

Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Kierunek studiów: Socjologia
Studia stacjonarne III stopnia

Michał Lesiak

*Brudna praca w zawodach medycznych. Analiza kontekstów interakcji pacjentów i
personelu medycznego*

Praca doktorska
napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Krzysztofa Koneckiego, prof. zw. UŁ
oraz dra Łukasza Marciniaka
Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania

Łódź 2018

Spis treści

I. Wprowadzenie	4
II. Teoretyczne podstawy pracy	10
1. Interakcjonizm symboliczny	10
2. Kultura organizacji	15
3. W teatrze życia	17
4. Praca	22
4.1. Podział pracy	23
4.2. Profesje	24
4.3. Role społeczne i podział pracy	26
4.4. Błędy/pomyłki w pracy	27
5. Brud – próba rekonstrukcji pojęcia	29
6. Brudna praca (<i>dirty work</i>)	35
7. Praca nad odczuciami	37
8. Zarządzenie emocjami	39
8. 1. Emocje w koncepcji Thomasa Scheffa i Suzanne Retzinger	43
8. 2. Brudna praca a emocje	44
9. Praca widzialna/praca niewidzialna (<i>Visible/ Invisible work</i>)	45
10. Zawodowe ideologie	48
11. Docenianie i niedocenianie pracy	51
12. Przykładowe zagrożenia związane z wykonywaniem pracy w środowisku medycznym	54
13. Zakończenie	56
III. Metodologia badań	59
14. Koncepcja socjologii jakościowej	59
14. 1. Teoria ugruntowana	59
15. Triangulacja	62
16. Etnografia wizualna	63
17. Badania w internecie	65
18. Przebieg badania oraz podstawa źródłowa i techniki otrzymywania danych	65
18. 1. Analiza fotografii	72
18. 2. Analiza wywiadów oraz materiału z obserwacji uczestniczącej	73
IV. Wyniki badań	74
19. Ścieżki kariery medycznej	75

20. Codzienność pracy medycznej	79
21. Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym	83
21. 1. Interakcyjny wymiar brudnej pracy	92
21. 2. Operacja – szczególny rodzaj interakcji pacjenta i zespołu medycznego	97
21. 3. Interakcje z młodym pacjentem – proces leczenia dzieci.....	104
22. Rodzina w procesie leczenia	107
23. Atmosfera oczekiwania	109
24. Praca nad odczuciami.....	110
25. Poczucie wstydu u osoby chorej	121
26. Emocje, które brudzą	123
27. Praca nad czystością (aspekt fizyczny)	129
28. Praca nad czystością (aspekt emocjonalny)	132
29. Piętno związane z wykonywaniem zawodów medycznych.....	134
30. Kultura organizacji w zawodach medycznych.....	136
31. Fasada medyczna	139
32. Podział pracy	142
33. Konteksty społeczno – organizacyjne związane z delegowaniem brudnej pracy	143
34. Praca niewidzialna	146
35. Błędy/ pomyłki.....	152
36. Choroby zawodowe.....	152
37. Bud szlachetny	154
38. Brudna praca – występowanie	157
39. Kontekst medyczny	164
40. Miejsca brudne/ miejsca czyste.....	165
41. Kontakt ze śmiercią – brudny element zawodów medycznych	166
42. Praca z ciałem/ praca nad ciałem	169
43. Zespołowe zarządzanie wrażeniami odnośnie brudnej pracy. Konteksty, w których brudna praca widoczna jest dla publiczności.....	171
44. Stosunek do pracy	173
45. Przesunięcie granic wrażliwości	175
46. Drogi ku czystości.....	175
47. Uzasadnienia jednostki do wykonywania brudnej pracy	178
48. Wskaźniki uświadomienia brudnej pracy w zawodach medycznych	180
V. Zakończenie.....	181

VI. Bibliografia	186
VII. Spis tabel i fotografii.....	202
Aneks 1. Tajemnica lekarska.....	203
Aneks 2. Autoetnografia.....	204
Aneks 3. Analiza fotografii	206
Aneks 4. Trudności badawcze	210

Wprowadzenie

Przystępując do badań nad brudną pracą wyznaczyłem sobie 3 główne cele: a) cel eksploracyjny – zbadanie i opisanie czym jest *brudna* praca na przykładzie zawodów medycznych; b) cel teoretyczny – zrozumienie i wzbogacenie koncepcji *brudnej* pracy; c) cel aplikacyjny (dotyczący potencjału koncepcji *brudnej* pracy) – zaświadczenie o możliwościach aplikacyjnych tej koncepcji.

W niniejszej rozprawie dążę do zrozumienia tematyki pracy poprzez pryzmat teorii interakcjonistycznych. Zawody medyczne zostały wybrane jako przedmiot badań, dzięki któremu możliwe jest rozwinięcie koncepcji *brudnej* pracy (Hughes 1994). W dysertacji dokonany został przegląd koncepcji związanych z pracą w rozumieniu Everetta Hughes'a (Hughes 1994, Hughes 2009) oraz interakcjonistów (Strauss 1997 i in.). W polskiej literaturze trudno jest odnaleźć nawiązania do koncepcji *brudnej* pracy. Zwykle w *socjologii pracy* podkreśla się rolę czynników zewnętrznych wobec sytuacji pracy i wewnętrznych (np. wewnątrzorganizacyjnych) w determinowaniu stosunku wobec pracy. Zapomina się najczęściej, że sposób, w jaki ludzie widzą siebie i swoją sytuację pracy, jest wynikiem trwającego procesu, nigdy w pełni nie zdeteminowanego przez ten lub inny zbiór strukturalnych ograniczeń. Zawsze jest to proces „stawania się” w sensie sukcesywnego kształtowania i przekształcania subiektywnej definicji siebie i społeczeństwa. Taką perspektywę dotyczącą człowieka, organizacji i pracy można w pełni dostrzec w pracach badaczy pracy ze szkoły chicagowskiej, tj. E. Hughesa, H. S. Beckera i A. L. Straussa (oraz innych socjologów związanych z A. L. Straussem) (Konecki 1988: 226).

W kolejnych rozdziałach opisywane są poszczególne aspekty *brudnej* pracy w kontekście zawodów medycznych, które mają bezpośredni kontakt z pacjentem. Do analizy zostały włączone osoby pracujące w Centrum Powiadamiania Ratunkowego, ze względu na fakt, iż osoby wykonujące tę pracę muszą posiadać doświadczenie praktyczne w ratownictwie medycznym. Ustawodawca poprzez osobę wykonującą zawód medyczny rozumie osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny (Art. 2, ust. 1, pkt 2, ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej). Definicja zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l. jest bardzo ogólna, nie wymaga do jego wykonywania wykształcenia medycznego, natomiast umożliwia zaliczanie do grupy zawodów medycznych zarówno zawody z ustaloną ścieżką formalnego kształcenia i

nabywania umiejętności, jak i zawody, dla których tryb uzyskiwania legitymacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze medycyny nie został sformalizowany w systemie kształcenia (Karkowska 2012: 127). W dysertacji za osobę wykonującą zawód medyczny uznałem, podobnie jak czyni to Dorota Karkowska (2012) osobę *legitymującą się wykształceniem medycznym, która systematycznie i odpłatnie (w uzasadnionych przypadkach bezpłatnie) podejmuje i prowadzi działania medyczne stanowiące osobiste oddziaływanie na organizm pacjenta, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia i nabytych uprawnień* (Karkowska 2012: 129). Należy jednak poszerzyć to rozumienie. Poza osobistym oddziaływaniem na organizm pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny to również osoby zajmujące się badaniem tkanek i płynów (np. krwi) oraz przeprowadzaniem sekcji zwłok. Definicja Karkowskiej (2012) nie uwzględnia również oddziaływania na umysł pacjenta (psychologowie i psychiatrzy).

Ograniczenie badań do osób wykonujących zawody medyczne i mających bezpośredni kontakt z pacjentem pozwoliło na uchwycenie nie tylko pracy medycznej (w znaczeniu *leczenie organizmu* – czynności instrumentalne), ale również skomplikowanej pracy interakcyjnej (kontakt z chorymi, tłumaczenie przyczyn choroby, informowanie o zbliżającej się śmierci pacjenta, uspokajanie go itp. – czynności ekspresywne). Skupienie się na zawodach medycznych, mających bezpośredni kontakt z pacjentem, umożliwiło również analizę pracy emocjonalnej wykonywanej przez lekarzy, pielęgniarki itp. (również brudnej pracy emocjonalnej (Rivera, Tracy 2014), która jest związana z pojawiającymi się emocjami nacechowanymi negatywnie np. strach, litość, podczas kontaktu z *brudem* społecznym, fizycznym, moralnym) oraz analizę kontekstów interakcji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem.

Lekarze, ratownicy medyczni wykonują skomplikowaną pracę fizyczną, umysłową, interakcyjną, która wymaga również wieloletniego kształcenia, przygotowania oraz predyspozycji. Po wstępnym przeglądzie literatury oraz po przeprowadzeniu kilkunastu wywiadów z przedstawicielami różnych zawodów (m.in. sekretarki, nauczyciela akademickiego, sprzątaczkę), to właśnie osoby związane z medycyną wydały się grupą zawodową, której czynności pracy można analizować na kilku poziomach – praca manualna, umysłowa, interakcyjna. Brudna praca w rozumieniu Hughesa opiera się m.in. na kontakcie z brudem fizycznym (Hughes 1994: 62) (w przypadku lekarzy np. krew), moralnym (dwuznaczność wykonywania zawodu, np. władza nad życiem drugiej osoby) oraz społecznym (kontakt z grupami naznaczonymi społecznie np. z osobami chorymi na

AIDS). W społeczeństwach zachodnich brudna praca np. czyszczenie toalet wykonywana jest przez najniżej opłacanych pracowników, jednak wiele osób uznaje konieczność wykonywania tej pracy. Praca osób związana ze śmiercią podlega podobnym, ambiwalentnym uczuciom, przetwarzanie śmierci jest czymś, co jest społecznie unikane (Twigg 2000: 391). Istnieje wiele zawodów, zarówno wysokiego jak i niskiego prestiżu, w których osoby je wykonujące muszą zmagać się z brudem. Zmaganie się z utrzymaniem higieny ludzkiego ciała jest jednym z przykładów pracy, gdzie brud powoduje obrzydzenie. Jest to jednak praca związana częściej z kobiecymi niż męskimi zawodami (Wolkowitz 2007: 20).

W niniejszej dysertacji dążę do rozwinięcia i zrozumienia koncepcji brudnej pracy, która może stać się narzędziem wspomagającym analizę różnych zawodów, nie tylko tych, które wydają się brudne w oczywisty sposób (fizyczny). *Koncepcje są przede wszystkim narzędziami myślenia, które powinny być udoskonalane* (Hałas 2012: 9). Przystępując do prowadzenia badań terenowych, posiadałem ogólną wiedzę na temat tego, czym jest i czym może być *brudna praca* (*dirty work*). Po zebraniu materiału, analizie wywiadów oraz dostarczonych fotografii, doszedłem do wniosku, że są to niewystarczające techniki zbierania danych, dlatego badania zostały uzupełnione o obserwację uczestniczącą w placówce medycznej (która de facto stała się drugą, po wywiadzie, wiodącą techniką zbierania materiału badawczego). W trakcie analizy uzyskanych danych zaczął wyłaniać się obraz tego, czym jest brudna praca i jak powinno się ją rozumieć w perspektywie uczestników danej kultury/ subkultury pracowniczej.

Podczas zbierania materiału do rozprawy dokonano przeglądu dostępnych publikacji na temat brudnej pracy. Do tej pory koncepcja ta była wykorzystywana w różny sposób, autorzy odwoływali się do różnych aspektów brudnej pracy, nie dokonując dokładnego przeglądu literatury. Powstające teksty dotyczyły różnych dziedzin. Skupiano się w nich na ograniczonym wykorzystaniu pojęcia do analizy różnych zawodów. Starałem się uporządkować wiedzę, dokładnie opisać koncepcję oraz poddać krytycznej analizie część powstałych do tej pory prac na temat brudnej pracy oraz publikacji, które tej tematyki dotyczyły, a nie odwoływały się wprost do podejścia Hughesa.

W badaniach wykorzystałem koncepcję socjologii jakościowej, natomiast procedury do analizy danych czerpałem z teorii ugruntowanej. Rozmowy z pracownikami służby zdrowia były prowadzone bez wcześniej przyjętych założeń, tylko z ogólnym rozumieniem pojęcia *brudnej pracy*. Należy podkreślić, że polem badawczym była analiza koncepcji *brudnej pracy*, a nie zawody medyczne. Po wstępnej analizie wywiadów

dokonałem przeglądu dostępnej literatury, która stała się również ważnym elementem dysertacji i pozwoliła na dokładniejsze zrozumienie koncepcji. Odwołanie się do prac innych badaczy (Ashforth, Kreiner, Clark, Fugate 2007, Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012 i in.) pozwoliło na poszerzenie horyzontu badań. Analizując dostępne artykuły i opisane dane empiryczne, miałem możliwość dostrzec aspekty brudnej pracy, które są związane z różnymi zawodami, zarówno związanymi jak i niezwiązanymi z zawodami medycznymi, z osobami, które wykonują pracę związaną z pracą lekarzy, pielęgniarek itp. (np. osoby sprząające w szpitalach). Oczywiście sytuacji badawczej, która miała miejsce w innej kulturze (anglosaskiej), nie można przełożyć wprost na funkcjonowanie polskiej opieki zdrowotnej, jednak, jak pisał Morgan (1997), przedstawiciele tych samych organizacji, niezależnie od miejsca, charakteryzują się podobnym podejściem do pracy i wyznają podobne wartości.

Tematyka pracy wpisuje się w socjologię medycyny. Badania prowadzone były w placówce medycznej, wywiady przeprowadzono z osobami wykonującymi zawody medyczne, analizie poddano również interakcje zachodzące między personelem medycznym a pacjentem oraz proces dochodzenia do zdrowia w instytucji medycznej. *Od początku powstania polska socjologia medycyny była pod silnym wpływem zainteresowań i osiągnięć socjologii medycyny rozwijanej w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej (...) zainteresowania socjologii medycyny w krajach zachodnich skupiały się przede wszystkim na zagadnieniach choroby i instytucji medycznych* (Słońska 2015: 114). Ponadto podkreślić należy, że *system medyczny stanowi klasyczny obszar zainteresowań socjologii zdrowia i choroby. U podstaw prowadzonych na tym obszarze badań leży m.in. teoria strukturalno-funkcjonalna Talcotta Parsona, która na długo wyznaczyła sposoby myślenia o mechanizmach funkcjonowania instytucji medycznych, wzorach interakcji lekarz-pacjent oraz zinstytucjonalizowanych formach komunikacji między nimi* (Piątkowski, Nowakowska 2012: 12).

Celem dysertacji jest zrozumienie koncepcji brudnej pracy, a nie tylko wykorzystanie jej do analizy konkretnej grupy zawodów. W rozprawie przyjęto założenie, że poprzez sprawdzenie przydatności analitycznej koncepcji możliwy będzie dalszy jej rozwój, a tym samym stanie się ona pomocnym narzędziem służącym do badania różnych zawodów. Dokonując analizy materiału empirycznego oraz dostępnych artykułów, starałem się odpowiedzieć na następujące pytania problemowe, które pojawiły się w trakcie zbierania materiału do analizy:

1. Jakie są uzasadnienia jednostki do wykonywania brudnej pracy?

2. Jakie są wskaźniki uświadomienia brudnej pracy?
3. Jakie sposoby oczyszczania/ radzenia sobie z obciążeniami wypracowują osoby wykonujące brudną pracę?
4. W jakich kontekstach społeczno-organizacyjnych i interakcyjnych jest delegowana brudna praca?
5. Czy brudna praca jest związana z wykonywaniem zadań, które przyczyniają się do powstawania chorób zawodowych?
6. W jakich kontekstach elementy brudnej pracy są widoczne dla publiczności (pacjentów, rodziny, osób odwiedzających chorych), a w jakich nie?
7. Na ile świadomość wykonywania profesji sprawia, że czynności brudne są postrzegane jako ważne i brud nie jest zauważany?
8. W jakich warunkach organizacyjnych i interakcyjnych pewne etapy leczenia uważa się za brudne?
9. W jakich warunkach organizacyjnych i interakcyjnych pewne etapy leczenia uważa się za czyste?
10. Jakie konteksty świadomości występują podczas leczenia pacjenta śmiertelnie chorego (zamknięte – nieinformowania pacjenta o jego stanie czy otwarte – pełne informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia, kontekst udawany, kontekst podejrzeń)?
11. Jakie znaczenie w procesie leczenia odgrywa rodzina pacjenta? Jaka część czynności związanych z brudną pracą jest przenoszona na rodzinę pacjenta?

Postawienie pytań problemowych i przeprowadzenie pierwszych wywiadów dało możliwość postawienia w trakcie badań hipotez, które w dalszej części pracy poddano weryfikacji.

1. Osoby wykonujące brudną pracę nie dostrzegają jej elementów brudnych (w przeciwieństwie do publiczności), aby łagodzić obciążenia związane z jej wykonywaniem.
2. Brudna praca przez rozmówców jest postrzegana w kontekście czynności związanych z brudem fizycznym oraz trudnościami związanymi z wykonywaną pracą.
3. Brudna praca jest delegowana do pracowników znajdujących się niżej w hierarchii danej organizacji.
4. Aby praca była uważana za brudną, musi być związana z brudem fizycznym, społecznym, moralnym itp.

5. Wykonywanie pracy, w której jednostka narażona jest na utratę zdrowia lub życia, może być określana jako brudna praca.
6. Przed publicznością (pacjentami, rodziną, osobami, które odwiedzają chorych) ukrywa się wszystkie brudne elementy związane z wykonywaniem danej pracy.
7. Postrzeganie wykonywanej pracy jako „szlachetnej” lub ważnej społecznie zmniejsza obciążenia związane z wykonywaniem brudnej pracy.
8. Leczenie jest procesem brudnym.
9. W procesie leczenia pacjenta, przekazywane są mu tylko informacje dotyczące kolejnych zabiegów i sposobów kuracji. Unika się rozmów na temat szans przeżycia – dominujący zamknięty kontekst świadomości.
10. Część czynności higienicznych dotyczących pacjenta powierza się rodzinie.

Przystępując do zbierania i analizy materiału, trudno było odnaleźć informacje na temat, czym jest brudna praca, dlatego rozpoczęcie pracy nad zgłębianiem tematyki *dirty work* należało zacząć od jej zrozumienia, a zatem od badań jakościowych.

Praca rozpoczyna się od rozważań na temat interakcjonizmu oraz od interakcjonistycznego ujęcia tematyki pracy, przede wszystkim przez autora koncepcji brudnej pracy – Everetta Hughesa (2009, 1994, 1964, 1962). W kolejnych rozdziałach opisane zostały tematy związane z brudną pracą oraz zagrożenia związane z wykonywaniem określonych zawodów, które również wpisują się w zakres pracy trudnej/brudnej.

W części badawczej opisane są poszczególne aspekty zawodu medycznego, przytoczono również informacje formalne na temat poszczególnych specjalizacji oraz zawodów medycznych. W podsumowaniu dysertacji uchwycone zostały najważniejsze aspekty związane z odpowiedzią na pytanie, czym jest brudna praca, również w oderwaniu od medycznego kontekstu, który, jak zaznaczono na początku, jest źródłem danych niezbędnym dla analizy czynności związanych z jej wykonywaniem.

I. Teoretyczne podstawy pracy

1. Interakcjonizm symboliczny

Rozważając temat *brudnej pracy*, odwołano się do teorii symbolicznego interakcjonizmu, która pozwala zrozumieć, jak są interpretowane przedmioty i zdarzenia przez uczestników danej grupy. Dzięki wykorzystaniu teorii interakcjonizmu symbolicznego możliwa była dokładna analiza oraz określenie, na czym polega praca wykonywana przez poszczególnych pracowników medycznych. Koncepcja brudnej pracy może mieć wiele znaczeń. Poszczególne aspekty pracy dla każdego mogą oznaczać coś innego. Te same z kolei aspekty pracy będą miały również inne znaczenie dla publiczności, osób znajdujących się na zewnątrz danego systemu, stosunków pracy (Dick 2005: 1365).

Zanim zostanie omówiona teoria symbolicznego interakcjonizmu, warto przytoczyć za Goffmanem definicję interakcji społecznej. *Interakcję społeczną można określić jako to, co w niepowtarzalny sposób zdarza się w sytuacjach społecznych, tj. w środowiskach, w których jednostki (dwie lub więcej) wzajemnie reagują na swoją obecność* (Goffman 2006: 293).

Termin „interakcjonizm symboliczny” odnosi się do sposobu badania oraz rozumienia życia ludzi – ich działań. *W interakcjonizmie społecznym kluczowym zagadnieniem pozostaje funkcjonowanie znaczeń w kontekście społecznym, jaki przede wszystkim stanowi sytuacja wzajemnego oddziaływania ludzi* (Hałas 2012: 15). Herbert Blumer – autor koncepcji, wymienia trzy główne założenia, na których opiera się interakcjonizm symboliczny. Po pierwsze przyjmujemy, że ludzie działają na podstawie znaczeń, jakie przypisują przedmiotom. Poprzez przedmioty Blumer rozumie obiekty fizyczne, w tym ożywione i nieożywione, działania, pojęcia (jak wartości, ideały itp.) oraz wszelkie sytuacje, z którymi jednostka ma styczność na co dzień. Drugie założenie mówi, że znaczenia poszczególnych przedmiotów wywodzą się z interakcji społecznych, (...) *jakie łączą jednostkę z jej otoczeniem* (Blumer 2007: 6). Trzecie założenie wiąże się z tym, że ludzie posługują się znaczeniami i modyfikują je podczas interpretacji. Interakcjonizm symboliczny posiada tradycję rozciągniętą w czasie oraz nie posiada *jednego klasycznego fundatora, którego poglądy systematycznie wyłożone stanowiłyby podstawę dla dalszego rozwoju orientacji, choć status taki niejednokrotnie przyznawano Blumerowi* (Hałas 2012: 32). *Socjologiczna żywotność tej koncepcji opiera się na własnościach, co do których wśród autorów generalnie panuje zgodność. Termin „interakcja symboliczna” odnosi się do takiej formy wzajemnego oddziaływania, do której wprowadzony został proces interpretacji* (Woroniecka 2003: 20).

Badacz posługujący się tą teorią, dąży do zrozumienia działań ludzkich, chce widzieć świat społeczny i rozumieć go w taki sam sposób, jak aktorzy, którzy w nim uczestniczą (patrzeć na świat społeczny z punktu widzenia aktorów, na tyle, na ile jest to możliwe). Teoria ta podkreśla bardziej świadome aspekty ludzkiego zachowania i jego relacji z grupą. Jednostki, według niej, nie tylko odpowiadają biernie na zdarzenia i sytuacje, ale nadają im sens (Burbank, Martins 2009: 27). *Termin „interakcja” nie jest bynajmniej sam w sobie specyficzny dla interakcjonizmu symbolicznego ani nie jest jego wyznacznikiem. Są zaś nimi: „komunikacja symboliczna”, „proces konstruowania działania” oraz bliska mu kategoria „definicji sytuacji”. Dopiero w ich kontekście pojęcie interakcji nabiera właściwego dla interakcjonizmu symbolicznego sensu* (Hałas 2012: 56).

Życie jednostki jest rozumiane jako proces, w którym jednostka kształtuje i kontroluje swoje zachowania, biorąc pod uwagę (poprzez mechanizm przyjmowania roli) oczekiwania innych, z którymi współdziała (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 19). Jednak pierwsze założenie mówiące o tym, że ludzie działają na podstawie znaczeń, jakie przypisują przedmiotom, nie stanowi jeszcze szczególnego wyróżnika tej teorii. Znaczenie według Blumera to właściwość wewnętrzna przedmiotu lub *naddatek psychiczny wnoszony do przedmiotu przez osobę, dla której ma on znaczenie* (2007: 7). Proponuje on rozszerzyć koncepcję znaczenia, równocześnie twierdząc, że jest to rezultat interakcji między ludźmi. *Znaczenie przedmiotu dla danej osoby wyrasta ze sposobów, w jakie inni ludzie działają wobec tej osoby z uwzględnieniem tegoż przedmiotu* (Blumer 2007: 7). Na znaczenie przedmiotu składają się działania jednostek, które w konsekwencji prowadzą do zdefiniowania danego przedmiotu przez inne jednostki. *Konstruowaniu podlega przedmiot działania, zyskując znaczenie w efekcie wskazania; nadane znaczenie modyfikuje się wskutek późniejszych ocen pod wpływem kontekstów interakcji* (Woroniecka 2003: 21). W tym miejscu odkrywamy jedno z głównych założeń interakcjonizmu – znaczenie to wytwór społeczny, który jest określany przez ludzi wchodzących ze sobą w interakcje. *Podstawowa dla interakcjonizmu symbolicznego kategoria znaczenia nie została opracowana na tyle szczegółowo i konsekwentnie, by zadowolić semiotyka czy filozofa, dość jednak wyraźnie, by pociągnąć za sobą szczególne konsekwencje dla teorii socjologicznej* (Hałas 2012: 69). Próby dokładnego określenia koncepcji znaczenia, widoczne w literaturze interakcjonizmu symbolicznego, nie są zadowalające. *Przyczyną tego zdaje się być nie dość jasno wyeksplikowany sens twierdzenia pragmatystów, iż nie sama myśl jest źródłem znaczeń, lecz że powstaje ono w procesie działania i jemu przede wszystkim przysługuje* (Hałas 2012: 89). Znaczenie oznacza, że ludzie wskazują sobie takie

przedmioty, o których wiedzą, że są warte wskazania, lecz oceny tej dokonują z perspektywy własnych celów (Woroniecka 2007).

Trzecie założenie interakcjonizmu symbolicznego podkreśla, że jednostka nie dokonuje jedynie bezrefleksyjnej aplikacji znaczenia, ale je interpretuje. Interpretacja jest procesem przebiegającym w dwóch etapach. Początkowo jednostka wskazuje przedmiot, względem którego działa. Etap ten związany jest z wejściem jednostki w interakcję, w komunikację z samą sobą. Drugi etap związany jest z tym, że *jednostka selekcjonuje, sprawdza, zawiesza, przegrupowuje i przekształca znaczenie pod kątem sytuacji, w jakiej się znajduje oraz kierunku działania* (Blumer 2007: 8). Wiąże się to z tym, że interpretacja to nie automatyczna aplikacja znaczeń, ale twórczy proces. Znaczenia są przez aktorów negocjowane, symboliczny interakcjonizm skupia się wokół obrazu racjonalnego aktora zaangażowanego w negocjację znaczeń. Racjonalna, poznawcza podmiotowość aktora jest podstawą obydwu stron procesu negocjacji znaczeń: sfery interpretacji oraz sfery definiowania sytuacji i tożsamości uczestniczących w niej osób (Czyżewski 1981: 200). Działanie połączone natomiast *odnosi się do wspólnych form działania – niekoniecznie do współpracy – poczynając od połączonego działania dwóch osób, aż po złożone organizacje i instytucje* (Hałas 2012: 132).

W koncepcji Blumera „znaczenie” jest jednym z ważniejszych pojęć interakcjonizmu symbolicznego. Skoro ludzie działają na jego podstawie, oznacza to, że organizuje ono funkcjonowanie świata społecznego i sprawia, że interakcje przebiegają w określonych kierunkach, a „znaczenie” jest nieodłącznym ich elementem.

Na naturę przedmiotu składa się znaczenie, jakie ma ono dla danej osoby. Znaczenie dla każdej jednostki może być inne, a - żeby to zobrazować - Blumer posługuje się dość jasnym przykładem – drzewo dla poety może być natchnieniem, dla ogrodnika zaś częścią jego pracy, dla drwala lub stolarza – materiałem itd. Znaczenie danego przedmiotu dla określonej jednostki wynika z tego, jak jest on definiowany przez partnerów interakcji. Te rozważania potwierdzają ważny element interakcjonizmu: przedmioty są wytworami społecznymi, które zostały ukształtowane przez interpretację przebiegającą podczas interakcji między jednostkami.

Kolejnym istotnym terminem w koncepcji interakcjonizmu symbolicznego jest „działanie”. Ponieważ społeczeństwo składa się z ludzi podejmujących działania, u samych podstaw grup i społeczeństw leży właśnie ono – jak twierdzi Blumer. Ludzie działają w odpowiedzi na działania innych członków społeczeństwa. Jest to czynnik, który kształtuje zachowanie jednostek - w obliczu działań innych jednostka modyfikuje i dostosowuje doń

własne. Działania mogą zarówno wspierać jednostkę, jak i występować przeciwko jej planom. W ujęciu interakcjonizmu symbolicznego działanie oznacza oddziaływanie na siebie za pośrednictwem komunikacji dwóch osób, które modyfikują nawzajem swoje zachowanie (Hałas 2012: 56). Zachowanie należy tutaj rozumieć jako zewnętrzny, obserwowalny ruch fizyczny jednostki, działanie natomiast, to takie zachowanie, które związane jest z motywacjami oraz kulturowo wyznaczanymi trajektoriami. *Przez związek z działaniem, interakcjonizm symboliczny przywraca zagadnieniu znaczenia jego właściwy, społeczny i pragmatyczny kontekst* (Hałas 2012: 60).

Mówiąc o interakcjonizmie symbolicznym warto pokrótce przyjrzeć się zasadom metodologicznym nauk empirycznych. Według Blumera obraz nauki empirycznej (...) *to zbiorowe poszukiwanie odpowiedzi na pytania, których kierunek wynika z oporu stawianego przez badany fragment świata empirycznego* (2007: 21). Według autora metodologia:

- a) obejmuje całość poszukiwań naukowych, a nie tylko wybrane ich fragmenty czy aspekty;
- b) każda część poszukiwań naukowych jak również cały akt badawczy muszą pozostawać zgodne z twardym charakterem badanego świata empirycznego, dlatego metody badawcze są podporządkowane temu światu i powinno się je poddawać testom pod kątem płynącego z nich pożytku;
- c) ostateczne i przesądzające wyniki testów badawczych znajdujemy w badanym fragmencie świata empirycznego, a nie w żadnym modelu badania naukowego.

Interakcjonizm symboliczny, jak pisze Blumer, *jest takim podejściem do naukowego badania życia grupowego ludzi i zachowań ludzkich, które trzyma się ziemi* (2007: 39). Światem, który jest poddany badaniu, jest naturalne środowisko życia i zachowań grupowych, problemy, które występują w doświadczeniu poszczególnych grup. Jeśli badacz jest zainteresowany daną społecznością, kieruje się do jej członków i obserwuje, przeprowadza z nimi wywiady. *Dla interakcjonistów symbolicznych organizacja społeczna stanowi ramy, w których mają miejsce działania społeczne, lecz nie jest ich determinantą* (Hałas 2012: 59).

Przyjrzyjmy się teraz, jakie implikacje metodologiczne niosą za sobą podstawowe koncepcje interakcjonizmu. Pierwsze twierdzenie mówiące o tym, że ludzie działają na podstawie znaczeń, jakie mają dla nich przedmioty, komplikuje proces badawczy. Oznacza

ono, że badacz powinien spojrzeć na badany świat oczami ludzi, którzy w nim uczestniczą i tworzą daną rzeczywistość. Taka sytuacja wprowadza poważne zagrożenie, że badacz zacznie interpretować rzeczywistość na swój sposób, widzieć ją swoimi oczami. Uzyskanie perspektywy badanych wydaje się być niemożliwe, jeśli wykorzystuje się metody standaryzowane. Drugie twierdzenie mówi, że związki między ludźmi powstają w procesie, w którym partnerzy udzielają sobie wskazań i je interpretują. Oznacza to, że badając dane zjawisko nie można traktować interakcji społecznych jako przestrzeni, w której działają jednostki. Interakcja społeczna według interakcjonizmu symbolicznego opiera się na ciągłej interpretacji, jest procesem twórczym.

Trzecie założenie interakcjonizmu mówi, że ludzie ciągle interpretują i oceniają sytuacje, wobec których stają. Taka sytuacja oznacza, że, aby badać działania społeczne, trzeba obserwować proces, w którym one powstają, co z kolei doprowadza do tego, iż badacz musi śledzić powstanie działania w taki sposób, w jaki jest ono budowane, czyli z perspektywy działającego.

Ostatnie twierdzenie mówi, że *złożone powiązania działań składających się na organizację, instytucje, podział pracy i sieci wzajemnych zależności mają charakter ruchomy, a nie statyczny* (Blumer 2007: 41). Oznacza to, że interakcjonizm symboliczny postrzega wielkie organizacje społeczne (makrojednostki) jako ludzi, którzy powiązani są działaniami. Komplikuje to proces badawczy, ponieważ badacz musi odkryć poszczególne powiązania. Empiryczne badania naukowe (wykorzystujące teorię symbolicznego interakcjonizmu) rozpoczynają się od stworzenia obrazu/ schematu badawczego w postaci podstawowych przesłanek, formułowanych za pomocą koncepcji – pojęć teoretycznych. *Fazy następne to: formułowanie pytań, selekcja i przekształcanie ich w problemy, określenie poszukiwanych danych i środków do ich otrzymania, określenie związków między danymi i interpretacja wyników* (za: Hałas 2012: 63).

Orientację metodologiczną trafnie oddają słowa Blumera: *respektujcie naturę świata empirycznego i opracowujcie pozycje metodologiczne tak, by dawały temu wyraz. O to właśnie – jak sądzę – stara się interakcjonizm symboliczny* (2007: 48).

Wiele komplikacji powoduje różnorodność języków konstrukcji teoretycznych, które są powodem różnorodności źródeł koncepcji, sprawia to, że interakcjonizm symboliczny nie może wykazać się *zupelną jednością koncepcji, przesłanek i twierdzeń. Związana z tym trudność ich analitycznego scharakteryzowania widoczna jest w wielu opracowaniach, gdzie próbuje się streścić podstawowe tezy tego kierunku* (Hałas 2012: 55).

Pomimo trudności metodologicznych, jakie stawia przed badaczem interakcjonizm symboliczny, jest on idealnym pryzmatem, przez który w socjologii jakościowej można patrzeć na działalność danej grupy. Wchodząc do nieznannej społeczności i starając się zrozumieć jej świat, należy spojrzeć na ten świat oczami jej uczestników.

W dysertacji dążę do opisanie zasad działania osób związanych z medycyną – lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych itp. Do takiej rekonstrukcji interakcjonizm symboliczny wydaje się być doskonałą teorią. Badania i analiza danych wykorzystująca teorię symbolicznego interakcjonizmu pozwala odkryć szereg kluczowych pojęć, które pomagają analizować proces pracy (Clarke, Star 2003: 561). Istotny jest również fakt nadawania znaczeń wykonywanej *pracy* przez osoby związane z medycyną, nadawanie jej sensu, rozumienie pojęcia *brud* przez uczestników danej subkultury pracowniczej. Badania dotyczące zawodów medycznych prowadzono w placówce medycznej, a więc naturalnym środowisku pracowników służby zdrowia, umożliwiło to również uzyskanie ich perspektyw podczas zbierania i analizy materiału. W badaniach wykorzystano wywiad ze wspomaganiem fotograficznym oraz obserwację uczestniczącą jawną, co opisano w rozdziale III dotyczącym metodologii badań. W tym miejscu warto tylko wspomnieć, że wywiad opierał się na zdjęciach dostarczonych przez rozmówców, którzy na prośbę badacza samodzielnie sfotografowali to, co jest ważne w ich pracy (co za takie uważają). Uzyskano zatem fotografie przedmiotów, miejsc, ludzi, które są dla nich najistotniejsze, a jak wspomniano wcześniej za Blumerem, to przedmioty organizują funkcjonowanie świata społecznego i wskazują, w jakich kierunkach przebiegają interakcje między jego uczestnikami.

2. Kultura organizacji

Specyficzne działania pracy są związane z kulturą organizacji, zarówno lokalną, jak i wymaganiami zawodowymi. Ta kultura składa się ze znaczeń i wartości, podstawowej wiedzy, jaka jest potrzebna do zdefiniowania i realizowania celów, przyjemności i relacji (Sanders 2010: 264). W części teoretycznej zostaną omówione dwa zagadnienia związane z analizowaniem organizacji/ czynności pracy: kultura a organizacja oraz doskonalenie sztuki analizowania organizacji.

Nie ulega wątpliwości, że dana kultura, w jakiej funkcjonuje jednostka, organizuje jej życie. Ludzie, oddając się pracy w określonych organizacjach siłą rzeczy również przyjmują ich kulturę, a co za tym idzie – przynależności układają, planują ich życie. Organizacje wyznaczają ilość czasu wolnego oraz często sposób jego spędzania

(nagradzając najlepszych pracowników wycieczkami czy karnetami do klubów sportowych), mogą również pośrednio określać, gdzie i co mają kupować pracownicy (przyznając bony do określonych sklepów). Morgan pisze, że w *pewnym sensie ludzie pracujący w fabrykach i biurach w Detroit, Petersburgu, Liverpoolu, Paryżu, Tokio czy Toronto należą do tej samej kultury przemysłowej* (1997: 127). Pracownicy określonych organizacji (biur, fabryk, szpitali) odznaczają się pewnymi wspólnymi kwalifikacjami oraz oczekiwaniami, podobne są również trajektorie ich pracy.

Morgan podkreśla jednocześnie, że kultura danego państwa ma znaczący wpływ na sposób pracy w organizacji. Konsekwencją działania organizacji są również wzorce kulturowe związane z wychowaniem dzieci (przyszłych pracowników i członków organizacji). Jako przykład podaje organizacje japońskie, w których pracownik pracuje przez całe życie, zaczynając od najniższych stanowisk, aby powoli osiągać określoną pozycję w firmie. Przedsiębiorstwa traktuje się jak rodzinę, a współpracowników jak jej członków. *Kulturę organizacyjną rozumiemy tutaj jako podzielane zbiorowo w danej organizacji i często wywodzące się z otoczenia organizacji systemy wartości i normy, potoczne i często nieuświadamiane założenia oraz związane z nimi, wytwarzane przez członków danej organizacji, reguły działania, a także całą wewnętrzną symboliczną sferę funkcjonowania organizacji* (Konecki 2007: 15).

Organizacje są minispółczeństwami, które mają własne, odrębne wzory kultury i subkultury (Morgan 1997: 136). Podobnie jak w społeczeństwie jednostki różnią się między sobą (charakterem, zachowaniem itp.), tak organizacje funkcjonujące w danej kulturze mogą wykazywać odmiennosć. Nawet sposób myślenia i działania w ramach jednej organizacji może być podzielony (np. poprzez wydzielenie poszczególnych komórek, które mają się zajmować określonymi działaniami organizacji).

Aby zrozumieć i ocenić daną kulturę organizacji, Morgan proponuje jej obserwację z zewnątrz: przyglądanie się interakcjom oraz działaniom członków. Kiedy odkryje się już *rację bytu tych aspektów kultury, zazwyczaj stwierdza się, że dla sposobu wykonywania różnych rzeczy istnieją logiczne historyczne wyjaśnienia* (1997: 137).

Wspólną kulturę można opisywać poprzez tożsame poczucie znaczeń, rozumienie, nadawanie sensu. *Kiedy mówimy o kulturze, naprawdę mówimy o procesie budowania rzeczywistości, który pozwala ludziom dostrzegać i w charakterystyczny sposób rozumieć szczególne wydarzenia, działania, przedmioty, wypowiedzi, czy sytuacje* (Morgan 1997: 146). Takie rozumienie kultury koresponduje ze sposobem widzenia rzeczywistości według symbolicznego interakcjonizmu. Zwolennicy obu metafor zakładają, że

funkcjonowanie jednostki w organizacji jest związane z nadawaniem znaczeń (zdolnością przypisywania znaczeń poszczególnym zjawiskom, rzeczom, osobom itp.). Aby zrozumieć organizację, obie perspektywy zakładają, że badacz musi zacząć postrzegać ją tak jak jej członkowie, musi uchwycić, jaką jawi się organizacja dla osób wewnątrz niej (Fine 1984: 245), (...) *kultura organizacyjna dla symbolicznego interakcjonisty będzie obejmowała taką rodzinę pojęć jak: mity, ideologie, język, opowieści organizacyjne i inne symbole w całym ich uwikłaniu interakcyjnym. Analiza epizodów interakcyjnych, w których te elementy kultury organizacyjnej się ujawniają, jest zasadniczym celem badań dla symbolicznego interakcjonisty. Szczególnie widoczne są te aspekty kultury w sytuacjach problematycznych. Działania nowych pracowników, którzy nie oswoili się z tymi elementami symbolicznej struktury organizacji, dostarczają dobrego materiału empirycznego dla analizy takich sytuacji* (Konecki 2007: 8). To, jakie znaczenia dla członków danej społeczności ma dany przedmiot, jest wytwarzane w procesie interakcji między jej jednostkami.

Nie można jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, co ma decydujący wpływ na kulturę danej organizacji. Składają się na nią pojedyncze (czasem wydawałoby się nic nieznaczące) działania, rytuały, które dopiero oglądane w całości pozwalają określić i zdiagnozować daną kulturę.

Podczas analizy materiału zwróciłem uwagę, że praca w placówce medycznej i jej kultura organizacyjna w znaczący sposób wpływają na życie zawodowe i prywatne lekarzy i pielęgniarek. W części empirycznej, w paragrafie 30, dokonałem również analizy tego, co jest uważane za tematy tabu wśród lekarzy oraz zwróciłem uwagę na rytuały, język, symbole oraz na systemy wartości i normy pracowników szpitala. Kultura organizacyjna dotycząca zawodów medycznych związana jest również z określonymi zachowaniami oraz z niesieniem określonej filozofii „zdrowego trybu życia”.

3. W teatrze życia

Podczas analizy brudnej pracy wykorzystałem koncepcję dramaturgiczną Goffmana (2008) – życia jako teatru. Każdy człowiek podczas interakcji z otoczeniem działa w specyficzny sposób, przyjmuje on różne role, dostosowuje się do tego, czego oczekują (w jego mniemaniu) widzowie. Elementy dramaturgii są wykorzystywane do wyjaśnienia konfliktu oraz planowania zmian w obrębie organizacji (McCormick 2007: 685).

Jednostka, wchodząc w interakcje z innymi, dobiera swoje działanie tak, aby być postrzeganą w pożądanym sposób podczas „występu” – *informacje o danej jednostce*

ułatwiają zdefiniowanie sytuacji, pozwalają na wcześniejsze zorientowanie się, czego będzie ona oczekiwała od innych i czego inni mogą oczekiwać od niej (Goffman 2008: 31). Jednostka musi przyjąć sprecyzowany sposób działania, który jest pożądanym przez obserwatorów, żeby stać się wiarygodną podczas odgrywania roli. *Kiedy jednostka gra jakąś rolę, oczekuje od obserwatorów, że wrażenie, jakie pragnie wywołać, odbiorą zgodnie z jej zamysłem* (Goffman 2008: 47). Jedną z konsekwencji dramaturgicznej ramy jest to, że zapewnia jaśniejszy od tradycyjnych metod analiz obraz sytuacji. Pozwala to na zbadanie bardziej irracjonalnych wzorców zachowań, w przeciwieństwie do tradycyjnych metod, które są oparte o założenia racjonalności. Siła perspektywy dramaturgicznej leży w jej bliskości do codziennych doświadczeń aktorów, zachowań i motywacji (McCormick 2007: 696 - 697).

W kontekście rozważań nad brudną pracą, która jest wykonywana przykładowo przez adwokata, istotnym jest, aby ukrywał on fakt jej wykonywania (negocjacje z prokuratorem odnośnie planowanej kary dla bronionego klienta, niepewność związana z toczonym postępowaniem, swoje prywatne przekonania odnośnie prowadzonego postępowania), prawnik musi również zapanować nad stresem, gdyż może on zostać rozpoznany przez klienta jako oznaka utraty kontroli nad postępowaniem, które toczy się w sądzie, w jego sprawie.

Jeśli osoba nie utożsamia się ze swoją rolą, można ją uznać za cyniczną. Nie oznacza to jednak, że cały występ będzie nieudany. Może wszak odgrywać swoją rolę na tyle dobrze, że dla publiczności będzie to niezauważalne.

Podczas codziennych interakcji, Goffman (2008) zwraca uwagę na występowanie *fasady*, czyli tej części występu, która dostarcza definicji sytuacji. *„Fasadą” można nazwać tę część występu jednostki, która funkcjonuje niezmiennie przez cały czas jego trwania, dostarczając obserwatorowi definicji sytuacji* (Goffman 2008: 52).

Do fasady zaliczają się:

1. Rekwizyty, dekoracje (np. sprzęty) mające ułatwić zdefiniowanie sytuacji przez publiczność.
2. Fasada osobista (np. insygnia władzy, płeć, wiek itp.) mająca ułatwić sposób postrzegania danej osoby.
3. Sposób bycia, działanie.

W zawodach, które są postrzegane jako czyste, *brudna praca* pozostaje poza zasięgiem percepcji publiczności (osób, na które wykonywana przez innych praca ma

wpływ, ale nie są bezpośrednio z tą pracą związane, np. w przypadku zawodów medycznych - pacjenci i ich rodziny). Fasada musi być kontrolowana w taki sposób, aby publiczność nie wiedziała o jej wykonywaniu. Aktor musi liczyć się z tym, że jeśli decyduje się na przyjęcie jakiejś roli, musi przyjąć również wszystkie rekwizyty, jakie są z nią związane – fasadę. *Kiedy aktor przyjmuje określoną rolę społeczną, zdaje sobie sprawę, że przypisana jest już do niej określona fasada* (Goffman 2008: 57). Ważne wydaje się tutaj to, że fasadę można wybrać, co stawia aktora przed problemem wybrania fasady odpowiedniej do danej sytuacji.

Dramatyzacja działalności jest związana również z idealizacją. Polega ona na nadmiernym podkreśleniu pewnych cech związanych z wykonywaniem roli (np. pewności siebie przez adwokata lub spokoju i opanowania przez lekarza). Osoby wykonujące brudną pracę w zawodach uchodzących za czyste muszą akcentować fakt, że nie zajmują się sprawami, które są związane z brudem (fizycznym, emocjonalnym, psychicznym itp.). Jednostka w ten sposób doprowadza publiczność do przekonania, że rola, którą właśnie gra, jest dla niej naturalnym zachowaniem. *Jeżeli jednostka w trakcie występu ma zamiar wyrazić idealne wzorce, musi wówczas powstrzymać się przed działaniami z nimi niezgodnymi lub takie działania ukryć* (Goffman 2008: 71). Może jednak wystąpić rozbieżność między tym, co jednostka chce pokazać, a rzeczywistością. Ewentualne pomyłki są jednak poprawiane (najczęściej tuż przed rozpoczęciem występu), a publiczność otrzymuje ostateczny efekt.

Podczas odgrywania określonej roli, jednostka ma pewność, że gdy będzie występować w kolejnej, to zmieni się publiczność. Zyskuje w ten sposób przekonanie, że ci, przed którymi gra jedną ze swoich ról, nie znajdują się wśród potencjalnych zainteresowanych następną odsłoną w innym przedstawieniu (Goffman 2008: 78). Aby występ był udany, aktor stwarza wrażenie, że rola, którą akurat odgrywa, jest jedyna i niepowtarzalna. Jednostka zmienia swoje działanie, w zależności od kontekstu i sytuacji, w których się znajduje (Urlick 2014: 405).

Do tej pory mówiąc w pracy o przedstawieniu, odnosiłem się do jednostek. W rzeczywistości społecznej można również wyróżnić działania zespołów, które starają się narzucić widzom określony sposób interpretacji. *Będę posługiwał się terminem „zespół biorący udział w występie”, czy krótko: „zespół”, na określenie każdej grupy osób współpracujących ze sobą w inscenizacji jakiegokolwiek fragmentu przedstawienia* (Goffman 2008: 109). W tym wypadku ważne jest nie tyle samo działanie jednostek, co współpraca między nimi. Każdy członek zespołu musi zachowywać się w wyznaczony

sposób, aby uzyskać odpowiedni efekt, czyli pożądaną recepcję przedstawienia.

Mówiąc o zespołach, należy wspomnieć o dwóch istotnych częściach, aby mogły one sprawnie funkcjonować. *Po pierwsze, podczas zespołowego występu każdy członek zespołu może przez nieodpowiednie zachowanie popsuć lub przerwać widowisko* (Goffman 2008: 112). Oznacza to, że członkowie zespołu muszą na sobie polegać i sobie ufać. Gdy jeden z partnerów wycofa się z gry, prawdopodobnym jest, że przedstawienie zakończy się niepomyślnie. *Po drugie, jest rzeczą oczywistą, że jeśli członkowie zespołu muszą współpracować ze sobą, aby utrzymać określoną definicję sytuacji przed swoją widownią, to nie są zdolni utrzymać tego samego stanu ducha, co ich widzowie (...) i są zmuszeni uważać siebie za osoby „wtajemniczone”, przed którymi niemożliwe jest zachowanie fasady* (Goffman 2008: 112). Jednostki wchodzące w skład zespołu odgrywają przed sobą role, jednak zdają sobie z tego sprawę – w przeciwieństwie do publiczności.

Zespoły nie mogą sobie pozwolić na jawną różnicę zdań. *Wydaje się, że w powszechnym odczuciu uzewnętrznianie braku zgody między członkami zespołu nie tylko uniemożliwia im skoordynowane występy, ale również podaje w wątpliwość rzeczywistość, za którą zespół się opowiada* (Goffman 2008: 116). Taka sytuacja doprowadza do tego, że widownia odbiera przedstawienie jako fałszywe. Aktorzy w organizacji analizują sytuację i starają się zarządzać wrażeniami, tak aby otrzymać określony, korzystny rezultat. W otoczeniu miejsca pracy korzystne efekty mogą wiązać się zarówno z jednostką jak i samą organizacją (Urlick 2014: 407). Oznacza to, że określony rezultat może okazać się korzystny zarówno dla jednostki jak i zespołu.

Ważne jest również, aby jednostki, które należą do zespołu, nie były częścią publiczności, ponieważ to również może doprowadzić do niewłaściwego odbioru występu – może zostać on „zdemaskowany” i nie powiedzie się. Spektakl będzie udany jedynie wtedy, kiedy wszyscy aktorzy będą ze sobą współpracować. Jeśli któryś z pracowników nie dostosuje się do tej współpracy lub będzie chciał działać indywidualnie, może zaburzyć cały występ. Zespół może ukarać taką osobę dopiero po zakończeniu całego widowiska, mianowicie po wyjściu świadków kolektywnego niepowodzenia – publiczności. Widzowie nie powinni zauważyć, że zespół jest niezadowolony z postępowania jednego ze swoich członków, mogłoby to wpłynąć na niekorzystne postrzeganie całej grupy aktorów.

W kontekście brudnej pracy może być istotna rola „osób, których nie ma”, czyli takich, które nie pełnią ani funkcji wykonawcy, ani widza. Goffman (2008) jako przykład takiej roli podaje służącego, który jest obecny na scenie, w pewnym sensie należy nawet do zespołu gospodarza, jednak jego rola jest bierna, niezauważana (jeśli jest wykonywana

prawidłowo). W organizacjach zatrudniani są np. sprzątacze, którzy zdają się być niewidoczni przez osoby zajmujące wyższe stanowiska. Nie pełnią one żadnej aktywnej roli, publiczność ich nie zauważa pomimo ich obecności na scenie.

Goffman (2008) wymienia praktyki, które powinny być stosowane przez wykonawców danej roli, aby występ mógł przebiegać bez zakłóceń, a wstydliwe sekrety lub fakty, które mogą przyczynić się do niewłaściwego odbioru spektaklu, nigdy nie wyszły na jaw.

Lojalność dramaturgiczna oznacza, że członkowie zespołu powinni zachowywać się konsekwentnie, działać tak, jakby przyjęli na siebie pewne moralne zobowiązania (Goffman 2008: 239). Sekrety podczas trwania występu powinny zostać utajone. Aktorzy również powinni zachować osobisty dystans względem publiczności, aby nie wyjawiać im (w prywatnych interakcjach) sekretów związanych z daną rolą.

Dyscyplina dramaturgiczna narzuca aktorom, aby zachowali wobec przedstawienia dystans. Ułatwia to aktorowi radzenie sobie z trudnościami, które mogą pojawić się podczas spektaklu. Przytomność umysłu pomaga również w tuszowaniu niewłaściwego zachowania partnerów, członków zespołu.

Rozwaga dramaturgiczna polega na umiejętnym zachowaniu w różnych sytuacjach w zależności od publiczności. Inne zachowanie będzie wymagane od aktorów, podczas gdy wśród publiczności znajdują się osoby z klas wyższych lub klas niższych. Odmienne warunki będą również stawiane przed aktorem w sytuacji, gdy publiczność jest liczna. Rozwaga dramaturgiczna wiąże się z odpowiednim dostosowaniem swojego zachowania do sytuacji.

Koncepcja Goffmana (2008) wydaje się być doskonałym pryzmatem, przez który można przyglądać się dowolnym organizacjom, a w nich z kolei rolom zawodowym. Autor zwraca uwagę na istotny fakt – niektóre czynności muszą pozostać w ukryciu, aby spektakl przebiegał prawidłowo. W kontekście brudnej pracy jest podobnie. Aby zawody, które są postrzegane jako czyste, mogły sprawnie funkcjonować w społeczeństwie i spełniać swoje funkcje, osoby je wykonujące muszą wykonywać pewne czynności za kulisami. Działania bezpośrednio i naocznie niedostępne dla percepcji publiczności składają się na całość występu, dzięki nim wszystko przebiega zgodnie z oczekiwaniami. Podobnie do brudnej pracy – musi być ona przez kogoś wykonywana, aby organizacja mogła funkcjonować prawidłowo. Adwokaci muszą dokonywać żmudnej i długotrwałej analizy przepisów, a także dbać o porządek w dokumentach, aby podczas finalnego efektu swojej pracy – spotkania z klientem, lub rozprawy

w sędzie zachować odpowiednią fasadę, sprawiać wrażenie osoby profesjonalnej i biegłej w przepisach. Gdyby nie brudna praca, która poprzedza spektakl, przedstawienie mogłoby zostać odebrane jako fałszywe, a adwokat mógłby być posądzony o ignorancję lub niewiedzę.

Koncepcja Goffmana (2008) może być pomocnym narzędziem analitycznym w zrozumieniu oraz dostrzeżeniu, w jaki sposób brudna praca jest ukrywana przed publicznością oraz jakie znaczenie stanowi dla konkretnych jednostek, które wykonują daną pracę. Interesujące jest również to, czy w placówkach medycznych przestrzeń jest wyraźnie podzielona – na tę dostępną widzom i aktorom. Ważnym elementem analizy było też zwrócenie uwagi na zespołowe zarządzanie wrażeniami związanymi z wykonywaniem brudnej pracy – jej ukrywanie. Analizie poddano również fasadę medyczną (rekwizyty, fasadę osobistą oraz sposób działania).

4. Praca

Koncepcja brudnej pracy przez autorów często traktowana jest jednowymiarowo (skupienie się głównie na brudzie fizycznym) (Bolton 2005, Sanders 2010, Tyler 2011 i in.). *Koncepcja brudnej pracy posiada wielki potencjał, oferuje ona wgląd w procesy związane z budową tożsamości organizacyjnych oraz wgląd w kulturę organizacyjną* (Dick 2005: 1363). Zgłębiając ten temat, rozpoczęty przez Everetta Hughesa, nie sposób pominąć spostrzeżeń tego socjologa na temat podstawowego dla społeczeństwa zagadnienia – pracy. W niniejszym paragrafie omówiono zjawiska związane z tematem, w dalszej części dysertacji dokonano próby rekonstrukcji pojęcia „brud” oraz przybliżono koncepcję *brudnej pracy (dirty work)*.

Według Hughesa każda praca, która pozwala ludziom żyć (czyli zarabiać, usprawniać działanie społeczeństwa itp.), może być badana w sposób socjologiczny (Hughes 1994: 21). Według autora do tej pory poddano studiom wiele zawodów, które przeszły zmiany – były to profesje techniczne, organizacyjne, jak również ekonomiczne.

Hughes proponuje rozważać sytuację pracy jako system interakcji, koordynację ról pracy, w której ludzie podejmujący różne zajęcia (różnych zawodów) i o rozmaitych zdolnościach, są zaangażowani w rozliczne sprawy *Lebenschancen* (przetrwania, współdziałania całości), kooperują ze sobą w relacjach zarówno społecznych, jak i technicznych (1994: 32). Kozek (2013: 56) uważa, że praca nie jest zwykłym towarem, jest czymś więcej, czymś różnym od innych dóbr rynkowych, czego dowodem jest używanie w języku potocznym terminów „szukać pracy, etatu”, a nie „sprzedawać pracę”.

4.1 Podział pracy

Przy omawianiu zagadnienia „pracy”, Hughes (1994) podkreśla, że ważnym elementem jest „podział pracy”, który stanowi zarówno o zróżnicowaniu jak i klasyfikacji samego społeczeństwa. Działanie wszystkich organizacji opiera się na podziale. Jest to ważne twierdzenie przy omawianiu brudnej pracy. Każda struktura społeczna posiada ściśle wyspecjalizowane komórki, które umożliwiają prawidłowe funkcjonowanie całości. Ten funkcjonalny aspekt jest również istotny przy próbie zrozumienia brudnej pracy, która często jest delegowana do pracowników niższego szczebla lub pracowników, którzy mają się zajmować tylko brudną pracą (np. sprzątacze). Jest on również istotny w skali makro – społeczeństwo wykształca odpowiednie podsystemy, które zajmują się wykonywaniem brudnej pracy (instytucje, zawody itp.) np. hycle, śmieciarze, osoby zajmujące się asenizacją lub w przypadku instytucji więzienia, szpitale psychiatryczne itp.

Specjalizacja związana jest z posiadaniem, jak pisze Hughes, odpowiednich „licencji” oraz „mandatów” (1994: 22). Rozszerzając, te pojęcia można rozumieć jako specjalne pozwolenia – formalne oraz nieformalne, które umożliwiają wykonywanie określonych czynności lub zajmowanie danego stanowiska (np. osoby posiadające zezwolenia na prowadzenie określonych pojazdów, osoby, które zdały egzaminy pozwalające na wykonywanie wyspecjalizowanych zawodów np. adwokaci, rzeczoznawcy itp.). *Wiele zawodów nie może być wykonywanych bez winy posiadania określonej wiedzy (guilty knowledge). Ksiądz nie może wymierzyć pokuty, bez stania się ekspertem w temacie grzechu; jak mógłby poznać „moralność” z życia powszedniego?* (Hughes 1994: 26). W kontekście badań i analiz istotny jest tutaj fakt, że osoby zajmujące się zawodami medycznymi, muszą posiadać określoną wiedzę i przejść wyspecjalizowane, długotrwałe szkolenie oraz odbyć odpowiednią praktykę, zdobyć „licencje”, które uprawniają je do wykonywania określonych zabiegów. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni itp., posiadają specjalistyczną wiedzę na temat funkcjonowania ludzkiego organizmu, dzięki długotrwałej nauce wiedzą jak pomóc drugiemu człowiekowi.

Coraz szybszy rozwój technologiczny wymaga większej specjalizacji od poszczególnych pracowników. Konieczność sprostania wymogom formalnym (stawianym przez państwo, wielkość organizacji itp.), również związana jest z zatrudnieniem dodatkowego, wyspecjalizowanego personelu. *Lekarz potrzebuje więcej technicznej pomocy niż dawniej; system (obecnie) wymaga również więcej czynności administracyjnych* (Hughes 1994: 32).

4.2 Profesje

W społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych i zurbanizowanych możemy spotkać się ze znacznym wzrostem liczby profesji. Profesjonalizacja pracy wiąże się również ze wzrostem biurokracji – *królowej profesji* (1994: 37). Według Hughesa na profesję składają się: wiedza praktyczna oraz teoretyczna (1994: 37). Droga do stania się profesjonalistą jest długotrwała i poza nauką teoretyczną wymaga zdobycia wiedzy praktycznej pod nadzorem opiekuna. Osoba, która wybiera kształcenie się w danej profesji, ma o niej mgliste pojęcie, zazwyczaj z drugiej ręki, a nie z bezpośredniego doświadczenia. To, co dzieje się w życiu jednostki, pomiędzy wyborem wykonywania określonej profesji, a przyjęciem do grona profesjonalistów, jest ważną częścią jej życia. Jest to proces, który społeczeństwo, zależne od profesji powinno zrozumieć (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 7).

Współczesne społeczeństwo jest określane jako społeczeństwo oparte na wiedzy, w którym abstrakcyjne sposoby myślenia odgrywają kluczową rolę w gospodarce. W przeciwieństwie do tradycyjnych społeczeństw, które oparte były na pracy, ziemi (roli) i kapitale (Styhre 2011: 15). Rola profesji przestaje być tak istotna współcześnie. Ciągła dynamika rynku pracy i powstawanie nowych zawodów powoduje, że profesje przestają odgrywać znaczącą rolę. Obecne czasy nie wydają się im sprzyjać. Deregulacja rynku pracy powoduje, że profesje są postrzegane raczej jako przeszkody w swobodnym handlu usługami (Dingwall 2008: 99). Adwokaci zrzeszeni w okręgowych izbach adwokackich (Okręgowych Radach Adwokackich) nie mają prawa wykonywania zawodu w innym województwie bez zgody rady, nie mogą prowadzić własnej działalności gospodarczej lub być zatrudniani na umowę o pracę, jeśli nie dostaną zgody ORA. Nie mogą nawet samodzielnie wybrać siedziby na prowadzenie kancelarii, jeśli rada nie wyrazi zgody. Profesje wydają się nie być związane ze społeczeństwem informacyjnym i państwem opiekuńczym, zostały pozostawione same sobie (Sciulli 2009: 12). Zastanawiające jest również to, czy o lekarzach można dalej mówić jak o profesjonalistach, skoro zazwyczaj zatrudniani są w placówkach medycznych, ich pracodawca wymaga, aby pracowali od godziny, do godziny, zachowywali się w odpowiedni sposób wobec pacjentów. Zrzeszają się przecież w związkach zawodowych, są ciągle kontrolowani przez przełożonych itp. (Galton 2015).

Instytucje edukujące profesjonalistów, posiadają zazwyczaj swoją własną strukturę i organizację. Ścieżki wiodące do stania się profesjonalistą w danej dziedzinie są jasno określone. Produktem takiej instytucji jest osoba, zdolna do wykonywania określonej

pracy. Wiele zależy od nauczycieli, którzy szkolą i uczą przyszłych profesjonalistów (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 13). Ludzie pracujący w systemie profesjonalistów cieszą się wolnością w wyborze tego, co robić i jak to robić. Ich studenci – ludzie, którym się mówi, co mają robić i jak mają to robić – szybko odkrywają, że oni również muszą w niektórych przypadkach wybierać, w jakim kierunku skierować swoje siły, a nie skupiać się na ilości pracy do wykonania (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 13).

Profesje dostarczają szczególnej, uprzywilejowanej wiedzy, działań (lub obu) dla jednostek, organizacji lub rządu (Hughes 1994: 37). Ludzie korzystający z działań profesjonalistów są przekonani o konieczności współpracy z nimi. Profesjonalista jest traktowany jako ten, który wie lepiej, co jest potrzebne oraz jakie działania należy podjąć dla osiągnięcia określonego celu, a osoby decydujące się na korzystanie z jego usług muszą się mu całkowicie podporządkować oraz zdać na jego wiedzę. Profesjonalista jednak nie może używać swojej wiedzy w sprawach prywatnych ze względu na emocje, jakie mogą towarzyszyć działaniom podejmowanym we własnej sprawie. Nie można wymagać od psychiatry, że sam będzie w stanie się uleczyć, od nauczyciela, że zdoła okazać się perfekcyjnym rodzicem. Lekarze również nie powinni leczyć osób ze swojej rodziny, ponieważ emocje mogą zaburzyć ich osąd (ten powinien wynikać z chłodnej kalkulacji).

Klient korzystający z usług profesjonalisty nie może być obiektywnym sędzią jego pracy. Aby nim być, musiałby on posiadać odpowiednią wiedzę, która uprawniałaby go do oceny podejmowanych działań. Klient musi wierzyć, że to, co robi osoba, na której polega, jest konieczne, musi również zdradzić wszelkie sekrety związane ze sprawą, swoją sytuacją. Osoba korzystająca z porad adwokata musi wyznać wszelkie swoje przewinienia, aby profesjonalista mógł przeprowadzić skuteczną jej obronę, podobnie osoba korzystająca z usług lekarza musi opowiedzieć o wszystkich swoich dolegliwościach, nawet intymnych, aby mógł on zastosować odpowiednie leczenie.

Profesjoniści nie tylko doradzają swoim klientom lub wykonują odpowiednie czynności, aby im pomóc. Kierują się oni swego rodzaju filozofią. *Adwokaci nie tylko doradzają klientowi i rozwiązują jego sprawy, kultywują również filozofię prawa (...)* (1994: 39). Podobnie jak lekarz, który kultywuje filozofię zdrowego życia, czy ksiądz propagujący filozofię postępowania zgodnie z dogmatami i zasadami religijnymi.

Jak pisze Hughes, studenci kierunków najstarszych profesji – prawa i medycyny, mają zinstytucjonalizowaną drogę stania się profesjonalistą. Początkowo jest to odpowiedni uniwersytet, później przeprowadzenie kolejnych szkoleń po ukończeniu

studiów, praktyka oraz egzamin, który umożliwia przyjęcie do grona profesjonalistów danej dziedziny. Wymaga się więc od aplikantów odpowiedniego treningu i przygotowania. *Prawo i medycyna – modele, do których dążą pozostałe profesje* (1994: 45).

W niniejszej dysertacji omawiany jest temat brudnej pracy i analizowane są czynności wykonywane przez lekarzy, którzy są profesjonalistami. Zawody takie jak: pielęgniarka, ratownik medyczny, higienistka stomatologiczna również można zaliczyć do profesji (specjalistyczna nauka, praktyka, nadzór nad wykonywanymi czynności itp.), które zawierają w swoim obrazie postulat służby społecznej (Kozek 2013: 109). Profesje, które zajmują się pomocą innym (helping profession), (medycyna, pielęgniarstwo, psychoterapia, psychologia, praca socjalna, edukacja lub coaching), definiowane są jako interakcje pomiędzy ekspertem, który ma pomóc (w pielęgnacji, rozwiązaniu problemu psychologicznego, fizycznego, emocjonalnego), a klientem (Graf, Sator, Spranz-Fogasy 2014: 1). Interesujące jest to, czy wykonywanie zawodu, uważanego za profesję, a więc postrzeganego jako ważny, honorowy, trudny, sprawia, że wykonywana praca również jest tak postrzegana. Czy więc czynności brudne związane z jej wykonywaniem faktycznie uchodzą za brudne i odrażające?

4.3 Role społeczne i podział pracy

Według Hughesa najlepiej jest opisywać „pracę” poprzez czynności, jakie wykonuje pracownik. *Czym jest opis pracy, jeśli nie opisem tego, co dany pracownik, częściej niż inny, wykonuje lub jest zobligowany do wykonania?* (1994: 50). Pracę najlepiej definiować poprzez działania oraz interakcje zachodzące podczas jej wykonywania.

Porównując ze sobą różne zawody, trudnością może być określenie tego, co jest *honorowe, respektowane, jasne (czyste) i dające prestiż lub niehonorowe, nierespektowane, niejasne (brudne)* (1994: 52). Hughes proponuje wprowadzenie terminu „moralny podział pracy”, który odnosiłby się do czynności wykonywanych podczas pracy oraz do samej pracy. Nie oznacza to jednak, że jedne zawody można łatwo zakwalifikować do „moralnych”, a inne nie. Praca adwokata – na przykład, opiera się na rozwiązywaniu prawnych problemów ludzi winnych popełnienia przestępstwa oraz niewinnych.

Podział pracy opiera się również, jak zauważa autor (Hughes 1994), na technicznym podziale (związanym z umiejętnością obsługi narzędzi pracy lub posiadaniem określonej wiedzy), który jest powiązany z niuansami społeczno-psychologicznymi. Jednostki posiadające osobliwe predyspozycje są zdolne do wykonywania określonych

zawodów np. nie każdy będzie w stanie przyzwyczaić się do widoku krwi i podjęcia pracy lekarza.

Przy podziale pracy ważne są również czynności, które są wykonywane, aby umożliwić pracę innym. Pielęgniarki przygotowują sale operacyjne, dezynfekują narzędzia pracy, pomagają pacjentowi itp., lekarz natomiast zajmuje się wykonaniem operacji, wypisywaniem recept. *Pielęgniarka zajmuje się również paleniem w piecu, naprawą hydrauliki itp., wykonuje zadania ludzi spoza medycznej hierarchii. To ją boli, ale to robi* (1994: 54).

W pracy ważne są również powiązania pomiędzy poszczególnymi aspektami struktury społecznej, które są mniej lub bardziej związane z wykonywanym zawodem. Jako przykład Hughes podaje pracę nauczycieli, którzy prawdopodobnie mogliby nauczać lepiej, gdyby rodzice dzieci nie zakłócali ich obowiązków (1994: 55). Większość ludzi, którzy wykonują poszczególne zawody, musi się również zmagać z problemami administracyjnymi i urzędowymi, które również utrudniają pracę.

Role wykonywane przez poszczególnych pracowników oraz podział pracy są ze sobą powiązane. Podział pracy możemy rozumieć jako podzielenie poszczególnych czynności, które mają się składać na całość (jak w przypadku pielęgniarki, która przygotowuje salę operacyjną). Role wiążą się natomiast z wykonywaniem określonych funkcji, które są pełnione przez pracowników (te widoczne dla widowni, np. dla pacjenta, jak i te niewidoczne, np. pielęgniarka, która musi być sprzątaczką czy hydraulikiem).

4.4 Błędy/pomyłki w pracy

Według Hughesa dociekliwi studenci/ badacze, którzy zajmują się „pracą”, będą porównywali z pozoru niemające ze sobą nic wspólnego zawody (Hughes 1994: 79). Badacz interesujący się pracą lekarzy będzie odnajdywał porównania z pracą wykonywaną przez hydraulików, badacz zajmujący się psychiatrami bez trudu znajdzie porównania z pracą prostytutek. Pewne zawody mające wspólne elementy, mogą wydawać się podobne dla osób wykonujących daną pracę, niekoniecznie podobną. Hydraulik musi znać odpowiednie (tajemne) sposoby naprawy kanalizacji, podobnie jak lekarz zna sposoby „naprawy” ciała. prostytutka, podobnie jak psycholog, aby dobrze wykonywać swoją pracę, nie może łączyć się emocjonalnie ze swoim klientem.

