнем оплаты труда по Волгоградской области среднего медперсонала в 2024 г. (41 902 руб.) в сравнении со средней заработной платой врачей и работников с высшим образованием (83 689 руб.), и младшего медперсонала (39 903 руб.)[8], а также доступностью входа в исследовательское поле у автора статьи и Ассоциации медицинских сестер России, участвующих в рекрутинге информантов. Основанием для выбора дистанционных встреч с ними являлись ограничения у автора доступа к очному посещению нескольких медицинских учреждений, а также плотная занятость МС, выбравших онлайн-формат на этапе ознакомления с информированным согласием, предлагающим как очное, так и дистанционное участие в исследовании.

Организация отбора информантов проводилась через информационные ресурсы Волгоградского отделения Ассоциации медицинских сестер России и методом снежного кома. Тематические блоки задавали структуру гайда, вопросы в которых периодически уточнялись в ходе онлайн-встреч с информантами. Основные блоки гайда были посвящены причинам сохранения рабочего места в «чистой» зоне, эмоциональному опыту и формам выражения чувства неравенства, испытываемого на рабочем месте во время и после пандемии. В интервью были использованы проективные методики, помогающие

---

[6] Население. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Волгоградской области. URL: https://34.rosstat.gov.ru/population (дата обращения: 30.07.2024).

[7] Оперативный штаб по реализации мер по предупреждению возникновения и распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в Волгоградской области. URL: https://www.volgograd.ru/operativnyj-shtab/ (дата обращения: 30.11.2024).

[8] Федеральная служба государственной статистики. Рынок труда, занятость и заработная плата. Итоги федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки за январь – июнь 2024 года. URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/itog-monitor_02–2024.html (дата обращения: 30.07.2024).

поддерживать рефлексивность информантов и снизить сензитивность обсуждаемых тем. К числу таких методик относятся неоконченные предложения, в содержании которых раскрываются реальные или гипотетические ситуации, на которые информанту предлагается ответить через призму накопленного опыта. По завершении интервью МС было предложено в устной форме ответить на 10 вопросов из опросника «Emotion Regulation Questionnaire» Дж. Гросса, посвященных регулированию эмоций [Корниенко, Панкратова, 2017]. Этот опросник помог нам сфокусировать внимание информантов на чувственно-эмоциональном опыте выполнения практик заботы, который периодически оставался на периферии их описаний. При кодировании интервью мы обнаружили, что на завершающем этапе – при прохождении опросника информантам удавалось легче подбирать словесные формулировки для объяснения причин, по которым та или иная эмоция, по их мнению, неуместна в заданных обстоятельствах.

Полученные интервью с разрешения информантов были записаны, транскрибированы и закодированы в программе «MAXQDA». Кодирование осуществлялось в два этапа – сначала посредством открытого кодирования мы выделяли смысловые коды, далее мы формировали на их основании темы, которые были аналитически интерпретированы и сопоставлены между собой [Braun et al., 2012].

Также на входе в поле главными критериями отбора стали наличие опыта работы в «чистой» зоне и продолжение медсестринской деятельности по ее окончании в государственных бюджетных медучреждениях Волгограда (стационарах и больницах). Параметры отбора, связанные со стажем работы, занимаемыми должностями МС и специализацией отделений не выделялись и не контролировались по причине ограниченного доступа к полю, но фиксировались для дальнейшего уточнения выводов.

Причины появления и формы выражения чувства неравенства МС с опытом работы в «чистой» зоне. *1. «Есть причины, чтобы остаться»: чувства ответственности, сожаления, страха у МС, заботящихся о пациентах в «чистой» зоне*. Вопрос, каким образом складывалась деятельность МС в «чистой» зоне, – один из нераскрытых в области исследований труда МС, в том числе эмоционального, в пандемическом и постпандемическом контекстах. МС, оставшиеся работать в нековидных отделениях, как и многие медицинские работники с начала пандемии имели ограниченное представление о работе на передовой борьбы с коронавирусом.

Принятие решения остаться в «чистой» и, как казалось на первый взгляд, безопасной зоне было сопряжено со страхом заражения COVID-19 в эпицентре его распространения – «красной» зоне:

> *«Было предложение в инфекционную больницу уйти. Ну, не ушла именно, ну да, наверное, из-за риска. Ну, наверное, страх самой пандемии, что, да, заболею. Да, заражу своих родственников. Даже были предложены деньги, но как-то я не рискнула. Хотя, наверное, жалею об этом»* (МС из неврологического отделения, стаж работы – 8 лет).

