

СОЦИОЛОГИЯ ПРОФЕССИЙ

ПРОБЛЕМА ПОДДЕРЖАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОРЯДКА В СИТУАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ (НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО СООБЩЕСТВА)

Елена Сергеевна Богомягкова (elfrolova@yandex.ru),
Кирилл Александрович Иващенко

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цитирование: Богомягкова Е.С., Иващенко К.А. (2019) Проблема поддержания социального порядка в ситуации организационных изменений (на примере медицинского сообщества). *Журнал социологии и социальной антропологии*, 22(1): 66–89. <https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.1.4>

Аннотация. Рассматривается проблема поддержания социального порядка в ситуации организационных изменений на примере одного из подразделений медицинского учреждения военного профиля. Столкнувшись с необходимостью разделения на две части, одна из которых переместилась на базу гражданской клиники, а вторая — на другую площадку той же организации, коллектив оказался в ситуации адаптации к новым условиям и правилам работы. Исследовательский интерес представляли субкультура конкретной профессиональной группы, а также результаты «поломки» социального порядка и способы его восстановления, предпринимаемые специалистами на новом рабочем месте. В качестве теоретической рамки исследования использовались разработанные в социологии и социальной антропологии представления об организационной и профессиональной культурах, а также концепция социального порядка Г. Гарфинкеля, реконструированная А. Корбутом. Эмпирическую базу составили интервью с девятью специалистами операционного блока, взятые как до, так и после организационных изменений. В результате были сформулированы выводы о специфике субкультуры данного профессионального сообщества. Используя в качестве одной из ключевых метафор при описании рабочего места образ «дома», медики отмечали некие заведенные «правила» жизни и поведения в коллективе, которые не поддаются рефлексии и логическому осмыслению и которые оказались эксплицированными в результате организационных изменений. Основное отличие нового места работы от старого заключается в переходе от «режима повседневности» на «режим осознанности» — привычные действия и технологии работы потеряли характер естественности и «нормальности». Было выделено несколько аспектов «работы» медиков по восстановлению социального порядка: 1) поддержание связей с другими частями коллектива и межличностной коммуникации внутри коллектива; 2) проведение ежедневных конференций и внимание к рабочему месту и пространству; 3) следование приметам, соблюдение традиций и ритуалов; 4) восстановление привычных технологий работы. Таким обра-

зом, был сделан вывод о том, что в своей повседневной деятельности специалисты ориентируются не на заданные извне (медицинским образованием, регламентирующими документами, протоколами) нормы, а на ситуативную и локальную «нормальность» действий коллег, которая обеспечивает предсказуемость и понятность взаимодействия и конституирует социальный порядок.

Ключевые слова: профессиональное сообщество, медицинское сообщество, социальный порядок, медицинская культура, профессиональная культура, интервью.

Введение

В последние десятилетия в российской социальной антропологии наблюдается всплеск интереса к изучению профессиональных культур и профессиональных сообществ (Агеева 2013; Романов, Ярская-Смирнова 2008; 2009; Щепанская 2011; Ярская-Смирнова, Романов 2008). Медицинское сообщество также не остается в стороне от исследовательского интереса (Бутвиловский и др. 2013; Дудина, Коробенкова 2011, Жарова 2011; Пацеева 2014; Симонова, Ядрова 2013; Хьюз 2009; Чирикова 2013), поскольку обладает ярко выраженными особенностями: специализированным знанием о здоровье и болезни, основанным на научной рациональности, и его отличием от обыденных представлений, профессиональной этикой, регулирующей взаимоотношения врача и пациента, материальными и символическими атрибутами и т.д. Проблематика функционирования современных медицинских сообществ в различных организационных контекстах широко обсуждается и на страницах зарубежных изданий (Callen, Braithwaite, Westbrook 2009; Correia 2017; Gokce, Guney, Katrinli 2014; Morgan, Ogbonna 2008; Szeptuch 2016). Общие черты, свойственные культуре всех медицинских работников, во многом формируются благодаря медицинскому образованию, которое является важным «хранилищем» профессиональной культуры (Хьюз 2012).

Однако в каждом лечебном учреждении возникает свой специфический социальный порядок, который складывается на основе следования формальным нормам, с одной стороны, а с другой — в результате возникновения неформальных коммуникаций как внутри организации, так и с пациентами, ритуалов, традиций, специфических технологий работы, которые становятся «правильным поведением» — образцом того, «вот как мы здесь делаем дела» (Ярская-Смирнова, Романов 2008). Социальный порядок обеспечивает согласие в работе специалистов и их взаимодействии с больными, предсказуемость и понятность своих действий и действий коллег. Как формальные, так и неформальные нормы играют важную роль в ежедневном приведении многочисленных взаимодействий внутри лечебного учреждения к определенному порядку, который ощу-

щается всеми членами сообщества: специалистами, обслуживающим персоналом, пациентами и т.д. «Правила» действия, его конституирующие, не рефлексированы участниками, а чаще выступают как само собой разумеющиеся, привычные способы работы. Только специфические ситуации, которые выходят за рамки рутинного, повседневного хода событий, способны эксплицировать эти негласные «правила» действия и коммуникации. Такими обстоятельствами могут стать и структурные организационные изменения.

В фокусе нашего внимания оказалось сообщество медиков одного из подразделений медицинского учреждения военного профиля, которое в результате плановой капитальной реконструкции было вынуждено разделиться и переехать на базы других лечебных учреждений. Процесс организационных изменений спровоцировал «поломку» сложившегося порядка внутри подразделения и, как лакмусовая бумага, позволил проявить некоторые элементы организационной субкультуры. Исследовательский интерес представляют участвующие в поддержании и конституировании социального порядка элементы организационной культуры медицинского сообщества, а также повседневные практики, которые оказались наиболее значимыми и уязвимыми в процессе изменений.

Теоретическая рамка исследования

Мы анализируем коллектив исследуемого подразделения как специфическое профессиональное сообщество (*occupational community*), «объединяющее индивидов, связанных близостью позиций в разделении труда и сходством осуществляемой ими трудовой деятельности» (Гадея 2011: 24). Коллектив является общностью, «которая рассматривает себя как группу людей, вовлеченных в один и тот же вид деятельности; группу, которая идентифицирует себя (более или менее) со своей работой; группу, которая разделяет одни и те же ценности и нормы, и чьи социальные взаимоотношения “сливаются” в рамках понятий “работа” и “досуг”» (Maanen, Barley 1984: 295). Несмотря на то что исследуемое медицинское сообщество неоднородно, включает и врачей, и медицинских сестер, а также другой персонал, его членов объединяют специфическое профессиональное знание (о пациентах, здоровье, способах лечения и т.д.), система разделяемых символов (Щепанская 2011) и общий порядок, свойственный данной организации (технологии подготовки и проведения операций, практики лечения и ухода за пациентами, формальная и неформальная коммуникации между сотрудниками, особенности иерархии и т.д.).

Анализ опирается, с одной стороны, на потенциал исследований организационной и профессиональной культур, а с другой — на представ-

ления о социальном порядке, характерные для этнометодологии Г. Гарфинкеля (Гарфинкель 2007). Под организационной культурой обычно понимают «систему разделяемых ценностей и убеждений, которые взаимодействуют с людьми внутри компании, структурой самой организации и при этом контролируют саму систему, продуцирующую поведенческие нормы» (Odom, Voxx, Dunn 1990: 158).