Hughes (1994) zwraca uwagę na fakt, że im więcej jednostka podejmuje czynności w swojej pracy, tym ma więcej szans na popełnienie przypadkowego błędu. W zawodach wymagających szczególnej ostrożności, np. w pracy lekarzy, możliwość popełnienia błędu

musi być ograniczona do minimum, dlatego lekarze, zanim będą mogli samodzielnie wykonywać zawód, muszą przejść odpowiednie praktyki, które rozpoczynają już na studiach. Studenci decydujący się na medycynę będą musieli wybierać pomiędzy nauką i odpoczynkiem, często pomiędzy nauką i snem, zdecydować, jak dużo muszą się uczyć (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 91).

Błędy popełniane w pracy mają różne konsekwencje, które dotyczą zarówno przedsiębiorstw, gdzie zatrudnieni są pracownicy, którym zdarzyło się popełnić błąd, jak i klientów tych firm.

Hughes pisze, że *w pewnym sensie zatrudniamy ludzi, którzy popełniają błędy za nas* (1994: 81). Nie podejmuje się niektórych czynności nie dlatego, że nie umiemy ich wykonać (np. wymiana zlewu), ale dlatego, że *nie chcemy podejmować ryzyka popełnienia błędu* (1994: 81). Powoduje to, że o ludziach, których zatrudniamy lub z których usług korzystamy, myślimy jako o nieomylnych i najlepszych. Idąc do dentysty, uważamy go za bezbłędnego (głównym powodem jest lęk o własne zdrowie), o swoim adwokacie myślimy, że jest rzetelny (przyczyną jest obawa o własne sprawy prawne) itp.

Popełnienie błędu w pracy medycznej może przełożyć się na życie pacjenta, wysoka odpowiedzialność i świadomość, jakie konsekwencje spowoduje brak precyzji, zła diagnoza, może przełożyć się na traktowanie własnej pracy jako trudnej. *Rozpoznawanie choroby (diagnoza lekarska) jest procesem zmierzającym do nadania odpowiedniej etykiety określonym symptomom (objawom) lub syndromom (zespołom objawów). Poprawne rozpoznanie jest podstawą praktyki medycyny. Nauka prawidłowego rozpoznania choroby stanowi znaczną część szkolenia studentów medycyny* (Sokołowska 1980: 25).

W kontekście rozważań nad błędami popełnianymi przez lekarzy, ważne jest to, kto może określić, gdzie został popełniony błąd. Każdy przypadek musi zostać dokładnie przeanalizowany przez innych profesjonalistów zajmujących się tą samą dziedziną. Precyzyjne określenie, w którym miejscu został popełniony błąd jest trudne, niełatwa jest również odpowiedź na pytanie, kto miałby być uprawniony do wskazania winnego. W fabrykach sytuacja może wydawać się klarowna, produkt został wyprodukowany wadliwie, błąd mógł powstać na etapie projektu lub produkcji. *W medycynie kryteria sukcesu i błędu są dalekie od jasnych* (1994: 83).

Błędy i pomyłki, które popełnia lekarz, wpływają też na jego emocje, w wywiadach zdarzało się, że pomimo upływu wielu lat, popełnione przez lekarzy błędy były pamiętane jako wydarzenia znaczące w biografii zawodowej. Konsekwencje popełnionego błędu i

wysoka odpowiedzialność za wykonywaną pracę mogą przełożyć się na obciążenia emocjonalne związane z jej wykonywaniem, a tym samym na postrzeganie pracy jako brudnej. Obawa przed popełnieniem błędu, również może przekładać się na stres, który będzie dodatkowym obciążeniem związanym z wykonywaną pracą.

5. Brud – próba rekonstrukcji pojęcia

Zajmując się tematem, który jest związany z brudem, należy dokonać rekonstrukcji pojęcia i odpowiedzieć na pytanie: „co ono oznacza?”. W zdroworozsądkowym rozumieniu słowa wydaje się, że jest to coś, czego należy unikać, coś niewłaściwego, pojęcie, to jest w jakimś stopniu wartościujące. Jednak samo wyobrażenie o tym, co jest „brudne”, zmieniało się na przestrzeni wieków. To, co jest uważane za „brudne” współcześnie, dawniej uchodziło za zwyczajny przejaw higieny. W kontekście tematu dysertacji uzasadniona jest analiza pojęcia brudu, które jest związane z jego fizycznym aspektem oraz kwestii podejścia do higieny. W paragrafie przedstawiono, jak ewoluowało pojęcie „czystości” na przestrzeni kilku wieków oraz dokonano analizy tego, co kryje się pod pojęciem „higiena”.

Pojęcie higiena, zgodnie z definicją WHO, odnosi się do warunków i praktyk, które pomagają w utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu rozprzestrzeniania się chorób. Higiena medyczna obejmuje zatem określony zestaw praktyk związanych z ochroną zdrowia, na przykład oczyszczanie środowiska, sterylizacji sprzętu, higieny rąk, wody i kanalizacji oraz bezpiecznego usuwania odpadów medycznych (WHO): *„Higiena” – oto słowo, które weszło do użytku na początku XIX wieku (...). Higiena nie jest już przymiotnikiem określającym zdrowie (hygeinos znaczy po grecku to, co zdrowe), ale ogółem środków i umiejętności sprzyjających jego utrzymaniu. Jest to obecnie osobna dyscyplina medycyny, korpus wiedzy, a nie określenie stanu fizycznego* (Vigarello 2012: 208). Higiena oznacza warunki lub praktyki związane z utrzymywaniem lub promocją zdrowia (utrzymaniem siebie i swojego otoczenia w czystości). Nawet w naszym współczesnym społeczeństwie, dobre praktyki higieniczne nadal są podstawową strategią zapobiegania chorobom (...), higiena jest jednym z cichych zwycięstw zdrowia publicznego (Aigello, Larson, Sedlak 2007: 84).

W podejściu zdroworozsądkowym nie zmienił się na pewno fakt, że *czystość dopasowana jest ściśle do wyobrażeń ciała, do mniej lub bardziej niejasnych wyobrażeń związanych z okrywaniem ciała, do jeszcze bardziej niejasnych wyobrażeń środowiska fizycznego. A to dlatego, że na przykład wodę postrzega się w XVI i XVII wieku jako*

substancję, która może wnikać w ciała, (...) kąpiel ma bardzo szczególny status – zwłaszcza gorąca woda ma jakoby wydelikacować narządy, otwierać szeroko pory na niezdrowe powietrze (Vigarello 2012: 9). O ile woda obecnie kojarzona jest bardziej z czymś, co jest zdrowe, co oczyszcza, o tyle kilka wieków temu podejście takie nie było do końca oczywiste. Wodę traktowano jako substancję, która może wnikać w ciało i narazić je na choroby. Wyobrażenie wody nie zawsze było takie jak dzisiaj. Może musiało przebyć szczególną, długą drogę, zanim osiągnęło „przejrzystość” właściwą dzisiejszej higienie? (Vigarello 2012: 38). W XV i XVI wieku kąpiele były łączone z zabawami, obrzędami, nie zawsze chodziło o umycie ciała. Łaźnie były miejscami, w których odbywały się nielegalne procedery, między innymi uprawianie prostytucji. Czynniki, jakie odegrały rolę w zanikaniu łaźni, mają zatem logikę co najmniej podwójną: rosnący brak tolerancji otoczenia na miejsce postrzegane jako niespokojne, burzliwe i demoralizujące oraz obawa o osłabienie ciała postrzeganego jako otwarte na niebezpieczne przepływy (Vigarello 2012: 46). Wiemy, że starożytni Rzymianie rozwinęli sieć publicznych łaźni, Grecy opowiadali się za fizycznym pięknem, czystą skórą i zdrową dietą, Talmud (około roku 2000 przed naszą erą) promował czystość fizyczną jako warunek zdrowia fizycznego i duchowego. Jednak Europa przeszła przez średniowiecze (ponad 1000 lat) bez wanny i kanalizacji (Aigello, Larson, Sedlak 2007: 2).

Ważny jest również fakt, że czystość/ higiena osobista utożsamiana jest z ciałem, z tym, co widoczne. Mówiąc, że coś jest czyste, ma się na myśli czyste w znaczeniu fizycznym.

Kulturowe rozumienie pojęcia zależy zarówno od czasu jak i miejsca. Zwyczaje, które dawniej mogły uchodzić za higieniczne, dziś wydawałoby się, że nie mają większego znaczenia dla utrzymania czystości ciała, „sucha” toaleta dworzanina, który na przykład wycierał twarz białym płótnem, zamiast ją umyć, jest zgodna z normą czystości, zupełnie „rozsądną” w XVII wieku. Jest przemyślana i zasadna. Dziś wszakże nie miałaby raczej sensu – uległ zmianie sposób doznawania i wyjaśniania (Vigarello 2012: 9). Obecnie to, co jest higieniczne, oraz to jakie praktyki należą do higienicznych, ustalają lekarze, higieniści, osoby wykształcone. Zasady higieny propaguje i określa specjalnie powołana do tego instytucja – Światowa Organizacja Zdrowia. Dawniej zachowania higieniczne należały do sfery dobrego wychowania (...) to nie higieniści w XVII wieku dyktują kryteria czystości, ale autorzy książek o dobrym wychowaniu, praktycy obyczajów, a nie uczeni (Vigarello 2012: 9). Proces ucywilizowania ustanowił sposób myślenia o wymaganiach związanych z

ciałem, początkowo dla dworzan, a następnie dla reszty społeczeństwa (Bushman 1995: 39).

Współcześnie każda organizacja musi spełniać określone przepisy BHP, które regulowane są odgórnie, przez państwo. Instrukcje mycia rąk, zmiany odzieży są narzucane i należy się do nich dostosować. Dawniej decyzje dotyczące higieny, czystości i zachowań zdrowotnych były wydawane przez władze tylko w określonych, wyjątkowych sytuacjach (np. podczas rozprzestrzeniających się chorób śmiertelnych). Częste kąpiele, szczególnie w ciepłej wodzie również były uznawane za niebezpieczne, kiedy odkryto, że skóra jest porowata (możliwość powstania niezliczonej ilości otworów), myślano, że ciepło i woda sprzyjają powstawaniu szczelin, a choroby (np. dżuma) wślizgują się poprzez nie (Vigarello 2012: 15). Podczas epidemii dżumy w Europie podobne przekonania były powszechne, masowo zakazywano kąpeli i zamykano publiczne łaźnie. W XVI i XVII wieku uważano, że kąpiele grożą naruszeniem równowagi, wystawiają ciało na niebezpieczeństwa. Lęk przed zarazami spowodował, że kąpiele były dozwolone tylko wtedy, kiedy przepisał je lekarz.

Na początku XIX wieku prace na temat higieny podkreślają, że należy używać mydła, które usuwa brud (Vigarello 2012: 209). W latach 30 XIX wieku woda staje się substancją oczyszczającą, dostrzeżono, że zatkane pory na ciele mogą uniemożliwić wydalenie dwutlenku węgla przez skórę (Vigarello 2012: 211). W ciągu ostatnich 150 lat wprowadzono wiele niezwykłych innowacji do naszego środowiska, naszej diety, naszego stylu życia i do naszych zdolności radzenia sobie z chorobą (Aigello, Larson, Sedlak 2007: 17). Wprowadzono innowacje medyczne takie jak: szczepionki, antybiotyki (i inne środki przeciwbakteryjne), środki znieczulające, testy diagnostyczne (np. rentgen). Odnotowano postęp w technikach medycznych (udoskonalone narzędzia, sposoby operowania), zaawansowaniu środków farmakologicznych, protetyce, stosowaniu implantów; postęp w hematologii (transfuzje krwi) itp. Zmieniły się również urządzenia sanitarne: zaczęto je dezynfekować, wprowadzono oczyszczanie ścieków, oczyszczanie wody, kontrolę zanieczyszczeń itp., nastąpiły również zmiany społeczne i technologiczne: zmiana świadomości odnośnie odżywiania (Aigello, Larson, Sedlak 2007: 18).

Na przestrzeni kilku wieków higiena i czystość zaczęły obejmować kolejne elementy, zarówno ciała jak i tego, co naokoło (przestrzeni). Dostrzeżono, że w zanieczyszczonych, zatłoczonych miastach mogą powstawać choroby. Urbanizacja, rozrastające się miasta i fabryki, przenoszenie się ludności do miast przemysłowych, spowodowały, że ogniska chorób i brudu stały się bardziej powszechne, a ich

konsekwencje o wiele poważniejsze (Dant, Bowels 2003: 4). Dlatego wprowadzenie norm dotyczących higieny stało się obowiązkiem władz. Miasta, które ciągle się rozrastały musiały sobie poradzić w jakiś sposób z problemem chorób. Istotne stało się jak i gdzie budować cmentarze, szpitale.

Opis zmieniającego się podejścia do brudu jest dowodem na to, że pojęcie to jest związane z kontekstem społecznym i jest społecznie wytwarzane. Każdy z nas wie, czym jest brud i stara się go unikać lub eliminować każdego dnia (Campkin, Cox 2007: 1). Naukowa definicja „brudu” i „czystości” powstała raczej w oparciu o kontekst historyczny i kulturowy, a nie jako obiektywna prawda (Campkin, Cox 2007: 2). Trudno byłoby naukowo wyznaczyć granicę między tym, co jest brudne, a co jest czyste. Najprostszy sposób rozumienia pojęcia „brud” to rozumienie go, jako tego, co jest odbierane przez receptory (zapach, dotyk, wzrok) jako odpychające i powinno być unikane (Wolkowitz 2007: 16). Unikanie określonych substancji związane jest z ochroną ciała, strachem przed narażeniem go na to, co „nieczyste”. Jednak znaczenie pojęcia „brud” nie jest związane tylko i wyłącznie z jego fizycznym aspektem – z zapachem, czuciem czy powonieniem, jest również zakorzenione w pracy i hierarchii społecznej (Wolkowitz 2007: 19).

Brud związany jest również ze śmiercią (Ashforth, Kreiner 1999), z kontaktami z osobami umierającymi. Można dostrzec, że zmiana nastąpiła również w podejściu do tej dziedziny ludzkiej egzystencji. Dawniej umierano we własnych domach, w otoczeniu najbliższych, obecnie osoby umierające oddawane są do wyspecjalizowanych instytucji, które mają przejąć obowiązki rodziny. *Cywilizacja techniczna odebrała śmierci charakter osobowy. Śmierć oznacza tabu. Nie ma miejsca na jej oswajanie w życiu publicznym. Człowiek już nie umiera wśród najbliższych, ale poza miejscem zamieszkania (...)* (Ogryzko – Wiewiórowska 2010: 112). W XIX wieku proces umierania odbywał się w domu, obecnie, jest to nie do pomyślenia. Osobę, która jest umierająca, oddaje się do wyspecjalizowanych instytucji, które mają oddzielić to, co brudne – śmierć, od tego, co czyste – życie (Kyro 2012).

W Stanach Zjednoczonych popularne są domy pogrzebowe, w których odbywa się msza za osobę zmarłą oraz kremacja. Układ pomieszczeń jest ściśle określony. To, co brudne (krematorium, garaż, kostnica), oddzielone jest od tego, co czyste (kaplica, biuro, pokoje) (Kyro 2012: 55). Symbolizuje to wyraźne granice między tym, co czyste, co może być widziane, a tym, co powinno pozostać w ukryciu.

Brud jest elementem, który stygmatyzuje. Brudni ludzie stają się wyłączeni (Bushmann 1995: 40). Brud należy rozważać na poziomie zarówno fizycznym jak i

moralnym. W kontekście oczyszczania istotne jest oczyszczanie moralne, które związane jest z obrzędami religijnymi np. spowiedzią (Janes 2007). Rozszerzenie rozumienia tego, co brudne, stanowi częściowo temat niniejszej dysertacji. Historycy i antropolodzy podkreślają, że moralność i higiena są ze sobą powiązane w rytualnych praktykach, które są regulowane zewnętrznie, są to rozwiązania instytucjonalne, prawne i religijne. Radzenie sobie z brudem nie może być (jak sugerują) zredukowane do kwestii pragmatycznych decyzji na podstawie znajomości konsekwencji brudu (Dant, Bowels 2003: 10).

Analizując zmieniające się podejście do brudu i prowadząc badania nad zawodami medycznymi, praca Jurgena Thorwalda (2010) rzuca światło na drogę, jaką przeszła medycyna – drogę ku aseptyce i czystości. Jest to fabularyzowana opowieść o zmianach zachodzących w medycynie w XIX wieku. Autor na podstawie zapisków swojego dziadka Henrego Stevena Hartmanna (praktykującego medycynę), który podróżował po Stanach Zjednoczonych i Europie, przyglądając się najnowszym osiągnięciom medycznym, przedstawia historię medycyny, a zarazem zmieniające się podejście do czystości zabiegów medycznych. Oczywiście w opowieści elementy fikcji literackiej mieszają się z faktami historycznymi, jednak praca Thorwalda pozwala uchwycić w jaki sposób praktykowano medycynę i jakie znaczenie miała czystość.

Na krześle operacyjnym położono pięćdziesięcioletnią kobietę z opuchniętą piersią. Zwlekała ona z operacją do ostatniej chwili. Teraz skarżyła się na bóle (...). Dwóch pielęgniarzy zajęło miejsce za wezglowiem i położyło ręce na wychudłych barkach kobiety. Jeden z chirurgów domowych wyjaśnił, że pacjentka otrzymała sto kropli opium. Warren (John Collins Warren – 1778 – 1856, chirurg, przyp. autor) założył mankiety swego surduta, nie umywszy, a nawet nie wytarłszy rąk (po poprzednim zabiegu, przyp. autor), i ujął skalpel, wniesiony jednocześnie z pacjentką na drewnianym stole, razem z innymi nożami, nożyczkami, obcęgami, igłami (...), miską z wodą i flaszką wódki. Instrumenty w najlepszym razie były do czysta wytarte. Szarpie do opatrunku przyniesiono z komórki, gdzie leżały spiętrzone na podłodze (Thorwald 2010: 50). Na arenę wniesiono trzeci przypadek. Warren i Hayward (George Hayward – 1791 – 1863, profesor chirurgii klinicznej, przyp. autor) szybko wytarli ręce w ścierkę. Jeden z „dresserów” zatroszczył się o świeżą wodę, wypłukał zakrwawione gąbki, brudną szmatą wytarł instrumenty i położył na stole zaciski na żyły i pilę do kości (Thorwald 2010: 51).

Z powyższych relacji można wywnioskować jakie było podejście do higieny i czystości podczas przeprowadzanych zabiegów. Nie zdawano sobie sprawy, że brudne, niezdezynfekowane narzędzia chirurgiczne mogą przyczyniać się do rozwoju chorób. Brud

czekał dopiero na odkrycie, choć tak naprawdę zawsze w tych zabiegach występował, ale z dzisiejszej perspektywy. Starano się rozwiązywać problemy zdrowotne (chirurgiczne), poszukując przyczyn śmiertelności, nie w źle przeprowadzonych operacjach (zakażeniach powodowanych brudem), tylko w pacjentach. Na początku XIX wieku nieznane były metody dezynfekcji sprzętów medycznych. Nawet proste operacje brudnymi narzędziami powodowały występowanie gorączki. *Prawie pięćdziesiąt lat później, pod koniec swojego życia, Thompson* (Henry Thompson – 1820 – 1904, chirurg, przyp. autor) *wiedział równie dobrze jak ja, że gorączka i zapalenie wcale nie są nieodłączne od wspomnianych zabiegów* (usuwanie kamienia nerkowego – przyp. autor), *lecz są skutkiem brudnych rąk i instrumentów* (Thorwald 2010: 81).

W XIX wieku wiele kobiet umierało po porodzie z powodu gorączki połogowej, której przyczyny nie potrafiono wyjaśnić. Doktor Ignacy Filip Semmelweis (1818 – 1865), zwrócił uwagę na fakt, iż przyjmowanie porodów oraz badania poporodowe przeprowadzane po myciu i dezynfekcji rąk powodują zmniejszenie umieralności wśród pacjentek (Thorwald 2010: 307). W szpitalu, w którym znajdowała się kostnica, gdzie przeprowadzano sekcje zwłok i uczono studentów, śmiertelność wśród pacjentek była wyższa niż w szpitalu, gdzie sekcji zwłok nie przeprowadzano. Stało się to powodem do szukania przyczyny takiego stanu rzeczy. Semmelweis przekonywał, że lekarze i studenci zakażają pacjentki, przeprowadzając operacje brudnymi rękoma. Odkrycie Semmelweisa za jego życia nie było doceniane, a sam doktor był wyśmiewany. Obecnie brak higieny, odpowiedniej dezynfekcji narzędzi lekarskich wydaje się nie do pomyślenia, w XIX wieku, inaczej rozumiano brud i nie kojarzono go z czymś, co może powodować choroby.

Czym jest zatem brud i jak należy go rozumieć? Brud w znaczeniu, które można uznać za zdroworozsądkowe, to coś, co brudzi, czego jednostka stara się unikać, co może w jakiś sposób ją naznaczać, coś z czego należy się oczyścić. Brud w znaczeniu, które zostało wyprowadzone po analizie zgromadzonego materiału oraz prac innych badaczy (Ashforth, Kreiner 1999, Campkin, Cox 2007, Wolkowitz 2007, Bushmann 1995 i in.) można rozumieć jako coś, co brudzi zarówno fizycznie, psychicznie, społecznie, moralnie jak i emocjonalnie (więcej na temat brudnych emocji w paragrafie 8. 2). Podobnie jak w przypadku rozumienia zdroworozsądkowego jest to coś, czego jednostka chce unikać, chce się oczyścić. Brud psychiczny i emocjonalny wiąże się z obciążeniami mentalnymi, jakie niesie za sobą wykonywanie określonej pracy. Brud społeczny to brud związany z kontaktami z osobami, które są społecznie naznaczone lub brudne. Należy jednak zwrócić uwagę, że w przypadku prowadzenia badań nad zawodami medycznymi można

wyprowadzić kategorię brudu, który jest „szlachetny”. Zajmowanie się osobami chorymi, pomaganie osobom, które same nie są w stanie poradzić sobie z codziennymi czynnościami oraz specyficzna sytuacja zawodowa zmienia podejście do tego, co uważane jest za brudne, zarówno przez otoczenie, jak i osoby, które zajmują się daną pracą.

6. Brudna praca (*Dirty work*)

Istnieje bardzo dużo „brudnych zawodów”, które są zróżnicowane. Są to: pracownicy sanitarni, telemarketerzy, grabarze, pracownicy rzeźni. Choć brudne zawody spełniają społeczne potrzeby, to jak do tej pory są napiętnowane przez społeczeństwo (Lopina, Rogelberg, Howell 2012: 396). Określenie *brudna praca (dirty work)* zostało zaproponowane przez Everetta Cherringtona Hughesa w artykule „Good people and dirty work” (1962). Według autora, *brudna praca (dirty work)* to praca, której nikt nie chce wykonywać. Jest ona jednak niezbędna do prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa. *Dirty work* jest ciężka fizycznie, w pewien sposób potępiana przez społeczeństwo oraz niekiedy niemoralna. Hughes *nie zdefiniował dokładnie, co rozumie pod pojęciem dirty work, uważał termin jako oczywisty, służący moralnemu opisowi podziału pracy* (Lawler 1991: 47).

Brudną pracą może zajmować się kat, który musi zadać śmierć skazanemu więźniowi. Ludzie wiedzą o tym, że taka praca jest wykonywana, jednak nie chcą tego dostrzegać. Oczywiście praca kata jest skrajnym przykładem, jednak pozwala uchwycić istotę pojęcia. Autor *sugerował, że ludzie zajmujący się brudną pracą (dirty workers) są w pewien sposób psychicznie wypaczeni i praca ta jest dla nich atrakcyjna* (Lawler 1991: 47).

Everett Hughes (1962) w swych rozważaniach na temat *brudnej pracy* nawiązał do eksterminacji Żydów w czasie II wojny światowej. Niemieccy obywatele wiedzieli, że w obozach koncentracyjnych uśmierceni są ludzie, zdawali sobie sprawę, jak działa i czym zajmuje się SS. Hughes pisze, że najważniejszym punktem w koncepcji *brudnej pracy* jest niechęć do zauważenia tej pracy, myślenia iż jest ona przez kogoś wykonywana.

Koncepcję tę można przenieść na różne zawody i wykorzystać ją do analizy pracy wykonywanej przez ludzi. Zamiast myśleć o *brudnej pracy (dirty work)* jako o szczególnym rodzaju pracy, powinno się ją postrzegać jako kategorię, która daje analityczne podłoże do przyglądania się wszystkim pracom i zadaniom, potencjalnie definiowanym (przez pracowników lub społeczeństwo) jako brudne lub posiadające brudne aspekty (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997: 247).

Odwołując się do koncepcji Goffmana, aby cały występ przebiegał prawidłowo, wszystkie role muszą być ze sobą odpowiednio skoordynowane, powiązane. Podobnie jest w pracy - aby mogła być efektywna, wszyscy pracownicy muszą działać w uzgodniony wcześniej sposób. Aby koordynacja przebiegała prawidłowo, ktoś musi wykonywać brudną pracę. *Delegacja dirty work jest częścią procesu mobilności zawodowej. Obecnie występują takie rodzaje pracy, niektóre wysokiego prestiżu, w których delegowanie dirty work jest możliwe tylko w ograniczonym zakresie* (Hughes 1994: 64).

Praca Everetta Hughesa pozwala dostrzec pewne wspólne elementy, które występują w zawodach, umożliwia również zgłębienie tematu *brudnej pracy*. Autor w swoich rozważaniach zwrócił uwagę na fakt, iż może ona występować we wszystkich zawodach, nie tylko tych, które wiążą się z brudem. Określenie „brudny” może być rozumiane w oderwaniu od jego fizycznego znaczenia (Dick 2005: 1366).

Mając za podstawę koncepcję Hughesa, poprzez wywiady z przedstawicielami zawodów medycznych oraz obserwację pracy wykonywanej przez osoby związane z medycyną dokonałem analizy zjawiska jakim jest brudna praca i sposobów jego rozumienia. Wskazałem również analityczne możliwości jakie daje ta koncepcja badaczom.

Samo pojęcie związane jest z pracą, która w jakiś sposób naznacza lub obciąża pracownika fizycznie, psychicznie, emocjonalnie, moralnie lub społecznie, np. adwokat broniący przestępcy winnego popełnienia morderstwa także będzie musiał wykonywać brudną pracę, związaną m. in. z pewnym oderwaniem się od zasad moralnych (związanych np. z empatią w stosunku do rodziny osoby zamordowanej) oraz obciążeniami emocjonalnymi związanymi z wykonywaniem pracy dwuznacznej moralnie (bronienie osoby winnej). W niektórych zawodach *brudna praca* będzie wiązała się z indywidualnymi przekonaniami i predyspozycjami psychicznymi aktorów społecznych. Wydaje się, że w każdym zawodzie można znaleźć elementy koncepcji Hughesa. *Niemniej istnieją zawody wysokiego statusu, które zawierają zadania związane z fizycznym brudem* (fizyczną pracą – przyp. autor). *Chirurg musi zmagać się z ludzkimi płynami ustrojowymi i częściami ciała, tak jak pielęgniarki, opiekuni zdrowotni i funkcjonariusze policji (...)* (Dick 2005: 1366).

Z drugiej strony codziennie wykonywane są prace, które wpisują się w koncepcję *brudnej pracy* i są to czynności, które bezpośrednio dotyczą wszystkich członków społeczeństwa. Często niezauważalnie wpływają one na jego prawidłowe, czasem estetyczne funkcjonowanie. Jak zaznaczono, jednostki nieświadomie nie zauważają osób

wykonujących brudną pracę oraz efektów z niej płynących, jest to praca np. śmieciarzy, sprzątaczy, grabarzy itp. *Koncepcja brudnej pracy nie tylko bada sposób, w jaki różne zawody/ prace obarczone dirty work – fizycznie, społecznie i moralnie – są przeżywane i doświadczane, ale także odkrywa urok tej szczególnej pracy dla osób, które ją wykonują* (Tyler 2011: 1477). *Koncepcja brudnej pracy stanowi użyteczne wyjście do rozważań na temat zadań lub zawodów (...) zawierających elementy, które są fizycznie lub moralnie nieprzyjemne* (Dick 2005: 1365).

To, czy praca, konkretne czynności będą postrzegane jako brudne, w dużej mierze wynika z przekonań jednostki (wykonującej daną pracę), ze znaczeń, jakie nadaje ona konkretnym zadaniom. Praca może stać się brudna w przypadku zmiany okoliczności jej wykonywania, warunków organizacyjnych, zmian, które zaszły w biografii pracownika (zdobycie wyższego wykształcenia, zmiana oczekiwań związanych z pracą itp.).

Niektóre zawody są zrutynizowane, nieskomplikowane, wręcz nudne, niestawiające żadnych wyzwań przed pracownikami. Osobie, która rozpoczyna wykonywanie zawodu (nowicjuszowi), mogą się one wydawać interesujące, jednak z czasem staną się banalne (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997: 248). Przedmiot pracy rozumiany jako wszelki materiał lub przedmiot, wokół którego ludzie organizują swoją pracę i nadają jej sens (Casper 1998: 381), najprawdopodobniej będzie wpływał na postrzeganie przez badanych swojej pracy jako brudnej.

Poprzez pryzmat brudnej pracy można dodatkowo rozważać zawody brudne z moralnego punktu widzenia, czyli takie, które są niehonorowe i dyskredytujące (społecznie lub personalnie), prace, które są niemoralne lub nielegalne (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997: 248).

Autorzy (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997) proponują rozszerzyć pojęcie brudnej pracy o pracę niechcianą (*unwanted work*), czyli pracę, która jest wykonywana niechętnie przez pracowników, jednak dla prawidłowego funkcjonowania organizacji czy społeczeństwa jej wypełnianie jest niezbędne lub jest ściśle związane z wybranym przez jednostkę zawodem.

7. Praca nad odczuciami

Badając tematykę brudnej pracy, która jest wykonywana również w zawodach wymagających wysokich kwalifikacji oraz mających kontakt z drugim człowiekiem, warto przyjrzeć się koncepcji pracy nad odczuciami. Jest to praca wykonywana „z” lub „nad” człowiekiem. Strauss (1988) rozważa zagadnienie pracy nad odczuciami w kontekście

pracy w szpitalu.

Praca nad odczuciami jest składnikiem każdej pracy, w której obiekt pracy jest żywy, czujący, reagujący. Ma ona swoje źródło w fakcie, że praca „z” lub „nad” człowiekiem wiąże się z jego reakcją. Reakcja owego obiektu może być głównym elementem tego rodzaju pracy (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Weiner 1988: 254).

Autorzy wymieniają następujące typy pracy nad odczuciami (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Weiner 1988: 258):

1. Praca interakcyjna i reguły moralne (*interactional work and moral rules*) – występuje na najbardziej elementarnym poziomie interakcji, poziomie nieuświadomionym, ukrytym. Zachowania przebiegają wedle reguł, które są przyswojone i rozumiane przez wszystkich uczestników interakcji.
2. Praca nad zaufaniem (*trust work*) – zaufanie musi być budowane, podtrzymywane, aby praca mogła być właściwie wykonywana i przynosić oczekiwane efekty. Budowanie zaufania w pracy z drugim człowiekiem jest ważnym elementem, szczególnie w przypadku pracy lekarzy, którzy muszą zadać ból, aby wyleczyć pacjenta (np. wykonując zabieg).
3. Praca uspokajająca (*composure work*) – jest to najbardziej widoczny typ pracy nad odczuciami. Jest ona konieczna, aby uspokoić pacjenta (trzymając go za rękę lub zapewniając, że „wszystko będzie dobrze”). Wykonywana najczęściej przez pielęgniarki, jest konieczna dla efektywnego wykonania określonego zadania.
4. Praca nad biografią (*biographical work*) – polega na zdobyciu jak największej ilości informacji na temat stylu życia pacjenta, co daje lekarzowi możliwość oddziaływania na jego życie, przyzwyczajenia. w przypadku pracy lekarzy występuje w wywiadzie diagnostycznym.
5. Praca nad tożsamością (*identity work*) – *praca nad tożsamością, (...) odnosi się do pracy z pacjentem dotyczącej problemu jednostkowej tożsamości – co jest czasami traktowane jako problemy psychologiczne* (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Weiner 1988: 264).
6. Praca nad kontekstem świadomości (*awareness context work*) – ten typ pracy jest wykonywany, gdy personel odmawia udostępnienia informacji, która jego zdaniem będzie trudna do przyjęcia przez chorego (np. fakt pogarszającego się stanu zdrowia lub nadchodzącej śmierci pacjenta). Jest wykonywana również w celu ochrony tożsamości pacjenta. W tym wypadku

personel dąży do zachowania *zamkniętego kontekstu świadomości (closed awareness context)*.

7. Praca oczyszczająca (*rectification work*) – stosowana jest, aby poprawić samopoczucie pacjenta, ma za zadanie sprawić, aby pacjent poczuł, że nie odmawia mu się człowieczeństwa.

Według autorów praca nad odczuciami jest wykonywana wszędzie, gdzie wymagany jest kontakt z drugą osobą, w szczególności, gdy staje się ona obiektem pracy – jak w przypadku lekarzy. W kontekście badań nad brudną pracą, interesujące jest, czy pracę nad odczuciami może stanowić dla osób związanych z medycyną obciążenie. Praca ta nie jest wpisana oficjalnie w zadania do wykonania w ciągu dnia pracy.

Zajmując się analizą pracy w zawodach medycznych, zwrócenie uwagi na ten szczególny rodzaj pracy wydaje się istotny. Przede wszystkim pracownicy medyczni wykonują specyficzną pracę „z” oraz „nad” człowiekiem. Kontakt z pacjentem jest istotną częścią ich profesji, dlatego koncepcję pracy nad odczuciami zaproponowanej przez autorów (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Weiner 1988) wykorzystano w niniejszej dysertacji do analizy pracy lekarzy, pielęgniarek itp. w kontekście obciążeń z nią związanych.

8. Zarządzanie emocjami

Pracownik podczas swojego dnia pracy narażony jest na stres, dlatego powinien opanować sztukę radzenia sobie z emocjami, zarządzania nimi. Wnioski z badań Arlie Russell Hochschild (2009) opisane w książce „Zarządzanie emocjami” pozwalają na zrozumienie, w jaki sposób ludzie wykonujący zawody, w których konieczna jest „praca z emocjami” (takich profesji na rynku pracy jest zdecydowana większość), radzą sobie z uczuciami. W dysertacji rozważa się temat pracy osób wykonujących zawody medyczne, które mają bezpośredni kontakt z pacjentem, a to oznacza, że w pewnych sytuacjach konieczne jest zarządzanie własnymi emocjami (opanowanie strachu, obrzydzenia, konieczność opanowania złości itp., żeby właściwie zdiagnozować pacjenta).

Sekretarka, recepcjonistka w hotelu czy stewardessa muszą świadomie lub nie wykonywać pracę emocjonalną ze względu na bezpośredni kontakt z klientem. Od nich zależy wizerunek firmy, gdyż obraz przedsiębiorstwa, jaki zbudują podczas tych bezpośrednich kontaktów, wpływa na jego ocenę i postrzeganie. Adwokat broniący swojego klienta również musi kontrolować swoje emocje, w sądzie przyjmować

odpowiedni styl zachowywania, aby obrona mogła przebiegać skutecznie. Strażak podczas gaszenia pożaru musi opanować strach (czasem przed utratą własnego życia), aby sprawnie i bezpiecznie wykonywać swoją pracę.

Praca emocjonalna jest również wykonywana przez weterynarza, który zmaga się z problemem śmierci (...) *brudna praca może zawierać więcej niż tylko czynności pracy, które są ciężkie fizycznie, poniżające i niegodne. Niektóre prace są również wyczerpujące emocjonalnie, wymagają od pracowników psychicznego zaangażowania (...)* (Sanders 2010: 267). Podczas wywiadów przeprowadzanych przez Sandersa (2010), technicy weterynaryjni jako najbardziej trudny i „brudny” element swojej pracy określali czynności związane z eutanazją (uśpieniem) zwierzęcia, którego stadium choroby powoduje, że nie można go już odratować. W tym wypadku praca z emocjami będzie związana z faktem, że weterynarz musi chłodno skalkulować szanse przeżycia zwierzęcia, oderwać się od własnych emocji i wykonać zabieg.

Według Hochschild, kobiety lepiej radzą sobie z zarządzaniem uczuciami niż mężczyźni, wynika z tego fakt, że kobiety częściej niż mężczyźni muszą wystawiać pracę emocjonalną na sprzedaż i więcej wiedzą na temat kosztów, jakie się z tym wiążą (Hochschild 2009: 12). Z tego spostrzeżenia można wysnuć wniosek, że praca emocjonalna może być traktowana jako towar, który podlega sprzedaży. Według Marksa piszącego swoje prace w okresie rozwoju przemysłowego, robotnik na sprzedaż wystawiał swoją fizyczną pracę. Obecnie, w okresie ożywienia w sektorze usług, pracownik na sprzedaż wystawia swoją pracę emocjonalną (poza wiedzą). Autorka zauważa natomiast, że dziewiętnastowieczne dziecko zatrudnione w odczłowieczającej angielskiej fabryce tapet i dobrze opłacana dwudziestowieczna amerykańska stewardessa mają ze sobą coś wspólnego: aby przetrwać w pracy, muszą dokonać mentalnego oderwania się – pracownik fabryki od własnego ciała i pracy fizycznej, stewardessa od właściwych sobie uczuć i pracy emocjonalnej (Hochschild 2009: 18). *Dwa podstawowe źródła alienacji to specjalizacja zawodowa oraz ograniczenie kontroli sprawowanej przez robotników w miejscu pracy (...). Alienacja może być interpretowana jako brak władzy do podjęcia odpowiedzialności za własną sytuację* (Kulpińska, Mazáľková 1995: 338). W przypadku emocji, pracownik ma ograniczoną kontrolę nad własnymi uczuciami, musi dostosować je do wymogów pracy.

W życiu społecznym uczucia mogą stać się walutą, która będzie podlegała regułom wymiany. Jeśli ktoś jest dla nas życzliwy, powinniśmy odwdzińczyć się tym samym. Jednak podczas pracy, która jest związana z zarządzaniem emocjami, wymiana między

pracownikiem, a klientem nie musi być równa. Kelner lub stewardessa musi uśmiechać się do klienta, klient natomiast nie musi odwzajemniać tego typu gestów zawodowej życzliwości (w przypadku stewardessy i kelnerki pracodawca może narzucać określony styl zachowania). Taka sytuacja doprowadza do powstania możliwości/ konieczności zarządzania uczuciami. Stewardessa może czuć niechęć czy wręcz nienawiść do klienta, ale musi się do niego uśmiechać i spełniać jego wymagania. Hochschild rozbieżność między prywatnym aktem zarządzania emocjami i aktem publicznym proponuje nazywać transmutacją. Takie zarządzanie emocjami jest fundamentem dla cywilizowanego życia. Podobnie jak Freud zwraca uwagę na to, że kultura hamuje i poskramia instynkt seksualny, tak Hochschild zauważa, że wewnętrznie negatywne emocje mogą być hamowane przez wymogi cywilizacyjne. *Proces cywilizacji polega na zmianie, na ewolucji zachowań i odczuć ludzi, postępującej w określonym kierunku* (Elias 1980: 367). *Teraz znaczna część napięć, które dawniej wyladowywały się w bezpośrednim starciu człowieka z człowiekiem, musi ulec, jako napięcie wewnętrzne, rozładowywaniu w walce człowieka z samym sobą* (Elias 1980: 459).

Uczucia mogą być wykorzystywane tak w życiu prywatnym jak i zawodowym jako wskazówki do podjęcia określonego działania. W tym miejscu powstają jednak dwa zagrożenia. Pierwsze związane jest z uczuciem (wskazówką) i jego interpretacją. Drugi problem wiąże się z relacją między bodźcem a reakcją.

Autorka, w kontekście zarządzania emocjami, posługuje się również pojęciami: działanie powierzchowne i działanie głębokie. Działanie powierzchowne to takie, w którym uczucia wyrażane są poprzez gesty i mimikę twarzy. Działanie głębokie natomiast to takie, w którym staramy się odczuć wewnętrznie dane uczucie. Można wyróżnić dwie metody działania głębokiego: bezpośrednie przez wzbudzenie uczucia i pośrednie przez wykorzystanie wyćwiczonej wyobraźni (Hochschild 2009: 42). W przypadku sprzedaży, działania powierzchowne i działania głębokie sprawiają, że twarz oraz uczucia stają się zasobem, podobnie jak towar, który podlega wymianie.

Ciągłe zarządzanie swoimi uczuciami tak, by pozostawały one w zgodzie z polityką firmy, może prowadzić według Hochschild do dysonansu emocjonalnego, który jest podobny do dysonansu poznawczego. Przedłużająca się rozbieżność pomiędzy uczuciem a nieautentyczną ekspresją prowadzi do wewnętrznego napięcia.

Osoby wykonujące pracę emocjonalną muszą odpowiedzieć sobie na trzy pytania: Jak mogę naprawdę identyfikować się z pracą i firmą, skoro nie czuję się z nią związany? Czy mogę korzystać ze swoich zdolności, jeśli nie czuję związku z ludźmi, dla których to

robię? Jeżeli wykonuję działanie głębokie przed widownią, z którą nie czuję związku, jak mogę zachować poczucie własnej wartości, nie popadając w cynizm?

Próbie rozwinięcia teorii emocji opartą na interakcjonizmie symbolicznym podjęła Susan Shott. (...) *jedna z socjologicznych perspektyw, symboliczny interakcjonizm, jest szczególnie odpowiednia do wyjaśniania konstrukcji emocji przez aktora* (...) (Shott 1979: 1318). *W swoich rozważaniach nawiązywała ona do chicagowskiej szkoły, podkreślając, że emocje związane są zarówno z procesami podniecenia fizjologicznego, jak i etykietowaniem tego podniecenia jako afektu lub emocji* (Turner 2008: 497). Shott uważa, że zajmując się badaniem emocji, konieczne jest odwołanie się do perspektywy socjologicznej. *Co ważniejsze, wyjaśnienie znaczenia emocjonalnej ekspresji, wymaga socjologicznej perspektywy; (...) teorie fizjologiczne lub psychologiczne są niewystarczające* (Shott 1979: 1318).

Według autorki najważniejszymi emocjami w procesie komunikowania są: poczucie winy, wstyd, zażenowanie, duma, próżność oraz empatia. Zachowanie jednostki przyjmującej określoną rolę w interakcjach jest determinowane przez te uczucia (Turner 2008: 498). Wstyd i zażenowanie są emocjami, które wiążą się z wykonywaniem brudnej pracy. Empatia związana jest również z pracą lekarzy, którzy nadmiernie przeżywając każdy przypadek mogą ulec szybkiemu wypaleniu zawodowemu.

1. Poczucie winy – pojawia się, kiedy jednostka uświadamia sobie, że jej zachowanie (faktyczne lub zakładane) odbiega od tego, jak powinna się zachować w danej sytuacji. Doprowadza to do unikania osób, które powodują powstawanie tego uczucia.
2. Wstyd – powstaje ze względu na fakt, że jednostka jest przekonana o własnej moralnej niedoskonałości (lub uważa, że inni tak uważają).
3. Zażenowanie – powstaje, gdy zarówno jednostka, jak i inni postrzegają prezentowaną tożsamość sytuacyjną jednostki jako nieestosowną
4. Duma – związana jest z rodzajem samoakceptacji, ta zaś łączy się z przyjmowaniem roli uogólnionych innych.
5. Próżność – przejściowe uczucie, które wskazuje na niepewność jednostki, co do aprobaty ze strony innych.
6. Empatia – uczucie złożone, które działa na dwóch poziomach: jednostka odczuwa te same emocje, które odczuwają inni; jednostka generuje zrozumienie tego, co jażń mogłaby odczuwać, gdyby znajdowała się na miejscu innego.

8. 1. Emocje w koncepcji Thomasa Scheffa i Suzanne Retzinger

Według Scheffa i Retzinger wstyd i duma są budulcem stosunków interpersonalnych. Definiują oni wstyd jako klasę dużej rodziny emocji, która obejmuje nie tylko wstyd i upokorzenie, ale także „dyskretny” wstyd – skromność, nieśmiałość itp. (Scheff, Retzinger 2000). Według autorów wstyd jest najważniejszą emocją, ponieważ ma wiele społecznych i psychologicznych funkcji, więcej niż inne emocje (Scheff, Retzinger 2000):

1. Wstyd jest kluczowym elementem sumienia, poczucia moralności, ponieważ sygnalizuje moralny występki, nawet bez myśli i słów, wstyd jest moralnym żyroskopem.
2. Wstyd powstaje w elementarnych sytuacjach, w których istnieje prawdziwa lub wyimaginowana groźba, sygnalizuje kłopoty w relacjach. Jeśli ktoś uważa, że jego zachowanie było nieodpowiednie lub dewiacyjne, powstaje nie tylko wewnętrzna luka stworzona między zachowaniem a ideałami, ale także przepaść między ideałami grupy i samego siebie.
3. Wstyd odgrywa kluczową rolę w regulacji ekspresji, a nawet świadomości występowania wszystkich innych emocji. Np. złość, strach, smutek i miłość nie mogą być wyrażone bez zawstydzenia. W społeczeństwach zachodnich, wstyd jest prawie całkowicie tłumiony i ukrywany – można by się wstydzić, że ktoś był w stanie smutku, strachu, gniewu, a nawet zażenowania.

Wstyd jest najbardziej utajany ze wszystkich emocji. Jest to kolejny dowód jego dużej roli, jaką odgrywa na tle innych uczuć. W koncepcji Scheffa i Retzinger (Scheff, Retzinger 2000) istotne jest pojęcie pułapki uczuć (*feeling traps*). Jednostka wpada w nią, kiedy zaczyna się wstydzić tego, że się wstydzi, np. świadomość reakcji fizjologicznych (zaczerwieniona twarz) powodują, że jednostka zaczyna czuć zażenowanie z powodu swojego zawstydzenia – i tym samym wpada w pułapkę uczuć. Mniej oczywistym przykładem pułapki uczuć jest złość z powodu własnego zawstydzenia lub zawstydzenie z powodu złości. Pętla ta przyjmuje formę bezsilnej złości lub upokorzenia. Owe uczucia mogą doprowadzić do powstania spirali gniewu/wstydu (Scheff, Retzinger 2000, Konecki 2014).

Emocje prowadzą więc ludzi do odgrywania ról w taki sposób, który jest spójny z oczekiwaniami normatywnymi, definicjami sytuacji, wartościami kulturowymi i wysoko cenionymi odczuciami na temat siebie (Turner 2008: 504).

8. 2. Brudna praca a emocje

Emocje odgrywają istotną rolę w pracy. Od nich może zależeć, jakie czynności, przedmioty, ludzi, sytuacje, rozmówcy określa mianem brudnej pracy. Elementy nie lubiane, postrzegane jako trudne traktowane były przez rozmówców jako „brudne”.

Brudna praca to ta, która angażuje emocje, powoduje, że są one przenoszone poza sytuację pracy. Na obciążenia psychiczne np. wśród pielęgniarek zwracają uwagę badacze zajmujący się zagrożeniami pracy (Frąckowiak Aleksandra 2010: 55). W zawodach medycznych emocje mogą być związane z chłodną kalkulacją podyktowaną zdrowiem pacjenta. Lekarz nie może współczuć pacjentowi, podczas operacji powinien zachować zimną krew i bezbłędnie wykonać zabieg. Zaangażowanie emocjonalne może wiązać się z pogorszeniem zdrowia pacjenta lub nawet utratą przez niego życia. Zaangażowanie emocjonalne może również doprowadzić do niewłaściwej oceny sytuacji i podjęcia czynności, które mogą zaszkodzić, a nie pomóc. Jest to jeden z powodów, dla których pracownicy medyczni nie powinni angażować się aktywnie w leczenie osób bliskich. Na osąd lekarza nie może wpłynąć żaden pozamedyczny fakt. Osobiste uczucia do pacjenta (sympatia, wrogość itp.) mogą utrudniać wykonywanie zawodu.

Reakcje wewnętrzne, które są związane z wykonywaniem brudnej pracy, mogą być przenoszone poza nią. Przeprowadzając wywiady, szczególną uwagę zwracałem na fakt, jak rozmówcy oczyszczają się z emocji związanych z wykonywaniem zawodu (smutek, współczucie, strach o życie pacjenta).

Podczas analizy zebranego materiału, zwracałem uwagę na kontakt i podejście do pacjentów. Wydaje się, że w kontaktach lekarz – pacjent stosunek władzy nie jest tak oczywisty. W restauracji klient może rościć sobie prawo do emocji kelnera, który musi się do niego uśmiechać, w szpitalu pacjent leczony bezpłatnie nie ma wyboru i musi akceptować zachowanie personelu medycznego bez względu na to, czy mu ono odpowiada czy nie. W przypadku leczenia prywatnego sytuacja może być odmienna, pacjent płaci, więc może wymagać poza fachową opinią również określonego podejścia. Zarządzenie emocjami będzie również związane z opanowaniem własnych uczuć (strachu, empatii itp.) w odniesieniu do procesu leczenia pacjenta - przeprowadzenia określonych zabiegów, operacji. Istotne są również pojęcia empatii, dumy i wstydu. Postawienie się lekarza w sytuacji osoby chorej może wpłynąć na jego pracę (zbyt duże współczucie może spowodować, że leczenie będzie zbyt zachowawcze, zbyt małe współczucie może spowodować, że wybierze dla pacjenta terapię zbyt bolesną). Wstyd w zawodach medycznych rozważano w dysertacji w kontekście błędów i pomyłek oraz tego rodzaju

wstydu, jaki może odczuwać pacjent w kontaktach z lekarzem.

W literaturze można znaleźć też nawiązania do emocji pojawiających się podczas wykonywania brudnej pracy (*brudnych emocji*). Mogą być one związane z obciążeniami fizycznymi, społecznymi i moralnymi. Podczas analizy materiału zwrócono również uwagę na ten aspekt. I tak np. obrzydzenie jest związane z występowaniem naznaczenia fizycznego, zaś litość z naznaczeniem społecznym.

Tabela 1. Emocjonalna brudna praca

	Emocje nacechowane pozytywnie	Emocje nacechowane negatywnie
Naznaczenie fizyczne	Wytrzymałość (twardość)	Strach Obrzydzenie Wyczerpanie Słabość
Naznaczenie społeczne	Współczucie	Litość Bezsilność Wątpliwość Niepewność Smutek
Naznaczenie moralne	Cnotliwość/ empatia	Użalanie się nad sobą Gniew Wątpliwość Niepewność
Razem: (naznaczenie: fizyczne, społeczne, moralne)	Duma, odwaga, odporność, zabawa w absurd	Twardość Irytacja Niepokój Wina

Źródło: Rivera, Tracy 2014: 215

9. Praca widzialna/praca niewidzialna (*Visible/Invisible work*)

Praca niewidoczna (*invisible work*) może być rozpatrywana jako jeden z istotnych elementów brudnej pracy. Dopóki jest ona wykonywana – nie zauważamy jej, staje się ona widoczna dopiero w momencie jej zaniedbania. Przykładem może być praca nauczyciela, który musi przygotować się do wykładu, wybrać odpowiednie artykuły, ułożyć plan zajęć, sporządzić materiały dla studentów. Wszystkie te elementy nie są przez nich dostrzegane,

jeśli są wykonywane, natomiast gdy nauczyciel nie wypełni niewidzialnej pracy i nie przygotowuje się do wykładu, studenci z pewnością to odczują. Przychodząc do restauracji gość odczuwa finalny etap koordynacji wielu czynności pracy – sprzątanie restauracji, czyszczenie sztućców, podanie posiłku (Lesiak 2012).

„Widzialność” może legitymizować pracę (Star, Strauss 1999), nadaje jej charakter ważności, sprawia, że efekty wykonywanych czynności oraz same czynności są po prostu zauważalne. Analizując widzialną i niewidzialną pracę, należy zastanowić się, dla kogo ma ona być widzialna, kto może oceniać skutki jej wykonania – społeczeństwo, pracodawca, klient itp. Zagadnienie pracy niewidzialnej było i jest również podnoszone przez ruchy feministyczne, *takie jak brytyjski „Wages for Housework” („Płace dla prac domowych” – tłum. autora), który rozpoczął kampanię, aby zdefiniować te czynności jako pracę - pracę z prawdziwą ekonomiczną wartością* (Star, Strauss 1999: 10).

To, co określa się jako „praca”, jest bardzo zróżnicowane. *W mowie potocznej, mówimy o pracy to, co oczywiste: „praca” jest, gdy wstajesz rano i idziesz do biura i to, co tam robisz, to jest „praca”* (Star, Strauss 1999: 12). Przyglądając się jednak pracy wykonywanej w domu, pracy nauczyciela czy pracy kelnerskiej widzimy, że jest wiele różnych czynności, które można zaliczyć do *dużej i szarej strefy* (Star, Strauss 1999: 12). Chcąc dokładnie określić, czym jest wykonywana „praca”, nie można podać jednoznacznej, prostej odpowiedzi (Konecki 1988).

Co więc może być rozumiane jako „praca”, co może być wskaźnikiem jej wykonania lub braku? Star i Strauss piszą, że to, co będzie zaliczane do pracy, nie wynika z określonych wskaźników, ale raczej z definicji sytuacji (Star, Strauss 1999: 14). Wskaźniki pracy zazwyczaj odnoszą się do czasu pracy, ilości wytworzonych przez pracownika produktów podczas dnia pracy, dochodu, jaki jest w stanie wypracować dla organizacji dany pracownik. Są to wskaźniki namacalne i widzialne. Nikt jednak nie uwzględnia czasu, jaki jest potrzebny zatrudnionemu do przygotowania się do prawidłowego wykonywania powierzonych czynności – np. w pracy kelnerskiej zapoznanie się z menu restauracji, składnikami, które wchodzi w skład poszczególnych potraw, zasadami ich przygotowywania itp. Wskaźniki nie uwzględniają ilości przelanego potu oraz zmęczenia – fizycznego i psychicznego. Star i Strauss (1999) proponują kontinuum pracy widzialnej i niewidzialnej:

1. Tworzenie nie-osoby (Creating a non-person) – w pewnych warunkach akt pracy lub produkt pracy jest widoczny zarówno dla pracodawcy, jak i dla pracownika. Pracownik jednak pozostaje niewidzialny np. opiekunki do

dzieci są niewidzialne dla pracodawców, ich praca jest jednak widoczna – powierzone dziecko jest czyste, zadbane, nakarmione.

2. Wykorzenienie pracy w tle (Disembedding background work) – pracownicy są dość widoczni, ale efekty wykonywanej przez nich pracy są niewidoczne lub przesunięte na tle oczekiwań, np. pielęgniarki, które dbają o pacjentów, podają im leki, ale efekty pracy (jeśli jest wykonywana prawidłowo) nie są widoczne.
3. Abstrahowanie i manipulacja wskaźnikami (Abstracting and manipulation of indicators) – istnieją dwa przypadki, w których praca i ludzie mogą być definiowani jako niewidoczni: a) formalne i ilościowe wskaźniki pracy, które są oderwane od sytuacji pracy, mogą się jednak stać podstawą podejmowania określonych decyzji (zwolnień, wskazywania przyszłych działań organizacji). Zasadność pracy w tym wypadku może być uzależniona od manipulacji wskaźnikami przez tych, którzy nigdy nie widzieli określonej sytuacji pracy; b) towary/produkty pracy są nabywane w pewnej odległości od miejsca pracy – ani pracownicy, ani wykonywana praca nie są widoczne dla klientów.

W każdym miejscu pracy i w każdej organizacji zatrudniani są ludzie, którzy mogą otrzymać (lub nadać) status nie-osoby (non-person) choćby częściowo. W środowisku akademickim niektórzy są traktowani jako „martwe drzewa”, ich praca jest wyśmiewana, a oni sami są ignorowani jako ludzie. Dozorcy, sprzątaczk, pracownicy fizyczni i ci, którzy pracują jako technicy laboratoryjni są traktowani jako nie-ludzie (non-people) (Star, Strauss 1999: 19).

Praca widoczna i niewidoczna może być zinterpretowana przy pomocy koncepcji życia jako teatru Goffmana (2008). Praca niewidoczna to ta, która jest wykonywana za kulisami, do której nie mają dostępu widzowie. Praca na scenie to praca widoczna, której może bezpośrednio doświadczyć publiczność. Praca jest również wykonywana przez te same osoby na scenie (praca widoczna) i za kulisami (praca niewidoczna). Istotne w koncepcji pracy widocznej i niewidocznej jest fakt ukrywania części czynności, które składają się na prawidłowe funkcjonowanie danej organizacji. W przypadku szpitali dla widzów niedostępne będą poszczególne pomieszczenia (kulisy), gdzie odbywa się praca niewidzialna np. pokoje lekarzy, w których dyżurują i prowadzą rozmowy na temat stanu chorych lub sale operacyjne. Do nich dostęp mają widzowie szczególnego rodzaju, którzy

częściowo biorą udział w przedstawieniu (są operowani). Praca ta odbywa się za kulisami, jest niedostępna dla szerszej publiczności.

Koncepcja pracy niewidzialnej jest przydatna w analizowaniu brudnej pracy. W dysertacji przyjęto założenie, że niektóre zawody medyczne wymagają wykonywania trudnych i niechcianych czynności za kulisami, np. ratownicy medyczni pracujący w Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Pomimo, że muszą oni posiadać profesjonalną wiedzę medyczną, to ich praca ogranicza się do wysyłania karettek. W środowisku medycznym jednak uchodzi za ciężką, ze względu na trudności związane z kontaktami z osobami, które dzwonią. Z osobami, które często są wulgarne, pozostają pod wpływem środków odurzających itp., z pracą w CPR, związana jest również duża odpowiedzialność. Niewłaściwe rozpoznanie przypadku (na podstawie rozmowy telefonicznej) i wysłanie zespołu do osoby, gdzie nie jest to konieczne, wiąże się z utratą czasu i niewysłaniem karetki do kogoś, kto może stracić życie. Jednak publiczność postrzega tę pracę jako zwykły zawód call center. Brudna praca będzie pracą niewidzialną dla osób, które nie są wtajemniczone w daną sytuację pracy, dane czynności zawodowe.

10. Zawodowe ideologie

Według Ashforth i Kreinera (Ashforth, Kreiner 1999) wykonywanie brudnej pracy wiąże się z odpowiedzią na pytanie: „Jak możesz to robić?” („*How Can You Do It?*”). Autorzy analizują koncepcję Hughesa, fakt występowania stygmatyzacji oraz sposoby radzenia sobie ze stygmatyzacją w zawodach, które są związane z brudną pracą (*dirty work*).

W koncepcji (Ashforth, Kreiner 1999) istotne jest również skonkretyzowanie obciążeń fizycznych, społecznych i moralnych, które są powodowane wykonywaniem brudnej pracy.

1. Obciążenia fizyczne będą występowały w zawodach, które mają styczność z odpadkami, śmiercią, szkodliwymi substancjami lub będą wykonywane w niebezpiecznych warunkach, np. górnicy, grabarze, śmieciarze, rzeźnicy, dentyści.
2. Obciążenia społeczne będą związane z zawodami, które na co dzień mają styczność z osobami lub grupami, które są stygmatyzowane, np. strażnicy więzienni, pracownicy socjalni.
3. Obciążenia moralne będą występowały w zawodach, które są moralnie dwuznaczne lub w których pracownik musi używać określonych technik,

aby sprawnie wykonywać swoje obowiązki (zastraszenie, kłamstwo), np. tancerki w klubach, menedżerowie kasyn, windykatrzy.

Rozwijając propozycję Ashforth i Kreinera, za zawody, które będą obciążone moralnie, można uznać również te, związane z podejmowaniem trudnych decyzji wiążących się z losem innych (np. komornicy) oraz życiem (np. lekarze, weterynarze). Przypisanie zawodu do jednej kategorii obciążenia byłoby pewnym nadużyciem i dużym uproszczeniem. Dynamiczna rzeczywistość społeczna sprawia, że różne zawody będą charakteryzowały się mniejszym lub większym udziałem poszczególnych obciążeń.

Ashforth i Kreiner podkreślają, że osoby wykonujące brudną pracę muszą zmagać się ze stygmatyzacją, aby efektywnie wypełniać zadania, muszą one wypracować sposoby radzenia sobie z naznaczeniem społecznym (zawodowe ideologie), które ma ułatwić jednostce funkcjonowanie w świecie społecznym oraz wykonywanie swojego zawodu bez przeszkód (Ashforth, Kreiner 1999):

1. Przeformułowanie (*reframing*) – technika, która opiera się na przeformułowaniu znaczenia przypisanego do napiętnowanych zawodów/czynności. Można wyróżnić dwie formy przeformułowania:
 - a) Zaszczepienie (*infusing*) – gdzie stygmatyzacja nasycona jest pozytywnymi wartościami, praca staje się honorowa (np. publiczni obrońcy, którzy zapewniają, że bronią konstytucyjnych praw obywateli, a nie pomagają gwałcicielom, mordercom itp.).
 - b) Zobojętnienie (*neutralizing*) – piętno związane z wykonywaną pracą jest negowane (np. komornik uważa, że dłużnicy są zdenerwowani z powodu swojego losu, a nie na działań komornika).

Dodatkowo można wyróżnić następujące formy przeformułowania:

- c) Odmowa wyrządzenia szkody (*denial of injury*) – technika, która opiera się na poglądzie, że wykonywana praca nie jest zła lub szkodliwa.
 - d) Odmowa bycia ofiarą (*denial of victim*) – technika, która opiera się na uzmysłowieniu sobie, że dana osoba zasługuje na swój los (np. reporterzy tabloidowi twierdzą, że gwiazdy chcą rozgłosu i potrzebują go, dlatego oni wykonują swoją pracę).
2. Rekalibracja (*recalibrating*) – technika ta odnosi się do regulacji ukrytych norm, które służą do oceny atrybutów danej pracy jako *brudnej*: wielkości (ile) i/lub wartości (jak dobrze) (np. rakażce wezwani do łapania zwierząt,

które są prawdopodobnie wściekle, oceniają swoją pracę jako ważniejszą niż w przypadku wezwań do bezdomnych psów).

3. Skoncentrowanie (*refocusing*) – technika, która polega na przesunięciu uwagi z czynności uważanych za brudne na czynności uważane za czyste, z tych podlegających stygmatyzacji na te niepodlegające stygmatyzacji.

Wraz z upływem czasu wykonywania brudnej pracy poziom stygmatyzacji może ulec zmianie. Dlatego osoby wykonujące zadania, które wiążą się z brudną pracą, starają się uzasadniać swoje działania, wprowadzać swojego rodzaju zawodowe ideologie (Lopina, Rogelberg, Howell 2012: 397). Istotne jest również uzasadnianie swojej pracy jako ważnej dla prawidłowego funkcjonowania organizacji jako całości. Osoby wykonujące *brudną pracę* uważają, że ich praca jest istotna dla funkcjonowania danej organizacji. Przykładem mogą być choćby dane uzyskane przez Dutton, Debebe i Wrzesniewski (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012).

„Brudne” zawody są bardzo zróżnicowane, również postrzeganie konkretnych czynności będzie zależne od definicji sytuacji, jaką nadają aktorzy społeczni wykonujący daną pracę. Rozważając temat brudnej pracy, istotne wydają się znaczenia, jakie przypisują poszczególnym czynnościom jednostki wykonujące dany zawód. Czynności niechciane lub takie, które nie wpisują się w sposób oczywisty w daną rolę, mogą powodować napięcia w jednostce.

Według teorii zachowania zasobów Hobfolla, jednostki są zmotywowane do uzyskania, utrzymania i ochrony zasobów. Stres jest wynikiem rzeczywistej lub domniemanej utraty tychże zasobów (...). Wykonywanie brudnej pracy może wiązać się z poczuciem utraty własnej wartości (Lopina, Rogelberg, Howell 2012: 398). Adwokat, w którego doktrynie religijnej zabrania się poświadczania nieprawdy, aby skutecznie bronić swojego klienta, musi wyjść z jednej ze swoich ról. To, co jednostki uważają za brudną pracę, będzie również zależało od ich systemu wartości, przekonań, socjalizacji.

W zależności od stażu pracy, od doświadczenia zawodowego oraz od planów związanych z pracą będzie różniło się wprowadzanie ideologii zawodowych. Osoby, które chcą piąć się po szczeblach kariery i zdobywać kolejne tytuły, łatwiej poradzą sobie z wykonywaniem brudnej pracy, prawdopodobnie traktując ją jako tymczasową.

Chęć osiągnięcia kariery ułatwia wprowadzenie w życie ideologii zawodowych. Wcześniejsza wiedza na temat obowiązków, które wiążą się z daną pracą, również może ułatwić akceptację i poparcie takich ideologii (Lopina, Rogelberg, Howell 2012: 397).

Zawodowe ideologie stanowią o uzasadnieniu pozycji i ważności wykonywanej pracy. Są one wykorzystywane przez jednostkę do definiowania swojej sytuacji jako zwyczajnej lub wręcz pożądaney. Mogą być one traktowane jako swojego rodzaju sposób normalizacji i akceptacji wykonywanych czynności. Przypisując określone znaczenia danym czynnościom, jednostka może postrzegać je w określony sposób. Wykonując czynności, które mogą być przez społeczeństwo odbierane jako brudne, pracownik może sprawić, że sam będzie postrzegał swoją pracę jako ważną dla funkcjonowania całości organizacji.

11. Docenianie i niedocenianie pracy

W kontekście badań nad brudną pracą ważny jest fakt doceniania i niedoceniania wykonywanej pracy. Nadawanie znaczenia wykonywanej pracy przez innych jest ważne dla osób, które ją wykonują. *Docenianie pracy jest docenianiem osoby. Niedocenianie pracy jest również niedocenianiem osoby* (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 5). Poniżej zaprezentowano badania nad pracownikami zajmującymi się sprzątaniami oraz utrzymaniem porządku w szpitalu (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012). Badania skupiają się na tym, w jaki sposób jest traktowane wykonywanie brudnej pracy w organizacji. Autorki przywiązują wagę do interakcji pomiędzy sprzątacami a pozostałymi osobami, które korzystają ze szpitalnej przestrzeni – lekarzami, pielęgniarkami, pacjentami oraz odwiedzającymi.

Pracę osób zajmujących się utrzymaniem czystości w szpitalu można zaliczyć do brudnej pracy z kilku powodów. Jest to praca, która wiąże się z fizycznym brudem. Jest to również praca stanowiąca zagrożenie: *czyszczenie jest często niebezpieczną pracą. Czyszczenie wymaga podnoszenia ciężkich materiałów, (...) i usuwania ostrych przedmiotów, takich jak igły lub skalpele* (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 13).

Ben: za każdym razem, kiedy podnosisz czerwoną torbę, torbę zagrożenia biologicznego, musisz upewnić się, że trzymasz ją z dala od ciała, bo tam może być wszystko. Znam panią [sprzątaczkę], która zacięła się skalpelem. Została zraniona przez skalpel znajdujący się w worku, gdy szła spacerem po korytarzu. Pielęgniarka powiedziała: „Twoja torba jest nieszczelna”. Kiedy spojrzała na dół, to nie był przeciek, krew wypływała z jej nogi, dostała 18 szwów (...) (z wywiadu: Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 13).

Autorki prezentują zachowania stosowane przez otoczenie (lekarze, pielęgniarki, pacjenci, goście odwiedzający pacjentów) wobec osób zajmujących się brudną pracą. Są to

zachowania, które występują w specyficznym środowisku szpitala, możliwe jest jednak, że w innych organizacjach zachowania te będą podobne.

Niezauważanie obecności osób sprzątających przejawia się choćby w niewitaniu się z nimi. Autorki piszą, że najczęściej pracownicy zajmujący się dbaniem o czystość są niedostrzegani przez lekarzy, a więc przez osoby, które w szpitalnej hierarchii znajdują się najwyżej. Osoby sprzątające najrzadziej ignorowane były przez pacjentów. *Na oddziale S pracuję prawie rok i oni się do mnie nie odzywają. Oni [ludzie pracujący na oddziale] widzą mnie każdego weekendu i nie mówią cześć, zwykłego cześć. (...) myślę, że jestem outsiderem* (z wywiadu: Duttone, Debebe, Wrzesniewski 2012: 16). Pielęgniarki zauważają osoby sprzątające, jedynie gdy potrzebują czegoś. Zwracają się wtedy do nich po imieniu. Z badań Duttone, Debebe, Wrzesniewski (2012) wynika, że akt niezauważania może być traktowany jako świadectwo władzy i poczucia wyższości w stosunku do osób zatrudnionych na niższym szczeblu. Niezauważanie obecności również wiąże się z utrudnianiem pracy, np. kiedy lekarze, stojący na drodze urządzeniom do sprzątania, nie ułatwiają przejazdu, to sprzątacze musi ominąć doktora – nie odwrotnie, do podobnych sytuacji dochodziło również podczas prowadzonej przeze mnie obserwacji.

Komunikowanie obrzydzenia i pogardy wobec sprzątaczy odnosi się do odmawiania osobom sprzątającym godności, osobowości. Jest to również związane z traktowaniem wszystkich sprzątających jako jednej całości, np. jeśli osoba z danej zmiany nie wykonała należycie swojej pracy, gniew kierowany jest na osobę, która akurat znajduje się w pobliżu (należącą do tej samej subkultury pracowniczej – sprzątaczy).

Komunikowanie braku zaufania wobec sprzątaczy związane jest ze stereotypami – osoby, które mają kontakt z przedmiotami należącymi do innych (a w pracy sprzątających jest to codzienność – sprzątanie pokoi szpitalnych wiąże się z obcowaniem z przedmiotami, których właścicielem jest ktoś inny, podobnie jest w pracy sprzątarek hotelowych), mają możliwość kradzieży. Sytuacja taka powoduje, że często osoby te traktowane są jak złodzieje, przed którymi powinno się chować cenne przedmioty. Jeden z rozmówców został obwiniony o śmierć pacjenta z powodu nieprawidłowego przygotowania pokoju, w którym miał się on znajdować (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 21).

