

Michał Lesiak

Brudna praca w zawodach medycznych

Konteksty interakcji

pacjent – personel medyczny w procesie leczenia



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Brudna praca w zawodach medycznych

Konteksty interakcji

pacjent – personel medyczny w procesie leczenia



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Michał Lesiak

Brudna praca w zawodach medycznych

Konteksty interakcji

pacjent – personel medyczny w procesie leczenia

Michał Lesiak – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43

RECENZENT

Elżbieta Zakrzewska-Manterys

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

Katarzyna Gorzkowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

PROJEKT OKŁADKI

Katarzyna Turkowska

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/YAYImages

© Copyright by Michał Lesiak, Łódź 2019

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons. Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 4.0 (CC BY-NC-ND)

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

Wydanie I. W.09283.19.0.M

Ark. wyd. 11,0; ark. druk. 10,125

ISBN 978-83-8142-615-2

e-ISBN 978-83-8142-616-9

<https://doi.org/10.18778/8142-615-2>

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

*Profesorowi Krzysztofowi Koneckiemu
za inspirację teoretyczną i metodologiczną*

*Mojej żonie Annie
(miłośniczce paradygmatu normatywnego)
za sceptycyzm, który mnie jeszcze bardziej motywował*

Spis treści

Wprowadzenie	9
Część I	
Teoretyczne podstawy pracy	13
1. Historyczne ujęcie brudu	15
2. Praca	20
2.1. Podział pracy	21
2.2. Profesje	21
2.3. Role społeczne i podział pracy	24
2.4. Błędy/pomyłki w pracy	25
2.5. Brudna praca (<i>dirty work</i>)	26
2.6. Brudna praca a emocje	30
3. Widzialność brudnej pracy	31
4. Praca nad odczuciami	34
5. Docenianie i niedocenianie pracy	35
6. Zagrożenia związane z pracą medyczną – przykłady	37
7. Podsumowanie	40
Część II	
Wyniki badań	43
1. Charakterystyka zawodów medycznych	46
2. Codzienność pracy medycznej – rutyna brudnej pracy	52
3. Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym (brud w interakcjach/brud interakcyjny)	56
3.1. Interakcyjny wymiar brudnej pracy	65
3.2. Operacja – szczególny rodzaj interakcji pacjenta i zespołu medycznego	69
3.3. Interakcje z młodym pacjentem – proces leczenia dzieci – brudne staje się czyste	75
4. Praca z ciałem/praca nad ciałem	78
5. Rodzina w procesie leczenia – możliwość delegowania brudnej pracy	80
6. Praca nad odczuciami	82
7. Emocje, które brudzą	93

8 Spis treści

8. Praca nad czystością	98
9. Piętno związane z wykonywaniem zawodów medycznych	103
10. Podział pracy	104
11. Konteksty społeczno-organizacyjne związane z delegowaniem brudnej pracy	106
12. Praca niewidzialna	108
13. Choroby zawodowe	112
14. Brud szlachetny	113
15. Brudna praca – występowanie	116
16. Kontekst medyczny	122
17. Kontakt ze śmiercią – brudny element zawodów medycznych	124
18. Zespołowe zarządzanie wrażeniami dotyczącymi brudnej pracy. Konteksty, w których brudna praca jest widoczna dla publiczności	126
19. Stosunek do pracy	128
20. Drogi ku czystości	130
Zakończenie	133
Bibliografia	137
Aneksy	149
Spis tabel i rysunków	161

Wprowadzenie

W książce dążę do zrozumienia koncepcji *brudnej pracy* oraz pracy osób związanych z medycyną poprzez pryzmat teorii interakcjonistycznych. Zawody medyczne zostały wybrane jako przedmiot badań, dzięki któremu możliwe jest rozwinięcie koncepcji brudnej pracy (Hughes 1994).