Еще одним основанием для работы в «чистой» зоне являлся риск потери рабочего места в случае перехода в ковидное отделение и отсутствия гарантий в регулярном получении заработной платы в связи с непродолжительным и непредсказуемым функционированием «красной» зоны, а также невозможности после нее вернуться на предыдущее место работы:

> *«Ковид все-таки рано или поздно закончится, да, и как бы не хотели оставаться после него в тех организациях, куда звали работать. Думали, что уйдем, условно говоря, с хорошего места, а потом не вернулись бы из-за отсутствия ставок»* (МС из отделения реанимации и интенсивной терапии, стаж работы – 26 лет).

> *В некоторых интервью МС связывали свое решение остаться в «чистой» зоне с неравнодушием к здоровью пациентов без COVID-19. Вовлечение в помощь пациентам из «чистой» зоны было вызвано чувством ответственности за их лечение – МС отмечали, что участие в заботе о пациентах с привычными диагнозами имеет существенно большее значение для них: «Если бы все ушли в красную зону, кто бы работал в чистой зоне? В чистой зоне тоже надо кому-то оставаться работать? Люди (прим. автора – пациенты без COVID-19) остались*

без помощи. Им же все равно надо было как-то лечиться где-то. Поэтому мыслей не было про красную зону» (МС из гинекологического отделения, стаж работы – 25 лет).

Однако в этом случае действия МС исходили не только из этических соображений. Ощущение ответственности не только за пациентов, но и за коллектив складывалось в результате намеренного подавления сожаления из-за несостоявшегося перехода в «красную» зону, которая с течением времени утратила способность вызывать у МС страх и беспокойство:

«Сначала же было страшно, что все мы заболеем и умрем (прим. автора – в случае перехода в «красную» зону). <…> Потом, когда мы поняли, что в принципе страшного ничего нет, но уйти в «красную» зону, бросить свою больницу… Было такое желание, конечно, но не сильное. Не сильное, потому что я же понимаю, что бросаю своих товарищей, коллег… <…> Потом мы (прим. автора – с коллегами) сожалели о том, что нашу больницу не закрыли под ковид, ведь она самая большая в городе» (МС из приемного отделения, стаж работы – 19 лет).

Чувство сожаления было выделено в материалах интервью при описании МС сходств и различий в условиях труда в «красной» и «чистой» зонах. Центральными критериями такого сравнения являлись нагрузка и ее несоответствие оплате труда, а также степень риска заражения COVID-19. К последнему критерию информанты обращались реже лишь в том случае, если в «чистой» зоне им приходилось взаимодействовать с пациентами, у которых был выявлен COVID-19 с течением времени:

«Некоторые (прим. автора – МС) сожалели, что мы вовремя не ушли отсюда. То, что мы оказались в «чистой» зоне при том же ковиде, а другие, как бы, в грязной зоне (прим. автора – грязной зоной периодически обозначалась в интервью «красная» зона) при ковиде. Только мы, в принципе, работали с теми же самыми пациентами, даже пересекались схемы лечения, как и в ковидной зоне, только мы за это ничего не получали, выполняли ту же самую работу, пускай не в том же, допустим, объеме» (МС из неврологического отделения, стаж работы – 8 лет).

Несмотря на обещанные выплаты МС, столкнувшимся в «чистой» зоне с носителями коронавирусной инфекции, подготовка и оформление подтверждающих документов для получения доплаты занимали немало усилий и терпения, а также настойчивости самих МС, не надеющихся на помощь управления персонала или профсоюзного движения. Нарастающее сожаление в таких обстоятельствах ограничивало эмоциональную вовлеченность МС в заботу о пациентах. Для того чтобы с этим справиться, МС использовали технику глубокого исполнения эмоций, которая предполагает переоценку сложившихся условий, вызывающих несоответствующие исполняемой роли эмоции. В цитате ниже проиллюстрировано, как актуализируется ожидаемое от информантов сочувствие по отношению к пациентам при осложнении эмоциональной вовлеченности:

«Когда у кого-то (прим. автора – в медсестринском коллективе) появляется отстраненность, понимаешь, что надо либо ему выходные брать, либо наоборот как-то его встряхнуть. И, конечно, я начинаю опять напоминать, что вы подумайте о том, насколько ей здесь (прим. автора – пациентке без COVID-19 в больнице) страшно, ей одиноко. Она никого здесь не знает, никого. Она смотрит на всех, она вас видит всех первый раз. Кому из нас можно доверять? Конечно, эта паника… Скажи ей ласковое слово, <…> скажи: «Да, моя хорошая, как я могу к тебе обращаться? Тебе страшно, чего конкретно ты боишься? Хочешь, расскажу, что будет, чтобы не бояться?» (МС из родового отделения, стаж работы – 17 лет).

