

ВОЛОНТЕРЫ В «КРАСНОЙ ЗОНЕ»: ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНИЧНОГО ТРУДА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Андрей Владимирович Невский (anevskij@gmail.com)

Институт социологии ФНИСЦ РАН, Москва, Россия

Цитирование: Невский А.В. (2023) Волонтеры в «красной зоне»: исследование больничного труда в период пандемии COVID-19. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 26(1): 58–87. <https://doi.org/10.31119/jssa.2023.26.1.3>. EDN: JMSDZZ

Аннотация. На примере взаимодействия волонтеров с профессиональным сообществом медицинских работников в условиях пандемии COVID-19 рассматривается проблема взаимодействия гражданских и государственных организаций в сферах здравоохранения и спасательной работы. Доступ к участию в этих сферах обычно строго регламентирован и зависит от наличия у участников соответствующей профессиональной подготовки, а на деятельность волонтеров накладываются существенные ограничения. Однако исследования показывают, что на уровне повседневных взаимодействий между волонтерами и штатными работниками внутри организаций можно наблюдать размывание этих барьеров, обусловленное тем, что волонтеры непрерывно осуществляют работу с границами для легитимации своей позиции и обхода формальных ограничений. Участие волонтеров в деятельности больницы рассматривается точки зрения теории ситуативного обучения — прагматического подхода, в рамках которого участие новичков рассматривается как постепенное расширение границ доступных им практик, происходящее в процессе обучения. На основе включенного наблюдения больничного труда, интервью с волонтерами и анализа рабочих переписок показаны некоторые особенности такого участия в период, когда сообщество профессионалов в больнице трансформируется под влиянием пандемии. В частности, границы и работа с ними актуализируются вслед за нормализацией и рутинизацией больничной жизни — у волонтеров появляется необходимость обоснования легитимности собственного участия, чего не происходит в режиме чрезвычайности. Также показано, какую роль играют материальные объекты больницы и отряда в работе с границами и как осмысление границ и взаимодействие с материальными объектами формируют представления волонтеров о том, каким навыкам они хотят обучиться. Отдельно рассматривается, какими способами полученные знания и навыки переносятся из сообщества медработников в сообщество спасателей и становятся частью практик спасательной работы.

Ключевые слова: волонтерство, добровольчество, сообщества практик, ситуативное обучение, границы, COVID-19.

Введение

Рассматриваемый случай является одним из этапов длительного этнографического исследования волонтерского поисково-спасательного отряда, действующего в одном из регионов России (далее — отряд). Отряд представляет собой некоммерческую организацию, насчитывающую около двухсот активных членов, и некоторое количество волонтеров, привлекаемых для проведения отдельных спасательных работ. Спектр таких работ достаточно широк. Помимо поисково-спасательной деятельности он включает участие в добровольной пожарной дружине, организацию первой помощи на массовых мероприятиях, аварийно-спасательные работы в городской среде, просветительскую, информационную и гуманитарную деятельность. Отряд предоставляет своим участникам возможности для непрерывного обучения, в том числе курсы профессиональной подготовки, а также возможность аттестации на право проведения спасательных работ. Аттестация, в частности, позволяет отряду и его участникам принимать участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций и взаимодействовать с официальными службами спасения (Невский 2018).

Мой исследовательский интерес связан с возможностями и спецификой деятельности гражданских организаций на границе с государственными организациями или внутри них, а также с тем, как такое взаимодействие трансформирует гражданские организации. В случае со сферой спасательной работы (и отчасти здравоохранения) это взаимодействие сопряжено с рядом особенностей: в условиях монополии государственных служб позиции и возможности участия для гражданских организаций обычно неустойчивы и подвержены постоянному пересмотру (DiMaggio, Powell 1983; Roose 2016), возможности участия для них зачастую зависят от предварительных и ситуативных «переговоров» (Kulmala 2011). В представленном кейсе речь пойдет о прагматике подобных переговоров, которая в исследованиях получила название «работа с границами» (boundary work) (Apeosa-Varano 2013; Serrano Velarde 2020). Работа с границами часто ассоциируется с процессом обучения, позволяющим расширять эти границы и увеличивать спектр доступных возможностей. В представленном случае обучение также важно не только как мотив волонтерского участия, но и как отправная точка для взаимодействий между волонтерами и разными группами профессионалов в больнице. Я покажу, как волонтеры встраиваются в работу формальной организации здравоохранения в условиях, близких к чрезвычайным, какие ресурсы задействуют для расширения границ своей деятельности, как находят возможности для применения своих навыков и получения новых. Итогом такой работы

с границами становится то, что сам отряд обучается новым знаниям и навыкам, и, как отмечают, этот процесс несводим к приобретению новых навыков отдельными членами организации (Cook, Yanow 1993). В моем случае сначала новыми навыками овладевают волонтеры, работающие на границе двух организаций, затем происходит трансфер знания — своеобразный «перевод» полученных навыков с учетом специфики работы спасателей.

В следующих частях статьи будут рассмотрены некоторые идеи из теории ситуативного обучения, релевантные для моего исследования, а также дано описание поля и исследовательских методов. В результатах исследований будут представлены способы осмысления границ и работы с ними, которые продемонстрировали волонтеры, роль материальных объектов в работе с границами, а также особенности перевода полученных знаний и навыков из контекста больницы и пандемии в контекст практик и знаний, принятых в волонтерской поисково-спасательной работе.

Ситуативное обучение и работа с границами: возможности применения теории

Я использую ряд положений, принятых в теории ситуативного обучения (*situated learning*) и исследованиях «сообществ практик» (*community of practices*) (Cox 2005; Handley et al. 2006; Lave, Wenger 1991; Wenger 2008). Под этим термином обычно понимается сообщество людей (а также материальных объектов, идей и речевых норм), которые включены в производство общих практик, действуют по поводу решения определенной проблемы на основании разделяемого понимания о том, как эта проблема должна быть решена. В контексте моего исследования две характеристики сообществ практик представляются важными: во-первых, одни сообщества практик пересекаются с другими и их границы являются достаточно условными (Lave, Wenger 1991: 98), во-вторых, участие в сообществе практик представляет собой непрерывный процесс обучения.

В отличие от когнитивного подхода, в рамках которого обучение понимается как процесс передачи и интернализации знания от учителя к ученику (Anderson et al. 1996: 6–7; Lave, Wenger 1991: 48), авторы, изучающие сообщества практик, рассматривают обучение в прагматическом ключе: как постоянный (и потому заключенный внутри ситуаций взаимодействия) процесс участия в деятельности сообщества, в рамках которого участник перенимает коллективно разделяемые знания, способы действия, представления и речевые нормы своего сообщества (Cobb, Bowers 1999: 5). Таким образом, акцент смещается с передачи и интериоризации знаний к деятельностному аспекту обучения: к своеобразной

карьере участника сообщества, поступательному движению во внутренней иерархии (Collin et al. 2011: 305).

Понимаемое таким образом обучение в сообществе практик рассматривается как «легитимное периферийное участие» (Lave, Wenger 1991: 55). Это понятие описывает два ключевых аспекта. Вступая в сообщество практик, новичок получает возможность легально наблюдать и участвовать в делах сообщества. Однако на первых порах он обычно не допущен до сложных или ответственных видов работы. В своем обучении и работе он движется от простых дискретных задач к более сложным и комплексным, от периферии к центру, постепенно становясь полноценным участником сообщества. В этом движении новичок привносит в организацию уже имеющиеся у него знания, а организация учится тому, как интегрировать новичка, например как использовать его знания или умерить его излишний энтузиазм.

Исходя из этого в самой перспективе сообществ практик заложены проблемы власти (Contu 2014; Contu, Wilmott 2003) и границ (Wenger 1998). Движение новичков от периферии к центру никогда не является линейным и неproblemатичным, каждый эпизод взаимодействия в ситуативном обучении — это также эпизод определения границ, в которых ученик может принимать решения и действовать. По сути, практики, рассматриваемые таким образом — это практики применения власти (Fox 2000: 858).