Przystępując do pisania monografii, wyznaczyłem sobie 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. Monografia jest również analizą pracy medycznej w kontekście obciążeń z nią związanych. Rozważania na temat brudnej pracy w zawodach medycznych mogą pomóc w zrozumieniu zjawiska *wypalenia zawodowego* wśród lekarzy (badania na ten temat podjęła np. Łódzka Izba Lekarska). Odkrycie, jakie czynności są dla lekarzy obciążające i postrzegane jako niechciane lub zbędne w ich pracy (np. nadmierna praca biurokratyczna), może sprzyjać znalezieniu przyczyny postrzegania przez nich swojej pracy jako niedającej satysfakcji lub mało rozwojowej.

Dokonałem przeglądu koncepcji związanych z pracą w rozumieniu Everetta Hughesa (Hughes 1994; Hughes 2009) oraz interakcjonistów (Strauss 1997 i in.). W polskiej literaturze trudno jest odnaleźć nawiązania do 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 pacjen-

tem. Do analizy zostały włączone osoby pracujące w Centrum Powiadamiania Ratunkowego, ze względu na fakt, że wykonujący 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 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2015 r., nr 618). Jak zauważa Dorota Karkowska, „Definicja zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 [ustawy o działalności leczniczej] jest bardzo ogólna, nie wymaga do jego wykonywania wykształcenia medycznego, natomiast umożliwia zaliczanie do grupy zawodów medycznych zarówno zawodów z ustaloną ścieżką formalnego kształcenia i nabywania umiejętności, jak i zawodów, dla których tryb uzyskiwania legitymacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze medycyny nie został sformalizowany w systemie kształcenia” (Karkowska 2012: 127). W monografii 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 również zajmują się badaniem tkanek i płynów (np. krwi) oraz przeprowadzaniem sekcji zwłok. Definicja Karkowskiej (2012) nie uwzględnia również oddziaływania na umysł pacjenta (psychologowie i psychiatry).

Skupienie się na osobach 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). Umożliwiło to również analizę pracy emocjonalnej wykonywanej m.in. przez lekarzy i pielęgniarki (również brudnej pracy emocjonalnej (Rivera, Tracy 2014), która jest związana z pojawiającymi się emocjami nacechowanymi negatywnie, takimi jak strach, litość, podczas kontaktu z *brudem* społecznym, fizycznym, moralnym) oraz analizę kontekstów interakcji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem.

Lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki wykonują skomplikowaną pracę fizyczną, umysłową, interakcyjną, która wymaga wieloletniego kształcenia, przygotowania oraz predyspozycji. Osoby związane z medycyną są 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 częściej związana z kobiecymi niż męskimi zawodami (Wolkowitz 2007: 20).

W niniejszej monografii 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 dokonałem przeglądu dostępnych publikacji na temat brudnej pracy. Do tej pory koncepcja ta była wykorzystywana w różny sposób; autorzy odwoływali się do konkretnych aspektów brudnej pracy, nie dokonując dokładnego przeglądu literatury. Powstające teksty dotyczyły selektywnych dziedzin. Skupiano się w nich na ograniczonym wykorzystaniu omawianego pojęcia do analizy zawodów. Staralem się uporządkować wiedzę, dokładnie opisać koncepcję i poddać krytycznej analizie część powstałych do tej pory prac na temat brudnej pracy oraz publikacji, które dotyczyły tej tematyki, lecz 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 pole badawcze stanowiła analiza koncepcji brudnej pracy, a nie zawody medyczne. Po wstępnej analizie wywiadów dokonałem przeglądu dostępnej literatury, która stała się również ważnym elementem monografii i pozwoliła na dokładniejsze zrozumienie koncepcji. Odwołanie się do prac innych badaczy (Ashforth i in. 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 dotyczą różnych zawodów, zarówno związanych, jak i niezwiązanych z zawodami medycznymi, a także z osobami, które wykonują pracę w jakiś sposób łączącą się z pracą lekarzy, pielęgniarek itp. (np. osoby sprząające w szpitalach). Oczywiście sytuacji badawczej z innej kultury (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 monografii wpisuje się w socjologię medycyny. Badania były prowadzone w placówce medycznej, a 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. Jak zauważa Zofia Słońska: „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 należy podkreślić, 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 Parsonsa, 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 moich badań było zrozumienie koncepcji brudnej pracy, a nie tylko wykorzystanie jej do analizy konkretnej grupy zawodów. Przyjąłem 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.