В результате эмоциональный опыт МС был наполнен не только сожалением о не случившимся переходе в ковидные отделения, но и сочувствием к пациентам и ответственностью за них и свой коллектив. Отсутствие гарантий повторно трудоустроиться в отделения, которые МС пришлось бы покинуть для перевода в ковидные стационары, вызывало у них чувство страха и ограничивало их попытки перейти в «красную» зону. В итоге ощущение ответственности за пациентов выступило утешением для самих информантов и позволило им отстраниться от переживаний неравного распределения поощрений за работу МС в «чистой» и «красной» зонах.

2. Практики управления эмоциями МС в «чистой» зоне в условиях несправедливого порядка поощрения труда. Артикуляция опыта переживаний пациентов помогает МС управлять своими эмоциями, заменяя неудобные и не соответствующие их должностной позиции на ожидаемые от них. Это происходит через технику когнитивного глубокого исполнения [Симонова, 2012] – через проявление сочувствия пациентам, находящимся в уязвимом положении, МС убеждают себя в том, что их участие в выздоровлении пациентов из «чистой» зоны имеет большее значение, чем если бы они приняли решение перейти в «красную».

Манипулируя своим эмоциональным состоянием, МС преследуют цель – выражать лояльность условиям труда, минуя несогласие с уровнем оплаты и наличием переработок. Подавление сопротивления сложившемуся порядку поощрения труда связано с отсутствием альтернатив. Региональные больницы (в которых нет ковидных отделений) отличаются друг от друга, если не уровнем оплаты труда МС, то инфраструктурными возможностями, местоположением, направлениями медицинской помощи (хирургической/кардиологической/наркологической/терапевтической и др.), по-разному определяющими работу с пациентами. На основании этих различий МС обосновывают свои переживания по поводу сохранения привычного места работы, подчеркивая внутреннюю иерархию отделений медучреждений, в которых деятельность МС складывается благоприятнее, чем в других. Мысль о том, что подходящее место работы найти будет сложнее, чем смириться с неравномерным распределением среди МС вознаграждения за работу во время пандемии, становится центральной в формировании чувств и замене неудобного чувства неравенства на смирение и согласие с доминирующим порядком распределения нагрузки и вознаграждения: *«Ну, может быть, мы чувствовали несправедливость, что мы работаем в 4 раза больше, а денег мы не получаем… Иногда от большой усталости ты хочешь утром уволиться, и начинаешь перебирать всякие… негативные эмоции, какие у тебя всплывают в голове. Говоришь себе – мне кажется, что это несправедливо, но на самом деле потом, когда ты понимаешь, что все мы (прим. автора – МС из «чистой» зоны) находимся в равных условиях…, все проходит…»* (МС из отделения реанимации и интенсивной терапии, стаж работы – 12 лет).

Таким образом, способность к рефлексии и критике условий труда у МС сохраняется, несмотря на загруженность и вызванную этим усталость. Вслед за сравнением оплаты и объема труда МС из «красной» и «чистой» зон в рассуждениях информантов заметно сопоставление интенсивности эмоций, которые испытываются ими и пациентами. *«Мне страшно, а им каково?»* (МС из гинекологического отделения, стаж работы – 30 лет). Приведенная цитата подчеркивает нормализацию вовлеченности МС в заботу не только о физическом, но и об эмоциональном состоянии пациентов. В результате таких сравнений у МС формируются чувства разного порядка – чувство неравенства и сопереживание, регуляция которых усложняется нормами выражения чувств на рабочем месте. Так, например, сопереживание и сочувствие пациентам выразить легче в связи с соответствием этих эмоций этическим правилам и ожиданиям окружающих. В то время как отсутствие контроля за выражением чувства неравенства и сомнения в порядке распределения вознаграждений за работу в разных зонах может привести к недопониманию и конфликтам внутри и вне трудового коллектива.

3. Опыт управления МС чувством неравенства во время пандемии. Чувство неравенства МС из «чистой» зоны усиливалось не только ввиду слабой финансовой поддержки и неучастия в этом вопросе отделов кадров и профсоюзных движений больниц. Транслируемый героизм МС, задействованных на передовой, вызывал обиду у тех, кто оставался в тылу и *«тащил на себе все остальное население»* (МС из отделения радиотерапии, стаж работы – 3 г.). Благодаря временной рутинизации и нормализации героизированного дискурса, по мнению одной группы информантов, ощущалась значимость медсестринской профессии, принципы и самоотдача ее представителей вне зависимости от задействования в «красной» зоне. Для другой же части информантов свойственно интерпретировать

символическое признание заслуг тех, кто работал на передовой, в категориях материальных выгод и утилитаристских мотивов. Выстраивание рассуждений в этой логике вызывало чувство неравенства у информантов ввиду несправедливого отношения к МС, добросовестно выполняющим свой долг в менее привлекательных условиях – в «чистой» зоне. Информантам, критически настроенным в отношении героизированного образа МС на передовой, свойственны рассуждения в логике описания мотивации работы МС в обеих зонах:

> *«Да, ты не в «красной» зоне, но ты в масках все равно ходишь, ты без очков и без костюма, но у тебя нет ни секунды, чтобы позвонить родным. Там (прим. автора – в «красной» зоне) ты зашел, 6 часов отработал, вышел, 6 часов отдыхаешь. Здесь у тебя нет этих 6 часов. Ты сутки просто умираешь, потому что понимаешь, что больше некому работать! Не только те герои, кто работал в «красной» зоне!»* (МС из родового отделения, стаж работы – 17 лет).