Мой кейс имеет значимые отличия от других примеров исследований сообществ практик (см. обзор: Lave, Wenger 1991: 59–89). Подробнее о них будет сказано в следующем разделе. Основной проблемой здесь является, во-первых, спонтанность возникновения новых практик лечения в период пандемии и существенная трансформация больничного сообщества практик, что ставит вопрос о его пространственных и социальных границах. Во-вторых, в тексте речь идет о кратковременном участии во время пандемии, и не совсем ясно, можно ли говорить о волонтерах, как об участниках сообщества практик в его классическом понимании, т.е. речь идет также о темпоральных границах сообществ практик¹. В связи с этим необходимо уточнение: я рассматриваю представленный кейс как пример микрофизики взаимодействий, обусловленных, с одной стороны, организационной культурой отряда, в которой обучение навыкам играет важнейшую роль, с другой стороны, особенностями взаимодействия волонтерских и профессиональных организаций, в которых неотъемлемой частью тактик волонтеров является непрерывная работа с границами. Эти

¹ Критику термина «сообщество» и дискуссию по поводу масштабов и границ сообществ практик см.: (Roberts 2006: 624–626).

условия определяют специфику исследовательского вопроса: меня интересует, какими способами и с помощью каких инструментов прочерчиваются и преодолеваются границы в спонтанном, формирующемся сообществе практик (в данном случае — в сообществе медперсонала больницы в период пандемии).

Описание поля и методология исследования

Эпизод, о котором пойдет речь, имел место в период с мая 2020 по январь 2021 г., во время первой и второй волны пандемии COVID-19 в России. Руководство отряда пришло к соглашению с руководством одной из городских больниц по поводу возможности работы в «красной зоне». Больница изначально не являлась инфекционной, часть ее отделений была перепрофилирована для приема пациентов с коронавирусом и отделена карантинной зоной. Сделать это позволила архитектура зданий больницы, учитывающая возможность такого разделения. Еще один корпус больницы был отведен под общежитие, в котором, как предполагалось, должны жить сотрудники, работающие в «красной зоне», особенно в период первой волны. Медперсонал (врачи, медсестры, санитары), направленный на работу с коронавирусными пациентами, также поступал из отделений, ранее не связанных с лечением инфекционных заболеваний. Изначально в работу включились восемь волонтеров, во вторую волну их количество увеличилось до двадцати. Предполагалось, что они будут участвовать в работе в качестве младшего персонала — санитаров в приемном покое в период «загрузки» больницы, а позже — на более рутинной ежедневной работе в отделениях терапии. Цикл работы в первую и вторую волны пандемии был одним и тем же: первые несколько суток работы больница быстро заполнялась пациентами со «скорой», в дальнейшем работа переходила в более размеренный ритм и представляла собой ежедневные манипуляции с пациентами — регулярное проведение пульсоксиметрии, перекладывание лежачих пациентов и их доставка в отделение компьютерной томографии. Данные ежедневной пульсоксиметрии передавались в реанимацию, главный врач которой осуществлял мониторинг состояния всех пациентов больницы. Я провел в «красной зоне» в общей сложности четыре с половиной месяца, участвуя в работе в качестве добровольного санитаря и одновременно проводя включенное наблюдение. Мой примерный рабочий график включал три смены в неделю в режиме шесть через шесть (шесть часов работы и шесть часов отдыха). Далее, при переходе к рутинной работе в отделениях терапии, смены стали длиться по три-четыре часа.

Описываемый эпизод отличается от большинства этнографий сообществ практик в нескольких аспектах. Во-первых, в моем кейсе нельзя

однозначно определить волонтеров как новичков в сообществе практик. В переговорах с руководством больницы речь изначально шла об участии группы людей, входящих в организацию с собственной иерархией и разделением обязанностей, а также обладающих собственным опытом и знаниями по поводу обращения с пострадавшими и применения навыков первой помощи и парамедицины. Во-вторых, важную роль сыграло то, что больница изначально не была инфекционной. В связи с пандемией само сообщество работников больницы оказалось в уникальной ситуации: один на один с новой неисследованной болезнью в условиях, когда отсутствуют признанные средства ее лечения и у большинства персонала нет навыков работы с больными с легочными заболеваниями (Dagupan et al. 2021). Эта проблема активно обсуждалась самими медработниками, иногда в ироничном ключе, например диалог двух врачей мог начинаться с фразы «Коллега, проконсультируйте меня, пожалуйста, как уролог невролога по пульмонологии». Таким образом сообщество практик оказалось в ситуации, когда все его участники, несмотря на профессиональное и статусное лидерство медицинских работников, в той или иной степени оказались неопитами, а границы — проницаемыми и обсуждаемыми. В-третьих, предполагалось, что участие волонтеров в работе больницы будет временным и ситуативным, т.е. будет зависеть от возникновения новых задач в работе с пациентами. Кроме того, хотя участие волонтеров и было легитимным, это не отменяло необходимости периодически отстаивать свое право на участие в рутинной работе больницы в конкретных ситуациях взаимодействия.

В моем случае доступ в поле упрощало то, что до начала пандемии я уже долгое время был участником отряда и аттестованным спасателем, поэтому имел возможность включаться в разные сферы деятельности отряда — мне не пришлось прилагать дополнительных усилий, для того чтобы оказаться в больнице в роли санитара. И все же нельзя не отметить то, каким образом пандемия и связанная с ней мобилизация медицины повлияли на возможности проникновения в эту сферу аутсайдеров — как гражданских активистов, так и исследователей. Антрополог Мария Вятчина, которая во время пандемии также проводила этнографическое исследование больницы, отмечает, что новые возможности для входа открылись, в частности, благодаря возросшей потребности в работниках, не имеющих медицинской квалификации, но полностью сфокусированных на труде заботы и вспомогательных задачах (Вятчина 2022: 28).

Мои наблюдения зафиксированы в заметках, написанных постфактум. Объективным препятствием для ведения заметок в поле были невозможность брать блокнот или диктофон в «красную зону», а также необходи-

мость участвовать в работе на общих основаниях. Исследование содержит элементы аналитической автоэтнографии (Anderson 2006; Peterson 2014): мой собственный опыт взаимодействия с работниками больницы и пациентами сопоставляется с моими наблюдениями за работой других волонтеров и их интерпретациями собственного опыта в интервью и беседах друг с другом. В ходе исследования было взято пять интервью с теми волонтерами, которые, по моим наблюдениям, наиболее часто взаимодействовали с персоналом больницы. Также я уделил большое внимание анализу текстов, производимых моими коллегами-волонтерами. Основные источники здесь — рабочий чат в Telegram и общий форум отряда, где публиковались короткие сообщения на разные темы и в разных жанрах: обсуждения экипировки и оборудования, тонкостей работы, ситуаций взаимодействия и конфликтов с персоналом больницы, «армейские байки» и призывы к другим волонтерам включаться в работу. Данные были собраны в один файл и хронологически вписаны в дневник наблюдения (Boelstorff et al. 2012: 113–128) и подвергнуты теоретическому кодированию (Creswell 2005: 138–139; Romano jr. et al. 2003). Разрешение на проведение исследования было получено у руководства отряда, все информанты анонимизированы.

Формальные и символические границы в «красной зоне»

Говоря о работе с границами, я имею в виду прежде всего символические границы — концептуальные различия, проводимые для того, чтобы категоризировать объекты, людей, практики, а также пространство и время (Lamont, Molnar 2002: 168), а не границы формальные, связанные с нормативно установленным (на основе законодательства или внутреннего распорядка организации) разделением обязанностей и полномочий. Символические границы, безусловно, также связаны со статусом участников и выражаются в их идентичностях (Goodwin et al. 2005). Однако в дискуссии по поводу сообществ практик границы чаще всего понимаются не в терминах локальности или организации и не как статусные границы, а как границы практик, т.е. компетенций и полномочий (Nicolini 2012: 227; Wenger 1998: 113). Кроме того, в рассматриваемом случае также не было четко зафиксированных формальных границ прав и полномочий волонтеров в том виде, в каком это описывается в ряде западных исследований (Mellow 2007; Fox 2006; Serrano Velarde 2020). Формально волонтеры находились в статусе младшего персонала, в конкретных ситуациях границы определяла практика. Они выстраивались в переговорах между руководителем волонтерской группы и руководителями разных отделений больницы: приемного покоя,

отделения реанимации и т.д., а также ситуативно, во взаимодействии медперсонала и волонтеров.

Мои наблюдения можно кратко суммировать следующим образом. Во-первых, формирование символических границ совпадает по времени с периодами, когда работа в больнице рутинизируется. Более того, с рутинизацией работы у волонтеров появляется необходимость обоснования легитимности собственного участия, чего почти не наблюдалось в режиме чрезвычайности. Во-вторых, в работе с границами значимую роль играют материальные объекты, как принадлежащие больнице, так и привнесенные волонтерами извне, из отряда. В-третьих, работа с границами, в том числе осуществляемая через взаимодействие с материальными объектами, тесно связана с интенцией волонтеров к получению новых знаний и навыков. Рассмотрим подробнее эти наблюдения.