А. Страусс, обращаясь к анализу профессиональной субкультуры клиники, определял ее как «процесс непрерывно организуемого договорного порядка», в котором большое значение имеют как формальная, так и неформальная сферы организации — «специалисты, обслуживающий персонал и пациенты ощущали порядок, поскольку ежедневно достигалось согласие относительно индивидуального лечения и ухода; эти договоренности становились привычными образцами взаимопонимания сотрудников» (цит. по: Ярская-Смирнова, Романов 2008: 34–35). Таким образом, в каждой организации, помимо разделяемых сотрудниками ценностей профессиональной культуры, складывается определенный социальный порядок, который задает «нормальные» способы поведения, воспроизводится как последовательность действий, основанная на повседневных конститутивных ожиданиях» (Корбут 2013: 81).

Согласно этнометодологическим воззрениям Г. Гарфинкеля, реконструированным А. Корбутом, социальный порядок реализуется в практических действиях, которые: 1) повседневны, обыденны, само собой понимаются и 2) стабильны, повторяемы, воспроизводимы (Корбут 2013: 78). Социальный порядок проявляет себя через практики и может быть воссоздан через анализ повседневных действий, которые воспринимаются акторами не столько в качестве нормативных (следующих тем или иным нормам и стандартам, как правило, заданным извне), сколько в качестве «нормальных», т.е. соответствующих ожиданиям участников взаимодействия в наличной ситуации. Практики выступают как обыденные, само собой понимающиеся, искусные способы производства социального порядка и относятся не только к ситуациям взаимодействия, но и к реализации рабочих функций. «Порядок приобретает свойство стабильности и воспроизводимости лишь в той мере, в какой производятся и воспроизводятся конкретные ситуации деятельности» (Там же: 78), и в этом смысле является ситуационным, локальным феноменом.

Мы полагаем, что в исследуемом сообществе сложился определенный социальный порядок, обеспечивающий предсказуемость, понятность и «нормальность» повседневных действий и взаимодействий персонала. В результате организационных изменений этот порядок подвергся трансформациям. В ходе эмпирического исследования мы стремились получить

новое знание, во-первых, о субкультуре конкретной профессиональной группы, во-вторых, о том, что происходит с социальным порядком в ситуации организационных изменений и, в-третьих, выявить и описать «поломки» социального порядка и способы его восстановления, предпринимаемые специалистами.

Дизайн эмпирического исследования

Наше внимание было сконцентрировано на одном из подразделений медицинского учреждения военного профиля. Для обеспечения конфиденциальности полученной информации и анонимности участников исследования полное название организации не приводится. Однако важно обозначить некоторые особенности исследуемого учреждения: оно имеет военную специфику и оказывает помощь в первую очередь пенсионерам Министерства обороны, военнослужащим и членам их семей, проживающим на территории России, а также гражданским жителям по системе обязательного медицинского страхования и выполняет помимо лечебной и образовательные функции. Здесь проходят обучение военные врачи для работы в «горячих» точках и в сложных полевых условиях. Подразделение организации, оказавшееся в фокусе нашего внимания, относится к сердечно-сосудистой хирургии, а сотрудники занимаются подготовкой и проведением операций.

Коллектив изучаемого подразделения состоит из медсестер разных профилей (операционные, медсестры-анестезистки, перевязочные, сестры-хозяйки) и врачей (хирурги, анестезиологи). В обязанности медсестер входит подготовка операционной к проведению хирургических вмешательств и ассистирование хирургам на операции. Врачи занимаются ведением пациентов, подготовкой и проведением операций и послеоперационным уходом за больными. Несмотря на то что участники группы разделены статусными позициями, их объединяет одно дело и общий мир повседневности (Ярская-Смирнова, Романов 2008).

В результате эмпирического исследования было проведено 14 структурированных интервью с дальнейшим анализом нарратива. Исследование проходило в два этапа. Часть материала была собрана на первом этапе исследования в 2015 г. Второй этап был реализован в 2016 г.: повторные интервью были взяты после произошедших изменений в организации. Длительность интервью варьировалась от 15 минут до 1 часа. Восемь интервью были взяты у медсестер (в том числе четыре повторных), шесть — у врачей-хирургов (в том числе три повторных). В исследовании приняло участие девять информантов: три врача и шесть медсестер. В выборку попали два сосудистых хирурга и один кардиохирург. Опрошенные

медсестры представлены главной операционной сестрой, анестезиологической сестрой и четырьмя обычными сестрами. Отбор информантов для исследования осуществлялся методом доступных случаев с элементами метода «снежного кома». Первый информант, с которым была установлена связь и получено согласие на интервью, выступил своеобразным проводником в поле и дал несколько рекомендаций в отношении последующих интервью. Некоторые специалисты также предлагали возможные кандидатуры своих коллег. От всех сотрудников, принявших участие в исследовании, было получено информированное согласие на проведение интервью. Кроме того, все участники были осведомлены о целях проводимого исследования и о возможной публикации полученных данных. В итоговую выборку попали специалисты изучаемого сообщества, выразившие согласие принять участие в исследовании. Опрошенные информанты составляют примерно половину от всех работников подразделения.

В результате организационных изменений коллектив, работавший на протяжении длительного времени в одном месте, имеющий возможность каждодневных коммуникаций, устоявшуюся профессиональную культуру и сложившиеся взаимодействия, был разделен на две части: одна переместилась на базу больницы, принадлежащей к гражданской медицине, а вторая — на другую площадку этой же организации.

Обсуждение результатов исследования

Исследуемое подразделение выступило для нас кейсом — примером специфической профессиональной группы, обладающей субкультурой, ярко выраженной идентичностью ее членов и высокой групповой сплоченностью. В то же время его сотрудники оказались под воздействием «естественного эксперимента», а именно столкнулись с необходимостью переезда на новое рабочее место и с вынужденным разделением. В методологическом плане указанные организационные изменения позволили выявить значимые с точки зрения поддержания социального порядка и привычной повседневной коммуникации элементы субкультуры данного профессионального сообщества.

Для начала следует охарактеризовать основные черты изучаемого коллектива, выявленные в ходе первого этапа исследования. Во-первых, субкультура сообщества обнаруживает в себе сочетание признаков медицинской и военной культур, которое проявляется в повседневном взаимодействии. Помимо медицинских должностей, многие сотрудники имеют воинские звания, а некоторые информанты подчеркивали свою военную идентичность и статус, а также объясняли те или иные действия «военным» сознанием: *«...я человек военный, у меня деформированная психика,*

я не обсуждаю решения начальства» (инф. 6, инт. 2); «...мы люди военные, стойко переносим все тяготы и лишения военной службы» (инф. 5, инт. 2). Многие традиции, ритуалы и иерархия обусловлены в том числе принадлежностью данного медицинского учреждения к военной структуре. Например, принято отмечать получение нового воинского звания: «...там по выпиванию стакана водки и выплевыванием звездочек...» (инф. 5, инт. 1). Особое значение имеет сохранение и воспроизводство накопленного опыта через почитание учителей и основателей профессии: «... у нас традиция посещения мемориала, где наши учителя похоронены, на день рождения Петра Андреевича Куприянова, она сохранилась» (инф. 5, инт. 2). Врачи-информанты также указывали в ходе интервью, что не подчиняются напрямую Министерству здравоохранения РФ, тем самым подчеркивая свое особое, исключительное положение.