По их мнению, работа на передовой обусловлена исключительно материальными соображениями, а не чувством долга, к которым апеллируют в медийном пространстве и который в большей степени характерен для тех, кто за меньшую оплату труда выполняет схожий объем работы в «чистой» зоне: *«Здесь (прим. автора – в «красной» зоне) идеи не было, здесь шли за деньги. И хотели, чтобы это подольше бы все это не кончалось. Какая может быть гордость, когда нет идеи, а только за деньги?»* (МС из кардиологического отделения, стаж работы – 32 г.).

Проявление во время пандемии обиды и несогласия с признанием лишь тех, кто работал в ковидных отделениях, происходило на уровне трудовых коллективов или в разговоре МС с близкими за пределами рабочего пространства. При этом недобросовестное осуществление ухода за пациентами без COVID-19 оценивается МС как недопустимое вне зависимости от усталости и несогласия с условиями труда. В интервью декларировалась возможность игнорирования МС просьб пациентов лишь в случае дефицита времени для оказания поддержки и проявления неравнодушного отношения к испытываемой им боли.

Примечательно, что информанты наделяли ответственностью за интенсивность и продолжительность испытываемого чувства неравенства только менеджерский состав регионального здравоохранения, в частности больниц. МС из «красной» зоны, даже воспринимаемые как преследующие личные интересы в получении большего размера вознаграждения за свой труд и случайно попавшие в объектив и поле зрения общественности, находят понимание у МС из «чистой» зоны. Разделяемая информантами установка на выживание в условиях ограниченной финансовой поддержки вне зависимости от пандемического контекста помогает им дистанцироваться от проявления чувства неравенства во взаимодействии с коллегами из «красной» зоны.

Рефлексия и осознание высоких рисков заражения и смертности из-за COVID-19 на передовой прослеживалось во всех интервью и отчасти этим были оправданы управленческие решения, касающиеся финансовой и общественной поддержки МС, ухаживающих за пациентами с коронавирусом: *«В ковидном отделении все пациенты тяжелые, все тоже с подтвержденным ковидом, за всеми нужен более пристальный осмотр, уход. А у нас все-таки не так»* (МС из отделения радиотерапии, стаж работы – 3 г.). Однако отведенное для МС из «чистой» зоны место на периферии внимания руководителей и общественности служило не менее значимым основанием для ощущения неравенства.

Противоречивость испытываемых МС чувств помогает им сдерживать несогласие с оплатой труда и непризнанием вложенных ими усилий в период пандемии. При упрощенном субъективном осмыслении и переживании локального неравенства выражение обиды и критика управленческих решений могли бы принимать более явные и осязаемые формы. В рассуждениях информантов мы видим обратное: эмоциональный опыт сложен, он складывается не только из чувств неравенства и сожаления, но также из ответственности и сочувствия к коллегам и пациентам, находящимся в схожем уязвимом положении. Эмоциональная вовлеченность в отношениях с ними создает ограничение в выражении несогласия с условиями труда во время пандемии.

4. Обоснование практик управления МС чувством неравенства после пандемии. Обращаясь к постпандемическому опыту, мы обнаруживаем, что чувство неравенства может быть выражено в наглядной форме (в форме открытого диалога и отстаивания своей позиции) в случае, если руководство отделения придерживается непрозрачной процедуры распределения среди медсестринского состава рабочих смен в праздничные дни и положенных за них выплат. При этом их размер не подлежит критике в связи с пониманием и смирением МС с тем, что ощутимой финансовой поддержки медработников в ближайшей перспективе не ожидается:

> *«Переживаю, как бы она (прим. автора – заработная плата) не уменьшилась, после каждой прибавки. <…> Просто что-то прибавляют, что-то убавляют. Как нам экономисты объясняют, что распоряжение-то есть поднять зарплату, а фонд зарплатный не увеличивается. И чтобы <…> зарплата была хотя бы на том же уровне, приходится где-то что-то убирать, и чаще всего зарплата остается на том же уровне, либо чуть больше становится. Но это не всегда заметно. <…> Нам кажется, что даже меньше стало»* (МС из отделения реанимации и интенсивной терапии, стаж работы – 17 лет).