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.

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

W części empirycznej zostały omówione poszczególne aspekty zawodu medycznego, przytoczyłem również informacje formalne na temat poszczególnych specjalizacji i zawodów medycznych. W podsumowaniu monografii uchwyciłem 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 do analizy czynności związanych z jej wykonywaniem.

Część I

Teoretyczne podstawy pracy

1. Historyczne ujęcie brudu

Zajmując się tematem, który jest związany z brudem, należy dokonać rekonstrukcji tego pojęcia i odpowiedzieć na pytanie, co ono oznacza. W zdroworozsądkowym rozumieniu wydaje się, że *brud* 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 współcześnie uważane za „brudne”, dawniej uchodziło za przejaw higieny. W kontekście rozważań na temat *dirty work* uzasadniona jest analiza pojęcia *brudu*, które łączy się z jego fizycznym aspektem oraz kwestią podejścia do higieny. W tym paragrafie staram się uchwycić, jak ewoluowało pojęcie *czystości* na przestrzeni wieków.

Pojęcie *higiena*, zgodnie z definicją WHO, odnosi się do warunków i praktyk, które pomagają w utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób. Higiena medyczna obejmuje zatem określony zestaw praktyk związanych z ochroną zdrowia, np. oczyszczanie środowiska, sterylizację sprzętu, higienę rąk, wody i kanalizacji oraz bezpieczne usuwanie 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” (Aiello, 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 szcze-

gólny 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 takie podejście 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. Łącznie były miejscami, w których odbywały się nielegalne procedery, m.in. uprawianie prostytucji. „Czynniki, jakie odegrały rolę w zanikaniu łaźni, mają zatem logikę co najmniej podwójną: rosnący brak tolerancji otoczenia na miejsce postrzegane jako niepokojne, 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, zaś Talmud (około 2000 r. p.n.e.) promował czystość fizyczną jako warunek zdrowia fizycznego i duchowego. Jednak Europa przeszła przez średniowiecze (ponad 1000 lat) bez wanny i kanalizacji (Aiello, 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. Zwyczaj, które dawniej mogły uchodzić za higieniczne, dziś wydawałoby się, że nie mają większego znaczenia dla utrzymania czystości ciała:

„sucha” toaleta dworzani, 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 miałyby 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 (Bushmann 1995: 39).

Współcześnie każda organizacja musi przestrzegać określonych przepisów BHP, które regulowane są odgórnie przez państwo. Instrukcje mycia rąk, zmiany odzieży są narzucane i należy się do nich dostosować. Dawniej decyzje dotyczą-

ce 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 w pracach na temat higieny podkreślano, że należy używać mydła, które usuwa brud (Vigarello 2012: 209). W latach 30. XIX w. woda stała się substancją oczyszczającą – dostrzeżono, że zatkałe pory na ciele mogą uniemożliwić wydalanie dwutlenku węgla przez skórę (Vigarello 2012: 211). W ciągu ostatnich 150 lat wprowadzono wiele niezwykłych innowacji do naszego środowiska, diety, stylu życia i do naszych zdolności radzenia sobie z chorobą (Aiello, 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), w 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 też zmiany społeczne i technologiczne, np. zmiana świadomości dotycząca odżywiania (Aiello, Larson, Sedlak 2007: 18).

Na przestrzeni kilku wieków higiena i czystość zaczęły obejmować kolejne elementy, zarówno ciała, jak i tego, co wokół (przeźreni). 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 w jakiś sposób poradzić sobie z problemem chorób. Istotne stało się, jak i gdzie budować cmentarze czy szpitale.