Сочетание медицинской и военной культур признается самими информантами специфичным, соответственно, и опыт, в том числе медицинский, который необходимо передавать, отличается существенным образом от опыта других организаций. Поскольку здесь, как и во всех подобных структурах, сложились свои способы обучения и адаптации вновь поступающих сотрудников (системы наставничества) (Чирикова 2013), предпочтение при приеме на работу отдается курсантам (солдатам-медикам), уже прошедшим обучение или стажировку в данном подразделении, а не новым сотрудникам. Несмотря на то что информанты-мужчины гораздо чаще делали акцент на военной специфике организации, можно предположить, что профессиональное сообщество стремится активно поддерживать собственные границы через артикуляцию отличий от «гражданской» медицины и являлся примером достаточно закрытой группы.

Во-вторых, все информанты демонстрируют высокую мотивацию, увлеченность и интерес к работе, о чем свидетельствует использование таких слов и оборотов, как «адреналин», «маньяки», «подвиг» и т.д. Большинство специалистов утверждают, что им нравится постоянное напряжение на работе и сложность стоящих перед ними задач — новые, экстренные, ночные операции и т.д. Несмотря на формирование физической усталости, такой интенсивный рабочий график является важной частью повседневности, позволяет поддерживать интерес специалистов к своей профессии и азарт в проведении операций. Каждая операция — это новый вызов, а профилактикой эмоционального выгорания выступают результаты труда: «...до операции больной, умирающий человек, а после операции — это поправившийся и здоровый. То есть результат твоей работы сразу виден» (инф. 9, инт. 1). На основании интервью можно сделать вывод о высокой мотивации специалистов, удовлетворенности выбранной про-

фессией и своим местом работы, а также о низких показателях эмоционального выгорания.

В-третьих, хирургия (в том числе кардиохирургия) и работа в операционном блоке рассматриваются как более ответственная и даже привилегированная деятельность по сравнению с другими медицинскими специальностями. Негласная иерархия и символическое неравенство внутри медицинской профессии подтверждается и здесь: хирурги рассматривают себя как более компетентных профессионалов, чья специальность *«требует большего объема знаний»* (инф. 6, инт. 1) и к которым за помощью обращаются сотрудники других отделений, например терапии. Принадлежность к хирургии, в особенности к клинической хирургии, также вносит вклад в формирование и поддержание границ между изучаемой профессиональной группой и другими сообществами. *«Хирургия — это не профессия, это стиль жизни»* (инф. 7, инт. 2).

В-четвертых, несмотря на наличие строгих должностных инструкций и жесткой формальной иерархии, коллектив характеризуется интенсивностью и многообразием неформальных коммуникаций, имеющих в большинстве случаев горизонтальный характер. Здесь принято отмечать праздники (Новый год, 8 марта, День медицинского работника), поздравлять с Днем рождения. Частью повседневности являются совместные чаепития в ординаторской или сестринской. Информанты отмечали, что в коллективе царит дружеская атмосфера, что нужно *«жить по тем правилам, которые заведены в коллективе»* (инф. 1, инт. 1). Эти правила не являются формальными инструкциями, а выступают сложившимися естественными способами поведения. Кроме того, отчетливо наблюдается уважение к опыту и возрасту коллег, которые оказываются маркерами высокого социального статуса внутри сообщества: *«...более опытный человек, он не обязан тебе объяснять, почему надо делать так. Станешь опытным — сам поймешь. Исходя из того что изначально у старшего коллеги больше опыта, ты можешь не согласиться с его мнением, но в конечном итоге оно, скорее всего, будет правильным. Поэтому здесь спор неуместен»* (инф. 7, инт. 1). Можно предположить, что в коллективе присутствует двойная иерархия: с одной стороны, основанная на должностных инструкциях и официальном статусе; с другой — базирующаяся на опыте работы в конкретном учреждении. Не всегда эти две структуры совпадают, а «включаются» в различных ситуациях.

На протяжении интервью информанты обращали внимание на так называемые «правила», которые действуют в коллективе и которые в большинстве случаев не подлежат рефлексии, логическому осмыслению и объяснению. Новый сотрудник, попадая в данное медицинское сообще-

ство, вынужден усваивать эти негласные правила поведения, чтобы стать в нем «своим». В результате организационных изменений эти образцы действия подверглись проверке на прочность.

Переезд на другое рабочее место и адаптация к нему вызвали интенсивную эмоциональную реакцию персонала. Рассуждая о произошедших изменениях, медики использовали такие выражения для характеристики сложившейся ситуации, как «шок», «катастрофа», «хаос», «ужас», а также метафоры «дом» и «в гостях». Старое место работы воспринимается как дом, где все знакомо, где находятся близкие и родные люди. Дом — это место, где безопасно, где все понятно, стабильно, где можно чувствовать себя свободно и комфортно, осуществлять контроль над вещами, рабочими процессами и коммуникацией. В технологическом плане «дома» все налажено и предсказуемо. В этой логике переезд воспринимается как уход из родного места, из «родного дома» во что-то новое, неизвестное, чужое, а кроме того, временное и непостоянное: *«...вот ощущение, что ты не дома, оно очень сильно присутствует. Постоянно звучит фраза “а вот дома оно было вот так...”»* (инф. 1, инт. 2). На новом месте работы специалисты чувствуют себя «в гостях» и вынуждены подчиняться правилам, установленным другими — «хозяевами» другого «дома». *«У них были свои заведенные порядки, а у нас свои. <...> ...мы в гостях, а не к нам в гости... нам приходится подстраиваться под тот ритм, который здесь заведен»* (инф. 5, инт. 2).

Обращает на себя внимание использование несколькими специалистами метафоры «государство в государстве»: *«...ну у нас получается, что государство в государстве, т.е. они работают сами по себе, мы работаем сами по себе. Они к нам особо не лезут, мы не лезем в их проблемы...»* (инф. 1, инт. 2). Подобная обособленность данного медицинского сообщества, актуализация групповой идентичности и потребность в поддержании границ с другими структурными подразделениями на новом рабочем месте — между «мы-группой» и «они-группой» — инициируется в том числе и различиями между медициной военной и медициной гражданской в ситуации с переездом на базу гражданской клиники. Однако и в случае с перемещением на другую площадку той же самой организации границы между подразделениями оказываются очень жесткими. *«Мы заняли их территорию, часть. И для них это как захват. И мы им мешаем очень. Они воспринимают это как захватчиков...»* (инф. 9, инт. 1). И врачи, и медсестры особенно подчеркивают, что несмотря на переезд в новую организацию, коллектив исследуемого подразделения остается отдельным сообществом. Существующие границы между «хозяевами» и «гостями» ни одна из сторон не стремится преодолевать и нарушать.

Следование новым/другим/чужим правилам требует большей осознанности и рефлексии со стороны специалистов. И это, пожалуй, одно из основных отличий настоящего места работы от предыдущего. Социальный порядок здесь теряет черты предсказуемости, привычности, «нормальности», а для его поддержания теперь требуются усилия — напряженное сознание и контроль. *«Здесь надо продумывать, надо договариваться, надо еще что-то, надо как-то объяснять что-то. Это не дома»* (инф. 1, инт. 2). Исследуемая группа не просто стала частью нового коллектива с его традициями и практиками, а стремилась в то же время сохранять свою идентичность и определенную непроницаемость — воспроизводить «свой» социальный порядок в новых условиях.