В итоге ключевым компонентом для сдерживания чувства неравенства является справедливое распределение нагрузки и ограниченного количества финансовых поощрений среди сотрудников, занимающих одинаковую должностную позицию. Чувство неравенства, таким образом, находится вне контекстуальных рамок – МС из «чистой» зоны оно испытывается и в период пандемии, и после нее. Изменениям подвергаются лишь основания для его переживания. Например, во время пандемии оно ощущается МС ввиду недополучения общественного признания и дополнительного финансового вознаграждения за самоотверженную работу в «чистой» зоне. После закрытия ковидных отделений и сокращения дистанции между МС из разных зон в получении выплат и признания, чувство неравенства обуславливается неравномерным распределением дневных и ночных смен, нагрузки в праздничные дни, поощрение которой улучшает финансовое положение МС, хоть и не так существенно, как могло бы быть во время пандемии.

Заключение. Чувство неравенства, вызванное условиями труда во время и после COVID-19, вступает в противоречие с социально ожидаемой альтруистически выстроенной и самоотверженной заботой МС о пациентах. Это происходит в ситуациях, когда переживание неравенства, сопряженное с сожалением по поводу ослабленной организационной поддержки труда в период пандемии и несправедливого распределения нагрузки после ее окончания, приводит МС в состояние бессилия и эмоциональной отстраненности при осуществлении заботы о пациентах. Это противоречие разрешается при помощи техники глубокого исполнения эмоций, помогающей закрепить на внутреннем уровне и в дальнейшем искренне переживать и выражать в схожих обстоятельствах чувства, наиболее подходящие к исполняемой социальной роли. С помощью этой техники происходит интенсификация сочувствия к пациентам, а также ответственности за трудовой коллектив, сохранивший свои позиции в «чистой» зоне.

Отсылка в начале статьи к методологическому локализму и теории относительной депривации обогащает интерпретацию полученных результатов в части осмысления МС из «чистой» зоны локального неравенства посредством сравнения себя с коллегами, находящимися на передовой линии борьбы с COVID-19. Отличительным свойством в их работе наши информанты из нековидных отделений выделяли доступ к привилегиям, выраженным в форме символических и экономических ресурсов, мотивирующих МС к переходу на передовую и тем самым подчеркивающих альтруистические намерения тех, кто остался заботиться о пациентах без COVID-19. Парадоксально, что забота МС в «чистой» зоне осмысливалась через этику общественного служения и безвозмездного оказания помощи, при этом на этапах последующей реконструкции эмоционального опыта отмечалась интенсивность переживания чувства неравенства ввиду ограниченного общественного внимания и организационного участия в оформлении выплат, обещанных за лечение носителей коронавирусной инфекции в «чистой» зоне. Вовлеченность в оказание помощи пациентам волгоградские МС из нековидных отделений инвестировали в реализацию

эмоционального труда, минимизируя несогласие с неравномерным распределением нагрузки и заработной платы.

Реагирование на неприемлемые условия труда после COVID-19 у МС из обеих зон схожее [Байша 2025] – информанты понимают, что в настоящее время нет оснований для ожидания дополнительной финансовой поддержки, и смена места работы (отделений или медучреждений) ситуацию исправить не сможет. По этой причине формы выражения чувства неравенства остаются слабовыраженными и могут приобретать явные формы в исключительных случаях. Например, МС из «чистой» зоны проявляли готовность к отстаиванию своих интересов на уровне отделений в ситуациях неравномерного распределения рабочих смен в праздничные дни, как правило, более высокооплачиваемых.

Таким образом, на материалах 28 интервью было подтверждено предположение о том, что неушедшие в ковидные отделения МС испытывали сожаление и чувство неравенства ввиду игнорирования со стороны менеджерского состава и общественности их вклада в поддержание института здравоохранения во время COVID-19. На этапе дальнейшего обсуждения данных мы продолжим учитывать опыт МС, накопленный в разных зонах волгоградских медучреждений, уделяя особое внимание устойчивым основаниям, которыми МС руководствуются во время и после пандемии при оправдании ошибочных действий, возникающих из-за усталости, в уходе за пациентами, а также фокусируясь на роли трудового коллектива в поддержании эмоционального благополучия МС.

Несмотря на отмеченные ограничения исследования и рассмотрения в статье лишь части полученных результатов, представленные данные могут выступать отправной точкой для дальнейшего изучения субъективных аспектов переживания неравенства представителями помогающих профессий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Байша Н.С. «Их боль намного сильнее, чем моя усталость»: эмоциональный труд волгоградских медицинских сестер во время и после работы в «красной» зоне // Мир России: Социология, Этнология. 2025. № 4. (В печати.).