Opis zmieniającego się podejścia do brudu jest dowodem na to, że pojęcie to wiąże się 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 na podstawie kontekstu historycznego i kulturowego, a nie jako obiektywna prawda (Campkin, Cox 2007: 2). Trudno byłoby naukowo wyznaczyć granicę między tym, co jest brudne a tym, co czyste. Najprostszy sposób rozumienia pojęcia *brud* to pojmo-

wanie go jako tego wszystkiego, co jest odbierane przez receptory (zapach, dotyk, wzrok) jako odpychające i powinno być unikane (Wolkowitz 2007: 16). Unikanie określonych substancji łączy się z ochroną ciała, strachem przed narażeniem go na to, co „nieczyste”. Jednak znaczenie pojęcia *brud* nie wynika tylko i wyłącznie z jego fizycznego aspektu – z zapachu, dotyku czy widoku, lecz także jest zakorzenie 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, zaś 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 oswojenie w życiu publicznym. Człowiek już nie umiera wśród najbliższych, ale poza miejscem zamieszkania” (Ogryzko-Wiewiórowska 2010: 112). W XIX w. proces umierania odbywał się w domu, obecnie jest to nie do pomyślenia. Osobę umierającą 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 i kremacja. Układ pomieszczeń jest ściśle określony. To, co brudne (krematorium, garaż, kostnica) jest oddzielone od tego, co czyste (kaplica, biuro, pokoje) (Kyro 2012: 55). Symbolizuje to istnienie wyraźnych granic między tym, co czyste, co może być oglądane a tym, co powinno pozostać w ukryciu.

Brud jest też elementem, który stygmatyzuje. Brudni ludzie stają się wyłączeni (Bushmann 1995: 40). Brud należy rozważać zarówno na poziomie fizycznym, jak i moralnym. W kontekście oczyszczania istotne jest oczyszczanie moralne, które związane jest z obrzędami religijnymi, np. spowiedzią (Janes 2007). Historycy i antropolodzy podkreślają, że moralność i higiena są ze sobą powiązane w rytualnych praktykach regulowanych zewnątrz – 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).

Zawierająca analizę zmieniającego się podejścia do brudu i rezultaty badań nad zawodami medycznymi publikacja Jürgena 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 w. Autor na podstawie zapisków swojego dziadka Henry'ego 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. M.L.] założył mankiety swego surduta, nie umywszy, a nawet nie wytarłszy rąk [po poprzednim zabiegu – przyp. M.L.], i ujął skalpel, wniesiony jednocześnie z pacjentką na drewnianym stole, razem z innymi nożami, nożyczkami, obcęгами, igłami [...], miską z wodą i fiaską 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. M.L.] szybko wytarli ręce w ścierkę. Jeden z „dresse-rów” zatroszczył się o świeżą wodę, wypłukał zakrwawione gąbki, brudną szmatą wytarł instrumenty i położył na stole zaciski na żyły i piłę 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 tylko gdy patrzymy z dzisiejszej perspektywy. Starano się rozwiązywać problemy zdrowotne (chirurgiczne), poszukując przyczyn śmiertelności nie w źle przeprowadzonych operacjach (zakażeniach powodowanych brudem), lecz w pacjentach. Na początku XIX w. 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. M.L.] wiedział równie dobrze jak ja, że gorączka i zapalenie wcale nie są nieodłączne od wspomnianych zabiegów [usuwanie kamienia nerkowego – przyp. M.L.], lecz są skutkiem brudnych rąk i instrumentów” (Thorwald 2010: 81).

W XIX w. 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 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, jednak 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. 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 ze 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.

2. Praca

Koncepcja *brudnej pracy* często przez autorów jest traktowana 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, podjęty przez Everetta Hughesa, nie sposób pominąć spostrzeżeń tego socjologa dotyczących podstawowego dla społeczeństwa zagadnienia – pracy.