Социальный порядок — это не только сложившиеся способы коммуникации и иерархия внутри коллектива, но и конкретные технологии работы с пациентами — проведение операций, использование инструментов и приборов, документооборот и т.д. Информанты отмечают, что в привычной обстановке, на старом месте работы не было необходимости в такой рефлексии, включенности в процесс, потребности в осознании последовательности, технологии и цели действий. *«Когда какие-то свои действия, какие-то манипуляции, порядок действий своих невозможно объяснить, просто тебя так научили, оно идет традиционно. Когда ты пытаешься дать логическое объяснение, почему мы делаем именно так, а не иначе, ну это невозможно»* (инф. 6, инт. 1). В новых условиях понятность, «нормальность» и предсказуемость старого социального порядка нарушаются, а потому действия специалистов требуют осознанности, включения внимания: *«...казалось бы, люди те же, действия те же, но чисто организационно все иначе»* (инф. 6, инт. 2). Таким образом, «социальный порядок специфицирует свой “штат”» (Корбут 2013: 79).

Большинство действий, начиная от подготовки к операции, коммуникации с коллегами, решения технических вопросов (куда выбрасывать мусор, где и как проводить ежедневные конференции, как ставить дренажи и т.д.), совершалось автоматически на уровне «потому что все так всегда делали и делают». *«И то, что раньше работали, мы даже не обращали на это внимание, а сейчас нужно в новых условиях придумывать, как это будет работать, как это нам все делать»* (инф. 5, инт. 2). Теперь, по словам специалистов, они вынуждены задумываться над привычными действиями. Кроме того, сами действия утратили характер рутины: *«Здесь постоянно нужно задумываться о том, что как это сделать, надо ли это делать, а там ты понимал, что это уже на автомате, какие-то вопросы решались сами собой, потому что ты дома»* (инф. 1, инт. 2).

Некоторые информанты описывали состояние своеобразного инсайта — социальная реальность, к которой они привыкли, оказывается не единственно возможной и не уникальной. *«Везде люди живут, везде люди работают»* (инф. 1, инт. 2). Во-первых, речь идет о других формах коммуникации внутри другого, но одновременно тоже медицинского коллектива. Для информантов стало неожиданностью, что несмотря на схожесть медицинской специализации (кардиохирургия), способы поддержания связей между сотрудниками различны. Во-вторых, приемы проведения операций пациентов с аналогичными заболеваниями оказываются иными, что заставляет медиков задуматься, каким образом конкретные правила работы становятся не просто традицией, но и законом. *«...Приходишь в другую больницу, смотришь, они делают не так!!! Не туда ставят дренажи, не так ставят дренажи и вдруг неожиданно понимаешь, что делаешь это просто традиционно... без попытки, потому что тебя так научили. В основном вот эта традиционность логике никакой не поддается»* (инф. 6, инт. 1). Таким образом, речь идет не о нормах — строгих требованиях проведения медицинских манипуляций, заданных извне, например системой медицинского образования, а о «нормальности» — правилах, понимаемых участниками как верные, единственно возможные и приемлемые способы действия в данной ситуации. В этом смысле показательны обороты, используемые информантами для характеристики рабочего процесса: *«автомат»*, *«логике никакой не поддается»*, *«на подкорке»* и т.д.

Одним из наиболее наглядных примеров, когда проявились различия и непроницаемость двух социальных порядков, двух реальностей, является возникновение двух категорий пациентов, которые получают медицинскую помощь в городской клинике, куда переехала половина коллектива. Первую группу составляют так называемые «гражданские» пациенты. Ко второй группе относятся традиционные больные организации — «военные» пациенты. Члены обеих групп имеют сходные, а иногда и совершенно одинаковые заболевания сердечно-сосудистой системы. В физическом пространстве представители этих групп не разделяются, т.е. они могут находиться в одной и той же палате и операционной, однако способы лечения и ухода разнятся существенным образом, т.е. задействуются (епают) две разные реальности. Различия относятся к способам заполнения истории болезней, материальному обеспечению (лекарства, салфетки, питание и т.д.), уборке мусора и т.д. *«Мне надо докторам объяснять, что несмотря на то что больные одинаковые, делаются одинаковые операции, но есть истории болезни <*> больницы, а есть истории болезней <*>, то это совершенно разные истории <...> Это звучит дико, но это так, это*

надо понимать, что это разные больные, совершенно разные <...> на соседних двух койках лежат два больных, одного салфеточкой помазал, положил ее в один желтый контейнер, а другого в другой желтый контейнер, и не перепутай<...>. И сейчас оно для всех очень дико...» (инф. 6, инт. 2). Реальности заболевания, лечения, ухода собираются из различных материальных и нематериальных объектов, приводятся в действие разными практиками (Мол 2015), а медики вынуждены работать в двух социальных порядках. Переключение между ними требует постоянного контроля, напряженности сознания и осмысления собственных действий и действий других.

В результате переезда и разделения коллектива на две части привычный социальный порядок «сломался», коллектив остро чувствует, что «что-то не так», и предпринимает попытки восстановить привычное взаимодействие и привычные социальные связи. Информанты артикулируют потребность в замене режима «постоянной осознанности» на режим «автоматизма» — нерефлективного, привычного воспроизводства социального порядка. *«До сих пор у меня в блокноте в телефоне висит целый лист задач, которые мне надо доделать, чтобы здесь все работало автоматически»* (инф. 6, инт. 2).

Работа по восстановлению и поддержанию привычного социального порядка носит осознанный и неосознанный характер. Мы выделили несколько аспектов такой деятельности: 1) поддержание связей с другими частями коллектива, а также межличностной повседневной коммуникации; 2) проведение ежедневных конференций и внимание к рабочему месту и пространству; 3) следование приметам, соблюдение традиций и ритуалов; 4) восстановление привычных технологий работы.

Специалисты стремятся поддерживать социальные связи с сотрудниками, переехавшими на другое место работы. Как это умело суммировал один из информантов, «беда объединяет». Действительно, практически все участники исследования отмечали то, что они хоть и стали дальше с коллегами территориально, но сблизились с ними психологически: *«... мне кажется, что отношения стали более плотными»* (инф. 1, инт. 2). Здесь возникает один из открытых социологами эффектов: появление «они-группы» и необходимость в поддержании границ в то же время приводят к усилению групповой сплоченности и солидарности. Потребность в интеграции у медицинского коллектива была вызвана не только самим фактом перемен, а в том числе организационными и материальными условиями, возникшими в связи с этими переменами: непривычная обстановка, ощущение дискомфорта, сокращение числа коек, а соответственно пациентов и количества операций, новые условия работы, другая

материальная среда, иные организация рабочего процесса и правила взаимодействия внутри коллектива и т.д. *«Вот в менее удобных обстоятельствах люди действительно ближе к друг другу становятся для того, чтобы вокруг чувствовать какую-то поддержку, и этой поддержки стало больше. Мы стали больше друг друга оберегать, меньше ссориться или стараться не обижать друг друга, более бережно относиться стали»* (инф. 7, инт. 2). Как только появились отдельные помещения, специалисты очень быстро восстановили ритуал чаепития с коллегами. Также не исчезли и традиции отмечания праздников, совместных посиделок в кафе, хотя информанты и подчеркивали, что встречаться за пределами работы стали реже.