Байша Н.С. (Не)зависимость и (не)безопасность медсестринского труда в контексте пандемии: современные эмпирические подходы // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2024a. Т. 16. № 1. С. 31–50. DOI: 10.19181/inter.2024.16.1.3.

Байша Н.С. Эмоциональный опыт медицинских сестер в период пандемии COVID-19: анализ российских исследований // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 12: Социология. 2024b. Т. 17. № 4. С. 453–472.

Ваньке А. Wendy Bottero. A Sense of Inequality. London: Rowman & Littlefield International, 2020 // Laboratorium: журнал социальных исследований. 2020. № 12(1). С. 226–229. DOI: 10.25285/2078-1938-2020-12-1-226-229.

Корниенко Д.С., Панкратова А.А. Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса // Вопросы психологии. 2017. № 5. С. 139–149.

Кузьмин К.В., Набойченко Е.С., Петрова Л.Е. Состояние психологического здоровья врачей и медсестер, занятых в лечении и уходе за коронавирусными больными // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. № 3(34). С. 277–288. DOI: 10.23888/humJ20213277-288.

Мансуров В.А., Юрченко О.В. Профессиональная идеология альтруизма российских врачей // Вестник Института социологии. 2010. Т. 1. № 1. С. 397–410.

Нор-Аревян О.А. Консолидация профессионального медицинского сообщества в условиях пандемии коронавируса (на материалах глубинных интервью в Ростовской области) // Гуманитарий Юга России. 2021. Т. 10(49). № 3. С. 77–89. DOI: 10.18522/2227–8656.2021.3.6.

Полухина Е.В. «Чувство неравенства»: что такое субъективное неравенство и как его изучать // Интеракция. Интервью. Интерпретация. 2020. Т. 12. № 2. С. 81–90. DOI: 10.19181/inter.2020.12.2.5.

Симонова О.А. Концепция эмоционального труда Арли Р. Хохшильд // Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности (Библиотека Журнала исследований социальной политики) / Под ред. *П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой*. М.: Вариант, ЦСПГИ. 2012. С. 75–96.

Симонова О.А., Ядрова Е.В. Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда // Профессии социального государства / Под ред. *П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой*. М.: Вариант, ЦСПГИ. 2013. С. 91–115.

Таскаева А.В. Особенности героизации медицинских работников в масс-медийном дискурсе в период пандемии // Филология и человек. 2021. № 2. С. 19–35. DOI: 10.14258/filichel(2021)2–02.

Темкина А. Студенты сестринского дела: между идеалами и практикой профессии // Социологические исследования. 2017. № 6. С. 24–31. DOI: 10.7868/S0132162517070030.

Харрис С. Приглашение в социологию эмоций / пер. с англ. *О.А. Симоновой*. М.: ВШЭ, 2020.

Хохшильд А.Р. Управляемое сердце: коммерциализация чувств. М.: ИД «Дело» РАНХиГС, 2019.

Bottero W. A Sense of Inequality. L.: Rowman & Littlefield International, 2020.

Bottero W. Who do you think they were? How family historians make sense of social position and inequality in the past // The British Journal of Sociology. 2012. No. 63. P. 54–74. DOI: 10.1111/j.1468-4446.2011.01393.x.

Braun V., Clarke V. Thematic Analysis // Handbook of Research Methods in Psychology. 2012. No. 2. P. 57–71. DOI: 10.1037/13620-004.

Chen C.H., Yang P.H. et al. Experience of 2003 SARS has a negative psychological impact on healthcare workers in the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study // São Paulo Medical Journal. 2021. No. 139(1). P. 65–71. DOI: 10.1590/1516–3180.2020.0516.R1.10122020.

Cui Q., Cai Z. et al. The Psychological Pressures of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Outbreak in China-A Comparison with Frontline Female Nurses // Front Psychiatry. 2020. No. 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.559701.

Gautam M., Thakrar A. et al. Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19 // SN Comprehensive Clinical Medicine. 2020. No. 2(7). P. 865–870. DOI: 10.1007/s42399-020-00348-3.

González-Pando D., González-Nuevo C. et al. The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis // Nursing Ethics. 2022. No. 29(2). P. 293–303. DOI: 10.1177/09697330211034250.

Horn M., Wathelet M. et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on non-frontline healthcare workers // Gen Hosp Psychiatry. 2021. No. 72. P. 143–144. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2021.01.013.

Irwin S. Lay Perceptions of Inequality and Social Structure // Sociology. 2018. No. 52(2). P. 211–227. DOI: 10.1177/0038038516661264.

Kirk K., Cohen L. et al. "Zero to Hero": Conceptualising Time as a Moderator of Nurses' Emotional Labour on the Front Line // Journal of Nursing Management. 2023. No.??. P. 1–12. DOI: 10.1155/2023/9383167.