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

Hughes proponuje rozważanie sytuacji pracy jako systemu interakcji, koordynacji 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 (Hughes 1994: 32). Kozek (2013: 56) uważa, że praca nie jest zwykłym towarem, lecz czymś więcej, czymś różnym od innych dóbr rynkowych, czego dowodem jest używanie w języku potocznym terminów „szukać pracy, etatu”, a nie „sprzedawać pracę”.

2.1. Podział pracy

Przy omawianiu zagadnienia „pracy” Hughes (1994) podkreśla, że ważnym elementem jest „podział pracy”, który decyduje zarówno o zróżnicowaniu, jak i klasyfikacji samego społeczeństwa. Działanie wszystkich organizacji opiera się na podziale. Jest to ważne twierdzenie przy omawianiu koncepcji brudnej pracy. Każda struktura społeczna posiada ściśle wyspecjalizowane komórki umożliwiające prawidłowe funkcjonowanie całości. Ten funkcjonalny aspekt jest również istotny przy próbie zrozumienia brudnej pracy, która często jest delegowana na 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), np. hycle, śmieciarze, osoby zajmujące się asenizacją, a w przypadku instytucji – więzienia, szpitale psychiatryczne itp.

Specjalizacja, jak pisze Hughes, związana jest z posiadaniem odpowiednich „licencji” oraz „mandatów” (1994: 22). Mówiąc ogólnie, pojęcia te można rozumieć jako specjalne pozwolenia – formalne i 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 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 moich badań istotny jest fakt, że osoby zajmujące się zawodami medycznymi muszą posiadać określoną wiedzę i przejść wyspecjalizowane, długotrwałe szkolenie oraz odbyć odpowiednią praktykę, zdobyć „licencje” uprawniające je do wykonywania określonych zabiegów. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni itp. posiadają specjalistyczną wiedzę na temat funkcjonowania ludzkiego organizmu, a dzięki długotrwałej nauce wiedzą, jak pomóc drugiemu człowiekowi.

Coraz szybszy rozwój technologiczny wymaga od poszczególnych pracowników większej specjalizacji. 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).

2.2. Profesje

W społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych i zurbanizowanych możemy spotkać się ze znacznym wzrostem liczby profesji. Profesjonalizacja pracy wiąże się też ze wzrostem biurokracji – „królowej profesji” (Hughes 1994: 37). Według Hughesa

na profesję składają się: wiedza praktyczna i teoretyczna (tamże). Droga do stania się profesjonalistą jest długotrwała – 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 i in. 1961: 7).

Współczesne społeczeństwo jest określane jako 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 współcześnie przestaje być tak istotna. Ciągła dynamika rynku pracy i powstawanie nowych zawodów skutkują tym, 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 – ORA) nie mają prawa wykonywania zawodu w innym województwie bez zgody rady, nie mogą prowadzić własnej działalności gospodarczej (niezwiązanej z prawem) 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 niezwiązane 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 2016).

Institucje 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 też od nauczycieli, którzy szkolą i uczą przyszłych profesjonalistów (Becker i in. 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 i in. 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 korzysta-

nie z jego usług muszą się mu całkowicie podporządkować i zdać na jego wiedzę. Profesjonalista nie może jednak 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. Osoba korzystająca z porad adwokata musi wyznać wszelkie swoje przewinienia, aby profesjonalista mógł przeprowadzić skuteczną 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 także 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 profesjonalistami. Początkowo jest to odpowiedni uniwersytet, później przeprowadzenie kolejnych szkoleń po ukończeniu studiów, praktyka i egzamin umożliwiający 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 monografii 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 czynnościami itp.), które „zawierają w swoim obrazie postulat służby społecznej” (Kozek 2013: 109). Profesje, które zajmują się pomocą innym (*helping professions*) (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?

2.3. 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.

Gdy porównujemy 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 i do samej pracy. Nie oznacza to jednak, że pewne zawody można łatwo zakwalifikować do „moralnych”, a inne nie. Na przykład praca adwokata polega na rozwiązywaniu prawnych problemów ludzi winnych popełnienia przestępstwa oraz niewinnych.