Utrudnianie pracy sprzątaczy jest związane z nieprawidłowym lub niedokładnym wykonywaniem obowiązków przez innych pracowników. Pielęgniarki, które nieprawidłowo usuwają nieczystości (wyrzucanie strzykawek, igieł, opróżnianie basenów) powodują, że osoby dbające o czystość mają utrudnioną pracę. Utrudnianie polega również

na niedocenianiu pracy sprzątaczy, np. poprzez chodzenie po świeżo wywoskowanej lub umytej podłodze.

Komunikowanie negatywnych informacji związane jest z narzekaniem na pracę osób sprzątających. Skargi zazwyczaj nie są kierowane bezpośrednio do osób zajmujących się brudną pracą, ale do przełożonych.

Autorki zwróciły również uwagę na fakt doceniania pracy osób zajmujących się brudną pracą. Jest to przeciwieństwo wcześniej zaprezentowanych sposobów odmawiania wartości pracy wykonywanej przez sprzątaczy: zauważanie obecności osób sprzątających, traktowanie ich jako członków grupy, ułatwianie pracy sprzątacjom, komunikowanie im pozytywnych informacji.

Wykonywanie brudnej pracy w organizacji dość często wiąże się z wykonywaniem *pracy niewidzialnej*. Zaniechanie jednak tych czynności spowoduje, że efekty staną się widzialne i będą to np. brudne szpitalne pomieszczenia. Osoby zajmujące się brudną pracą są niedoceniane i również niezauważane, nie traktuje się ich jako części pracowniczej subkultury.

Badania (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) dotyczą pracy personelu sprzątającego w specyficznej organizacji, jaką jest szpital. Pracownicy sprzątający mogą mieć kontakt z przedmiotami niebezpiecznymi i takimi, z którymi kontakt może zagrozić życiu lub zdrowiu (zużyte strzykawki, skalpele itp.), jednak wyniki badań (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) zwracają uwagę na kilka istotnych elementów pracy w placówce medycznej, które również poddano analizie w pracy doktorskiej.

W dysertacji pojęcie brudnej pracy potraktowano nieco szerzej. Według przyjętych w niniejszej rozprawie założeń, brudną pracą mogą zajmować się np. lekarze, którzy z pewnością są traktowani z szacunkiem w szpitalnej hierarchii. Przytoczenie badań (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) w pracy ma na celu podkreślenie faktu, że brudna praca jest niewidzialna i dyskredytowana, a osoby, które ją wykonują, są ignorowane i odmawia im się podmiotowości. W analizie (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) zwrócono również uwagę na kilka istotnych kwestii, które są rozważane w dysertacji. Wykonywanie brudnej pracy jest związane z występowaniem określonych zagrożeń (np. groźba skażenia lub zakażenia się). Podczas analizy zebranego materiału zwróciłem uwagę na zagrożenia występujące w pracy osób wykonujących zawody medyczne. W niniejszej dysertacji rozważam czy zawody, których wykonywanie niesie ze sobą zagrożenia (życia lub zdrowia), są brudne. Autorki zwróciły uwagę (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012), że

hierarchia osób pracujących w danej placówce medycznej (szpitalu, prywatnym gabinecie, prywatnej klinice itp.) ma wpływ na relacje między pracownikami. Osoby, które są wyżej w hierarchii, nie zauważają pracowników niższego szczebla (również medycznego), dopóki ich praca jest wykonywana prawidłowo, na ten fakt również zwróciłem uwagę.

12. Przykładowe zagrożenia związane z wykonywaniem pracy w środowisku medycznym

Rozważając temat brudnej pracy, należy zwrócić uwagę na aspekty związane z niebezpieczeństwem oraz chorobami, które mogą być powodowane przez wykonywanie danego zawodu. *Choroby związane z pracą stanowią grupę chorób o wieloczynnikowej etiologii, występują z dużą częstością w populacji ogólnej, charakteryzują się zwykle przewlekłym przebiegiem ulegającym częstym zaostrzeniom* (Siedlecka 2006: 47). *W ostatnich latach przedmiotem zainteresowania środowiska medycznego stała się problematyka zagrożeń występujących w miejscu pracy oraz ich profilaktyka* (Kowalczuk, Krajewska – Kułak, Ostapowicz – Vandame, Kułak 2010: 353). Zagrożeniami zdrowotnymi, które są powodowane przez wykonywanie danej pracy, najczęściej zajmują się badacze związani z medycyną pracy. W literaturze można znaleźć wiele pozycji, w których analizowane są przyczyny chorób zawodowych oraz sposoby przeciwdziałania im (Domański, Makles 2011; Siedlecka 2006; Szewczyńska Dobrzyńska Pośniak Jeżewska 2011; Augustyńska, Kaczmarska, Mikulski, Radosz 2012 i in.).

Nabycie choroby, która przez ustawodawcę została określona jako „choroba zawodowa” (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych) uprawnia do otrzymania zasiłku chorobowego, odszkodowania, świadczeń rehabilitacyjnych, renty, dodatku do renty, pokrycia kosztów leczenia. Choroba musi być spowodowana wykonywaniem czynności zawodowych. Nie wszystkie choroby, które są spowodowane wykonywaniem pracy zostały wpisane na listę „chorób zawodowych” np. choroby kręgosłupa, na co w wywiadach narzekały pielęgniarki.

W dalszej części dysertacji poszukuje się odpowiedzi na pytanie, czy za brudną pracę można uznać pracę, która jest związana z występowaniem zagrożeń zdrowia lub życia. Poniżej przedstawiono zagrożenia, które są związane z wykonywaniem zawodów medycznych.

Niezależnie od miejsca pracy i rodzaju świadczonych usług pracownicy ochrony zdrowia, oprócz działania czynników szkodliwych i niebezpiecznych, narażeni są na stres oraz przemęczenie długotrwałą pracą. Problem ten istnieje od wielu lat i wymaga

gruntownych zmian w zakresie funkcjonowania systemu organizacyjnego. Nadmierne obciążenie wynikające z wykonywania pracy zmianowej może wpływać negatywnie na funkcjonowanie pracownika w sferze psychicznej oraz fizycznej (Kowalczyk, Krajewska – Kułak, Jankowiak, Klimaszewska, Rolka, Kondzior, Kowalewska 2008: 212).

Należy zwrócić uwagę, że zawody medyczne są zróżnicowane, istnieje wiele specjalizacji zarówno wśród lekarzy jak i pielęgniarek. W tej części zostaną zaprezentowane zagrożenia, na które narażone są osoby wykonujące zawody medyczne ogólnie, bez rozróżnienia na określone specjalizacje. Podkreślone zostaną tylko te zagrożenia, na które narażone są w większym stopniu pielęgniarki niż lekarze. *Pielęgniarki są grupą zawodową szczególnie obciążoną konsekwencjami zdrowotnymi swojej pracy. Większość przypadków zawodowych chorób zakaźnych i alergicznych wśród pracowników medycznych dotyczy tego zawodu (Frąckowiak 2010: 54).* Pielęgniarki częściej niż inni pracownicy narażone są na zakłucia się igłą, skaleczenia, zanieczyszczenia skóry lub błon śluzowych krwią lub innym materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym pochodzącym od pacjenta. Kolejne zagrożenia związane z wykonywaniem pracy pielęgniarskiej to przeciążenia i związane z nimi dolegliwości układu mięśniowo – szkieletowego (Frąckowiak 2010: 54). *Kolejna grupa zagrożeń wiąże się z obciążeniem psychicznym związanym z wykonywanym zawodem i kontaktem z cierpiącymi, chorymi oraz często samotnymi pacjentami w podeszłym wieku (Frąckowiak 2010: 55).*

Pielęgniarka narażona jest na zagrożenia biologiczne: działanie szkodliwych czynników biologicznych – bakterii, grzybów, wirusów, pasożytów itp., w *przypadku pielęgniarek występują specyficzne drogi przenoszenia zarazków np. droga krwiopochodna (Frąckowiak 2010: 56).* Do bezpośredniego kontaktu z krwią może dojść na skutek zranienia ostrym narzędziem (np. zakłucie skażoną igłą), połknięciem krwi (np. podczas reanimacji “usta-usta”), przedostaniem się krwi do oczu itp. Do najczęstszych chorób przenoszonych tą drogą zalicza się wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) lub C (HCV) oraz ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) (Świątkowska 2010: 523).

Zagrożenia związane z pracą pielęgniarki mogą dotyczyć oczywiście wszystkich pracowników wykonujących zawody medyczne. W przypadku lekarzy specjalistów istotne są zagrożenia związane z posługiwaniem się specjalistycznymi narzędziami pracy np. laser w przypadku pracy dermatologa. Rozszerzając, spektrum zagrożeń w pracy personelu medycznego, można dołączyć doń promieniowanie jonizujące (występujące np. w diagnostyce rentgenowskiej, radioterapii itp.), które uszkadza komórki, tkanki (Świątkowska 2010: 525).

Osoby wykonujące zawody medyczne narażone są na szereg czynników, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub nawet dla życia. Kontakt z drugim człowiekiem, którego zachowania nie da się przewidzieć, dodatkowo potęguje zagrożenia (narażenie na atak fizyczny, stres itp.). W dalszej części dysertacji zwrócono uwagę na zagrożenia, które dotyczą poszczególnych zawodów medycznych.

Bрудna praca wiąże się z wykonywaniem czynności, które mogą wpływać na zdrowie, powodować określone choroby. W przypadku pracy personelu medycznego zagrożenia dotyczą również życia i możliwości zakażenia nieuleczalną chorobą. Bрудna praca, to praca, której wykonywanie wiąże się z obciążeniami (społecznymi, moralnymi, fizycznymi), zagrożenia zdrowia i życia można traktować jako obciążenia fizyczne.

Trud związany z wykonywaniem określonego zawodu, to również skutki, które będą widoczne po długotrwałym zaangażowaniu w konkretne czynności. Dociekliwy badacz, analizując dany zawód, powinien również zwrócić uwagę na skutki, jakie niesie ze sobą wykonywana praca. W sytuacji wywiadu, szczególnie z osobami młodymi, uchwycenie długofalowych konsekwencji zajmowania się określonymi czynnościami nie było możliwe. Jednak rozmowy z osobami, których staż pracy był długi, dały możliwość uchwycenia obciążeń zdrowotnych, jakie wiążą się z wykonywaniem określonego zawodu medycznego. Podczas prowadzonej obserwacji miałem możliwość przekonania się, na samym sobie, jak obciążająca fizycznie jest praca lekarzy (więcej w aneksie nr 2).

Konsekwencje wykonywania konkretnego zawodu wydają się tym bardziej istotne w kontekście rozważań nad brudną pracą. Trudna praca to również taka, której wykonywanie niesie ze sobą określone, negatywne skutki. Wydaje się, że długotrwałe wykonywanie poszczególnych czynności zawsze uszkadza najbardziej zaangażowane narządy (np. wykładowcy akademicki i nauczyciele skarżą się na kłopoty z głosem). Przebywanie w określonym środowisku również może mieć wpływ na zdrowie w przyszłości.

13. Zakończenie

Fakt wykonywania brudnej pracy może mieć znaczący wpływ na budowanie własnej tożsamości przez jednostki. Konieczność uczestnictwa w stosunkach pracy w ciągu prawie całego życia powoduje, że wykonywana praca (zadania, które są w nią wpisane) w sposób znaczący wpływa na budowanie własnej wartości, która *jest bezpośrednio związana z zawodem i doświadczeniem* (Sanders 2010: 264). Ludzie starają się nadawać sens (znaczenia) wykonywanego przez siebie zawodu, ciągle redefiniują

swoją pracę. *Centralnym zagadnieniem dyskusji na temat ludzi wykonujących brudną pracę (...) jest fakt, że ludzie są stale zaangażowani w definiowanie i redefiniowanie swojej pracy jako znaczącej, satysfakcjonującej i wymagającej specjalnych umiejętności* (Sanders 2010: 246). *Podczas gdy wszystkie zawody mają elementy, które są nieprzyjemne i potencjalnie stygmatyzujące, ilość brudnej pracy ma wyraźny wpływ na łatwość lub trudność w konstruowaniu pozytywnej tożsamości w stosunku do własnej pracy, zawodowych obowiązków i rutynowego doświadczenia (...)* (Sanders 2010: 265).

„Brudne” elementy można odnaleźć we wszystkich zawodach, niekoniecznie tych, które wiążą się z kontaktem z „zanieczyszczonymi” substancjami. Za brudną pracę może być również uważana praca, w której konieczne jest obcowanie z nieprzyjemnymi osobami (agresywnymi, nieuprzejmymi, pod wpływem środków odurzających itp.), istotami lub obiektami, zaangażowanie w kłopotliwe, frustrujące zadania (Sanders 2010: 252). Co jest rozumiane jako brudna praca będzie zależało od sytuacji pracy, od znaczeń i wartości, jakie funkcjonują w danej organizacji. *Praca jest zespołem ról, relacji, interakcji i oczekiwań* (Sanders 2010: 243), a to, jakie znaczenie jednostki przypisują poszczególnym elementom, zależy od środowiska, w jakim funkcjonują.

W wielu badaniach Everett Hughes uwypuklił termin „brudna praca” dla uwrażliwienia nas na naturę zawodową świata pracy (Emerson, Pollner 1975: 243). Z jednej strony brudna praca może być rozumiana poprzez jej uciążliwe i nieprzyjemne czynności. Z drugiej zaś, na poziomie analitycznym brudna praca to coś więcej niż proste odbicie rzeczywistości zawodowej lub wewnętrznych przekonań (Emerson, Pollner 1975: 244). Brudna praca to nie jakieś konkretne zadania, elementy pracy. To, co dla jednego pracownika wykonującego konkretny zawód, może być brudną pracą, dla drugiego, który wykonuje inny zawód, może oznaczać coś zupełnie innego.

Do „brudnych” zawodów można z pewnością zaliczyć profesje, których wykonywanie związane jest z zarządzaniem emocjami (Bolton 2000, Hochschild 2009 i in.). Oderwanie się od własnych uczuć i wypracowanego światopoglądu powoduje powstanie napięć w jednostce, która musi przez cały dzień pracy sprawować nad sobą kontrolę. Emocje w kontekście brudnej pracy związane są z koniecznością oddzielenia sfery prywatnej, uczuć od zawodowej. Nadmierna empatia w stosunku do pacjenta, może obciążać psychicznie pracownika medycznego. Brudne emocje i emocjonalna brudna praca (Rivera, Tracy 2014) jest związana z uczuciami, które pojawiają się podczas wykonywania pracy obciążonej społecznie, moralnie lub fizycznie. W koncepcji brudnej pracy ważne są również sposoby normalizacji, nadawania znaczenia wykonywanym czynnościom oraz

pomijanie piętna, które wiąże się z jej przeprowadzaniem. Istotne są również emocje, które przypisywane są wykonywanej pracy i ukrywane przed pacjentami, emocje takie jak wstręt, pogarda i niechęć do pracy fizycznej (Sandvoll, Grov, Kristoffersen, Hauge 2015: 2).

Dysertacja skupia się, jak podkreślano we wstępie, na analizie i próbie rozwinięcia koncepcji *brudnej pracy* (dlatego ważna jest również część teoretyczna) oraz, co jest z tym związane, na odpowiedzi na postawione pytania problemowe, które są związane z wykonywaniem zawodów medycznych. W badaniach wykorzystano koncepcję socjologii jakościowej, natomiast podczas analizy materiału procedury teorii ugruntowanej. Rozpoczynając badania, miałem ogólne pojęcie na temat tego, czym jest i czym może być brudna praca. Dopiero po przeprowadzeniu pierwszych wywiadów rozpocząłem systematyczny przegląd literatury, który, jak się później okazało, stał się istotnym elementem dysertacji. Zebrany materiał został poddany analizie w oparciu o wyciągnięte wnioski i przy użyciu narzędzi, koncepcji, wniosków, zaprezentowanych powyżej.

III. Metodologia badań

14. Koncepcja socjologii jakościowej

Główną orientacją metodologiczną w badaniach była koncepcja socjologii jakościowej. *Socjologia jakościowa to w dziedzinie socjologii ogólna orientacja, nie zaś praktyczne zastosowanie tzw. badań jakościowych i metod analizy danych. Uprawiając socjologię jakościową, dążymy do tego, by znaleźć się jak najbliżej badanych* (Konecki 2016: 29). Podczas analizy danych wykorzystałem procedury teorii ugruntowanej. Przed przystąpieniem do badań, posiadałem pewne pojęcia dotyczące brudnej pracy oraz znałem prace innych badaczy związane z koncepcją *dirty work*, dlatego trudno byłoby jednoznacznie stwierdzić, że w badaniach wykorzystałem tylko TU.

Rozpoczynając badania terenowe wiedziałem co chcę badać i posługiwałem się pewnymi pojęciami. Metodologia teorii ugruntowanej zakłada generowanie własnych teorii, a nie weryfikowanie cudzych idei. Teorie także mają być wyprowadzane wprost z danych pozyskiwanych w badaniu społecznym (Gorzko 2016: 98). Podczas badania skupiłem się jednak na pojęciu, które zostało wypracowane przez innego badacza (Hughes 1962), nie zostało ono „odkryte”. Pojęcie *dirty work* uporządkowało i nadało sens danym.

Podstawowymi technikami zbierania danych była obserwacja uczestnicząca w placówce medycznej, wywiad oraz wywiad ze wspomaganiem fotograficznym. Socjologia jakościowa koncentruje się przede wszystkim na opisywaniu i rozumieniu oraz niekiedy wyjaśnieniu przyczyn zjawisk społecznych (Konecki 2016: 9). Celem mojej pracy było przede wszystkim zrozumienie i opisanie koncepcji brudnej pracy. Metodologia była dla mnie (jak dla każdego badacza społecznego) narzędziem działania, które miało umożliwić zbadanie i wyjaśnienie zjawiska *brudnej pracy*.

14. 1 Teoria ugruntowana

Prowadząc badania w obcym dla siebie środowisku, badacz wykorzystujący metodologię teorii ugruntowanej ma większe szanse dostrzec fakty takimi, jakie są, a nie takimi, jakie powinny być według wcześniej przyjętych założeń. *Metodologia teorii ugruntowanej pomoże ujrzeć dane w nowym świetle, a wczesne sporządzenie notatek umożliwi ich analizę* (Charmaz 2009: 8). Metodologia teorii ugruntowanej opiera się na elastycznych wskazówkach dotyczących zbierania i analizowania danych jakościowych, które mają doprowadzić do skonstruowania teorii ugruntowanych w owych danych. *Badacze rozzarowani wynikami uzyskiwanymi z zastosowania metod ilościowych*

poszukują nowych sposobów obserwacji i analizy rzeczywistości społecznej i organizacyjnej. Jedną z takich metodologii dostarczającej podstaw do systematycznego przeprowadzania badań jakościowych jest tzw. metodologia teorii ugruntowanej (...) (Konecki 2012: 176).

Teoria ugruntowana jest zbiorem zintegrowanych hipotez pojęciowych, które są systematycznie generowane podczas badań celem wytworzenia indukcyjnej teorii dotyczącej obszaru rzeczowego (Glaser, Holton 2004: 83). Klasyczna teoria ugruntowana jest elastyczną metodologią, która daje badaczowi swobodę w zbieraniu danych, pozwala dostrzec fakty takimi, jakie one są, a nie takimi, jakie powinny być w świetle określonej prekonceptualizacji. Dane nie są skonceptualizowane w sposób wymuszony. Taka sytuacja wymaga uczciwości od badacza podczas zbierania danych, przyjmowania ich tak, jak one się pojawiają, zrozumienia ich i następnie skonceptualizowania (Glaser, Holton 2004: 83).

W badaniach, do analizy danych, wykorzystano teorię ugruntowaną w jej deskryptywnej odmianie, która związana jest z podejściami zaproponowanymi przez Anselma Straussa i Juliet Corbin (1990, 1994), autorzy uważają, że każdy badacz w swoich badaniach porusza się pomiędzy linią wyznaczaną przez poszukiwanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz elastycznością procedur badawczych (Straussa, Corbin 1990: 6). Teoria ugruntowana jest również zakorzeniona w interakcjonizmie symbolicznym - *teoria ugruntowana, zwłaszcza w wersji Straussa, jest jednym ze sposobów „robienia” (doing), „wykonania” (performing) interakcjonizmu* (Gorzko 2013: 14).

Według Staruss i Corbin badacz wykorzystujący w swoich badaniach teorię ugruntowaną musi znać (i stosować) następujące procedury (Straussa, Corbin 1990: 6):

1. Zbieranie i analiza danych są procesami powiązanymi – analiza zaczyna się tuż po zebraniu pierwszych danych. Analiza jest ważna od samego początku, ponieważ jest wykorzystywana przy zbieraniu kolejnych danych (podczas prowadzenia kolejnej obserwacji lub przeprowadzania kolejnego wywiadu). Nie oznacza to, że gromadzone dane są różne. Każdy badacz rozpoczyna badanie z określonymi pytaniami, poszukiwanymi informacjami lub generuje je tuż po ich rozpoczęciu. Dane są gromadzone podczas całego procesu badawczego, a istotne kwestie są uwzględniane w kolejnych wywiadach i obserwacjach. Systematyczna analiza danych pozwala na dostrzeżenie istotnych kwestii od razu po uzyskaniu materiału z terenu badań. Jest to istotny element efektywnego wykorzystania teorii ugruntowanej.

2. Pojęcia są podstawowymi jednostkami analizy – badacz konceptualizuje dane, a nie pracuje z danymi „per se”. Teorii nie da się zbudować z danych „surowych” (z obserwacji lub pojawiających się w narracjach). Zdarzenia traktowane są i analizowane jako potencjalne wskaźniki zjawisk, którym nadaje się określne nazwy (pojęcia). Poprzez porównywanie i nazywanie poszczególnych zjawisk tymi samymi określeniami, badacz może gromadzić poszczególne elementy, które wykorzysta podczas konstruowania teorii.
3. Kategorie muszą być rozwijane i powiązane ze sobą – pojęcia, które są związane z tym samym zjawiskiem są grupowane i tworzą kategorie, które są bardziej abstrakcyjne (niż pojęcia, do których się odwołują). Kategorie są „fundamentami” rozwijającej się teorii, dają możliwość jej integracji.
4. Pobieranie próbek – proces zbierania danych, który prowadzi do ugruntowania teorii w danych – rozpoczynając badania terenowe badacz ma ogólne pojęcie na temat tego co chce badać, na tej podstawie dobiera odpowiednie miejsce i grupę, którą podda obserwacji, chcąc skupić się na określonej kategorii, obserwuje określone zjawisko szukając jak największej ilości wariacji, np. badacz skupiający się na pracy pielęgniarek może, skupić się na różnych typach „pracy”, może porównywać intensywność pracy, warunki lub miejsca które powodują, że praca wymaga mniej lub więcej zaangażowania (praca w domu spokojnej starości lub praca na izbie przyjęć), badacz skupia swoją uwagę na określonym elemencie i poszukuje danych, powiązań między nimi, warunków występowania itp. Dzięki teoretycznemu pobieraniu próbek uzyskuje się spójność w badaniach. Celem teorii ugruntowanej jest skonstruowanie wyjaśnień teoretycznych poprzez opis zjawisk w warunkach, które je powodują, ich wyrażania poprzez działanie/ interakcję, wynikające z nich konsekwencje oraz różnice.
5. W analizach wykorzystuje się metodę ciągłego porównywania – umożliwia ona badaczowi generowanie teorii poprzez systematyczne i jawne kodowanie oraz przez procedury analityczne. Porównuje się: zdarzenia (celem ustalenia cech wspólnych i różnicujących), pojęcia z większą liczbą zdarzeń (aby wygenerować nowe teoretyczne własności pojęć i więcej hipotez), pojęcia z innymi pojęciami.
6. Należy uwzględnić różne warianty określonego zjawiska - dane muszą być analizowane w zrozumiały sposób, tam gdzie prawidłowości nie są oczywiste pojawia się odstępstwo od wzoru (np. badacz może dostrzec, że w szpitalu pielęgniarki zajmują się wykonywaniem pracy nad odczuciami w większym

stopniu niż pozostały personel medyczny, jednak kiedy są one zbyt obciążone pracą, mogą ją delegować innym członkom zespołu). Znajdowanie wzorów działań czy prawidłowości pomaga nadać porządek w prowadzonych badaniach oraz ułatwia integrację danych.

7. Należy uwzględnić „proces”, ciągłość zdarzeń, w powstającej teorii – analiza procesu może oznaczać podział na poszczególne etapy, kroki lub zmiany, które powstają w odpowiedzi na zmieniające się warunki.
8. Pisanie not teoretycznych jest integralną częścią tworzenia teorii ugruntowanej - noty nie są tylko „pomysłami” i „przemyśleniami” badacza. Są to zapisy badacza, które biorą udział w formułowaniu i rewizji teorii podczas procesu badawczego. Pisanie not powinno zaczynać się od pierwszych sesji kodowania i trwać do końca badania.
9. Hipotezy powinny być rozwijane i weryfikowane podczas całego procesu badawczego – jeśli w trakcie analizy pojawią się nowe fakty dotyczące hipotezy, badacz powinien dokonać rewizyty w polu badawczym, w celu pobrania większej ilości próbek.
10. Badacz posługujący się teorią ugruntowaną nie powinien pracować sam – rozmowy z innymi badaczami i wymiana doświadczeń mogą poszerzyć horyzont badawczy i doprowadzić do odkrycia nowych faktów.
11. W badaniach należy również uwzględnić warunki strukturalne – otoczenie organizacji, warunki kulturowe, ekonomiczne, polityczne itp.

Metody jakościowe pozwalają badaczowi na ciągłe doskonalenie technik zbierania danych, nawet w trakcie trwania badań – nie ograniczają go i nie krępują. Teoria ugruntowana uważa badania za proces, w którym badania w terenie oraz konstruowanie teorii są powiązane stałym dialogiem, wzajemnością (Baszanger 1998: 354).

15. Triangulacja

Badacz, chcąc uzyskać dokładniejszy opis badanej rzeczywistości, w swoich badaniach powinien korzystać z różnych metod i narzędzi zbierania danych. *Socjolog powinien badać problem tak bardzo zróżnicowanymi podejściami metodologicznymi, jak to tylko możliwe* (Denzin 2009: 297). Triangulacja jest użyciem zróżnicowanych metod do badania tego samego obiektu (Denzin 2009: 301).

Denzin (2009) wyróżnia cztery typy triangulacji:

1. Triangulacja danych – polegająca na uzyskiwaniu danych z różnych źródeł.

Dzięki niej badacz jest w stanie w sposób świadomy zminimalizować ryzyko wpływu określonego kontekstu związanego z występowaniem użytych przez siebie danych (Konecki 2000, Chomczyński 2012).

2. Triangulacja badacza – polegająca na wprowadzeniu do badań wielu obserwatorów lub kontrolerów badań i wniosków (Konecki 2000).
3. Triangulacja teoretyczna – polegająca na użyciu wielu perspektyw teoretycznych do zinterpretowania pojedynczego zestawu danych.
4. Triangulacja metodologiczna – polegająca na użyciu wielu metod do zbadania pojedynczego problemu. Wykorzystanie wielu metod zwiększa obiektywność badań, pozwala również na bardziej całościowy ogląd opisywanych zjawisk.

Triangulacja może pozwolić badaczowi na uzyskanie danych z różnych źródeł, co może przyczynić się do dostrzeżenia różnych zjawisk i różnej aktywności badanej społeczności. W pracy wykorzystano triangulację danych (dane uzyskiwane z wywiadów, obserwacji oraz z forów internetowych) oraz triangulację metodologiczną (wywiad na podstawie fotografii, obserwacja uczestnicząca jawna prowadzona w placówce medycznej).

16. Etnografia wizualna

Obrazy to niekoniecznie główna metoda badawcza albo też temat badań, niemniej dzięki relacji z innymi zmysłowymi, materialnymi i dyskursywnymi elementami badawczymi zarówno obrazy, jak i wiedza wizualna staną się obiektami zainteresowani (badawczego – przyp. autor) (Pink 2009: 15).

Prowadząc badania etnograficzne w danej społeczności, nie jest możliwym odejście od „wizualności”. Etnograf chcąc zgłębić dany temat lub dokonać demaskacji pewnych zachowań, które występują w grupie, powinien wykorzystać wszystkie możliwe ku temu środki. Metoda powinna służyć celowi badań, a nie odwrotnie.

Etnograf dzięki wejściu w badaną społeczność może zrozumieć zachowania jej członków. Informatorzy (którzy dość często są przez etnografów traktowani jako eksperci posiadający wiedzę na temat obserwowanej grupy) mogą zaangażować się w projekt badawczy, ułatwiając tym samym proces zbierania danych.

Etnografia jest krytykowana za to, że badacz prowadzący obserwację nie może stać się całkowicie obiektywny. Jego refleksyjność, doświadczenie, środowisko, w którym się

wychował lub kształcił, wpływają w znacznym stopniu na badania. Podczas spotkań z informatorami badacz może nieświadomie wprowadzać pewne granice poprzez swoje zachowanie czy też język, jakim się posługuje.

Musi minąć wiele czasu, aby badacz przebywający w środowisku danej grupy był traktowany jako „swój”. Z drugiej strony dzięki temu może on jednak odkryć te elementy, które dostępne są dla publiczności i dla aktorów, odnaleźć komponenty, które są związane tylko z kulisami i te, które są związane tylko ze sceną. Na początku badania dana grupa zachowuje się podejrzliwie wobec badacza i zataja przed nim pewne praktyki, które mają być jawne/ dostępne „tylko dla grupy”, po pewnym czasie badacz, który uzyska akceptację, staje się nieformalnym członkiem grupy, która odtajnia przed nim pewne wcześniej mu niedostępne praktyki.

W dysertacji dążę do zrozumienia istoty brudnej pracy, staram się dokładnie zrozumieć, na czym ona polega i jak może być rozumiana. Podczas wywiadów na podstawie fotografii zwracałem uwagę na sposób wypowiedzi informatorów oraz na elementy, czynności, które są nie lubiane, niechciane lub brudne. *Związek między obrazami wizualnymi a rzeczywistością doświadczoną, skonstruowany jest dzięki jednostkowym subiektywnościom i interpretacjom obrazów* (Pink 2009: 47).

Jak pisze Pink – zdjęcia, które powstają przy współpracy badacza i badanych, łączą w sobie intencje zarówno etnografa, jak i informatora – dają efekt, który jest wynikiem negocjacji (2009: 47). Zaangażowanie informatorów w badania spowoduje, że kierunek, w jakim pójdzie wywiad i poruszane w nim tematy zostaną zaproponowane przez rozmówców. Fotografie stały się szkieletem do rozmowy, to rozmówca miał bezpośredni wpływ na przebieg badania.

Informatorzy podczas wywiadów często odwołują się do widzianych przez siebie fotografii lub opisując jakieś przedmioty, zdarzenia, starają się je „uplastyczyć”. Dokonują wizualizacji opisywanych historii. Etnograf, mimo że nie może zobaczyć przywoływanych fotografii, to jednak dostarczają mu one przykładów wizualizacji pewnych emocji, wartości czy doświadczeń informatora (Pink 2009: 121). Prosząc rozmówców o wykonanie fotografii, które będą wiązały się z tematyką badań, badacz sprawia, że informator może przygotować się do rozmowy, przemyśleć kwestie, o których chce rozmawiać.

Prosząc informatorów o wykonanie fotografii związanych z danym tematem, stają się oni pośrednio etnografami. Badacz w krótkim czasie ma możliwość zebrania danych, które później analizuje samodzielnie lub wspólnie z autorami zdjęć.

17. Badania w internecie

Uzupełnieniem badań była częściowa analiza wypowiedzi, które są zamieszczane przez osoby wykonujące dany zawód medyczny oraz przez osoby korzystające z opieki medycznej (głównie opinie na temat lekarzy oraz placówek medycznych) na forach internetowych. *Nasze światy społeczne nabierają coraz bardziej cyfrowego charakteru. Co za tym idzie, badacze społeczni na całym świecie zaczynają uświadamiać sobie, że aby zrozumieć społeczeństwo, muszą śledzić społeczne aktywności i interakcje badanych również w środowisku internetowym (...)* (Kozinets 2012: 13).

W niniejszej pracy analizowałem wypowiedzi, które są zamieszczane na forach internetowych dotyczących danego zawodu medycznego oraz opinii na temat lekarzy i placówek medycznych. Do niektórych forów internetowych dostęp dla osób „z zewnątrz” jest utrudniony. Do grupy mogą należeć tylko zweryfikowani członkowie, którzy zajmują się wykonywaniem danego zawodu lub osoby, na których uczestnictwo wyraził zgodę administrator.

18. Przebieg badania oraz podstawa źródłowa i techniki otrzymywania danych

Po przeprowadzeniu pierwszych 15 wywiadów doszedłem do wniosku, że jest to niewystarczająca technika zbierania materiału badawczego. Trudno było analizować czynności pracy i interakcje z pacjentami z samych narracji na ich temat, niektóre zachowania i elementy pracy są tak oczywiste dla osób znajdujących się w konkretnym kontekście, że nie widzą one potrzeby mówienia na ich temat. Wystosowałem oficjalną prośbę do placówek medycznych o umożliwienie przeprowadzenia obserwacji. Jedna z nich wyraziła zgodę. Po rozmowie z dyrektorem oraz po podpisaniu odpowiednich dokumentów, w których zobowiązałem się do zachowania tajemnicy (odnośnie lokalizacji placówki, danych personalnych zespołu medycznego oraz pacjentów) miałem możliwość uczestnictwa w miejscu pracy personelu medycznego.

Z samych narracji trudno jest poznać codzienność badanej grupy. Każda praca w terenie jest jednocześnie społeczną interakcją, która ma na celu zdobycie informacji dla celów naukowych oraz zestawem zachowań, w które zaangażowany jest sam obserwator. Podczas badań terenowych obserwator uczestniczy w codziennych czynnościach wykonywanych przez informatorów (Gold 1958: 218). *Obserwacja jest jedną z wielu, a zarazem jedną z najstarszych metod badawczych, stosowanych po dzień dzisiejszy w różnych wariantach, przez przedstawicieli nauk społecznych* (Nieporowski 2015: 68).

Wcześniejsze przeprowadzenie wywiadów oraz skupienie się na temacie związanym z brudną pracą i interakcjami pacjentów i lekarzy pozwoliło przygotować się do obserwacji.

Zadaniem pracy terenowej jest odkrycie perspektywy aktorów lub subiektywnych znaczeń, które nadają otoczeniu (Emerson 1981: 355). Należy podkreślić jednak, że badacz terenowy nie dokonuje opisu z perspektywy aktora, tylko z perspektywy aktora badacza, który ma możliwość uczestniczenia w danej grupie (Emerson 1981: 357). Uczestnictwo w grupie lekarzy i pielęgniarek umożliwiło dostrzeżenie zachowań „nieuświadomionych”, automatycznych, które w wywiadach były pomijane. *Obserwacja jakościowa jest prowadzona w naturalnym kontekście obserwowanych działań ludzkich i interakcji oraz podąża za naturalnym przebiegiem życia codziennego obserwowanych osób* (Konecki 2000: 145).

Obserwacja uczestnicząca jawna była w badaniach jedną z dwóch głównych technik zbierania danych (wraz z wywiadem). Po zapoznaniu się z kierownikami poszczególnych oddziałów szpitalnych i krótkim omówieniu, na jaki temat pisana jest dysertacja, zostałem poinstruowany co do sposobu zachowania się w poszczególnych miejscach placówki medycznej oraz wskazano jaki ubiór powinienem nosić (fartuch lekarski na oddziale szpitalnym, na izbie przyjęć zwykłe codzienne ubranie). Upewniono się, że *mam mocny żołądek* (nie będzie mi niedobrze podczas obserwacji – operacji, zabiegów oraz nie będzie mi przeszkadzał zapach środków medycznych, fekaliów itp.) i jestem zdecydowany na prowadzenie badań w różnych miejscach placówki medycznej (na sali operacyjnej, izbie przyjęć itp.). Po wyjaśnieniu wszelkich kwestii przystąpiłem do obserwacji. Obserwacja zajęła około 150 godzin na różnych szpitalnych oddziałach (izbie przyjęć, onkologicznym i chirurgicznym - dokładne nazwy oddziałów, mogłyby umożliwić identyfikację szpitala), była prowadzona od grudnia 2015 roku do września 2016 roku. Ze względu na konieczność podpisania klauzuli poufności, nie jest możliwe podanie dokładniejszych informacji, które mogłyby pozwolić zidentyfikować placówkę ani osoby, których praca została poddana obserwacji. Na każdym oddziale prowadziłem obserwację do momentu, kiedy zbierane dane zaczynały się powtarzać i nie wносиły żadnych nowych informacji.

Gold (1958) wyróżnił cztery role, które może podjąć badacz zbierając dane za pomocą obserwacji (Konecki 2000: 146): a) całkowity uczestnik, w której badacz nie ujawnia swojej tożsamości osobom, które obserwuje, b) uczestnik jako obserwator, w której badacz ma zgodę obserwowanej grupy na uczestnictwo w jej codziennym życiu, powoli zdobywając zaufanie, c) obserwator jako uczestnik, w której badacz spotyka się z

badanymi raz lub dwa, d) całkowity obserwator, w której badacz w ogóle nie kontaktuje się z badanymi (obserwowani znajdują się w laboratorium, wszystkie zmienne są kontrolowane, a badacz obserwuje ich zachowanie zza specjalnej szyby, uniemożliwiającej badanym obserwację siebie).

Przyjąłem rolę uczestnika jako obserwatora. Posiadając zgodę na uczestnictwo podczas wszelkich czynności pracy personelu medycznego, możliwe było nawiązanie kontaktów, dotarcie do kolejnych informatorów, którzy udzielili wywiadów. Podczas obserwacji prowadziłem dokładne notatki, wszędzie miałem ze sobą tablet, na którym zapisywałem spostrzeżenia oraz istotne fakty, notatki były prowadzone nawet na sali operacyjnej. Zapiski były uzupełniane również o fotografie wykonane przeze mnie (nie wskazujące jednak na miejsce ich wykonania, ze względu na zobowiązanie się do zachowania tajemnicy), które były na bieżąco opisywane. W niektórych przypadkach proszono mnie o opuszczenie pokoju, w którym znajdowali się lekarze lub podczas rozmów z niektórymi pacjentami. W miarę upływu czasu byłem niezauważany przez personel medyczny i mogłem uczestniczyć w prywatnych rozmowach lub w rozmowach z pacjentami. Pierwszego dnia obserwacji w szpitalu na izbie przyjęć podjęto nawet próbę wyproszenia mnie, jednak kierownik izby przyjęć wyjaśnił, kim jestem i możliwa była kontynuacja obserwacji.

Największą zaletą metody badań terenowych jest obecność obserwującego, myślącego badacza w miejscu wydarzeń. Nawet magnetofony i kamery nie mogą uchwycić wszystkich istotnych aspektów procesów społecznych. Dlatego zarówno w obserwacji bezpośredniej, jak i w wywiadach istotne jest, żeby z tego, co się dzieje, sporządzać pełne i ścisłe notatki (Babbi 2008: 347).

Należy podkreślić, że prowadzenie obserwacji w środowisku ściśle wykwalifikowanym powodowało, że część rozmów związanych ze stanem zdrowia pacjenta, było dla mnie niezrozumiałych. Ważne jest również, że pomimo zdobycia zaufania i nawiązania bliższych kontaktów z badanymi, zawsze byłem traktowany jako osoba z zewnątrz. Prowadząc obserwacje uczestniczącą, często zdarza się, że w miarę zdobywania zaufania badacz bierze aktywny udział w życiu danej grupy. W tym wypadku było to niemożliwe, głównie ze względu na dobro pacjentów. W związku z koniecznością noszenia fartucha lekarskiego, mogłbym zostać omyłkowo wzięty za lekarza, wszelkie rozmowy z pacjentem mogłyby wprowadzić go w błąd, dlatego sugerowano mi unikania takich sytuacji.

Podczas każdego dnia spędzanego w szpitalu odpowiedzialna za mnie była jedna osoba. Zazwyczaj był to ktoś, z kim spędzałem dzień pracy, dzięki czemu możliwa była obserwacja dnia pracy – interakcji z pacjentami oraz pozostałymi członkami instytucji. Kiedy lekarz, którego praca poddawana była obserwacji, miał zaplanowaną operację, szkolenie studentów lub przeprowadzenie badań pacjentowi, towarzyszyłem mu na każdym kroku. Podczas oczekiwania na wyniki badań miałem możliwość przeprowadzenia dodatkowych rozmów. Często były to rozmowy prywatne, jednak zdarzało się, że poruszane były tematy związane z dysertacją.

Dużą trudnością w prowadzeniu obserwacji był pewien brak skonkretyzowania, granic przemieszczania się przez badacza. Głównie dotyczyło to pomieszczeń, do których mogłem wchodzić. Dlatego zdarzały się sytuacje, w których osoba odpowiedzialna za mnie musiała wyprosić mnie z konkretnego miejsca. Kolejnych problemów przysporzyło obce środowisko prowadzenia obserwacji oraz pewne osamotnienie w badanej grupie. Lekarze nie do końca wiedzieli jaki jest cel obserwacji oraz jak mogą się przy mnie zachowywać. Dopiero po pewnym czasie zaczęli zachowywać się w sposób naturalny. Jest to jednak zwykła kolej rzeczy podczas prowadzenia obserwacji uczestniczącej jawnej.

Obserwacja stała się jedną z głównych technik badawczych, która umożliwiła odkrycie nowych wątków oraz bezpośrednie doświadczenie, tego na czym polega praca lekarza. Miałem możliwość odczucia na sobie, stopień fizycznego obciążenia pracą lekarza – podczas długich operacji stałem (podobnie jak lekarz przeprowadzający operację), podczas obchodów lekarskich, organizowania badań dla pacjentów, chodziłem z lekarzami, jadłem i robiłem sobie przerwy dokładnie wtedy, kiedy czynił to lekarz, którego praca poddawana była obserwacji. Było to bardzo ważne doświadczenie, pozwalające przekonać się na samym sobie, jak ciężka jest to praca. Wyniki z tych obserwacji są opisane w dalszej części dysertacji.

Rozmówcy do wywiadów zostali dobrani metodą kuli śnieżnej (po przeprowadzonym wywiadzie informatorzy podawali kontakt do kolejnych osób). Nie była ona doborem próby, a jedynie sposobem pozyskiwania kolejnych kontaktów do badania (informatorów). Na poziomie analizy próba była dobierana pod kątem nasycenia teoretycznego poszczególnych kategorii. Ze względu na fakt, iż pracownicy medyczni są grupą trudno dostępną (brak czasu, praca w kilku miejscach, na kilka etatów, podejrzliwość itp.), „polecanie” kolejnych rozmówców i wstępne przygotowanie do wywiadu przez informatorów kolejnych osób ułatwiało rozmowy. Przeprowadzono trzydzieści jeden wywiadów: z trzema ratownikami medycznymi, z dwoma osobami

pracującymi w Centrum Powiadamiania Ratunkowego, z jedenastoma lekarzami (w tym dwoma lekarzami dentystami), z ośmioma pielęgniarkami, z dwoma higienistkami stomatologicznymi, z trzema lekarzami medycyny sądowej oraz z dwoma studentami medycyny sądowej, którzy regularnie przeprowadzali sekcje zwłok.

Tabela 2. Cechy rozmówców

Wykonywany zawód medyczny	Płeć	Wiek	Czas pracy	Miejsce pracy
Higienistka stomatologiczna	Kobieta	ok. 35 lat	ok. 10 lat	Szpital/ prywatny gabinet
Higienistka stomatologiczna	Kobieta	ok. 32	ok. 5 lat	Prywatny gabinet
Pracownik CPR 1	Kobieta	ok. 35 lat	ok. 5 lat	Centrum Powiadamiania Ratunkowego
Pracownik CPR 2	Mężczyzna	ok. 45 lat	ok. 8 lat	Centrum Powiadamiania Ratunkowego
Pielęgniarka 1	Kobieta	ok. 30 lat	ok. 5 lat	Szpital o. neurologiczny
Pielęgniarka 2	Kobieta	ok. 55 lat	ok. 20 lat	Szpital o. neurologiczny
Pielęgniarka 3	Kobieta	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Dom Pomocy Społecznej
Pielęgniarka 4	Kobieta	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Szpital o. onkologiczny
Pielęgniarka 5	Kobieta	ok. 45 lat	ok. 20 lat	Szpital o. położniczy
Pielęgniarka 6	Kobieta	ok. 40 lat	ok. 15 lat	Szpital prywatny/ państwowy o. położniczy
Pielęgniarka 7	Kobieta	ok. 60 lat	ok. 35 lat	Szpital o. kardiologii dziecięcej
Pielęgniarka 8	Kobieta	ok. 35 lat	ok. 10 lat	Szpital o. chirurgii
Lekarz medycyny sądowej 1	Mężczyzna	ok. 45 lat	ok. 15 lat	Uniwersytet Medyczny/ prywatna praktyka
Lekarz medycyny sądowej 2	Mężczyzna	ok. 45 lat	ok. 15 lat	Uniwersytet Medyczny/ prywatna praktyka
Lekarz medycyny sądowej 3	Mężczyzna	ok. 50 lat	ok. 20 lat	Uniwersytet Medyczny/ prywatna praktyka
Lekarz 1 (ginekolog)	Mężczyzna	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Szpital/ prywatny gabinet
Lekarz 2 (dermatolog)	Kobieta	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Szpital/ prywatny gabinet
Lekarz 3 (chirurg)	Mężczyzna	ok. 60 lat	ok. 35 lat	Szpital/ biegły sądowy
Lekarz 5 (pierwszego kontaktu)	Mężczyzna	ok. 60 lat	ok. 35 lat	Prywatny gabinet

Lekarz 6 (rezydent/ psychiatria)	Kobieta	ok. 28 lat	ok. 3 lat	Szpital
Lekarz 7 (rezydent/ anestezjologia)	Kobieta	ok. 28 lat	ok. 3 lat	Szpital
Lekarz 8 (rezydent/ chirurgia)	Kobieta	ok. 28 lat	ok. 3 lat	Szpital
Lekarz 9 (rezydent/ onkologia)	Kobieta	ok. 30 lat	ok. 5 lat	Szpital
Lekarz 10 (stomatolog)	Mężczyzna	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Prywatny gabinet
Lekarz 11 (stomatolog)	Kobieta	ok. 80 lat	ok. 50 lat	Prywatny gabinet
Lekarz 12 (stomatolog)	Kobieta	ok. 35 lat	ok. 10 lat	Prywatny gabinet
Ratownik medyczny 1	Kobieta	ok. 40 lat	ok. 15 lat	Szpital
Ratownik medyczny 2	Mężczyzna	ok. 50 lat	ok. 25 lat	Szpital
Ratownik medyczny 3	Mężczyzna	ok. 60 lat	ok. 35 lat	Szpital
Student 1 (wiążący przyszłość z medycyną sądową)	Kobieta	ok. 23 lat	-	Uniwersytet Medyczny
Student 2 (wiążący przyszłość z medycyną sądową)	Mężczyzna	ok. 23 lat	-	Uniwersytet Medyczny

Rozmowy były przeprowadzane w domu rozmówców oraz w miejscach ich pracy - w szpitalach oraz prywatnych gabinetach lekarskich znajdujących się w województwie łódzkim.

Wszystkie wywiady zostały spisane i przeanalizowane. Podczas opracowywania danych pojawiały się wątki, które chciałem rozwinąć, wtedy rozmówca proszony był o dodatkowy wywiad, który nie zawsze dochodził do skutku.

Dokonano również analizy wypowiedzi na temat pracy (jej wymogów, warunków itp.), które są zamieszczane na tematycznych forach internetowych przez osoby, które zajmują się wykonywaniem danej pracy

Ze względu na ograniczenia czasowe, nie wszyscy wykonali fotografie, wtedy w wywiadzie poszukiwałem informacji dotyczących czynności pracy. Drugą wiodącą metodą w projekcie była obserwacja uczestnicząca jawna, która pozwoliła na rekonstrukcję czynności pracy, weryfikację informacji uzyskanych w wywiadach oraz analizy tego, co może być traktowane jako brudne, nie tylko z poziomu narracji rozmówców.

Zawody medyczne zostały wybrane ze względu na fakt, iż osoby zajmujące się ich

wykonywaniem mają kontakt z drugim człowiekiem, ze śmiercią, z osobami naznaczonymi społecznie, z brudem fizycznym. Na osobach wykonujących zawody medyczne spoczywa duża odpowiedzialność. Ponadto są to zawody, które w Polsce cieszą się szacunkiem społecznym, posiadają dużą użyteczność społeczną (CBOS 2013, Prestiż zawodów). Jest to grupa zawodów, w których codzienne konkretne zadania nie są przewidywalne. Praca osób je wykonujących jest złożona i wymaga odpowiedniego, profesjonalnego treningu. Chcąc uchwycić złożoność koncepcji brudnej pracy, dokonać dokładnej analizy pojęcia, najlepiej odwołać się do zawodów medycznych jako przedmiotu badań, który pozwoli ją zrozumieć.

Pracownik (wykonujący zawód medyczny) otrzymał aparat fotograficzny (lub wykonał zdjęcia samodzielnie, własnym sprzętem). Miał on 10 dni na sfotografowanie wybranych przez siebie miejsc, obiektów lub czynności związanych z jego pracą. Miał jednocześnie zwrócić szczególną uwagę na czynności, które z jakiegoś powodu uważa za nie lubiane, trudne lub wymagające od niego specjalnego zaangażowania. Wymagało to twórczej współpracy rozmówców, którzy podczas wywiadu byli poproszeni o omówienie: dlaczego wybrali dane fotografie oraz dlaczego sfotografowali akurat te miejsca/ obiekty/ sytuacje. Rozmówcy byli proszeni o omówienie poszczególnych fotografii w określonej kolejności, od (ich zdaniem) najbardziej do najmniej istotnej. W czasie rozmowy były zadawane przez badacza dodatkowe pytania związane z fotografiami.

Fotografie w badaniach mogą być dowodem, potwierdzeniem tego, że rzeczywistość opisywana przez badacza lub w przypadku badań – przez rozmówców, jest prawdziwa (Konecki 2005). *Fotografia, wykorzystywana zarówno jako ilustracja tez przedstawianych w treści artykułu, „dowód” ich prawomocności, podstawowy rodzaj analizowanych danych, czy inspiracja dla nowych metod analizy, staje się coraz bardziej powszechnym i „naturalnym” elementem badań terenowych* (Ślęzak 2008: 1).

Praca opiera się na wywiadach swobodnych ze wspomaganie fotograficznym. Fotografie w badaniach pełnią funkcję bodźca do wypowiedzi. Jak pisze Krzysztof Konecki, fotografia w badaniach socjologicznych może być wykorzystana jako (2005: 42):

1. Podstawowe działanie badacza plus analiza materiałów wywołanych.
2. Materiały zastane, przedstawiające określone obiekty o znaczeniu społecznym.
3. Materiały zastane powiązane z materiałami wywołanymi, to jest z narracjami i komentarzami dokonany przez respondentów odnośnie pokazywanych im zdjęć.

4. Dowodu podpierającego wnioski lub jako ilustracji dla wniosków uzyskanych z badań, w których głównymi danymi empirycznymi są teksty werbalne lub liczby.

Lokalizacja obserwatora (osoby fotografującej) była wewnętrzna w stosunku do fotografowanego miejsca. Oznacza to, że rozmówca pozostawał w bliskich relacjach z osobami, które znajdowały się na fotografii (pacjenci, współpracownicy) oraz z fotografowanymi obiektami.

Przy wykorzystywaniu fotografii w badaniach interesujące wydaje się zastosowanie wizualnej teorii ugruntowanej. Wizualna teoria ugruntowana z kolei opiera się na danych wizualnych wykorzystywanych do konstruowania kategorii, opisywania właściwości i generowania/budowania hipotez (Konecki 2011: 133). Fotografie w wizualnej teorii ugruntowanej możemy traktować jako: a) materiały pomocnicze, b) główne źródło empirycznych materiałów, c) jedyne źródło dla analizy interakcji, d) materiały pomocnicze lub główne, ale tylko w wypadku analizy wizualnego wymiaru interakcji, e) materiały służące wizualnemu odtworzeniu interakcji.

Jak pisze Konecki, *przystępując do analizy danych wizualnych, powinniśmy najpierw przygotować ich transkrypcję; tylko wówczas można je analizować. Dane powinny być przygotowane w ten sposób, by można było o nich myśleć przy pomocy słów* (2008: 94).

W pracy otrzymano takie dane bezpośrednio od rozmówców, którzy sami opisywali, co jest na fotografii. Transkrypcją tego, co znajduje się na fotografii, była transkrypcja wywiadu. Dokonano również samodzielnej analizy wizualnych danych.

18. 1. Analiza fotografii

Pierwszym krokiem przy analizie fotografii było dokonanie kodowania otwartego transkrypcji fotografii. *Kodowanie otwarte jest procedurą nadawania etykiet poszczególnym częściom tekstu. Kodujemy cztery części danych, żeby lepiej zrozumieć kontekst, akcje/interakcje, obrazy/wizualne, artefakty oraz kontekst wizualnych artefaktów* (Konecki 2011: 133). Kodowanie otwarte pozwala na uporządkowanie zebranego materiału oraz jego analizę.

Następnym krokiem było dokonanie selektywnego kodowania, czyli integracja poszczególnych kategorii, co oznaczało zmniejszenie ich ilości.

Ostatnim etapem analizy był teoretyczny dobór próbek polegający na porównywaniu ze sobą różnych zjawisk, sytuacji występujących na otrzymanych

fotografiach w celu ustalenia powiązań między nimi występujących.

Przy analizie obrazów Konecki proponuje odwołać się do rodzin kodowania wywodzących się z tradycji interakcjonistycznej, takich jak jaźń, symbole czy interakcje i procesy (2008: 97, 107).

W badaniach zwracano uwagę na to, czy fotografowane są miejsca i przedmioty związane z pracą, osoby, które współpracują z rozmówcą oraz ewentualne reakcje otoczenia na osobę fotografującą. Zwracano uwagę na to, w jaki sposób *brudna praca* (*dirty work*) jest przedstawiana na fotografiach.

18. 2. Analiza wywiadów oraz materiału z obserwacji uczestniczącej

Wywiady zostały szczegółowo przepisane, a notatki z obserwacji, po każdym zakończonym dniu w terenie, były poprawiane i uzupełniane. Umożliwiło to dokładną analizę zebranego materiału. Przy poszczególnych fragmentach tekstu z wywiadów zostały zamieszczone numery oznaczające konkretne zdjęcia, o których mówił w danej chwili rozmówca. Zwracano uwagę na następujące elementy wypowiedzi: wypowiedź na temat fotografii, uzasadnienie, kolejności omawiania poszczególnych fotografii, uzasadnienie, danej fotografii przez badanego.

Kolejnym krokiem analizy zebranego materiału (z wywiadu oraz z obserwacji uczestniczącej) było kodowanie – wydobycie z materiału jakościowego (...) kategorii i ich własności poprzez ukazanie wskaźników odnoszących się do sformułowanych konceptualizacji (Konecki 2000: 48).

Wyróżnia się dwa rodzaje kodowania – rzeczowe i teoretyczne. *Kodowanie rzeczowe polega na nadaniu nazw lub przypisywaniu pojęć zebranemu materiałowi opisującemu daną rzeczywistość. Kodowanie teoretyczne natomiast polega na budowaniu hipotez (...) i dotyczy konceptualizacji wzajemnych relacji między poszczególnymi kategoriami* (Konecki 2000: 50). Analiza materiału przebiegała zgodnie z zasadami metodologii teorii ugruntowanej.

Głównym celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czym jest brudna praca oraz podjęcia próby rozwinięcia tej koncepcji. Skupienie się na zawodach medycznych umożliwiło sprawdzenie jej przydatności do analizy materiału badawczego (dotyczącego analizy różnych zawodów). Podczas analizy pierwszych wywiadów pojawiły się hipotezy, na które poszukiwano odpowiedzi, o czym napisano we wnioskach niniejszej dysertacji.

IV. Wyniki Badań

Prowadząc badania dotyczące pracy lekarzy i analizując czynności zawodowe osób związanych z medycyną przez pryzmat koncepcji Hughesa, odnaleźć można wiele istotnych faktów. Pracownicy medyczni są grupą badawczą, do której trudno dotrzeć. Przede wszystkim hermetyczność środowiska, niechęć do ujawniania tajników zawodowych oraz do wypowiadania się na temat swojego zawodu wywołują wiele trudności badawczych, jednak, po dotarciu do odpowiednich informatorów, którzy zgodzili się na wywiad oraz wykonanie fotografii, miałem możliwość zrozumienia zasad funkcjonowania osób pracujących w służbie zdrowia.

Kolejną trudnością, przed którą stanąłem, było uzyskanie zgody na przeprowadzenie obserwacji w placówce medycznej. Głównie ze względu na bezpieczeństwo pacjentów oraz ich prywatność. Po kilku próbach jeden ze szpitali odpowiedział pozytywnie na moją prośbę i umożliwił przeprowadzenie obserwacji uczestniczącej jawnej. Dane z obserwacji dostarczyły materiału, który okazał się kluczowy dla badań. Przede wszystkim obserwacja czynności pracy, a nie narracja na temat czynności pracy, pozwoliła dostrzec te jej elementy, które dla pracowników medycznych są naturalne, odruchowe, często nieuświadomione, które w wywiadach nie były poruszane.

Za osoby wykonujące zawód medyczny w dysertacji uznano specjalistów, którzy ukończyli studia medyczne (na różnym poziomie) dentyści, pomoce dentystyczne, ratownicy medyczni itp. lub psychologiczne (psycholodzy, psychiatry) lub w przypadku pielęgniarek czynnie wykonujących swój zawód, licea o profilu pielęgniarstwie (obecnie zlikwidowane). Osoby, z którymi przeprowadzono wywiady, znajdowały się na różnym poziomie w hierarchii medycznej, wykazywały również różne doświadczenie – rozmówca z najkrótszą praktyką, pracował 2 tygodnie w zawodzie, rozmówca z najdłuższą prawie 60 lat. Dla nowicjuszy, którzy dopiero rozpoczynają wykonywanie zawodu, powoli zaczynają zdobywać doświadczenie, niektóre czynności mogą wydawać się ciekawe (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997: 248). Takie osoby przywiązywały większą wagę do określonych czynności pracy, nie traktowały ich jako czegoś oczywistego, o czym powinien wiedzieć badacz (kwestie, które można było pominąć podczas wywiadu) i co mogło być problemem w przypadku rozmów z pracownikami służby zdrowia z większym stażem, którzy podchodzą do wykonywanej pracy z większą rutyną. Zróżnicowanie grupy badawczej, zarówno pod względem wieku, jak i specjalizacji, pozwoliło na uchwycenie różnorodności koncepcji brudnej pracy, na jej zrozumienie i analizę pod wieloma aspektami.

19. Ścieżki kariery medycznej

Z danych uzyskanych w badaniach, można stwierdzić, że studenci pierwszego roku medycyny są pełni entuzjazmu, dumy i ideałów o medycynie. Dla wielu jest to realizacja marzeń (...). Pracowali ciężko, aby się tu dostać, są dumni, że zostali przyjęci i trudno im sobie wyobrazić, aby robili w przyszłości coś innego.

(Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 79)

Zasady odbywania specjalizacji oraz dokładne ścieżki kariery określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów, w przypadku pielęgniarek Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Dokument pod nazwą „Prawo wykonywania zawodu” w Polsce posiadają następujące grupy zawodowe w ochronie zdrowia: lekarze, lekarze dentyści, farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, pielęgniarki, położne, felczerzy. Obowiązek posiadania tego dokumentu wynika wprost z przepisów ustaw regulujących powyższe zawody. Są to następujące akty prawne: Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn.zm.); Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533 z późn.zm.); Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529); Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn.zm.); Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 531 z późn.zm.). Przedstawiciele ww. zawodów zatem nie mogą podjąć pracy zawodowej, jeśli nie posiadają ważnego dokumentu – „Prawo wykonywania zawodu”. Przedstawiciele pozostałych zawodów w ochronie zdrowia, nieposiadających odrębnych regulacji ustawowych, wykonują swój zawód zgodnie z umiejętnościami zawodowymi uzyskanymi w toku kształcenia. A zatem do podjęcia pracy uprawnia je dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe (źródło: <http://www2.mz.gov.pl>, dostęp: 12/2015).

Droga do wykonywania określonego zawodu jest więc ściśle wytyczona przez organ państwowy. Dużo zawodów, nowych i starych, w ostatnich dekadach wydłużyło czas przygotowania, nauki i treningu dla młodych ludzi aspirujących do ich wykonywania. Medycyna wyprzedza w tym wszystkie pozostałe (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 6).

Ścieżki kariery w zawodach medycznych są zróżnicowane i zależą od wymagań, które są potrzebne na danym poziomie. Aktualnie zdobycie uprawnień zawodowych

ratowników medycznych w Polsce możliwe jest poprzez ukończenie dwuletniej szkoły policealnej kształcącej w zawodzie ratownik medyczny (absolwent dwuletniej policealnej szkoły kształcącej w zawodzie ratownik medyczny jest pełnoprawnym członkiem systemu ratownictwa medycznego) lub w oparciu o studia pierwszego stopnia. W zawodzie ratownika medycznego nie przewiduje się kształcenia na poziomie magisterskim (źródło: <http://www2.mz.gov.pl>, dostęp: 12/2015).

Higienistą stomatologicznym zostaje się kończąc studia wyższe na kierunku lub specjalności higiena stomatologiczna lub kończąc szkołę policealną i uzyskując tytuł zawodowy lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe.

W świecie medycznym istotną rolę odgrywają pielęgniarki, które muszą posiadać ogólną wiedzę w wielu medycznych dziedzinach. Zazwyczaj odznaczają się one wysokim poziomem umiejętności, profesjonalizmu, zaangażowania i poświęcenia pracy (Burke, Ng, Wolpin 2011: 10). Oczywiście specjalizacji pielęgniarskich jest wiele, a to w jakich dziedzinach mogą być one prowadzone reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. 2013 poz. 1562). Aby wykonywać zawód pielęgniarki lub pielęgniarza, należy ukończyć uczelnię wyższą na kierunku pielęgniarstwie. Osoby, które chcą poszerzyć swoją wiedzę oraz uprawnienia, muszą ukończyć szkolenia specjalizacyjne. *Należy jednak pamiętać, że oprócz tzw. formalnego doskonalenia zawodowego, wynikającego właśnie z ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, takiego jak: kursy dokształcające, specjalistyczne, kwalifikacyjne czy wreszcie specjalizacje, istnieje szkolenie nieformalne. Przykładem są szkolenia wewnątrzzakładowe i wszelkiego rodzaju konferencje szkoleniowe organizowane dla pielęgniarek poza miejscem pracy. To wszystko teoretycznie stwarza znakomite warunki do rozwoju i doskonalenia zawodowego pielęgniarek* (Tomaszewska, Cieśla, Czerniak, Dykowska 2008: 41). Obecny wymóg ukończenia szkoły wyższej (minimum na poziomie licencjatu), powoduje, że osoby decydujące się na pielęgniarstwo, są bardziej świadome swojej ścieżki kariery. Starsze pielęgniarki w rozmowach narzekały na likwidację liceów medycznych, podkreślając, że dłuższa nauka w liceum, lepiej przygotowywała do wykonywania zawodu.

Aby zostać lekarzem specjalistą należy posiadać dyplom ukończenia wyższej uczelni medycznej na wybranej specjalności. W przypadku studiów medycznych kształcenie trwa 6 lat na kierunku lekarskim, 5 lat na kierunku lekarsko- dentystycznym. Prawo wykonywania zawodu uprawniające do podjęcia praktyki zawodowej otrzymuje się

po ukończeniu specjalizacji (w zależności do rodzaju specjalizacji może ona trwać od 3 lat np. stomatologia dziecięca do nawet 10 lat np. transplantologia kliniczna), na którą składają się praktyki i zajęcia teoretyczne.

Specjalistyczne kształcenie jest jednym z podstawowych wymogów stania się profesjonalistą. Szczególną uwagę przywiązują do tego zawody medyczne, które źle wykonywane mogą zagrozić zdrowiu lub życiu pacjenta. Medyczna odpowiedzialność jest odpowiedzialnością za dobre samopoczucie i zdrowie pacjenta (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 224).

Czas kształcenia oraz rodzaj wykonywanego zawodu medycznego przekłada się oczywiście na prestiż zawodowy oraz wysokość zarobków. Zawody, w których występuje mniejsza odpowiedzialność za życie pacjenta, wymagają mniejszych kwalifikacji. Higienista stomatologiczny, którego zadaniem są podstawowe czynności przy zabiegach dentystycznych, nie musi posiadać tak obszernej wiedzy medycznej jak dentysta. Ratownik medyczny, którego zadaniem jest powstrzymanie rozwoju poszczególnych obrażeń – zatamowanie krwotoku, unieruchomienie złamanej kończyny lub przywrócenie podstawowych funkcji życiowych (reanimacja), nie musi posiadać specjalistycznej wiedzy medycznej (musi posiadać częściową wiedzę z każdej specjalizacji medycznej, a nie być profesjonalistą w jednej, ściśle określonej). Jego obowiązkiem jest przewiezienie pacjenta do szpitala, w którym opiekę nad poszkodowanym przejmie określony lekarz specjalista – okulista, chirurg itp. w zależności od typu obrażeń.

Najwyżej w hierarchii medycznej stoją oczywiście lekarze, którzy muszą poświęcić dużo pracy i czasu, aby stać się specjalistą w określonej dziedzinie. Lekarze mogą również delegować niechętną lub brudną pracę do pracowników medycznych niższego szczebla np. dentysta może przekazać pacjenta, który przyszedł na czyszczenie kamienia nazębnego higienistce stomatologicznej, sam natomiast może się zająć przypadkami, które lubi i wydają mu się ciekawsze.

Po pierwszych latach nauki studenci rozpoczynają praktykę w uniwersyteckich placówkach medycznych. Rozpoczęcie praktyki, klinicznej fazy nauki, oznacza zajmowanie się pacjentami, pracę w instytucji, która jest tylko częściowo powiązana z działalnością edukacyjną, dla której najważniejsze jest zdrowie pacjenta. Studenci wchodzą w to środowisko z dwoma celami. Po pierwsze chcą dokończyć swoją naukę, a po drugie nauczyć się, jakie umiejętności i wiedzę należy posiadać, aby z powodzeniem prowadzić praktykę lekarską po ukończeniu studiów (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961:

191). Samo ukończenie studiów nie jest jednoznaczne ze staniem się lekarzem. Praktyka i specjalizacja trwają długo po ukończeniu uczelni wyższej.

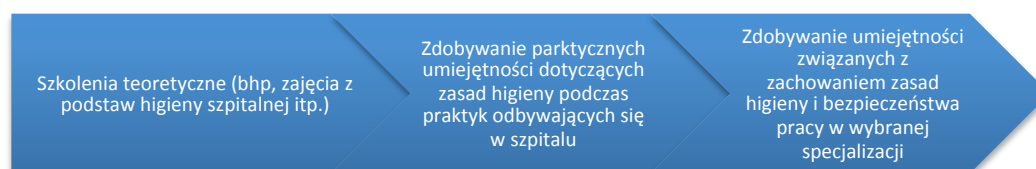
W szpitalu studenci towarzyszą lekarzom podczas obchodów, później prowadzone są dla nich zajęcia teoretyczne, praktyczne lub na sali operacyjnej przyglądają się pracy lekarzy, którzy czasem komentują kolejne etapy operacji. Lekarze tłumaczą, dlaczego zleca się poszczególne czynności oraz na co zwrócić uwagę podczas przeprowadzania wywiadu z pacjentem – podaje się przykładowe, najczęstsze odpowiedzi w przypadku występowania poszczególnych chorób, wyjaśnia dlaczego wybrano określony sposób leczenia i zastosowano konkretne leki. Kandydaci na lekarza zadają pytania dotyczące pacjentów i sposobów leczenia. Studentom zleca się diagnozę i wywiad z pacjentami, później w grupie w obecności lekarza rozmawia się na temat choroby pacjenta i proponuje się określone leczenie.

Podczas zdobywania wykształcenia studenci uczą się zasad higieny w zawodach medycznych. Podczas jednego z wywiadów, rozmówca (stomatolog, kobieta, wiek ok. 35 lat) podkreślił, że szkolenie w zakresie zabezpieczenia przed zakażeniem, chorobami itp. trwa przez cały okres zdobywania wykształcenia. Na pierwszym roku studiów studenci mają zajęcia z bhp, które dotyczy zasad bezpieczeństwa pracy w środowisku medycznym, kolejne, praktyczne umiejętności w zakresie ochrony przed *brudem* studenci zdobywają podczas praktyk w szpitalu, podczas pierwszych wizyt w placówce medycznej, studentów do wykonywanej pracy wprowadzają pielęgniarki, które pokazują jak wykonuje się podstawowe badania oraz jakich środków ostrożności należy przestrzegać, aby uniknąć zakażenia – kontaktu z wydzielinami pacjenta itp.

Każdy uniwersytet medyczny oferuje swoim studentom różne zajęcia dotyczące higieny prac, np. w roku akademickim 2017/ 2018 Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego przygotował dla studentów II roku, kierunku lekarsko dentystycznego zajęcia „Czyste Leczenie Bezpieczne Leczenie” (źródło: <https://wld.wum.edu.pl>). Program zajęć obejmował m.in. zasady wykonywania dezynfekcji w gabinecie stomatologicznym, sterylizacji narzędzi pracy, wykonywanie prawidłowej higienicznej dezynfekcji rąk itp.

Na wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, studentów na zajęciach z podstaw pielęgniarstwa uczy się zasad higieny, które obejmują m.in. higieniczne mycie i higieniczną dezynfekcję rąk (Glińska, Lewandowska, Urbańska 2008).

Należy zwrócić uwagę, że studia uczą kilku rodzajów pracy: pracy nad czystością, pracy z pacjentem, pracy technicznej (związanej z określoną specjalizacją). Studenci poza zdobywaniem wiedzy teoretycznej powoli wprowadzani są w świat medycyny praktycznej, pierwsze praktyki i wykonywane badania uczą jak zachować się w stosunku do pacjenta oraz jak dbać o własne bezpieczeństwo (które związane jest z zachowaniem odpowiednich standardów higienicznych). Należy również zwrócić uwagę na ciężką pracę związaną z nauką i zdobywaniem praktycznych umiejętności, którą musi wykonać przyszły lekarz (minimalny czas kształcenia lekarza specjalisty wynosi ok. 9 lat, maksymalny nawet 16 lat).