Под рутинизацией работы больницы я имею в виду период, когда в приемном покое заканчивался период интенсивного приема пациентов — приостанавливалась фаза тяжелой физической работы в условиях, похожих на условия чрезвычайности. Персонал и волонтеры переходили в более размеренный режим выполнения повседневных обязанностей, и в этот момент начиналось обсуждение компетенций и границ допустимых действий для волонтеров, возникали конфликты, ситуативно изменялись выработанные заранее протоколы работы. Со стороны медперсонала появлялись попытки интерпретировать место волонтеров в больнице. Спектр интерпретаций оказался достаточно широк: от отношения к волонтерам как к тем, кого можно «отправить мыть полы», до представления о них как о людях, с которыми «лучше не связываться, потому что они приставлены специально, следить за нашей работой». Кроме того, рассказывая о том, как начиналась их работа в больнице, многие волонтеры сами говорили о том, что их право находиться в больнице в позиции полномочных и компетентных участников представлялось им проблематичным. Говоря об этом, волонтеры часто проводили различие между собственным добровольным и эпизодическим участием и рутинной «настоящей», профессиональной работой. Одна из информанток называет свое участие «приключением, возможностью попасть туда, куда обычно не попасть». Другой волонтер так описывает разницу практик соблюдения техники безопасности у волонтеров и профессионалов:

Инф. *Легко быть серьезными, когда ты во что-то играешь два раза в неделю, а когда ты каждый день и постоянно, и это основное, что есть у тебя в жизни, то, естественно, все задалбливает и ты*

начинаешь это дело оптимизировать как считаешь нужным, то есть мне тут легко их понять.

Инт. Ты это серьезно говоришь? То есть ты считаешь, что это игра?

Инф. Для нас? Ну конечно, в кавычках, не считаю, что это игра, но мы действительно поиграть, в смысле, что мы пришли там, что-то поделали, потом ушли, это не постоянная деятельность, когда ты чуть-чуть... .. это не в смысле игра, это в смысле, что мы приехали такие свеженькие, зашли и давай все делать, как надо по учебнику, четыре раза проверить, два раза отмерить, один раз отрезать, когда ты это делаешь каждый день, ну понятно.

Руководители отряда также обращали внимания на проблему систематического, постоянного участия в больничной рутине. Для того чтобы «не растерять созданную репутацию», необходимо было прежде всего обеспечить ежедневное выполнение работы по мониторингу пациентов, и уже после этого браться за сложные задачи, связанные, например, с транспортировкой лежачих больных.

Нередко встречался и другой способ рефлексии по поводу собственного места в больнице — предположения, касающиеся возможных интерпретаций, которые возникают у медперсонала в отношении волонтеров как «несерьезных» и «некомпетентных». Волонтер-мужчина описывает это следующим образом:

Очень многие не понимали, кто мы и для чего мы и какова степень нашей компетенции, потому что обычно, когда мы слышим, когда говорят про волонтеров или добровольцев, у людей представляется перед глазами студент, вот, обычно, у которого много времени, мало знаний и много энергии, из чего вытекает довольно взрывоопасная комбинация, поэтому когда мы показывались, что в общем мы довольно зрелые дядьки уже и девушки, то это уже служило людям каким-то таким сдвигом в их понимании...

В дальнейшем место волонтеров в границах практик больницы стало более определенным — волонтеры оказались в роли посредников между разными сообществами медиков. В ряде исследований встречается похожее описание ситуаций, в которых волонтеры в больнице выполняют специальную функцию медиации отношений между пациентами и медперсоналом (Клепикова 2011; Mellow 2007; Serrano Velarde 2020). Подразумевается, что волонтеры выполняют функции младшего медперсонала

и осуществляют труд заботы или берут на себя общение с пациентами и их родственниками. Таким образом, волонтеров также можно отнести к контролирующему органу — они одновременно создают своеобразный заслон между врачом и пациентом и вносят вклад в контроль над пациентом, не обладая при этом формальными полномочиями (Mellow 2007: 460).

В ситуациях, которые я наблюдал, оказалось, что волонтеры играли роль посредников между работниками отделения реанимации и терапии (ОРИТ) и врачами остальных отделений и отчасти воспринимались последними как контролирующие посредники реаниматологов. Возможно, в данном случае роль сыграло то, что волонтеры, во-первых, изначально шли в больницу как организованная группа, во-вторых, были представлены персоналу больницы как спасатели, т.е. люди, умеющие работать в том числе в условиях чрезвычайной ситуации, с помощью специального оборудования, понимающие, что такое кровяное давление, гипоксия, сатурация и имеющие опыт обращения с телом пострадавшего. По договоренности с руководством больницы волонтеры отряда оказались прикреплены к отделению реанимации и терапии — сообществу медработников, которые в силу специфики своей сферы должны быть наиболее готовы к работе с коронавирусными пациентами, т.е. обладают кодифицированным знанием в области заболеваний дыхательных путей, имеют обширную практику работы с аппаратами ИВЛ и т.д. Одновременно с этим можно предположить, что врачи других отделений, переведенные на работу с инфекционными больными, не владеют такими практиками и некоторые манипуляции производят не по правилам. Примером может послужить так называемая прон-позиция: положение, в котором пациент лежит на животе, положив под грудь подушку. Перевод пациента в прон-позицию считается одной из основных манипуляций при терапии легочных заболеваний: в таком положении быстро повышается уровень сатурации и разгружаются задние и нижние отделы легких, быстро улучшается общее состояние пациента. Врач-реаниматолог, общаясь с волонтерами во время неформальной встречи, объяснил, что такая техника — это «старая школа»: ей обучали медработников разных направлений в советское время, но сейчас эту технику знают только те, чей профиль работы связан с пульмонологией или работой реанимации:

Вообще многие из нас в принципе с прон-позицией познакомились только в рамках Ковида, потому что до того, как это все началось, это было некоторым изыском, который даже не во всех реанимациях встречался, то есть, даже многие врачи в принципе не знали, как пере-

ворачивать это дело, многие учились этому в первый раз, поэтому вполне на самом деле адекватный вопрос, на который не все знают ответ.

Поэтому, по его словам, многие врачи в больнице делали эту манипуляцию неправильно, но вступать в переговоры, а тем более в конфликты со специалистами других отделений реаниматологи не хотели. Волонтерам в этой ситуации предлагалось самим, не подвергая явному сомнению авторитет врачей и не вмешиваясь в их работу, переводить пациентов в «правильную» прон-позицию, одновременно указывая врачам на факт того, что «правильная» прон-позиция работает лучше:

Ради прикола потом сделайте правильно прон-позицию и ткните доктора в это, вы испытаете прям нереальный восторг, когда увидите, что на самом деле все плохо... ты, бывает, иногда приходишь на эти пустые консультации и пытаешься сжато объяснить этим людям примерно все то же самое, что я сейчас пытаюсь рассказать вам, ну, конечно, это как об стенку горох, поэтому если вы это им сможете пересказать, это будет просто фантастика.

В этой цитате видны сразу несколько слоев границ и взаимодействий между разными типами участников. Во-первых, вслед за информантом можно предположить, что нежелание или неспособность его коллег учиться «правильному» применению манипуляций являются следствием формальных и статусных границ внутри сообщества: для находящихся в равном статусе участников такие попытки обучить коллег могут стать неприемлемым нарушением границ. Однако, помимо этого, следует иметь в виду уже упомянутую особенность моего кейса: больница представляла собой формирующееся сообщество практик, в котором большинство участников в конечном итоге были новичками и в котором еще не было ясно, какие границы будут прочерчены и какие практики могут считаться правильными. Это обстоятельство позволяет рассматривать ситуацию как пример «креативных трений» (creative abrasions) — потенциальных конфликтов между людьми, которые работают вместе, но обладают разными знаниями и подходами к решению конкретной проблемы (Contu 2014: 289). Такое рассмотрение позволяет избежать «добавленной» интерпретации ситуации как конфликта по поводу власти или ресурсов, оставая в силе вопрос ситуативного применения власти.