Podział pracy opiera się też, jak zauważa autor (Hughes 1994), na technicznym rozróżnieniu zawodów (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 także czynności wykonywane po to, aby umożliwić pracę innym. Pielęgniarki przygotowują sale operacyjne, dezynfekują narzędzia pracy, pomagają pacjentowi itp., natomiast lekarz zajmuje się przeprowadzaniem 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).

Ponadto ważne są 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 wykonujących poszczególne zawody musi się też zmagać z problemami administracyjnymi i urzędowymi, które utrudniają pracę.

Role wykonywane przez poszczególnych pracowników i podział pracy są ze sobą powiązane. Podział pracy możemy rozumieć jako podzielenie poszczególnych czynności na etapy, które mają się składać na całość (jak w przypadku pielęgniarki, która przygotowuje salę operacyjną). Role wiążą się natomiast z wykonywaniem określonych funkcji przez pracowników (tych widocznych dla publiczności, np. dla pacjenta, jak i tych niewidocznych, np. pielęgniarka, która musi być sprzętaczką czy hydraulikiem).

2.4. 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 analogie z pracą wykonywaną przez hydraulików, badacz zajmujący się psychiatrami bez trudu znajdzie punkty wspólne 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 związać się emocjonalnie ze swoim klientem.

Hughes (1994) zwraca uwagę na fakt, że im więcej jednostka podejmuje czynności w swojej pracy, tym więcej ma 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 i in. 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 podejmujemy 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, iż 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 czy zła diagnoza, mogą przełożyć się na traktowanie własnej pracy jako trudnej.

Rozpoznawanie choroby (diagnoza lekarska) jest procesem zmierzającym do nadania odpowiedniej etykiety określonym symptomom (objawom) lub syndromom (zespółom 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 zo-

stać dokładnie przeanalizowany przez innych profesjonalistów zajmujących się tą samą dziedziną. Precyzyjne określenie, w którym miejscu został popełniony błąd jest trudne, niełatwa jest też 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” (Hughes 1994: 83).

Błędy i pomyłki, które popełnia lekarz, wpływają także na jego emocje. W wywiadach zdarzało się, że pomimo upływu wielu lat popełnione przez lekarzy błędy były wspomniane 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.

2.5. Brudna praca (*dirty work*)

Istnieje bardzo dużo „brudnych zawodów”, które są zróżnicowane, np. 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 użyte przez Everetta Cherringtona Hughesa w artykule *Good people and dirty work* (Hughes 1962). Zdaniem autora *brudna praca* (*dirty work*) jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa, zajmują się nią specjalnie wyznaczone do tego (przez społeczeństwo) instytucje, np. więzienia. *Dirty work* jest ciężka fizycznie, w pewien sposób potępiana oraz niekiedy niemoralna. Hughes „nie zdefiniował dokładnie, co rozumie pod pojęciem *dirty work*, uważał termin za 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, do myślenia, że jest ona przez kogoś wykonywana.

Koncepcję tę można przenieść na różne zawody i wykorzystać ją do całościowej 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 i in. 1997: 247).

Odwołując się do koncepcji Goffmana (2008), można stwierdzić, że 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).

Publikacja Everetta Hughesa pozwala dostrzec pewne wspólne elementy, które występują w zawodach, umożliwia również zgłębienie tematu brudnej pracy. Autor 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, dzięki wywiadam z przedstawicielami zawodów medycznych oraz obserwacji 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 będzie musiał wykonywać brudną pracę związaną m.in. z pewnym oderwaniem się od zasad moralnych (np. empatia w stosunku do rodziny osoby zamordowanej) oraz obciążeniami emocjonalnymi wynikającymi z wykonywania pracy dwuznaczonej moralnie (bronienie osoby winnej). W niektórych zawodach brudna praca będzie wiązała się z indywidualnymi przekonaniem i predyspozycjami psychicznymi aktorów społecznych. Wydaje się, że w każdym zawodzie można znaleźć elementy koncepcji Hughesa.