Организационные изменения могут приводить к смене социальных ролей и статусов. У тех специалистов, чья социальная роль осталась прежней после переезда, отношения с коллегами также не изменились. Медики, у кого профессиональные обязанности, должности подверглись трансформации, почувствовали, что прежние отношения в коллективе не могут соответствовать их нынешнему статусу. В этом случае иерархические изменения стали более видимыми. *«У меня-то поменялись капитально, потому что у меня другая социальная роль теперь и... эмоционально я-то как хорошо ко всем относился, так хорошо и отношусь, но, т.к. теперь у меня больше ответственностей, я еще более цепным таким стал... псом»* (инф. 6, инт. 2). Однако в большинстве интервью медики делали акцент на дружеских отношениях, даже несмотря на возникающие иногда конфликтные моменты.

Любопытным оказывается еще один пример «давления» социального порядка (согласно «теореме И. Гофмана», «если вы определите ситуацию неверно, ситуация переопределит вас»). Сложившиеся способы взаимодействия оказываются своеобразными структурами, решетками, которые формируют действия участников. Наиболее наглядно это проявляется в случае с ежедневными утренними конференциями, где обсуждаются пациенты, планы на день, операции и т.д. Попытки руководителя изменить традиционный формат утренних конференций, перевести их в формат *«утренней беседы за чашкой кофе»* (инф. 6, инт. 2) не увенчались успехом. Сами специалисты нуждаются в традиционном формате, поскольку он является привычным, надежным способом поддержания сложившихся связей, подтверждения имеющихся статусов и иерархий. Конференции в некотором смысле формируют участников: *«...вождям, профессорам нужно вот это вот заседалово с выдираловым... атмосфера официоза, поэтому мы вернулись обратно к конференциям... <...> в конференц-зале»* (инф. 6, инт. 2). Информанты отмечают, что немного изменился масштаб подобных мероприятий, однако все традиционные атрибуты сохранились,

поскольку они вносят вклад в подтверждение социального статуса и обеспечивают получение признания.

Любой профессиональной деятельности, и медицина здесь не исключение, свойственно формирование традиций, суеверий, ритуалов (Щепанская 2011). Медики, а особенно хирурги, имеют дело не только со здоровьем и болезнью, но и с жизнью и смертью человека. Такая близость к фундаментальным основаниям человеческого существования формирует особое внимание к приметам, является благодатной почвой для создания суеверий и ритуалов. С одной стороны, традиции являются маркерами медицинской идентичности и профессиональной культуры, выделяют медиков на фоне всех остальных профессий. И действительно, чаще всего информанты называли приметы, свойственные медицинской культуре в целом и уже нашедшие отражение в исследовательской литературе: нельзя желать дежурной бригаде спокойного дежурства; по возможности не оперировать по 13 числам (особенно по пятницам и понедельникам); если во время операции инструмент падает на пол, «нестерильные» сотрудники на него наступают, им три раза стучат по полу; не выбрасывать мусор на ночь; не оперировать плановых больных в значимые религиозные (церковные) праздники и т.д.

С другой стороны, существуют традиции и приметы, которые свойственны тому или иному сообществу и являются конституирующими элементами социального порядка организации. В результате исследования мы обнаружили один интересный ритуал: *«...я, операционная сестра... одеваю хирургу перчатки перед тем, как он встает к столу. Я сначала одеваю с левой руки. Ну вот, сначала на левую руку перчатку, потом на правую. <...> Иногда к нам приходят не из нашей клиники хирурги, и они... их прямо передергивает, когда я в обратном порядке. Я тут стою с перчаткой левой и все тут!»* (инф. 2, инт. 1); *«...я привык, например, что сестра мне подает левую перчатку, когда я их надеваю. Ну вот так я привык, так было всегда, поэтому, когда мне дают правую перчатку, ну в какой-то момент мне... некомфортно, у меня уже левая рука туда автоматически идет»* (инф. 6, инт. 1). Помимо того что перчатка приобретает важное символическое значение и является «передатчиком» групповой идентичности, отличающей исследуемое отделение от остальных, само действие по ее надеванию является значимым с точки зрения социального порядка. Надевание перчатки с левой руки понятно и «нормально» только для членов этого коллектива, а само действие работает на поддержание согласия и предсказуемости во взаимодействии между врачом и медсестрой в операционной. Оба участника коммуникации понимают ожидания другого, однако они не рефлексированы и не арти-

кулируются, а взаимодействие осуществляется автоматически. Логического и рационального объяснения такой практике не находится: «Ну, как учили. Я не знаю, почему с левой руки. Даже не могу объяснить. Ну, так учили нас, одеваем. С тех поколений, со времен» (инф. 9, инт. 1). В случаях с посторонними врачами или в ситуациях проведения операций в других медицинских учреждениях в силу разности ожиданий и соответствующих практик социальный порядок «ломается», нарушается предсказуемость и понятность во взаимодействии.

В результате суеверия и ритуалы представляется возможным разделить на два вида: универсальные и организационные. Универсальные — это те суеверия, традиции и ритуалы, которые характерны для всей медицинской культуры в целом, вне зависимости от коллектива и места работы, и являются элементом общей системы символов, конституирующей воображаемое медицинское сообщество (Щепанская 2011), например из-за страха неудачной операции через упавший на пол рабочий инструмент нужно переступить и постучать им по полу. Организационные суеверия существуют внутри конкретного рабочего коллектива и регулируются паттернами поведения, свойственными лишь данному мини-сообществу (приведенный выше пример с левой перчаткой).

Значительное внимание информанты в интервью уделяли материальным и организационным аспектам переезда, причем как в позитивном, так и в негативном ключе. Мы предполагаем, что внешняя среда, в частности физическое пространство, материальные и технические объекты оказываются значимыми элементами социального порядка. С одной стороны, специалисты говорили о комфорте и о новых, более современных условиях труда, способствующих оптимизации рабочего процесса: «Мне нравится операционная! Мне нравится то, что и кондиционер работает хорошо, и пол теплый. <...> Нравятся до безобразия двери, которые открыва<ются>... ну, потому что там не было таких дверей. Вот... эти вот окошечки конечно тоже очень удобны в самих операционных, где просто выкидываешь свои инструменты...» (инф. 3, инт. 2). С другой стороны, информанты подчеркивали нехватку привычных объектов, образующих ощущение рабочего места: «чисто психологически было сложно переезжать, что ты теряешь стены, вид из окна <...> там еще вид был на Фонтанку, а здесь на Эрарту (смеется)» (инф. 9, инт. 1). Физическое пространство и материальные объекты, техническое оснащение и оборудование оказываются важными составляющими социального порядка — условиями понятного, «нормального» рабочего процесса. «Детали становятся конститутивными чертами ситуации, на которые ориентируются ее участники» (Корбут 2013: 78).