Таким образом с рутинизацией работы и появлением собственных повседневных задач место волонтеров в больнице стало определенным

не только в формальных границах, но и в границах практик. На это различие важно указать, так как большинство исследований указывают на существенное несовпадение этих границ даже при четко определенном профессионально-статусном разделении. Так, санитары и медсестры стараются следить за исполнением сопутствующих ритуалов соблюдения границ между разными группами, представляя ситуацию так, словно все решения по поводу лечения пациента принимают врачи, даже если последние доверяются интуиции младшего персонала (Allen 1997; Stein 1967; Wenger-Trauner, Wenger-Trauner 2015: 16). Конфликты врачей с волонтерами возникали как раз при нарушении этих границ. Например, один из волонтеров начал снимать показания у пациента и давать ему рекомендации в присутствии врача, работавшего с другим пациентом, на что получил отповедь сначала от врача, а затем критику от коллег в чате: *В мирное время мешать работе врача с пациентом недопустимо. Сложившиеся сейчас всеобщие панибратские отношения — данность, но не установленный порядок. Доктор тебя не знает. ОРИТ, кстати, доктору тоже не указ.* Здесь, помимо прочего, видно, что волонтеры сами проводят разделение между «мирным временем», когда формальные границы неприкосновенны, и чрезвычайностью пандемии, когда отношения между разными группами участников складываются заново.

Между тем нередки случаи, когда старший персонал ориентируется в своих действиях и решениях на работников ниже статусом, ситуативно доверяя им больше полномочий в силу того, что последние обладают практическим и зачастую неконвенциональным знанием о том, как решить конкретную проблему, например починить неработающее оборудование (Brown, Duguid 1991: 47). Здесь на стороне волонтеров был опыт использования и ремонта различного спасательного и медицинского оборудования, как это произошло с переносными кислородными баллонами и редукторами для них. После того как один из участников отряда самостоятельно устранил проблемы с работой редукторов, это оборудование, а вместе с ним и задача по доставке лежачих больных в кабинет рентгенологии полностью перешли к волонтерам.

Я просто помню очень хорошо момент, когда я первый раз прихожу в реанимацию за баллоном на КТ, по-моему... и такой прихожу, говорю: «А можно мне баллон?», там сидит Д. (врач — А.Н.), по-моему, но я тогда не знал, что он Д., он поднимает на меня глаза и говорит: «А вы кто?». Я говорю: «Волонтер!», и он такой: «А ну вам все можно...» — и отворачивается в копи опять.

Здесь информант подчеркивает, что для него значим не только сам факт признания его полноправным участником, но и рутинный характер того, как это признание было высказано. Доктор поговорил с ним без видимых проблем и заминок, как с постоянным сотрудником больницы, и отвернулся обратно к компьютеру.

Материальные объекты в больнице

Из последнего примера видно, что в работе с границами важную роль играют объекты материального мира, населяющие больницу. Материальные объекты интересны прежде всего как объекты, аккумулирующие в себе смыслы и практики, и как узлы, вокруг которых строится социальное взаимодействие. Кислородный баллон с редуктором, кислородная магистраль, пульсоксиметр, СРАР¹, глюкометр, СИЗ (средство индивидуальной защиты) и СИЗОД (средство индивидуальной защиты органов дыхания) — все эти объекты больничной инфраструктуры задействованы в работе с границами, осуществляемой волонтерами и другими участниками больничного сообщества, в том числе пациентами. Примером объекта, влияние которого на границы участия достаточно очевидно, — пульсоксиметр. В начале дежурства волонтеры получили из реанимации в свое распоряжение два высокоточных прибора с внешними датчиками, в то время как большинство работников в отделениях пользовались дешевыми, «китайскими» пальцевыми пульсоксиметрами. Последние менее точны в измерении сатурации и, что важно, менее «солидно выглядят» по словам некоторых пациентов, для которых ежедневная процедура пульсоксиметрии стала одним из немногих обнадёживающих повседневных ритуалов общения с медработниками. При взаимодействии в присутствии пациента врачи с отделений часто просили волонтеров «перемерить сатурацию», «померить ее несколько раз в разных условиях» (т.е. в положении лежа, сидя, в прон-позиции), ссылаясь на то, что «ваш прибор точнее». Получилось, что такие пульсоксиметры стали средством преодолеть неоднозначный статус волонтеров в больнице и дать их участие дополнительную легитимацию. В приведенном ниже примере показано, как объект-СИЗ и объект-пульсоксиметр способствуют ситуации, в которой границы кардинально смещаются:

...было несколько анекдотичных ситуаций, когда из-за того, что у нас на спине ж ... просто имена писали, вот мы соответственно

¹ СРАР (СИПАП; Constant Positive Airway Pressure) — портативный компрессор, используемый для искусственной вентиляции легких постоянным положительным давлением.

с реанимационными аппаратами на шее и вот этим нашим списком мерили людям сатурацию и т.д., они (врачи на отделении. — А.Н.) воспринимали нас как реаниматологов, вот... соответственно мы стоим, кому-то меряешь, к тебе врач в это время заходит и говорит, вот у нас вот этот пациент, у него значит такие-то показания, поступил вчера, у него анализы, значит, креатинин такой-то, а ты стоишь и, знаешь, пытаешься... и с каждой секундой ты понимаешь, что он все глубже и глубже уходит, и ты, ну, как бы, останавливать его уже все менее и менее имеет смысл, и в общем, конечно, да, я конечно не реанимация, я тут так просто... потому что, как бы, уронишь чужое лицо.

Здесь сыграло роль неразличение, благодаря которому волонтер был принят за врача реанимации. Однако и явные визуальные отличия волонтеров от остального медперсонала также обеспечивали участникам отряда легитимное участие. Помимо больничных объектов были и те, которые отряд привнес в больницу из своего, спасательского мира. Полнолицевые маски, широкие «армейские» пояса, складные санитарные ножницы и коротковолновые рации — экипировка, характерная для «экстремальных» видов спасательной работы: некоторые полнолицевые маски совместимы с пожарными дыхательными аппаратами, а санитарные ножницы часто используются при работе с ДТП. Эти предметы в итоге оказались спонтанными маркерами отличия: если врачи и медсестры в отделениях терапии носили обычные медицинские респираторы, то волонтеры появлялись в отделениях в полнолицевых противогазах и экипированных рациями — «серьезные мужчины», «серьезные спасатели», как называли нас некоторые медсестры, несмотря на то что с середины первой волны по крайней мере половина дежуривших волонтеров были женщины. «Серьезный», маскулинный стиль, в котором представляли многие члены отряда, стал своеобразной отличительной чертой волонтеров, но при этом и способствовал дополнительной легитимации их участия. На этот раз не через слияние с другими участниками в рутинной работе, а через различение.

В исследованиях связанных с границами в сообществах практик выделяется специфический тип объектов — пограничные (boundary objects). Это объекты, которые находятся на границе пересекающихся сообществ, одновременно являясь маркерами, которые проводят границы, и теми объектами, которые позволяют разным группам работать вместе, даже если они не обладают коллективно разделяемым знанием по поводу того, как работает данный объект (Star, Griesmer 1989: 393; Star 2010). Например,

исследование С. Барни показывает, как установка и применение компьютерных томографов в 1980-е годы в США повлияли на распределение полномочий и социальные отношения в целом между разными типами сотрудников в отделении рентгенологии в зависимости от их опыта, образования, знакомства с разными типами приборов и т.д. (Barney 1986). Пограничный объект также социологически интересен как совокупность правил, интерпретаций и практик, при этом он необязательно должен быть осязаемым — пограничным объектом может быть научная теория или метод. Описанную выше прон-позицию можно рассматривать как пограничный объект, так как при всей кажущейся простоте она предполагает наличие у исполнителя конкретного кодифицированного знания (анатомии и физиологии человека, а также методов терапии легочных заболеваний).

Примером пограничного объекта в моем случае может являться СРАР — прибор достаточно простой в настройке и использовании, при этом требующий научных знаний в области функционирования и терапии дыхательных путей и легких. По словам сотрудников реанимации, СРАР — это промежуточная стадия между кислородной магистралью, которая есть во всех палатах отделений терапии, и аппаратом искусственной вентиляции легких, который есть только в реанимации. Аппараты СРАР также были собственностью отделения реанимации и стали повсеместно использоваться в отделениях терапии зачастую без инструктажа в каких случаях необходимо их использовать. Здесь, как и в случае с прон-позицией, в переговорах реаниматологов и волонтеров по поводу того, что делать в ситуации, когда врачи отделений настаивают на неправильном использовании СРАР, возникает ситуация неопределенности, когда никто не предпринимает никаких действий: объект продолжает работать, и у всех участников, кажется, есть консенсус по поводу того, для чего этот объект нужен, но любые дискуссии по поводу этого объекта приостановлены, «чтобы лишний раз не вызывать агрессию врачей».