Niemniej jednak istnieją zawody wysokiego statusu, które zawierają zadania związane z fizycznym brudem [fizyczną pracą – przyp. M.L.]. 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. 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 określonym zadaniom. Praca może stać się brudna w przypadku: zmiany okoliczności jej wykonywania, zmiany warunków organizacyjnych lub zmian, które zaszły w biografii pracownika (np. zdobycie wyższego wykształcenia, przeformułowanie oczekiwań związanych z pracą itp.).

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

Strauss, Fagerhaugh, Suczek i Wiener (Strauss i in. 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.

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 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, windykatorki).

Rozwijając propozycję Ashforth i Kreinera, za zawody, które będą obciążone moralnie, można uznać również te związane z podejmowaniem trudnych decyzji łączących się z losem innych (np. komornicy) i życiem (np. lekarze, weterynarze). Przypisanie zawodu do jednej kategorii obciążenia byłoby pewnym nadużyciem oraz 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 mają 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 następujące przeformułowania:
 - a) zaszczepienie (*infusing*) – gdzie stygmatyzacja nasyciona jest pozytywnymi wartościami, praca staje się honorowa (np. publiczni obrońcy, którzy zapewniają, że bronią konstytucyjnych praw obywateli, a nie pomagają gwałtocielom, 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 działań komornika),
 - 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. rąkarze wezwani do łapania zwierząt, które są prawdopodobnie wściekłe, 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 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 uzasadnić swoje działania, wprowadzać swego rodzaju zawodowe ideologie (Lopina, Rogelberg, Howell 2012: 397), np. osoby wykonujące brudną pracę uważają, że ich praca jest istotna dla funkcjonowania danej organizacji (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012).

„Brudne” zawody są bardzo zróżnicowane. Postrzeganie konkretnych czynności będzie też zależne od definicji sytuacji, jaką przyjmują aktorzy społeczni wykonujący daną pracę. W rozważaniach na 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.

„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. Osoby, które chcą piąć się po szczeblach kariery i zdobywać kolejne tytuły, łatwiej poradzą sobie z wykonywaniem brudnej pracy, prawdopodobnie traktując ją jako tymczasową.

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 pewien 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.

2.6. Brudna praca a emocje

Emocje odgrywają w pracy istotną rolę. Od nich może zależeć, jakie czynności, przedmioty, ludzi, sytuacje będą określane przez pracowników jako trudne, obciążające, a co za tym idzie – 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 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. Może też doprowadzić do niewłaściwej oceny sytuacji i podjęcia czynności, które będą szkodliwy, a nie pomagały. 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.

Podczas analizy zebranego materiału zwracałem uwagę na kontakt i podejście do pacjentów. W samolocie pasażer może rościć sobie prawo do emocji stewardesy (Hochschild 2009), która powinna 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 poza fachową opinią może wymagać również określonego podejścia.

Istotne są emocje, które mogą być powodowane wykonywaniem brudnej pracy – brudne emocje związane z obciążeniami fizycznymi, społecznymi i moralnymi. Podczas analizy materiału zwróciłem uwagę na ten aspekt.

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.

3. Widzialność brudnej pracy

Praca niewidoczna (niewidzialna) (*invisible work*) może być rozpatrywana jako jeden z istotnych elementów brudnej pracy. Dopóki jest wykonywana, to jej nie zauważamy, 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 odczuwają. Przychodząc do restauracji, gość odczuwa finalny etap koordynacji wielu czynności pracy – sprzątnięcia restauracji, czyszczenia sztućców, podania posiłku (Lesiak 2012).