Grafika nr 1. Proces zdobywania wiedzy w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy (źródło: opracowanie własne)

20. Codzienność pracy medycznej

Odwołując się do słów Everetta Hughesa, najprościej opisać, czym jest praca, opisując to, co dany pracownik robi lub do czego jest zobligowany, jakie czynności wykonuje częściej niż inni (1994: 50). Ze względu na różnorodność analizowanych przeze mnie zawodów medycznych, trudno jest dokładnie wyróżnić czynności charakterystyczne dla zawodów medycznych jako takich. Dermatolog, ginekolog czy ratownik medyczny będą zajmowali się zupełnie innymi przypadkami i do ich zadań będą należały zupełnie inne czynności. Można jednak odkryć pewne trajektorie działań. Większość lekarzy prowadzi własną praktykę prywatną oraz pracuje w szpitalach.

No, praca jest taka dosyć prosta, no. Tak jak w szpitalu. Wszystko jest poukładane, no. Przychodzi się na odpowiednią godzinę. Są zabiegi w przeddzień już ustawione, które mam. Mam jakiś tam jeden, czy dwa dni operacyjne na większe zabiegi, co związane jest z wykorzystaniem bloku operacyjnego. Każda klinika... ma jakieś dni wyznaczone i wtedy kierujemy pacjentki z różnymi schorzeniami i no to... nie wiem, może, może tutaj u nas w klinice mamy trochę inaczej poukładane (...). Dzisiaj przyszedłem na 08:00, zrobiłem

histeroskopię, usunąłem polip w macicy (...), był torbiel w jajniku pod kontrolą USG został usunięty. Później mieliśmy wodę płodu pod postacią bardzo dużego pęcherza moczowego..., którą też nakłuliśmy. No i teraz, za chwilę, przychodzą pacjentki do zabiegu operacyjnego, dlatego że jutro mamy zabiegi operacyjne, więc są cztery pacjentki do laparoskopii... z mięśniakami, z torbielami, z zespołem policystycznych jajników, z problemami zajścia w ciążę, no i no i to sobie rozpiszemy to. Wpół do ósmej jedziemy na blok operacyjny operować (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Analizując wypowiedzi z wywiadów oraz odwołując się do badań etnograficznych w placówce medycznej można wyprowadzić kilka istotnych wniosków. Dzień pracy jest ściśle zaplanowany i poukładany, o określonej godzinie zaczyna się odprawa, na której omawiane są poszczególne przypadki i zadania, które należy wykonać w ciągu dnia pracy. Szereg czynności wykonywanych przez lekarzy jest traktowanych z dużą dozą obojętności. Sposób, w jaki wypowiadali się o swojej pracy, niczym nie różnił się od opowieści kelnerów (wcześniejsze badania autora, Lesiak 2012). Operacje, kontakt z chorymi, rzeczy brudne i nieprzyjemne są traktowane jako czynności, które po prostu trzeba wykonać. To, co może być przez publiczność traktowane jako nieprzyjemne bądź brudne (usuwanie polipów, przeprowadzanie narkozy itp.), dla osób, które wykonują zawód medyczny i codziennie przeprowadzają po kilka zabiegów, związanych z krwią, ludzkimi wydzielinami itp., jest czymś naturalnym.

W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki lekarz ma większą możliwość zarządzania swoim czasem i decydowania, który pacjent powinien zostać przyjęty szybciej. W przypadku prywatnych gabinetów lekarskich pacjenci zapisywani są często na zabiegi i badania przez samych lekarzy, którzy mogą również decydować, czy nagle przypadki przyjąć od razu.

No umówienie wizyty, czy ewentualnie przyjęcie pacjenta bez umówienia, że jest taka konieczność. No, na pewno wywiad, dane osobowe najpierw, później wywiad... no bo tu również wchodzi w grę jakieś... yyy choroby, uczulenia i inne rzeczy, które mogą wpłynąć w trakcie mojej, wykonywania mojej pracy... Poza tym, no przegląd jamy ustnej (...). Potem przegląd jamy ustnej, co jest kwalifikacja, co się nadaje do leczenia, co do ewentualnego usunięcia, co ewentualnie do uzupełniania brakujących elementów, tej części protetycznej no i cały układ błony śluzowej... (stomatolog, kobieta, wiek ok. 80 lat).

Jednym z rutynowych elementów pracy lekarzy jest również formalizacja prowadzenia praktyki. Jest to zgodne ze zdaniem Hughesa, że system wymaga wykonywania coraz większej ilości czynności formalnych (1994: 32). Poza oczywistymi

sprawami związanymi z prowadzeniem dokumentacji medycznej, od niektórych specjalizacji wymaga się obszernego opisu przebiegu choroby. Szczególną uwagę zwracają na to psychiatrzy. W ich przypadku praca biurowatyczna jest istotnym elementem wykonywania praktyki. Lekarze innych specjalizacji, nie przywiązywali większej uwagi do problemu prowadzenia określonych zapisów, notatek. W części wywiadów wspomnieli o tym pielęgniarki, jednak nie określały tego jako poważnej trudności związanej z wykonywaniem swojej pracy.

Problem biurokratyzacji praktyki lekarskiej, można przypisać do rutyny pracy ze względu na fakt, iż jest to obowiązek, który musi zostać wykonany każdego dnia, nawet kiedy stan pacjenta się nie zmienia (problem, na który zwracali uwagę psychiatrzy). Wypełnienie dnia wypisywaniem tych samych lub podobnych dokumentów jest traktowane rutynowo przez samych psychiatrów. Ma to również wpływ na kontakt z pacjentami. Zamiast zajmować się leczeniem, obserwacją stanu pacjenta, lekarz musi poświęcić swój czas na żmudną i długą pracę związaną z wypełnianiem poszczególnych dokumentów. Praca formalna jest jednym z warunków interweniujących, który ma wpływ na interakcje między pacjentami, a personelem medycznym (więcej w paragrafie 21. *Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym*). Biurokrację można traktować jako pracę brudną? Z pewnością jest to praca uciążliwa, która zabiera dużo czasu, praca żmudna i nudna. Lekarze, którzy powinni skupiać się na pomocy pacjentom, a nie na pracy biurowej, postrzegają ją jako negatywną.

Dokumentacja. No to jest po prostu masakra! Dla wszystkich nas, ponieważ to dla mnie jest negatywna rzecz, bo ja zamiast z pacjentami dłużej sobie porozmawiać, to ja wchodzę, rozmawiam z nimi kilka minut, wychodzę i siedzę głównie z papierami tak. Kazali nam robić codziennie notatki, kiedyś robiliśmy dwa razy w tygodniu, ale jak są u nas, słuchaj, pacjenci no powiedzmy po 12 tygodni, no to tak codziennie robić notatki!?!... Ośmiu pacjentów to wychodzi 40 notatek tygodniowo. A gdzie z dnia na dzień się pacjent nie zmienia, no to cały czas muszę tworzyć i wymyślać codziennie (...). Dla mnie to jest bzdura. Wprowadzili nam dokumentację taką, że mam dziewięć stron podaniowych do wypisania, tylko wypełniony dzień mam podaniami do wypisania. Ciągłe tylko pisanie, pisanie i pisanie. To jest negatywna rzecz, ponieważ... to nam zabiera dużo czasu, jeśli chodzi o pracę z pacjentem (...). Kiedyś wystarczył tylko podpis i pielęgniarka wydawała leki, teraz przy każdym muszę się stemplować no i to wygląda, jakby praca na pocztce (psychiatra/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Ważnym elementem pracy lekarza poza prowadzeniem dokumentacji medycznej i dbaniem o jej prawidłowe wypełnianie (przygotowanie odpowiedniej ilości kopii dokumentów itp.) jest również znajdowanie miejsca w szpitalu dla chorego pacjenta. Podczas obserwacji byłem świadkiem jak okulista przez ponad 2 godziny szukał miejsca dla chorej pacjentki w innym szpitalu, zmuszając tym samym pozostałych pacjentów do czekania na badania. W późniejszej rozmowie lekarz narzekał, że nie może zająć się swoją pracą – pomocą pacjentom, tylko musi wykonać pracę administracyjną. Jest to poważne obciążenie wywołujące złość zarówno w lekarzu, do którego mają pretensje pacjenci czekający w kolejce i obwiniający go o spóźnienie jak i w pacjentach, którzy zmęczeni długim oczekiwaniem stają się agresywni wobec lekarza (który de facto niczym nie zawinił) i siebie nawzajem.

Publiczności może się wydawać, że praca lekarzy nie jest rutynowa, że każdy pacjent różni się od siebie, jednak większość chorób przebiega w sposób standardowy – opisany i przebadany wcześniej. Wyjątkowe przypadki zdarzają się rzadko.

Podczas prowadzonej obserwacji miałem możliwość analizy, w jaki sposób przebiega organizacja pracy zespołu medycznego oraz organizacja pracy całej placówki medycznej. Poszczególne oddziały kliniczne są zarządzane przez kierowników. Oddziały dzielą się na pododdziały i/lub pracownie (np. Oddział Kliniczny Otiatrii, Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej, w którym można wyróżnić Pracownię Audiologii i Foniatrii lub Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, w którym można wyróżnić Pododdział Chirurgii Klatki Piersiowej).

Dzień na oddziale szpitalnym rozpoczyna się o godzinie 08:00. Lekarze, którzy mieli dyżur nocny, odpoczywają w pokoju lekarskim, uzupełniają dokumentację medyczną. Przed 08:00 po korytarzach szpitalnych chodzą lekarze ubrani w codzienne ubrania, przebierają się, parzą kawę. Odprawa rozpoczyna się punktualnie o godzinie 08:00 (największe opóźnienie związane z rozpoczęciem odprawy podczas prowadzonych badań wynosiło 2 minuty). Punktualność jest ważna, lekarze muszą zdążyć na planowane operacje oraz przeprowadzić określone badania. W odprawie uczestniczą wszyscy lekarze pracujący na danym oddziale oraz pielęgniarka oddziałowa. Lekarze, którzy mieli dyżur, odczytują raport z dnia poprzedniego i z nocy - planowe przyjęcia oraz przyjęcia ostrodyżurowe. Kierownik oddziału przekazuje swoje uwagi personelowi medycznemu odnośnie organizacji pracy np. zwraca uwagę, że lekarze zapisali za dużo operacji na jeden dzień. Lekarze przeglądają dane pacjentów w systemie komputerowym, decydują kto może zostać wypisany lub kiedy przeprowadzić operację. Omawiają trudne przypadki. Po

zakończonej odprawie rozpoczyna się obchód. Lekarze oraz czasem studenci odbywający praktyki, udają się do pacjentów, pytają o ich stan zdrowia, samopoczucie, dolegliwości itp., zlecają kolejne badania oraz zapisują leki, które należy podać lub odstawić. Po zakończonym obchodzie lekarze zajmują się zmianami opatrunków (jeśli z jakiegoś powodu nie może tej pracy wykonać pielęgniarka np. lekarz musi sprawdzić czy i jak goi się rana), przeprowadzają operacje, badania lub szkolą studentów.

Praca na izbie przyjęć w szpitalu jest jedną z najbardziej nieprzewidywalnych w świecie medycznym (podobnie jak praca ratownika medycznego, który pracuje w terenie). *Izba przyjęć, pogotowie, SOR - jak tu pracujesz, to jesteś nienormalny* (lekarz pracujący w izbie przyjęć, mężczyzna, wiek ok. 60 lat, dane z obserwacji). Trudno jest zaplanować dzień pracy, duża ilość przypadków jest nagła – ludzie przywożeni przez karetkę, osoby, które same zgłosiły się do szpitala z powodu konkretnych dolegliwości. W przypadku pogotowia, izby przyjęć oraz SORu ciężko jest mówić o rutynie.

Na oddziałach szpitalnych jest inaczej. Pacjenci są znani lekarzom, nieplanowane przyjęcia zdarzające się podczas dyżurów są rzadsze niż na izbie przyjęć. Tam trafiają wszyscy pacjenci, skąd są przydzielani do poszczególnych oddziałów. Dzień na specjalistycznym oddziale szpitalnym jest uporządkowany. Na izbie przyjęć nie ma odpraw. Lekarz, który kończy dyżur przekazuje informacje na temat pacjentów lekarzowi, który rozpoczyna pracę.

Rutynizacja działań powoduje, że do czynności, które są brudne podchodzi się automatycznie, nie przywiązuje się większej uwagi do nieprzyjemnego zapachu, widoku krwi itp. Lekarz, który ma do wykonania kilka operacji jednego dnia, skupia się na czynnościach, które musi wykonać, a nie własnych odczuciach związanych z kontaktem z brudem fizycznym. Pielęgniarki, których zadaniem jest utrzymanie higieny pacjentów, również wykonują swoje zadania, chcąc jak najszybciej zająć się kolejnymi czynnościami/pacjentami. Oczywiście zdarzają się odstępstwa od normy (np. pacjenci, którzy defekowali i należy ich umyć), kiedy pielęgniarka musi opanować własne obrzydzenie i profesjonalnie podejść do powierzonego jej zadania.

21. Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym

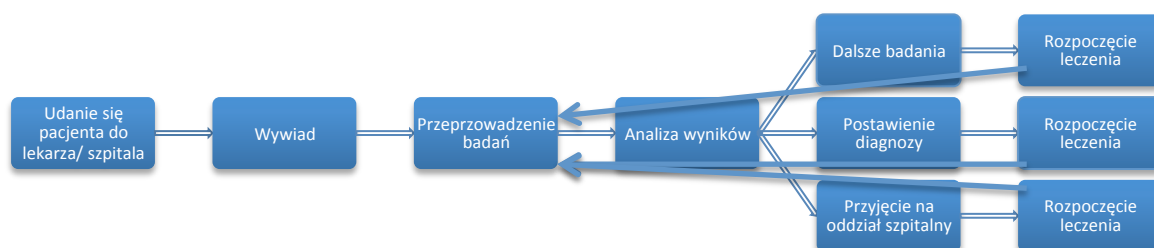
Cały medyczny proces leczenia pacjenta związany jest z kontaktami z lekarzem. Istnieją oczywiście zawody medyczne, w których bezpośredni kontakt z pacjentami jest ograniczony lub nie występuje w ogóle np. pracownicy laboratoriów medycznych, jednak w dysertacji analizowana jest praca osób, które mają bezpośredni kontakt z pacjentem.

Można również mówić o leczeniu niemedycznym pacjentów, które jest związane z medycyną alternatywną i pracą wykonywaną przez uzdrowicieli i niekonwencjonalnych terapeutów (m. in. Piątkowski 2002, 2009, 2010, Stefaniak 2014). Interakcje między pacjentem (lub ciałem pacjenta), a personelem medycznym związane są z kontaktem z brudem fizycznym, społecznym, moralnym oraz emocjonalnym.

W tym miejscu dysertacji skupię się na wątku interakcyjnym, analizując rolę pacjenta w leczeniu. Jednym z warunków pomyślnego kształtowania się stosunków pomiędzy lekarzem a pacjentem jest przeświadczenie, że lekarz postępuje zgodnie z zasadą *salus aegroti suprema lex* – dobro chorego najwyższym prawem. Ważne jest równocześnie zaufanie pacjenta, że lekarz tak właśnie postępuje (Sokołowska 1969: 34). Należy podkreślić, że rola pacjenta w procesie leczenia jest niezwykle istotna, stąd również wynika konieczność współpracy nauk medycznych z naukami społecznymi. *Konieczne stało się uwzględnienie innej niż medyczna perspektywy, perspektywy pacjenta jako podmiotu swego działania. Przedmiotem zainteresowania socjologów stało się to, w jaki sposób przeciętni ludzie poruszają się w sferze wyznaczonej przez instytucjonalną medycynę (...)* (Taranowicz 2015: 135). Aby można było rozpocząć leczenie, chory musi zaakceptować swój stan – zdrowie i choroba to stan, który można definiować jako zdolność do pełnienia przypisanych ról społecznych (Parsons 1969: 323). (...) *dla socjologa zdrowie jest stanem optymalnej zdolności do efektywnego wykonywania cenionych zadań* (Parsons 1969: 326). Zdrowie według Parsona (1969) definiowane jest w odniesieniu do uczestniczenia jednostki w systemie społecznym, (...) *jednostka, która nie jest zdolna do pełnienia swych funkcji społecznych, może stać się dla systemu elementem zaburzającym, jeśli uparcie będzie próbować swe role pełnić. Wskazane jest więc, aby istniał jakiś sposób uniemożliwienia jej tych prób, i to zarówno w jej własnym interesie, jak i w interesie systemu społecznego. (...) istnieje problem terapeutyczny – umożliwienia tej jednostce powrotu do stanu pełnych umiejętności pełnienia jej ról* (Parsons 1969: 323). Od momentu przyjęcia roli „chorego” pojawia się potrzeba szukania pomocy, na co duży wpływ ma otoczenie, rodzina pacjenta, która wywiera nacisk, aby zachowywał się zgodnie z rolą (Włoszczak-Szubzda, Jarosz 2012: 207).

Choroba sprawia zatem, że jednostka zaczyna myśleć o sobie jako o niezdolnej do dalszego uczestniczenia w swoim naturalnym środowisku – w pracy, wśród rodziny, najbliższych itp. Można wyróżnić trzy znaczenia pojęcia choroby: biologiczną, traktowaną jako tradycyjny obszar działalności lekarzy, związany ze zmianą patologiczną organizmu; psychologiczną, traktowaną jako stan subiektywny jednostki, jej złe samopoczucie (bez

względu na występowanie obiektywnej zmiany patologicznej); społeczną, traktowaną jako szczególną pozycję ludzi uznanych za chorych na chorobę w znaczeniu pierwszym i drugim. W tym rozumieniu chory to taki człowiek, który jest traktowany przez innych jako chory bez względu na to, czy występuje u niego choroba biologiczna lub psychologiczna, czy też nie (Sokołowska 1980: 12). Proces rozpoznawania choroby z kolei związany jest ze skategoryzowaniem objawów nasuwających się w związku ze skargami chorego, z obserwacją jego wyglądu i zachowania, z badaniem fizykalnym (zwanym także badaniem obiektywnym) oraz z badaniami laboratoryjnymi (Sokołowska 1980: 25).

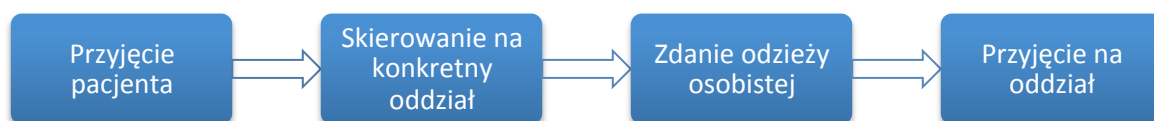


Grafika nr 2. Proces leczenia pacjenta (źródło: opracowanie własne)

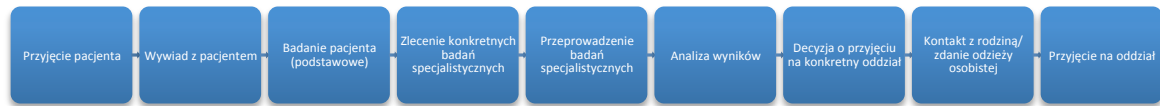
Proces przyjęcia do szpitala

Do szpitala zgłaszają się różni pacjenci, zarówno poważnie chorzy, przywiezieni przez karetkę jak i osoby, które mogłyby udać się do lekarza internisty, jednak z różnych względów wolą udać się do szpitala. Pacjenci, u których jest podejrzenie zagrożenia życia, są przyjmowani poza kolejką, nierzadko do takich pacjentów zaliczane są osoby pod wpływem alkoholu lub narkotyków przywiezione do szpitala przez karetkę pogotowia. Pacjenci, u których nie ma podejrzenia zagrożenia życia są przyjmowani zgodnie z kolejnością rejestracji. Podstawowe badania – pobranie krwi, zmierzenie ciśnienia itp. wykonywane są przez pielęgniarkę.

(dane z obserwacji) *Wchodzi kolejny pacjent - dzień dobry jestem pielęgniarką, pobiorę Panu krew, zmierzę ciśnienie. Zrobimy badania zlecone przez lekarza, będą wyniki, to wrócimy do Pana. Miał Pan zakładany kiedyś wenflon?*



Grafika nr 3. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta ze skierowaniem (źródło: opracowanie własne)



Grafika nr 4. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego nie stwierdzono zagrożenia życia (bez skierowania) (źródło: opracowanie własne)



Grafika nr 5 Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono zagrożenia życia (bez skierowania) (źródło: opracowanie własne)



Grafika nr 6. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta przywiezionego przez karetkę (źródło: opracowanie własne).

Należy zwrócić uwagę, że do szpitala trafiają również osoby brudne, wydzielające nieprzyjemny zapach. Lekarz wtedy wykonuje tylko podstawową diagnozę (rozmawiając z pacjentem, jeśli możliwy jest kontakt logiczny) lub sprawdza podstawowe funkcje życiowe. Przed rozpoczęciem badań zleca się umycie takiej osoby, najczęściej pracę tą wykonują pielęgniarki.

Porównując pacjenta na izbie przyjęć oraz na szpitalnym oddziale, należy zwrócić uwagę na fakt, iż pacjent, który znajduje się w izbie przyjęć częściej jest brudny (lub może uchodzić za brudnego, gdyż lekarze nie wiedzą, czy jest on chory na jakąś nieuleczalną chorobę itp.). Lekarze nie wiedzą, co dolega pacjentowi, czy jest na coś chory, nie znają wyników badania krwi pacjenta, dlatego wszelkie zabiegi i badania wykonywane są w jednorazowych rękawiczkach (uniknięcie zakażenia, czasem chorobami nieuleczalnymi), a po każdym badaniu dezynfekowane są ręce (izba przyjęć), czego nie zaobserwowałem podczas etnografii prowadzonej w szpitalnym oddziale (specjalistyczny oddział szpitalny). Pacjent znajdujący się na oddziale jest czysty, został już najprawdopodobniej zdiagnozowany, lekarze znają wyniki badań jego krwi itp., stąd część badań, np. na

obchodzie, wykonuje się bez rękawiczek. Podczas obserwacji pytałem o ten fakt lekarza, który stwierdził, że powinni używać zabezpieczenia, jednak w taki sposób, *lepiej czują pacjenta*, oraz że w przeciwieństwie do izby przyjęć (lekarzy tam pracujących) *lepiej znają swoich pacjentów* (w kontekście znajomości stanu ich choroby). Na oddziale szpitalnym lekarz dezynfekuje ręce po zakończonym obchodzie lub po badaniu pacjenta, u którego jest podejrzenie, że może zarażać. Pacjenci w izbie przyjęć noszą ubrania codzienne, w przeciwieństwie do oddziału szpitalnego, gdzie odziani są w piżamy, szlafroki, bieliznę nocną. Na oddziale szpitalnym łatwiejsza jest identyfikacja – pacjent – rodzina – personel medyczny. W izbie przyjęć poza lekarzami i pielęgniarkami wszyscy ubrani są w strój codzienny. Na oddziale pacjent ma większą prywatność, otaczają go tylko inni chorzy i personel medyczny, który traktowany jest jako ten, przed którym nie ma wstydu.

Zespół medyczny musi wykonać złożoną pracę interakcyjną. Podczas obserwacji w szpitalu odnotowałem różne techniki komunikacyjne stosowane przez lekarzy. W późniejszej rozmowie okazało się, że są one nieuświadomione. Personel medyczny świadomie dostosowuje tylko język, jakim rozmawia z pacjentem do zakładanych kompetencji językowych (wykształcenia, klasy społecznej) lub stanu w jakim się znajduje np. szok. Znaczącą pracę uspokajającą wykonują pielęgniarki, które przebywają z danymi pacjentami najczęściej. Na izbie przyjęć do płaczącej pacjentki podeszła pielęgniarka (nie lekarz, który musiał zająć się kolejnym przypadkiem), która pogłaskała pacjentkę i powiedziała, że nie ma czym się martwić. Pacjenci od personelu medycznego oczekują, że będzie on wykonywał czynności instrumentalne (przeprowadzanie operacji, zmiana opatrunków itp.) oraz czynności ekspresywne (uspokajanie pacjenta, praca emocjonalna itp.). Wśród pracowników szpitala istnieje ustalony, nieformalny podział pracy. Wiadomo kto zajmuje się pracą instrumentalną, a kto pracą ekspresywną. Pacjent na różnym etapie leczenia będzie przywiązywał większą wagę do różnych czynności wykonywanych przez personel medyczny, na początku ważniejsze będą dla niego czynności instrumentalne, po przeprowadzonej operacji będzie szukał zrozumienia, oparcia, kogoś, kto przywróci mu pewność siebie (Israel 1969: 374).

Lekarze zazwyczaj podchodzą do pacjentów rzeczowo, tłumaczą im jaka jest sytuacja oraz jakie środki zostaną zastosowane do leczenia. Można to uznać za skupienie się na jednostce chorobowej, a nie na człowieku. Skutkuje to tym, że do pacjenta podchodzi się w sposób przedmiotowy, a nie podmiotowy (Bujanowska-Fedak 2012: 13). Pacjenci, którzy wyrażają swoje obawy odnośnie stanu zdrowia, są zbywani rzeczowymi uwagami – *czy to może być nowotwór? Proszę na razie się nie martwić, wykonujemy*

wszelkie badania, dzięki którym będziemy mogli postawić diagnozę – notatka z obserwacji. Lekarze starają się nie mówić wprost pacjentowi, że choroba jest nieuleczalna lub że z pewnością wszystko będzie dobrze. Informując pacjenta, odwołują się do wyników badań, unikają bezpośredniego mówienia o śmierci. Jest to związane ze stosowaniem technik charakterystycznych dla zamkniętego kontekstu świadomości (Glaser, Strauss 2005). Lekarze, w przeciwieństwie do pielęgniarek, unikają okazywania emocji, które mogłyby spowodować, że lekarz uchodziłby za nieprofesjonalnego. Okazywanie smutku lub złości z powodu stanu pacjenta, mogłoby również wpłynąć na samopoczucie pacjenta, który uznałby, że jego stan jest trudny. Przed pacjentami zawsze należy zachować odpowiednią fasadę. Lekarze, kiedy znajdowali się sami (w swoim towarzystwie), otwarcie rozmawiali, że nie wiedzą co może być pacjentowi i że jest to trudny przypadek. Przed pacjentem natomiast odgrywali swoje role, tłumacząc, iż do postawienia diagnozy brakuje kilku wyników badań lub że muszą przeprowadzić jeszcze kilka badań, żeby potwierdzić swoje przypuszczenia.

Prowadząc obserwację, byłem świadkiem leczenia starszego pacjenta – znajdował się on w szpitalu przed rozpoczęciem obserwacji, więc trudno określić jak długo przebywał w placówce, lekarze podczas codziennych obchodów często żartowali z pacjentem lub prawili komplementy (nieszczere) – *dobrze pan dzisiaj wygląda (...) coraz lepiej pan wygląda*. Nieszczere komplementy, często łączone są z żartami, mają na celu utrzymanie ładu emocjonalnego. Należy oddzielić żarty w stosunku do alkoholików lub narkomanów, które zazwyczaj są nieuprzejme i mają na celu napiętnowanie konkretnego pacjenta, jego antyzdrowotnego zachowania – *jak będzie się pan dalej tak zachowywał to pójdzie pan w stronę światła*, od żartów w stosunku do pozostałych chorych, które są związane z nieszczerymi komplementami. W przypadku żartów z alkoholików i narkomanów lekarze w sposób dosadny starają się podkreślić, że prowadzenie określonego trybu życia i stosowanie zachowań antyzdrowotnych może doprowadzić do śmierci pacjenta. Stosując przesadne metafory, ośmieszając (notatka z obserwacji – *studenci stoją dookoła łóżka pacjenta, który trafił dzień wcześniej do szpitala, alkoholik – wymiotuje krwią, lekarz mówi studentom, tak, żeby pacjent słyszał, „jeśli chcecie tak skończyć jak Pan tutaj to polecam spożywać alkohol”*), starają się wpłynąć na zachowanie pacjenta. Ironia związana była z pracą emocjonalną wykonywaną w związku z brudną pracą (obserwacją wydzielin) oraz próbą zdyscyplinowania pacjenta.

Lekarze w rozmowach z pacjentami używają prostych konstrukcji zdaniowych, wynika to częściowo z faktu braku znajomości fachowej terminologii przez pacjentów.

Lekarze stosują metafory, żeby wyjaśnić określone objawy pacjentowi i opisują działanie organizmu w prosty sposób.

W przypadku osób umierających, chorych śmiertelnie lub na poważne, przewlekłe choroby, lekarze starają się unikać mówienia o konkretnym przypadku (stosowanie technik charakterystycznych dla zamkniętego kontekstu świadomości – Glaser, Strauss 2005). Zazwyczaj mówią o samej chorobie i podają statystyczne lub podręcznikowe przykłady przebiegu danego schorzenia. Często podają najgorszy możliwy scenariusz, nie odnosząc go oczywiście do konkretnego pacjenta. W takich sytuacjach, zazwyczaj lekarze odwołują się do badań, które „należy jeszcze wykonać” żeby móc potwierdzić diagnozę.

Podczas rozmów z pacjentami to personel medyczny „wyznacza przebieg konwersacji”, ma możliwość wybierania tematów rozmowy, a pytania, które są niewygodne może pomijać, bagatelizować lub udzielać ogólnych odpowiedzi, może również przenieść odpowiedzialność na „wyniki badań”. Nie dotyczy to tylko starszych pacjentów, ale każdej leczonej osoby. Prowadząc obserwację, miałem możliwość porównania sposobu rozmowy z osobą z wewnątrz (na jednym z oddziałów leczony był lekarz oraz pielęgniarka) oraz z osobami z zewnątrz, zwykłymi pacjentami, nie mającymi nic wspólnego z medycyną. Rozmowy na temat choroby z osobami związanymi z medycyną były konkretne, krótkie, poważne, prowadzone językiem profesjonalnym. Ważne jest jednak, że w przypadku umierającej pielęgniarki (mającej nowotwór) stosowano taktyki charakterystyczne dla zamkniętego kontekstu świadomości odnośnie szans przeżycia – nie rozmawiano o śmierci, tylko o leczeniu objawowym. Wydaje się, że osoby związane z medycyną, zajmujące się również śmiercią, nie są przygotowane do mówienia na jej temat, a posługiwanie się humorem, metaforami i skupianie się na przeciwdziałaniu objawom, pozwala na oswojenie uczestników interakcji z trudnym tematem, który jest mimo wszystko unikany (co można traktować jako wskaźnik usuwania śmierci poza dyskurs medyczny).

Znalezienie się w wyjątkowej przestrzeni szpitala, powoduje, że pacjent musi się podporządkować zasadom panującym w placówce medycznej oraz osobom tam pracującym. Szpital przypomina instytucję totalną (wyznaczone godziny snu, jedzenia, mycia, badań, odwiedzin itp.), w której odmowa podporządkowania się personelowi medycznemu uniemożliwi proces leczenia. Sytuacja taka wymusza również na pacjentach określone zachowania, które można porównać do zachowania się dzieci – niewielka samodzielność, konieczność przebywania w ograniczonej przestrzeni itp., pacjenci zaczynają więc reprodukcję określony styl zachowania – zadają pytania czy mogą zjeść

określony posiłek, umyć się, wyjść na papierosa itp., jest to również podyktowane wymogami medycznymi (np. spożywanie określonych potraw może utrudnić proces leczenia). Pacjenci w przypadku podjęcia zachowań niezgodnych z zaleceniami lekarzy, kłamią lub udają, że ich nie podejmowali, podobnie jak dzieci, którym zabrania się określonych czynności.

Dużym utrudnieniem w kontaktach pacjent – lekarz, są pacjenci, którzy kłamią, nie chcą powiedzieć prawdy odnośnie swojego stanu zdrowia lub sytuacji z różnych powodów, najczęściej z powodu wstydu. Często oszukują i kłamią osoby uzależnione od środków odurzających lub papierosów. Podczas obserwacji byłem świadkiem, jak jeden z pacjentów przysięgał, że nie palił już tydzień, a czuć było od niego i z toalety, z której wyszedł, mocny zapach tytoniu. Przyznał się lekarzowi do palenia w toalecie dopiero wtedy, kiedy lekarz powiedział, że kłamiąc, uniemożliwia on leczenie. Alkoholicy kłamią odnośnie ilości spożytego alkoholu lub czasu abstynencji.

W interakcjach z pacjentami ważne są zagrożenia, które niesie ze sobą kontakt z osobami pod wpływem środków odurzających. Jedną z najbrudniejszych medycznych prac jest leczenie alkoholików, jest to praca nie lubiana i często unikana (Strong 1980: 24). Pacjenci nie rozumieją wtedy, że personel medyczny chce im pomóc, często więc kopią, gryzą i obrażają lekarzy i pielęgniarki. Kontakt z agresywnym pacjentem jest wpisany w pracę lekarzy na izbie przyjęć oraz w karetkach pogotowia. *Agresję można zdefiniować jako formę zachowania wyrażającą niezadowolenie, gniew na siebie (autoagresja) lub inne osoby bądź przedmioty z otoczenia* (Kowalczyk 2012: 104). *Agresja nie jest zjawiskiem medycznym, niemniej jednak jej przyczyny często mają charakter medyczny (...) Agresja i przemoc ze strony pacjentów to delikatny, choć nieunikniony problem* (Sochocka, Grad, Wojtal, Krzyżanowski 2012: 115). Badaczowi również raz grożono na izbie przyjęć pobiciem oraz wniesieniem oskarżenia do sądu, podobnie jak pozostałemu personelowi medycznemu. W szpitalnym oddziale pacjenci zachowują się mniej agresywnie, nie są w szoku, są trzeźwi, nie znajdują się pod wpływem środków psychoaktywnych (wyłączając środki farmakologiczne przepisane przez lekarzy).

Tabela 3. Trudności komunikacyjne w procesie leczenia

Dla pacjenta	Dla lekarza
Środowisko szpitala/ środowisko medyczne	Brak szczerości pacjenta
Formalizacja pracy medycznej	Formalizacja pracy medycznej
Choroba	Brak czasu

Język medyczny	Nadmiar pracy
Konieczność przełamania bariery intymności	Stan pacjenta

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Paradygmat kodowania interakcji jako elementu pracy medycznej

Warunki przyczynowe	Choroba (zachorowanie)
Zjawisko	Interakcje z personelem medycznym – droga do wyzdrowienia
Kontekst	Gabinet medyczny, szpital
Warunki interweniujące	Otoczenie, formalizacja pracy medycznej, choroba, język lekarzy, przełamanie barier intymności, brak szczerości
Działania/ strategie i techniki interweniujące	Konteksty świadomości (otwarte/ zamknięte/ podejrzeń), kłamanie, zastraszanie, próba „naprawy“, szukanie drogi do wyleczenia, leczenie, rehabilitacja, profilaktyka
Konsekwencje	Zdrowie pacjenta/choroba pacjenta

Źródło: opracowanie własne

Tabela 5. Brudna praca interakcyjna w kontaktach z pacjentem

Obciążenia/ brud	Przykład	Zabezpieczenie
Spoleczne	Kontakt z osobami naznaczonymi społecznie, np. Niepełnosprawnymi, umysłowo chorymi	Brak
Moralne	Decydowanie o życiu pacjenta (jakości życia, długości życia itp.), stosowanie technik wpływania na zachowanie pacjenta (zastraszanie, używanie metafor), stosowanie technik charakterystycznych dla określonego kontekstu świadomości (otwarty, zamknięty, podejrzeń) w stosunku do pacjenta	Odpowiednie uzasadnienia wewnętrzne stosowania określonych technik np. nie mówienie pacjentowi wszystkiego (stosowanie zamkniętego kontekstu świadomości) z powodu chęci „chronienia pacjenta“, nie martwienia go (niepotrzebnie) lub przedstawienie pacjentowi najgorszego rozwiązania, aby zmienił swój styl życia
Fizyczne	Kontakt z pacjentem brudnym, z jego wydzielinami itp.	Wszelkie środki zabezpieczające przed bezpośrednim kontaktem

		(rękawiczki, fartuch, maski), środki „usuwające brud“ (mycie rąk, detergenty itp.)
Emocjonalne	Kontakt z osobami śmiertelnie chorymi, obciążenia emocjonalne związane z chorobą pacjenta	Brak

Źródło: opracowanie własne

21.1 Interakcyjny wymiar brudnej pracy

Poprzedni paragraf dotyczył interakcyjnego aspektu pracy lekarzy. Większość zawodów medycznych ma bezpośredni kontakt z pacjentem, z którym związana jest praca interakcyjna (w dysertacji skupiono się tylko na zawodach medycznych, które mają bezpośredni kontakt z pacjentem). W tym miejscu warto skupić się na interakcyjnym wymiarze brudnej pracy.

Tabela 6. Typy pacjentów

Pacjent	
Trudny	Łatwy
Brudny	Czysty
Wulgarny	Uprzejmy
Agresywny	Łagodny
Podejrzliwy	Ufny
Nieszczery	Szczery
Zdenerwowany	Spokojny
Roszczeniowy	Nieroszczeniowy
Wrażliwy (np. na widok krwi)	Niewrażliwy
Pod wpływem środków odurzających	Trzeźwy

Źródło: opracowanie własne

Brudny pacjent, to pacjent nie dbający o higienę osobistą, przychodzący np. do dentysty po zjedzeniu posiłku, tym samym utrudniający pracę lekarzowi. Pacjent wulgarny to pacjent, który w sposób niegrzeczny zwraca się do osoby chcącej mu pomóc. Z pacjentami tego rodzaju najczęściej spotykają się ratownicy medyczni. Pacjent agresywny to pacjent, który nie daje sobie pomóc. Atakuje fizycznie lekarza, ratownika medycznego, którzy poza pracą medyczną, muszą jeszcze uspokoić go lub obezwładnić. Pacjent podejrzliwy, to również pacjent, któremu trudno jest pomóc, kwestionuje wiedzę lekarza lub zarzuca mu niekompetencję, czy wręcz próbę zaszkodzenia. Pacjenci nieszczery, to pacjenci, którzy ukrywają część swoich dolegliwości (np. z powodu wstydu), w takim przypadku leczenie również jest utrudnione. Pacjent zdenerwowany, to pacjent, który np.

uległ wypadkowi, jest w szoku. Pomoc takiej osobie jest również utrudniona, ze względu na fakt, iż nie rozumie ona pewnych zabiegów, boi się. Pacjent roszczeniowy to pacjent, który wymaga szczególnego traktowania, opieki, skupienia się tylko na nim. Pacjent wrażliwy to pacjent, którego leczenie wiąże się z opanowaniem jego strachu np. przed widokiem krwi. Pacjenci, którzy są nadmiernie wrażliwi mogą zemdleć w trakcie zabiegu, dlatego wymagają dużej uwagi od lekarza, który musi kontrolować ich stan. Pacjenci pod wpływem środków odurzających często są agresywni, wulgarni, zdenerwowani, nie rozumieją, że lekarz czy ratownik chcą im pomóc. Osoby pod wpływem środków odurzających mają również inną reakcję na bodźce, dlatego lekarz musi szczególnie uważać, żeby nie zrobić krzywdy takiej osobie.

Brudna praca w tym wypadku będzie związana z brudem fizycznym pacjenta oraz z zagrożeniami, które są związane z wykonywaniem poszczególnych czynności medycznych, radzeniem sobie z trudnym pacjentem.

Na pewno nie jest, na pewno nie jest to zawód czysty. No nie mówiąc o tym, że pacjent, też się zdarzało, że dorosły to nie, ale dzieci wymiotują, no nie jest to sympatyczne... sympatyczny moment dla nikogo, prawda, nawet dla lekarza. A to też trzeba to wszystko, że tak powiem, znieść. No nie mówiąc o tym, o palaczach! Co jest też bardzo istotną rzeczą w naszym zawodzie... Bo palacz kończy papierosa przed drzwiami... i wchodzi... no bo się denerwuje prawda... to odpala... I taki na-... i taki co dopiero przestał palić papierosa osobnik no to jest... przy tak bliskim jak ja stoję, to to jest tragedia (z irytacją w głosie) No nie zawsze wypada powiedzieć pacjentowi, proszę pana, proszę przyjść po umyciu zębów prawda (stomatolog, kobieta, wiek ok. 80 lat).

Jako jedną z głównych trudności w pracy z pacjentem lekarze wszystkich specjalności wymieniali higienę. Wątpliwa higiena pacjenta może przyczynić się skutecznie do wzbudzenia niechęci u lekarza. Jest to jeden z elementów pracy lekarskiej, który może być uważany za brudny w znaczeniu Hughsowskim. Kontakt z brudem fizycznym.

To jest nieprzyjemne, ludzie, którzy się nadmiernie pocą, a nie dbają o higienę i nie starają się z tym nic zrobić. Bo często przychodzi ktoś do mnie, kto się bardzo poci, wcale to nie jest jego problem, z którym przychodzi (śmiech), jest z czymś innym (dermatolog, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Lekarze w wywiadach również poruszali temat pacjentów „ekspertów”, którzy przychodzą do gabinetu i podają swoją diagnozę, uparczywie się jej trzymając, utrudniając tym samym proces leczenia. Niezastosowanie się do zaleceń lekarza może pogarszać stan

pacjenta. Zdarza się też, że ludzie wyolbrzymiają swoje problemy, wymyślając symptomy, które mogą zaburzyć proces leczenia (skupienie się na fałszywych objawach). Podczas obserwacji byłem świadkiem jak jedna z pacjentek domagała się operacji na żylaki. Jeden z młodych lekarzy skierował ją na operację, a doświadczony lekarz, podczas odprawy zwrócił mu uwagę, że operacja nie jest konieczna i rolą lekarza nie jest wykonywanie wszystkich poleceń pacjentów i przeprowadzanie wszystkich zabiegów, których pacjenci sobie życzą. Podczas badania pacjentki, wskazywała ona miejsce bólu oraz informowała lekarza, w którym miejscu powinien przeprowadzić operację (gdzie wykonać nacięcie). Pacjenci eksperci nie stosują się również do zaleceń lekarskich, „sami wiedząc co dla nich najlepsze”, tym samym utrudniają oni proces leczenia z punktu widzenia lekarza.

No z ludźmi jest problem, że przychodzą z jakimś takim swoim rozpoznaniem... w ogóle nie chcą słuchać tego, co się mówi!... to jest najgorsze, przychodzi po poradę, ale tak naprawdę, to on wie, co mu jest i co powinien wziąć i tak dalej. No to jest takie irytujące... czasami pacjenci nie stosują się do zaleceń i tak przychodzą, człowiek się napisze, napisze, przychodzi za jakiś czas, no pomogło panu? No nie... i to takie więc wiadomo, że jest to irytujące. Czasami ludzie też są tacy roszczeniowi bardzo. Niektórzy myślą, że powinno im to po jednej wizycie przejść! Choroby są przewlekłe często i... nie ma na nie leku, można tylko złagodzić objawy. W dermatologii takich chorób jest bardzo dużo! Bo my nie znamy zupełnie... etiologii, nie wiemy skąd się to bierze, leczenie jest głównie objawowe. No wiemy, że jak się da to! To się poprawi (dermatolog, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Kolejnym przykładem utrudniania pracy personelowi medycznemu przez pacjentów jest „nieumiejętne” korzystanie ze służby zdrowia i kwestionowanie zaleceń lekarza. Jak wspominał Hughes (1994), tylko ekspert może oceniać pracę wykonywaną przez eksperta. Osoba niedoświadczona w danej dziedzinie, nieposiadająca praktycznych umiejętności i wiedzy nie jest w stanie ocenić, czy wykonywane czynności są prawidłowe. Do wyjaśnienia spornych przypadków uprawnione są wewnętrzne komisje dyscyplinarne. Praca interakcyjna stanowi bardzo ważny element pracy lekarskiej. Wykonywanie praktyki jest uzależnione od ludzi, którzy są poddawani leczeniu. Lekarz musi nie tylko rozwiązać problem ze zdrowiem, ale czasem, również negocjować proces leczenia z pacjentem. Jakość jego pracy również zależy od typu ludzi, którzy poddawani są leczeniu.

Tabela 7. Jakość pracy lekarzy w zależności od typu pacjenta

	Jakość pracy	Typ pacjenta	Techniki stosowane przez personel medyczny podczas leczenia
Typ 1	Wysoka	Czysty, łagodny, trzeźwy	Wywiad z pacjentem, diagnoza, zlecenie poszczególnych badań
Typ 2	Raczej wysoka	Szczery, uprzejmy, niewrażliwy	jw.
Typ 3	Raczej niska	Zdenerwowany, nieszczerzy, wulgarny, podejrzliwy, wrażliwy	Uspokojenie pacjenta, w przypadku nieszczerzego pacjenta, zlecenie dodatkowych badań, zastosowanie dodatkowych środków ostrożności podczas leczenia, tłumaczenie poszczególnych etapów leczenia oraz zasadności stosowanej terapii/ leczenia
Typ 4	Zdecydowanie niska	Brudny, agresywny, nietrzeźwy	Opanowanie obrzydzenia, konieczność uspokojenia pacjenta, zastosowanie środków przymusu bezpośredniego (przywiązanie pacjenta do łóżka), umycie pacjenta – przygotowanie do postawienia diagnozy lub rozpoczęcia leczenia

(Źródło: opracowanie własne)

Pomimo deklaracji lekarzy, że pacjenci nie są traktowani jako problem, element trudny, podczas przeprowadzania wywiadów i ich analizy, można było doszukać się trudności, które są związane pośrednio lub bezpośrednio z faktem, iż praca lekarza związana jest z drugim człowiekiem. Powyżej pokazano, że problematycznie postrzegane są następujące elementy pracy z pacjentem – roszczeniowość, brak higieny, nieufność wobec lekarzy, która może przełożyć się na oskarżenie o niewłaściwe wykonywanie zawodu.

Czy kontakt z pacjentem można jednak rozważać w kategorii brudnej pracy? Z wyników badań można wysnuć wniosek, że pewne elementy pracy z człowiekiem, można uważać za brudne, jednak rozważanie interakcji z pacjentem tylko jako brudnej jest niewłaściwe. Głównym elementem pracy lekarza jest istota ludzka. Nie każdy kontakt z

nią związany jest z brudem, czego nie można powiedzieć o pracy np. śmieciarzy (głównym materiałem ich pracy są odpady), którzy codziennie muszą zmagać się w swojej pracy z fizycznymi nieczystościami.

Zdarzają się sytuacje trudne związane z zachowaniem pacjentów, w których lekarz musi podjąć określone działania interakcyjne, przede wszystkim, żeby pomóc. Osoby agresywne, pijane i wulgarne również mają prawo do ochrony życia.

Pacjent nie jest taki sterylny nie jest taki telewizyjny, jak to oni pokazują. Często pacjent jest chory naprawdę, często... pijany, brudny... wulgarny... kobiety tak samo... czy jakieś inne zachowania, może po narkotykach, no ja nie mam akurat jakichś takich... przykładów ale, ale miałem dyżury też na izbie przyjęć, a tam są różni pacjenci...(ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

W pracę interakcyjną można również wpisać przekonywanie pacjenta do prowadzenia zdrowego trybu życia – niepalenia papierosów, niespożywania alkoholu – przede wszystkim dotyczy to kobiet w ciąży – ciągle negocjowania dochodzenia do zdrowia. Lekarz powinien nieść filozofię zdrowego życia, jest to poniekąd związane z edukacją pacjentów (z tłumaczeniem dlaczego należy wyeliminować określone nawyki antyzdrowotne), którzy są przez niego leczeni – wskazywać jak prawidłowo się odżywiać podczas określonych chorób, jakich aktywności unikać oraz jak zachowywać się po wyleczeniu, jak zmienić swoje przyzwyczajenia, żeby zapobiec nawrotom choroby i zwiększyć odporność. W tym wypadku lekarze również mogą się spotkać z niechęcią i podejrzliwością.

Raz nie wiadomo o co chodzi, a raz może pacjentkę trzeba zganić, bo gdzieś tam pojechała na narty albo samolotem leciała albo przypadkowo zachorowała... mmm no różnie się no... palą papierosy, trzeba podejść, żeby nie palić w ciąży, iść od tyłu szpitala. Jak wchodzę do szpitala, to ja nie będę zwracał codziennie no uwagi, no jak chcą palić, no to niech palą, no! Pytam tylko czy z filtrem (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Pracę interakcyjną należy rozważać jako pracę trudną, nieschematyczną. Lekarz oczywiście może wypracować swoje schematy podejścia do pacjentów i po prostu je powielać, jednak mogą zdarzyć się przypadki trudne, które odbiegają od schematu. Jak wspomniano wcześniej, większość przypadków nie jest wyjątkowa i do pacjenta podchodzi się schematycznie, określone objawy, oznaczają określone leczenie, należy jednak zwrócić uwagę, że do rutynowych nie można zaliczyć pracy w szpitalu na dyżurze oraz pracy ratowników medycznych.

Wraz z doświadczeniem pracownik medyczny zdobywa również wiedzę na temat podejścia do interakcji z pacjentem. Świadomie podchodzi do kontaktów z drugim człowiekiem, rozszerza swojego rodzaju wiedzę interakcyjną. Każdy przypadek powoduje, że zyskuje on umiejętności – do nakłonienia pacjenta do poddania się określone badaniu, uspokojeniu go, przekonania do prowadzenia określonego trybu życia. Należy zwrócić również uwagę, że w kontaktach z pacjentami (leczeniem ich) personel medyczny musi również zwracać uwagę na dobro pacjenta, na które składa się – dobro medyczne, związane z powrotem do prawidłowego funkcjonowania ciała i umysłu, łagodzenia bólu i cierpienia, poprzez zabiegi medyczne, psychoterapię itp. (na tym poziomie dobro pacjenta zależy od właściwego korzystania z wiedzy i umiejętności lekarza); perspektywę pacjenta (dobro z perspektywy pacjenta) – dobro pacjenta jest związane z tym, co pacjent postrzega jako dobro, jego osobiste preferencje odnośnie wyborów, wartości, są one zależne od wielu czynników (wieku, płci, wykonywanej pracy itp.); dobro jednostki – związane z ochroną godności ludzkiej, poszanowaniem racjonalności jednostki, której życie jest celem samym w sobie, a nie środkiem, którego wartość zależna jest od zamożności, pozycji, wykształcenia itp.; dobro duchowe – najwyższy poziom dobra, który musi być poszanowany w środowisku klinicznym, to dobro pacjenta, jako istoty duchowej. Może być wyrażone w kategoriach religijnych (Pellegrino 2001: 570 – 571). Praca z pacjentami odbywa się na poziomie interakcji. To jak będzie ona prowadzona ma swoje konsekwencje w zdrowiu pacjenta i jakości jego życia.

Praca z drugim człowiekiem opiera się również na pracy perswazyjnej, tłumaczeniu co po kolei musi zrobić, aby zabieg mógł zostać przeprowadzony oraz jak pacjent powinien się zachowywać. Zdarza się, że doprowadza to do sytuacji śmiesznych i nieporozumień między lekarzem a pacjentem.

Osoby decydujące się na wykonywanie zawodów medycznych liczą się z tym, że w pracę wpisany jest kontakt z pacjentem, może on przysparzać trudności, które będą traktowane jako brudne lub trudne. W każdym zawodzie wymagającym pracy na poziomie interpersonalnym mogą występować trudności związane z kontaktami z drugim człowiekiem, które można analizować za pomocą koncepcji Hughesa.

21. 2 Operacja – szczególny rodzaj interakcji pacjenta i zespołu medycznego

Niewiele osób spoza świata medycznego ma możliwość uczestniczenia w operacji na sali operacyjnej. Warto poddać analizie ten szczególny rodzaj interakcji z pacjentem. W kontekście badań jest to przykład sytuacji interakcyjnej, w której lekarz (zespół medyczny)

wchodzi w interakcje z pacjentem nieświadomym, nieprzytomnym (z ciałem pacjenta) lub znieczulonym. Przed przystąpieniem do zabiegu operowana osoba zgadza się na wykonanie określonych działań oraz zrzeka się roszczeń wobec szpitala i zespołu medycznego (operatora) jeśli pojawią się nieprzewidziane komplikacje. W tym wypadku pacjent zdaje się całkowicie na umiejętności i wiedzę lekarzy i nie ma możliwości zakończenia interakcji, to kiedy zabieg dobiegnie końca zależy od zespołu medycznego. Nawet przy znieczuleniu miejscowym, kiedy pacjent jest świadomy, nie może wstać i wyjść z sali operacyjnej.

Analiza sytuacji operacji umożliwiła dostrzeżenie kilku interesujących zjawisk związanych z pracą nad pacjentem. Istotne jest zespołowe dochodzenie do sposobu wyeliminowania zagrożenia życia (choroby) oraz koordynacja pracy różnych specjalistów. Podczas operacji zespół lekarza i anestezjologa musi pozostawać w kontakcie i wzajemnie wspierać swoją pracę, w zespole lekarza znajdują się specjaliści z różnym doświadczeniem, stażem i wiedzą, podczas zabiegu wymieniają się spostrzeżeniami oraz wspólnie decydują jak najskuteczniej przeprowadzić dany zabieg. Mniej doświadczeni lekarze uczą się jak przeprowadzić operację oraz są instruowani przez osoby z większym stażem, w tym wypadku możliwe było dostrzeżenie procesu zdobywania umiejętności, stawania się profesjonalistą. W przypadku operacji ważna jest również zespołowa praca nad czystością.

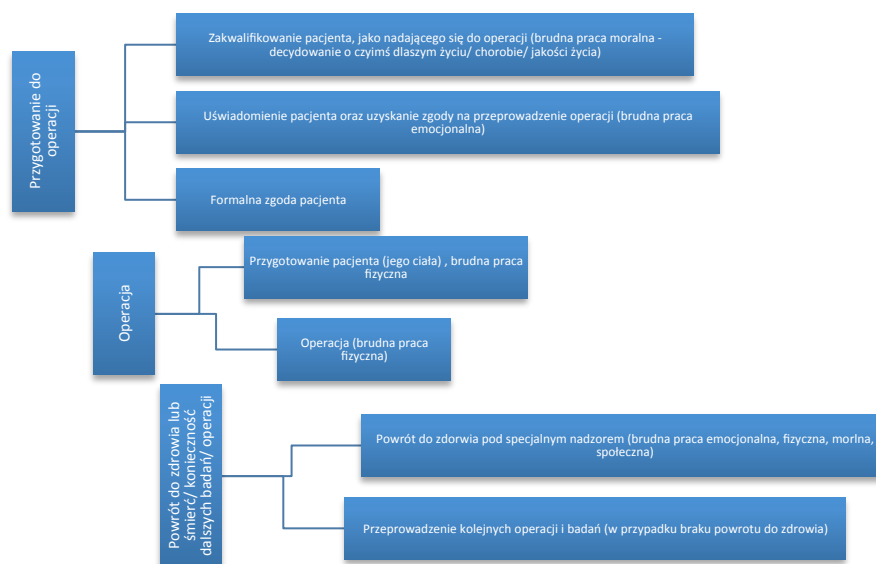
Interesujący jest fakt, że w języku angielskim sala operacyjna to *operating theater*, co można przetłumaczyć jako scenę operacji (w znaczeniu teatralnym). Nazwa ta wzięła się stąd, że pierwsze operacje przeprowadzano w pomieszczeniach, które mogą przypominać współczesne aule wykładowe (lub sceną teatralną); na dole znajdował się pacjent oraz lekarze ubrani w fartuchy, którzy przeprowadzali operację, dookoła siedzieli inni lekarze, studenci, osoby zainteresowane medycyną, wszystko przypominało spektakl teatralny z aktorami i widzami. Obecnie blok operacyjny jest niedostępny dla osób z zewnątrz, a żeby dostać się do sal operacyjnych, należy znać kod, który otwiera drzwi. Jest również wyznaczona linia, do której mogą dochodzić osoby, które nie przebrały się w odpowiedni strój.

Aby wejść na salę operacyjną należy się przebrać. Szatnie są podzielona na męskie i damskie, stroje są przygotowane przez szpital – wielorazowego użytku, te po każdym pobycie na bloku operacyjnym należy zostawić w specjalnie przygotowanych koszach, lub jednorazowego użytku, które należy wyrzucić. Na bloku operacyjnym należy nosić ochraniacze na obuwiu oraz jednorazowe czepki. Wszystko to ma zapewnić czystość bloku

operacyjnego. Nawet pacjenci po operacji przewożeni są na łóżku, do specjalnego miejsca, w którym przenoszeni są na łóżko oddziałowe.

W sali operacyjnej może przebywać zespół operatora (lekarze, pielęgniarki), zespół anestezjologa (anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna) oraz ograniczona liczba studentów lub lekarzy, którzy są zainteresowani operacją. Nad pacjentem mogą znajdować się tylko osoby „jałowe” tzn. takie, które są ubrane w specjalne ubrania oraz rękawiczki oraz, które odpowiednio zdezynfekowały ręce. Na sali wydzielona jest część jałowa „zielona” (zielone jednorazowe pokrycia na stoły oraz na pacjenta, gdyż odsłonięta, jest tylko część operowana). Głowa pacjenta oddzielona jest od zespołu operatora jednorazowym zielonym materiałem, za którym znajduje się zespół anestezjologa. Osoby, które nie są „jałowe” – zespół anestezjologa oraz widzowie (studenci i inni lekarze, nie biorący udziału w operacji) nie mogą dotykać narzędzi leżących na zielonych pokryciach. Podczas operacji, kiedy jedna pielęgniarka (widz) dotknęła narzędzi jałowych, musiano wymienić je na nowe. W sali operacyjnej znajduje się dodatkowo pielęgniarka, której zadaniem jest podawanie narzędzi, które wcześniej nie były przewidziane do operacji, są one podawane „na jałowo”, tzn. są one pakowane tak, że łatwo można je wyjąć, nie dotykając ręką.

Pacjent zanim trafi do sali operacyjnej musi przejść określone badania oraz diagnozę (pierwszy etap - zakwalifikowanie pacjenta jako nadającego się do operacji), później lekarz przeprowadza z chorym rozmowę odnośnie koniecznych środków jakie należy podjąć przed operacją (np. specjalna dieta) oraz jak zostanie wykonana operacja (drugi etap – uświadomienie pacjenta oraz uzyskanie zgody na operację), kolejnym krokiem jest uzyskanie zgody pacjenta na przeprowadzenie operacji (trzeci etap – formalna zgoda pacjenta), przed operacją pacjent jest usypiany lub znieczulany, osłania się jego ciało, nieosłonięte zostawiając tylko miejsce, które ma być operowane (czwarty etap – przygotowanie pacjenta), czas trwania operacji (piąty etap – operacja) uzależniony jest od skomplikowania zabiegu, najdłuższa operacja, w której uczestniczyłem, trwała około 2 godzin, po operacji pacjent jest wybudzany lub w przypadku znieczulenia przewożony do sali pooperacyjnej (szósty etap – powrót do zdrowia pod specjalnym nadzorem).



Grafika nr 7. Etapy operacji.

Źródło: opracowanie własne

W takcie operacji lekarze rozmawiają na prywatne temat lub w przypadku operacji skomplikowanych rozmawiają na temat kolejnych czynności, które należy wykonać. Warto podkreślić, że nie wszystkie operacje wykonywane są pod narkozą. Operacje, w których pacjent ma kontakt logiczny z lekarzem, wyglądają podobnie. Jednak lekarz musi wykonać intensywną pracę interakcyjną o następującym charakterze: nawiązanie kontaktu z pacjentem, uspokojenie pacjenta oraz wysłuchanie jego uwag odnośnie nieprzyjemnych odczuć. Często, żeby sprawdzić czy pacjent nie traci przytomności, lekarz każe mu liczyć od stu do zera. Po zakończonej operacji miejsce operacji jest zaszywane, a lekarz udaje się do pokoju, w którym opisuje przebieg operacji oraz stan pacjenta. Warto podkreślić, że na sali operacyjnej panuje swojego rodzaju etykieta. Lekarz, wchodząc na salę, wita się z zespołem, a po zakończonej operacji dziękuje wszystkim oraz żegna się.



Fotografia 1. – Zdjęcie wykonane przez badacza podczas obserwacji prowadzonej na bloku operacyjnym. Badacz ubrany w strój, który należy nosić przebywając na sali operacyjnej, podobne ubranie mógłby założyć lekarz, który prowadzi operację, jednak dodatkowo, zostałby ubrany w jałowy fartuch oraz rękawiczki. Na fotografii badacz ubrany jest w jednorazowe spodnie oraz bluzę (w szatniach znajdują się również spodnie i bluzy wielorazowego użytku, które zostawia się w specjalnych koszkach w szatni), w maseczkę ochronną oraz czepek, a na butach założone ma specjalne ochraniacze (w szatni znajduje się, poza ochraniaczami, również specjalne obuwie).

Operacja 1 – notatki z obserwacji

Sala operacyjna - kilka pielęgniarek, dwóch lekarzy. Operacja przepukliny. Pacjent podłączony do intubacji, w czepku, ma zalepione oczy. Lekarz w specjalnym ubraniu - w

czepku, w masce, w fartuchu, w rękawiczkach. Inny lekarz, jeszcze nie ubrany w fartuch do operacji dezynfekuje miejsce nacięcia. Operacja przepukliny, pacjent od pasa w dół przykryty jest jednorazowym prześcieradłem. Lekarz po zdezynfekowaniu miejsca operacji poszedł umyć ręce. Dość długo myje ręce. Lekarze operujący zakładają jednorazowy fartuch - pielęgniarka pomaga w założeniu go, pomaga również założyć specjalne rękawiczki. Jedna z pielęgniarek obniża stół, operatorem jest niższy lekarz. Pacjent przykrywany jest zielonym materiałem, od pasa w dół oraz od miejsca operacji w górę, widoczne jest tylko miejsce operacji/ nacięcia. Nie widać twarzy pacjenta. Chirurg dokonuje nacięcia. Bardziej doświadczony chirurg podpowiada. Po nacięciu skalpelem dokonywane jest nacięcie skalpelem elektrycznym, przypalanie powoduje, że nie leci krew. Po nacięciu wprowadzane są rozwieracze. Lekarze rozwierają palcami otwór, żeby dostać się do przepukliny. Nieprzyjemny zapach palonego ciała rozchodzi się po sali. Lekarze wyciągają przepuklinę i wycinają ją elektrycznym skalpelem. Lekarze używają profesjonalnego nazewnictwa. Maseczka chroni przed nieprzyjemnym zapachem. Pielęgniarka sama przewiduje, jakie narzędzia będą potrzebne i podaje lekarzowi (...).

Powyższy zapis operacji pozwala uchwycić istotny element pracy nad czystością. Dążenie do sterylności podyktowane jest przede wszystkim ochroną zdrowia pacjenta – brak kontaktu z wirusami i drobnoustrojami. Dezynfekcja narzędzi pracy, rąk, specjalne „jałowe” ubrania, które zakłada zespół operujący. Ważny jest również zespołowy aspekt pracy nad czystością, pielęgniarka pomaga założyć lekarzowi fartuch, dlatego, że nie może on dotknąć go gołą ręką, rękawiczki zakładane są dopiero po jego założeniu. Ważne jest również wyodrębnienie miejsca operowanego, nie widać pacjenta (jego twarzy, ciała), tylko miejsce, które ma zostać operowane. Powoduje to pewnego rodzaju odrealnienie, lekarz pracuje na kawałku pacjenta, nie widząc jego twarzy i oczu.

Ważna jest również współpraca i koordynacja pracy, doświadczony lekarz pomaga młodszemu koledze, prowadzi go przez poszczególne etapy operacji. Pielęgniarka natomiast przygotowuje wszystkie narzędzia i stół, na którym ma być operowany pacjent.

Operacja 4 – notatki z obserwacji

(...) „Czy cicha muzyka będzie doktorowi przeszkadzała” - pyta anestezjolog operatora. Raczej tak, proszę wyłączyć. Lekarz dezynfekuje operowane miejsce, studenci przyglądają się przygotowaniu do operacji. Lekarz idzie umyć ręce i dezynfekuje je płynem. Pielęgniarka pomaga się ubrać lekarzowi - fartuch, grube rękawiczki (...).

Istotna jest atmosfera podczas operacji, wszystkie osoby biorące w niej udział

powinny tworzyć zgrany zespół. Podczas niektórych operacji lekarzowi wykonującemu operację nie przeszkadzała muzyka. Przy trudnych operacjach lekarz denerwował się i krzyczał na zespół anestezjologa, który prowadził zbyt głośne rozmowy, które mu przeszkadzały. Ważna jest również praca pielęgniarek, których zadaniem jest wspieranie pracy lekarza oraz ułatwianie poszczególnych etapów, lekarz skupia się tylko na czynnościach związanych z operacją, informuje jakie narzędzia będą mu potrzebne, doświadczona pielęgniarka wiedząc jaka będzie operacja same przygotowują wcześniej narzędzia.

Operacja 7 – notatki z obserwacji

Operacja... pacjent przygotowywany jest do znieczulenia, pielęgniarki przygotowują narzędzia dla lekarza, lekarz mówi czego będzie potrzebował. Anestezjolog puszcza po ciuchu muzykę Aerosmith, na sali znajduje się 2 lekarzy, 3 anestezjologów, 2 pielęgniarki, 3 studentów. Miejsce operacji jest dezynfekowane Braunolem lub Skinseptem. Pacjent jest przykrywany, widoczne będzie tylko miejsce operacji. Chirurg mówi pacjentowi, że dostanie zastrzyk „szczypiący i niemiły jak jasny pierun”. Operacja pacjenta, który jest świadomy (...) lekarz wykonuje nacięcie na szyi. W tle leci Frank Sinatra, lekarze rozmawiają przez chwilę o muzyce. Lekarz prosi anestezjologa o podanie leku, zapisuje dawkę i godzinę podania, potem prosi pacjenta, żeby odliczał od 1 do 100 (...).

Jednym z ważniejszych etapów operacji jest znieczulenie lub „uśpienie” pacjenta, jest to moment, kiedy pacjent przytomny widzi salę operacyjną i zespół, który zbiera się w celu przeprowadzenia operacji. Jest to niezwykle stresujący moment dla pacjenta, który znalazł się w nietypowym dla siebie środowisku i jest świadomy, że zaraz zostanie przeprowadzona operacja. Anestezjolodzy wykonują często pracę uspokajającą, starają się opanować strach pacjenta, zwracając się po imieniu lub tłumacząc „wszystko będzie w porządku”, „proszę się nie denerwować”. Po uśpieniu czynności życiowe monitorowane są przez urządzenia, a do zadań anestezjologa należy odpowiednia interpretacja otrzymywanych danych i w razie konieczności podanie odpowiednich leków. Zadaniem anestezjologa jest utrzymanie pacjenta w określonym stanie (w znieczuleniu lub w śnie).

W kontekście brudnej pracy związanej z operacją ważna jest praca nad czystością. Przed operacją wykonywana jest złożona praca nad czystością, zabezpieczanie pacjenta oraz lekarza przed bezpośrednim kontaktem z pacjentem, dbanie o jałowość. Nawet na lampy nakładane są uchwyty, które wcześniej zostały wyjałowione. Maski, ubrania, buty

chronią przed zarażeniem pacjenta oraz lekarza. Oczywiście sama operacja jest brudna. Jednak w określonym kontekście – sali operacyjnej, za brudne uważane są te przedmioty i te osoby, które nie biorą udziału w operacji. Operator oraz jego zespół, którzy często są ubrudzeni we krwi, mają kontakt z narządami wewnętrznymi, uważani są za czystych, natomiast osoby przyglądające się operacji oraz anestezjolog, są uważani za brudnych, takich, którzy nie mogą dotknąć pacjenta. W innym kontekście sytuacja byłaby odwrotna. Osoby mające kontakt z krwią i wydzielinami, byłyby uważane za brudne. Operacje są również obciążające dla zespołu, który musi cały czas stać nad pacjentem w skupieniu (czasem nawet kilka godzin), może to się przełożyć na ból pleców oraz choroby związane z kręgosłupem.

Tabela 8. Przedmioty/ tkanki/ interakcje uważane za brudne lub czyste w sali operacyjnej w odniesieniu do przestrzeni publicznej nie związanej z leczeniem

	Sala operacyjna	Przestrzeń publiczna, nie wiązana z leczeniem (np. przystanek, galeria handlowa)
Krew	C	B
Osoby mające kontakt z krwią, z wydzielinami pacjenta – osoby operujące	C	B
Narządy wewnętrzne	C	B
Ekskrementy	B	B
Widownia (osoby nie mające bezpośredniego kontaktu z pacjentem)	B	C

B – Brudne

C – Czyste

Źródło: opracowanie własne

Pomimo, że elementy fizyczne i materialne nie ulegają zmianie, inna jest tylko przestrzeń, w których występują, jedne elementy będą uchodziły za brudne, jedne za czyste. Należy zwrócić uwagę, że w określonej przestrzeni sali operacyjnej istotna jest pomoc pacjentowi, a granica tego, co uważane jest za czyste i brudne wynika również, z faktu ochrony pacjenta przed zakażeniem. Personel medyczny znajdujący się w sali operacyjnej, który nie jest „sterylny” i odpowiednio zabezpieczony, nie może mieć

kontakty z pacjentem, również ze względu na własne bezpieczeństwo (uniknięcie zakażenia).

21.3 Interakcje z młodym pacjentem – proces leczenia dzieci

Zawody medyczne nie są związane tylko z leczeniem dorosłych pacjentów. Oczywiście są różne specjalizacje (specjalizacje lekarskie często związane są z określonymi grupami wiekowymi), których kontakt związany jest np. tylko z osobami starszymi (np. lekarz geriatra). Jednak warto dokonać analizy procesu leczenia młodego pacjenta, szczególnie w kontekście interakcji między nim a personelem medycznym. Dzieci leczone są (w przypadku hospitalizacji) w specjalnych placówkach medycznych – szpitalach dziecięcych lub są dla nich wydzielone oddzielne oddziały w szpitalach (lub osobne sale). W przypadku leczenia pozaszpitalnego zazwyczaj dzieci przyjmowane są w tych samych placówkach co dorośli. Wyjątek stanowią lekarze specjaliści w zakresie leczenia dzieci (np. lekarz pediatra lub lekarz dentysta o specjalizacji stomatologia dziecięca) oraz lekarze, którzy chcą pracować tylko z dziećmi.