Как будет показано далее, материальная инфраструктура больницы, приборы, инструменты и техники работы с пациентами не только участвуют в том, как происходит обучение тем или иным навыкам, но и влияют на доступ к обучению и выстраивают собственные границы практик, определяя, какие навыки будут считаться приоритетными.

Доступ к практикам и стратификация навыков

Обучение считается значимым мотивом волонтерского участия (Hustinx, Lammertyn 2003; Hustinx et al. 2010; Duguid et al. 2013: 7). Интен-

ция к обучению может рассматриваться как приобретение культурного и социального капитала (Wilson, Musick 1997) или как часть организационной культуры (Alversson 2013: 126–132; Scott 2014: 136–139), в которой получение или изобретение уникальных навыков является способом занять определенную нишу среди других организаций, работающих в данной сфере. В свою очередь, ситуативное обучение неотделимо от работы в сообществе практик — передача/получение навыков, работа, теоретическое и практическое знание здесь объединены в непрерывном процессе воспроизводства сообщества практик. Такая постановка вопроса позволяет уйти от рассуждений о «внутренней мотивации» волонтеров и попытаться понять, чем обусловлена та своеобразная иерархия навыков, которым они хотят обучиться исходя из своих представлений о значимости тех или иных практик в больничной работе.

При наличии формальных и символических границ сам процесс обучения обычно представляет собой проблему: поскольку во время поступления волонтеров в медицинское учреждение, интенция обучаться чему-либо вслух не заявляется, волонтерам приходится ждать, показывать себя с лучшей стороны и «ловить шансы», чтобы освоить какой-то новый навык (Serrano Velarde 2020: 10). Следует пояснить, что как переговоры, так и обучение больничным практикам могут проходить скрытым образом (Apeosa-Varano 2013:331), без необходимости проговаривать просьбу, например, посмотреть, как проводится та или иная медицинская манипуляция. Иногда достаточно того, что врач просто перестает обращать внимание на оставшегося в палате и наблюдающего волонтера.

В моем случае некоторые медработники играли роль своеобразных «проводников», которые сопровождают волонтера в его «исследовании» больничного сообщества практик:

Д. рассказывал, что у них есть, то есть давал потрогать дефибрилляторы, лукасы¹ и прочую технику, были сестры, которые давали что-то не особенно ответственное поделать руками, их мало было, основная часть не соглашалась на такие истории, говорила отвалите, подвиньтесь, мы тут все сами делаем, а вы тут своими кривыми ручками... а был народ, который реально был готов рассказывать, обучать, и это вот прям интересно было, там буквально штучные экземпляры, это вот двое, медбрат и медсестра.

¹ Очевидно, имеется в виду «Lucas-2» — аппарат для непрямого массажа сердца.

Информанты объясняли сложившуюся практику тем, что медработники увлечены своей работой и рады, когда кто-то еще ею интересуется. Однако они же отмечают, что после второй волны пандемии в отделении реанимации сменилось руководство и это сказалось на отношениях между медработниками и волонтерами: взаимодействие и обучение стали более редкими, фрагментарными, врачи перестали проявлять инициативу. Информанты объясняют это тем, что предыдущее руководство реанимации было ориентировано на «затратный подход». Эти врачи были уверены в важности полного и постоянного мониторинга состояния всех пациентов больницы, который осуществляли волонтеры. В новых для себя условиях пандемии они рефлексировали над новыми методами диагностики и лечения пациентов (например, самостоятельно из подручных материалов делались специальные плотные подушки для прон-позиции). В свою очередь, приход нового руководства совпал с сокращением числа коек, отведенных под коронавирусных больных, относительной разгрузкой больницы и постепенным отказом от принятых практик. Вместе с этим (а также в связи с уходом «проводников») возможностей для участия в обучении у волонтеров стало гораздо меньше.

Говоря с информантами о том, какие навыки им были наиболее интересны и что они стремились освоить в первую очередь, я обнаружил противоречие между теми возможностями участия, которые доступны волонтерам с учетом законодательства и доступа к отдельным видам работ, с одной стороны, и их интенциями к обучению — с другой. В целом исследования, в которых изучаются взаимодействия разных профессиональных групп в больнице, часто фокусируются на двух видах труда (и соответственно двух видах знания): труде лечения, основанном на кодифицированном знании, и труде заботы, основанном на практическом участии (*curing vs caring* /Apesoa-Varano 2013:329/). В этом разделении труда символические границы повторяют формальные — труд лечения считается более квалифицированным, ответственным и находится выше в организационной иерархии, чем труд заботы. Интересно здесь то, что в приоритете у волонтеров оказались навыки, которые можно условно назвать «жесткие навыки» (*hard skills*): манипуляции с пациентом (прон-позиция, транспортировка), работа с медицинским оборудованием (например, с аппаратом компьютерной томографии), ситуативный анализ состояния пациента, наблюдение за простыми инвазивными операциями наподобие введения воздуховода. Гораздо реже говорилось об опыте общения с пациентами, преодоления негативных эмоций (брезгливости, страха), а также о навыках заботы. То есть, несмотря на то что на труд волонтеров законодательно и ситуативно наложены существенные огра-

ничения в плане медицинских манипуляций¹ и, казалось бы, заботящийся труд является более насущной необходимостью, волонтеры все равно считают более значимыми «жесткие навыки», чем, например, навыки психологической и эмоциональной работы с пациентом. С одной стороны, спасательная работа в том виде, в каком ей обучают в отряде (и на большинстве курсов первой помощи) требует доведенного до автоматизма владения «жесткими» навыками, и такую диспозицию волонтеров можно считать следствием их предыдущего обучения спасательной работе. При этом даже те практики, которые принято относить к заботящемуся труду, некоторые волонтеры описывают в терминах «жестких навыков». В нижеприведенной цитате беседа с пациентом представлена как «контроль состояния пострадавшего методом поддерживания беседы»:

На дежурствах чему я научилась... научилась распознавать сниженный уровень сознания, работать с кислородом, перекладке, контроль состояния пострадавшего методом поддерживания беседы, ну работа с пульсоксиметром, что там, там ничего сложного нет, вот ну некоторые коммуникационные навыки, то есть объяснение, объяснение людям зачем им надо перевернуться на живот.

С другой стороны, это наблюдение позволяет предположить, что возможные символические границы для волонтеров прочерчиваются по линии научного знания и навыков работы с оборудованием, а не по линии эмоционального труда и заботы. Те навыки, которые интересовали волонтеров, также ассоциировались с большей ответственностью, вариативностью в принятии решений, оптимизацией работы:

Вопрос-то в том, в качестве кого ты идешь... в качестве человека, который единственное что может, не отступая от бумажки, делать только две, грубо говоря, операции и больше не можешь делать ничего, ну а если ты идешь как человек, который претендует на что-то большее, на человека, который есть какие-то курсы за плечами, который хочет по медицине что-то понимать, то это другое, вот моя задача, как я себя видел, это было попасть во вторую категорию

¹ Первая помощь в РФ регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». В приказе перечислены мероприятия, допустимые при оказании первой помощи. Из перечня исключены любые инвазивные операции.

и не быть первой, не хотелось ограничиваться только какими-то базовыми операциями, больше их расширить...

То, чему люди учатся, определяется теми обстоятельствами, в которых они учатся (Brown, Duguid, 1991: 48). Сказанное выше вовсе не значит, что волонтеры пренебрегали эмоциональным трудом в своей практике. Например, идея использовать бейджи с фотографиями медработников и волонтеров, взятыми из их повседневной жизни, чтобы показать облаченных в белые костюмы и маски медработников «более человечными к пациентам», изначально исходила от волонтеров. То, что в моих интервью и дневниках гораздо больше рассуждений о том, как позиционировать стол в компьютерном томографе, чем о том, как приободрить пациента, я связываю прежде всего с тем, что волонтеры в основном работали с отделениями реанимации и рентгенологии, а эта позиция предполагала постоянное взаимодействие со специфической материальной инфраструктурой и технологиями больницы.