Для специалистов крайне важным оказывается вопрос возвращения привычных технологий работы: «...хотелось бы восстановить вот те технологические цепочки лечения пациентов, которые у нас существовали, улучшить ничего не хотелось бы» (инф. 7, инт. 2). С одной стороны, нарушение технологического процесса обусловлено изменениями в материально-технической базе, новыми правилами стерилизации инструментов, утилизации мусора, заполнения документов и так далее, результатом чего оказывается иная организация процесса ведения пациентов. «Ну со своими сначала было сложно, да, потому что они привыкли к одному... как инструменты стерилизовались, как они сложены, как мы делали, да, а сюда мы приехали и надо было по-другому и естественно им было сложно перестроиться, хотя даже сейчас, задним числом, они понимают, что так лучше и удобнее, но в первый момент это было сопротивление, ну потому что хочется делать все на подкорке, ничего не меняя» (инф. 9, инт. 2). Особенно остро различия ощущались медиками, переехавшими на базу гражданской больницы. «Всему пришлось учиться заново, т.е. все аспекты, сопровождающие наш вид деятельности медицинской... от питания больных, их одевания, транспортировки, анализов до утилизации отходов. Мы учились, как работать в гражданском медицинском учреждении, где есть куча особенностей. Для нас многие вещи слегка диковаты» (инф. 6, инт. 2).

С другой стороны, вопрос возобновления знакомых технологий работы заключается и в необходимости обеспечения «нормальных» интенсивности и качества работы, к которым медики привыкли на старом рабочем месте. Как мы отмечали выше, и врачи, и медсестры подчеркивали важность для них сложных, новых, экстренных задач, которые способствуют постоянному росту профессионализма и реализации потенциала. В новых условиях объем работы уменьшился, операции стали менее сложными и ответственными, что вызывает недовольство персонала. «Постоянно присутствует понимание, что мы не можем реализовать свой потенциал в той мере, в которой это было достаточно просто сделать на старом месте работы, вот, поэтому адаптация, она в основном не к новым условиям работы, а к тому, что у нас очень сильно упростилась и примитивизировалась наша деятельность. Вот адаптация, скорее, внутри не к условиям работы, а к мысли, понимаю того, что мы не можем решать тех задач, которые решали еще совсем недавно сравнительно» (инф. 7, инт. 2). Специалисты оказались в ситуации, когда рост количества организационных проблем и трудностей, которые приходится решать, сопровождается сокращением и упрощением непосредственно профессиональных, медицинских функций. «Вроде бы как... работы,

которая нравится, мало, а которая не нравится — много» (инф. 5, инт. 2). «...Мы поняли, что без работы очень грустно. Причем работы — это не то, что пришел — ушел, а именно вот стоять на операции... Вот это вот именно наше, мы хотим, мы готовы...» (инф. 1, инт. 2).

Выводы

Внешние организационные изменения, с которыми столкнулось подразделение медицинского учреждения военного профиля, послужили своеобразным экспериментом с точки зрения исследования организационной культуры. Они спровоцировали «поломку» социального порядка медицинского сообщества, в результате чего некоторые важные его элементы оказались видимыми как для самих специалистов, так и для исследователей. Разделение коллектива на военную и гражданскую базы привело к необходимости адаптации специалистов к новому укладу и потребности в поддержании собственных привычных действий. Подобные изменения — своеобразный «вызов» правилам, которые воспринимались как само собой разумеющиеся и «нормальные» способы поведения и технологии работы. Теперь выполнение привычных операций требует от специалистов напряженного сознания и контроля — рутинные действия нужно продумывать, просчитывать, анализировать.

Организационные изменения стимулировали осознание специалистами особенностей собственной организационной культуры. Медики обнаружили, что естественные и привычные технологии работы, образцы поведения и коммуникации, несмотря на сходство медицинских функций (выполнение кардиологических операций), могут быть иными на новом месте. Для исследователей это означает, что в своей повседневной рабочей деятельности специалисты ориентируются не столько на нормы — внешние правила, зафиксированные в документах, учебниках, рекомендациях и протоколах, сколько на воспринимаемую «нормальность» происходящего, которая в большинстве случаев не рефлексируется и является ситуативной. Нарушение этой «нормальности» оказывается значимым для социального порядка, даже если никаких изменений нормы не происходит. Пример с надеванием перчатки в операционной исключительно с левой руки является наглядной демонстрацией данного тезиса, однако это утверждение опровергается и к другим аспектам работы, начиная от способов проведения операций и заканчивая заполнением карт пациентов и утилизацией мусора.

Социальный порядок является локальным и ситуативным феноменом и существует только, пока воспроизводятся конкретные практики. Поэтому для поддержания привычного хода дел специалисты осознанно и неосознанно стремились реализовывать рутинные, понятные действия. Мы вы-

делили несколько аспектов такой «работы», а именно: 1) поддержание связей с другими частями коллектива и межличностной коммуникации внутри коллектива; 2) проведение ежедневных конференций и внимание к рабочему месту и пространству; 3) следование приметам, соблюдение традиций и ритуалов; 4) восстановление привычных технологий работы. Для специалистов трудности в поддержании социального порядка обусловлены значимыми различиями между медициной военной и медициной гражданской. На основе исследования все ритуалы и традиции представляется возможным разделить на два вида: универсальные и организационные. Универсальные — те, которые характерны для всей медицинской культуры в целом, вне зависимости от коллектива и лечебного учреждения. Организационные ритуалы и традиции возникают и существуют внутри конкретного рабочего коллектива и регулируют повседневные взаимодействия в мини-сообществе. Такие «правила» действия в конкретных ситуациях являются кристаллизацией «нормальности» социального порядка. В результате эмпирическое исследование позволило выявить те компоненты организационной культуры, которые оказываются значимыми и важными с точки зрения конституирования социального порядка. Помимо коммуникации между сотрудниками ключевую роль в этом процессе играют пространство, материальная среда, а также технологии работы.

Наше исследование обладает рядом ограничений, обусловленных прежде всего небольшим количеством информантов. Кроме того, специфика качественной стратегии сбора и анализа эмпирического материала не позволяет делать обобщающих выводов, которые могут быть однозначно распространены на другие случаи. Действительно, значительная часть полученных результатов относится только к изучаемому кейсу и проливает свет на организационную культуру конкретного медицинского сообщества. Между тем, даже в таком ограниченном варианте исследование эксплицирует важные теоретико-методологические и практические находки. Во-первых, полученные данные вносят вклад в научную дискуссию в отношении специфики медицинских сообществ и медицинской профессиональной культуры. Во-вторых, был продемонстрирован эвристический потенциал исследования профессионального сообщества в условиях организационных изменений, что дает возможность выявить «невидимые» элементы сложившейся организационной культуры. Такой методологический прием может использоваться при изучении других сообществ в различных профессиональных сферах. В-третьих, выводы о локальности и ситуативности социального порядка в организации могут быть распространены и на другие (немедицинские) сообщества, а в условиях непрерывного реформирования системы здравоохранения в нашей

стране могут оказаться полезными для разработки программ адаптации специалистов в случаях новых трансформаций.

Литература

Агеева Н.А. (2013) Профессиональная культура как нравственный императив деятельности врача. *Гуманитарные и социальные науки*, 6: 77–86.

Бутвиловский А.В., Гилевский А.В., Бутвиловский В.Э., Кармалькова И.С. (2013) Профессиональная медицинская культура. *Военная медицина*, 4: 6–7.