Dzieci nie do końca rozumieją stan swojego zdrowia i konieczność leczenia, dlatego też trudno przekonać je do współpracy z lekarzem. Nie przychodzą one do lekarza z własnej woli, ale są przymuszane do tego przez swoich opiekunów. Pracę z dziećmi można również analizować w kontekście pracy niechcianej. W wywiadach niektórzy dentyści zaznaczali, że nie chcą pracować z dziećmi, które podczas zabiegów szybko się nudzą, nie potrafią utrzymać określonej pozycji ciała oraz czasem gryzą lub kopią lekarza, (...) *przykładem pracy niechcianej może być praca z dziećmi – część stomatologów stara się unikać przyjmowania bardzo młodych pacjentów, z którymi bywają problemy (...).* Jednak przez innych lekarzy praca z dzieckiem może wcale nie być postrzegana jako niechciana, „brudna”; może sprawiać wiele satysfakcji, pod warunkiem, że lekarz lubi dzieci (Pyfel 2016: 169 – 170).

Większość rozmówców podkreślała, że śmierć, cierpienie i choroba dzieci, są przypadkami, z którymi ciężko sobie poradzić, są obciążające emocjonalnie. Obciążające są w szczególności zgony dzieci. Brak możliwości pomocy młodemu pacjentowi oraz choroby dzieci są przeżywane przez pracowników służby zdrowia różnych specjalizacji.

Był taki no najgorszy z zabiegów... takie jak musimy wykonywać i wykonywaliśmy to w instytucie, to jak przyjeżdżały dzieciaski z.. ze szpitala z białaczką.... Bądź z jakimś innym nowotworem i trzeba było... Trzeba było no usuwać wszystkie ząbki, żeby nie było żadnych stanów zapalnych, bo dziecko z białaczką, czy w ogóle no pacjent, który ma

białaczkę musi mieć zerową odporność, więc nie może mieć żadnego stanu zapalnego w organizmie, tak? No i to też się tyczy niestety stanu zębów i jeśli jest taka konieczność, trzeba wszystkie usuwać. To chyba były najgorsze zabiegi. Nie dość, że dziecko było pokrzywdzone przez los i chore, to jeszcze obolałe, to jeszcze do tego wszystkiego... ta narkoza, sam.... Samo podanie narkozy przez anestezjologa dla dzieci to jest trauma straszna. Wyrrywają się, nie chcą... (higienistka stomatologiczna, kobieta, wiek ok. 35 lat).

Prowadząc obserwację na bloku operacyjnym, miałem możliwość przyglądania się różnym zespołom, podczas różnych operacji (bezpośrednio – znajdując się w sali operacyjnej lub pośrednio – znajdując się za drzwiami z szybą), w tym operacji dzieci. Przede wszystkim kontakt z dzieckiem przed operacją wymaga większego zaangażowania personelu medycznego, pielęgniarki, anestezjologowie i lekarze zagadują dziecko, tłumaczą mu pewne zabiegi, które będą wykonywane oraz starają się odwrócić uwagę od niektórych czynności np. robienia zastrzyków. Dzieci, wjeżdżając na łóżkach szpitalnych na salę operacyjną, często trzymają maskotkę, która ma za zadanie stworzyć bardziej „przyjazną” atmosferę, złagodzić fakt, że dziecko znajduje się w całkowicie obcym środowisku. Dziecko na salę operacyjną musi wjechać bez swojego opiekuna. Osoby spoza szpitala nie mają wstępu na blok operacyjny, co dodatkowo może potęgować stres. Po zadziałaniu narkozy, operacja wygląda podobnie jak w przypadku osoby dorosłej.

Analizując pracę z dziećmi przez pryzmat brudnej pracy, należy skupiać się na jej poszczególnych wymiarach – brudzie związanym z obciążeniami społecznymi (praca z dziećmi naznaczonymi społecznie – chorymi nieuleczalnie, upośledzonymi itp.), z obciążeniami emocjonalnymi (praca związana z emocjami towarzyszącymi podczas leczenia dzieci) oraz brudzie fizycznym. Można zauważyć inne podejście do dzieci i dorosłych, było to widoczne szczególnie w narracjach – to, co jest traktowane jako brudne w pracy z/nad dorosłym, nie jest traktowane jako brudne w pracy z/nad dzieckiem.

B: Czy uważa pani pracę za brudną, mającą kontakt z czymś, co może brzydzić?

I: Nie!... nie no, dzieci to jest też zupełnie inaczej, no nawet jak zwymiotuje czy trzeba przewinąć, no to jest dziecko, inaczej człowiek do tego podchodzi niż do osoby dorosłej... (pielęgniarka pracująca na oddziale dziecięcym, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Praca z dziećmi naznaczonymi społecznie nie jest odbierana jako praca brudna, dzieci niepełnosprawne lub nieuleczalnie chore są traktowane jako wysoce poszkodowane przez los, z którymi praca jest szlachetna. Pomoc najbardziej pokrzywdzonym dzieciom i poświęcenie się pracy z nimi budzić może raczej podziw niż obrzydzenie.

Z materiału z obserwacji oraz wywiadów można wysnuć istotny wniosek - jeśli chodzi o brud fizyczny związany z ciałem człowieka, to w przypadku dzieci traktowany jest on jako niebrudzący, niepowodujący obrzydzenia. Praca związana z brudem fizycznym dziecka jest postrzegana jako czysta, w przeciwieństwie do brudu związanego z ciałem osoby dorosłej. Podczas badania dzieci lekarze przywiązują mniejszą uwagę do zabezpieczania się przed kontaktem z brudem fizycznym.

W przypadku obciążeń emocjonalnych związanych z cierpieniem dzieci, rozmówcy podkreślali, że jest to najgorszy element pracy. Śmierć oraz ciężkie choroby małych pacjentów są przeżywane najbardziej. O ile nad kontaktem z cierpiącymi dorosłymi personel medyczny jest w stanie przejść do codzienności, to w przypadku dzieci, są to sytuacje bardzo obciążające.

Staram się to tak... wyjść stąd i nie myśleć, aczkolwiek no nieraz się nie da, człowiek pójdzie do domu i później tam dzwoni, jak ten, czy tamten pacjent, czy jest już lepiej, czy tam coś, ale no... jakoś tak próbuję nie wiązać się tak... aż tak bardzo, no bo to... ale czasami to jest silniejsze od człowieka... (pielęgniarka pracująca na oddziale dziecięcym, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Ważne jest również to, że bez względu na fakt, z jakim pacjentem ma kontakt lekarz (dorosłym lub dzieckiem), aby skutecznie wykonywać swoją pracę, musi on oderwać się od swoich uczuć. I w jednym i w drugim przypadku nie może on nadmiernie współczuć pacjentowi, tylko przeprowadzić określony zabieg i zlecić dalsze badania, które mogą okazać się dla pacjenta np. bolesne.

Podczas rozmowy z osobami, które zajmowały się przeprowadzeniem sekcji zwłok, zwracały one uwagę na fakt, że najtrudniej przeprowadza się sekcje dzieci, ze względu na pojawiające się emocje – smutek, żal, przygnębienie.

(...) trzyletni chłopiec pobity rzekomo przez konkubenta (...), to też pamiętam to dziecko, które na pierwszy rzut oka nie miało żadnych obrażeń, a po otwarciu no to była tragedia!... to zresztą, mam takie wrażenie, że zawsze jak do zakładu trafiają dzieci to... wtedy jest taka cisza! Taka powaga i nikt nawet nie próbuje sobie żartować ani rozładować atmosfery, bo to jest, to jest zawsze przykre wtedy... (student wiążący swoją przyszłość z medycyną sądową, kobieta, wiek ok. 22 lat).

Tabela 9. Brudna praca z dziećmi/ brudna praca z dorosłymi

	Praca z/ nad dorosłym	Praca z/ nad dzieckiem
Praca związana z obciążeniami fizycznymi	Brudna	Nie brudna
Praca związana z obciążeniami emocjonalnymi	Nie brudna	Brudna
Praca związana z obciążeniami społecznymi	Brudna	Nie brudna

Źródło: opracowanie własne

22. Rodzina w procesie leczenia

Rodzina pacjenta w procesie leczenia odgrywa znaczącą rolę, czasem jest to utrudnianie prac personelu medycznego np. zakłócanie pracy poprzez sugerowanie, że pacjent jest źle leczony, czasem ułatwianie np. pomagając przy codziennej toalecie lub karmieniu pacjenta. Pielęgniarki tworzą subkulturę pracowniczą, która w szpitalu ma bezpośredni kontakt nie tylko z pacjentami, ale również z ich rodzinami. Kontakt lekarza z rodziną pacjenta ogranicza się tylko do przekazania koniecznych informacji. Trudno, żeby lekarze poświęcali więcej czasu rodzinom, skoro mają go niewiele dla pacjentów, wyjątek stanowią rodziny pacjentów nieletnich. Osoby pozostające w bliskich kontaktach z chorymi nie są w stanie „trzeźwo” oceniać sytuacji i podważają niektóre zalecenia lekarzy np. nieprzyjmowania posiłków lub wykluczenie z diety niektórych potraw. Dlatego pielęgniarki muszą tłumaczyć i wręcz pilnować, aby bliscy nie karmili swoich krewnych określonymi posiłkami, które mogą im zaszkodzić. Rodziny utrudniają również pracę personelu medycznego swoją roszczeniowością, związaną z przekonaniem, że to właśnie na ich bliskich należy się skupić. Z powodu braków personalnych w szpitalach, na jednego pracownika medycznego przypada zbyt duża liczba pacjentów. Również rodzina umierającego pacjenta stanowi problem dla lekarzy oraz pielęgniarek. Łatwo jest im radzić sobie z pojedynczymi członkami rodziny, jednak poradzenie sobie z grupą może stanowić problem. Pielęgniarki muszą utrzymywać krewnych pacjenta pod kontrolą, aby ci jak najrzadziej urządzali dramatyczne sceny i mogli na spokojnie podejmować istotne decyzje, odwiedzać pacjenta i pomagać w opiece nad nim, nie zakłócając normalnego funkcjonowania szpitala (por. Glaser, Strauss 2005: 136).

(...) nieraz rodziny są bardzo, trudniejsze od pacjenta tak... zresztą tak jak pan tu widzi, tu mamy salę udarową i mamy pacjentów w większości takich yyy nieprzytomnych, oni są bez kontaktu, także ten kontakt jest też inny tak... jest utrudniony. W zasadzie także

inaczej jest z pacjentem przytomnym, a inaczej z takim pacjentem... (pielęgniarka, kobieta, wiek ok. 60 lat).

Z drugiej strony braki w personelu medycznym sprawiają, że rodzina może przejąć część obowiązków wykonywanych przez pielęgniarki i personel szpitala. Rodzina szczególnie może okazać się niezastąpiona w pomocy pacjentowi przy czynnościach higienicznych i toalecie. Krewni przebywający przy chorym często przyjmują rolę inną niż rola krewnego, zazwyczaj jest to rola pracownika (Glaser, Strauss 2005: 164) i uczestniczą w pracy nad czystością pacjenta. Pacjenci również odczuwają większy komfort, kiedy zajmuje się nimi rodzina.

(...) generalnie teraz w pielęgniarstwie jest nastawienie na przyuczanie ludzi (rodziny – przyp. badacz) do tych czynności, kiedyś niechętnie patrzono, gdy rodzina przychodziła i się rządziła. Teraz niestety musimy, bo nie ma już takiej ilości personelu... (pielęgniarka, kobieta, wiek ok. 40 lat).

W procesie leczenia dzieci rodzice odgrywają znaczącą rolę. Dziecku trudno jest wytłumaczyć, dlaczego musi przebywać w szpitalu i mieć ograniczony kontakt z rodzicami, dlatego jeśli to możliwe rodzice spędzają jak najwięcej czasu w szpitalu ze swoim dzieckiem. Stwarza to poczucie bezpieczeństwa. Dziecku łatwiej jest również zaufać matce lub ojcu niż komuś obcemu. Dlatego tłumaczenie dzieciom dlaczego muszą być wykonywane poszczególne zabiegi oraz co będzie się działo z małym pacjentem, odbywa się w obecności rodzica, który de facto, jako prawny opiekun, musi wyrazić zgodę na określone zabiegi. Formalny i emocjonalny wymóg obecności rodzica w szpitalu jest nieodłącznym elementem hospitalizacji dzieci.

Tabela 10. Udział rodziny pacjenta w procesie leczenia

Rodzina w procesie leczenia	
Ułatwienie pracy personelu medycznego	Utrudnienie pracy personelu medycznego
Przejęcie części obowiązków (głównie opieki nad chorym oraz pomocy w codziennych czynnościach), delegowanie brudnej pracy związanej z higieną pacjenta na rodzinę przez personel medyczny	Roszczeniowość w stosunku do personelu medycznego, próby wymuszenia traktowania pacjenta (członka rodziny) jako najważniejszego, odciąganie uwagi personelu medycznego od innych pacjentów
Udzielenie informacji personelowi medycznemu odnośnie trybu życia pacjenta	Kwestionowanie terapii
	Pomoc w zachowaniach antyzdrowotnych (podawanie zakazanych posiłków, alkoholu itp.)

Źródło: opracowanie własne

Na ciekawy przypadek odnośnie opieki nad chorymi przez bliskich zwróciła uwagę Elżbieta Zakrzewska-Manterys (2010). W przypadku rodzin osób upośledzonych umysłowo często zdarza się, że rodzeństwo wiąże swoją drogę zawodową z opieką nad nimi (...) *rodzeństwo wybiera karierę zawodową związaną z koniecznością bliskiego kontaktu z upośledzonymi. Ci młodzi ludzie wybierają zawody psychologów, terapeutów, nauczycieli. Jest to więc zasadnicza jakościowa różnica między rodzinnymi związkami osób upośledzonych z rodzicami, a profesjonalnymi raczej niż rodzinnymi związkami z rodzeństwem* (Zakrzewska-Manterys 2010: 136).

Bliscy osób terminalnie chorych również często stają się nieprofesjonalnymi „ekspertami” w pomocy takim osobom (wiedzę czerpiąc z książek i rozmów z innymi osobami, które posiadają doświadczenie w opiece nad chorymi). Brudna praca związana z pomocą w codziennych czynnościach może być wtedy wykonywana przez rodzinę w domu.

23. Atmosfera oczekiwania

Pobyt w szpitalu dla pacjenta związany jest z czymś, co Krzysztof Konecki (2010) określa jako „atmosfera czekania”. Konecki użył tego terminu, analizując życie bezdomnych. *Bezdomni po prostu siedzą i czekają, obserwują, bowiem muszą coś robić istniejąc w czasie* (Konecki 2010: 11). Podobnie jest w przypadku pacjentów, którzy czekają na lekarza, na odwiedzinę przez rodzinę i znajomych, na przeprowadzenie kolejnych badań, operację i wreszcie na wyzdrowienie (lub w przypadku hospicjów i niektórych oddziałów szpitalnych np. onkologicznych, na śmierć). Nie jest to jednak oczekiwanie nieokreślone w czasie, pacjenci zawsze czekają na „coś” (celowość oczekiwania) w przeciwieństwie do bezdomnych (oczekiwanie bezcelowe).

Pacjenci cały dzień spędzają w szpitalnym łóżku, patrząc się w przestrzeń, czytając książki lub patrząc się w ekran komputera, tabletu (jeśli zabrali go ze sobą do szpitala), niektórzy przechadzają się po szpitalnym korytarzu, nie zmierzając w żadnym konkretnym kierunku, prowadzą rozmowy z innymi pacjentami. Ważne jest to, żeby pacjent znajdował się w pobliżu swojego łóżka (miejsca, do którego jest przypisany), umożliwia to szybkie odnalezienie osoby chorej przez personel medyczny.

Podobnie sytuacja wygląda w przypadku izby przyjęć – pacjenci czekają na przeprowadzenie badania lub na wyniki badań, na podstawie których lekarz zdecyduje czy pacjent może wracać do domu czy powinien zostać w szpitalu.

24. Praca nad odczuciami

Praca z pacjentami rozpoczyna się już podczas zdobywania wykształcenia. Student medycyny spędza dużo czasu podczas szkolenia praktycznego z pacjentami, o których ma ogólne wyobrażenie (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 208). Zgodnie z koncepcją Straussa (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Weiner 1988: 258) wyróżnia się 7 typów pracy nad odczuciami (więcej w paragrafie 7 *Praca nad odczuciami*). W tym miejscu poddane zostanie analizie, przy wykorzystaniu koncepcji brudnej pracy, wszystkie siedem typów poprzez pryzmat uzyskanych w badaniach danych.

Praca interakcyjna i reguły moralne – w przebiegu interakcji między pacjentem a lekarzem istnieją ogólnie przyjęte i akceptowane normy zachowania – pacjent przychodzi do gabinetu lekarskiego i przedstawia historię swojej choroby, mówi o swoich dolegliwościach, zostaje poddany badaniu, diagnozie, dostaje informację zwrotną na temat choroby, receptę. Pacjent, który trafia na izbę przyjęć, musi liczyć się z tym, że czas oczekiwania na diagnozę i kontakt z lekarzem będzie długi – oczekiwanie na diagnozę to minimum 2 godziny (jeśli u pacjenta nie stwierdzono zagrożenia życia). Prowadząc badania do doktoratu, również trafiłem z osobą najbliższą do szpitala. Czas oczekiwania na wszystkie badania, od momentu wejścia na izbę przyjęć do wyjścia wyniósł 5 godzin (od godziny 18:00 do 23:00). W szpitalu pacjent poddawany jest poszczególnym zabiegom, ma kontakt z lekarzem codziennie rano – podczas obchodu oraz podczas zabiegów. Po zakończonym procesie leczenia, może wrócić do domu. W przypadku pobytu w szpitalu interesujące jest również określenie „wypuścić do domu”. Używanie zwrotów *wypuścić*, *puścić* może sugerować, że osoba przebywa w placówce, która ogranicza jej wolność. Może być to związane z faktem, że choroba, dopóki nie zostanie zakończona zagraża życiu, pośrednio zniewala (wyklucza ze społeczeństwa, z normalnego funkcjonowania, uniemożliwia prawidłowe wykonywanie swojej wcześniejszej roli) i od lekarza zależy, kiedy pacjent zostanie uwolniony – od choroby oraz od przestrzeni szpitalnej. *Wypuścić* oznacza moment zakończenia choroby (przynajmniej jej najpoważniejszej formy). Lekarz w społeczeństwie ma specjalną rolę, pośrednio może decydować o życiu jednostki, orzeczenie lekarskie ma dużą moc w społeczeństwie. Może zapewnić specjalne warunki wypoczynku i zdrowienia, dać rentę i różne odszkodowania, zwolnić z obowiązku pracy, ze służby wojskowej, z więzienia (Sokołowska 1980: 135). W przypadku operacji na sali operacyjnej wszystkie reguły również są przyswojone i rozumiane przez wszystkich uczestników interakcji.

Nasza rola polega na tym..., że przed rozpoczęciem zabiegu my zbieramy wywiad ogólny od pacjenta i przekazujemy go lekarzowi. Jeżeli taki wywiad zbierzemy... rzetelnie, no to wiemy, nie musimy pytać lekarza tak, jakie narzędzia potrzebuje do tego zabiegu i szukujemy sami... tak jak ja... oglądam zdjęcie, pytam o przebieg, czy chorował na coś, czy nie chorował, czy przyjmuje jakieś leki, czy nie przyjmuje, szukuję narzędzia, szukuję znieczulenia, bo też to należy do naszych obowiązków i wtedy proszę lekarza do zabiegu i lekarz już ma wszystko naszykowane... w trakcie zabiegu oczywiście są potrzebne inne narzędzia, ale my jako higienistki musimy wyprzedzać myśli lekarza, żeby on nie musiał tracić czasu, żeby powiedzieć, że jest mu potrzebna, np. nie wiem, dźwignia prosta bądź boczna tylko my już widzimy w czasie pracy, no i wtedy podajemy te narzędzia tak... (higienistka stomatologiczna, kobieta, wiek ok. 32 lat).

Ciekawym zaburzeniem przebiegu interakcji i ogólnie przyjętych zasad postępowania jest praca ratowników medycznych oraz pracowników Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Ludzie, do których są wysyłane karetki, lub ci, którzy dzwonią do CPRu, są zdenerwowani, ulegli jakiemuś wypadkowi lub dzwonią po karetkę, widząc jakiś wypadek. Pracownik przyjmujący zgłoszenie musi wykonać trudną pracę – opanować własne zdenerwowanie, zapanować nad własnymi emocjami oraz emocjami osoby dzwoniącej, aby uzyskać niezbędne informacje dotyczące sytuacji lub zdarzenia. Ratownik medyczny przybywający na miejsce zdarzenia również nie może się spodziewać tego, co zastanie na miejscu, np. osobę pod wpływem alkoholu, agresywną itp.

(...) to jeszcze jak w pogotowiu jeździłem, jako młody doktor (...) ktoś zadzwonił po pogotowie, że jest agresywna kobieta, i my przyjechaliśmy jako pogotowie, że tak powiem zwykle..., bo teraz to są inne pogotowia, wypadkowe, tak my mieliśmy tylko nasze... no i jak mieliśmy takie przypadki, to zazwyczaj się dzwoni po policję i policja unieszkodliwia, bo z tym człowiekiem nie ma kontaktu. No proszę się uspokoić, no łatwo powiedzieć, „proszę się uspokoić, wszystko będzie dobrze” i się pacjent uspokaja (śmiech)... Z takim człowiekiem nie ma kontaktu, a jednocześnie jest, no groźny i nawet przy nas tam zaczął wymachiwać, ona, wekami i na nas i tam troszkę mięsem na nas rzuciła, więc to postanowiłem jako kierownik zespołu. No mówię, „panowie tutaj bierzemy ją”, no takim jeszcze fiałem 125 jeździliśmy, z tyłu kłapa i tam nosze były, takiego miałem sanitariusza dosyć prężnego, no to mówię podjedź pod tę ławkę po środku... aha no to najpierw dzwoniłem po tę policję, a oni nie przyjeżdżają... nie przyjeżdżają, tu bloki, wszyscy w oknach, kurczę, w parapetach i patrzą co się dzieje, no a ja nie umiałem sobie poradzić. No i tak wymyśliłem, że tutaj trzeba ją siłą położyć na te nosze i jazda tam do szpitala

Biegańskiego... No i tak żeśmy zrobili. Więc najpierw żeśmy ją tak podeszli, sanitariusz ją tam złapał tak za ręce, wepchnęliśmy ją, na nią, się położyliśmy, jakoś tam tą klapę zamknął i tak we dwójkę żeśmy na niej leżeli (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

W powyższej wypowiedzi ważnych jest kilka kwestii przede wszystkim zagrożenia, związane z pracą lekarzy (niebezpieczni pacjenci, osoby w szoku, osoby poszkodowane, które mogą zaatakować lekarza lub uniemożliwić zabranie do szpitala – osoby agresywne) oraz konieczność uspokojenia pacjenta z zastosowaniem środków mechanicznych, w tym wypadku siły fizycznej (którą w tym wypadku można traktować jako szczególny wymiar pracy uspokajającej). Podczas obserwacji odnotowałem, że pacjentów agresywnych przypinano do łóżka specjalnymi, skórzanymi pasami, które skutecznie ograniczały ruch oraz uspakajano środkami farmakologicznymi. Często zdarzało się, że pacjent po „unieruchomieniu” stawał się jeszcze bardziej agresywny (wyzywał lekarzy, pluł). Brudna praca w tym wypadku związana jest z kontaktem z agresywnymi, niebezpiecznymi osobami.

Kolejnym typem pracy nad odczuciami wyróżnionym przez Straussa jest *praca nad zaufaniem*. W przypadku lekarzy jest to jeden z podstawowych elementów wykonywania praktyki. Brak zaufania do lekarza może przełożyć się na liczbę pacjentów, którzy będą korzystali z jego usług - niechęć, nieufność i podejrzliwość do opieki zdrowia może się odbić na ilości pacjentów. Zła opinia o pracownikach medycznych może się również przełożyć na częste oskarżenia o *błąd w sztuce* lekarskiej. W Łodzi w 2002 roku miała miejsce sprawa związana z uśmiercaniem pacjentów oraz sprzedażą do zakładów pogrzebowych informacji o zgonach przez ratowników medycznych (sprawa „łowców skór” ujawniona 23 stycznia 2002 roku przez dziennikarzy Gazety Wyborczej). W związku z ujawnieniem afery skazano prawomocnym wyrokiem czterech pracowników medycznych. Sytuacja ta wpłynęła na poziom zaufania do ratowników medycznych oraz większą podejrzliwość co do jakości wykonywania przez nich swoich obowiązków. Jest to dobry przykład zachwiania zaufania, w konsekwencji którego ludzie nieufnie podchodzili do sposobu wykonywania pracy przez ratowników oraz kwestionowali sposoby ich działań.

Ludzie skarżą, są bardzo roszczeniowi, no bardzo złą... no jeszcze się wlecze za nami sprawa łowców skór!... no często ludzie jeszcze... analizują, że np. był zgon, że... nie było zrobione wszystko jak należy itd., że na pewno jest gdzieś nasza вина... umyślna, nieumyślna, ale że na pewno jest nasza вина, no i potem musimy się bronić nie... tak naprawdę, prawie sami bo... bo mówię, no decyzje są ciężkie... no to jest ciężka praca...

powiem szczerze... no przerobiłem... mówię, od przewozów... tutaj pogotowie, poprzez karetki itd. itd., dyspozytornia jest uważana... za jedną z najgorszych tutaj form pracy... (ratownik medyczny, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Praca nad zaufaniem najczęściej polega na okazaniu zrozumienia pacjentowi oraz profesjonalnym leczeniu. Istnienie różnych portali internetowych, na których można ocenić jakość pracy z danym lekarzem, również przyczynia się do budowania zaufania – lekarze, którzy cieszą się dobrą opinią wśród pacjentów, łatwiej budują zaufanie.

Podczas prowadzenia obserwacji na oddziale szpitalnym musiałem nosić lekarski fartuch (wymóg narzucony przez szpital). Niejednokrotnie czekając na odprawę przed pokojem lekarskim zwracali się do mnie pacjenci z różnymi pytaniami. Sądzą po rekwizytach, że jestem „osobą z wewnątrz”, opowiadali o swoich chorobach, o chorobach swoich bliskich, często podając intymne szczegóły. Lekarze, osoby związane z medycyną cieszą się zaufaniem. Pacjenci podczas pierwszego kontaktu traktują lekarza, jako osobę, której, nie tyle można zaufać, co powinno się zaufać. Interesujące jest to, że definicji sytuacji dostarczają głównie rekwizyty – ubiór. Zaufanie do lekarza związane jest również z zanikiem poczucia wstydu u pacjentów – lekarzowi można powiedzieć i pokazać wszystko.

(...) opowiadają o swoich problemach, o jakichś... związanych z funkcjonowaniem w środowisku z tą chorobą, o tym, że nie ma ich kto smarować, bo są samotni (...), niektórzy chcą się wygadać (...) (dermatolog, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Praca uspokajająca jest jednym z najbardziej istotnych elementów praktyki lekarskiej, który przyczynia się do efektywnego przeprowadzania zabiegów oraz uzyskania informacji o dolegliwościach pacjenta. Prowadząc badania nad zawodami medycznymi, wydaje się, że największą pracę związaną z uspokojeniem pacjenta muszą wykonać pracownicy Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Nie widząc osoby poszkodowanej, muszą udzielić niezbędnych informacji oraz uzyskać informacje potrzebne do wysłania pomocy. Wybór taktyki uspokojenia pacjenta zależy od sytuacji. Zapanowanie nad emocjami osoby poszkodowanej w wypadku lub niedoszłego samobójcy jest trudne. Pracę uspokajającą muszą wykonać również lekarze pogotowia ratunkowego oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, którzy mają pierwszy kontakt z pacjentami po wypadku lub tuż po wystąpieniu objawów złego stanu zdrowia.

Praca uspokajająca wymaga również od lekarzy odpowiedniego podejścia do pacjentów trudnych, bojących się wykonywanych zabiegów i operacji. Uspokojenie, nie zawsze ogranicza się do zwykłego stwierdzenia: „to nie będzie bolało”. Osoby, które są

wrażliwe na krew, mogą mdleć lub słabnąć na jej widok. Lekarz poza swoją podstawową pracą – wykonaniem zabiegu, musi wykonać pracę emocjonalną, zapanować nad zdenerwowaniem osoby, na której przeprowadzany jest zabieg. W tym wypadku nie ma reguł postępowania, wszystko zależy od pacjenta i jego lęku.

No z dorosłymi to jest różnie. Jeden dorosły poprzez rozmowę zrozumie, a na drugiego też trzeba czasami krzyknąć i to tak porządnie. I wiem, że zdarzały się takie przypadki, że nawet i trzeba było takiego dorosłego chlasnąć, że tak powiem, żeby się ocknął i uspokoił i pacjenci potem dziękują, ale to bardzo sporadycznie się takie przypadki zdarzają. Wręcz teraz to chyba już się nie zdarzają, bo... no medycyna, a zwłaszcza stomatologia idzie tak do przodu, że teraz znieczulenia są naprawdę bardzo dobre i... no ale zdarzają się pacjenci, którzy się boją i trzeba z nimi... no przeważnie zwykłą rozmową, tonem cichym spokojnym, powolnym, wtedy pacjent się wycisza i można zacząć pracę (stomatolog, kobieta, wiek ok. 80 lat).

Praca uspokajająca może mieć również inny wymiar. Pacjent agresywny, który zagraża bezpieczeństwu innych pacjentów, musi zostać uspokojony środkami farmakologicznymi lub fizycznie ubezwłasnowolniony. Podczas prowadzenia obserwacji na izbie przyjęć byłem świadkiem kilku sytuacji, kiedy pacjenta trzeba było uspokoić nie tylko rozmową. Przyczyny, dla których pacjenci są agresywni, są różne – są w dużym szoku i nie wiedzą, co się z nimi dzieje lub, częściej, są pod wpływem środków odurzających – alkoholu lub narkotyków.

Notatki z obserwacji: Pacjent (C) leży na łóżku, „do zaszcucia jest ten gość, ale się rzuca, no nie drap mnie!” Pięciu lekarzy jest przy nim - przy jednym pacjencie, ten krzyczy, rzuca się, przeklina, szarpie się. „Gdzie, pan wchodzi proszę pana, proszę tu nie wchodzić, proszę zamknąć drzwi” – do pomieszczenia chce wejść jakaś osoba. Zostaje wyproszony z pokoju. Otwierają się drzwi, krzyk, lekarze się śmieją. „Nie rozumiem czego się szarpiesz”. Pacjentowi przypięto rękę, mówi że go boli. Lekarze wymieniają sarkastyczne uwagi między sobą. Pielęgniarka wnosi dodatkowy pas do przypięcia – „jak udowodnisz że możesz grzecznie leżeć to cię odepniemy”. „Czy tak panu jest wygodnie, czy coś poprawić” - żartuje pielęgniarka.

W przypadku zabiegów przeprowadzanych przez lekarzy istotne są: poinformowanie pacjenta, co będzie mu robione, jak wyglądają poszczególne czynności, rozmowa oraz czasem spryt i odpowiednie podejście do wykonywanego zabiegu. Stosowanie techniki interakcyjnych np. małe oszustwo odnośnie sposobu wykonywania

zabiegu, odwrócenie uwagi pacjenta, mogą pomóc w skutecznym przeprowadzeniu zabiegu.

Na szpitalnym oddziale pacjent jest już uświadomiony odnośnie swojego stanu zdrowia. Jeśli znajduje się w trakcie diagnozy, największą pracę uspakajającą wykonują pielęgniarki. Lekarze, nie mając wystarczającej ilości czasu, ograniczają swój kontakt z pacjentem do przekazania rzeczowych informacji. Pacjenci o swoich obawach częściej rozmawiają z personelem medycznym niższego szczebla.

Praca nad biografią wydaje się być istotnym elementem pracy lekarzy. Od uzyskanych od pacjenta informacji na temat jego stylu życia, alergii itp., zależy dobór odpowiedniej metody leczenia. Rozmowa przed zabiegiem lub odczytanie informacji na karcie pacjenta warunkuje cały proces leczenia. Wywiad z pacjentem jest jednym z podstawowych elementów pracy, zbierany jest na każdym etapie leczenia, po przyjeździe do gabinetu lekarskiego, po przyjeździe do szpitala, każdego dnia w trakcie obchodu lekarskiego, przed operacją (przez anestezjologa, przez lekarza), po operacji, przed wypisaniem pacjenta ze szpitala. Podczas zajęć ze studentami w szpitalu omawia się, na co zwrócić uwagę podczas wywiadu z pacjentem, żeby można było wykonać właściwe badania i postawić właściwą diagnozę. Jeśli lekarz źle przeprowadzi wywiad, wykona zbyt dużą liczbę badań, to może doprowadzić do postawienia błędnej diagnozy. Notatka z obserwacji: lekarz tłumaczy praktykantowi jak zlecać badania *musisz się skupić na określonych objawach, nie możesz zlecić wszystkich badań, bo będziesz miał szum informacyjny, nie ma osób, które są w 100% zdrowe, więc zawsze coś może ci wyjść, co nie jest związane z powodem, dla którego pacjent do nas przyszedł (...).*

Pacjent idzie na oddział, no to wtedy siadamy, na tak co najmniej godzinę, tak, zbieramy wywiad cały, rodzinny – no to się pytamy o wszystko, o rodzinę, o dziadków, mamę, tatę, czy ktoś chorował, po kolei, kariera zawodowa, jakie szkoły skończył, nas tu wszystko interesuje... no potem, od kiedy się czuje źle! Tak, czyli konkretnie nam opisuje swój stan zdrowia, pytamy dwa razy, od kiedy się źle czuje, czym był leczony (...) (psychiatra/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Praca nad tożsamością jest wykonywana nad pacjentem, jej celem jest przezwyciężenie problemów osobistych i ma ona na celu polepszenie samooceny. Pacjent umierający lub pacjent, który musi przejść poważną operację, zagrażającą życiu lub np. operację usunięcia koniczny, może odczuwać pewien dyskomfort psychiczny, który będzie przekładał się na jego zaniżoną samoocenę. Personel medyczny (najczęściej niższego szczebla np. pielęgniarki) wykonuje w takim przypadku pracę nad tożsamością – mającą

na celu podwyższenie samooceny, związane jest to często z próbą przywrócenia „chęci do życia”.

W przeprowadzonych rozmowach żaden z lekarzy nie wskazał na elementy pracy nad kontekstem świadomości. Najprawdopodobniej wynikało to z faktu, iż pracownicy medyczni w wywiadzie opisywali swój zawód, to jak do niego podchodzą, jaki mają stosunek do śmierci oraz choroby, nie poruszali więc tematu pracy nad samopoczuciem psychicznym pacjenta. Podczas obserwacji i rozmów w terenie z lekarzami (oraz analizując materiał badawczy) stwierdziłem, że lekarze i pielęgniarki wykonują pracę nad kontekstem świadomości nieświadomie. Pielęgniarki zwracały uwagę na fakt, iż pacjentów należy informować o nadchodzącej śmierci, tak aby mogli dokończyć sprawy formalne (np. spadkowe) związane ze śmiercią – stosować tzw. otwarty kontekst świadomości. W rozmowach przeprowadzonych dla celów dysertacji pielęgniarki podkreślały, że pacjenci są informowani o swoim stanie zdrowia. Problemem są natomiast rodziny, które wolą podtrzymywać zamknięty kontekst świadomości i zmuszają personel medyczny do udawania, że stan pacjenta jest dużo lepszy niż w rzeczywistości.

Sami pacjenci również mają różne podejście do wiedzy na temat śmierci. Większość chce znać swój stan zdrowia. Zdarzają się natomiast tacy, którzy wolą nie wiedzieć lub udają, że ich stan jest lepszy niż w rzeczywistości.

(...) jeśli się pacjentowi powie jak zapyta (...), no nie zostało panu dużo... Nikt też nie powie „pan to umrze we wrześniu tak, czy tam w październiku”. Tylko no, że „nie zostało panu już tego życia na tyle długo”... Druga grupa to są pacjenci którzy, jakby... no właśnie, nie przyjmują do wiadomości, czyli próba przekazania, chęci porozmawiania kończy się tym, że pacjent jak gdyby, nie jest zainteresowany tak... Ale wychodzi się z założenia, że pacjent powinien znać prawdę, nie ukrywa się, i rodzinie... Tu jest też konflikt z rodzinami, bo wymuszają na nas, żeby tylko tatuś się nie dowiedział (pielęgniarka, kobieta, wiek ok. 40 lat).

Podczas obserwacji miałem możliwość zaobserwować kilka sytuacji związanych ze śmiercią. W izbie przyjęć okazało się, że powodem utraty przytomności przez pacjenta był guz mózgu. Stan starszego mężczyzny był na tyle poważny, że nie można było już mu pomóc. Lekarz dyżurny poinformował o tym fakcie nie samego pacjenta, ale jego rodzinę. Córką została poproszona na bok, osoba dyżurująca przekazywała informację na osobności. Po wszystkim zapytała, czy podać lek na uspokojenie. Lekarz, który zwykle zachowywał się żywiołowo, w momencie, w którym przekazywał informację, ściszył głos. Był (lub udawał, że jest) pełen emocji. Po odejściu od córki pacjenta powrócił do

wcześniejszego zachowania. Ważny jest również język, jakim posługiwał się lekarz, pomimo że starał się on mówić w sposób zrozumiały, czasem używał terminów medycznych, które łagodziły przekazywane informacje. Nie mówił, że „pacjent umrze”, tylko że „rozpocznie proces umierania” lub „jeszcze musimy przeprowadzić badania dla potwierdzenia”. Lekarze nie mówią o śmierci, jeśli nie mają pewności, dlatego określenie „musimy przeprowadzić badania dla potwierdzenia” itp. w ich mniemaniu mają łagodzić przekazywane informacje.

Po tej sytuacji przeprowadziłem wywiad z lekarzem odnośnie informowania o śmierci pacjenta. Lekarz powiedział, że łatwiej jest informować rodzinę oraz, że chory lepiej czuje się w obecności bliskich kiedy się dowiaduje o swoim stanie. Są przypadki, kiedy pacjent nie chce, aby rodzina go odwiedzała. Wtedy informacja przekazywana jest bezpośrednio pacjentowi. Brudna praca związana z przekazaniem informacji o śmierci jest przenoszona, w miarę możliwości, na rodzinę pacjenta.

Kolejny ciekawy przypadek informowania o śmierci pacjenta zaobserwowałem na oddziale szpitalnym. Jedna z pielęgniarek zachorowała na nowotwór złośliwy. Nie mogłem uczestniczyć w rozmowach o jej stanie - *to jest prywatna sprawa, to jest nasza pielęgniarka, proszę poczekać* (lekarz). Przez uchylone drzwi mogłem dostrzec, że lekarze żartują z pielęgniarką oraz rozmawiają o jej leczeniu. W dalszej części dnia przysłuchiwałem się rozmowie lekarzy, podczas której zastanawiali się, ile czasu pozostało chorej pielęgniarce. Lekarz zapytany wprost o sytuację odpowiedział: *to jest nasza pielęgniarka, sama opiekowała się chorymi w podobnym stanie co ona i widziała, jak umierają*. Okazało się, że wszyscy doskonale zdawali sobie sprawę z nadchodzącej śmierci, zarówno lekarze jak i pacjentka, ale wszyscy omijali temat śmierci. Pacjentka (pielęgniarka) wiedziała, jaki skutek będzie miała jej choroba, lekarze również, mimo to nikt nie rozmawiał o śmierci. Widoczne były strategie i działania charakterystyczne dla zamkniętego kontekstu świadomości, kiedy to wszyscy udawali przed sobą. W późniejszej rozmowie, lekarz powiedział: *ja nie jestem bogiem, nie wiem, ile komu zostało, dlatego o śmierci nie rozmawiamy z pacjentem. Wie pan, że na zapalenie wyrostka również można umrzeć? I co? Jak przychodzi pacjent do szpitala to mam mówić o możliwości śmierci? Nie! Podejmujemy leczenie i leczymy*. Wyraźnie można dostrzec wyjaśnianie zgodne z kulturą organizacyjną szpitala (której zadaniem jest leczenie), podczas rozmowy z pacjentami śmiertelnie chorymi, z którymi nie rozmawia się o śmierci, ale o leczeniu.

Podczas krótkiej obserwacji na oddziale onkologicznym przeprowadziłem wywiad z lekarzem odnośnie informowania pacjentów o ich stanie zdrowia.

Zawsze łatwiej rozmawiać, jeżeli mamy coś do zaproponowania. Ale jest pewien moment, kiedy wiadomo, że nie ma więcej opcji terapeutycznych i w tym momencie większa korzyść dla pacjenta jest z leczenia objawowego (...) jeżeli mam progresję i muszę kończyć leczenie, to ja mówię choremu, że tu się część rzeczy zmienia, (...) gorzej jest, jeżeli to wszystko dzieje się gwałtowniej. No i wtedy po prostu muszę powiedzieć, że według mojej wiedzy czy według danych, które posiadamy, większą korzyść odniesie pani z leczenia objawowego (...) pewien sposób dobierania słów, tego się człowiek uczy pracując... Sformułowanie „leczenie objawowe”, to „pani doktor, to znaczy, że ja nie będę leczona... albo pani doktor, to znaczy, że ja umrę”... No to jest najtrudniejsze. Słowa i chyba wtedy trzeba cokolwiek powiedzieć, żeby nie kończyć rozmowy z taką informacją... Ja staram się powiedzieć najdelikatniej jak umiem... ale prawdę i dosyć prosto... To nie jest tak, że ich okłamuję mówiąc, że zostało im tylko leczenie objawowe, bo to jest prawda, bo to jest leczenie, to są leki przeciwbólowe, leki przeciw nudnościom, przeciw wymiotom, przeciw dusznościom, to jest leczenie... Tylko to już nie jest podawanie cytostatyków, czyli trucizn... To musimy mieć świadomość, że to, co ja daję, to jest rodzaj trucizn, które, jeżeli organizm jest silniejszy, to mamy na celu, że to bardziej zatrue ten nowotwór, a nie chorego, ale również mam świadomość, że zdarzają się sytuację, kiedy chorzy umierają z powodu powikłań po chemioterapii a nie z powodu choroby... (onkolog/ rezydent, kobieta, wiek ok. 30 lat).

Z powyższego cytatu można wyprowadzić kilka interesujących wniosków. Lekarzom trudno jest rozmawiać na temat śmierci wprost. Zapytani przez badacza oczywiście odpowiadali, że informowanie pacjenta i wolność pacjenta są najważniejsze. Jednak chowanie się za sformułowaniami „będziemy leczyć”, „będziemy leczyć objawowo”, daje pewną nadzieję lub umożliwia kontynuowanie zamkniętego kontekstu świadomości. Leczenie, zazwyczaj oznacza eliminowanie choroby, zaś leczenie objawowe to eufemizm, który pozwala powiedzieć pacjentowi, że z jego chorobą nie da już się walczyć. Lekarz również przesunął odpowiedzialność na „dane” – *według danych, które posiadamy, większą korzyść odniesie pani z leczenia objawowego*. Powyżej zamieszczono tylko częściową wypowiedź odnośnie informowania o śmierci pacjenta. W całej wypowiedzi można dostrzec próbę uzasadniania, tłumaczenia się przed badaczem, dlaczego podejmowane są określone zabiegi podczas informowania o śmierci. Przysłuchując się rozmowom z pacjentami podczas obserwacji, zauważyłem również, że lekarze odsuwają w czasie mówienie o sprawach śmierci (lub chorobach nieuleczalnych i

przewlekłych niekoniecznie związanych ze śmiercią). Wtedy zazwyczaj odwołują się do danych, mówią o czekaniu na wyniki badań, na powtórzenie badań itp.

Przekazywanie pacjentowi informacji o śmierci jest brudnym elementem pracy medycznej, lekarze starają się mówić o śmierci dopiero w ostateczności, kiedy nie ma już możliwości leczenia, pozostaje tylko leczenie objawowe, które zazwyczaj związane jest z łagodzeniem bólu umierania. Należy podkreślić, że zachorowanie na śmiertelną chorobę, nie oznacza, że pacjent umrze, obecnie medycyna jest w stanie wyleczyć pacjentów ciężko chorych, dużo zależy od samego stanu organizmu pacjenta, dlatego w przypadku osób chorych np. na nowotwór, nie można powiedzieć, że umrą, tylko podejmuje się leczenie, a z pacjentem rozmawia o ewentualnej możliwości niepowodzenia, ale nie mówi się, że na pewno umrze.

Tabela 11. Warunki, w których pacjent informowany jest o śmierci przez personel medyczny

	Pacjent, którego styl życia może doprowadzić do śmiertelnej choroby (np. alkoholicy)	Pacjent chory na chorobę śmiertelną, u którego podejmuje się leczenie (np. chory na nowotwór we wczesnej fazie)	Pacjent chory na chorobę śmiertelną, u którego nie jest możliwe dalsze leczenie (np. u którego leczenie nie daje efektów)
Informowanie o śmierci (kiedy?)	Przy każdej możliwej okazji	Nigdy	Po otrzymaniu ostatecznych wyników badań, nabraniu pewności, że pomoc nie jest możliwa
Stosowane zabiegi językowe	Żarty, obrażanie, zastraszanie	Odkładanie konieczności rozmowy o śmierci, przekładanie odpowiedzialności na „dane“, „badania“, unikanie rozmowy o śmierci	Sugerowanie pacjentowi, że możliwe jest już tylko leczenie objawowe, danie pacjentowi nadziei, powołanie się na statystyki
Komu przekazywana jest informacja	Bezpośrednio pacjentowi	O ewentualnej możliwości śmierci rozmawia się z rodziną	W miarę możliwości informacje przekazuje się rodzinie

Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o *pracę oczyszczającą*, czyli nieodmawianie osobie leczonej człowieczeństwa, można włączyć w tę kategorię wszelkie zabiegi, które mają na celu przygotowania osoby leczonej do zabiegów, np. zasłonięcie oczu opaską, negocjowanie z pacjentem sposobów doprowadzania do zdrowia. Pacjent podczas zabiegu powinien czuć, że lekarz nie skupia się na nim jako na jednostce chorobowej, ale że bierze pod uwagę również jego samopoczucie, wygląd po przeprowadzonym zabiegu (np. odpowiednie *zszycie pacjenta*, aby nie pozostały blizny itp.) oraz angażuje go w proces leczenia (odnosi się do jego odczuć związanych z leczeniem).

Koncepcja pracy nad uczuciami skonstruowana przez Straussa jest użytecznym narzędziem do analizy zawodów medycznych i pracy medycznej. W części teoretycznej rozważałem, czy może być traktowana jako jeden z elementów brudnej pracy. Po analizie materiału można odpowiedzieć, że kontakt z pacjentem podczas leczenia nie jest postrzegany przez lekarzy jako brudny i trudny, jednak niektóre jego elementy/ etapy wpisują się w koncepcję *dirty work*.

Każdy potrzebujący to jest człowiek i nasza praca polega na tym, że nie tylko jak jest rana, mamy wypadek tak, samochodowy, do jednego podchodzi się i jest na tyle opanowany, że ok. No mam tutaj rozcięte, tutaj opatrzenie tylko i daj mi święty spokój, a do innego trzeba podejść najpierw z punktu widzenia psychologicznego i dopiero potem coś z nim robić, bo często gęsto są tak roztrzęsieni, tak się strasznie boją, nie tylko o to, co im się stało, tylko całej sytuacji, że najpierw musimy zrobić pewną otoczkę, rozmowę, żeby móc cokolwiek przy nim zrobić fizycznie. To nie można tutaj odgraniczyć człowiek, materiał, nie, to jest człowiek, człowiek (ratownik medyczny, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Tabela 12. Praca nad odczuciami wykonywana przez personel medyczny

Typ pracy	Przykład	Narzędzia/ techniki/ rekwizyty
Praca interakcyjna i reguły moralne	Próba diagnozy i leczenie pacjenta	Ogólnie przyjęte normy, sposoby zachowania w stosunku do lekarza – wysłuchanie pacjenta, próba postawienia diagnozy, rozpoczęcie leczenia
Praca nad zaufaniem	Przekonanie pacjenta, że podejmowane działania są zgodne z jego dobrem i mają na celu wyeliminowanie choroby	Rekwizyty, które identyfikują jednostkę jako związaną z medycyną, podjęcie próby negocjacji z pacjentem sposobów leczenia
Praca uspokajająca	Próba przekonania pacjenta, że	Tłumaczenie poszczególnych etapów

	należy wykonać określone zabiegi, w celu wyeliminowania zagrożenia życia, próba uspokojenia pacjenta agresywnego	zabiegu, używanie metafor, zastraszanie „jeśli tego nie zrobimy, stan może się pogorszyć“, użycie środków farmakologicznych, użycie siły fizycznej oraz narzędzi – pasów uniemożliwiających poruszanie się
Praca nad biografią	Zebranie od pacjenta danych, które umożliwią leczenie	Rozmowa, obserwacja, rozmowa z rodziną/ bliskimi pacjenta
Praca nad tożsamością	Próba poprawy samopoczucia pacjenta przed poważnym zabiegiem lub pacjenta umierającego	Rozmowa, używanie metafor
Praca nad kontekstem świadomości	Stosowanie strategii charakterystycznych dla otwartego kontekstu świadomości, zamkniętego kontekstu świadomości, kontekstu podejrzeń lub wzajemnego udawania	Z obserwacji wynika, że przed pacjentami stosuje się zamknięty kontekst świadomości lub wzajemnego udawania, lekarze najczęściej nie mówią wprost o śmierci pacjentowi tylko przekazują informacje jego rodzinie. Utrzymując zamknięty kontekst świadomości lekarz przenosi odpowiedzialność na „dane“ lub „badania, które należy jeszcze wykonać“ lub „leczenie objawowe“
Praca oczyszczającą (nieodmawianie osobie leczonej człowieczeństwa)	Skupienie się na pacjencie jako na osobie, a nie jako na jednostce chorobowej	Rozmowa z pacjentem na tematy, które nie są bezpośrednio związane z jego dolegliwościami, wzięcie pod uwagę odczuć pacjenta podczas leczenia np. użycie silniejszego znieczulenia, użycia bardziej estetycznych szwów

Źródło: opracowanie własne

25. Poczucie wstydu u osoby chorej

Jeśli przyjąć, za Scheffem i Retzinger (2000), że wstyd powstaje wtedy, jeśli ktoś uważa, że jego zachowanie było nieodpowiednie lub dewiacyjne, to w przypadku sytuacji

medycznej, można uznać, że pacjent może wstydzić się z powodu niektórych chorób – powstałych ze względu na jego dewiacyjne zachowanie. Na izbę przyjęć trafiają alkoholicy zatruci alkoholem, mający np. wewnętrzne krwawienie w żołądku, którymi lekarze muszą zająć się w pierwszej kolejności. Trzeźwiejący alkoholicy, którym wraca świadomość, zazwyczaj unikali kontaktu wzrokowego z personelem medycznym, obiecywali, że już nigdy nie będą pić alkoholu (w rozmowach z lekarzami, okazywało się, że są to stali pacjenci, którzy co jakiś czas trafiają do szpitala i zawsze obiecują, że nie będą już spożywać alkoholu), starali się ukryć swoją twarz. Można było wywnioskować, że odczuwali wstyd z powodu znalezienia się w takiej sytuacji. Do izby przyjęć trafiały również osoby z zatruciem alkoholowym, które nie były alkoholikami np. studentka, która po wypiciu zbyt dużej ilości alkoholu straciła przytomność. Rodzina pacjentki, która przysłała do niej, prosiła lekarza o pomoc, a sama pacjentka, po wytrzeźwieniu przeprosiła personel medyczny i podziękowała za opiekę.

W alkoholikach poczucie wstydu wzbudza również sam personel medyczny, zwracając się do nich nieuprzejmie lub dosadnie tłumacząc, że taki styl życia może doprowadzić do śmierci.

Notatka z obserwacji: *Pan mówi, że nie wstanie, bo go trzęsie (Pacjent D) - alkoholik, pielęgniarki krzyczą, są nieuprzejme - "sam się tu znalazł, jego wina", 28 lat (...) Alkoholik (pacjent D) - rozmawiają z nim lekarze, - na trumnę już pan uzbierał?, jak tak pan będzie robił to idzie pan w stronę światła, o leczeniu odwykowym pan myślał?*

Choroby mogą również stygmatyzować poszczególne osoby np. te, które są śmiertelnie chore, mają choroby związane z prowadzeniem określonego stylu życia (np. cierpiące na choroby weneryczne) itp. Osoby naznaczone mogą również odczuwać wstyd i starać się go ukryć.

Zajmując się tematem wstydu, należy również skupić się na intymności, na tym, co powinno zostać ukryte przed otoczeniem. Intymność związana jest z ciałem, z osobistymi problemami, z historią choroby. W przypadku kontaktu lekarz (osoba związana z medycyną) – pacjent zanikają wszelkie przejawy intymności, jak u wspomnianych pacjentów, którzy opisywali badaczowi (ubranemu w kitel lekarski) swoje osobiste problemy. Ważny w tym wypadku jest kontekst medyczny. W szpitalu na ciało nie patrzy się w kategoriach atrakcyjne – nieatrakcyjne, tylko w kategoriach zdrowe – chore. Niejednokrotnie byłem świadkiem sytuacji, w których pacjenci bez skrępowania pokazywali narządy płciowe lekarzom lub chodzili po korytarzach szpitalnych z workiem do zbiórki moczu, znajdującym się w widocznym miejscu. W tym wypadku również

pacjenci nie odczuwali skrępowania. W innym kontekście np. w galerii handlowej, na taką osobą spoglądano by z obrzydzeniem, fekalia są czymś, co jest nieczyste, co jest sprawą prywatną, co należy ukryć.

Co ciekawe, wstyd w szpitalu zanika również w stosunku do osób odwiedzających chorych, a nie tylko wobec lekarzy i innych chorych. Jest to również poniekąd wymuszone przez sytuację – w szpitalu nie ma miejsca na prywatność. Po pierwsze, wynika to z braku możliwości zapewnienia każdemu choremu oddzielnej sali, po drugie konieczność mówienia o sprawach intymnych oraz pokazywanie ciała umożliwia skuteczną kurację.

Zanik poczucia wstydu ułatwia również personelowi medycznemu wykonywanie brudnej pracy związanej leczeniem i utrzymaniem higieny pacjenta. Obnażenie się przed lekarzem (w znaczeniu zarówno fizycznym jak i wyznaniem prawdy o swoim stylu życia) umożliwia podjęcie skutecznego leczenia.

26. Emocje, które brudzą

Praca interakcyjna jest związana z pracą emocjonalną. Przede wszystkim lekarz nie może okazać zdenerwowania lub niepewności, gdyż może to zostać dostrzeżone przez pacjenta (widza), który odbierze proces leczenia jako zachowanie fałszywe. Na obciążenia psychiczne związane między innymi z kontaktem z pacjentami, zaangażowaniem się w jego prywatne sprawy, cierpienie, zwracają uwagę badacze zajmujący się medycyną pracy (m. in. Frąckowiak 2010). Zarządzanie emocjami wiąże się z oddzieleniem sfery zawodowej od sfery prywatnej. Przenoszenie problemów z pracy do życia prywatnego może odbić się na zdrowiu lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych. Emocje związane z wykonywaniem zawodów medycznych dotyczą również radzenia sobie ze śmiercią oraz przeżywania śmiertelnych przypadków. Związek emocji z brudną pracą dotyczy m. in. wpływu emocji związanych z wykonywaniem pracy na samopoczucie osób zajmujących się zawodami medycznymi. Popołnienie błędu w pracy, spowodowanie zagrożenia dla zdrowia lub nawet życia pacjenta również staje się dla osób wykonujących zawody medyczne obciążające.

Osoby pracujące w zawodach medycznych mają styczność z cierpiącymi pacjentami, którym nie zawsze mogą pomóc. Kontakt z chorymi wiąże się z obciążeniami emocjonalnymi – przyglądanie się cierpieniu innych może odbić się na własnym samopoczuciu. Prowadząc obserwację, byłem świadkiem, jak zespół lekarzy zżył się z pacjentem, który po długim pobycie w szpitalu zmarł. Przełożyło się to na nastrój w

zespole – mniej żartów, przygnębienie. Każda śmierć i cierpienie jest przeżywana przez zespół medyczny.

Istotna w pracy medycznej jest również sprzedaż emocji. W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki lekarz musi odpowiednio zachować się w stosunku do swojego pacjenta, aby ten skorzystał z jego usług ponownie. Analizując ten problem, odwołano się do wypowiedzi zamieszczanych na forach internetowych odnośnie pracy poszczególnych lekarzy.

Analizując pracę lekarzy przez pryzmat koncepcji Hochschild (2009), można wyprowadzić następujące wnioski – praca osób związanych z medycyną jest z pewnością pracą interpersonalną, jednak tym, co sprzedają lekarze, są ich umiejętności, a nie stan umysłu jako taki. W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki, od zachowania lekarza będzie zależało, czy pacjent ponownie skorzysta z jego usług (tak jak w przypadku większości działalności sektora usług). W szpitalach natomiast i w przychodniach, w których leczenie finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia i pacjenci są zmuszeni do korzystania z usług leczenia w ramach NFZ, zachowanie lekarza nie będzie miało większego wpływu na jego zarobki.

Zarządzanie emocjami w przypadku prowadzenia praktyki prywatnej może mieć wpływ na ilość pacjentów, którzy będą chcieli skorzystać z usług danego lekarza, dlatego poza swoją profesjonalną wiedzą (sposobami leczenia, diagnostyką itp.) przyjmując pacjentów prywatnie, lekarz musi zachowywać się w odpowiedni sposób, który będzie pacjentowi odpowiadał. Lekarze nieuprzejmi, niemili mogą być wybierani rzadziej.

Poniżej zamieszczono fragmenty wypowiedzi na forach internetowych dotyczących konkretnych lekarzy A i B. Należy zwrócić uwagę, że kanał komunikacyjny jakim jest internet, jest narzędziem kontroli społecznej nad lekarzami. Pacjenci mają możliwość przedstawienia opinii o konkretnym lekarzu, a osoba zainteresowana wizytą u danego specjalisty ma możliwość zdobycia informacji o nim. Lekarze mają możliwość zgłaszania administratorowi opinii, które są nieprawdziwe lub naruszają godność.

Opinie o lekarzu A

(...) operowane są tylko i wyłącznie prywatne pacjentki lekarzy pracujących w oddziale. Po awanturze zostałam wpisana na listę oczekujących... operowana byłam przez dr xxx (dane osobowe usunięto – przyp. badacz), i po operacji wypisałam się na żądanie. Z informacji jakie udało mi się uzyskać od Doktora, to wizytówka do gabinetu prywatnego na Piotrkowskiej, którą na oczach Doktora podarłam i wyrzuciłam do śmieci. Jeśli ktoś pisze, że jest miły to dla mnie znaczy że jest pacjentem prywatnym (źródło:

<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 11/2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 30/01/12, dodane przez: zawiedziona).

Nieprzyjemny lekarz, najczęściej poleca wizyty w gabinecie prywatnym. Mało skuteczny (...). Nie zleca żadnych badań i nie daje leków. Zmieniłam bardzo szybko tego lekarza (źródło: <http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 11/2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 17/11/09, dodane przez: Gość).

Staram się wydać jak najbardziej obiektywną opinię. Wielu z opinii po prostu nie rozumiem. Jestem pacjentką pana doktora od pewnego czasu. Nie czuję się naciągana na pieniądze. Pan dr jest rzeczowy i konkretny. Skrupulatnie dąży do zdiagnozowania problemu i wskazania dróg leczenia. Decyzje pozostawia pacjentowi, nie namawia, nie zmusza, tylko tłumaczy za i przeciw, stara się poszukać rozwiązania, wskazuje szanse powodzenia. Ma dla mnie tyle czasu, ile potrzebuję na wizytę, w razie wątpliwości wyjaśnia je. Kieruje na potrzebne badania. Jak na razie jestem zadowolona (źródło: <http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 11/2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 02/09/09, dodane przez: Agnes).

Opinia o lekarzu B

Pani doktor miła tylko przy wizycie prywatnej, jakiś czas temu miałam usuwane parę znamion, m. in. z tyłu głowy, ponieważ nie goiło się to miejsce po usunięciu ponad miesiąc, poszłam po poradę, już w przychodni, na kasę chorych i co? Zostałam niemal wyrzucona z gabinetu, bo nie miałam wyciągniętej karty, a na wizytę trzeba by było czekać ponad trzy miesiące. Łatwo wziąć najpierw niezłą kasę, a później nawet nie mieć ochoty "zerknąć" na niegojące się miejsce. Czyli jak zwykle, nie ma nic za darmo (źródło: <http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 11/2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 08/08/11, dodane przez: Anna L.).

Bardzo dobra i miła Pani Doktor, pomogła córeczce po pierwszej wizycie, mimo że w szpitalu lekarze nie dali sobie rady przez 4 miesiące. Ma ogromną wiedzę i chyba jeszcze większe doświadczenie, bo od razu trafiła w sedno:) Dziękuję i oby więcej takich Doktorów!!! (źródło: <http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 11/2015, pisownię poprawiono, wpis dodano 10/03/12, dodane przez: Marlena W.).

Analizując fragmenty wypowiedzi na forach internetowych zwróciłem uwagę na fakt, że większość negatywnych komentarzy związanych z zachowaniem lekarza dotyczy wizyt w ramach NFZ, opinie o tym samym lekarzu dodawane przez pacjentów, którzy korzystali z usług prywatnie nie skupiają się na nieuprzejmym sposobie zachowania

lekarza, tylko na jego wiedzy i skuteczności w leczeniu. Można wysnuć wniosek, że lekarze (przemęczeni, pracujący na kilka etatów, w kilku miejscach itp.) nie stosują żadnych strategii zarządzania emocjami w przypadku pacjentów z NFZ, skupiają się tylko na jednostce chorobowej, szybkiej diagnozie i wypisaniu recepty bądź skierowania na zabieg (skupiają się na czynnościach instrumentalnych). W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki lekarze starają się nakłonić pacjenta do ponownej wizyty lub zabiegu w prywatnym gabinecie, dlatego starają się zwracać do pacjentów w sposób uprzejmy, a tym samym sprzedawać swoje emocje, a nie tylko wiedzę.

Sanders (2010) proponował rozważać brudną pracę w kontekście wyczerpania emocjonalnego i zaangażowania psychicznego. W zgromadzonym materiale można odnaleźć wątki dotyczące obciążeń emocjonalnych i psychicznych związanych z wykonywaniem zawodów medycznych. Przede wszystkim należy zaznaczyć, że praca lekarzy związana jest głównie z pomocą drugiemu człowiekowi. Jednak nie zawsze da się pomóc drugiej osobie, zgony lub nieprawidłowe przeprowadzenie zabiegu/ operacji zdarzają się w pracy lekarskiej. Jednym z bardziej obciążających elementów pracy medycznej jest fakt, że nie można zostawić swojej pracy w biurze. Sytuacje trudne oraz przykre zostają w pamięci. W zależności od rodzaju wykonywanego zawodu medycznego różnią się obciążenia psychiczne przynoszone „do domu”. Świadomość zaszkodzenia pacjentowi (lub zastosowanie kuracji, która nie powstrzymała choroby), może zostać w pamięci przez długi czas i odbić się na sposobie prowadzenia praktyki. Jednak pozytywne sytuacje zawodowe lub szczęśliwe zakończenie sprawy są dla lekarzy satysfakcjonujące.

Moim powikłaniem jest... zabieg dosyć prosty, czyli laparoscopia diagnostyczna, który wykonuje się na sali operacyjnej. W jakiejś tam części mogą być powikłania i podczas wykonywania tej laparoskopii diagnostycznej, uszkodziłem duże naczynie (...) pól aorty, więc to jest bardzo duże naczynie. Udało mi się uszkodzić właśnie narzędziem zupełnie przypadkowo, no ale to się dopiero zaczęło, nie mogliśmy opanować tego krwawienia. Musieliśmy zamiast małej blizenki 10 milimetrowej, zrobić operację klasyczną poszerzoną (...) zaczęli dochodzić starsi koledzy, profesorowie, chirurg... więc przy stole zmieściło się na raz 14 lekarzy. Na końcu jeszcze zadzwoniliśmy po chirurgów naczyniowych, którzy przyjechali z odpowiednimi narzędziami i udało nam się to jakoś zatamować. Ale była to młoda dziewczyna zdrowa, która nie zachodziła w ciążę, ale to, no, miała potężne powikłanie. Musieliśmy jej dużo przetoczyć krwi. Później miała powikłania w postaci... niedrożnych jajowodów i później wiem, że miała wykonane in vitro i wiem, że później miała dwoje dzieci. Przez samo przyjście do szpitala zdrowa kobieta miała

powikłanie... Ona miała z jakimś tam moim udziałem, to się zapamiętuje no i to jest taki największy dla mnie tutaj jakiś dramat, który ja... coś takiego przeżyłem (ginekolog, mężczyzna, wiek ok 50 lat).

Tu się różne rzeczy zdarzają, np. ktoś się zakrztusi. No ja miałam pacjentkę, tu konkretnie. Ona miała wstrząs, ale (...), ciśnienie jej strasznie leciało... i czekaliśmy długo na karetkę zanim przyjedzie i ona niestety tego dnia wieczorem zmarła, także to było... próbowaliśmy ratować no ale, tym zestawem co tu jest, no to są takie wenflony, żeby się wkuć w żyłę, czy podać jakieś płyny, to u niej nie można było się wbić, bo w ogóle nie było żył... i tylko tak na nią patrzyłam i to było przerażające, że nie mogłam jej pomóc w żaden sposób (...) (psychiatra/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Wyczerpujące emocjonalnie mogą być nie tylko błędnie przeprowadzone operacje, ale również przypadki, które są rozważane po zakończeniu pracy, zastanawianie się nad sytuacją pacjenta oraz próba odnalezienia właściwej drogi leczenia.

Nie można jednak uogólnić, że wszyscy pracownicy medyczni przeżywają wykonywane operacje, trudności i błędy w sztuce. Wraz z czasem wykonywania zawodu może przesunąć się granica, tego, co będzie uważane za trudne lub obciążające psychicznie. Jak wspomniano wcześniej, lekarz, aby mógł prawidłowo wykonywać swój zawód, musi chłodno kalkulować szanse przeżycia pacjenta oraz wybrać odpowiedni sposób, aby doprowadzić pacjenta do zdrowia. Ponadto długi proces kształcenia przygotowuje przyszłego lekarza na trudności jakie mogą się pojawić. Umożliwiają to praktyki w szpitalach, udział w operacjach itp. Osoby, które nie będą mogły sobie poradzić w przyszłości z wykonywaniem zawodu, odpadają na etapie kształcenia. Dla potrzeb dysertacji zostały przeprowadzone wywiady tylko z osobami, które zakończyły już swoją edukację (wyjątek stanowią dwaj studenci, którzy związali swoją przyszłość z medycyną sądową – uczestniczyli w kołach naukowych, przeprowadzali sekcje zwłok itp.), a więc z osobami, które mogły już przywyknąć do wykonywania zawodu. Z punktu widzenia osoby z zewnątrz - widza, zastanawiająca jest jedna z wypowiedzi na temat śmierci dziecka. Rozmówca opowiadał o zgonie jak o czymś normalnym, codziennym. Była to młoda, dopiero rozpoczynająca pracę osoba. Podczas rozmowy zwróciłem uwagę na śmiech, nie był to śmiech nerwowy. Zgon dla rozmówcy wydawał się czymś normalnym, a nawet ciekawym przypadkiem, dzięki któremu mógł on poszerzyć swoją wiedzę medyczną. Może to być wynik swego rodzaju kultury zawodowej, która jest już wpajana młodemu kandydatowi na lekarza od momentu rozpoczęcia studiów, że zgony są częścią pracy, czymś naturalnym dla pracy wykonywanej przez lekarzy.

Ostatnio mieliśmy dzieciaka, znaczy nie tak, że byłam przy samym... samym procesie, znaczy przy samym procesie umierania byłam, ale nie byłam przy samym zgonie, ale później byliśmy tam po ustaniu akcji serca, więc sobie poszliśmy na tę biopsję serca sobie pooglądać (lekki śmiech). No to dziecko miało niewydolność serca więc, no to było małe dziecko, dziewięć miesięcy, no i (...) miało wstrząs kardiogeny (lekki śmiech)... no i sobie tam dyszało umierało, no i umarło! (anestezjolog/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Podczas prowadzenia obserwacji w szpitalu, miałem możliwość uczestniczenia w operacji usunięcia guza na części jelita grubego. Operacja okazała się bardziej skomplikowana niż zakładano, ponieważ pacjentka miała przerzuty. Operator nie mógł dopuścić, aby jego zdenerwowanie przełożyło się na jakość operacji, musiał opanować swoje emocje i skupić się na pracy. Jego emocje były widoczne w pokrzykiwaniu na zespół medyczny. Po zakończonej operacji miałem możliwość przeprowadzenia krótkiej rozmowy na temat sytuacji. Lekarz udzielił wyjaśnienia, że bez względu na stopień zdenerwowania i komplikacje, które podczas operacji mogą się zdarzyć, nie może on zachowywać się w sposób nieprofesjonalny. *To jest człowiek, są operacje, które są dla mnie, pomimo dużego doświadczenia, stresujące, nigdy nie jest tak, że my (lekarze – przyp. badacz) podchodzimy do ludzi jak do kawałka materiału! To zawsze są emocje (chirurg, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).*

Tabela 13. Warunki wpływające na zarządzenia emocjami w zawodach medycznych

W kontaktach z pacjentami	W kontaktach z pozostałym zespołem medycznym
Chęć uchodzenia za profesjonalistę	Możliwość skutecznego zarządzania zespołem medycznym
Zwiększenie ilości pacjentów (bycie uprzejmym, przekłada się na większą liczbę pozytywnych opinii o lekarzu)	Precyzyjne przekazywanie informacji (w sytuacjach trudnych, krytycznych np. podczas komplikacji operacji)
Uspokojenie pacjenta (w trudnych przypadkach, pacjenci odwołują się do zachowania lekarza np. <i>lekarz nie był zaniepokojony moim stanem zdrowia</i>)	Chęć uchodzenia za profesjonalistę

Źródło: opracowanie własne

Analizując brudną pracę emocjonalną, Rivera i Tracy (2014) wyróżniły emocje związane z naznaczeniem fizycznym. Będą się one wiązały ze wszystkimi nieprzyjemnymi dla personelu medycznego kontaktami z ciałem i jego wydzielinami, budzącymi m. in.

obrzydzenie. Emocje związane z naznaczeniem społecznym będą związane m.in. z kontaktami z osobami naznaczonymi społecznie, które wzbudzają litość lub uświadamiają personelowi medycznemu, że jest bezsilny i nie może pomóc pacjentowi. Emocje związane z naznaczeniem moralnym w pracy medycznej będą związane m.in. z niepewnością oraz wątpliwościami, które dotyczą leczenia pacjenta – trudnej diagnozy (w znaczeniu nieoczywistej, wymagającej przeprowadzenia szeregu badań), która musi zostać postawiona, aby skutecznie leczyć.