Проблема трансфера знания

Осталось обсудить, каким образом навыки, полученные в специфических условиях больницы и пандемии, могут быть перенесены и адаптированы под нужды организации, занимающейся поисково-спасательной работой, т.е. как такая организация будет обучаться. Я рассматриваю организационное обучение не как сумму приобретенных навыков ее индивидуальных участников, как было принято в ранней организационной теории (см., например: March, Olsen 1975), а как коллективный процесс обсуждения, изобретения и адаптации новых знаний в уже имеющиеся практики организации (Cook, Yanow 1991). Кроме того, под обучением зачастую подразумевается позитивное накопление знания, подразумевающее логику «узнал больше — стал лучше, эффективнее, производительнее и т.п.». Однако обучение может включать не только приобретение новых знаний и появление новых практик, но и возникновение новых проблем, конфликтов (как «креативных тренировок», так и эпизодов внутриорганизационной конкуренции за ресурсы, значимость и т.д.), а также необходимости пересмотра принятых ранее правил и практик. С одной стороны, для волонтерских организаций в данной сфере крайне важно приобретение, поддержание и демонстрация компетенций, позволяющих претендовать на роль полноправных участников спасательной работы. С другой стороны, обучение вовсе не обязательно ведет к росту эффективности организации (что бы ни понималось в каждом конкретном случае под эффективностью).

Одной из проблем здесь является так называемый трансфер знания. Поскольку обучение ситуативно и зависимо от контекста, также зависимо от него и приобретаемое знание (Wenger 1998: 109). Оно чаще всего может быть использовано только в том же контексте. Некоторые волонтеры пытались обосновать его полезность и значимость для поисково-спасательной работы. Прямой трансфер знания оказался проблематичным, поэтому участники организации, скорее рассматривали эту работу как тренировку в полевых условиях, как видно из текста одного из волонтеров, призывающего остальных участников отряда присоединиться к работе в больнице:

Коллеги, которые интересуются первой помощью и парамедициной и при этом имеют недостаток практического опыта: вам сюда. После нескольких смен у вас не останется вопросов типа «что такое “общее впечатление”?», «как выглядят признаки дыхательного дефицита?», «что такое сниженный уровень сознания?»

В данной цитате интересно то, что ее автор, судя по всему, переводит полученный в больнице опыт в более привычную ему терминологию первой помощи и парамедицины, принятую на Западе, используя, например, термин «общее впечатление». Дело в том, что в отряде для обучения волонтеров первой помощи используются расширенные программы, построенные по западным стандартам, например по стандарту ITLS¹. Здесь «общее впечатление» (general impression) — это общепринятый термин, означающий первичную оценку состояния пострадавшего, на которой строится последующий анализ. Схожим термином в практике российского здравоохранения является «клиническая оценка состояния».

Другим способом трансфера знания является сборка алгоритмов. Алгоритмы можно рассматривать как устойчивые последовательности задач, обладающие предписывающей и рационализирующей силой по отношению к действию (Beer 2016). Алгоритмы — наиболее распространенная форма предписания и обучения в сообществах практик, связанных с первой помощью и парамедициной (Johnston, Acker 2016). В этих сферах алгоритмы представляют собой стандартизованную последовательность простых процедур, целью которых, помимо обеспечения собственной безопасности и безопасности пострадавшего, является своеобразная

¹ International Trauma Life Support — американская некоммерческая организация и одноименный международный стандарт оказания догоспитальной первой помощи.

экономия тела и манипуляций, сходная с тем, как описывает овладение техниками тела Мосс: воспитание хладнокровия (*composure*) и избавление от лишних движений (Mauss 1973: 86). Алгоритмы, используемые отрядом и другими схожими организациями, берутся как из российских, так и из западных стандартов первой помощи, при этом логика алгоритма распространяется и на другие сферы работы отряда, включая самые неожиданные ситуации. Например, расспрашивая медработников о работе с пациентами, один из спасателей формулирует вопрос следующим образом:

Инф. (волонтер) *...то есть есть механизм отличить тех, кто капризничает, от тех, кого реально не стоит переворачивать, да?*

Инф. (медсестра) *Его реально нет, механизма.*

Те из моих информантов, кто принимал решение об участии отряда в работе больницы, говорили, что обсуждение сопровождалось выработкой собственных «алгоритмов безопасности» на основе уже имевшихся к моменту первой волны протоколов ВОЗ и других международных организаций. Однако следующий пример показывает, как волонтеры сами творчески и в течение определенного времени «собирают» алгоритм безопасности на основе наблюдений за действиями медработников и консультаций с ними. Этот алгоритм был выработан для волонтерской пожарной бригады (являющейся частью отряда), которая не участвовала в работе в больнице, но занималась доставкой коронавирусных пациентов в больницы:

Понимаешь, мы же передавали еще [в пожарную дружину], а у них этого ничего не было... нам это все объясняли, если помнишь, стояли девушки [медсестры в больнице] и постоянно контролировали нас на первой волне, потому что [мы] постоянно пытались तो забыть перчатки, то маску одеть сверху... костюма, а потом начинались проблемы, что надо снимать костюм, а маска сверху, а маска снимается после, а ее на капюшон некоторые одевали... и мы опять-таки все это передавали [пожарным], чтобы они правильно все делали, вплоть до того, что... мы... когда закупили эти костюмы, мы приехали... и просто... вместе одели костюмы, посмотрели, как в них, как что, как это потом снимать... все это проверяли еще изначально.

Информант здесь описывает ситуацию, на которую часто указывают исследователи ситуативного обучения, — новые теории, методы и прак-

тики рождаются на границах (Contu 2014; Wenger 1998). Проблема трансфера знаний и практик здесь решается не с помощью простого переноса, а как сборка новых способов работы, осуществляемая в процессе периферийного участия, наблюдения и анализа имеющихся медицинских практик.

Заключение

В рассмотренном случае работа и обучение волонтеров в больнице представлены как легитимное периферийное участие. Сerrано Веларде следующим образом суммирует те способы, которыми волонтеры в больнице учатся пересекать границы своих формальных ролей, создавая возможности для повышения собственных навыков: они делают это мобилизуя ресурсы, ведя переговоры по поводу возможностей участия в работе сообщества и находя пути для преодоления барьеров к участию [Serrano Velarde 2020: 5]. К этому следует добавить, что ситуация в больницах, возникшая с началом пандемии, стала благоприятным фактором для появления таких шансов не только в силу своей чрезвычайности, но и в силу того, что в новых условиях изменилась и сама больничная рутина за счет появления новых организационных практик и методов работы с пациентами. При этом для самих волонтеров участие было проблематичным. Дело здесь не только в разнице в формальном статусе между добровольцами и профессионалами, но и в темпоральных особенностях участия этих двух групп: волонтеры прежде всего старались встроиться в рутину больничной работы. Однако даже при соблюдении этих правил расширение границ волонтерского участия и обучения не обходятся без «проводников» со стороны медперсонала.

Говоря о практиках обучения, которые я наблюдал в больнице, стоит еще раз обратить внимание на то, что они были ориентированы на получение кодифицированного и практического знания, выходящего за рамки компетенций и полномочий волонтера. То, что у волонтеров есть такая интенция и они четко ее артикулируют, можно рассматривать не просто как интерес к овладению сложными технологиями и «продвинутым» медицинским знанием, а как своеобразную повседневную «социологическую» интуицию по поводу того, какое знание более престижно и, следовательно, желательно.

Примеры трансфера знания из больницы в отряд показывают, как знания и навыки, полученные в рамках одного сообщества, изменяются и превращаются в предписывающие алгоритмы другого. Вероятно, большая часть уже имеющихся алгоритмов и практик в отряде представляют

собой не просто уже готовые методики спасательной работы, взятые у профессиональных спасателей. Это также результат похожей работы, связанной с участием в смежных сообществах практик (например, промышленный альпинизм, арбористика, туризм), наблюдением, анализом и адаптацией этих практик под собственные нужды.

Мое исследование касается работы гражданской организации и практик волонтеров в условиях совместной работы с профессионалами. Я не рассматриваю обратную сторону — то, как профессиональные спасатели, пожарные или медработники относятся к участию волонтеров и какое обратное влияние волонтеры оказывают на профессионалов. Этнографическое исследование подобного обратного влияния в сферах, связанных с чрезвычайными или медицинскими службами, неизбежно столкнулось бы с ограничениями в доступе к полю.

Тем не мене, можно говорить о том, что в таком взаимодействии волонтеры выступают не только в роли учеников. В исследованиях сообществ практик обучение часто рассматривается как ученичество (apprenticeship) — и как метафора, и как этнографический пример (Lave, Wenger 1991). Это обозначение неявно продолжает указывать на пассивную роль ученика. В дальнейшем ряд исследований показали проблематичность такого подхода: ученики, обучаясь, актуализируют знания старожил (Brooks et al. 2020), ставят под сомнение релевантность этих знаний и иерархию в сообществах практик, привносят знания, полученные в других сообществах (Roberts 2006; Smith 2003). Если рассматривать государственные организации в терминах легитимного периферийного участия, то можно предположить, что практики новичков или других внешних участников будут оказывать влияние на практики этих организаций несмотря на формальные границы.