Runciman W.G. Relative deprivation and social justice: a study of attitudes to social inequality in twentieth-century England. London, UK: Routledge Kegan Paul, 1966.

Smith H.J., Pettigrew T.F. et al. Relative Deprivation: A Theoretical and Meta-Analytic Review // Personality and Social Psychology Review. 2011. No. 16(3). P. 203–232. DOI: 10.1177/108886831143082.

Ulbrichtova R., Svihrova V. et al. Prevalence of Burnout Syndrome in COVID-19 and Non-COVID-19 Units in University Hospital: A Cross-Sectional Study // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. No. 19(19). DOI: 10.3390/ijerph191912664.

Zhang Y., Zhang L. et al. Emotional labour in nursing research: A bibliometric analysis // Journal of Advanced Nursing. 2024. Vol. 81. No. 1. P. 316–328. DOI: 10.1111/jan.16233.

Статья поступила: 02.12.24. Финальная версия: 06.08.25. Принята к публикации: 29.09.25.

«HEROES ARE NOT ONLY THOSE WHO WORKED ON THE FRONTLINE»: MANAGEMENT THE SENSE OF INEQUALITY BY NON-FRONTLINE NURSES DURING AND AFTER COVID-19 PANDEMIC

BAISHA N.S.

HSE University, Russia

Natalia S. BAISHA, PhD student, Research Assistant, HSE University, Moscow, Russia (nsbaysha@hse.ru)

Acknowledgements. The article was prepared within the framework of the Basic Research Program at HSE University.

Abstract. The emotional labor of frontline nurses and non-frontline nurses during the COVID-19 pandemic is associated with stress, emotional exhaustion and uneven distribution of material and social support. In Russia, the labor of non-frontline nurses, which was also carried out in unsafe conditions – high risks of COVID-19, is on the periphery of academic discussions. The author of the article raises the question of how non-frontline nurses manage their emotion, in particular, a sense of inequality. The article focuses on the analysis of the causes of emotions and the practices of its (non)expression in the non-covid hospitals. The empirical base of the study consisted of 28 interviews with Volgograd non-frontline nurses. As a result of the data analysis, the author identifies the grounds for (not)expressing a sense of inequality and concludes that the sense of inequality is modified into a sense of responsibility towards patients without coronavirus. Emotional involvement in patient care helps non-frontline nurses overcome sense of inequality and internal resistance to unfair working conditions both during and after the pandemic. The article contributes to an understanding of the emotional working conditions of non-frontline nurses, helps to identify the reasons why they do not go to the covid-hospitals, as well as their practices of managing sense of inequality.

Keywords: nurses, non-frontline nurses, sense of inequality, emotion management, COVID-19 pandemic, qualitative study.

REFERENCES

Baisha N.S. (2024) (Non-)Dependence and (Non-)Safety of Nursing Work in the Context of Pandemic: Modern Empirical Approaches. *Interaktsiya. Interv'yu. Interpretatsiya* [Interaction. Interview. Interpretation]. Vol. 16. No.1: 31–50. DOI: 10.19181/inter.2024.16.1.3. (In Russ.)

Baisha N.S. (2024) Emotional experience of nurses during the COVID-19 pandemic: analysis of Russian studies. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo un-ta. Seriya 12: Sotsiologiya* [Vestnik of Saint Petersburg University. Sociology]. Vol. 17. No. 4: 453–472. (In Russ.)

Baisha N.S. (2025) «Their pain is much stronger than my fatigue»: the emotional labor of Volgograd nurses during and after COVID-19 pandemic. *Mir Rossii* [Universe of Russia]. No. 4. (In Print)

Bottero W. (2012) Who do you think they were? How family historians make sense of social position and inequality in the past. *The British Journal of Sociology*. No. 63: 54–74. DOI: 10.1111/j.1468-4446.2011.01393.x.

Bottero W. (2020) *A Sense of Inequality*. London: Rowman & Littlefield International.

Braun V., Clarke V. (2012) Thematic Analysis. *Handbook of Research Methods in Psychology*. No. 2: 57–71. DOI: 10.1037/13620-004.

Chen C.H., Yang P.H. et al. **(**2021) Experience of 2003 SARS has a negative psychological impact on healthcare workers in the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *São Paulo Medical Journal.* No. 139(1): 65–71. DOI: 10.1590/1516-3180.2020.0516.R1.10122020.

Cui Q., Cai Z. et al. (2020) The Psychological Pressures of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Outbreak in China-A Comparison with Frontline Female Nurses. *Front Psychiatry*. No. 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.559701.

Gautam M., Thakrar A. et al. (2020) Current and Future Challenges in the Delivery of Mental Healthcare during COVID-19. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. No. 2(7): 865–870. DOI: 10.1007/s42399-020-00348-3.