Czy można rozważać pracę emocjonalną lekarzy w kontekście brudnej pracy? Z pewnością można ją analizować przez pryzmat tej koncepcji. Jednak decydując się na wykonywanie takiego zawodu, należy liczyć się z obciążeniami emocjonalnymi związanymi z nieprawidłowym przeprowadzeniem zabiegu lub ze zgonami – tymi zawinionymi i tymi niezawinionymi oraz w ogóle z leczeniem pacjentów. Dla osób, które nie pracują w zawodach medycznych, takie przypadki mogą wydawać się trudne, jednak sami lekarze akceptują ten element swojego zawodu i nie traktują jako czegoś wyjątkowego. Rutyna pracy i wielość przypadków powodują, że wszystko zlewa się w jedną całość, staje się po prostu pracą. Z drugiej strony lekarze w rozmowach podkreślali, że najważniejszy jest dla nich człowiek i wspominali o przypadkach, które zapadły im w pamięć – z powodu cierpienia pacjenta, niewłaściwej diagnozy lub błędu w sztuce.

Każdy przypadek dla osoby chorej wydaje się wyjątkowy i godny nadzwyczajnej uwagi, każda operacja z punktu widzenia jednostki – widza (lub aktora – chorego), wydaje się trudna, jednak dla lekarza są to kolejne zabiegi i operacje, które musi wykonać podczas dnia pracy.

27. Praca nad czystością (aspekt fizyczny)

Poprzez pracę nad czystością w aspekcie fizycznym w dysertacji rozumie się wszelkie działania podejmowane, aby ochronić się przed brudem fizycznym lub go usunąć. Podczas obserwacji zaobserwowałem techniki, stosowane przez personel medyczny, które mają na celu zminimalizować ryzyko zabrudzenia. W przypadku zawodów medycznych ochrona przed zabrudzeniami wiąże się również z ochroną przed zakażeniami. W wywiadach rozmówcy rzadko mówili o tym elemencie swojej pracy, wszelkie czynności związane z czystością, są wykonywane automatycznie (odruchowo), są zwyczajnym elementem pracy.

Po każdym przeprowadzonym badaniu lekarz dezynfekuje ręce płynem, który jest łatwo dostępny - znajduje się przed każdym boksem (na izbie przyjęć), w którym

diagnozowani są pacjenci, przy każdym łóżku, na którym leży pacjent (łóżka posiadają specjalne uchwyty na płyn), w pokoju lekarskim, w pomieszczeniu rejestracji (w izbie przyjęć). W pokojach chorych są łazienki lub zlewy z płynem do dezynfekcji rąk. Przed każdym bezpośrednim kontaktem z pacjentem lekarz (lub pielęgniarka) zakłada rękawiczki ochronne, które minimalizują bezpośredni kontakt fizyczny (na oddziale szpitalnym zakładanie rękawiczek ochronnych przed badaniem pacjenta jest rzadko praktykowane). Do badania pacjentów chorych na choroby zakaźne przenoszone drogą kropelkową lekarze zakładają maseczki chroniące drogi oddechowe.

Notatka z obserwacji: *Pielęgniarka pobiera krew w boksie. Uderza ręką w żyłę i stara się ją wyczuć, dezynfekuje miejsce, z którego będzie pobierana krew, wyciąga jednorazową igłę i strzykawkę, zakłada rękawiczki. Robi wkłucie i pobiera krew. Wychodząc dezynfekuje ręce.*

Personel medyczny nosi również specjalną odzież, która chroni przed kontaktem z wydzielinami pacjenta. Lekarze mogą korzystać z pralni przyszpitalnej lub czyścić ubrania służbowe w domu.

Notatka z obserwacji: *Operacja. Pacjentka jest myta czerwonym płynem do dezynfekcji (Braunol), myty jest brzuch, miejsce, które będzie operowane, rozcinane. Pielęgniarka pomaga lekarzowi założyć specjalny fartuch z gumkami przy rękawach oraz specjalne rękawice. Ubierany jest też drugi i trzeci lekarz. Pacjentka jest przykrywana zielonym przykryciem. Narzędzia do operacji wyjmowane są z opakowań, nie są dotykane gołą ręką. Lekarz prosi o inny szew niż jest przyszykowany, „dajcie taki, żeby było ładnie, taki jak na tarczycę”.*

Przed operacją wykonywana jest złożona *praca nad czystością*, zabezpieczanie pacjenta oraz lekarza przed bezpośrednim kontaktem z jego wydzielinami, dbanie o jałowość. Przed wejściem na blok operacyjny należy zostawić odzież wierzchnią i założyć specjalnie przygotowane ubranie (jednorazowe lub wielorazowego użytku, które po wyjściu z bloku operacyjnego zostawia się w specjalnie przygotowanych pojemnikach). Na obuwiu zakłada się specjalne jednorazowe ochraniacze, na włosy czepek, a usta i nos zasłania się jednorazową maseczką. Wszystko to ma na celu zachowanie czystości – z jednej strony chroni personel medyczny przed kontaktem z wydzielinami pacjenta, z drugiej strony zapewnia ochronę przed bakteriami.

Łóżka, na których leżą pacjenci w izbie przyjęć, pokryte są jednorazowymi narzutami. Koce, którymi są przykrywani pacjenci, również pokryte są jednorazowym materiałem. Po zwolnieniu łóżka jest ono dokładnie dezynfekowane przez pielęgniarki

specjalnym środkiem. Wózki inwalidzkie, na których przewożeni są pacjenci w obrębie szpitala, również każdorazowo po użyciu są dezynfekowane specjalnym preparatem. Na szpitalnym oddziale łóżka są przykryte pościelą wielorazowego użytku, która jest prana przez szpital.

Notatka z obserwacji: *Sprzątane jest łóżko po pacjentce, wyrzucane są jednorazowe koce, koce użytku wielorazowego przygotowywane są do prania. Pielęgniarka spryskuje dokładnie łóżko środkiem do dezynfekcji.*

W kontekście pracy nad czystością warto zwrócić uwagę, że na wszelkie odpady medyczne są specjalnie przygotowane pojemniki i jednorazowe czerwone worki. Szpital ma podpisaną umowę z przedsiębiorstwem, które zajmuje się odbiorem i utylizacją odpadów medycznych. Dawniej spalarnie odpadów medycznych funkcjonowały przy szpitalach.

Praca nad czystością w przypadku personelu medycznego związana jest z ochroną jego zdrowia i życia. Osoby związane z zawodami medycznymi nie brzydzą się ciała i jego wydzielin. Jeśli personel medyczny zna pacjenta (historię jego choroby), to nie przykładają on większej uwagi do zabezpieczania się, chyba, że pacjent zaraża lub jest w trakcie diagnozy. Potwierdza to tylko wniosek, że zajmowanie się zawodami brudnymi wymaga określonych predyspozycji, w tym wypadku jest to brak obrzydzenia do ciała i jego wydzielin.

Tabela 14. Typy pracy nad czystością w aspekcie fizycznym

Typ	Przykład	Narzędzia/ środki
Dezynfekcja przedmiotów	- sterylizacja narzędzi pracy - dezynfekcja urządzeń, przedmiotów, z których korzysta pacjent	- autoklaw - środki chemiczne
Dezynfekcja ciała (własnego lub pacjenta)	- dezynfekcja rąk przez lekarza po i przed przeprowadzeniem badań - dezynfekcja miejsca na ciele pacjenta, które będzie operowane - mycie rąk przed operacją	- płyny do dezynfekcji - mydło dezynfekujące - środki odkażające (np. Octenisept, Braunol)
Zabezpieczenie przedmiotów	- przykrywanie poszczególnych miejsc w sali operacyjnej - pakietowanie (pakowanie) narzędzi pracy po sterylizacji	- jednorazowe okrycia - plastikowe worki
Zabezpieczanie	- stosowanie jednorazowego ubioru	- jednorazowe rękawiczki,

(własne lub pacjenta)	- okrywanie pacjenta	maski, fartuchy
Usuwanie odpadów	- umieszczenie wyciętych organów w przygotowanych workach - usunięcie odpadów medycznych	- specjalnie przygotowane i oznaczone worki - specjalne pojemniki na odpady medyczne

Źródło: opracowanie własne

28. Praca nad czystością (aspekt emocjonalny)

Sytuacje trudne, obciążające psychicznie, pozostające w pamięci, powodują, że osoby związane z zawodami medycznymi, aby normalnie funkcjonować, muszą znaleźć jakiś sposób na „oczyszczenie się”. W zgromadzonym materiale badawczym można odnaleźć różne aktywności, których celem jest normalizacja stanu psychicznego.

Rozmówcy jako swoje sposoby na „przejście do codzienności nad sytuacjami trudnymi” wymieniali sport, jazdę na motorze, rowerze, picie alkoholu, palenie papierosów oraz skupienie swojej uwagi na określonym stylu życia, odżywiania, np. wegetarianizmie.

Jak my sobie ze stresem radzimy? No to różnie! No zabiegowcy sobie radzą no, zabiegowcy przede wszystkim dużo klną... to jest takie najszybsze jakieś tam rozwiązanie... dużo palą papierosów, ja też paliłem i jakoś żeśmy odeszli, no na pewno wśród zabiegowców, chirurgów, ginekologów więcej się pije alkoholu, to na pewno! Część kolegów wypadła i no też, jak w każdej grupie zawodowej jest wśród nas też trochę alkoholików, którzy tam gdzieś jakąś granicę przekroczyli... też tak jest no... poza tym coś tam... czy sporty, czy ja jeżdżę motocyklem, interesuję się dietą wegetariańską i tak sam też przez jakiś czas, nie, nie jadłem mięsa (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Zwiększony wysiłek fizyczny w każdej postaci, pozwala na oderwanie się od rutyny, zabiegów, pacjentów i sytuacji trudnych. Skupienie swojej uwagi na rozwijaniu hobby czy kultywowaniu określonego stylu życia to główne sposoby oczyszczania wśród pracowników medycznych, z którymi miałem możliwość przeprowadzenia rozmowy.

Wsiadam na motocykl i jadę (śmiech) albo idę na trening. Po wypadku chodzę albo na siłownię, albo biegam sobie, rower. Wysiłek fizyczny, żeby się wypompuć na maksa i do tego stopnia, że nie mam siły (...) jak jestem mocno zmęczona psychicznie, to zwiększam sobie trening, tylko po to, aby naprawdę nie mieć siły i nie myśleć o niczym innym, poza tym, że mam ochotę się położyć i odpocząć, to tak, to owszem. Ale nie uciekam się do używek, chyba na samym początku, pomimo że nie paliłam, pamiętam, że miałam, że to był

mój pierwszy dyżur tutaj i pierwszy zgon pacjenta (ratownik medyczny, kobieta, wiek ok. 40 lat).

Najtrudniejsze sytuacje, wymagające oczyszczenia, to te związane ze śmiercią pacjenta lub ciężką chorobą. Najbardziej przeżywane są zgony i choroby dzieci. Lekarze znajdują ukojenie w alkoholu, nie tylko traktując go jako używkę, która może doprowadzić do utraty świadomości, ale również jako hobby. Znajomość dobrych win, rozróżnianie smaków, odszukiwanie bukietów zapachowych lub bycie koneserem whisky – jej rodzajów, miejsc pochodzenia, może być traktowane jako hobby, które wynika ze stylu życia związanego z cechą położenia społecznego (klasą średnią). Osoby związane z medycyną również jako sposób odreagowania wymieniali używanie wulgaryzmów i agresję (nerwowe zachowanie w stosunku do innych pracowników medycznych).

Prowadząc obserwację w szpitalu, miałem kontakt z lekarzami różnych specjalizacji. W rozmowach okazywało się, że każdy uprawia jakiś sport – bieganie, tenis, jazda konna lub nawet taniec na rurze. Pielęgniarki z kolei nic nie wspominały na temat uprawiania sportu lub oddawania się jakiemuś konkretnemu hobby. Mniejsza możliwość zaangażowania się w aktywności rekreacyjne przez pielęgniarki może wynikać z braku czasu – praca na kilka etatów oraz konieczność prowadzenia domu. Lekarze mają więcej wolnego czasu, który mogą poświęcić na aktywny odpoczynek oraz wyższe zarobki.

W zawodach tego typu, gdzie ma się styczność z sytuacjami trudnymi, na które nie zawsze można mieć wpływ, uciekanie się do używek (w znaczeniu dosłownym i przenośnym np. uprawianie sportu itp.) i odreagowywanie stresu wydaje się czymś naturalnym, co pozwala na ochronę własnej tożsamości.

Jeden się pójdzie upić, drugi będzie się zamartwiał no... różnie bywa!... Wszystko zależy też od lat pracy, stażu. Z czym się człowiek spotyka przez te lata (ratownik medyczny, mężczyzna, wiek ok. 60 lat).

Tabela 15. Typy pracy nad czystością w aspekcie emocjonalnym

Typ	Przykład
Wysiłek fizyczny	Zajęcia siłowe, taneczne
Hobby	Znajomość alkoholi, kolekcjonowanie książek
Stosowanie używek	Picie alkoholu, palenie papierosów

Źródło: opracowanie własne

Należy zwrócić uwagę, że oczyszczenie może być związane z zapobieganiem *zabrudzeniu* oraz oczyszczeniem po kontakcie z brudem. Nie wiązanie się emocjonalne z pacjentem i patrzenie na niego, jak na jednostkę chorobową, może pomóc w podjęciu

określonych decyzji (np. konieczność amputacji kończyny) i nie będzie obciążało lekarza emocjonalnie, jest to jeden ze sposobów zapobiegania *zabrudzeniu* emocjonalnemu.

Tabela 16. Oczyszczanie emocjonalne i fizyczne

	Oczyszczanie emocjonalne	Oczyszczanie fizyczne
Przed kontaktem z brudem	Próba racjonalizacji swojej roli – „robię wszystko co mogę, żeby pomóc, nie zawsze się udaje“, nie wiązanie się emocjonalnie z pacjentami	Wszelkie jednorazowe środki zabezpieczające, ograniczające bezpośredni kontakt z brudem – maseczki ochronne, rękawiczki, fartuchy itp.
Po kontakcie z brudem	Uprawianie sportu, stosowanie używek, skupienie się na hobby, próba nie myślenia o sytuacjach trudnych	Chemiczne środki dezynfekujące, czynności higieniczne

Źródło: opracowanie własne

29. Piętno związane z wykonywaniem zawodów medycznych

Zawody medyczne z reguły cieszą się dużym szacunkiem w społeczeństwie. W hierarchii prestiżu w Polsce lekarz i pielęgniarka zajmują wysokie miejsce. *Wysokie pozycje w hierarchii prestiżu zajmują profesje, których cechą wspólną jest duża użyteczność społeczna. Są to zawody: pielęgniarki ((...) 78%), nauczyciela (74%) oraz lekarza (71%). Dlaczego zawód pielęgniarki lokuje się wyżej niż zawód lekarza? Być może wiąże się to z bardziej krytycznymi ocenami pracy lekarzy (zdarzającymi się i nagłaśnianymi w mediach przypadkami błędów lekarskich, łamania zasad etyki zawodowej czy korupcji) niż pełniących służbę pomocniczą pielęgniarek, o których skądinąd wiadomo powszechnie tylko to, że mało zarabiają* (CBOS 2013, Prestiż zawodów).

Od czasu do czasu dają się słyszeć w mediach negatywne komentarze odnośnie lekarzy. Głośnie sprawy, które są związane z błędami w sztuce lekarskiej mogą powodować negatywne nastawienie do zawodów medycznych, np. wspomniana wcześniej sprawa łowców skór lub sprawa Mirosława G. – zatrzymanie w 2007 roku przez CBA lekarza między innymi pod zarzutem korupcyjnym oraz zabójstwa. Nagłaśnianie spraw związanych z błędami lekarskimi może być przyczyną nieufności wobec grupy zawodowej, nie można jednak w tym wypadku mówić o piętnie dotyczącym wszystkich osób pracujących w zawodzie.

Zawody medyczne są bardzo zróżnicowane zarówno pod względem specjalizacji jak i wykonywanych czynności. Pielęgniarze, psychologowie, pielęgniarki, psychiatrzy, ratownicy medyczni, pomoce dentystyczne itp. nie wszystkie te kategorie zawodowe wydają się być traktowane z jednakowym szacunkiem, zarówno wśród samych zawodów medycznych, jak i opinii publicznej.

Na brak szacunku ze strony pacjentów w szczególności narzekali ratownicy medyczni. Brak zrozumienia trudu ich pracy staje się frustrujący. Wzywanie karettek pogotowia do błahych przypadków lub podkreślanie własnej wyższości w stosunku do ratowników jest powszechnym zjawiskiem, zarówno wobec osób pracujących w karetkach pogotowia, jak i odbierających zgłoszenia telefoniczne.

(wpis dodano dn. 2014-06-23 23:27:45, przez: Były Ratownik) (...) *Uratować komuś życie - coś niezwykłego. Piszę to, bo sam jestem ratownikiem medycznym. Natomiast jeżeli chodzi o pracę to -> brak poszanowania społecznego, brak normalnej umowy o pracę (...)* (www.zawodowe.com: dostęp: 05/2015, pisownia poprawiona (literówki)).

Osoby wykonujące zawody medyczne mogą być postrzegane przez otoczenie jako posiadające odpowiednie doświadczenie, które można wykorzystać. Rozmówcy podkreślali, że zdarza się dość często w prywatnych sytuacjach rozmawiać z innymi na temat poszczególnych dolegliwości i „wykorzystywać” ich wiedzę. Do osób, które mają styczność z naznaczonymi społecznie, np. chorymi psychicznie (psychiatrzy), otoczenie również podchodzi z rezerwą i podejrzliwością.

(...) *to znaczy jest taka pewna stygmatyzacja... no tak, często. Mnie to śmieszy, że wszyscy uważają, że jak rozmawiają z psychiatrą, to są zaraz oceniani, że jak z kimś rozmawiam, to go badam, a ja zupełnie tak nie mam. Oddzielam życie osobiste od pracy (...). Czasami jak kogoś nowego poznaję, no to rzeczywiście... jak mówię, że jestem psychiatrą no to – „O Jezu! No to ciężka, obciążająca praca, to ci współczuję”, że ciężkie przypadki, że jak np. rozmawiam z kimś z depresją, czy też nie wpływa na mnie, że jestem depresyjna... No na mnie to w żaden sposób nie wpływa, nie... Nie mam tak, że przejmuję się tym, co pacjent mówi i też płaczę w domu, nie! Niczego takiego nie ma* (psychiatra/ rezydent kobieta, wiek ok. 28 lat).

Rozważając piętno w rozumieniu Goffmanowskim (Goffman 2005) – jest to sytuacja, w której jednostka zostaje pozbawiona pełnej społecznej akceptacji, akceptacji grupy, do której przynależy lub z którą się identyfikuje. Wśród lekarzy piętno można rozumieć głównie jako brak akceptacji ze strony własnego środowiska. Wewnętrzne

ukaranie i wykluczenie z grona medyków można uznać za stygmatyzację. Jest to jeden z przywilejów profesji – wewnętrzne systemy kontroli, podobnie jak wśród prawników – istnienie samorządów, mających wpływ na wykonywanie zawodu przez poszczególnych jej członków.

Jeśli chodzi o Hughsowskie (1994) rozumienie piętna związane z wykonywaniem brudnej pracy – czynności wykonywane przez osoby związane z medycyną wpisują się w trzy rodzaje naznaczenia. Piętno moralne, które powiązane jest z dużą odpowiedzialnością za zdrowie pacjenta, władza nad życiem, możliwość uśmiercenia lub spotęgowania obrażeń osoby chorej. Piętno fizyczne z kolei, wiąże się z kontaktami z brudem fizycznym, martwymi tkankami, krwią, śmiercią. Piętno społeczne związane jest ze stycznością z osobami, które są społecznie naznaczone, np. chore na AIDS lub chore umysłowo.

30. Kultura organizacji w zawodach medycznych

Praca lekarzy jest złożona z wielu elementów, które wynikają głównie z konieczności pracy z drugim człowiekiem oraz procesem leczenia. Podobnie jak pracownik biurowy, pracownicy medyczni sprzedają własną wiedzę, podobnie jak pracownik fizyczny, sprzedają również swoją pracę manualną.

Lekarze zazwyczaj pracują na kilka etatów (państwowo oraz prywatnie). Praktyka prywatna odbywa się najczęściej w wynajętych gabinetach w określonych placówkach lub we własnej klinice (lub lekarze są zatrudniani w klinice prywatnej). Praktyka państwowa dotyczy pracy w szpitalach. Obecnie przychodnie prywatne podpisują umowy z NFZ i przyjmują również pacjentów w ramach opieki państwa.

Profesja lekarska, jak pisano wcześniej, ma swoją wyznaczoną strukturę – samorząd zawodowy, którego jednostkami są Naczelna Izba Lekarska oraz okręgowe izby lekarskie. Każdy lekarz i lekarz dentysta posiadający prawo do wykonywania zawodu w Polsce jest członkiem izby z mocy ustawy. Obecnie funkcjonują 23 izby okręgowe oraz Wojskowa Izba Lekarska w Warszawie, która działa na terenie całego kraju (posiada status prawny izby okręgowej). Najwięcej lekarzy zarejestrowanych jest w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Warszawie – ponad 28 tysięcy, najmniej w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gorzowie Wielkopolskim – ponad tysiąc (źródło: www.nil.org.pl, dostęp: 02/2015).

Do zadań NIL należy reprezentacja samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym. *We wspólnym samorządzie lekarze i lekarze dentyści mają równe prawa. Lekarze dentyści posiadają swoją reprezentację na wszystkich szczeblach organizacyjnych izb okręgowych, a ich liczba w organach samorządowych izb okręgowych*

jest proporcjonalna do liczby lekarzy, również w Naczelnej Radzie Lekarskiej. Lekarz dentysta może być wybrany na stanowisko prezesa rady lekarskiej. Co najmniej jeden z wiceprezesów rady lekarskiej i co najmniej jeden z wiceprzewodniczących w innych organach musi być lekarzem dentystą. Za sprawy związane szczególnie z wykonywaniem zawodu lekarza dentysty oraz z funkcjonowaniem systemu opieki stomatologicznej odpowiadają komisje stomatologiczne okręgowych rad lekarskich oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, która także zajmuje się współpracą międzynarodową w dziedzinie stomatologii. Kadencja organów izb wynosi 4 lata. Obecna kadencja jest szóstą od momentu reaktywacji izb lekarskich w Polsce w 1989 roku (źródło: www.nil.org.pl, dostęp: 02/2015).

Podsumowując, do głównych zadań NIL należy: ustanawianie zasad etyki, doskonalenie zawodowe lekarzy, prowadzenie postępowań dotyczących odpowiedzialności zawodowej lekarzy, nadawanie prawa do wykonywania zawodu, reprezentowanie interesów lekarzy przed organem państwowym.

Kolejnym specyficznym elementem kultury organizacji w zawodach medycznych jest zdobycie wykształcenia. Decyzja o związaniu swojej kariery zawodowej z medycyną musi zostać podjęta na poziomie liceum – wybór klasy o odpowiednim profilu kształcenia (biologiczno - chemicznym) oraz podjęcie decyzji co do zdawanych przedmiotów na maturze. Wcześniej egzaminy były przeprowadzane przed przyjęciem na studia, więc osoba decydująca się na określony kierunek, musiała przygotować się do odpowiedniego sprawdzianu swojej wiedzy, który był przeprowadzany przed przyjęciem na studia. Również studia odgrywają istotną rolę w kształceniu. Trudne egzaminy oraz praktyka mają zapobiegać popełnianiu błędów przez lekarza.

O wyborze określonej specjalizacji decydują względy ekonomiczne, własne zainteresowania oraz osobowość. Lekarze jednych profesji podziwiali lekarzy wykonujących inne, mówiąc, że sami nie mogliby wykonywać określonych zabiegów lub pracować z określonymi pacjentami, np. z dziećmi.

Oczywiście większość zawodów wymaga zdobycia specjalistycznych umiejętności do ich wykonywania, jednak w przypadku lekarzy zdobywanie wykształcenia specjalistycznego zaczyna się już od poziomu liceum (wybór klasy o określonym profilu oraz przedmiotów zdawanych na maturze). Medycyna jako jedna z dwóch głównych profesji (medycyna i prawo), wymaga, aby osoby, które wybierają określoną ścieżkę kariery, poza umiejętnościami, kultywowały również określoną filozofię zdrowego stylu życia.

Pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni oraz farmaceuci również posiadają własne samorządy – (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Samorząd Zawodowy Diagnostów Laboratoryjnych, Samorząd Aptekarski).

Przynależność do organizacji jest obowiązkowa. Osoby chcące wykonywać jeden z wyżej wymienionych zawodów muszą być członkami organizacji samorządowych. Pozostałe zawody medyczne (ratownicy medyczni, technicy dentyści itp.) nie posiadają własnych jednostek organizacyjnych na szczeblu państwowym, tylko związki np. Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego.

Długi okres kształcenia może być traktowany jako element trudny. Wszyscy rozmówcy podkreślali trud związany ze zdobyciem wykształcenia medycznego (trudne egzaminy, całonocna nauka itp.). W przypadku profesjonalnego kształcenia nie jest to jednak niczym wyjątkowym, a osoby podejmujące decyzję o ścieżce swojej kariery muszą liczyć się z określonymi etapami osiągnięcia celu – otrzymania prawa do wykonywania zawodu.

Analizując poszczególne elementy kultury organizacyjnej w zawodach medycznych odwołano się do danych uzyskanych z obserwacji – w narracjach na temat zawodu nie podkreślano i nie wskazywano poszczególnych jej elementów.

Istotny jest ubiór lekarski – symbol zajmowanej (wysokiej) pozycji, podobnie jak stetoskop przewieszony przez szyję oraz własna pieczęć, którą posiadają tylko lekarze oraz pielęgniarka oddziałowa. Ważnym elementem kultury organizacyjnej jest język, którym posługują się lekarze, w rozmowach z pacjentami używają bardziej potocznych określeń, między sobą używają terminologii fachowej oraz skrótów myślowych.

Lekarze posiadają również swoje rytuały – poranna odprawa (na której zbierają się wszyscy lekarze z danego oddziału oraz pielęgniarka oddziałowa), poranny obchód lub szereg czynności, które należy wykonać przed przystąpieniem do operacji (wejście na salę operacyjną, przywitanie się z zespołem, dezynfekcja rąk, założenie odpowiedniego stroju, operacja, w której każdy zna przydzielone mu zadania, zakończenie operacji, ponowna dezynfekcja rąk oraz pożegnanie się z zespołem i uzupełnienie dokumentacji medycznej).

Istotne są również tematy zakazane (tabu), na które nie rozmawia się w szerszym gronie – są to przede wszystkim błędy i pomyłki popełnione przez lekarzy, są one omawiane tylko przez konkretnego lekarza i jego przełożonego oraz temat śmierci i umierania, na który nie rozmawia się w obecności pacjentów, ciała zmarłych są jak najszybciej usuwane z widoku innych pacjentów (podczas obserwacji pytałem o to lekarza, który powiedział, że widok śmierci mógłby *obniżyć morale* wśród pacjentów).

W przypadku ogólnie podzielanych norm i wartości, wydaje się, że wśród lekarzy jest to zdrowie i zdrowy tryb życia (jest to też filozofia, która powinna łączyć się z wykonywaną profesją). Lekarze informują pacjentów jak zdrowo się odżywiać oraz jakich zachowań antyzdrowotnych unikać.

Już na etapie kształcenia, młody adept medycyny, przyswaja poszczególne elementy kultury organizacji. Odbywając praktyki w szpitalach lub uczestnicząc w zajęciach prowadzonych przez lekarzy, poznaje świat, który po ukończeniu studiów i uzyskaniu specjalizacji stanie się jego codziennością – przyswaja profesjonalny język, oswaja się ze śmiercią, obserwuje i uczy się jak poruszać się w instytucjach medycznych.

31. Fasada medyczna

Prowadząc obserwację w placówce medycznej, zwróciłem uwagę na fasadę (Goffman 2008: 52) personelu medycznego tzn. rekwizyty, fasadę osobistą oraz sposób bycia. Dla ułatwienia skupmy się tylko na lekarzach i pielęgniarkach pracujących w szpitalu.

Osoby wykonujące zawody medyczne posiadają określone rekwizyty, które są pewnym wymogiem związanym z wykonywaniem zawodu. Określone rekwizyty sprawiają, że zajmowanie się czynnościami brudnymi, nie wywołuje obrzydzenia u obserwatorów. Lekarz na sali operacyjnej w codziennym ubraniu mógłby wzbudzać podejrzliwość, natomiast ubrania ochronne (kittel), sprawiają, że wykonywana praca przestaje być traktowana jako brudna (Katz 1981). Odwołując się do koncepcji Goffmana (2008), podczas codziennych interakcji z pacjentem, lekarz musi zaprezentować się w określony sposób – zagrać swoją rolę. W zależności od sytuacji (gabinet prywatny, szpital, wypadek na drodze itp.) i wykonywanej pracy (stomatolog, ratownik medyczny itp.), pracownicy medyczni noszą określony strój (ratownicy medyczni - pomarańczowe lub czerwone kombinezony, lekarze – białe kitle itp.), który definiuje sytuację, uzasadnia podporządkowanie się zdaniu lekarza odnośnie zdrowia pacjenta.

W interakcjach z pacjentami ważny jest również język, którym posługują się lekarze. Jest on profesjonalny, ale na pewnym poziomie dostosowanym do pacjenta, który może nie zrozumieć fachowej terminologii. Pracownicy medyczni również, chcąc uchodzić za profesjonalnych, muszą dokonać pewnej *idealizacji*. Jednostka, chcąc uchodzić za profesjonalną, powinna ukryć działania, które nie są zgodne z rolą (Goffman 2008: 71), lekarz musi wykazać się szczególną ostrożnością w tym zakresie. Niosąc filozofię zdrowego trybu życia, nie może oddawać się zachowaniom antyzdrowotnym,

kiedy jest narażony na spojrzenia publiczności. Takie zachowania mogą spowodować, że lekarz będzie odbierany jako niegodny zaufania lub jego porady nie będą traktowane poważnie. Ważne jest również to, że osoby z wykształceniem medycznym, mogą być odbierane jako swego rodzaju autorytety w dziedzinie zdrowia. Pacjent, który widzi, że lekarz podejmuje działania zagrażające zdrowiu, sam może podjąć takie działania, tłumacząc sobie, że skoro osoba posiadająca profesjonalną wiedzę w zakresie zdrowia działa w określony sposób, to jest to bezpieczne i nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami. Istotny jest tutaj fakt, że jednostka wykonując określoną rolę, posiada pewność, że gdy będzie w innej roli, to zmieni się publiczność.

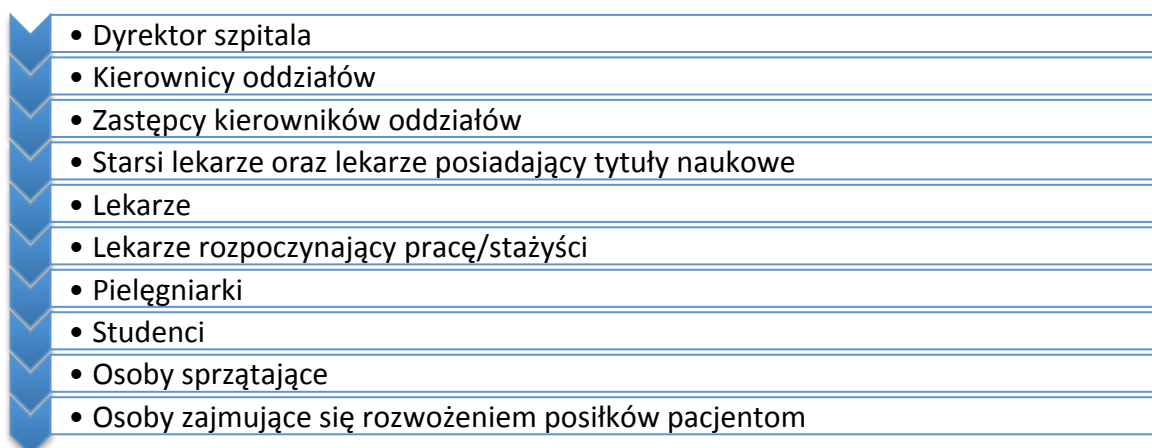
Do rekwizytów lekarskich należy zaliczyć charakterystyczny strój – najczęściej biały fartuch lub bluza i spodnie medyczne (na rynku dostępne są różne kolory) oraz obuwie medyczne – klapki lub sandały. Często lekarze mają przy sobie stetoskop, pieczętkę oraz długopisy wystające z kieszeni. Pielęgniarki noszą białe spódnice i fartuchy lub bluzy i spodnie medyczne. W kontekście organizacji, jaką jest szpital, ubiór może stać się symbolem prestiżu – studenci najczęściej ubrani są w białe fartuchy, mają na sobie codzienne spodnie i obuwie, w przeciwieństwie do lekarzy. Pielęgniarki noszą fartuchy oraz spódnice lub spodnie; osoby sprząające – najczęściej białe spodnie i koszulki. Strój umożliwia identyfikację, właściwe przypisanie roli zawodowej, a tym samym miejsca w medycznej hierarchii. Pacjent nie ma wątpliwości, kto jest lekarzem, pielęgniarką, a kto jest odpowiedzialny za podawanie posiłków lub sprząanie. Dla osób, które przebywają w szpitalu pierwszy raz problem może stanowić rozróżnienie lekarz – student. W tym wypadku tylko wiek może wskazywać na doświadczenie zawodowe i status oraz czasem obuwie (studenci noszą obuwie codzienne, lekarze charakterystyczne klapki lub sandały).

Jeśli chodzi o sposób działania, charakterystyczny jest sposób poruszania się lekarzy po szpitalnych korytarzach – wyprostowany, pewny krok oraz niezauważanie innych. Wydaje się, że osoby spoza świata medycznego, ubrane w strój niemedyczny, dla lekarzy są niewidzialne, są traktowane jako jedna całość – masa. Ważnym spostrzeżeniem, podobnie jak w przypadku badań prowadzonych przez Dutton, Debebe, Wrzesniewski (2012), był fakt, że lekarzom ustępowano drogi. Osoby sprząające, pielęgniarki, studenci, osoby rozwożące posiłki pacjentom, musiały przestawić wózek tak, żeby lekarz mógł swobodnie przejść (może to być spowodowane również faktem, że lekarz zmierza gdzieś w ważnym celu i należy ustąpić mu drogi, aby mógł pomóc drugiej osobie. Wydaje się, że cel, do którego zmierza osoba sprząająca lub student jest mniej ważny od celu, do którego zmierza lekarz). Brak okazywania szacunku osobom sprząającym wiązał się również z

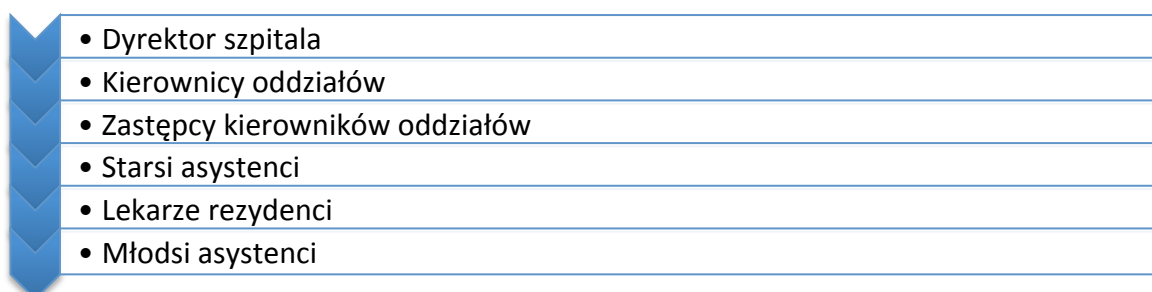
uważaniem ich pracy jako mniej ważnej, co objawiało się np. w chodzeniu po świeżo umytej, jeszcze mokrej podłodze. Niezauważanie osób znajdujących się niżej w hierarchii szpitalnej jest powszechnym zjawiskiem. Tylko pielęgniarki z dużym okresem stażu były znane z imienia, witano się z nimi i rozmawiano na prywatne tematy. Nowe pielęgniarki były zauważane tylko wtedy, kiedy lekarz czegoś potrzebował np. informacji o pacjencie lub zlecenia badań. Podczas operacji pielęgniarka, która jest odpowiedzialna za podawanie narzędzi, teoretycznie należy do zespołu lekarza, jednak jej praca, dopóki jest wykonywana prawidłowo jest niezauważana. Lekarz prosi o konkretne przedmioty, które są mu potrzebne w trakcie operacji, nie odrywając wzroku od pacjenta. Jeśli pielęgniarka wykonuje swoją rolę prawidłowo wszystko przebiega bez zastrzeżeń. Lekarze często nie znają pielęgniarek z imienia. Wchodząc na salę operacyjną lekarz wita się z całym zespołem (anestezjologami, lekarzami, którzy uczestniczą w operacji oraz z pielęgniarkami), w trakcie operacji przeprowadza rozmowy tylko z lekarzami (czasem prywatnie), po zakończonej operacji dziękuje wszystkim i wychodzi.

Codziennie rano, podczas odprawy, mogłem również zauważyć, że osoby posiadające wyższe tytuły naukowe mają możliwość zajęcia lepszych miejsc w sali, w której odbywa się odprawa (lepiej usytuowanych, wygodniejszych). Doktor ustępował miejsca profesorowi lub osobie starszej. Na samym dole hierarchii prestiżu znajdują się praktykanci, stażyści oraz osoby rozpoczynające pracę – podczas odprawy zazwyczaj muszą stać (brakuje dla nich miejsca), muszą zajmować się zlecaniem badań (od strony formalnej, lekarz wydaje polecenie, jakie badania mają zostać wykonane, a osoby, które są niżej w hierarchii muszą wykonać całą pracę formalną z tym związaną) oraz wypełnianiem dokumentacji medycznej. Po zakończonej operacji również należy wypełnić dokumentację medyczną, zajmują się tym młodszy lekarze.

O miejscu w hierarchii szpitalnej decyduje tytuł naukowy, wiek, status zawodowy. Przypisanie odpowiedniego miejsca w hierarchii wskazuje ubiór, który może być rozpatrywany w kategoriach oznak prestiżu, podobnie jak niektóre rekwizyty np. stetoskop. Na samej górze szpitalnej hierarchii znajduje się dyrektor szpitala, później kierownicy oddziałów i zastępcy kierowników oddziałów, starsi lekarze, lekarze, lekarze rozpoczynający pracę, pielęgniarki, studenci, osoby sprzątające oraz osoby zajmujące się rozwożeniem posiłków pacjentom.



Źródło: Grafika nr 8. Nieformalna hierarchia prestiżu pracowników medycznych w szpitalu na oddziale X (opracowanie własne)



Źródło: Grafika nr 9. Formalna hierarchia prestiżu pracowników medycznych w szpitalu na oddziale X (opracowanie własne)

32. Podział pracy

Zawody medyczne są podzielone ze względu na specjalizację, obszar zainteresowania, określone umiejętności, których celem jest doprowadzenie do wyleczenia pacjenta (ginekolodzy, dentyści, interniści itp.). Osoby wykonujące określone specjalizacje (pielęgniarskie/ lekarskie), pracujące na różnych oddziałach mają różny kontakt z brudem (zarówno z rodzajem brudu jak i z jego natężeniem). Na przykład w kontekście kontaktu ze śmiercią - czas pozostały do śmierci może być liczony zarówno w minutach jak i miesiącach, w zależności od choroby i miejsca leczenia pacjenta. Na oddziałach ratunkowych to, czy pacjent przeżyje, może być kwestią kilku minut. W przypadku wcześniaków na oddziałach położniczych pielęgniarki mogą ocenić ryzyko śmierci w godzinach lub co najwyżej dniach, natomiast w przypadku pacjentów chorych na raka czas ten może być liczony w miesiącach (Glaser, Strauss 2005: 18), lekarze medycyny sądowej mogą mieć kontakt ze śmiercią podczas każdego dnia pracy. Pielęgniarki pracujące z terminalnie chorymi i umierającymi, mają kontakt z osobami śmiertelnie chorymi

codziennie, w ich przypadku kontakt z osobami naznaczonymi oznacza kontakt z osobami umierającymi.

Każda specjalizacja lekarska zajmuje się określonym elementem zdrowia i choroby, to w jakich dziedzinach mogą kształcić się lekarze określa ustawa - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów. Podział pracy związany jest z określonymi umiejętnościami i wiedzą.

Jeśli chodzi o podział pracy w zawodach medycznych istotne są osoby „wspierające”, osoby, które mają za zadanie wykonywanie czynności medycznych wymagających niższych kwalifikacji, np. dentyści mogą delegować pracę niechcianą do techników dentyistycznych oraz korzystać przy zabiegach z pomocy dentyistycznej. Ginekolodzy podczas odbioru porodów korzystają z pomocy położnych. Pracę anestezjologów ułatwiają pielęgniarki, które przygotowują określone narzędzia pracy, leki itp.

Tabela 17. Kontakt z brudem w przykładowych zawodach medycznych

Zawód med.	B. fizyczny	B. społeczny	B. moralny
Chirurg	Kontakt z wewnętrżnościami pacjenta, krew	Np. kontakt z więźniami	Odpowiedzialność za życie pacjenta podczas operacji
Onkolog	-	Np. kontakt z terminalnie chorymi, umierającymi	Decyzja o przekazaniu informacji dot. śmierci
Pielęgniarka	Dbanie o higienę pacjenta	Np. Kontakt z terminalnie chorymi	Stosowanie określonych technik, celem zmuszenia pacjenta do odpowiedniego zachowania
Lek. Med. Sądowej	Kontakt ze śmiercią	Np. Kontakt z więźniami	-

Źródło: opracowanie własne

33. Konteksty społeczno – organizacyjne związane z delegowaniem brudnej pracy

Delegowanie brudnej pracy związane jest z przekazaniem części obowiązków (niechcianych, nie lubianych, brudnych) osobom, które mogą je wykonać, a z racji zajmowanej pozycji (niższej w hierarchii zawodowej) nie mogą odmówić jej wykonania.

Dentysta może delegować nie lubiane przez siebie czynności do techników dentystycznych. Wykonywanie zabiegów, które nie wymagają znieczulenia, np. czyszczenie kamienia może być wykonywane przez personel medyczny posiadający niższe kwalifikacje. Oczyszczanie zębów z kamienia jest pracą długą i żmudną (w zależności od ilości kamienia nazębnego), dlatego wykwalifikowanym lekarzom dentystom szkoda na to czasu. W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki medycznej, lekarz może przyjąć innego pacjenta, który musi zostać poddany bardziej złożonemu zabiegowi i w ten sposób lekarz może więcej zarobić.

Delegację czynności niechcianych można uznać za delegację pracy brudnej w ograniczonym zakresie. Przede wszystkim osoby, które decydują się na wykonywanie określonego zawodu, zdają sobie sprawę z tego, co będzie należało do czynności ich pracy i zazwyczaj lubią swoją pracę. Dentysta podkreślał, że nie lubi czyszczenia i jest to dla niego praca nie lubiana. Higienistka stomatologiczna natomiast w wywiadzie podkreśliła, że lubi czyścić zęby z kamienia – efekt jej pracy widoczny jest od razu. W tym kontekście nie można uznać, że praca brudna jest delegowana do osób niższego szczebla. Z pewnością praca niechciana jest delegowana do osób posiadających niższe kwalifikacje. Prowadząc badania etnograficzne w szpitalu, miałem możliwość zaobserwowania, że praca formalna, związana z prowadzeniem kart pacjentów, przygotowywaniem wypisów, zlecaniem poszczególnych badań itp. jest przenoszona na lekarzy rezydentów, z niższym doświadczeniem i z mniejszym stażem. Zajmowanie wyższej pozycji w hierarchii umożliwia delegowanie brudnej i niechcianej pracy. Pracą niechcianą wśród lekarzy jest zajmowanie się prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz wszelkimi formalnościami związanymi ze zleceniami badań dla pacjentów oraz wypisami ze szpitala. W wywiadach podkreślano jednak, że jest to ważna część pracy, ponieważ dobrze opisany pacjent (jego stan), ułatwia jego leczenie. Praca formalna najczęściej jest przekazywana osobom z mniejszym stażem pracy oraz doświadczeniem. Po zakończonej operacji lekarz (operator) może opuścić salę operacyjną nawet jeszcze przed *zaszyciem* miejsca operacji (jeśli oczywiście w zespole operatora znajduje się lekarz, który może dokończyć operację, jednak jest niżej w hierarchii od samego operatora). Dla lekarza operacja kończy się w momencie uzupełniania dokumentacji medycznej, którą najczęściej zajmują się osoby z mniejszym doświadczeniem (młodzi lekarze dopiero rozpoczynający praktykę). Podobnie pielęgniarki mają możliwość delegowania swojej pracy niechcianej młodszym i mniej doświadczonym koleżankom.

Jeśli chodzi o delegowanie pracy brudnej, musi ona odbywać się w ramach kompetencji, które posiada konkretny członek zespołu – lekarz nie może zlecić studentowi lub pielęgniarce niektórych czynności, ze względu na posiadane umiejętności i wiedzę. Praca brudna jest delegowana do osób znajdujących się niżej w hierarchii, jednak posiadających podobne kompetencje. Robieniem lewatywy pacjentowi może zająć się zarówno pielęgniarka jak i początkujący lekarz. Trudno jednak, aby początkujący lekarz zmieniał pościel pacjentowi lub podawał mu posiłek, jest to dalece poniżej jego umiejętności.

Hughes w kontekście podziału pracy pisał, że specjalizacja związana jest z posiadaniem odpowiednich „licencji” oraz „mandatów” (Hughes 1994: 22). W przypadku czynności niechcianych, osoby mające odpowiednio wysoki status, mogą zlecić ich wykonanie osobom, które jeszcze nie zdobyły odpowiednich uprawnień – lekarz, może kazać młodemu praktykantowi przygotować pacjenta do zabiegu lub prosić go o wykonanie pracy formalnej. Z czasem praktykant również zdobędzie doświadczenie, zda egzaminy i tym samym otrzyma odpowiednie „licencje” i „mandaty”, zarówno te formalne, jak i nieformalne.

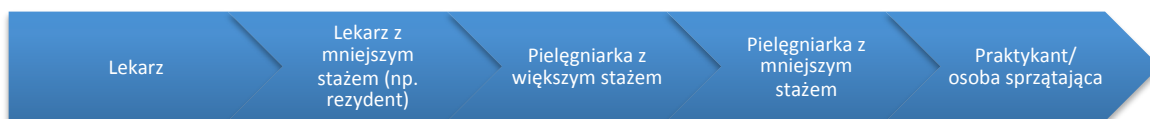
Zadaniem osób posiadających odpowiednie uprawnienia jest również nauczanie przyszłych profesjonalistów, chcących wykonywać pracę lekarza. Można to porównać do średniowiecznego terminowania – uczeń bierze udział we właściwych czynnościach pracy, obserwuje, jak wykonuje się poszczególne czynności w pracy, aby samemu zdobyć odpowiednie kwalifikacje. Lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem lekarza specjalisty w dziedzinie, w której chce się rozwijać, w specjalizacji, którą chce wykonywać w przyszłości.

Podczas zdobywania doświadczenia również stopień odpowiedzialności za błędy i pomyłki w pracy jest ograniczony. To osoba, która ma przygotować do wykonywania zawodu przyszłego lekarza, jest odpowiedzialna za jego pracę, oczywiście w ograniczonym zakresie. Może go również uczyć nieformalnie, znajdując czas na dyskusje w przerwie. Zazwyczaj osoba, która uczy specjalizacji, demonstrowa określony przypadek (na pacjencie) i omawia go (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 208). Podczas przygotowania do zawodu, student wykonuje, pod nadzorem, ogromną ilość diagnostycznych i leczniczych procedur, które będzie musiał robić, kiedy stanie się samodzielnym lekarzem. Odbiera porody, asystuje podczas operacji chirurgicznych. Wykonuje różnorodne procedury diagnostyczne, począwszy od tych najprostszych jak

pobieranie krwi, a kończąc na tych skomplikowanych i złożonych jak punkcja (Becker, Geer, Hughes, Strauss 1961: 222).

(...) bo to już po studiach jestem w stu procentach odpowiedzialna (odpowiedzialność za błędy – przyp. badacz), a tak to myślę, że lekarz, z którym to robię, czyli opiekun... no jak jest duży ubytek krwi, no to przetaczam, żeby utrzymać ciśnienie... no właściwie to po to, no, żeby się nie wykrwawił facet... czy tam kobitka. No i to za to w stu procentach odpowiadam, no bo po studiach mamy taką odpowiedzialność, że to już musimy umieć zrobić, to jest w stu procentach w naszej... wiedzy, no i musimy, wiesz, zweryfikować krew, dawca biorca, numer, tam są numery, tak jakieś daty ważności. Ja to sama robię, jakbym coś źle zrobiła, to mogę iść siedzieć. (anestezjolog/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Młodzi lekarze, którzy rozpoczynają pracę w szpitalu, wykonują ją pod ścisłym nadzorem doświadczonych w zawodzie osób. Podczas operacji, początkowo mniej skomplikowanych, starszy stażem chirurg czuwa nad przebiegiem wszystkich czynności. Obserwując jedną z pierwszych operacji młodego lekarza, byłem świadkiem, jak doświadczony lekarz przejął w trakcie zabiegu narzędzia lekarskie i dokończył operację, widząc, że mniej doświadczony lekarz nie radzi sobie. Wcześniej cały czas instruował swojego ucznia, co należy wykonać po kolei.



Grafika nr 10. Delegowanie brudnej pracy. Dla przykładu – delegowanie czynności, która w ramach kompetencji może być wykonana zarówno przez kwalifikowany zespół medyczny jak i praktykanta lub osoby sprząające – np. przewiezienie/ przeniesienie pacjenta lub posprzątanie (źródło: opracowanie własne)

34. Praca niewidzialna

W przypadku zawodów medycznych praca niewidzialna może być rozpatrywana na kilku poziomach. Przede wszystkim, znaczącą część czynności, które nie są dostępne bezpośredniej percepcji pacjenta wykonują pielęgniarki, których zadaniem jest przygotowanie odpowiednich narzędzi pracy.

No to jest przygotowanie tego stanowiska pracy, zarówno w instytucie, jaki i w prywatnym gabinecie tak, dla lekarza i dla, dla nas, czyli, dezynfekcja i sterylizacja, znaczy dezynfekcja całego pomieszczenia, wietrzymy, dezynfekujemy powierzchnie (...) Tak...

Izorapid jest jednym z..., to są wszystko płyny w spreju... no dezynfekujemy unit... powierzchnie, czyli blaty... asystor – stolik, na którym lekarz trzyma swoje narzędzia... no i nasze stanowisko pracy, czyli przygotowujemy karty stomatologiczne pacjentów, yyy no, i co, no i tyle... (higienistka stomatologiczna, kobieta, wiek ok. 35 lat).

W pracy samego lekarza jako pracę niewidzialną można potraktować ciągłą naukę (np. wyjazdy na konferencje) i doskonalenie swojej praktyki. Zdobywanie wiedzy na temat innowacyjnych sposobów leczenia oraz nowych leków, które leczą efektywniej niż stare. Ciągłe doskonalenie i samorozwój są istotną częścią zawodów medycznych. Dodatkowe szkolenia są również prowadzone przez Naczelną Izbę Lekarską.

(...) jak się kiedyś uczyłam, a nie używałam, to wiesz, z głowy wypada iii, no nie ma szans, że wchodzisz, mówisz, poprosimy tyle i tyle tego tyle i tyle tego i człowiek śpi. Trzeba sobie przypomnieć dużo i dużo się uczyć codziennie. Ja sobie do domu przychodzę i dużo czytam (anestezjolog/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

W przypadku ciągłego kształcenia ważnym elementem w wykonywaniu zawodu jest długi okres nauki. Nie zawsze pacjent zdaje sobie sprawę, że ścieżka kariery medycznej jest długa i trudna, o czym wspomniano już w paragrafie 19. Długotrwały proces kształcenia można traktować jako pracę niewidzialną, która musi zostać wykonana przez przyszłego lekarza. Trudne do zdania egzaminy i praktyki zawodowe przygotowują do odpowiedniego wykonywania zawodu.

Ze zgromadzonego materiału badawczego można wysnuć wniosek, że jedną z bardziej niewidocznych i trudnych prac medycznych jest praca dyspozytorów w Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Przede wszystkim dyspozytorzy traktowani są niepoważnie. Dzwoniący ludzie zgłaszają np. konieczność zdjęcia kota z drzewa lub podają przesadzone objawy, tylko po to, żeby przyjechała po nich karetka.

Zdarzają się sytuacje, że ratownik musi udzielić niezbędnych informacji o pierwszej pomocy, aby ktoś z otoczenia osoby poszkodowanej mógł jej pomóc. Kiedy zadania zawodowe wykonywane są prawidłowo, karetki są wysyłane do zgłoszeń, do których powinny być wysłane, wtedy praca dyspozytorów w CPR nie jest zauważana przez pacjentów, poszkodowanych itp. W przypadku pomyłki, kiedy karetka nie jest wysłana do osoby, która jej potrzebuje lub gdy jest wysłana do osoby, która jej nie potrzebuje, zaczyna się dostrzegać, jak istotna jest praca osób odpowiedzialnych za wysłanie pomocy. Sprawy, w których popełniany jest błąd przez dyspozytorów, są często nagłaśniane medialnie.

Do niewidzialnej pracy należy również przygotowanie narzędzi pracy i gabinetu do wykonywania zabiegów. W przypadku prywatnej praktyki, ze względu na oszczędności,

lekarz może zrezygnować z zatrudnienia sprzątaczkę czy wykwalifikowanej pomocy medycznej i wszystkie czynności, konieczne do wykonywania profesji, wykonywać sam.

(...) to są narzędzia po pracy. Przygotowywane już w pojemnikach są płyny dezynfekcyjne, gdzie od pacjenta odchodząc, wkładamy do takiego płynu narzędzia, one się moczą w zależności od tego, jakie mamy stężenie płynu, od 15 minut - do na przykład pół godziny. Potem wyrzucamy te narzędzia do zlewu i myjemy pod bieżącą wodą, po czym odkładamy na ręcznik i osuszamy ręcznikami papierowymi. Potem jeszcze pakujemy w takie rękawy odpowiednie i wkładamy do autoklawu. W temperaturze 134 stopni one się tam gotują, tak? Autoklaw to jest ten piekarnik, tak zwany. Tak, to jest inaczej, dawna nazwa sterylizator, tylko sterylizator różni się od autoklawu tym, że w sterylizatorze sterylizuje się narzędzia niezapakowane. Teraz się już nie używa tego. Pakowanie, sporządza się pakiety jałowe. Tam zachodzą różne procesy od frakcjonowania, poprzez sterylizację, suszenie i tak dalej. I taki pakiet, narzędzia w takim pakiecie już po całej akcji są sterylne i bez żadnych bakterii (stomatolog, kobieta, wiek ok. 80 lat).

Również poddałem się prostemu zabiegowi dermatologicznemu (usunięcie włókniaków), co zostało opisane w dalszej części dysertacji. Przed przystąpieniem do usunięcia zmiany skórnej, lekarz przygotował i zdezynfekował wszystkie niezbędne narzędzia sam, po skończonym zabiegu również przygotował fotel zabiegowy na przyjęcie kolejnego pacjenta (więcej w aneksie nr 2).

Praca niewidzialna (dla publiczności - pacjentów, osób odwiedzających itp.) może być postrzegana jako praca brudna, szczególnie w przypadku czynności związanych ze sprzątaniem gabinetów lub sterylizacją narzędzi pracy. Podczas wywiadów rozmówcy nie kładli jednak nacisku na te czynności.

Samo przygotowanie do zawodu może być postrzegane jako brudne - nauka, nieprzespane noce itp., jest to jednak integralna część tego zawodu i osoby, które się na niego decydują, godzą się na określone wyrzeczenia. Ciągłe samokształcenie i rozwój również nie mogą być rozpatrywane jako coś niechcianego, trudnego czy brudnego. Poszerzanie wiedzy w interesującym kierunku jest czymś pożądanym przez osoby chcące się rozwijać w swoim zawodzie, niezależnie od wykonywanej profesji, np. nauczyciel akademicki jeśli chce być poważany w środowisku, również musi cały czas poszerzać swoją wiedzę.

Lekarze jako ludzie wykształceni prowadzą również swoje badania związane z wykonywanym zawodem, w ten sposób rozwijają się we własnej specjalizacji. Dzieląc się wynikami ze swoimi kolegami, mogą przyczynić się do poszerzenia wiedzy dotyczącej

określonych schorzeń, jest to również konieczność związana z utrzymaniem się na rynku i konkutowaniem z innym lekarzami. To naturalna kolej rzeczy, szczególnie w środowisku ludzi wykształconych, którzy spotykają się co jakiś czas na sympozjach, gdzie mogą się dzielić swoimi spostrzeżeniami i dyskutować na temat metod leczenia.

Ja robiłem badania i w niepłodności i później w ciąży. To jednak to muszą być jeszcze jakieś dodatkowe choroby, natomiast sama dieta, ta wegetariańska czy semiwegetariańska, taka śródziemnomorska w zasadzie, to tutaj większego wpływu na ciążę nie ma i w tych badaniach nie wychodziła mi jakaś patologia, że nie jedząc mięsa, zresztą nasze mięso też jest teraz... To są produkty mięsne, a nie mięso, no to... (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

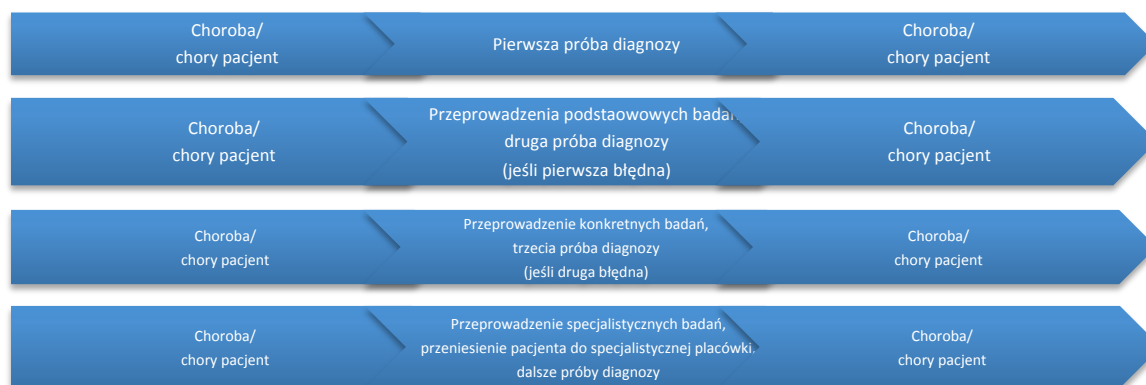
Odwołując się do koncepcji pracy widzialnej i pracy niewidzialnej (Star i Strauss 1999), warto dokonać analizy pracy lekarzy. Dla pacjentów i rodziny pacjenta niewidoczny pozostaje cały proces związany ze zdiagnozowaniem pacjenta – rozmowy lekarzy na temat choroby, próba poszukiwania przyczyn choroby itp. W trakcie obserwacji byłem świadkiem poszukiwania przyczyn bólów pacjentki. Po długich rozmowach oraz próbach diagnostycznych (m.in. przeprowadzeniu tomografii i USG) lekarz mógł zakomunikować pacjentce, że jest to zapalenie nerki. Sama pacjentka nie miała możliwości dostrzeżenia procesu dochodzenia do diagnozy (tylko w momentach, w których przeprowadzono jej badania). Pacjent podczas operacji pod narkozą również nie ma możliwości dostrzeżenia pracy lekarzy, po wybudzeniu jego dolegliwości mijają. Ponadto rodzina pacjenta (poza godzinami odwiedzin) nie może dostrzec jak leczony jest pacjent, jednak praca lekarska zostaje dostrzeżona na końcu procesu leczenia – zdrowy pacjent, który opuszcza szpital. Powyższe można określić za Star i Strauss (1999) tworzeniem nie-osoby (creating a non-person), wszystkie czynności pracy – rozmowy na temat przypadku, diagnoza, operacje pozostają poza percepcją pacjenta i jego najbliższych.

W przypadku kolejnej kategorii zaproponowanej przez Star i Strauss (1999) wykorzenienie pracy w tle (disembedding background work), można analizować pracę pielęgniarek, które są widoczne w szpitalu, pomagają pacjentom w codziennych toaletach, podają im leki, przeprowadzają proste zabiegi np. zmieniają opatrunki, często instruuja młodych lekarzy i studentów. Jednak efekty ich pracy, dopóki są wykonane prawidłowo, nie są widoczne, nie przypisuje im się powodu wyzdrowienia pacjenta.

W pracy lekarskiej ważne są też formalne wymogi, które stawia szpital, żeby mieć możliwość oceny pracy lekarskiej, są to formalne i ilościowe wskaźniki pracy, które są oderwane od sytuacji pracy (Star, Strauss 1999), lekarze pod koniec miesiąca wyliczają, ile

punktów pozostało im do zdobycia, żeby wyrobić normę. Notatka z obserwacji: *Brakuje nam 1500 punktów, torbiel 20 punktów, zakrzep żyłaków 52 punkty. Wypuścimy X i będziemy mogli je doliczyć (...)*. Są to wskaźniki, które trudno jest przełożyć na faktycznie wykonaną pracę i na zdrowie pacjentów, jednak pozwalają one na ilościową analizę pracy wykonywaną przez lekarzy.

Niewidzialna praca związana jest z obciążeniami, które dotyczą każdą osobę wykonującą zawód medyczny. Dotyczy ona brudnej pracy fizycznej (np. sprzątanie gabinetów) i emocjonalnej (np. frustracja związana ze zdawaniem trudnych egzaminów). Uwzględnienie pracy niewidzialnej w badaniach nad brudną pracą, pozwala odkryć jej wymiar, który nie jest dostępny szerszej publiczności, nie jest „widzialny”, dla osób, które z danym zawodem nie są bezpośrednio związane, doświadczają jedynie jego efektów np. zdrowy pacjent, który po wyjściu od dentysty nie zastanawia się nad tym, kto posprzątał gabinet, wysterylizował narzędzia oraz ile wysiłku włożył dentysta, aby móc wykonywać swój zawód.



Grafika nr 11. Niewidzialna dla pacjenta próba diagnozy choroby, pacjent dostaje tylko informację zwrotną, nie widzi całego procesu *dochodzenia do właściwej diagnozy*, uczestniczy tylko w konkretnych badaniach – pobieraniu płynów, tkanek, prześwietleniach, tomografii, itp. cały proces diagnozy – analiza wyników, konsultacje z innymi lekarzami (które występują w całym procesie diagnozy) są poza zasięgiem jego percepcji (źródło: opracowanie własne)

Tabela 18. Praca widzialna i niewidzialna w zawodach medycznych

	Kiedy widzialna/ dla kogo	Kiedy niewidzialna/ dla kogo
Praca nad czystością otoczenia	Widzialna dla podkreślenia sterylności, idealizacji (np. przetarcie wacikiem nasączonym środkiem dezynfekującym urządzenia)/ dla pacjentów	Niewidzialna w przypadku usuwania odpadów medycznych, sprzątania sali operacyjnej, kiedy brud może wywołać w pacjencie obawy lub strach przed chorobą lub strach przed leczeniem (np. widok odciętej kończyny), ze względu na niehigieniczne warunki (np. usuwanie ekskrementów z izby przyjęć)/ dla pacjentów
Praca nad czystością osobistą	jw. (np. umycie rąk przed badaniem pacjenta)/ dla pacjentów	Niewidzialna w przypadku dokładnej dezynfekcji przed operacją lub po operacji/ dla pacjentów
Praca nad czystością pacjenta	-/ widzialna tylko dla personelu medycznego wykonującego lub pomagającego w zabiegach higienicznych pacjenta, którego dotyczy higiena	Zabiegi higieniczne wykonywane pacjentom lub z pacjentami są niewidzialne dla otoczenia (dla personelu medycznego, który nie bierze udziału w zabiegach higienicznych, dla innych pacjentów itp.)
Diagnoza	Podczas bezpośrednich kontaktów z pacjentem, badań, których wyniki są natychmiastowe/ dla pacjenta	Podczas długotrwałej diagnozy, wykonywaniu kilku badań, oczekiwaniu na wyniki, proces dochodzenia do diagnozy odbywa się bez obecności pacjenta, ewentualne wątpliwości są konsultowane z zespołem medycznym
Nauka/ zdobywanie informacji	W gabinecie medycznym, kiedy lekarz chce upewnić się co do postawionej diagnozy (rzadkość)/ dla pacjentów	Kształcenie, prowadzenie badań naukowych itp./ dla pacjentów

Źródło: opracowanie własne

35. Błędy/ pomyłki

Jak wskazywano wcześniej, błędy i pomyłki w zawodzie lekarskim muszą być ograniczone do minimum, dlatego pracownicy medyczni przechodzą długotrwałe nauczanie, w szczególności lekarze specjaliści. Trudno jednak przeżyć całą swoją karierę bez popełnienia błędu, zła diagnoza, źle przeprowadzona operacja itp. mogą się zdarzyć każdemu lekarzowi. Podczas wywiadów rozmówcy niechętnie wspominali o swoich pomyłkach (jest to temat tabu). Należy również wspomnieć, że pomyłki medyczne dość często stają się sprawą medialną, błędy w sztuce lekarskiej zazwyczaj bywają interesujące dla opinii publicznej.

Jeden z rozmówców na początku swojej kariery uszkodził aortę pacjentce podczas prostego zabiegu. Pomimo lat, które upłynęły od niefortunnego wypadku, nadal wspomina to doświadczenie. Niezawiniony błąd, nawet przypadkowy, pozostaje w pamięci. Podczas wywiadów zazwyczaj unikano mówienia o swoich pomyłkach. W trakcie obserwacji ukrywano przede mną wszelkie pomyłki. Kiedy jedna z lekarek popełniła błąd, (wynioskowałem, że chodzi o błąd ze względu na duże zdenerwowanie i podniesiony głos przełożonego), zostałem wyproszony z pokoju, w którym się znajdowałem i dopiero wtedy zwrócono uwagę młodemu lekarzowi.

Gdyby opinia publiczna lub inni pacjenci dowiedzieli się, że są leczeni przez lekarza, który popełnia błędy, mogłoby to doprowadzić do niechęci korzystania z jego usług. Należy zwrócić uwagę również na to, że błąd, popełniony przez lekarza może przełożyć się na jakość życia pacjenta lub nawet na śmierć.

36. Choroby zawodowe

Pracownicy wykonujący określoną pracę są narażeni na tzw. choroby zawodowe – czyli choroby, które są spowodowane wykonywaniem specyficznych czynności lub czynników szkodliwych w środowisku pracy. Większość występujących schorzeń spowodowanych wykonywaniem czynności zawodowych jest określona przez ustawodawcę - rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30.06.2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. Nr 105, poz. 869 ze zm.) – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1.08.2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz.U. Nr 132, poz.1121 ze zm.) – rozporządzenie Rady Ministrów z 08.05.2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2012 r. Nr 0, poz. 662).

Na wystąpienie chorób zawodowych najbardziej narażeni są pracownicy szpitali. *Choroby zawodowe pracowników zatrudnionych w ochronie zdrowia i opiece społecznej od wielu lat stanowią w Polsce około 10 – 15% ogółu przypadków stwierdzanych i zarejestrowanych w Rejestrze Chorób Zawodowych. Ponad 50% zachorowań w tej grupie jest stwierdzanych w populacji pracowników szpitali* (Peplowska, Szeszenia- Dąbrowska 2002: 369). Osoby wykonujące swoją pracę w szpitalach narażone są na kontakt z wirusami i bakteriami (przede wszystkim zapalenie wątroby typu B i C). Brudna praca związana jest w przypadku zawodów medycznych m.in. z chorobami, które mogą być spowodowane poprzez kontakt z zakażonym pacjentem (lub jego tkankami, płynami), ten typ brudu, można zaliczyć do brudu fizycznego.

Choroby związane są jednak nie tylko z kontaktami z pacjentem, ale również z określonymi warunkami pracy – korzystanie z lateksowych rękawiczek (73% chorób skórnych i alergii natychmiastowych za: Peplowska, Szeszenia- Dąbrowska 2002 (dane za 2001)) oraz aktywnością ruchową podczas pracy, np. choroby układu nerwowego spowodowane pracą związaną z uciskiem na nerwy obwodowe, choroby kręgosłupa itp.

W roku 1989 współczynnik zachorowalności na WZW wynosił 195 na 100 000 zatrudnionych w służbie zdrowia, a w roku 1992 – 140 na 100 000. Jest to niewątpliwy efekt poprawy warunków higienicznych w jednostkach służby zdrowia, sterylizacji i stosowania sprzętu jednorazowego użytku. W roku 1989 wprowadzono szczepienia ochronne pracowników służby zdrowia przeciwko WZW typu B, a od 1993 r. intensywny program profilaktyki WZW typu B obejmował szczepieniami nie tylko pracowników służby zdrowia, lecz również osoby przygotowywane do planowanego zabiegu operacyjnego (Peplowska, Szeszenia- Dąbrowska 2002: 373).

Na temat poprawy warunków pracy wypowiadali się również rozmówcy, szczególnie ci bardziej doświadczeni i starsi, którzy mogli zauważyć zmiany zachodzące w służbie zdrowia. Osoby, które pracowały w zawodzie medycznym dłużej niż 10 lat stwierdzały, że następuje poprawa, a zawód zmierza w stronę „czystości”.

Asystując pracownikom medycznym na każdym kroku podczas dnia pracy – przy operacjach, w obchodach itp., mogłem dostrzec kilka interesujących faktów w kontekście obciążeń zdrowotnych. Podczas operacji (często trwających dłużej niż godzinę) lekarz musi ciągle stać. Również nie miałem możliwości zajęcia miejsca siedzącego na sali operacyjnej (zazwyczaj były one zajęte przez anestezjologów lub pielęgniarki). Wiąże się to z bólem kręgosłupa oraz nóg, po całym dniu spędzonym w szpitalu odczuwałem dyskomfort spowodowany bólem pleców. Należy wziąć pod uwagę, że lekarz musi cały

czas pochylać się nad pacjentem (dodatkowe obciążenie kręgosłupa) oraz pracować w skupieniu podczas operacji.