Выражение благодарности

Исследование выполнено в рамках проекта «Волонтерство в чрезвычайных ситуациях как ответ на природные и техногенные вызовы в России», поддержанного РФФ, грант № 19-78-10052.

Литература

Вятчина М.В. (2022) О больничной этнографии и возрастающем пациентском неравенстве. *Антропологический форум*, 52: 27–31.

Клепикова А.А. (2011) Добровольцы благотворительной организации в государственном учреждении для людей с тяжелой инвалидностью: конструкты волонтерства и профессионализма. *Журнал исследований социальной политики*, 9(3): 391–416.

Невский А.В. (2018) Добровольные спасатели в системе ликвидации ЧС в России: к вопросу о взаимодействии гражданских организаций и государства. *Власть и элиты*, 5: 562–589.

Allen D. (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health and Illness*, 19(4): 498–520.

Alvesson M. (2002) *Understanding organizational culture*. L.; Thousand Oaks, CA: Sage.

Anderson J., Reder L.M., Simon H.A. (1996) Situated learning and education. *Educational Researcher*, 25(4): 5–11.

Anderson L. (2006) Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4): 373–395.

Barnley S. (1986) Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, 31(1): 78–108.

Beer D. (2017) The social power of algorithms. *Information, Communication & Society*, 20(1): 1–13.

Brooks J., Gurgulis I., Cook H. Rethinking Situated Learning: Participation and Communities of Practice in the UK Fire and Rescue Service. *Work, Employment and Society*, 00(0): 1–17.

Brown J. S., Duguid P. (1991) Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation. *Organization Science*, 1(2): 47–56.

Cobb P., Bowers J. (1999) Cognitive and Situated Learning Perspectives in Theory and Practice. *Educational Researcher*, 28(2): 4–15.

Collin K. Sintonen T., Paloniemi S., Auvinen T. (2011) Work, power and learning in a risk filled occupation. *Management Learning*, 42(3): 301–318.

Contu A. (2014) On boundaries and difference: Communities of practice and power relations in creative work. *Management Learning*, 45(3): 289–316.

Contu A., Willmott H. (2003) Re-Embedding Situatedness: The Importance of Power Relations in Learning Theory. *Organization Science*, 14(3): 283–296.

Cook N., Yanow D. (1993) Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 4(2): 372–390.

Cox A. (2005) What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6): 527–540.

Creswell J. W., Poth C. (2018) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches. Fourth Edition*. L.; Thousand Oaks, CA: Sage.

Dagyan I. et al. (2021) Like Soldiers on the Front. A Qualitative Study Understanding the Frontline Healthcare Professionals' Experience of Treating and Caring for Patients with COVID-19. *BMC Health Services Research*, 21: 1–10.

DiMaggio P., Powell W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147–160.

Duguid F., Mündel K., Schugurensky D. (2013) Volunteer Work and Informal Learning: A Conceptual Discussion. In: Duguid, F., Mündel K., Schugurensky D. (eds.) *Volunteer Work, Informal Learning and Social Action*. Rotterdam: Sense Publishers: 17–36.

Fox J. (2006) “Notice How You Feel”: An Alternative to Detached Concern Among Hospice Volunteers. *Qualitative Health Research*, 16(7): 944–961.

Fox S. (2000) Communities of Practice, Foucault and Actor-Network Theory. *Journal of Management Studies*, 37(6): 853–868.

Goodwin D., Pope C., Mort M., Smith A. (2005) Access, boundaries and their effects: legitimate participation in anaesthesia. *Sociology of Health and Illness*, 27(6): 855–71.

Handley K., A Sturdy A., Fincham R., Clark T. (2006) Within and Beyond Communities of Practice: Making Sense of Learning Through Participation, Identity and Practice. *Journal of Management Studies*, 43(3): 641–653.

Hustinx L., Handy F., Cnaan R., Brudney J., Pessi A., Yamauchi N. (2010) Social and Cultural Origins of Motivations to Volunteer: A Comparison of University Students in Six Countries. *International Sociology*, 25(3): 349–82.

Hustinx L., Lammertyn F. (2003) Collective and Reflexive Styles of Volunteering. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 14(2): 167–87.

Johnston T., Acker J. (2016) Using a sociological approach to answering questions about paramedic professionalism and identity. *Australasian Journal of Paramedicine* 13(1): 1–8.

Kulmala M. (2011) Russian State and Civil Society in Interaction: An Ethnographic Approach. *Laboratorium*, 3(1): 51–83.

Lamont, M., Molnar V. (2002) The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology*, 28: 167–95.

Lave J., Wenger E. (1991) *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

March J. G., Olsen J. P. (1975) The Uncertainty of the Past: Organizational Learning Under Ambiguity. *European Journal of Political Research*, 3(2): 1947–1971.

Mauss M. (1973) Techniques of the body. *Economy and Society*, 2(1): 70–88.

Mellow M. (2007) Hospital Volunteers and Carework. *Canadian Review of Sociology*, 44(4): 451–467.

Nicolini D. (2012) *Practice Theory, Work and Organization*. Oxford: Oxford University Press.

Peterson A. L. (2014) A case for the use of autoethnography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1): 226–233.

Roberts J. (2006) Limits to Communities of Practice. *Journal of Management Studies*, 43(3): 623–639.

Romano Jr., N., Donovan C., Chen H., Nunamaker Jr. J. (2003) A Methodology for Analyzing Web-Based Qualitative Data. *Journal of Management Information Systems*, 19(4): 213–246.

Roose J. (2016) Social Movements and Neo-Institutionalism: A Fruitful Merger? In: Roose J. Dietz H. (eds.) *Social Theory and Social Movements. Mutual Inspirations*. Wiesbaden: Springer VS: 113–135.

Scott W.R. (2014) *Institutions and Organizations: Ideas, Interests and Identities. 4th edition*. N.Y.: Sage.

Serrano Velarde K. (2020) Informal learning in formal organizations: The case of volunteer learning in the hospital. *Current Sociology*, 68(4): 572–591.

Smith E. (2003). Ethos, Habitus and Situation for Learning: an ecology. *British Journal of Sociology of Education*, 24(4): 463–470.

Star S. L. (2010) This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology, & Human Values*, 35(5): 601–617.

Star S., Griesemer J. (1989) Institutional Ecology, ‘Translations’ and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science*, 19(3): 387–420.

Stein L.I. (1967) The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16: 699–703.

Wenger E. (1998) *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger-Trayner E., Wenger-Trayner B. (2015) Learning in a Landscape of Practice: A Framework. In: Wenger-Trayner E., Fenton-O’Creevy M., Hutchinson S., Kubiak C. Wenger-Trayner B. (eds). *Learning in Landscapes of Practice: Boundaries, Identity, and Knowledgeability in Practice-Based Learning*. N.Y.: Routledge: 13–29.

Wilson J., Musick M. (1997) Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work. *American Sociological Review*, 62(5): 694–713.

VOLUNTEERS IN THE RED ZONE: THE STUDY OF HOSPITAL LABOR IN THE SCOPE OF THE COVID-19 PANDEMIC RESPONSE

Andrei Nevskii (anevskij@gmail.com)

Institute of Sociology, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology,
Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Citation: Nevskii A. (2023) Volontery v «krasnoy zone»: issledovaniye bol’nichnogo truda v period pandemii COVID-19 [Volunteers in the red zone: the study of hospital labor in the scope of the COVID-19 pandemic response]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 26(1): 58–87 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2023.26.1.3>. EDN: JMSDZZ

Abstract. Based on the study of the cooperation between volunteers and the professional community of medical workers in the scope of the COVID-19 pandemic, a problem of interaction between civic and state organizations in the fields of healthcare and rescue work is discussed. These areas of activity are usually under strict regulation, with considerable barriers to volunteer participation, as the applicants are expected to have relevant professional training. However, existing research suggests, that in everyday interactions between volunteers and staff members within organizations, the erosion of these barriers can be observed, as volunteers get involved in the boundary work to circumvent formal restrictions and make their position more legitimate. Key points from the theory of situated learning are used to describe the practices of the volunteers in their routine work in the hospital during the pandemic. Participation of newcomers is seen as a gradual process of expansion of the boundaries of their participation through learning practices. Based on participant observation, interviews with volunteers, and analysis of the work chats, some features of this participation are described. In particular, the boundaries and boundary work take on increasing importance following the normalization and routinization of hospital life. The position of volunteers is being redefined, and they face the necessity to justify the legitimacy of their participation, which is not the case for the emergency phase of pandemic work. Also, the role of the material objects both volunteer-owned and hospital-based is discussed with the boundary work, namely how reflections on the boundaries and interactions with material objects shapes volunteers' ideas about which skills they want to obtain. In addition, the article discusses the ways in which acquired knowledge and skills are transferred from one community of practices to another and become shared practices of search and rescue work.