Гадея Ш. (2011) Социология профессий и социология профессиональных групп. За изменение перспективы. Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.) *Антропология профессий, или посторонним вход разрешен*. М.: ООО «Вариант»: 15–34.

Гарфинкель Г. (2007) Изучение рутинных основ повседневных действий. Гарфинкель Г. *Исследования по этнометодологии*. СПб.: Питер.

Дудина В., Коробенкова М. (2011) Формальные нормы и неформальные практики в работе персонала выездных бригад скорой медицинской помощи. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 14(2): 165–181.

Жарова М.Н. (2011) Медицинская культура медицинского общества. *Журнал ГлавВрач*, 6: 87–95.

Корбут А.М. (2013) Концепция конститутивного порядка в этнометодологии. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 16(2): 65–82.

Мол А. (2015) Множественное тело. *Социология власти*, 1: 232–247.

Пацеева А. (2014) Профессиональная культура врача: особенности трансформации контроля профессиональной деятельности. *Философско-культурологические идеи академика В.С. Стёпина в свете современных социальных трансформаций*. ГОРОД: ИЗД-ВО: 116–119.

Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. (2008) Мир профессий как поле антропологических исследований. *Этнографическое обозрение*, 5: 3–17.

Романов П., Ярская-Смирнова Е. (2009) Мир профессий: пересмотр аналитических перспектив. *Социологическое обозрение*, 8: 25–35.

Симонова О., Ядрова Е. (2013) Сообщество средних медицинских работников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда. Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.) *Профессии социального государства*. М.: ООО «Вариант»: 91–116.

Хьюз Э. (2012) Профессии. Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.) *Антропология профессий: границы занятости в эпоху нестабильности*. М.: ООО «Вариант»: 31–58.

Хьюз Э. (2009) Изготовление врача: формулировка идей и проблем. *Журнал исследований социальной политики*, 3: 313–326.

Чирикова А. (2013) Врачи как профессиональная группа: воспроизводство и поддержание врачебного профессионализма. *Журнал исследований социальной политики*, 3: 307–320.

Щепанская Т. (2011) Символизация повседневности и неформальный контроль в профессиональном сообществе. Романов П., Ярская-Смирнова Е. (ред.) *Антропология профессий, или посторонним вход разрешен*. М.: ООО «Вариант»: 85–113.

Ярская-Смирнова Е., Романов П. (2008) «Скрытое знание» в фольклоре профессиональных групп. Каргин А., Косгина А. (ред.) *Фольклор малых социальных групп: традиции и современность*. М.: Государственный республиканский центр русского фольклора: 33–50.

Callen J.L., Braithwaite J., Westbrook J.I. (2009) The Importance of Medical and Nursing Sub-cultures in the Implementation of Clinical Information Systems. *Methods of Information in Medicine*, 48(2): 196–202.

Correia T. (2017) Doctors' Reflexivity in Hospital Organisations: The Nexus between Institutional and Behavioural Dynamics in the Sociology of Professions. *Current Sociology*, 65(7): 1050–1069.

Gokce B., Guney S., Katrinli A. (2014) Does Doctors' Perception of Hospital Leadership Style and Organizational Culture Influence their Organizational Commitment? *Social Behavior and Personality*, 42(9): 1549–1561.

Maanen V.J., Barley S.R. (1984) Occupational Communities: Culture and Control in Organizations. *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, CT: JAI Press, 6: 287–365.

Meterko M., Mohr D.C., Young G.J. (2004) Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. *Medical Care*, 42(5): 492–498.

Morgan Ph.I., Ogbonna E. (2008) Subcultural Dynamics in Transformation: A Multi-perspective Study of Healthcare Professionals. *Human Relations*, 61(1): 39–65.

Odom R.Y., Boxx W.R., Dunn M.G. (1990) Organizational Cultures, Commitment, Satisfaction, and Cohesion. *Public Productivity & Management Review*, 14(2): 157–169.

Sabri H.M. (2004) Socio-Cultural Values and Organizational Culture. *Journal of Transnational Management Development*, 9(2): 123–145.

Strauss A., Schazman L., Ehrlich D., Bucher R. and Sabshin M. (1963) The hospital and its negotiated order. In: Friedson E. (ed.) *The hospital in modern society*. New York: Macmillan: 73–130.

Szeptuch A. (2016) The measurement of organizational culture in healthcare organizations. *E-MENTOR*, 3: 60–67.

Список информантов

Информант 1 (медсестра, 30 лет, стаж работы 10 лет) + повтор.

Информант 2 (медсестра, 39 лет, стаж работы 20 лет).

Информант 3 (медсестра, 42 года, стаж работы 7 лет) + повтор.

Информант 4 (медсестра, 28 лет стаж работы 1,5 года).

Информант 5 (сосудистый хирург, 34 года, стаж работы 8 лет) + повтор.

Информант 6 (кардиохирург, 34 года, стаж работы 10 лет) + повтор.

Информант 7 (сосудистый хирург, 35 лет, стаж работы 15 лет) + повтор.

Информант 8 (анестезиологическая медсестра, 38 лет, стаж работы 22 года).

Информант 9 (старшая операционная сестра, 45 лет, стаж работы 27 лет).

MAINTAINING SOCIAL ORDER IN A SITUATION OF ORGANIZATIONAL CHANGES (ON THE EXAMPLE OF A MEDICAL COMMUNITY)

Elena Bogomiagkova (elfrolova@yandex.ru),
Kirill Ivashchenko

Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia

Citation: Bogomiagkova E., Ivashchenko K. (2019) Problema podderzhaniya sotsial'nogo poriyadka v situatsii organizatsionnykh izmeneniy (na primere meditsinskogo soobshchestva) [Maintaining social order in a situation of organizational changes (on the example of a medical community)]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 22(1): 66–89 (in Russian).
<https://doi.org/10.31119/jssa.2019.22.1.4>

Abstract. This article approaches the issue of maintaining social order in terms of organizational changes. The department of the military medical institution has been used as an example. Having faced the necessity to be divided into two parts — one moved to the civil hospital and the other to another location within the same institution — the study medical community experienced a 'breakdown' of social order. The research interest was focused on the subculture of the professional group as well as on the outcomes of this 'breakdown' and methods of restoration used by medical professionals in their new work environment. This research is based on a number of sociological and anthropological theories of organizational and professional cultures, and on Garfinkel's concept of social order revisited by A. Korbut. Empirical base consists of interviews with 9 medical professionals before and after the organizational changes. This study draws important conclusions about the specific nature of the study occupational community. When the informants described workplace, the commonly used the metaphorical image of 'home'. The informants mentioned different behavioral habits among colleagues, which cannot be reflected on or logically explained, and which turned out to be explicit due to the organizational changes. The main difference between the new workplace and the old one lies in transition from the 'everyday life' mode to the 'awareness' mode, meaning that the routine actions and workflow lost their 'naturalness' and 'normality'. This included the following: 1) maintaining connections with other departments of the Academy and interpersonal relationships between colleagues; 2) holding conferences on

the everyday basis and paying attention to one's workplace and work environment; 3) holding onto some in-group beliefs and sticking to certain work traditions and rituals; 4) restoring conventional working practices. Thus, we draw conclusion that, in their everyday routine, professionals follow not external or imposed norms (such as medical education, regulations and protocols), but rather they rely on situational and local 'normality' of their colleagues' behavior, which provides predictability and mutual understanding and, as a result, constitutes social order.