Dlaczego choroby zawodowe należy rozważać w kategoriach pracy brudnej? Przede wszystkim praca, która negatywnie wpływa na organizm, powoduje choroby – *brudzi*. Naprzeciw siebie można postawić pojęcia zdrowia, które związane jest z czystością oraz choroby, które utożsamiane jest z brudem. Praca, która negatywnie wpływa na zdrowie jest brudna i obciążająca.

37. Brud szlachetny

W części teoretycznej omówione zostały zawodowe ideologie (paragraf 10) – sposoby radzenia sobie, usprawiedliwiania ważności własnej pracy. Autorzy (Ashforth, Kreiner 1999) opisali, czym są obciążenia fizyczne, społeczne i moralne w kontekście brudnej pracy. W przypadku zawodów medycznych za obciążenia fizyczne można uznać kontakt z krwią, śmiercią, szkodliwymi substancjami, bycie narażonym na różnego rodzaju zakażenia (WZW, żółtaczka itp.). Za obciążenia społeczne można uznać kontakt z osobami, grupami, które są stygmatyzowane, np. osoby chore na AIDS, kilę lub osoby niepełnosprawne – oczywiście nie dotyczy to wszystkich zawodów medycznych. Za obciążenia moralne można uznać wpływ na ludzkie życie oraz działania wbrew własnemu światopoglądowi, np. wypisywanie recept na tabletki antykoncepcyjne, dokonanie aborcji. Lekarz może oczywiście powołać się na klauzulę sumienia i odmówić wykonania określonych czynności medycznych, z wyjątkiem art. 30 ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152) *Art. 30. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki; Art. 39. Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego* (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152).

Lata praktyki mogą się przełożyć na przesunięcie progu wrażliwości, jednak nawet młodzi lekarze, dopiero rozpoczynający praktykę mówili o śmierci i operacjach jak o czymś zwyczajnym. Wcześniej przytoczone zostały słowa anestezjologa, który pomimo, iż

podkreślał, że przeżywa każdą śmierć i jest wrażliwy, to o zgonie dziecka wypowiadał się jak o czymś zwyczajnym, czy nawet interesującym (...) *więc sobie poszliśmy na tę biopsję serca, sobie pooglądać (lekki śmiech)* (anestezjolog). Lekarze uzasadniali takie podejście koniecznością pomocy innym. Gdyby przeżywali każdy przypadek, nie mogliby skutecznie wykonywać swojej pracy. Praca lekarzy staje się honorowa, a fakt przesunięcia granicy wrażliwości jest konieczny, gdyby nie to, nie mogliby pomagać ludziom. Uznają swoją pracę za ważną i istotną dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa.

Pracownicy medyczni dość często pomijają sprawy trudne, przenoszą uwagę na to, co w ich zawodzie jest honorowe – pomoc innym.

To bardziej jestem na dyżurach, bo tak to ja się głównie zajmowałem rozrodczością, problemami z niepłodnością... no ale tak mi się tutaj ułożyło, że mam dyżury na położnictwie także, no moja praca jest wyjątkowo ciekawa, bo... zaczynam od pacjentów młodych..., którzy mają np. kłopoty z zajściem w ciążę... Te kłopoty jakoś tam... się leczy, uzyskujemy ciążę, ja prowadzę tę ciążę... no i dodatkowo mam możliwość zakończenia tej ciąży przez poród czy przez cięcie cesarskie (...) największym takim dziełem przyrody jest poród, no to coś pięknego, zwłaszcza jak się uda, no to to tak jak w medycynie, coś jest- niektóre rzeczy się udają, niektóre się wklajają (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Częsty kontakt ze śmiercią i chorobami nieuleczalnymi staje się codziennością. Decydując się na wykonywanie określonej specjalizacji, przyszły lekarz zdaje sobie sprawę z obowiązków, jakie na niego czekają i ze specyfiki wykonywanej pracy.

Moje koleżanki reanimowały, bo pani się powiesiła. No to było bardzo nieprzyjemne, bo niestety nie udało się odratować, bo ona za długo wisiała, wisiała w łazience... dlatego na oddziale zamkniętym nie można mieć żadnych pasków, sznurówek, wszystko trzeba oddać... to jest czasami trudno ocenić, pytasz kogoś i mówi, że nie, a i tak to robi... no to ze śmiercią tak, koleżanki już miały (kontakt – przyp. badacz), ja na szczęście nie miałam takiej sytuacji...(psychiatra/ rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

W rozmowie z osobą „spoza środowiska” pracownicy medyczni starali się podkreślać, że pomimo upływu lat są wrażliwi, jednak ze sposobów wypowiedzi, można wysnuć inny wniosek. Lekarze zdają sobie sprawę, że osoba leczona może czuć się źle, może odczuwać ból, może być umierająca. Starają się podchodzić do pacjentów ze zrozumieniem, jednak przeżywanie każdego przypadku i traktowanie go w sposób wyjątkowy, faktycznie mogłoby się przyczynić do obniżenia jakości i skuteczności

leczenia, również mogłoby się odbić na samym pracowniku medycznym, który przeżywając każdą śmierć mógłby popaść w depresję.

Kontakt ze śmiercią przez publiczność może być traktowany jako coś nietypowego. Niewiele zawodów ma związek ze zgonami, dlatego praca lekarzy w tym kontekście może być traktowana jako brudna. Kontakt z osobami umierającymi oznacza również informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia, o zbliżającym się momencie śmierci. Konieczność przekazania takiej informacji również można zliczyć do pracy brudnej i niechcianej, która jest przekazywana pracownikom niższego szczebla (Glaser, Strauss 2005: 148). Przenoszenie procesu umierania z domu do wyspecjalizowanych placówek spowoduje, że coraz więcej osób zacznie zadawać pytania na temat swojej choroby i możliwości opuszczenia placówki medycznej. Oznacza to, że coraz więcej pacjentów będzie chciało być świadomym swojego stanu zdrowia (co również będzie wiązało się ze świadomością momentu śmierci) (Glaser, Strauss 2005: 5). Publiczność wie, że określone zabiegi są wykonywane i muszą być wykonywane dla prawidłowego funkcjonowania systemu społecznego, jednak nie chce o tym myśleć i przechodzi nad tym do porządku dziennego.

Stygmatyzacja w przypadku zawodów medycznych nasycona jest pozytywnymi wartościami, praca staje się honorowa, konieczność pomocy osobom poszkodowanym, chorym, umierającymi, sprawia, że kontakt z brudem fizycznym (wydzielinami ludzkiego ciała), społecznym (kontakt z osobami naznaczonymi społecznie), moralnym (władza nad życiem pacjenta), emocjonalnym (obciążenia emocjonalne związane z wykonywaniem zawodu), interakcyjnym (np. kontakt z pacjentami agresywnymi) itp. staje się szlachetny. Opieka nad osobami chorymi i pomoc w codziennych czynnościach (np. w toalecie) jest czymś, co sprawia, że na personel medyczny patrzy się raczej z podziwem niż z obrzydzeniem. Jest to związane z kolejną zawodową ideologią wyróżnioną przez Ashfortha i Kreinera (1999), skoncentrowaniem (*refocusing*) – przesunięciem uwagi z czynności uważanych za brudne na czynności uważane za czyste, z tych podlegających stygmatyzacji na te niepodlegające stygmatyzacji – mycie pacjenta lub operacja traktowane są jako konieczność związana z pomocą, a nie jako czynności higieniczne lub kosmetyczne. Podczas analizy zebranego materiału dało się również zauważyć, że osoby związane z medycyną stosują rekaliibrację (*recalibrating*), pracę z osobami poszkodowanymi przez los i ciężko chorymi traktują jako ważniejszą niż np. pomoc alkoholikom, którzy w szpitalu muszą być przyjmowani poza kolejką oraz często są stałymi bywalcami SORu.

38. Brudna praca – występowanie

Przystępując do zbierania danych i gromadzenia materiału, miałem ogólne pojęcie o tym, czym jest brudna praca i jak ją rozumieć. Podczas analizy materiału i uzupełniania wiedzy kolejnymi opracowaniami (artykułami naukowymi), wypracowałem własne rozumienie pojęcia. Przede wszystkim brudną pracę w dysertacji traktowano również w oderwaniu od jej fizycznego aspektu, a więc podobnie jak Ashforth i Kreiner (1999). Brud rozumiany jest nie tylko w sposób dosłowny, jako coś nieczystego, brudnego fizycznie, ale również jako trudności, obciążenia wynikające z wykonywania określonego zawodu medycznego. Słowo *brudny* kojarzone jest z czymś nieprzyjemnym, nieczystym i na tym należy się skupić – brudna praca jako praca nieprzyjemna, trudna, nieczysta. Brudna praca związana będzie również z *brudnymi emocjami* (River, Tracy 2014), które pojawiają się podczas kontaktów z poszczególnymi, obciążającymi jednostkę elementami pracy.

Można wyróżnić cztery typy brudnej pracy: a) praca brudna emocjonalnie, która jest związana z wykonywaniem czynności *brudzących* emocjonalnie, wpływających na samopoczucie i emocje osoby, która zajmuje się wykonywaniem tego typu pracy (np. praca, która powoduje przygnębienie, smutek, obrzydzenie), praca brudna emocjonalnie będzie miała związek z emocjami pojawiającymi się w trakcie wykonywania pracy (np. obrzydzenie) oraz z emocjami, które wywołuje w jednostce nawet po zakończeniu swojej pracy (np. smutek, przygnębienie), b) praca brudna fizycznie, która jest związana z wykonywaniem czynności *brudzących* fizycznie, jest związana z widocznymi oznakami brudu (np. brudne ręce), c) praca brudna społecznie, która jest związana z kontaktami z osobami naznaczonymi społecznie (osobami *brudnymi społecznie*, których społeczeństwo chce unikać np. więźniowie lub osoby niepełnosprawne), d) praca brudna moralnie, która jest związana z dwuznacznością podejmowanych decyzji np. władza nad czyimś życiem lub prawem do wolności. Należy podkreślić, że nie ma idealnej brudnej pracy, w której występują wszystkie jej typy w równym natężeniu, o tym czy dana praca jest traktowana jako brudna decydują również predyspozycje jednostki.

Tabela 19. Występowanie poszczególnych typów brudnej pracy

	Emocjonalnie	Fizycznie	Spolecznie	Moralnie
Występowanie	Kontakt z obiektami, osobami, które wzbudzają określone negatywne emocje	Kontakt z brudem fizycznym	Kontakt z osobami naznaczonymi społecznie	Możliwość wpływania na czyjeś życie, na wolność, zdrowie itp.
Kontekst występowania	Praca z osobami umierającymi (smutek), praca nad czystością pacjenta (obrzydzenie) itp.	Sprzątanie, przeprowadzanie operacji, mycie pacjenta itp.	Rehabilitacja osób niepełnosprawnych, praca z osobami umierającymi, praca z więźniami itp.	Decydowanie o czyjeś wolności lub zdrowiu i życiu, udzielanie porad zdrowotnych, leczenie itp.
Możliwość oceny czy praca jest brudna	Wewnętrzna	Zewnętrzna	Zewnętrzna	Zewnętrzna/ Wewnętrzna
Przykład pracy, w której przeważa kontakt z określonym typem brudu	Psychologowie	Personel sprzątający	Strażnicy więzienni	Sędziowie

Źródło: opracowanie własne

W przypadku lekarzy, za brudną część zawodu, uznać można również zagrożenia związane z wykonywaną pracą. Poza kontaktami z osobami agresywnymi, które zostały opisane w paragrafie 21 dotyczącym interakcji, pracownicy medyczni narażeni są na zarażenie różnymi chorobami, np. AIDS. Pomimo rozwoju techniki, która umożliwia dokładną sterylizację narzędzi pracy, nie da się uniknąć kontaktu z drugim człowiekiem, który może być zarażony. Rękawiczki ochronne również nie zawsze są w stanie pomóc, mogą zostać poprzekłuwane igłą i może dojść do zakażenia.

No przede wszystkim te, które przenoszą się drogą krwi (choroby – przyp. badacz) to najbardziej ta żółtaczką zakaźną i AIDS... no to tutaj chronią nas właśnie rękawiczki..., żeby tego uniknąć. Jeżeli się zachowuje ostrożność, no to w zasadzie nie ma problemu. Autoklawy w tej chwili niszczą wszystkie, wszystkie bakterie. One są w zasadzie wszystkie pewne i sterylne (...) Praca z zakażeniem, z możliwością zakażenia..., no zdarzały się nawet takie przypadki... Moja koleżanka np. dłutowała. Dłutowanie to jest usuwanie

korzenia, no takimi, nie kleszczami tylko taką dźwignią (...) i miała rękawiczki, które powinny ją od tego zakażenia żółtaczką zakaźną uchronić, no ale niestety, zesunęła jej się ta dźwignia i ukuła ją w palec... no i miała bezpośredni kontakt z krwią pacjenta i zaraziła się żółtaczką zakaźną..., bo pacjent był akurat chory, no... No to już taki akurat zbieg okoliczności prawda, no ale takie przypadki też, nie mówiąc o tym, że no najgorszej rzeczy, która jest, no – AIDS! (stomatolog, kobieta, wiek ok. 35 lat).

Kontakt z wydzielinami pacjenta również można uważać za brudny. Jest to brud fizyczny, który może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub nawet dla życia osób pracujących w zawodach medycznych. Nieskuteczna lub niewłaściwa ochrona może doprowadzić do bezpośredniego kontaktu z zakażoną krwią. Kontakt z wydzielinami pacjenta nie obejmuje tylko płynów. Można go również rozpatrywać jako nieprzyjemny zapach powstający podczas wykonywania zabiegu oraz spowodowany wątpliwą higieną.

No dla mnie najbardziej nieprzyjemny jest... brzydki zapach. No z tym nie umiem sobie poradzić za bardzo i to mnie bardzo zawsze jakoś deprymuje. Natomiast..., no i pacjenci oczywiście, którzy są tylko i wyłącznie zaniedbani! Tak się też czasami zdarza. Na szczęście jest to rzadka rzecz i tak często brudnych ludzi się nie przyjmuje, ale to jest! To jest na pewno najbardziej nieprzyjemne. Ludzie, którzy się nadmiernie pocą, a nie dbają o higienę i nie starają się z tym nic zrobić, bo często przychodzi ktoś do mnie, kto się bardzo poci, wcale to nie jest jego problem, z którym przychodzi (śmiech), jest z czymś innym. No na pewno na mnie najbardziej działają zapachy (dermatolog, kobieta, wiek ok. 50 lat).

Tabela 20. Brud w zawodach medycznych

	Emocjonalny	Fizyczny	Spoleczny	Moralny
Warunki występowania	Kontakt z umierającymi pacjentami, z brudem fizycznym, który powoduje obrzydzenie np. wydzielinami pacjenta	Kontakt z wydzielinami pacjenta, z chorobami	Kontakt z osobami umierającymi, niepełnosprawnymi	Możliwość decydowania o czymś życiu, pośrednio również o możliwości uczestnictwa w społeczeństwie
Przykład	Mycie pacjenta przez pielęgniarki (obrzydzenie), bezradne	Mycie pacjenta (kontakt z jego wydzielinami), operowanie	Leczenie pacjentów chorych na AIDS, leczenie osób	Decyzja o zatrzymaniu kogoś w szpitalu lub nałożenia

	przyglądanie się procesowi umierania (przygnębienie)	pacjenta (kontakt z krwią pacjenta)	niepełnosprawnych	kwarantanny, wydanie orzeczeń, które umożliwią wykonywanie pracy lub otrzymanie zasiłku
Zabezpieczenia	Skupienie swojej uwagi na elemencie, który nie powoduje obrzydzenia, nie myślenie o wykonywanej pracy, oddzielenie życia zawodowego do prywatnego	Wszelkie środki, które zabezpieczają przed kontaktem z brudem fizycznym (rękawiczki, maski itp.)	Brak (lub wybranie specjalizacji, która ma ograniczony kontakt z pacjentami)	Brak
Oczyszczanie	Użytki, hobby	Wszelkie środki dezynfekujące	Brak	Brak
Skutki niewłaściwego zabezpieczania/oczyszczania	Wypalenie zawodowe	Wszelkiego rodzaju zakażenia	Brak	Brak

Źródło: opracowanie własne

Jako element pracy brudnej można częściowo traktować pracę niechcianą (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997), która może być rozumiana jako *brudna praca* (Pyfel 2016). Przypisywanie negatywnych emocji określonym czynnościom może być odbierane i rozumiane jako brudne. Na potrzeby dysertacji potraktowano pracę niechcianą (*unwanted work*) jako jeden ze składników pracy brudnej. Wniosek ten został wyprowadzony podczas analizy materiału z obserwacji. W narracjach rozmówcy mówili o czynnościach, których wykonywania nie lubią lub starają się ich unikać, jednak podczas etnografii prowadzonej w szpitalu możliwe było dostrzeżenie, że niektóre czynności są wyraźnie unikane i delegowane do pracowników niższego szczebla, o czym pisano wcześniej. W tym miejscu warto jednak dokonać analizy, dlaczego pracę niechcianą można traktować jako jeden z wymiarów brudnej pracy? Przede wszystkim, jak wskazywano, brudna praca, to praca, która w jakiś sposób naznacza, ale również pojęcie „brudny” oznacza taki, którego należy unikać. Praca niechciana to praca, której pracownicy po prostu nie chcą wykonywać, jest ona związana m.in. z kontaktem z brudem fizycznym (np. robienie lewatywy lub zmiana

opatrunku), ale również jest związana, w przypadku zawodów medycznych, ze żmudną pracą formalną (np. opisywanie przebiegu operacji) lub pracą, której wykonywanie jest poniżej kompetencji danego pracownika np. lekarz, który musi znaleźć miejsce w innym szpitalu dla pacjenta, każąc czekać tym samym innym pacjentom na siebie w kolejce (podczas nocnych dyżurów, kiedy nie ma całego zespołu medycznego, nie ma możliwości delegowania swojej pracy).

Pracą niechcianą może być np. w przypadku lekarzy dentystów praca z dziećmi, które nie rozumieją, w przeciwieństwie do osoby dorosłej, celu przeprowadzenia zabiegu. Dzieci również nie do końca mają przyswojone pewne reguły zachowania i mogą np. pogryźć lekarza lub nie zapanować nad swoimi odruchami fizjologicznymi i zwymiotować podczas zabiegu.

Podczas wyboru ścieżki kariery przyszły pracownik medyczny ma możliwość decyzji, jaki zawód medyczny będzie wykonywał. Wybór zgodny z jego zainteresowaniami powoduje, że może on wykluczyć pewne elementy pracy, np. osoba wybierająca geriatrię, wie, że nie będzie pracowała z/ nad dziećmi. Osoba wybierająca pediatrię, wie, że nie będzie pracowała z/ nad osobami starszymi. Lekarze i pielęgniarki uznają pracę z umierającym pacjentem za przygnębiającą i czasem traumatyczną. Niektórzy specjalnie wybierają specjalizacje, które minimalizują kontakt ze śmiercią. Osoby biorące na siebie ciężar opieki nad pacjentami w stanie terminalnym, akceptują trudności z tym związane (postrzegają je jako nieuniknione), twierdząc, że albo ktoś „potrafi wytrzymać” pracę z takimi pacjentami, albo nie. Lekarze i pielęgniarki wypracowują zarówno standaryzowane, jak i osobiste sposoby radzenia sobie z najgorszymi spośród tych obciążeń (Glaser, Strauss 2005: 5).

Doświadczeni lekarze, którzy osiągnęli określoną pozycję, mają możliwość delegowania pracy niechcianej praktykantom, stażystom lub pracownikom niższego szczebla. Stomatolog może zlecić czyszczenie zębów higienistce stomatologicznej, a sam wykonywać zabiegi, które go interesują lub są dla niego ciekawe. Wyższy status lekarza pozwala delegować „brudną pracę” (związaną z poinformowaniem pacjenta i jego rodziny o nadchodzącej śmierci) na pielęgniarkę, chociaż etyka zawodowa podpowiada, że prawdę o stanie pacjenta powinna przekazać właśnie osoba o wyższym statusie. (...) (z przypisu: Według Hughesa do brudnej pracy należą czynności wykonywane przez profesjonalistę, które pod względem fizycznym, społecznym i moralnym są poniżej jego godności. Wprawdzie uświadamianie rodziny nie znajduje się poniżej godności lekarza, ale jest ono po prostu trudnym zadaniem, które dzięki swojemu wyższemu statusowi może on zlecić

pielęgniarkom), (Glaser, Strauss 2005: 148). Podczas obserwacji w szpitalu, odnotowałem, że częściej o ciężkim stanie pacjenta i o nadchodzącej śmierci informowali lekarze, najczęściej lekarze z dużym doświadczeniem. W tym wypadku brudna praca związana z przekazaniem informacji (obciążająca emocjonalnie) nie była delegowana. Jeśli jednak wziąć pod uwagę, że w miarę możliwości nie informowano samego pacjenta, a jego rodzinę, można stwierdzić, że ten rodzaj brudnej pracy był przenoszony na bliskich pacjenta.

Pracę niechcianą należy rozumieć jako pracę nielubianą, której wykonywanie nie przynosi satysfakcji, jest czasochłonne lub problematyczne, np. praca z dziećmi, praca administracyjna, jak w przypadku ratowników medycznych, którzy muszą często składać zeznania na prokuraturze lub na policji. Nie można jednak uogólnić. To, co dla jednej osoby będzie traktowane jako niechciane, dla drugiej może wydawać się satysfakcjonujące, jak w przypadku higienistki stomatologicznej, która lubi czyścić kamień nazębny, ponieważ, jak sama twierdzi, efekty jej pracy widoczne są od razu i lubi żmudną pracę, (...) *w pracy stomatologa znaleźć można wiele „brudnych”, niechcianych aspektów, ale trzeba zaznaczyć, że zakwalifikowanie tych aspektów jako brudnych jest względne i zależy od konkretnego lekarza* (Pyfel 2016: 172).

Pacjent po piaskowaniu napił się kawy. Stomatolog, który mu to robił, źle wykonał zabieg i pacjent miał czarne całe zęby. I mówi mi, żebym mu to wyczyścił i pomógł. Wcale mi się nie chciało robić takiej roboty, ktoś inny schrzanił zabieg, a ja musiałem wykonać żmudną pracę i czyścić mu te zęby. Wiem, że płaci, ale nie lubię takiej pracy (stomatolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Praca brudna to również praca, której wykonywanie wymaga wiele wysiłku fizycznego i intelektualnego. Nie ulega wątpliwości, że praca lekarzy należy do skomplikowanych pod wieloma względami. Długie lata nauki nie zawsze wiążą się z odpowiednim wynagrodzeniem finansowym, chociaż lekarz, który zdobył odpowiednią pozycję, osiąga wysokie zarobki. Praca w zawodach medycznych jest obciążająca, przede wszystkim wiąże się z dużą odpowiedzialnością, za zdrowie i życie pacjenta. Błędy i pomyłki w innych zawodach nie mają tak dramatycznych konsekwencji jak w przypadku pracy lekarzy. Praca obciążająca, to praca, która jest związana ze skomplikowanym czynnościami, koniecznością posiadania specjalistycznej wiedzy lub praca, która w jakiś sposób obciąża i naznacza (emocjonalnie, społecznie, fizycznie, moralnie itp.).

No duża odpowiedzialność, cały czas..., no odpowiedzialność jest duża, anestezjologa czy chirurga. No bo ginekolog jest jakimś takim rodzajem chirurga, no

więc... na każdym etapie może być powikłanie, które, no może być bardzo groźne, no dla zdrowia i dla życia... pacjenta... (ginekolog, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Nie każdy chce tutaj przyjść, bo jest to praca na tyle trudna. Bardzo nieliczni się zgłosili i większość odpadła (ratownik medyczny, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Trud jest związany również z zagrożeniami ze strony pacjentów – możliwość zarażenia oraz groźby kierowane w stronę lekarzy. Pacjenci, którzy są chorzy psychicznie lub są w szoku, mogą zaatakować pracownika medycznego.

Istota pracy zawodów medycznych opiera się na odpowiedzialności za drugiego człowieka, za jego zdrowie i życie. Wszelkie zaniedbania mogą mieć negatywne skutki. Nierzadko zdarza się również, że pomimo poprawnie przeprowadzanego procesu leczenia dochodzi do zgonów, a personel medyczny oskarża się o niewłaściwe leczenie. Specyfika pracy lekarskiej, konieczność przekraczania bariery intymności (aby skutecznie leczyć, trzeba znać intymność drugiego człowieka) sprawia, że odpowiedzialność to również wiedza o pacjentach, której nie można zdradzić nikomu spoza środowiska. Jak pisano w paragrafie 4. 1. dotyczącym podziału pracy, wykonywanie określonych zawodów jest związane z posiadaniem tzw. *guilty knowledge*, w tym wypadku szczegółowej wiedzy na temat niedoskonałości lub problemów drugiej osoby. Czym jest tajemnica lekarska, określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Odpowiedzialność zatem to nie tylko podejmowanie decyzji dotyczących jakości życia pacjenta, ale posiadanie wiedzy, która może zagrozić jego wizerunkowi, np. podanie do wiadomości publicznej informacji na temat stanu zdrowia psychicznego, może spowodować, że druga osoba będzie uchodziła za mało wiarygodną. Ciężar wiedzy na temat drugiego człowieka również może być rozpatrywany w kategoriach trudnych – brudnych. Nasuwa się również pytanie, czy istnieje praca czysta? Badania powinny zostać rozszerzone na zawody, które w powszechnym odczuciu są traktowane jako czyste. Przeprowadzenie ankiety na reprezentatywnej próbie powinno wskazać, jakie zawody są odbierane jako czyste.



Grafika nr 12. Zakres pojęciowy brudnej pracy (źródło: opracowanie własne)

39. Kontekst medyczny

W kontekście badań nad zawodami medycznymi należy rozumieć pojęcie brudu na dwóch poziomach, po pierwsze brud w znaczeniu zarazki, drobnoustroje, z których należy się oczyścić przed przystąpieniem do zabiegu lub operacji oraz brud w znaczeniu, które zaproponowali Ashforth i Kreiner (1999), wszelkie elementy pracy, które powodują, że wykonywanie poszczególnych czynności „brudzi” fizycznie, społecznie lub moralnie.

Restrykcyjne procedury związane z wejściem na salę operacyjną oraz wymagane specjalnie ubrania ochronne (fartuchy medyczne), przyczyniają się do utrzymania czystości i zapobiegają zanieczyszczeniu. Rozpoznanie i oddzielenie czystości od brudu są najważniejszymi zadaniami w sali operacyjnej. Regulują działania chirurgii, organizację przestrzenną pomieszczeń i obiektów, ubiór, a także większość rytuałów (Katz 1981: 336).

Tabela 21. Nieciągłość kategorii ciała podczas różnych etapów na sali operacyjnej oraz poza nią (Discontinuity Of Body Categories During Different Operative Stages And Outside The Operating Room) (Katz 1981: 342)

Kategorie ciała	Poza salą operacyjną	Pierwszy etap (nacięcie)	Drugi etap (wycięcie)	Trzeci etap (zamknięcie)
Umyta skóra pacjenta	C	B	B	C
Pęcherzyk żółciowy pacjenta (wycięcie pęcherzyka żółciowego)	B	C	C	B
Jelito grube pacjenta (resekcja jelita grubego)	B	C – na zewnątrz B - wewnątrz	C – na zewnątrz B – wewnątrz	B
Kał pacjenta (resekcja jelita grubego)	B	B	B	B
Krew pacjenta	B	C	C	B
Krew chirurga	B	B	B	B

C = Czyste

B = Brudne

W sali operacyjnej obojętnie patrzy się i dotyka narządów wewnętrznych i ich wydzielin (krwi, ropy i kału). Poza kontekstem sali operacyjnej te same obiekty wywołują różne emocje – wstyd, strach, fascynację i obrzydzenie (Katz 1981: 345). Dlatego krew

pacjenta uważana jest za brudną poza salą operacyjną, natomiast podczas pierwszego i drugiego etapu operacji postrzega się ją jako czystą.

Brud jest konstruktem społecznym, określenie czegoś/ kogoś jako brudne następuje przez osoby znajdujące się w konkretnym kontekście sytuacyjnym. Prowadząc rozmowy z osobami zajmującymi się zawodami medycznymi, uzyskano materiał w określonym kontekście – od osób, które posiadały schemat interpretacyjny (lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego itp.). Wykonywana praca była głównym obszarem badań, określona sytuacja stała się podstawą do definiowania własnego zajęcia jako nie brudnego. Lekarze, pielęgniarki, stomatolodzy itp. nie postrzegają własnej pracy jako brudnej ponieważ w kontekście pomocy innym (w szpitalach, w przychodniach itp.) praca, którą wykonują jest czysta. Gdyby w miejscu publicznym jedna osoba operowała lub zszywała określoną część ciała drugiej, sytuacja mogłaby wydawać się dziwna, taka sama sytuacja nie dziwi natomiast i nie brzydzi w gabinecie lekarskim, na sali operacyjnej itp., gdzie takie zachowania są codziennością.

40. Miejsca brudne/ miejsca czyste

Prowadząc obserwację w placówce medycznej, zauważyłem, że można wyraźnie wskazać, które miejsca uchodzą za czyste, a które za brudne. Warto podkreślić, że w różnym kontekście inaczej może być rozumiane każde pomieszczenie, np. na sali operacyjnej gdzie obojętnie patrzy się na narządy wewnętrzne i wydzieliny ciała, dla personelu jest to miejsce czyste, jałowe, jednak dla osoby z zewnątrz, może być to miejsce brudne (krew itp.).

Miejsca brudne (B), miejsca czyste (C)

Izba przyjęć

- a) Pokój lekarski (C)
- b) Pokój socjalny/ Pokój pielęgniarki oddziałowej (C)
- c) Pokój zdawania odzieży osobistej (C)
- d) Sala resuscyjno-zabiegowa (B)
- e) Sala izby przyjęć (C) – na sali obok każdego boksu, w którym przeprowadzane są badania, znajdują się dozowniki płynu do dezynfekcji rąk oraz jeden zlew do mycia rąk, na ścianie obok zlewu zawieszony jest płyn do dezynfekcji oraz mydło antybakteryjne
 - a. Boksy (B) – na sali są również parawany, w przypadku dużej liczby osób można stworzyć dodatkowe przestrzenie "prywatne"

- f) Rejestracja (C)
- g) Obszar obserwacyjno-wybudzeniowy (B/C) (zakaz wstępu bez obuwia ochronnego) – pokoje, w których przebywają pacjenci
- h) Korytarz (C)

Oddział szpitalny

- a) Pokój lekarski (C)
- b) Pokój pielęgniarek (C)
- c) Korytarz (C)
- d) Sale chorych (C)
- e) Sala pooperacyjna (C)
- f) Sala zmiany opatrunków (B)
- g) Blok operacyjny – odwrócone rozumienie pojęcia „brudu”
 - a. Szatnia (C) – w kontekście operacji jest to miejsce brudne (B), gdzie lekarze zostawiają swoją odzież i przebierają się w jednorazowe spodnie i bluzy lub odzież przygotowaną przez szpital
 - b. Korytarz na bloku operacyjnym (C) – w kontekście przeprowadzanych operacji jest to miejsce brudne (B), gdzie można przebywać bez jednorazowych czepków oraz jednorazowych masek zasłaniających usta
 - c. Sala operacyjna (B) – w kontekście przeprowadzanych operacji jest to miejsce czyste (C)
 - i. Miejsce, w którym lekarze myją ręce (C) – w kontekście przeprowadzanych operacji (B)
 - ii. Miejsce nad pacjentem, w którym przebywa zespół operatora (B) - w kontekście przeprowadzanych operacji jest to miejsce czyste (C), nad pacjentem mogą przebywać tylko osoby „sterylnie czyste”, w jałowych fartuchach i rękawiczkach, używający jałowych narzędzi
 - iii. Pokój lekarski (C) - w kontekście przeprowadzanych operacji (B)

41. Kontakt ze śmiercią – brudny element zawodów medycznych

Zawody, które mają kontakt ze śmiercią, traktowane są jako zawody brudne, w kontekście brudu fizycznego (Ashforth, Kreiner 1999, 2007). W zawodach medycznych kontakt ten jest częścią pracy, pacjent może umrzeć w karetce, w drodze do szpitala, na sali operacyjnej itp. Należy podkreślić jednak, że umieranie jest procesem, nieczęsto

zdarza się, że śmierć jest nagła i nieoczekiwana. W zależności od wybranej specjalizacji personel medyczny ma różny kontakt ze śmiercią i z czasem, który pozostał pacjentowi do zakończenia życia. Na oddziale intensywnej terapii czas do śmierci może być liczony w minutach, na oddziale onkologicznym czas do śmierci może być liczony w miesiącach i latach (pacjent może pozostawać w placówce medycznej i być długoterminowo leczony lub mieć kontakt z personelem medycznym podczas chemioterapii).

Na wcześniejszych stronach dysertacji rozważano już kwestię kontaktów ze śmiercią lekarzy i pielęgniarek oraz obciążeń z tym związanych, analizując również konteksty świadomości między personelem medycznym a pacjentem w odniesieniu do umierania. W tym miejscu jednak celem podsumowania warto podkreślić kilka istotnych faktów związanych z traktowaniem śmierci jako brudnej.

Dawniej proces umierania odbywał się w domach, przy łóżku chorego gromadziła się rodzina, posyłało po księdza i członek rodziny mógł dokonać żywota w swoim naturalnym otoczeniu (Gorer 1965: 169—175). Obecnie śmierć jest oddawana w ręce wyspecjalizowanych jednostek, które zajmują się jej przetwarzaniem – są to domy opieki, hospicja, szpitale. W niektórych przypadkach jest to oczywiście uzasadnione niemożnością zapewnienia przez rodzinę opieki nad chorym, który wymaga specjalistycznych zabiegów, leków itp. Jednak jeśli to możliwe, śmierci się unika, traktuje jako coś, co jest nieprzyjemne (brudne) i powinno zostać wyjęte poza nawias codziennego, normalnego funkcjonowania. Społeczeństwo nie chce myśleć o śmierci, która wydaje się nieatrakcyjna (Twigg 2000).

Traktując śmierć jako brudną, wszelkie zawody, które mają z nią kontakt – lekarze, pracownicy zakładów pogrzebowych itp. mogą być rozpatrywane jako brudne, gdyż w pewien sposób naznaczają. O ile śmierć jest wpisana jako jeden z elementów, a nie główny przedmiot pracy lekarzy w szpitalach, o tyle interesujący wydaje się kontakt ze śmiercią lekarzy, którzy ukończyli specjalizację medycyny sądowej. Lekarz medycyny sądowej zajmuje się sekcjami zwłok, oględzinami ofiar pobić i przestępstw, jednak jest to specjalista, który w świecie medycznym ma największy kontakt ze śmiercią. Podczas rozmowy z tymi specjalistami pytałem o to, jak otoczenie, niezwiązane z medycyną podchodzi do wykonywanego zawodu. Zazwyczaj padała odpowiedź, że zawsze zadawane są pytania odnośnie wykonywanej praktyki, gdyż śmierć budzi ciekawość.

Ludzie pytają o moją pracę, jak ona wygląda na czym polega, opowiedz jakiś ciekawy przypadek.... No w tej chwili, to mi się już nie chce o niczym opowiadać, bo generalnie jak jestem po pracy, to do pracy mi się już nie chce wracać (lekarz medycyny

sądowej, mężczyzna, wiek ok. 45 lat).

(...) mój chłopak jest w ogóle niezwiązany z medycyną (...) bardzo go ciekawi, on słucha zadaje mnóstwo pytań, ale jak chciałam, żeby kiedyś ze mną poszedł, bo miałam okazję, to nie, bo boi się. Też się przyznał, że on się po prostu się boi najzwyczajniej w świecie, nie wie, jak zareaguje... ale jak spotkałam się po kilku latach ze swoimi znajomymi z gimnazjum, to reakcje były takie: „jak ty możesz być tak popieprzona, żeby grzebać trupom w środku!”. Są takie reakcje bardzo często... Są reakcje też z drugiej strony, lekarzy już praktykujących, bo czasem na zajęciach pytają – jesteś medykiem sądowym, ale to nie lekarz przecież (...) (studentka wiążąca swoją przyszłość z medycyną sądową, kobieta, wiek ok. 23 lat).

Należy podkreślić, że kontakt ze śmiercią w przypadku lekarzy medycyny sądowej oznacza również kontakt z ciałem, które może znajdować się w stanie rozkładu, mogą znajdować się w nim lub na nim pasożyty.

(...) znaczy czasami tak jest..., wiadomo, rzadko! Są takie, wiadomo w okresie wakacyjnym, kiedy zwłoki są późno odnalezione i potrafią leżeć i leżeć, no to zdarza się, że worki są pozamykane i potem się otwiera i jest mnóstwo tych czerwici... (student medycyny sądowej, mężczyzna, wiek ok. 23 lat).

Sam kontakt ze śmiercią można rozważać w kontekście obciążeń i brudu fizycznego, który związany jest z kontaktem z nieprzyjemnym zapachem, pasożytami i zarazkami; w kontekście brudu społecznego, oznaczającego pewne naznaczenie osób, które zajmują się przetwarzaniem śmierci; w kontekście obciążeń emocjonalnych związanych ze śmiercią pacjenta, z którym personel medyczny nawiązał jakąś więź.

Zawody mające kontakt ze śmiercią należy rozpatrywać w kategoriach zawodów brudnych. W dysertacji skupiono się na zawodach medycznych mających bezpośredni kontakt z pacjentem. Lekarze medycyny sądowej, których kontakt z żywym pacjentem jest ograniczony – tylko do oględzin, (wywiad z pacjentem jest mniej istotny), stanowili niewielką część badań. Przeprowadzono dwa wywiady z lekarzami medycyny sądowej oraz dwa wywiady ze studentami, którzy wiązali swoją przyszłość z medycyną sądową (aktywnie uczestniczyli w sekcjach zwłok w ramach kół naukowych). Zbyt mała ilość danych nie pozwala dokładnie opisać tej specjalizacji. Nie było to również moim zamiarem, jednak moje dalsze plany naukowe związane są z poszerzeniem wiedzy na temat specjalistów medycyny sądowej oraz analizą ich pracy w kontekście pracy brudnej.

42. Praca z ciałem/ praca nad ciałem

Praca, którą wykonuje personel medyczny mający bezpośredni kontakt z pacjentem, to praca nad ciałem (wyjątek stanowią psychiatrzy i psychologowie – praca nad umysłem). Termin praca nad ciałem zazwyczaj odnosi się do czynności podejmowanych przez jednostkę dla zdrowia i dobrego samopoczucia. Praca nad ciałem w dysertacji rozumiana jest jako praca nad ciałem innych. Oczywiście ujęć pracy „z” i „nad” ciałem jest wiele (m.in. Konecki 2015, Byczkowska 2012), jednak w odniesieniu do systemu medycznego ważne jest ujęcie tego zagadnienia w kontekście opieki nad drugą osobą oraz szeregu czynności, które należy wykonać, aby uzdrowić ciało. Warto zaznaczyć, że całkowite odseparowania ciała od umysłu jest poniekąd niemożliwe, aktywność umysłowa jest również funkcją ciała (Strauss 1993: 24). Praca z ciałem dotyczy pracowników, których przedmiot pracy jest bezpośrednio związany z ciałem, jego brudem, wydzielinami i intymnością innych (za Wolkowitz 2006: 147). Praca nad ciałem wymaga, aby pracownik oraz ciało znajdowały się w tym samym czasie, w tym samym miejscu. Oznacza to, że czas i miejsce pracy z ciałem są nieelastyczne (Twigg, Wolkowitz, Cohen, Nettleton 2011: 179).

W ostatnim czasie termin został rozszerzony na płatną pracę wykonywaną na ciałach innych osób, które stają się przedmiotem pracy medycznej, terapeutycznej, relaksacyjnej, estetycznej, erotycznej, higienicznej, symbolicznej. Praca nad ciałem związana jest z pracą lekarzy, pielęgniarek, opiekunów, osób zajmujących się medycyną alternatywną, fryzjerów, kosmetyczek, masażystek, prostytutek, pracowników zakładów pogrzebowych (Twigg 2000: 389).

Zawody, które zajmują się ciałem i jego odpadami odznaczają się niskim statusem społecznym. W społeczeństwach kastowych sprzątaczk, fryzjerzy należą do najniższych – niedotykalnych warstw (Twigg 2000: 391). Opieka nad chorym człowiekiem, dbanie o niego związane jest z kontaktem z kałem, moczem, wymiotami, plwocinami, z brudem i obrzydzeniem (Twigg 2000: 395). Praca nad ciałem polega na bezpośrednim kontakcie z ciałem. Jest to praca ambiwalentna, która narusza ciało innego i wiąże się z dotykiem, zapachem i widzialnością (Twigg, Wolkowitz, Cohen, Nettleton 2011: 172).

Praca nad ciałem jest głównym elementem pracy pielęgniarek, które wykonują brudną pracę (Twigg 2000:390). Pielęgniarki w miarę osiągnięcia wyższych stopni w hierarchii zawodowej, przechodzą od podstawowej brudnej pracy nad ciałem innych do czystej pracy na maszynach. Ten podział jest również związany z podziałem pracy w pielęgniarstwie (Twigg, Wolkowitz, Cohen, Nettleton 2011: 175).

Pracę nad ciałem w przypadku zawodów medycznych można podzielić na pracę, która związana jest z przywróceniem zdrowia pacjenta (operacje, zabiegi, rehabilitacje itp.) oraz pracę, która jest związana z pielęgnacją pacjenta (utrzymaniem higieny osobistej itp.). Praca związana z przywróceniem zdrowia jest postrzegana jako praca czystsza. Krew, wydzieliny pacjenta w sali operacyjnej nie są postrzegane jako brudne (Katz 1981: 342). Praca, która jest związana z pielęgnacją pacjenta, myciem go, podawaniem basenu sanitarnego itp. jest traktowana jako brudna. Praca związana z opieką nad drugą osobą jest ukryta, jest brudną pracą, ponieważ zajmuje się aspektami życia, o którym społeczeństwo zorientowane na sukces materialny i afirmację młodości, nie chce myśleć. Pracownicy opieki zarządzają aspektami brudu, śmierci, rozkładu, defektami w imieniu całego społeczeństwa. Praca nad ciałem jest potencjalnie poniżająca (Twigg 2000: 406).

Praca nad ciałem związana z opieką i higieną drugiej osoby jest częściej wykonywana przez personel medyczny niższego szczebla. Podczas przyjęcia pacjenta w izbie przyjęć na początku zajmują się nim pielęgniarki – rozebranie pacjenta (czasem umycie pacjenta, który np. defekował lub jest na tyle brudny, że lekarz nie jest w stanie dokonać diagnozy) i schowanie jego rzeczy osobistych do specjalnie przygotowanych worków, wkłucie wenflonu, zmierzenie ciśnienia, założenie pieluchy (gdy pacjent ma problem z utrzymaniem kału lub moczu). Do roli pielęgniarki należy utrzymanie względnej czystości pacjenta, w razie konieczności podanie kaczki lub basenu sanitarnego. Lekarz pracuje nad zdrowiem pacjenta, często związane jest to również z pracą nad ciałem np. podczas operacji lub zabiegów. Jednak kontakt lekarza z ciałem pacjenta jest ograniczony tylko do diagnozy i leczenia (naprawy ciała), lekarze również dokonują zmiany opatrunków, aby zobaczyć, czy goi się rana. Pozostała część pracy nad ciałem związana jest z opieką, a to należy do zadań pielęgniarek i czasem rodziny. W przypadku długoterminowego leczenia pacjentów, którzy nie mogą się samodzielnie poruszać, pielęgniarki muszą zajmować się podstawowymi czynnościami higienicznymi (włącznie z pomocą przy wypróżnianiu) – do nich należy brudna praca.

Pracę nad ciałem można traktować jako pracę brudną – zarówno tę wykonywaną przez personel niższego szczebla jak i przez lekarzy specjalistów, którzy również muszą pracować w ciele, z ciałem i nad ciałem pacjenta. Jednak wydaje się, że praca lekarzy staje się bardziej honorowa, a jej brudny aspekt jest niezauważany. Kiedy lekarz zajmuje się pacjentem, robi to w celu przywrócenie jego zdrowia, ratowania życia, od pielęgniarki zależy natomiast utrzymanie stanu pacjenta oraz jego komfort.

Tabela 22. Brudna praca nad ciałem pacjenta

	Wykonywana przez lekarzy	Wykonywana przez pielęgniarki
Kontekst	Leczenie lub operowanie pacjenta (praca honorowa)	Opieka nad pacjentem (praca honorowa), dbanie o higienę ciała
Przykład	Diagnoza, operowanie, badanie	Podawanie leków (praca honorowa) mycie pacjenta, karmienie pacjenta, pomoc w poruszeniu się
Konsekwencje	Rozpoczęcie leczenia, powrót do zdrowia, wybranie właściwej kuracji	Dbanie o komfort powrotu do zdrowia, pomoc w powrocie do zdrowia, zachowanie czystości ciała
Delegowanie	Inni lekarze z mniejszym doświadczeniem	Inne pielęgniarki z mniejszym stażem pracy
Czas kontaktu	Ograniczony do diagnozy, badań i operacji	Ciągły, podczas całego procesu dochodzenia do zdrowia (lub śmierci)

Źródło: opracowanie własne

43. Zespołowe zarządzanie wrażeniami odnośnie brudnej pracy. Konteksty, w których brudna praca widoczna jest dla publiczności

W placówkach medycznych praca zawsze odbywa się w zespołach. Lekarze dyskutują nad zdrowiem pacjenta oraz wymieniają się swoimi doświadczeniami i propozycjami odnośnie dalszej drogi leczenia. Badania zleca się poszczególnym, wykwalifikowanym jednostkom (np. laboratoriom diagnostycznym lub radiologom), sama operacja również związana jest z zespołową koordynacją pracy. Pacjent znajdujący się w szpitalu jest pod opieką pielęgniarek, lekarzy itp. W szpitalu na każdym etapie leczenia, od momentu przyjęcia (planowanego lub nieplanowanego) widoczna jest współpraca poszczególnych jednostek. Podobnie jest w przypadku zarządzania wrażeniami odnośnie brudnej pracy oraz kontekstem, w którym brudna praca może być widoczna dla publiczności.

Brudna praca związana z pracą nad ciałem pacjenta, w kontekście opieki nad nim, jest ukrywana przed osobami z zewnątrz (niezwiązanymi z medycyną lub daną placówką medyczną). Podczas obserwacji nie miałem możliwości uczestniczenia w zabiegach higienicznych pacjentów podobnie jak inne osoby z zewnątrz (wyjątek stanowić może rodzina pacjenta i współpacjenci). Interesującym przypadkiem było również zdarzenie w sali pooperacyjnej. Jeden z pacjentów dostał duszności. Cały zespół medyczny starał się odnaleźć przyczynę i pomóc mu. Pacjent się krztusił i wypluwał wydzielinę, więc

pielęgniarki w międzyczasie oddzieliły łóżko, na którym znajdował się pacjent od pozostałych osób leżących na sali specjalnymi parawanami.

Zespołowe zarządzanie brudem i próba ukrycia przed publicznością brudnej pracy związana jest często z prywatnością i komfortem pacjenta. Mycie pacjenta lub pomoc przy wypróżnianiu pozostaje w ukryciu ze względu na komfort i poszanowanie intymności innych. Należy jednak podkreślić, że zespół medyczny to ten, przed którym nie chowa się brudnej pracy. Pacjent może defekować, być myty itp. przy lekarzach, pielęgniarkach, studentach. Podczas obserwacji byłem świadkiem wprowadzania cewnika moczowego pacjentowi. Jego prywatność była chroniona przed innymi pacjentami i osobami odwiedzającymi (odbywało się to w pokoju zabiegowym). Brudna praca ukrywana jest również ze względu na morale pacjentów, którzy nie mogą widzieć cierpienia innych (często związanego z brudną pracą) ze względu na własne samopoczucie. Przy innych pacjentach wykonywane są tylko najprostsze badania.

Z drugiej strony zespołowe zarządzanie odnośnie wrażeń i ukrywaniem brudnej pracy związane jest z wymogami formalnymi. Na sale operacyjną mają wstęp tylko konkretne osoby, które muszą tam przebywać (wyjątek stanowił badacz, któremu pozwolono na obserwację uczestniczącą). Wymóg ten jest związany również z koniecznością zachowania czystości (sterylności) oraz spokoju w miejscu, gdzie przeprowadzane są operacje.

Osoby z zewnątrz nie mają wstępu do poszczególnych pomieszczeń, w których wykonywana jest brudna praca. Zespołowe zarządzanie związane z brudną pracą oznacza wszelkie zabiegi, które stosują pracownicy medyczni, aby brud i cierpienie innych było niewidoczne dla osób z zewnątrz. Często te zabiegi związane są również z administracyjnymi wymogami (możliwością przebywania w określonych pomieszczeniach). Pielęgniarki pobierają krew, myją, podają baseny sanitarne pacjentom, zmieniają opatrunki itp. za zasłonami lub w specjalnych pokojach. Jeśli pacjentowi należy pomoc w nagłej sytuacji jest on odseparowywany od pozostałych osób znajdujących się w placówce medycznej. Wszelkie zagrożenia np. podejrzenie, że na danym oddziale można zakazić się chorobą, również w miarę możliwości są ukrywane przed pacjentami („w miarę możliwości”, nie oznacza, że pacjenci są narażeni, jednak personel medyczny nie może doprowadzić do wybuchu paniki na oddziale, dlatego pacjenci przenoszeni się do innych sal lub oddziałów pod różnym pretekstem i wracają po całkowitym wyeliminowaniu zagrożenia). Powyżej wskazano, które miejsca są czyste – dostępne wszystkim oraz brudne – dostępne osobom mającym specjalne upoważnienie do przebywania w nich (chorzy,

personel medyczny itp.).

Przed publicznością ukrywa się brudną pracę fizyczną. Do publiczności należeć będą odwiedzający chorych oraz częściowo współpacjenci (którzy biorą częściowo udział w przedstawieniu, a częściowo znajdują się wśród publiczności). Przed współpacjentami po prostu nie jest możliwe ukrycie całej brudnej pracy, szczególnie w szpitalnej przestrzeni, gdzie sale chorych są przeludnione i pacjenci muszą leżeć na korytarzach.

Tabela 23. Zespołowe zarządzanie brudną pracą (ukrywanie jej)

Przykład	Dlaczego?	Przed kim?	Kontekst	Zespół	Konsekwencje zaniechania
Mycie pacjenta, który defekował na izbie przyjęć	Utrzymanie sterylnych warunków w szpitalu, usunięcie nieprzyjemnych zapachów	Pacjenci, odwiedzający, zespół medyczny	Dbanie o higienę, zdrowie	Pielęgniarki	Niemożliwość wykonania pracy przez zespół medyczny – utrudniona możliwość postawienia diagnozy (ze względu na obrzydzenie), nieprzyjemne warunki dla pacjentów
Ukrycie śmierci (umierającego pacjenta)	Utrzymanie dobrego samopoczucia pacjentów	Przed innymi pacjentami	Dbanie o morale pacjentów	Pielęgniarki, lekarze	Przygnębianie pacjentów, obniżenie wiary w system medyczny, kwestionowanie terapii
Zmiana opatrunków	Dbanie o komfort pacjenta	Przed innymi pacjentami, odwiedzającymi	Dbanie o prywatność pacjenta	Pielęgniarki, lekarze	Obniżenie komfortu pacjenta, wystawienie intymności na widok publiczny

Źródło: opracowanie własne

44. Stosunek do pracy

Do wykonywania określonego zawodu, określonej profesji należy posiadać odpowiednie predyspozycje. Aby adwokat mógł skutecznie przeprowadzić obronę klienta,

musi przejrzeć dziesiątki tomów akt, poszukać w kodeksie odpowiedniego przepisu, a więc spędzić dużą ilość czasu nad odpowiednimi dokumentami. Lekarz, aby mógł leczyć pacjenta, musi liczyć się z koniecznością kontaktu z nieprzyjemnym widokiem chorób (ich skutków) oraz z wydzielinami pacjenta (np. z krwią). Decydując się na wykonywanie określonego zawodu, jednostka jest świadoma, z czym ono się wiąże. Adwokat liczy się z tym, że będzie spędzał czas w kancelarii i wykonywał pracę biurową (przeglądanie dokumentów, poszukiwanie w kodeksach odpowiednich przepisów itp.), a nie tylko brał udział w medialnych i interesujących sprawach. Osoby wykonujące zawody medyczne liczą się z tym, że ich praca będzie wiązała się z określonymi czynnościami. Decydują się jednak na taki zawód gdyż, po prostu lubią to lub nie przeszkadza im to, co innych mogłoby zniechęcić. Będą miały kontakt zarówno z ciekawymi przypadkami, które mogą stanowić wyzwanie, jak i z nudnymi, żmudnymi procesami leczenia. Zawody medyczne charakteryzują się zróżnicowaną strukturą. Wśród samych lekarzy specjalistów również istnieje podział na specjalizacje, które są czyste i brudne.

W rozdziale dotyczącym kultury organizacyjnej poruszono temat związany z wyborem określonej specjalizacji przez lekarzy ze względu na indywidualne predyspozycje (ginekolog, który nie mógłby pracować z dziećmi, ze względu na zbyt dużą wrażliwość w stosunku do nich).

No, nie wyobrażam sobie, żebym nie lubiła tego, co robię... no jeśli ktoś ma takie podejście... „to jest bardzo obrzydliwe!”. No to powinien sobie znaleźć inną profesję (śmiech)... zdecydowanie. Ale są zawsze, w każdej specjalności, no jakieś takie... no, gorsze! Gorsze sytuacje, gdzie no trzeba się z tym zmierzyć, więc... nie wiem, chyba nie ma, nie ma takiej... żeby tego nie było (dermatolog, kobieta, wiek ok. 50 lat)

Wykonywanie zawodu, którego się nie lubi, który jest męczący, może szybko doprowadzić do wypalenia zawodowego i obniżenia jakości pracy. Angażowanie się w czynności związane z wykonywaniem zawodu zwiększa również efektywność pracy. Poszerzanie wiedzy po przyjściu do domu, ciągła edukacja, kontakt z nieprzyjemnymi substancjami, angażowanie się w sytuacje trudne nie byłyby w pełni możliwe bez odpowiedniego podejścia do pracy.

Praca lubiana nie oznacza, że wszystkie czynności związane z wykonywaniem zawodu są postrzegane jako pożądane i chciane. Jednak w ogólnym zbiorze plusów i minusów związanych z wykonywaniem określonego zawodu, jednostka postrzega swoją sytuację zawodową jako korzystną, czy wręcz pożądaną. Istotnym elementem wykonywanego zawodu jest motywacja do podejmowania określonych działań i

codziennych wyzwań związanych z wykonywaniem danej roli – lekarza. *Ważnym składnikiem psychologicznego środowiska pracy i zarazem efektami upraszczania i dzielenia pracy na części, są znudzenie i monotonia. Znudzenie powstaje przy wykonywaniu zrutynizowanych i nieinteresujących działań; często towarzyszy mu poczucie znużenia, zmęczenia, złe samopoczucie oraz spadek zainteresowań i brak energii. To, co jest nudne dla jednego pracownika, może być interesujące dla innego (...)* Ważną rolę odgrywa tu motywacja (Schultz, Schultz: 381).

45. Przesunięcie granic wrażliwości

Praca lekarzy niewątpliwie należy do stresujących. Osoby decydujące się na wykonywanie zawodu medycznego muszą mieć podwyższony poziom wrażliwości na stres lub z czasem przesunąć własną granicę wrażliwości. *Indywidualne różnice w tolerowaniu stresu mogą wiązać się z twardością (hardiness). Postawy osób twardych mogą zwiększać odporność na stres. Ludzie twardzi wierzą, że mogą kontrolować wydarzenia swego życia lub wpływać na nie. Są głęboko zaangażowani w swą pracę i inne rodzaje aktywności, które je interesują: postrzegają zmianę bardziej jako coś ekscytującego i ciekawego niż jako wydarzenie zagrażające* (Schultz, Schultz: 431).

Tak... ta praca była najciekawsza (praca na chirurgii szczękowej – przyp. badacz), bo ja akurat lubię jak jest dużo krwi hahaha (śmiech)... ale dużo, dużo... ciekawostek, każdy pacjent był inny, inaczej się asystowało, inne narzędzia się podawało... (higienistka stomatologiczna, kobieta, wiek ok. 35 lat).

Już podczas przygotowania do wykonywania zawodu młodzi adepci medycyny są przygotowywani do tego, co czeka ich podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Zajęcia praktyczne oraz teoretyczne powodują, że przyszli lekarze zaczynają podchodzić do tematu zdrowia, choroby i śmierci w sposób analityczny, a nie emocjonalny. Posiadanie określonej wrażliwości ma na celu umożliwienie skutecznego wykonywania zawodu. Lekarz, który przeżywa każdy przypadek, prawdopodobnie szybko doznałby poważnego uszczerbku na zdrowiu.

46. Drogi ku czystości

W paragrafie piątym, który dotyczył brudu zaprezentowano, jak rozwinęła się medycyna od XIX wieku. Rozwój wiedzy i technologii spowodował, że zaczęto mówić o aseptyce i dezynfekcji przyrządów chirurgicznych itp. Warto również przyjrzeć się, jak

zmieniła się technologia związana z leczeniem przez ostatnie kilka lat oraz w jaki sposób wpłynęła ona na kontakt z brudem i interakcje z pacjentem.

Zmiany farmakologiczne, technologiczne, powodują, że medycyna zmierza w stronę czystości, przynajmniej jeśli chodzi o aspekt fizyczny profesji. Stosowanie odpowiednich środków ochrony oraz udoskonalenie sprzętu medycznego powoduje również, że pracownicy medyczni są mniej narażeni na zagrożenia dla zdrowia np. postęp technologiczny, zastosowanie nowoczesnych aparatów rentgenowskich oraz odpowiednich środków ochrony pracowników sprawiły, iż ryzyko nadmiernego napromieniowania może być skutecznie minimalizowane (Świątkowska Beata 2010: 523). Podczas rozmów z osobami, które pracują w zawodzie medycznym dłużej niż 10 lat, poruszałem temat zmian, jakie zaszły w leczeniu z ich perspektywy.

(...) kiedyś był do dyspozycji skażony spirytus do odkażania powierzchni w gabinecie, czy ewentualnie... sterylizacja. Sterylizacja była początkowo jeszcze... Ja pamiętam, że się gotowało w takich sterylizatorach elektrycznych w wodzie..., a potem były już sterylizatory elektryczne, w których się wyjałowiało narzędzia... w tej chwili, wszystkie rzeczy są sterylne. Bo tak, narzędzia są pakowane, w pakietach są wkładane... opisywane, w pakietach się to wkłada do autoklawu, to jest pod ciśnieniem, gdzie niszczą się wszystkie bakterie... No są środki w płynie, zamiast, zanim narzędzia pójdą, to są kąpane w płynie odkażającym, myte, suszone, pakowane, sterylizowane. Kiedyś w gabinecie była maszyna, ale też słaba... nie, wiertła były wszystkie stalowe i się gotowało, więc one się tępiły momentalnie..., a też były przydziały tych materiałów, więc nie było tego tak pod dostatkiem, że jak coś się już stępiło, to się wyrzucało prawda. Poza tym maszyna ta ma już inną turbinę, inny mikrosilnik, więc to są już zupełnie inne... Turbina jest wodą jeszcze chłodzona, więc automatycznie nie ma tego przegrzewania zęba w momencie, kiedy się opracowuje ubytek (...) to są zupełnie inne warunki (stomatolog, kobieta, wiek ok. 80 lat).

Zmiany zachodzące w medycynie przyczyniają się nie tylko do poprawy warunków pracy, ale również przekładają się na efektywność i szybkość leczenia. Należy podkreślić, że podstawowym celem zmian technologicznych w medycynie jest rozszerzenie możliwości człowieka, wyjście poza ograniczenia ludzkiego ciała, podobnie jak siekiera, metalowe nożyczki lub mikroskop, które poszerzyły zdolności ludzkie w przeszłości. Rozwój medycyny ma na celu zapewnienie lepszej opieki nad pacjentem (Satava 2011: 4). Zastosowanie zaawansowanego technologicznie sprzętu pozwala pacjentowi na uniknięcie bólu. Wiertła dentystyczne, które zapobiegają przegrzaniu zębów powodują, że zabieg dentystyczny trwa szybciej i jest mniej uciążliwy dla chorego. Rozwój technologii

przekłada się również na długość życia jednostki. Możliwość utrzymania przy życiu noworodków, które urodziły się przedwcześnie lub nawet rozpoczęcie leczenia jeszcze w macicy, powodują, że na świat mogą przychodzić dzieci, które kilkadziesiąt lat temu nie mogłyby się urodzić. Rozwój techniki i narzędzi wykorzystywanych w kardiologii powoduje, że osoby, które przeżyły zawał, mogą wrócić do wcześniejszego funkcjonowania (przed zawałem) bez większych ograniczeń.

W związku z rozwojem technologii praca lekarzy może stać się czystsza w aspekcie fizycznym. W szpitalach codziennie wykonywane są operacje laparoskopowe, w których chirurg nie musi mieć bezpośredniego kontaktu z wnętrzem organizmu, sam byłem świadkiem usuwania woreczka żółciowego laparoskopowo – chirurdzy zrobili trzy otwory w ciele pacjenta, wprowadzili narzędzia chirurgiczne oraz kamerę. Wykonali operację wewnątrz. Wprowadzili specjalny worek, w który włożyli kamienie żółciowe oraz resztki woreczka, później przez otwory wyprowadzili go na zewnątrz i *zaszyli* pacjenta. Dawniej, żeby wykonać taką operację, trzeba byłoby *rozciąć* pacjenta, a to wiązałoby się z większym bezpośrednim kontaktem z krwią i organami wewnętrznymi, a pacjentowi pozostawała blizna. Co więcej, na monitorze obraz może zostać powiększony i lekarz dzięki temu widzi dokładniej miejsce operacji oraz może skupić swój wzrok na konkretnym narzędziu. Na dziewiętności operacji, w których uczestniczyłem, dziesięć było wykonanych laparoskopowo, co może oznaczać, że rozwój technologii znacząco ułatwia operację i jest powszechnie wykorzystywany.

Zastosowanie robotyki w medycynie ułatwia pracę lekarzy wielu specjalności – chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, ginekologii, urologii, bariatryi, torako-chirurgii, transplantologii (Zdrojewicz, Witkiewicz, Dołowiec, Głód 2014: 84). Robotyka medyczna jest szybko rozwijającą się dziedziną nauki, która wykorzystuje roboty medyczne oraz roboty rehabilitacyjne (Zdrojewicz, Witkiewicz, Dołowiec, Głód 2014: 85). Jej rozwój umożliwia również przeprowadzanie tzw. teleoperacji, operacji na odległość, gdzie lekarz nie musi znajdować się w tym samym miejscu, co pacjent (może znajdować się nawet kilka tysięcy kilometrów od pacjenta). Podczas zwykłej operacji potrzebny jest zespół ludzi i koordynacja pracy, kiedy operację przeprowadza robot, wszystkie czynności może wykonać jedno urządzenie (zmianę narzędzi, kontrolę stanu pacjenta itp.) (Satava 2011: 5). Wiąże się to również z możliwością przeprowadzania zabiegów podczas konfliktów zbrojnych na polu bitwy (Garcia 2011).

Technologia minimalizuje inwazyjność zabiegów (Shoham 2011: 258) – pacjent może być leczony i operowany w sposób, ograniczający powikłania (zdrowotne i

estetyczne). Robot może wykonać nacięcie niezbędne do wprowadzenia mikronarzędzi i wykonać operację wewnątrz pacjenta. Rozwój technologii z pewnością ogranicza kontakt lekarzy z brudem fizycznym, nie ma nawet wymogu, aby lekarz i pacjent znajdowali się w tej samej przestrzeni.

Ponadto zauważalny jest wzrost popularności tzw. telemedycyny i wykorzystania internetu w leczeniu, a co za tym idzie, uprawianie medycyny *on line* (Gałuszka 2012). Taka sytuacja umożliwia ograniczenie bezpośredniego kontaktu z pacjentem, jego diagnozę na odległość, za pomocą komputera i kamery. Lekarz nie musi już mieć bezpośredniego kontaktu z osobami chorymi i naznaczonymi społecznie, a wiąże się to ze zmniejszeniem kolejnego wymiaru brudnej pracy – obciążenia społecznego.

Rozwój technologii związany jest ze zmniejszeniem bezpośrednich kontaktów lekarza z narządami wewnętrznymi pacjenta oraz z samym pacjentem. Brak konieczności fizycznej obecności lekarza, nawet przy operacji, powoduje, że będzie on miał coraz mniej bezpośredniego kontaktu z ciałem innych i jego wydzielinami oraz z osobami chorymi. Zmniejszeniu zatem ulegną obciążenia fizyczne i społeczne związane z wykonywaniem brudnej pracy. Technologia jednak nie zmniejszy obciążeń emocjonalnych i moralnych. Maszyny nie zastępują lekarzy, bo to oni nimi sterują, dlatego odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta dalej będzie leżała po stronie człowieka. Z drugiej jednak strony, całkowite wyeliminowanie kontaktów lekarz – pacjent wydaje się niemożliwe. Podczas obserwacji lekarze wielokrotnie mówili, że pacjenta trzeba dotknąć, poczuć. Niektóre choroby muszą być diagnozowane bezpośrednio. Jednak biorąc pod uwagę rozwój medycyny w XX wieku, można wysnuć wniosek, że medycyna zmierza ku czystości fizycznej i jest to m.in. wynik rozwoju technologii oraz wykorzystania jej w naukach medycznych.

47. Uzasadnienia jednostki do wykonywania brudnej pracy

W przypadku osób zajmujących się wykonywaniem brudnej pracy w zawodach medycznych należy zadać pytanie o uzasadnienia do zajmowania się taką pracą, zadać pytanie podobne do tego, jakie zadali w swoich badaniach Ashforth i Kreiner (1999) – jak możesz to robić? „How Can You Do It?”. O uzasadnienia wykonywania brudnej pracy pytałem w wywiadach. Z zebranego materiału badawczego można wyprowadzić kilka interesujących wniosków.

Wykonywanie zawodów medycznych wiąże się z dużą satysfakcją, którą czerpią pracownicy służby zdrowia w związku z pomocą innym. Lekarze i pielęgniarki podkreślali

w wywiadach, że dobrze wykonana praca przekłada się na zdrowie pacjenta, a to jest silny bodziec, który daje motywację do działania. Ratownicy medyczni oraz pracownicy Centrum Powiadamiania Ratunkowego również podkreślali w wywiadach, że ratowanie życia jest ważnym i satysfakcjonującym elementem ich pracy. Profesjonalna opieka medyczna i pielęgniarstwa. Może być powodem zawodowej dumy, kiedy dobrze wykonało się swoją pracę, może się ona również stać powodem wyrzutów sumienia, kiedy wykonało się ją niewłaściwie. Dotyczy to na przykład sytuacji, kiedy można było uratować pacjenta, umiejętniej przeprowadzając operację, albo wydłużyć czyjeś życie dzięki lepszej opiece pielęgniarstwa. To zjawisko różni się jednak od sytuacji, w której członkowie personelu mają poczucie, że zawiedli pacjentów w wymiarze ludzkim, a nie technicznym (Glaser, Strauss 2005: 97).

Dla lekarzy dodatkowym uzasadnieniem wykonywania pracy staje się wynagrodzenie. Jednak podczas obserwacji i rozmów prowadzonych z lekarzami, zwracali oni uwagę, że czas, który muszą poświęcić na pracę (nocne dyżury, nadgodziny itp.) powinien przełożyć się na większe korzyści finansowe. Ponadto należy również podkreślić, że czas potrzebny na wykształcenie lekarza specjalisty, od momentu dostania się na studia medyczne do zdania egzaminu specjalizacyjnego wynosi, średnio 10 – 11 lat.

Kolejnym uzasadnieniem dla związania swojej kariery zawodowej z medycyną są zainteresowania. Różnorodność specjalizacji oraz typów zawodów medycznych daje jednostce możliwość wybrania ścieżki, z którą zwiąże swoją karierę. Ścieżki te zazwyczaj są wybierane wedle zainteresowań i umiejętności danej jednostki. Ktoś, kto nie jest zainteresowany daną dziedziną medycyny, może nie poradzić sobie z trudnymi egzaminami lub z kontaktem z elementami, które go brzydzą (np. dermatolog w wywiadzie podkreślał, że inni lekarze mogą postrzegać jego zawód jak nieprzyjemny, który ma kontakt z nieprzyjemnymi infekcjami itp.).

Ważnym uzasadnieniem dla wykonywania brudnej pracy są predyspozycje danej jednostki. Jeśli kogoś brzydzi krew lub robi mu się słabo na jej widok, nie będzie w stanie skutecznie wykonywać swojej pracy. Predyspozycje związane są również z możliwościami poznawczymi jednostki, jeśli nie będzie ona w stanie przyswoić wiedzy i zdać egzaminów, również nie będzie mogła wykonywać swojego zawodu.

Pielęgniarki w wywiadach mówiły o swego rodzaju powołaniu do zawodu, zainteresowaniem pielęgniarstwem już w wieku przedszkolnym i wyborem tej ścieżki kariery ze względu na wewnętrzną potrzebę, której nie potrafiły uzasadnić.

Należy podkreślić, że zawody medyczne są zawodami wysokiego prestiżu. Analizując inne zawody przez pryzmat brudnej pracy, można uznać, że choć z pewnością część uzasadnień może ulec zmianie, to wydaje się, że predyspozycje jako kluczowy powód do wykonywania określonej pracy (w tym brudnej) mogą pojawiać się podczas analizy większości zawodów (w tym lub głównie brudnych).

48. Wskaźniki uświadomienia brudnej pracy w zawodach medycznych

Podczas analizy materiału wyraźnie można było wyróżnić wskaźniki uświadomienia brudnej pracy, które inaczej były przedstawiane w narracjach (brud w narracjach) oraz inaczej były widziane podczas obserwacji (brud w obserwacji).