Keywords: volunteering, communities of practice, search and rescue, situated learning, COVID-19, pandemic.

Acknowledgements

The study was carried out within the framework of the project “Volunteering in emergency situations as a response to natural and man-made challenges in Russia”, supported by the Russian Science Foundation, grant no. 19-78-10052.

References

- Allen D. (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health and Illness*, 19(4): 498–520.
- Alvesson M. (2002) *Understanding organizational culture*. London; Thousand Oaks, CA: Sage.
- Anderson J., Reeder L. M., Simon H. A. (1996) Situated learning and education. *Educational Researcher*, 25(4): 5–11.
- Anderson L. (2006) Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35(4): 373–395.
- Barnley S. (1986) Technology as an Occasion for Structuring: Evidence from Observations of CT Scanners and the Social Order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, 31(1): 78–108.

Beer D. (2017) The social power of algorithms. *Information, Communication & Society*, 20(1): 1–13.

Brooks J., Gurgulis I., Cook H. Rethinking Situated Learning: Participation and Communities of Practice in the UK Fire and Rescue Service. *Work, Employment and Society*, 00(0): 1–17.

Brown J. S., Duguid P. (1991) Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning, and Innovation. *Organization Science*, 1(2): 47–56.

Cobb P., Bowers J. (1999) Cognitive and Situated Learning Perspectives in Theory and Practice. *Educational Researcher*, 28(2): 4–15.

Collin K., Sintonen T., Paloniemi S., Auvinen T. (2011) Work, power and learning in a risk filled occupation. *Management Learning*, 42(3): 301–318.

Contu A. (2014) On boundaries and difference: Communities of practice and power relations in creative work. *Management Learning*, 45(3): 289–316.

Contu A., Willmott H. (2003) Re-Embedding Situatedness: The Importance of Power Relations in Learning Theory. *Organization Science*, 14(3): 283–296.

Cook N., Yanow D. (1993) Culture and Organizational Learning. *Journal of Management Inquiry*, 4(2): 372–390.

Cox A. (2005). What are communities of practice? A comparative review of four seminal works. *Journal of Information Science*, 31(6): 527–540.

Creswell J.W., Poth C. (2018) *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches. Fourth Edition*. London; Thousand Oaks, CA: Sage.

Daygaran I. et al. (2021) Like Soldiers on the Front. A Qualitative Study Understanding the Frontline Healthcare Professionals' Experience of Treating and Caring for Patients with COVID–19. *BMC Health Services Research*, 21: 1–10.

DiMaggio P., Powell W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147–160.

Duguid F., Mündel K., Schugurensky D. (2013) Volunteer Work and Informal Learning: A Conceptual Discussion. In: Duguid, F., Mündel K., Schugurensky D. (eds.) *Volunteer Work, Informal Learning and Social Action*. Rotterdam: Sense Publishers: 17–36.

Fox J. (2006) “Notice How You Feel”: An Alternative to Detached Concern Among Hospice Volunteers. *Qualitative Health Research*, 16(7): 944–961.

Fox S. (2000) Communities of Practice, Foucault and Actor-Network Theory. *Journal of Management Studies*, 37(6): 853–868.

Goodwin D., Pope C., Mort M., Smith A. (2005) Access, boundaries and their effects: legitimate participation in anaesthesia. *Sociology of Health and Illness*, 27(6): 855–71.

Handley K., A Sturdy A., Fincham R., Clark T. (2006) Within and Beyond Communities of Practice: Making Sense of Learning Through Participation, Identity and Practice. *Journal of Management Studies*, 43(3): 641–653.

Hustinx L., Handy F., Cnaan R., Brudney J., Pessi A., Yamauchi N. (2010) Social and Cultural Origins of Motivations to Volunteer: A Comparison of University Students in Six Countries. *International Sociology*, 25(3): 349–82.

Hustinx L., Lammertyn F. (2003) Collective and Reflexive Styles of Volunteering. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 14(2): 167–87.

Johnston T., Acker J. (2016) Using a sociological approach to answering questions about paramedic professionalism and identity. *Australasian Journal of Paramedicine* 13(1): 1–8.

Klepikova A.A. (2011) Dobrovol'cy blagotvoritel'noj organizacii v gosudarstvennom uchrezhdenii dlya lyudej s tyazheloj invalidnost'yu: konstrukty volonterstva i profesionalizma [Volunteers of a charitable organization in a public institution for people with severe disabilities: constructs of volunteering and professionalism]. *Zhurnal issledovaniy social'noj politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 9(3): 391–416 (in Russian).

Kulmala M. (2011) Russian State and Civil Society in Interaction: An Ethnographic Approach. *Laboratorium*, 3(1): 51–83.

Lamont M., Molnar V. (2002) The Study of Boundaries in the Social Sciences. *Annual Review of Sociology*, 28: 167–95.

Lave J., Wenger E. (1991) *Situated Learning. Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: Cambridge University Press.

March J. G., Olsen J.P. (1975) The Uncertainty of the Past: Organizational Learning Under Ambiguity. *European Journal of Political Research*, 3(2): 1947–1971.

Mauss M. (1973) Techniques of the body. *Economy and Society*, 2(1): 70–88.

Mellow M. (2007) Hospital Volunteers and Carework. *Canadian Review of Sociology*, 44(4): 451–467.

Nevskii A.V. (2018) Dobrovol'nye spasateli v sisteme likvidacii ChS v Rossii: k voprosu o vzaimodejstvii grazhdanskikh organizacij i gosudarstva [Voluntary rescuers in the emergency response system in Russia: on the problem of interaction between civic organizations and the state]. *Vlast' i Elity* [Power and Elites], 5: 562–589 (in Russian).

Nicolini D. (2012) *Practice Theory, Work and Organization*. Oxford: Oxford University Press.

Peterson A. L. (2014) A case for the use of autoethnography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1): 226–233.

Roberts J. (2006) Limits to Communities of Practice. *Journal of Management Studies*, 43(3): 623–639.

Romano Jr, N., Donovan C., Chen H., Nunamaker Jr. J. (2003) A Methodology for Analyzing Web-Based Qualitative Data. *Journal of Management Information Systems*, 19(4): 213–246.

Roose J. (2016) Social Movements and Neo-Institutionalism: A Fruitful Merger? In: Roose J, Dietz H. (eds.) *Social Theory and Social Movements. Mutual Inspirations*. Wiesbaden: Springer VS: 113–135.

Scott W.R. (2014) *Institutions and Organizations: Ideas, Interests and Identities. 4th edition*. New York: Sage Publishers.

Serrano Velarde K. (2020) Informal learning in formal organizations: The case of volunteer learning in the hospital. *Current Sociology*, 68(4): 572–591.

Smith E. (2003). Ethos, Habitus and Situation for Learning: an ecology. *British Journal of Sociology of Education*. 24(4): 463–470.

Star S.L. (2010) This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology, & Human Values*, 35(5): 601–617.

Star S., Griesemer J. (1989) Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. *Social Studies of Science*, 19(3): 387–420.

Stein L.I. (1967) The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16: 699–703.

Vyatchina M.V. (2022) O bol'nichnoj etnografii i vozrastayushchem patientskom neravenstve [The Ethnography of Medical Facility and Growing Patient Inequality]. *Antropologicheskij forum* [Anthropological Forum], 52: 27–31 (in Russian).

Wenger E. (1998) *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wenger-Trayner, E., Wenger-Trayner B. (2015) Learning in a Landscape of Practice: A Framework. In: Wenger-Trayner E., Fenton-O'Creevy M., Hutchinson S., Kubiak C. Wenger-Trayner B. (eds). *Learning in Landscapes of Practice: Boundaries, Identity, and Knowledgeability in Practice-Based Learning*. New York: Routledge: 13–29.

Wilson J., Musick M. (1997) Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work. *American Sociological Review*, 62(5): 694–713.