Keywords: Occupational community, medical community, social order, medical culture, professional culture, interview.

References

Ageeva N.A. (2013) Professionalnaya kultura kak npravstvennyy imperativ deyatel'nosti vracha [Professional culture as moral imperative of doctor's activity]. *Gumanitarnyye i socialnyye nauki* [Humanities and social Sciences], 6: 77–86 (in Russian).

Butvilovskij A.V., Gilevskij A.V., Butvilovskij V.E., Karmalkova I.S. (2013) Professional'naya medicinskaya kultura [Professional medical culture]. *Voennaya medicina* [Military medicine], 4: 6–7 (in Russian).

Callen J.L., Braithwaite J., Westbrook J.I. (2009) The Importance of Medical and Nursing Sub-cultures in the Implementation of Clinical Information Systems. *Methods of Information in Medicine*, 48(2): 196–202.

Chirikova A. (2013) Vrachi kak professional'naya gruppy: vosproizvodstvo i podderzhanie vrachebnogo professionalizma [Physicians as a Professional Group: Production and Maintaining of Medical Professionalism]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 3: 307–320 (in Russian).

Correia T. (2017) Doctors' Reflexivity in Hospital Organisations: The Nexus between Institutional and Behavioural Dynamics in the Sociology of Professions. *Current Sociology*, 65(7): 1050–1069.

Dudina V., Korobenkova M. (2011) Formalnye normy` i neformalnye praktiki v rabote personala vyezdnykh brigad skoroy medicinskoj pomoshchi [Formal rules and informal practices in the field of medical care]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of sociology and social anthropology], 14(2): 165–181 (in Russian).

Gadea Ch. (2011) Sociologiya professij i sociologiya professionalnykh grupp. Za izmenenie perspektivy [Sociology of professions and sociology of professional groups. For a change of perspective]. In: Romanov P., Iarskaia-Smirnova E. (eds.) *Antropologiya professij, ili postoronnim vkhod razreshen* [Anthropology of professions, or the stranger's input is permitted], Moscow: OOO «Variant»: 15–34 (in Russian).

Garfinkel G. (2007) Izuchenie rutinykh osnov povsednevnykh deystviy [The study of the foundations of routine activities of daily living]. In: G. Garfinkel. *Issledovaniya po etnometodologii* [Studies in ethnomethodology]. St. Petersburg: Piter (in Russian).

Gokce B., Guney S., Katrinli A. (2014) Does Doctors' Perception of Hospital Leadership Style and Organizational Culture Influence their Organizational Commitment? *Social Behavior and Personality*, 42(9): 1549–1561.

Hughes E. (2009) Izgotovlenie vracha: formulirovka idey i problem [The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems]. *Zhurnal issledovaniy sotsialnoy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 3: 313–326 (in Russian).

Hughes E. (2012) *Professii [Professions]*. In: Romanov P, Iarskaya-Smirnova E. (eds.) *Antropologiya professiy: granitsy zanyatosti v epokhu nestabilnosti [Anthropology of professions: boundaries of employment in an era of instability]*, Moscow: OOO «Variant»: 31–58 (in Russian).

Iarskaia-Smirnova E., Romanov P. (2008) «Skrytoe znanie» v folklore professionalnykh grupp [«Hidden knowledge» in folklore of professional groups]. In: Kargin A., Kostina A. (eds.) *Folklor malyykh socialnykh grupp: traditsii i sovremennost [Folklore of small social groups: traditions and modernity]*, Moscow: Gosudarstvennyy respublikanskij centr russkogo folklor: 33–50 (in Russian).

Korbut A.M. (2013) Kontsepciya konstitutivnogo poryadka v etnometodologii [The conception of constitutive order in ethnomethodology]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii [The Journal of sociology and social anthropology]*, 16(2): 65–82 (in Russian).

Maanen V.J., Barley S.R. (1984) *Occupational Communities: Culture and Control in Organizations. Research in Organizational Behavior*. Greenwich, CT: JAI Press, 6: 287–365.

Meterko M., Mohr D.C., Young G.J. (2004) Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. *Medical Care*, 42(5): 492–498.

Mol A. (2015) Mnozhestvennoye telo [The Body Multiple]. *Sotsiologiya vlasti [Sociology of Power]*, 1: 232–247 (in Russian).

Morgan Ph.I., Ogbonna E. (2008) Subcultural Dynamics in Transformation: A Multiperspective Study of Healthcare Professionals. *Human Relations*, 61(1): 39–65.

Odom R.Y., Boxx W.R., Dunn M.G. (1990) Organizational Cultures, Commitment, Satisfaction, and Cohesion. *Public Productivity & Management Review*, 14(2): 157–169.

Paeveva A. (2014) Professionalnaya kultura vracha: osobennosti transformatsii kontrolya professionalnoy deyatelnosti [Professional culture of a doctor: transformation of supervision of professional activities]. *Filosofsko-kulturologicheskie idei akademika V.S. Styopina v svete sovremennykh socialnykh transformatsiy [Philosophical and cultural ideas by academician V.S. Stepin in the light of modern social transformations]*: 116–119 (in Russian).

Romanov P.V., Iarskaia-Smirnova E.R. (2008) Mir professiy kak pole antropologicheskikh issledovaniy [The world of professions as a field of anthropological research]. *Etnograficheskoye obozreniye [The Ethnographic Review]*, 5: 3–17 (in Russian).

Romanov P.V., Iarskaia-Smirnova E.R. (2009) Mir professiy: peresmotr analiticheskikh perspektiv [World of professions: revision of analytical perspectives]. *Sotsiologicheskoye obozreniye [Sociological review]*, 8: 25–35 (in Russian).

Sabri H.M. (2004) Socio-Cultural Values and Organizational Culture. *Journal of Transnational Management Development*, 9(2): 123 — 145.

Schepanskaya T. (2011) Simvolizatsiya povsednevnosti i neformalnyy kontrol v professionalnom soobshchestve [Symbolizing of everyday life and informal control in the professional community]. In: Romanov P, Iarskaia-Smirnova E. (eds.) *Antropologiya professiy, ili postoronnim vkhod razreshen [Anthropology of professions, or the stranger's input is permitted]*, Moscow: OOO «Variant»: 85–113 (in Russian).

Simonova O., Yadrova E. (2013) Soobshhestvo srednikh meditsinskikh sotrudnikov v oblasti kardiokhirurgii: sotsiologicheskii analiz emotsionalnogo truda [Community of mid-level medical staff in the field of cardiac surgery: sociological analysis of emotional

labor]. In: Romanov P., Iarskaya-Smirnova E. (eds.) *Professii sotsialnogo gosudarstva* [The professions of the welfare state], Moscow: ООО «Variant»: 91–116 (in Russian).

Strauss A., Schazman L., Ehrlich D., Bucher R. and Sabshin M. (1963) The hospital and its negotiated order. In: Friedson E. (ed.) *The hospital in modern society*. New York: Macmillan: 73–130.

Szeptuch A. (2016) The measurement of organizational culture in healthcare organizations. *E-MENTOR*, 3: 60–67.

Zharova M.N. (2011) Medicinskaya kul'tura medicinskogo obshchestva [Medical culture of medical society]. *Zhurnal GlavVrach* [Journal of the Physician], 6: 87–95 (in Russian).