W narracjach jako elementy brudne rozmówcy traktowali pracę trudną i niechcianą: prowadzenie dokumentacji medycznej, pracę administracyjną, wszystko to, co nie było związane bezpośrednio z leczeniem pacjenta oraz obciążenia emocjonalne związane ze śmiercią pacjentów i chorobami dzieci (w kontekście obciążeń emocjonalnych związanych z cierpieniem dzieci). Podczas rozmów i ujawnieniu tematu dysertacji, część rozmówców zakładała, co może wydawać się brudne i o tym mówiła. Poniekąd doprowadziło to do częściowego wymuszania danych, dlatego konieczne było przeprowadzenie badań etnograficznych w środowisku lekarzy, żeby zweryfikować informacje uzyskane w wywiadach.

Tabela 24. Wskaźniki uświadomienia brudnej pracy

WSKAŹNIKI UŚWIADOMIENIA BRUDNEJ PRACY	
Wskaźniki subiektywne	Wskaźniki obiektywne
Praca niezwiązana bezpośrednio z leczeniem (np. praca administracyjna)	Kontakt z wydzielinami ludzkiego ciała
Kontakt z cierpiącymi dziećmi	Kontakt z osobami naznaczonymi społecznie (nieuleczalnie chorymi)
Kontakt z agresywnymi pacjentami	Kontakt z chorobami
Informowanie o nadchodzącej śmierci pacjenta	Kontakt ze śmiercią
Obciążenia emocjonalne związane z kontaktem z chorymi pacjentami (przyglądanie się cierpieniu innych)	Praca nad ciałem pacjenta
Obciążenia związane z popełnieniem błędu w leczeniu (odpowiedzialnością i konsekwencjami)	Władza nad życiem drugiego człowieka

Źródło: opracowanie własne

V Zakończenie

Po zebraniu materiału i analizie licznych publikacji na temat brudnej pracy i pracy niechcianej, można wysnuć kilka wniosków, pojawia się również wiele pytań, które w przyszłości mogłyby zostać zweryfikowane przy wykorzystaniu metod standaryzowanych. Przede wszystkim, jeżeli istnieje praca brudna, to musi również istnieć praca czysta. Jakie obiektywne kryteria mogą określić, czym jest praca czysta?

W dysertacji starałem się zrealizować trzy główne cele a) cel eksploracyjny – zbadanie i opisanie czym jest *brudna* praca na przykładzie zawodów medycznych; b) cel teoretyczny – zrozumienie i wzbogacenie koncepcji *brudnej* pracy; c) cel aplikacyjny (dotyczący potencjału koncepcji *brudnej* pracy) – zaświadczenie o możliwościach aplikacyjnych tej koncepcji.

Trudno jest jednym zdaniem określić czym jest brudna praca, na to pytanie poszukiwałem odpowiedzi na wcześniejszych stronach, można jednak celem podsumowania stwierdzić, że do brudnej pracy można zaliczyć czynność, które naznaczają/ obciążają społecznie, moralnie, fizycznie i/ lub emocjonalnie.

Jeśli chodzi o drugi postawiony cel, wzbogacenie koncepcji, wydaje się, że udało mi się dokładnie określić, czym jest brudna praca, jakie elementy (brudne) może zawierać oraz spojrzeć na temat z szerszej perspektywy, ukazać, że zakresy pojęciowe pracy brudnej, trudnej i niechcianej przecinają się. Ważne jest również wzbogacenie koncepcji o zarządzanie wrażeniami (obserwowalnymi elementami brudnej pracy, które nie są widoczne dla publiczności), związanymi z wykonywaniem brudnej pracy. Łączy się to również z pracą zespołową, wskazuje to na fakt, że osoby wykonujące dany zawód wiedzą lub domyślają się, co może być traktowane jako brudne przez publiczność i starają się odpowiednio manipulować wrażeniami z tym związanymi.

Wzbogacenie koncepcji o strukturalne możliwości delegowania brudnej pracy oraz obowiązki pracy danej jednostki, wynikające z formalnej struktury instytucji (miejsca pracy), wskazują kto podczas dnia pracy angażuje się w poszczególne elementy *dirty work*. Ważnym odkryciem są również uzasadnienia osób zajmujących się brudną pracą do jej wykonywania, oraz określenie wskaźników jej uświadomienia. Istotne jest wskazanie, że istnieje brudna praca, która może być postrzegana jako szlachetna. Ważne jest odkrycie kontekstualizacji, definiowanie pracy jako brudnej zależy od określonego kontekstu, od znaczeń jakie wykonywanej pracy nadaje pracownik i/ lub widz (osoba nie związana bezpośrednio z daną pracą), np. osoby, które mają większe doświadczenie (wykonują dany zawód długo) przywiązują mniejsze znaczenie do zabezpieczania się przed brudem –

lekarze, którzy pracowali po kilkanaście lat w zawodzie, nie zakładali do każdego badania rękawiczek ochronnych, w przeciwieństwie do rezydentów.

Wydaje się, że najważniejszy okazał się trzeci cel mojej dysertacji, zaświadczenie o możliwościach aplikacyjnych brudnej pracy. Koncepcja Hughesa jest narzędziem analitycznym, które pozwala na badanie określonych czynności zawodowych, wykonywanych przez różnych pracowników (wykonujących różne zawody, wykonujących różne prace). Ważna jest jednak perspektywa badawcza oraz metoda. Zazwyczaj socjolog zainteresowany jest badaniem, opisaniem grupy, której nie zna, określa swoje pole badawcze i przystępuje do analizy, a nierzadko jest osobą spoza określonej grupy. Dla badaczy wykorzystujących obserwację uczestniczącą, badana grupa również jest obca. Posiadając ogólne pojęcie o badanej zbiorowości (wiedzę z perspektywy widza), badacz może uznać, że wykonywane czynności są brudne, trudne, skomplikowane, niechciane. Wykorzystując koncepcję *brudnej pracy*, analiza określonego zawodu może stać się uporządkowana.

Analizie zostają poddane określone czynności, które mogą stać się punktem wyjścia do zrozumienia zawodu. Skupiając swoją uwagę na określonych czynnościach – brudnych (z perspektywy widza), można zrozumieć, co składa się na inne czynności pracy – czyste. Wydaje się, że każda wykonywana praca może zawierać elementy czyste i brudne, natomiast odnalezienie typu idealnego byłoby niemożliwe, każda wykonywana praca wiąże się z różnymi obciążeniami, występującymi w różnym natężeniu (fizycznymi, społecznymi, emocjonalnymi lub moralnymi). Przed dokładnym określeniem tematu dysertacji, poszukiwałem przedmiotu swoich badań, mając jedynie na uwadze potrzebę rozwinięcia, zrozumienia koncepcji Hughesa. Medycyna została wybrana ze względu na rozbudowany system kształcenia oraz instytucjonalną drogę profesjonalizacji i, jak pisze sam Hughes, jest jedną z głównych profesji (razem z prawem). Pracownicy medyczni cieszą się również wysokim prestiżem zawodowym. Przed dokładnym określeniem grupy, na której skupi się praca, przeprowadziłem wywiady z nauczycielami akademickimi, pracownikami biur, sekretarkami. Każda osoba wskazywała, że w jej pracy występują elementy brudne, trudne lub niechciane. Nauczyciele akademicy, w szczególności młodzi, dopiero rozpoczynający swoją naukową karierę, podkreślali, że trudności sprawiają im wymogi administracyjne, przygotowanie do prowadzenia zajęć, uważali to za czynności *brudne* w znaczeniu przenośnym, niosące obciążenia psychiczne. Sekretarki i asystentki zwracały uwagę (w kontekście brudnej pracy) na konieczność utrzymania porządku w dokumentach, przygotowania konferencji (parzenia herbaty itp.), kelnerzy – jak

zauważyłem podczas zbierania materiału do pracy magisterskiej (wcześniejsza praca; Lesiak 2012) – jako brudne uważali czynności, które nie wpisywały się w bezpośredni sposób w ich rolę zawodową, np. sprzątanie, czyszczenie sztuców itp. Wydaje się więc, że każdy zawód może być analizowany poprzez pryzmat brudnej pracy. Sam Hughes dokładnie nie doprecyzował, jak należy rozumieć samo pojęcie.

Czy praca wykonywana przez osoby związane z zawodami medycznymi jest brudna? Na pewno zawiera elementy brudnej pracy, obciążenia moralne (władza nad drugą osobą, wpływ na jej zdrowie), społeczne (kontakt z osobami naznaczonymi społecznie – umysłowo chorymi, niepełnosprawnymi), fizyczne (kontakt ze śmiercią, wydzielinami), emocjonalne (kontakt z osobami, przedmiotami wywołującymi określone *brudne* emocje). Dla osób z zewnątrz – widzów – może się wydawać brudna, jednak istotne jest to, jak osoby wykonujące dany zawód postrzegają własną pracę. Podczas przeprowadzania wywiadów zadawałem pytanie, czy uważa Pan/ Pani swoją pracę za trudną, skomplikowaną, jeśli tak, to pod jakim względem. Zazwyczaj w odpowiedzi słyszałem, że tak. Jednak rozmówcy podkreślali, że osoby wrażliwe nie mogłyby wykonywać określonej specjalizacji i niektóre rezygnowały, na różnych etapach kształcenia. Hughes nie uwzględnił w swoich rozważaniach perspektywy, tego kto może uznawać daną pracę za brudną lub czystą. Jeśli jednak koncepcja brudnej pracy ma być narzędziem analitycznym, służącym do badania danej grupy zawodowej, to osoby wykonujące określone czynności powinny oceniać, co jest brudne, a co czyste i jak postrzegają własną pracę. Hughes nie rozwinął dokładnie swojej koncepcji, pozostawiając jedynie ogólny zarys tego, co może być uważane za brudną pracę. Stało się to jedną z przyczyn, dla których podjąłem próbę dokładniejszego opisu i rozwinięcia koncepcji. W badaniach nad brudną pracą nie można wyeliminować czynnika subiektywnego, kontekstualnego oraz interakcyjnego, wręcz niemożliwe jest określenie z za biurka – co jest brudną pracą, a co nią nie jest.

Wykorzystując koncepcję brudnej pracy, badacz ma możliwość zwrócenia uwagi na elementy, które w danym zawodzie są postrzegane jako trudne, skupia swoją uwagę na elementach skomplikowanych i przywiązuje uwagę do obciążeń, które niesie ze sobą określona praca. Wymusza to więc skupienie się na czynnościach związanych z wykonywaniem danej pracy, a więc jest narzędziem służącym do analizy zawodów w kontekście pracy trudnej/ obciążającej (fizycznie, społecznie, moralnie, emocjonalnie).

Rozróżnienie na pracę brudną, trudną i niechcianą jest dość skomplikowane. Praca niechciana (Strauss, Fagerhaugh, Suczek, Wiener 1997) zawiera elementy, które są postrzegane przez danego pracownika jako na tyle nieprzyjemne, że nie chce ich

wykonywać, dane czynności są obdarzone negatywnymi emocjami, np. w przypadku niektórych dentystów praca z dziećmi (Pyfel 2016).

Można wysnuć przypuszczenie, że osoby funkcjonujące w różnych kulturach, poddane różnej socjalizacji, będą różnie postrzegały i rozumiały brud, inaczej będą podchodziły do tematyki brudnej pracy. To, co dla mieszkańców środkowej Europy wydaje się brudne, może już takie nie być dla mieszkańców Indii, i odwrotnie – to co Europejczykom wydaje się czyste i szlachetne, może – już takie nie być dla osób, które wychowały się w kulturze indyjskiej.

Istotny może być również sposób postrzeganie *brudnej* pracy przez osoby niepełnosprawne. W swojej pracy *„Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy”* autorki zwracają uwagę na sytuację zawodową osób niepełnosprawnych (Giermanowska, Kumaniecka-Wiśniewska, Raclaw, Zakrzewska-Manterys 2015). *Podjmowanie pracy poniżej kwalifikacji zawodowych zdarza się wielu młodym ludziom, zwłaszcza w rejonach, w których istnieje wysokie bezrobocie i szanse na otrzymanie zatrudnienia są niewielkie. Jednak w wypadku młodych z niepełnosprawnościami to ryzyko jest większe, ponieważ utrwalone w społecznej świadomości uprzedzenia i stereotypy utożsamiają ich zatrudnienie z niskokwalifikowanymi, prostymi, zwykle fizycznymi zajęciami* (Giermanowska 2015: 106). Interesujące mogłyby być badania sytuacji zawodowej osób niepełnosprawnych w kontekście wykonywania brudnej pracy.

Istotne jest również pojęcie pracy niewidzialnej (Star, Strauss 1999), czyli pracy, która dla widzów nie jest widoczna. Zawody wysokiego prestiżu mogą starać się ukryć wykonywanie brudnej pracy, mogą stwarzać wrażenie, że wykonywana przez nich praca jest czysta, np. nauczyciel akademicki może ukrywać przed swoimi studentami to, że przez cały tydzień przygotowuje się do 90-minutowego wykładu i wysiłek włożony w pracę może być niedostrzegany. Podczas przeprowadzania wywiadów i badań jakościowych jest to istotne spostrzeżenie. Rozmówcy mogą udawać, że nie dostrzegają w swojej pracy brudu.

Wykorzystanie koncepcji symbolicznego interakcjonizmu w badaniach i analizie pozwoliło wyprowadzić istotny wniosek, który był już sygnalizowany wcześniej. Mianowicie, jednostki uczestniczące w danym środowisku nadają określone znaczenia poszczególnym czynnościom, zdarzeniom, przedmiotom itp. Biorą też pod uwagę to, co o danym obiekcie postrzeżeń myślą inni, oraz starają się uzasadniać swoje postrzeganie danych obiektów i czynności. W przypadku brudnej pracy również jest to istotne. Lekarze

nie uważają swojej pracy za brudną, z wielu różnych powodów, przede wszystkim skupiają się na fakcie pomagania innym, a więc, wykonują czynności, które są społecznie pożądane, co w zdroworozsądkowym rozumieniu nie może być brudne, skupiają swoją uwagę na ogóle. Przyglądając się pracy lekarzy, poszczególnym drobnym czynnościom, które składają się na całość – przeprowadzanie operacji, kontakt z osobami naznaczonymi społecznie, kontakt z chorymi, ze śmiercią, obciążenia moralne, obciążenia emocjonalne, kontakt z osobami brudnymi itp. mogą sprawiać, że osobom nie związanym z medycyną, praca ta, może wydać się brudna.

VI. Bibliografia

1. Aiello Allison E., Larson Elaine L., Sedlak Richard (2007), *Against Disease the Impact of Hygiene and Cleanliness on Health*, The Soap and Detergent Association, JMH Education Marketing, Inc., New York 2007
2. Ashforth Blake E., Kreiner Glen E. (1999), „*How Can You Do It?*”: *Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity*, [w:] „The Academy of Management Review” 24 (3), str. 413-434
3. Ashforth Blake E., Kreiner Glen E., Clark Mark A., Fugate Mel (2007), *Normalizing dirty work: Managerial tactics for countering occupational taint*, [w:] „Academy of Management Journal” 2007, 50, str. 149-174
4. Augustyńska Danuta, Kaczmarek Anna, Mikulski Witold, Radosz Jan (2012), *Ocena narażenia na hałas nauczycieli na przykładzie 3 szkół podstawowych w Warszawie*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 2012 nr 2, str. 16 – 19
5. Babbie Earl (2008), *Podstawy badań społecznych*, PWN, Warszawa 2008
6. Barański Jarosław (2012), *Komunikowanie się z pacjentem w podeszłym wieku*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną“, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 94 - 103
7. Baszanger Isabelle (1998), *The Work Sites of an American Interactionist: Anselm L. Strauss, 1917 – 1996*, [w:] „Symbolic Interaction” 21 (4), str. 353 - 376
8. Becker Howard S., Geer Blanche, Hughes Everett C., Strauss Anselm L. (1961), *Boys in White: student culture in medical school*, University of Chicago Press, Chicago 1961
9. Blanz Mathias, Mummendey Amélie, Mielke Rosmarie, Klink Andreas (1998), *Responding to negative social identity a taxonomy of identity management strategies*, [w:] „European Journal of Social Psychology” 1998, nr 28, str. 697 – 729
10. Blumer Herbert (2007), *Interakcjonizm symboliczny*, Nomos, Kraków 2007
11. Bolton Sharon C. (2000), *Who cares? Offering emotion work as a ‘gift’ in the nursing labour proces*, [w:] „Issue Journal of Advanced Nursing Journal of Advanced Nursing” Volume 32, Issue 3, September 2000, str. 580–586,
12. Bolton Sharon C. (2005), *Women's Work, Dirty Work: The Gynaecology Nurse as ‘Other’*, [w:] „Gender, Work & Organization” Volume 12, Issue 2, March 2005, str. 169–186
13. Bujanowska-Fedak Maria Magdalena (2012), *Wybrane sposoby porozumiewania*

- się lekarza z pacjentem, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną“, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 13 – 28
14. Burbank Patricia M., Martins Diane C. (2009), *Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic?*, [w:] „Nursing Philosophy“ (2009), 11, str. 25 – 41
 15. Burke Ronald J., Ng Eddy W. S., Wolpin Jacob (2011), *Nursing Staff Work Experiences, Work Outcomes and Psychological Well-Being in Difficult Times: Implications For Improving Nursing Staff Quality Of Work Life and Hospital*, [w:] „Is, Guc” Industrial Relations and Human Resources Journal, April 2011, str. 9 – 22
 16. Bushmann Richard L. (1995), *Coming Clean*, [w:] “New Republic”, 7/3/95, Vol. 213 Issue 1, str. 39 – 41
 17. Byczkowska Dominika (2012), *Ciało w tańcu. Analiza socjologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012
 18. Campkin Ben, Cox Rosie (2007), *Introduction: Materialities and Metaphors of Dirt and Cleanliness*, [w:] „Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination“, Edited by Ben Campkin and Rosie Cox, I.B.Tauris: 2007, str. 1 – 8
 19. Casper Monica J. (1998), *Negotiations, Work Objects, and the Unborn Patient: The Interactional Scaffolding Fetal Surgery*, [w:] „Symbolic Interaction”, Volume 21 (4), 1998, str. 379 – 400
 20. CBOS 2013, *Prestiż zawodów, Komunikat z badań*, Warszawa 2013
 21. Charmaz Kathy (2009), *Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2009
 22. Chomeczyński Piotr (2012), hasło: *Triangulacja*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomeczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
 23. Chomeczyński Piotr (2012), hasło: *Interakcja*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomeczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
 24. Chyc Marek, Burzała Bogna, Szczygłowska Renata (2012), *Zagrożenia pyłami w zawodzie kominiarza*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 2012 nr 7, str. 12 – 14
 25. Clarke Adele E., Star Susan L., (2003) *Science, technology, and medicine studies*, [w:] „Handboook of Symbolic Interactionism“ L.T. Reynolds & N.J. Herman-Kinney, AltaMira Press, New York 2003, str. 539 - 574

26. Collins Randal (2014), *Interaction Ritual Chains*, Princeton Studies in Cultural Sociology, Princeton University Press, Princeton 2014
27. Corbin Juliet, Strauss Anselm (1990), *Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*, [w:] „Qualitative Sociology”, Vol. 13, No. 1, 1990, str. 3 – 21
28. Crocker Jennifer, Major Brenda (1989) *Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma*, [w:] „Psychological Review” 1989, Vol. 96, No. 4, str. 608-630
29. Czyżewski Marek (1981), *Miejsce analizy ramowej w socjologii Ervinga Goffmana*, [w:] „Przegląd Socjologiczny”, T. XXXIII, str. 195-215.
30. Dant Tim, Bowels David (2003), *Dealing with dirt: servicing and repairing cars*, [w:] “Sociological Research Online”, Vol. 8 (2), <http://www.socresonline.org.uk/8/2/dant.html> [dostęp: 09/2017]
31. Denzin Norman K. (2009), *A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, Transaction, New Jersey 2009
32. Denzin Norman K. (1969), *Symbolic Interactionism and Ethnomethodology: A proposed Synthesis*, [w:] „American Sociological Review“ Vol. 34, No. 6 (Dec., 1969), str. 922 – 934
33. Deręgowska Justyna (2015), *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby*, [w:] „Studia Edukacyjne“ 2015, nr 35, str. 349-366
34. Dick Penny (2005), *Dirty work designations: How police officers account for their use of coercive authority*, [w:] „Human Relations” 2005, 58, 11, str. 1363-1390
35. Dingwall Robert (2008), *Essays on Professions*, Ashgate Classics in Sociology. Aldershot, Ashgate 2008
36. Domański Wojciech, Makles Zbigniew (2011), *Zagrożenia czynnikami chemicznymi na niektórych stanowiskach pracy przemysłu obuwniczego*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, 2011 nr 1, str. 18 – 21
37. Dutton Jane E., Debebe Gelaye, Wrzesniewski Amy (2012), *Being Valuated and Devaluated at Work: A Social Valuing Perspective, To appear in Qualitative Organizational Research*, [w:] Best Papers from the Davis Conference on Qualitative Research, Volume 3, Information Age Publishing, 2012, uzyskane: <http://www.bus.umich.edu/> [dostęp: 02/2012]
38. Elias Norbert (1980), *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, Państwowy

Instytut Wydawniczy, Warszawa 1980

39. Emerson Robert M. (1981), *Observational Field Work*, [w:] „Annual Review of Sociology“, Vol. 7, str. 351- 378
40. Emerson Robert M., Pollner Melvin (1975), *Dirty Work Designations: Their Features And Consequences In A Psychiatric Setting*, [w:] „Social Problems“, Vol. 23 (Feb., 1976), str. 243 – 254
41. Ferenc Tomasz (2012), hasło: *Metody wizualne*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
42. Fine Gary Alan (1984), *Negotiated orders and Organizational Cultures*, [w:] „Annual Review of Sociology“, Vol. 10 (1984), str. 239 – 262
43. Frąckowiak Aleksandra (2010), *Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej*, [w:] „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach“ 2010, nr 1(6), str. 53 – 70
44. Galton D. J. (2015), *Is medicine still a profession?*, [w:] „QJM Advance Access“, published September 30, 2015, str. 1-3
45. Gałuszka Mieczysław (2012), *Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju internetu*, [w:] „Przegląd Socjologiczny“, tom 61, nr 2, str. 119 – 154
46. Garcia Pablo (2011), *Telemedicine for the Battlefield: Presentand Future Technologies*, [w:] „Surgical Robotics. System Applications and Visions”, red. Rosen Jacob, Hannaford Blake, Satava Richard M., Springer, New York 2011, str. 33 – 68
47. Giermanowska Ewa, Kumaniecka-Wisniewska Agnieszka, Raław Mariola, Zakrzewska-Manterys Elżbieta (2015), *„Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy”*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015
48. Giermanowska Ewa (2015), *Sytuacja zawodowa niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych*, [w:] „Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy”, Giermanowska Ewa, Kumaniecka-Wisniewska Agnieszka, Raław Mariola, Zakrzewska-Manterys Elżbieta, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2015, str. 87 – 121
49. Glaser Barney B., Holton Judith (2004), *Remodelowanie teorii ugruntowanej*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej”, Tom VI, Numer 2, 2013, str. 81 - 102
50. Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (2005), *Awareness of Dying*, Aldine

- Transaction, New Burnswick, New Jersey 1965
51. Glińska Jolanta, Lewandowska Małgorzata, Urabańska Agnieszka (2008), *Skrypt do ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź 2008
 52. Goffman Erving (2005), *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005
 53. Goffman Erving (2006), *Porządek interakcyjny*, [w:] „Współczesne teorie socjologiczne”, wybór i opracowanie Aleksandra Jasieńska – Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski, Scholar, Warszawa 2006
 54. Goffman Erving (2008), *Człowiek w tetrze życia codziennego*, Aletheia, Warszawa 2008
 55. Gold Raymond L. (1958), *Roles in Sociological Field Observations*, [w:] „Social Forces“, Vol. 36, No. 3, str. 217 – 223
 56. Graf Eva-Maria, Sator Marlene, Spranz-Fogasy Thomas (2014), *Discourses of helping professions Concepts and contextualization*, [w:] „Discourses of Helping Professions“, Edited by Graf Eva-Maria, Sator Marlene, Spranz-Fogasy Thomas, John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/ Philadelphia 2014, str. 1 – 12
 57. Gorer Geoffrey (1965), *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, Cresset Press, London 1965
 58. Gorzko Marek (2010), „Drugie pokolenie” teoretyków grounded theory, [w:] *Studia Sociologica*, nr 20, str. 27 – 43
 59. Gorzko Marek (2013), *Teoria ugruntowana jako “rodzina metod”?*, [w:] *Opuscula Sociologica*, nr 4, str. 5 – 16
 60. Gorzko Marek (2016), *Problem twórczości w generowaniu pojęć wprost z danych w świetle metodologii teorii ugruntowanej*, [w:] *Roczniki Nauk Społecznych*, tom 8, nr 4, str. 95 - 119
 61. Hałas Elżbieta (2012), *Interakcjonizm symboliczny. Społeczny kontekst znaczeń*, PWN, Warszawa 2012
 62. Hochschild Arlie Russell (1979), *Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure*, [w:] *American Journal of Sociology*, Vol. 85, No. 3, str. 551 - 575
 63. Hochschild Arlie Russell (2009), *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, PWN, Warszawa 2009

64. Huber Joan (1973), *Symbolic Interaction as a Pragmatic Perspective: The Bias of Emergent Theory*, [w:] „American Sociological Review”, Vol. 38, No. 2, str. 274 – 284
65. Hughes Everett Cherrington (2009), *The sociological eye: selected papers*, New Brunswick (U.S.A.), Transaction, London 2009
66. Hughes Everett Cherrington (1994), *On work, race, and the sociological imagination*, The University of Chicago Press, Chicago 1994
67. Hughes Everett Cherrington (1964), *Men and Their Work*, The Free Press of Glencoe, London 1964
68. Hughes Everett Cherrington (1962), *Good people and dirty work*, [w:] „Social problems”, Vol 10, No. 1, Summer 1962, str. 3 – 11
69. Israel Joachim (1969), *Socjopsychiczne środowisko szpitala*, [w:] „Badania socjologiczne w medycynie“, red. Sokołowska Magdalena, Książka i Wiedza, Warszawa 1969, str. 372 – 386
70. Janes Dominic (2007), *Spiritual Cleansing: Priests and Prostitutes in Early Victorian London*, [w:] “Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination“, Edited by Ben Campkin and Rosie Cox, I.B.Tauris 2007, str. 113 – 122
71. Jeon Yun Hee (2004), *The application of grounded theory and symbolic interactionism*, [w:] „Scandinavian Journal of Caring Sciences“ 2004, 18, str. 249 – 256
72. Kacperczyk Anna (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006
73. Karkowska Dorota (2012), *Zawody medyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012
74. Katz Pearl (1981), *Ritual in the Operating Room*, [w:] „Ethnology”, Vol. 20, No. 4 (Oct., 1981), str. 335 – 350
75. Kler Mariola (2015), *Komunikacja interpersonalna pracowników medycznych z pacjentem*, <http://www.nipip.pl>, [dostęp: 07/2016]
76. Konecki Krzysztof T. (1988), *Praca w koncepcji socjologii interakcjonistycznej*, „Studia Socjologiczne” 1, str. 225-245
77. Konecki Krzysztof T. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000

78. Konecki Krzysztof T. (2005), *Wizualne wyobrażenia. Główne strategie badawcze socjologii wizualnej a metodologia teorii ugruntowanej*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2005, nr. 1, tom I, str. 42 – 63
79. Konecki Krzysztof T. (2007), *Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi. Sprzężenia zwrotne w działaniu*, [w:] „Zarządzanie organizacjami. Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi“, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, str. 11 – 29
80. Konecki Krzysztof T. (2007), *Nowi pracownicy a kultura organizacyjna przedsiębiorstwa*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej, Monografie”, nr 1, tom III
81. Konecki Krzysztof T. (2008), *Wizualna teoria ugruntowana. Rodziny kodowania wykorzystywane w analizie wizualnej*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2008, nr. 3, tom IV, str. 89 – 115
82. Konecki Krzysztof T. (2010), *Wizualna Teoria Ugruntowana. Nauczanie teorii ugruntowanej przy pomocy obrazów i analizy wizualnej*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2010, nr. 2, tom VI, str. 1 – 35
83. Konecki Krzysztof T. (2011), *Visual Grounded Theory: A Methodological Outline and Examples from Empirical Work*, [w:] „Revija za sociologiju”, vol. 41, no. 2, str. 131 - 160
84. Konecki Krzysztof T. (2012), hasło: *Metodologia teorii ugruntowanej – strategie analiz i badań jakościowych*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
85. Konecki Krzysztof T. (2012), *Wprowadzenie do słownika socjologii jakościowej*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
86. Konecki Krzysztof T. (2015), *Is The Body the Temple of Soul? Modern Yoga Practice as a Psychosocial Phenomenon*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź-Kraków 2015
87. Konecki Krzysztof T. (2016), *O socjologii jakościowej*, [w:] „Roczniki Nauk Społecznych”, tom 8 (44), nr 4, str. 7 - 34
88. Kowal Katarzyna (2015), *Rekonstrukcja ciała i tożsamości cielesnej u biorców kończyny górnej – studium socjomedyczne*, [w:] „Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy

- rozwoju“, red. Ostrowska Antonina i Skrzypek Michał, IFiS PAN, Warszawa 2015, str. 269 – 308
89. Kowalczuk Krystyna, Krajewska – Kułak Elżbieta, Ostapowicz – Vandame Katarzyna, Kułak Wojciech (2010), *Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych*, [w:] „Problemy Pielęgniarstwa“ 2010, tom 18, zeszyt nr 3, str. 353 – 357
 90. Kowalczuk Krystyna, Krajewska – Kułak Elżbieta, Jankowiak Barbara, Klimaszewska Krystyna, Rolka Hanna, Kondzior Dorota, Kowalewska Beata (2008), *Zagrożenia zawodowe pielęgniarek, położnych i lekarzy w środowisku pracy*, [w:] „Problemy Higieny Epidemiologii“ 2008, 89 (2), str. 211 – 215
 91. Kowalczuk Krystyna (2012), *Postępowanie z pacjentem agresywnym*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną“, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 104 – 112
 92. Kozek Wiesława (2013), *Rynek pracy. Perspektywa instytucjonalna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2013
 93. Kozinets Robert V. (2012), *Netnografia. Badania etnograficzne online*, PWN, Warszawa 2012
 94. Kozinets Robert V. (1998), *On Netnography: Initial Reflections on Consumer Research Investigations of Cyberculture*, [w:] „Advances in Consumer Research” 1998, Vol. 25 Issue 1 (Volume 25), str. 366 - 371
 95. Kulpińska J., Mazálková M. (1995), *Uczestnictwo pracownicze*, [w:] „Zbiorowe stosunki pracy w procesie przemian”, red. Moerel Hans, IFiS PAN, Warszawa 1995
 96. Kurpas Donata, Hans-Wytrychowska Anna, Drabik-Danis Ewa (2012), *Emocje w relacji lekarz-pacjent: jak sobie z nimi radzić*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną”, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 38 – 49
 97. Kyro Selket (2012), *Bring Home the Dead: Purity and Filth in Contemporary Funeral Homes*, [w:] “Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination“, Edited by Ben Campkin and Rosie Cox, I.B.Tauris 2007, str. 49 – 59
 98. Lawler Jocalyn (1991), *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*, Churchill Livingstone, Melbourne 1991
 99. Lawton Julia (1998), *Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and ‘dirty dying’*, [w:] “Sociology of Health & Illness” Vol. 20 No.2 1998, str. 121 – 143

100. Lesiak Michał (2012), *Wizualizacja pracy kelnerskiej*, Praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Krzysztofa Koneckiego, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno – Socjologiczny, Instytut Socjologii
101. Lesiak Michał (2016), *Zarządzaniem emocjami w sejmie. Rola marszałków*, [w:] „Emocje i polityka. Sceny z życia polskiego parlamentu”, red. Konecki Krzysztof, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2016, str. 55 – 75
102. Lopina Erika C., Rogelberg Steven C., Howell Brittany (2012), *Turnover in dirty work occupations: A focus on pre-entry individual characteristics*, [w:] „Journal of Occupational and Organizational Psychology” 2012, 85, str. 369 – 406
103. Leszniewski Tomasz (2007), *Moda i tożsamość – dylematy współczesnego człowieka w świecie konsumpcji*, [w:] „Rozkoszna zaraza. O rządach mody i kulturze konsumpcji”, red. Szlendak Tomasz, Pietrowicz Krzysztof, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2007, s. 49–61.
104. Lutyńska Krystyna (1983), *Warunki i „atmosfera” wywiadu jako czynniki sytuacji społecznej; Osoby trzecie i miejsce wywiadu*, [w:] „Wywiad kwestionariuszowy. Analizy teoretyczne i badania empiryczne”, red. Lutyńska Krystyna i Wejland Andrzej P., Wydawnictwo PAN, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk, Łódź 1983
105. Lutyński Jan, Lutyńska Krystyna (1994), *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, ŁTN, Łódź, 1994
106. Łuczak Anna, Zużewicz Krystyna (2006), *Zmęczenie kierowców a bezpieczeństwo pracy*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2006, nr 4, str. 20 – 23
107. Maciąg Agnieszka (2008), *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych: istota relacji lekarz - pacjent w medycynie*, [w:] „Studia i Materiały / Wydział Zarządzania“, Uniwersytet Warszawski, nr 1, str. 125 – 133
108. Marciniak Łukasz (2012), hasło: *Klasyczna teoria ugruntowana*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej”, red. Konecki Krzysztof i Chomeczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
109. McCormick Donald W. (2007), *Dramaturgical analysis of organizational change and conflict*, [w:] „Journal of Organizational Change Management” 2007, Vol. 20 No. 5, str. 685-699
110. Miller Piotr (2012) *Wprowadzenie do obserwacji online: warianty i ograniczenia techniki badawczej*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 8, nr 1, str. 76–97
111. Morgan Gareth (1997), *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa 1997
112. Nieporowski Piotr (2015), *Etyka niejawnej obserwacji uczestniczącej jako metody*

- badawczej stosowanej w naukach społecznych*, [w:] „Rocznik Lubuski“, tom 41, część 1, red. Szumigraj Marcin, Trębińska-Szumigraj Ewa, Zielińska-Pękał Daria, str. 67 – 76
113. Nowacka Maria (2014), *Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku*, [w:] „Roczniki Filozoficzne“, tom LXII, nr 4, str. 103 – 120
 114. O’Brien John (2011), *Spoiled Group Identities and Backstage Work: A Theory of Stigma Management Rehearsals*, [w:] *Social Psychology Quarterly* 2011, 74 (3), str. 291 – 209
 115. Ogryzko – Wiewiórowska Mirona (2010) *Szaleństwa ponowoczesności ze śmiercią w tle*, [w:] „Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej“, red. Piątkowski Włodzimierz, IFiS PAN, Warszawa 2010, str. 110 – 130
 116. Olechnicki Krzysztof (2012), hasło: *Antropologia wizualna/socjologia wizualna*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej“, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
 117. Parsons Talcott (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1969
 118. Pawłowska, Beata (2012), hasło: *Kultura organizacji*, [w:] „Słownik socjologii jakościowej“, red. Konecki Krzysztof i Chomczyński Piotr, Difin, Warszawa 2012
 119. Pellegrino Edmund D. (2001), *The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions*, [w:] „Journal of Medicine and Philosophy“ 2001, Vol. 26, No. 6, str. 559 – 579
 120. Peplowska Beata, Szeszenia – Dąbrowska Neonila (2002), *Choroby zawodowe pracowników szpitali* 2001, [w:] „Medycyna Pracy“ 2002, nr 53, 5, str. 369-374
 121. Piątkowski Włodzimierz, Nowakowska Luiza (2012), *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI w. perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, [w:] „Przegląd Socjologiczny“ 2012 t. 61 nr 2, str. 11-29
 122. Piątkowski Włodzimierz (2010), *Badania socjologiczne nad inną medycyną*, [w:] „Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej“, red. Piątkowski Włodzimierz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010, str. 131-14
 123. Piątkowski Włodzimierz (2009), *Lecznictwo niemedyczne – perspektywa socjologiczna*, [w:] „Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy“, red. Ostrowska Antonina, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009, s. 311-338

124. Piątkowski Włodzimierz (2002), *Lecznictwo niemedyczne w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne*, [w:] „Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny“, red. Barański Jarosław, Piątkowski Włodzimierz, Oficyna Wydawnicza ATUT – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2002, str. 235-242.
125. Pink Sarah (2009) *Etnografia wizualna. Obrazy, media i przedstawienie w badaniach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009
126. Pyfel Łukasz 2016, *Odgrywanie roli, negocjowanie i zaprzyjaźnianie się. Analiza procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego*, Łucja Lange, Łódź 2016
127. Rivera Kendra Dyanne, Tracy Sarah J. (2014), *Embodying emotional dirty work: a messy text of patrolling the border*, [w:] „Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal“, Vol. 9 Iss 3 str. 201 – 222
128. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz.U. 2009 nr 105 poz. 869
129. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, Dz.U. 2013 poz. 26
130. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, Dz.U. 2013 poz. 1562
131. Rowe Mike (2005), *Brudna robota* [program telewizyjny], USA 2005, Discovery Channel, emitowany 2005 – 2012
132. Sanders Clinton R. (2010), *Working Out Back: The Veterinary Technician and “Dirty Work”*, [w:] „Journal of Contemporary Ethnography” 2010, 39, str. 243 – 272
133. Sandvoll Anne Marie, Grov Ellen Karine, Kristoffersen Kjell, Hauge Solveig (2015), *When care situations evoke difficult emotions in nursing staff members: an ethnographic study in two Norwegian nursing homes*, [w:] „Sandvoll et al. BMC Nursing” 2015, str. 1 – 6
134. Satava Richard M. (2011), *Future Directions in Robotic Surgery*, [w:] „Surgical Robotics. System Applications and Visions”, red. Rosen Jacob, Hannaford Blake, Satava Richard M., Springer, New York 2011, str. 3 – 11
135. Scheff Thomas J., Retzinger Suzanne M. (2000) *Shame As The Master Emotion Of Everyday Life*, [w:] „Journal of Mundane Behavior” 2000, volume 1, number 3

136. Schultz Duane P., Schultz Sydney Ellen (2006), *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*, PWN, Warszawa 2006
137. Sciulli David (2009), *Professions in Civil Society and the State: Invariant Foundations and Consequences*, *International Studies in Sociology and Social Anthropology*, Brill, Leiden 2009
138. Shoham Moshe (2011), *Robotic Surgery: Enabling Technology?*, [w:] „Surgical Robotics. System Applications and Visions”, red. Rosen Jacob, Hannaford Blake, Satava Richard M., Springer, New York 2011, str. 247 – 255
139. Shott Susan (1979), *Emotion and social life: A symbolic interactionist analysis*, [w:] „The American Journal of Sociology”, Vol. 84, No. 6 (May, 1979), str. 1317 – 1334
140. Siedlecka Jadwiga (2006), *Wybrane problemy zdrowotne związane z pracą kierowców pojazdów komunikacji miejskiej*, [w:] „Medycyna Pracy” 2006, nr 57, 1, str. 47 – 52
141. Skórska Anna (2014), *Praca w gospodarce postindustrialnej – zatrudnienie w sektorze usług w Polsce*, [w:] „Studia Ekonomiczne, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” 2014, nr 167, str. 249 – 258
142. Słońska Zofia (2010), *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] „Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej“, red. Piątkowski Włodzimierz, IFiS PAN, Warszawa 2010, str. 64 – 83
143. Słońska Zofia (2015), *Wkład polskiej socjologii w rozwój promocji zdrowia. Od socjologii medycyny do socjologii w promocji zdrowia*, [w:] „Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju”, red. Ostrowska Antonina i Skrzypek Michał, IFiS PAN, Warszawa 2015, str. 105 – 130
144. Sochocka Lucyna, Grad Iga Wojtal Mariola, Krzyżanowski Dominik (2012), *Komunikowanie się w różnych sytuacjach w zależności od typu pacjentów*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną”, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 113 – 124
145. Sokołowska Magdalena (1969), *Wstęp*, [w:] „Badania socjologiczne w medycynie”, red. Sokołowska Magdalena, Książka i Wiedza, Warszawa 1969, str. 25 – 34
146. Sokołowska Magdalena (1980), *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980

147. Star Susan L., Strauss Anselm (1999), *Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work*, [w:] „Computer Supported Cooperative Work” 1999, 8, str. 9-30
148. Steciwko Andrzej, Mastalerz-Migas Agnieszka (2012), *Komunikowanie się z pacjentem przewlekle chorym*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną”, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 125 – 130
149. Stefaniak Łukasz (2014), *Teoretyczne perspektywy socjologii w analizie zjawiska leczenia niemedycznego*, [w:] „Konteksty społeczne”, tom 4, nr 2, str 21-34
150. Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage, London 1990
151. Strauss Anselm, Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Weiner Carolyn (1988), *Sentimental work in the technologized hospital*, [w:] „Sociology of Health & Illness” 1988, Volume 4, Issue 3, str. 254 - 278
152. Strauss Anselm L. (1993), *Straussa Continual permutatiom Of Action*, Aldine De Gruyter, New York 1993
153. Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1994), *Grounded Theory Methodology. An Overview*, [w:] Handbook of Qualitative Research, N.K. Denzin i Y.S. Lincoln, Sage, Thousand Oaks 1994
154. Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (1997), *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers, London 1997
155. Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1997), *Grounded Theory in Practice*, Sage, Thousands Oaks 1997
156. Styhre Alexander (2011), *Knowledge Sharing in Professions: Roles and Identity in Expert Communities*, Farnham, Surrey, Gower 2011
157. Szewczyńska Małgorzata, Dobrzyńska Elżbieta, Pośniak Małgorzata (2010), *Zagrożenia chemiczne w środowisku pracy personelu sprzętającego*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2010, nr 2, str. 7 – 9
158. Szewczyńska Małgorzata, Dobrzyńska Elżbieta, Pośniak Małgorzata, Jeżewska Anna (2011), *Czynniki chemiczne w zakładach fryzjerskich – zagrożenia i profilaktyka*, [w:] „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka” 2011, nr 1, str. 14 – 17

159. Szubert Zuzanna, Sobala Wojciech (2005), *Zdrowotne przyczyny niezdolności do pracy wśród kierujących pojazdami komunikacji miejskiej*, [w:] „Medycyna Pracy” 2005, nr 56, 4, str. 285 – 293
160. Ślęzak Izabela (2008), *Od Redakcji: Oblicza socjologii jakościowej – wielowątkowość problemów badawczych i zróżnicowanie wykorzystywanych procedur*, [w:] „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2008, nr. 1, tom IV, str. 1 – 3
161. Świątkowska Beata (2010), *Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić?*, [w:] Problemy Higieny Epidemiologii 2010, nr 91, 4, str. 522 – 529
162. Taranowicz Iwona (2015), *Między racjonalnością modelu profesjonalnego a racjonalnością laicką. Wyzwania socjologii medycyny*, [w:] „Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju”, red. Ostrowska Antonina i Skrzypek Michał, IFiS PAN, Warszawa 2015, str. 131 – 158
163. Thorwlad Jurgen (2010), *Stulecie chirurgów*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010
164. Tkacz Anatolij (2007), *Ekonomia wiedzy i społeczeństwo postindustrialne – scenariusze rozwoju*, [w:] „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Gospodarka oparta na wiedzy”, red. Woźniak Michał Gabriel, Zeszyt nr 11 Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2007, str. 71 – 78
165. Tomaszewska Monika, Cieśla Danuta, Czerniak Jolanta, Dykowska Grażyna (2008), *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, [w:] „Problemy Pielęgniarstwa” 2008, 16 (1, 2), str. 40 – 47
166. Turner, Jonathan H. (2008), *Struktura teorii socjologicznej*, PWN, Warszawa 2008
167. Tyler Melisa (2011), *Tainted love: From dirty work to abject labour in Soho’s sex shops*, [w:] „Human Relations” 2011, 64, str. 1477 – 1500
168. Twigg Julia (2000), *Carework as a form of bodywork*, [w:] „Ageing and Society”, 20, str. 389-411
169. Twigg Julia, Wolkowitz Carol, Cohen Rachel Lara, Nettleton Sarah (2011), *Conceptualising body work in health and social care*, [w:] “Sociology of Health & Illness”, Vol. 33 No. 2, str. 171 – 188
170. Urick Michael (2014), *The Presentation of Self: Dramaturgical Theory and Generations in Organizations*, [w:] „Journal of Intergenerational Relationships”, October 2014, str. 398 – 412

171. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152
172. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039
173. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408
174. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r., Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410
175. Ustawa o działalności leczniczej, z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz.U. 2015 nr 618
176. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1381
177. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz.U. 2001 nr 100 poz. 1083
178. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, Dz.U. 1950 nr 36 poz. 336
179. Wengler Lubomira, Zimmermann Agnieszka, Adamska – Pietrzak Ewa, Pawłowski Leszek, Popowski Piotr, Jędrzejczyk Tadeusz, Pietrzak Piotr (2011), *Regulacje prawne dotyczące zawodów medycznych, stan prawny na dzień 31 grudnia 2011*, Polskie Towarzystwo Programów Zawodowych, Gdańsk 2011
180. Wielecki Krzysztof (2003), *Podmiotowość w dobie kryzysu postindustrializmu. Między indywidualizmem a kolektywizmem*, Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2003
181. Włoszczak-Szubzda Anna, Jarosz Mirosław J. (2012), *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina*, [w:] „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu“, 2012, tom 18, nr 2, str 206 – 211
182. Wolkowitz Carol (2006) *Bodies at Work*, Sage, Thousand Oaks 2006
183. Wolkowitz Carol (2007), *Linguistic Leakiness or Really Dirty? Dirt in Social Theory*, [w:] “Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination“, Edited by Ben Campkin and Rosie Cox, I.B.Tauris, 2007, str. 15 – 24
184. Woroniecka Grażyna (2003), *Interakcja symboliczna a hermeneutyczna kategoria przed-rozumienia*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2003
185. Woroniecka Grażyna (2007), *Interakcja a świat społeczny. O programie metodologicznym Herberta Blumera*, [w:] Blumer Herbert (2007), *Interakcjonizm symboliczny*, Nomos, Kraków 2007
186. Wróblewska Izabela (2012), *Przekazywanie informacji pacjentowi z chorobą*

- nowotworową*, [w:] „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną”, red. Steciwko Andrzej, Barański Jarosław, Edra Urban, Wrocław 2012, dodruk, str. 140 – 155
187. Zakrzewska-Manterys (2010), Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2010
188. Zdrojewicz Zygmunt, Witkiewicz Wojciech, Dołowiec Anna, Głód Jakub (2014), *Robotyka w medycynie*, [w:] „Chirurgia Polska”, nr 16, 2, str. 84 – 90
189. Ziółkowski Marek (2012), *Kapitały społeczny, kulturowy i materialny i ich wzajemne konwersje we współczesnym społeczeństwie polskim*, [w:] „Studia Edukacyjne”, Rocznik 2012, nr 22, str. 7 – 27
190. Vigarello Georeges (2012), *Historia czystości i brudu*, Aletheia, Warszawa 2012
191. <http://www.zawodowe.com>
192. <http://www.nil.org.pl>
193. <http://www.who.int>
194. <http://www.konsylium24.pl>
195. <http://gruparx.com.pl>

VII. Spis tabel i fotografii

- Tabela 1. Emocjonalna brudna praca (Rivera, Tracy 2014: 215), s. 45
- Tabela 2. Cechy rozmówców, s. 69
- Tabela 3. Trudności komunikacyjne w procesie leczenia, s. 90
- Tabela 4. Paradygmat kodowania interakcyjnego elementu pracy medycznej, s. 91
- Tabela 5. Brudna praca interakcyjna w kontaktach z pacjentem, s. 91
- Tabela 6. Typy pacjentów, s. 92
- Tabela 7. Jakość pracy lekarzy w zależności od typu pacjenta, s. 94
- Tabela 8. Przedmioty/ tkanki/ interakcje uważane za brudne lub czyste w sali operacyjnej w odniesieniu do przestrzeni publicznej nie związanej z leczeniem, s. 103
- Tabela 9. Brudna praca z dziećmi/ brudna praca z dorosłymi, s. 107
- Tabela 10. Udział rodziny pacjenta w procesie leczenia, s. 108
- Tabela 11. Warunki, w których pacjent informowany jest o śmierci przez personel medyczny, s. 119
- Tabela 12. Praca nad odczuciami wykonywana przez personel medyczny, s. 120
- Tabela 13. Warunki wpływające na zarządzanie emocjami w zawodach medycznych, s. 128
- Tabela 14. Typy pracy nad czystością w aspekcie fizycznym, s. 131
- Tabela 15. Typy pracy nad czystością w aspekcie emocjonalnym, s. 133
- Tabela 16. Oczyszczanie emocjonalne i fizyczne, s. 134
- Tabela 17. Kontakt z brudem w przykładowych zawodach medycznych, s. 143
- Tabela 18. Praca widzialna i niewidzialna w zawodach medycznych, s. 151
- Tabela 19. Występowanie poszczególnych typów brudnej pracy, s. 158
- Tabela 20. Brud w zawodach medycznych, s. 159
- Tabela 21. Nieciągłość kategorii ciała podczas różnych etapów na sali operacyjnej oraz poza nią (Katz 1981: 342), s. 164
- Tabela 22. Brudna praca nad ciałem pacjenta, s. 171
- Tabela 23. Zespołowe zarządzanie brudną pracą (ukrywanie jej), s. 173
- Tabela 24. Wskaźniki uświadomienia brudnej pracy, s. 180
- Grafika 1. Proces zdobywania wiedzy w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy, s. 79
- Grafika 2. Proces leczenia pacjenta, s. 85
- Grafika 3. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta ze skierowaniem, s. 85
- Grafika 4. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego nie stwierdzono zagrożenia życia (bez skierowania), s. 86
- Grafika 5. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono zagrożenie

życia (bez skierowania), s. 86

Grafika 6. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta przywiezionego przez karetkę, s. 86

Grafika 7. Etapy operacji, s. 100

Grafika 8. Nieformalna hierarchia prestiżu pracowników medycznych w szpitalu na oddziale X, s. 142

Grafika 9. Formalna hierarchia prestiżu pracowników medycznych w szpitalu na oddziale X, s. 142

Grafika 10. Delegowanie brudnej pracy, s. 146

Grafika 11. Niewidzialna dla pacjenta próba diagnozy choroby, s. 150

Grafika 12. Zakres pojęciowy brudnej pracy, s. 163

Fotografia 1. Zdjęcie wykonane przez badacza podczas obserwacji prowadzonej na bloku operacyjnym, s. 100

Fotografia 2. *Miejsce pracy*, s. 207

Fotografia 3. *Miejsce pracy*, s. 207

Fotografia 4. *Miejsce pracy*, s. 208

Fotografia 5. *Brudna praca*, s. 208

Fotografia 6. *Interakcje*, s. 208

Fotografia 7. *Miejsce pracy*, s. 209

Fotografia 8. *Narzędzia pracy*, s. 209

Fotografia 9. *Narzędzie pracy*, s. 209

Fotografia 10. *Miejsce pracy*, s. 210

Fotografia 11. *Narzędzia pracy*, s. 210

Aneks 1. Tajemnica lekarska

art. 40 ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

art. 40. 1. Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:

1) tak stanowią ustawy;

2) badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;

3) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

4) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;

- 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie.

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta.

4. Lekarz nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta bez jego zgody. (art. 40 ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152))

Aneks 2. Autoetnografia

Na potrzeby dysertacji oraz dla własnego zdrowia poddałem się dwóm zabiegom lekarskim, w ten sposób mając możliwość przyjrzenia się wykonywanej pracy z perspektywy pacjenta, a więc osoby, która mogła wziąć udział w występie. Podałem się zabiegowi usunięcia włókniaków (dermatolog) oraz czyszczenia kamienia nazębnego i lakowania (higienistka stomatologiczna).

Zabieg usunięcia dwóch włókniaków, przy znieczuleniu miejscowym, odbył się w prywatnym gabinecie lekarskim. Jest to zabieg czysto kosmetyczny, mało inwazyjny. Przygotowanie do zabiegu trwało dłużej niż sam zabieg. Operacja rozpoczęła się od naszykowania narzędzi pracy (laser, znieczulenie). Lekarz był ubrany w fartuch i rękawiczki. Leżałem na specjalnie przygotowanym fotelu (pokrytym jednorazowym ręcznikiem, który po przeprowadzeniu zabiegu jest wymieniany). Lekarz znieczulił miejsce zabiegu i laserem usunął dwie zmiany skórne. Zdezynfekował powstałą ranę. Cały proces trwał 5 minut. Uprzedzony wcześniejszym wywiadem z dermatologiem, zwróciłem uwagę na nieprzyjemny zapach.

Zabieg usunięcia kamienia nazębnego odbył się również w prywatnym gabinecie stomatologicznym. Po zajęciu miejsca w fotelu oraz przygotowaniu mnie do usuwania kamienia (przykrycie klatki piersiowej jednorazowym ręcznikiem – śliniak stomatologiczny, wprowadzeniu do jamy ustnej ślinociągu), stomatolog przystąpił do zabiegu. Narzędziami oczyścił powierzchnie zębów z kamienia. Po pierwszej fazie zabiegu zmienił rękawiczki lekarskie i przystąpił do lakowania zębów, strzykawką z preparatem nakładając lak. Cały zabieg trwał około 40 minut.

Podczas obserwacji uczestniczącej również zapisywałem własne odczucia. Najczęstszym uczuciem, jakie pojawiało się podczas obserwacji na izbie przyjęć, było obrzydzenie, spowodowane nieprzyjemnym zapachem oraz widokiem ludzi, którzy byli albo w ciężkim stanie – po wypadku, albo byli brudni. Najgorszy dla mnie był brzydki zapach pochodzący od alkoholików, którzy często defekowali na izbie przyjęć w ubranie lub na podłogę w boksach (osoby te były myte

i zakładano im pieluchy – robiły to pielęgniarki). Nieprzyjemny był też kontakt z agresywnymi pacjentami, którzy wyzywali personel medyczny (oraz mnie) i próbowali atakować lekarzy. Również musiałem opuścić dwa razy miejsce obserwacji, na około 20 minut, ponieważ zrobiło mi się słabo. Raz z powodu widoku krwi, drugi raz z powodu nieprzyjemnego zapachu kału. Były to pierwsze dni obserwacji. Po jakimś czasie przywykłem do nieprzyjemnego zapachu i z czasem obserwacje były prowadzone pomimo widoku krwi lub nieprzyjemnego zapachu.

(Notatka z obserwacji) *stoję na izbie przyjęć, w miejscu, z którego widać całą salę, w sali wyczuwalny jest niewyobrażalny smród, (kału?) (...) jakiś lekarz krzyczy trzeba go umyć ze**** się (...) Wchodzą pielęgniarki, zabierają pacjenta (...) Niewyobrażalny smród. Muszę na chwilę opuścić izbę przyjęć, nie mogę kontynuować obserwacji.*

Uczestnicząc w pracy lekarskiej na oddziale szpitalnym, miałem możliwość spędzenia dnia z lekarzem (za każdym razem, był to inny lekarz, zajmujący się różnymi przypadkami). Dużą trudnością okazało się dla mnie ciągle chodzenie oraz konieczność stania (podczas operacji), od godziny 08:00, a więc od momentu odprawy, do godziny 15:00 (mniej więcej o tej godzinie kończyłem obserwację). Miałem niewiele możliwości, aby odpocząć i usiąść. Należy podkreślić, że dla lekarza, który podczas operacji musiał dodatkowo się pochylać i w skupieniu operować, musiało to być dodatkowym obciążeniem. Przerwy zdarzały się niezwykle rzadko.

Obciążające dla mnie było również przyglądanie się cierpieniu innych. Obserwacja była prowadzona raz lub dwa razy w tygodniu. Miałem możliwość obserwacji postępowania choroby u pacjentów. W pamięci zapadły mi trzy przypadki. Pierwszy – człowieka w średnim wieku (około 40 lat), który trafił do szpitala z nowotworem. Obserwowałem jak z tygodnia na tydzień jego stan się pogarszał, jednak pacjent został wypisany (lub przeniesiony do innego szpitala) po przeprowadzonych zabiegach na oddziale chirurgicznym. Drugim przypadkiem był starszy człowiek, terminalnie chory, który przebywał w szpitalu kilka miesięcy. Również mogłem zaobserwować jak z tygodnia na tydzień stan pacjenta się pogarszał, aż pacjent zmarł. Trzecim przypadkiem, była kobieta w średnim wieku, która miała mieć przeprowadzoną operację usunięcia guza. W trakcie operacji okazało się, że może to być nowotwór złośliwy, który się rozsiał i należy podjąć leczenie onkologiczne, a nie chirurgiczne.

Analiza własnych odczuć pozwoliła na utwierdzenie mnie w przekonaniu, że praca medyczna jest obciążająca emocjonalnie i fizycznie, zarówno w kontekście przemęczenia związanego z samą pracą, z jej czynnościami, jak i z kontaktem z elementami, które wywołują obrzydzenie. Ważny był również fakt, że zainteresowałem się losem poszczególnych pacjentów i pytałem lekarzy o ich stan zdrowia. Biorąc bierny udział w diagnozowaniu pacjentki, u której było podejrzenie nowotworu, z żywym zainteresowaniem śledziłem poszczególne elementy badań.

Obciążająca emocjonalnie okazała się również obserwacja reakcji osób chorych oraz ich rodzin. Płacz córki, po dowiedzeniu się o poważnym stanie swojego ojca (który miał umrzeć) oraz płacz rodziny, czekająca na wyniki badań. Ciekawym doświadczeniem była obserwacja

zachowania lekarzy, którzy przekazywali pacjentom poszczególne informacje, czasem tragiczne (jak w przypadku śmierci) w sposób opanowany i profesjonalny.

Spędzając dzień z lekarzem, mogłem częściowo odczuwać to, co on, angażując się w podobne czynności, przysłuchując się rozmowom oraz czasem angażując się w prowadzone dyskusje. Czasem byłem angażowany w rozmowy przez lekarzy, których zaufanie udało mi się zdobyć. Dotyczyły one często roli nauk społecznych w medycynie. Czasem dyskutowano ze mną na temat poszczególnych pacjentów, często odnosząc się do zagadnień społecznych związanych z występowaniem konkretnych chorób.

Autoetnografia, pomimo że nie była istotnym elementem prowadzonych badań, pozwoliła w pewien sposób uporządkować wiedzę. Była ona naturalną konsekwencją prowadzenia obserwacji uczestniczącej.

Aneks 3. Analiza fotografii

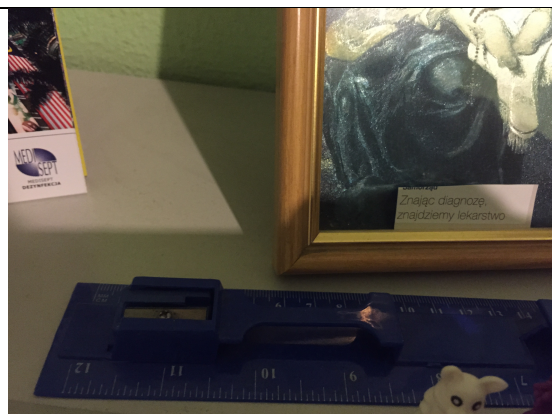
Pracownicy medyczni byli proszeni o samodzielne wykonanie fotografii tego, jak według nich wygląda praca, którą wykonują. Wszystkie zdjęcia zostały dostarczone przez osoby związane z zawodami medycznymi (poza fotografiami wykonanymi przeze mnie podczas obserwacji). Perspektywa na niektórych fotografiach pozwala stwierdzić, że zostały one wykonane przez osobę trzecią, jednak można przyjąć, że na polecenie rozmówcy.

Nie wszyscy rozmówcy dostarczyli zdjęcia, jednak pomimo tego, udało się zebrać materiał, który mógł zostać poddany analizie. Część pracowników medycznych wykonała fotografie, ale nie zgodziła się na przesłanie ich do mnie w obawie przed rozpowszechnieniem. Prezentowali oni swoje zdjęcia, mówili, dlaczego zostały wykonane, a więc stały się one również elementem wywiadu i badań. Poniżej zaprezentowane zostaną fotografie charakterystyczne, takie, które pojawiały się najczęściej, a które były prezentowane przez pracowników medycznych jako to, co jest związane z ich pracą. Wyróżnione zostały trzy główne kategorie: miejsca pracy, narzędzia pracy oraz interakcje.

Pracownicy medyczni wykonali fotografie, na których można było odnaleźć elementy brudnej pracy. W przeważającej części zdjęcia były raczej statyczne niż dynamiczne (nie uchwycono podejmowanych działań, a jedynie przedmioty i przestrzeń). Prawdopodobnie było to spowodowane tym, że sytuacje trudne, w których znajdowali się lekarze, powodowały, że musieli oni podjąć określone działania i nie mogli wykonać fotografii. Ponadto praca lekarzy opiera się na kontakcie z pacjentem. Prośba o wykonanie fotografii jakiegoś schorzenia mogłaby zostać odebrana przez pacjenta jako brak profesjonalizmu i zaszkodzić pracownikowi medycznemu. Nie wykonano jednak zdjęć tego, co może być uważane za brudne w znaczeniu fizycznym, najprawdopodobniej ze względów estetycznych. Odpady medyczne nie są wdzięcznym materiałem do fotografowania. Analizując to zjawisko można wysnuć wniosek, że osoby związane z zawodami medycznymi przenoszą poniekąd poza placówkę medyczną strategię związane z zarządzaniem

wrażeniami odnośnie brudnej pracy. Tak jak podczas prowadzonej obserwacji miałem możliwość bezpośredniej analizy tego, co jest ukrywane przed publicznością, tak podczas analizowania fotografii dało się zauważyć, że ukrywano przede mną elementy związane z brudem fizycznym. Znalazło się jedynie kilka „łagodnych” zdjęć, na których pokazano brudne elementy zawodu.

Zdjęcia podczas przeprowadzania wywiadów zeszły na drugi plan, były jedynie strukturą (niezbyt znaczącą), która naprowadzała na odpowiednie tematy, jednak w trakcie wywiadu, dużo miejsca zajmowały tematy, które nie były związane ze zdjęciami. Można wysnuć wniosek, że praca lekarzy jest zbyt dynamiczna, aby udało się ją uchwycić na fotografii. Potwierdziła to etnografia prowadzona w placówce medycznej.



Fotografia 2

Miejsce pracy: „Znając diagnozę znajdziemy lekarstwo”. Jest to sentencja na biurku w gabinecie jednego z dentystów, która miała być jego mottem. *Zawsze powtarzam, że jeśli znajdziemy przyczynę, możemy odpowiednio leczyć pacjenta.*



Fotografia 3

Miejsce pracy: biurko dentysty. Na fotografii widoczne jest biurko lekarza. Drukarka, kalendarz oraz rzeczy osobiste i pamiątki z podróży.



Fotografia 4

Miejsce pracy. Na fotografii widoczny jest gabinet, w którym przyjmowani są pacjenci oraz fotel dentystyczny. Można odnaleźć wiele narzędzi pracy, w tle widoczne są różnego rodzaju otrzymane wyróżnienia.



Fotografia 5

Inne, brudna praca. Na fotografii widoczne są waciki usunięte z jamy ustnej po przeprowadzonym zabiegu dentystycznym.



Fotografia 6

Interakcje. Na fotografii, wykonanej najprawdopodobniej na prośbę rozmówcy, widoczna jest higienistka stomatologiczna (osoba, z którą był przeprowadzany wywiad) podczas zabiegu. Na fotelu dentystycznym znajduje się dziecko – praca z dziećmi jest uznawana za pracę niechcianą przez niektórych stomatologów. W tle widoczne są narzędzia pracy.

	Miejsce pracy. Interakcje. Higienistka stomatologiczna podczas wykonywania zabiegu w gabinecie lekarskim.
	Narzędzia pracy. Narzędzia, które są wykorzystywane przy zabiegach dentystycznych. Na zdjęciu widnieje pudełko z napisem „elmex“ najprawdopodobniej jest to gadżet reklamowy, który dostał gabinet dentystyczny, ze względu na współpracę z firmą.
	Narzędzia pracy. Karetka, narzędzie pracy ratowników medycznych. Jest to miejsce pracy dla ratowników medycznych, którzy pracują w terenie, a ich cały dyżur związany jest z pojazdem.

Fotografia 7

Fotografia 8

Fotografia 9

 Fotografia 10	Miejsce pracy. Miejsce, w którym odpoczywają pracownicy CPRu. W pomieszczeniu znajduje się kuchenka, czajnik, lodówka, zlew oraz szafka na osobiste przedmioty każdego z pracowników.
 Fotografia 11	Narzędzia pracy. <i>To jest taka standardowa szafka u nas na izbie... płyny, jakieś tam leki...</i> Na fotografii widoczne są leki używane przez lekarzy. Podczas wypowiedzi autor zdjęcia nie doprecyzował, co to za leki. Wydaje się, że praca zawodów medycznych jest ściśle związana z określonymi lekami, których działanie łagodzi objawy choroby lub doprowadzają do wyleczenia. Autorka zdjęcia (psychiatra) mówiła, że dobrze dobrane leki umożliwiają normalne funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie.

Aneks 4. Trudności badawcze

Brak kontaktów w środowisku medycznym powodował, że wielu rozmówców podchodziło niechętnie do rozmowy. Głównie ograniczał ich czas, praca na kilka etatów – państwowo oraz prywatnie (najczęściej w kilku miejscach), co uniemożliwiało spotkanie się.

(...) dlatego chciałem wcześniej (spotkać się na przeprowadzenie wywiadu – przyp. badacz), bo są korki, a jadę do poradni, bo mam poradnię dzisiaj, a nie chciałam znowu odwoływać wywiadu (wywiad został przeprowadzony po pięciokrotnym przełożeniu spotkania – przyp. badacz).

Prośba o wykonanie zdjęć/ wizualizacji swojej pracy dość często spotykała się z niechęcią i wielu lekarzy odmówiło wykonania fotografii. Ponadto kulisy pracy medycznej nie są dostępne osobom spoza środowiska. Był to jeden z powodów, dla którego również odmawiano wykonania fotografii.

Mogę pokazać ci te fotografie i przesłać, ale nie możesz ich nigdzie publikować. Jedna z matek wyniosła i zrobiła zdjęcia dzieciom także od tej pory nie można, jest to zabronione... ale tutaj coś zrobiłam i przyniosłam... To będziesz mi zadawał pytania, tak?

Dotarcie do osób, które pozwoliły na przeprowadzenie wywiadu zajęło bardzo dużo czasu. Część osób udało się namówić do rozmowy na zasadzie działania kuli śnieżnej – z polecenia jednego lekarza udało mi się docierać do drugiego, jednak takie kontakty również szybko się urywały. Jest to istotne spostrzeżenie badawcze – niechęć do udzielania informacji na temat wykonywanej profesji. Często byłem umawiany po zakończeniu pracy w gabinecie lub między wizytami, w szpitalach, prywatnych klinikach itp., jednak rozmówcy nie byli ograniczeni obecnością osób trzecich i mogli wypowiadać się swobodnie. Taka sytuacja pozwalała zajrzeć do świata badanej grupy. Dzięki temu możliwe było dokonanie obserwacji związanej z warunkami pracy. Brakiem chęci do wywiadu wykazywały się również osoby wykonujące pozostałe zawody medyczne – ratownicy medyczni, higienistki stomatologiczne, pomoc dentystyczna itp. Wydaje się, że dopuszczenie do świata medycznego kogoś z zewnątrz jest niemożliwe. Podczas wywiadów oczywiście unikano wskazywania konkretnych osób, o których opowiadano i zabraniano mi podawania informacji, które w jakiś sposób mogą odnosić się do konkretnych osób. Zwracano uwagę, aby nie wskazywać również miejsc przeprowadzania wywiadu, które w jakiś sposób mogą zostać rozpoznane.

Podczas rozmów lekarze również starali się zaprezentować swój zawód w określony sposób, podkreślając, że błędy, które się zdarzają podczas wykonywania praktyki, nie mogą być oceniane przez osoby z zewnątrz, a zaniedbania wynikają z szerszego kontekstu. Błędy lekarskie, możliwość popełnienia błędu w dysertacji traktuje jako element brudnej pracy. Pomyłki lekarzy i źle przeprowadzone operacje zapadają w pamięci i obciążają psychikę osoby zajmującej się medycyną. Błąd w medycynie przekłada się na życie lub zdrowie pacjenta, dlatego jego konsekwencje są poważniejsze niż np. błąd w pracy biurowej.

Lekarze również zwykli opierać swoje badania na metodach ilościowych. Opracowania statystyczne w naukach medycznych są użyteczne, pozwalają na opis częstości występowania określonych przypadków, miejsca ich najczęstszego występowania lub określenie, u kogo mogą wystąpić objawy (grupa społeczna, styl życia itp.). Powodowało to brak zrozumienia dla zbierania materiału poprzez prowadzenie wywiadów lub samą obserwację. Również często byłem pouczany na temat zbierania materiałów do badań, a jakościowa analiza danych i wywiad były traktowane jako nienaukowe.

(...) tak mi się wydaje, jak pan pisze pracę... no ja też pisałem jakieś prace, no to trzeba było mieć tam jakieś konkretne... krótkie pytania. Nie wiem, co ja mam powiedzieć? (...) lepiej byłoby ankietę ułożyć. Trochę to takie gadanie, jak u cioci na imieninach.

Często jednak, pomimo początkowej niechęci, rozmówcy udzielali bardzo wyczerpujących informacji na temat wykonywanego zawodu. Osoby, które podchodziły niechętnie do wywiadu,

okazywały się najlepszymi informatorami i udzielały obszernych informacji na temat wykonywanej przez siebie pracy.

Pomimo opisanych trudności, uważam, że praca dała solidne podwaliny pod rozwój koncepcji *brudnej pracy*. Koncepcja ta okazała się użytecznym narzędziem do analizy zawodów medycznych, a tym samym dało się udowodnić jej przydatność analityczną. Rozwinięciem pracy mogłoby być przeprowadzenie badań ilościowych na reprezentatywnej próbie, które mogłyby przyczynić się do opisu zjawisk. Niniejsza praca daje wkład w zrozumienie koncepcji i pokazuje, w jaki sposób może być ona wykorzystana przy analizie różnych zawodów. Dysertacja może również pomóc badaczom ilościowym w stworzeniu bazy pytań zamkniętych, które mogą dotyczyć brudnej pracy.