González-Pando D., González-Nuevo C. et al. **(**2022) The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis. *Nursing Ethics*. No. 29(2): 293–303. DOI: 10.1177/09697330211034250.

Harris S. (2020) *An Invitation to the Sociology of Emotions.* Moscow: Publishing House of the Higher School of Economics. (In Russ.)

Hochschild A. (2019) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press. (In Russ.)
Horn M., Wathelet M. et al. (2021) Psychological impact of the COVID-19 pandemic on non-frontline healthcare workers. *Gen Hosp Psychiatry*. No. 72: 143–144. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2021.01.013.
Irwin S. (2018) Lay Perceptions of Inequality and Social Structure. *Sociology*. No. 52(2): 211–227. DOI: 10.1177/0038038516661264.
Kirk K., Cohen L. et al. (2023) "Zero to Hero": Conceptualising Time as a Moderator of Nurses' Emotional Labour on the Front Line. *Journal of Nursing Management*. Vol. 2023: 1–12. DOI: 10.1155/2023/9383167.
Kornienko D.S., Pankratova A.A. (2017) Russian-language adaptation of the EQ questionnaire (Emotion Regulation Questionnaire) by J. Gross. *Voprosy Psikhologii* [Questions of psychology]. No. 5: 139–149. (In Russ.)
Kuzmin K.V., Naboychenko E.S., Petrova L.E. (2021) The state of psychological health of doctors and nurses working in treatment and care of coronavirus patients. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitie* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. No. 3: 277–288. DOI: 10.23888/humJ20213277-288. (In Russ.)
Mansurov V.A., Yurchenko O.V. (2010) The Professional Ideology of Altruism among Russian Doctors. *Vestnik instituta sotziologii* [Bulletin of the Institute of Sociology]. Vol. 1. No. 1: 397–410. (In Russ.)
Nor-Arevyan O.A. (2021) Consolidation of the professional medical community in the context of the coronavirus pandemic (based on in-depth interviews in the Rostov region). *Gumanitarii Yuga Rossii* [Humanities of the South of Russia]. Vol. 10 (49). No. 3: 77–89. DOI: 10.18522/2227-8656.2021.3.6. (In Russ.)
Polukhina E.V. (2020) "A Sense of Inequality": What Does the Subjective Inequality Mean and How to Study It. *Interaktsiya. Interv'yu. Interpretatsiya* [Interaction. Interview. Interpretation]. Vol. 12. No. 2: 81–90. DOI: 10.19181/inter.2020.12.2.5. (In Russ.)
Runciman W.G. *Relative deprivation and social justice: a study of attitudes to social inequality in twentieth-century England*. London, UK: Routledge Kegan Paul, 1966.
Simonova O.A. (2012) The concept of emotional labor by Arlie R. Hochschild. In: Romanov P., Iarskaia-Smirnova E. (eds) *Anthropology of professions: the boundaries of employment in an era of instability*. Moscow: OOO Variant: TsSPGI: 75–96. (In Russ.)
Simonova O.A., Yadrova E.V. (2013) Community of secondary medical staff in the field of cardiac surgery: a sociological analysis of emotional labor. In: Romanov P., Iarskaia-Smirnova E. (eds) *Professions of the social state*. Moscow: OOO Variant, TsSPGI: 91–115. (In Russ.)
Smith H.J., Pettigrew T.F. et al. (2011) Relative Deprivation: A Theoretical and Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review*. No. 16(3): 203–232. DOI: 10.1177/108886831143082.
Taskaeva A.V. (2021) Features of the glorification of medical workers in mass media discourse during the pandemic. *Filologiya i chelovek* [Philology & Human]. No. 2: 19–35. DOI: 10.14258/filichel(2021)2-02. (In Russ.)
Temkina A. (2017) Students nurses: between ideals and professional practices. *Sotsiologicheskie issledovaniia* [Sociological Studies]. No. 6: 24–31. DOI: 10.7868/S0132162517070030. (In Russ.)
Ulbrichtova R., Svihrova V. et al. (2022) Prevalence of Burnout Syndrome in COVID-19 and Non-COVID-19 Units in University Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. No. 19(19). DOI: 10.3390/ijerph191912664.
Vanke A. (2020) Wendy Bottero. A Sense of Inequality. London: Rowman & Littlefield International, 2020. *Laboratorium: Russian Review of Social Research*. No. 12 (1): 226–229. DOI: 10.25285/2078-1938-2020-12-1-226-229. (In Russ.)
Zhang Y., Zhang L. et al. (2024) Emotional labour in nursing research: A bibliometric analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 81. No. 1: 316–328. DOI: 10.1111/jan.16233.

Received: 02.12.24. Final version: 06.08.25. Accepted: 29.09.25.