„Widzialność” może legitymizować pracę (Star, Strauss 1999), nadawać jej charakter ważności, sprawiać, 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 podnoszone również przez ruchy feministyczne, „takie jak brytyjski Wages for Housework [Płace dla Prac Domowych – tłum. M.L.], 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 niewykonania? 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 dany pracownik jest w stanie wypracować dla organizacji. 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 oczekiwania, 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 jednak stać się 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, sprzątaczkę, 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 też wykonywana przez te same osoby na scenie (praca widoczna) i za kulisami (praca niewidoczna). Istotny w koncepcji pracy widocznej i niewidocznej jest fakt ukrywania części czynności, które składają się na prawidłowe funkcjonowanie danej organizacji. W przypadku szpitali dla widzowni 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. Zawody medyczne muszą uchodzić w pewnym sensie za sterylne – lekarze i pielęgniarki muszą dbać o określony wizerunek. Lekarz podczas porannego obchodu w brudnym fartuchu wzbudzałby raczej podejrzliwość niż zaufanie. Brudna praca związana z leczeniem musi być wykonana za kulisami, np. podczas operacji, w której pacjent pozostaje świadomy (przy znieczuleniu), chroni się go przed widokiem krwi. Pacjenci nie powinni również mieć możliwości dostrzeżenia procesu diagnozowania choroby – mogą go widzieć tylko w momentach poszczególnych badań, gdyż wahanie lekarza co do stanu zdrowia pacjenta mogłoby budzić wątpliwości.

4. Praca nad odczuciami

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

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 i in. 1988: 254).

Autorzy wymieniają następujące typy pracy nad odczuciami (Strauss i in. 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 i in. 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*) – jest stosowana, aby poprawić samopoczucie pacjenta, ma za zadanie sprawić, aby pacjent poczuł, że nie odmawia mu się człowieczeństwa.

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

Gdy zajmujemy się analizą pracy w zawodach medycznych, zwrócenie uwagi na ten szczególny rodzaj pracy wydaje się istotne. Przede wszystkim pracownicy medyczni wykonują specyficzną pracę „z” oraz „nad” człowiekiem. Kontakt z pacjentem stanowi istotną część ich profesji, dlatego koncepcję pracy nad odczuciami, zaproponowaną przez Straussa, Fagerhaugh, Suczek i Wiener (Strauss i in. 1988), wykorzystałem do analizy pracy lekarzy, pielęgniarek itp. w kontekście obciążeń z nią związanych.

5. 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 zaprezentowałem badania nad pracownikami zajmującymi się sprzątnięciem oraz utrzymaniem porządku w szpitalu (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012). Badania dotyczyły tego, w jaki sposób jest traktowane wykonywanie brudnej pracy w organizacji. Autorki przywiązywały wagę do interakcji pomiędzy sprzątaczkami a pozostałymi osobami, które korzystają ze szpitalnej przestrzeni – lekarzami, pielęgniarkami, pacjentami i 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, a także może stanowić 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 osób z otoczenia (lekarzy, pielęgniarek, pacjentów, gości odwiedzających pacjentów) wobec ludzi zajmujących się brudną pracą. Zachowania te występują w specyficznym środowisku szpitala, możliwe jest jednak, że w innych organizacjach będą one 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 – przyp. M.L.] widzą mnie każdego weekendu i nie mówią »cześć«, zwykłego »cześć«. [...] myślę, że jestem outsiderem” (z wywiadu: Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 16). Pielęgniarki zauważają osoby sprzątające jedynie, gdy czegoś potrzebują. Zwracają się wtedy do nich po imieniu. Z badań Dutton, 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 wiąże się też z utrudnianiem pracy – np. kiedy lekarze, stojący na drodze urządzeniom do sprzątania, nie ułatwiają przejazdu, to sprzątacze musi ominąć doktora, a nie odwrotnie; do podobnych sytuacji dochodziło również podczas prowadzonej przeze mnie obserwacji.

Komunikowanie obrzydzenia i pogardy wobec sprzątaczy przejawia się w odmawianiu osobom sprzątającym godności, osobowości. Jest to także 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 sprzątaczek 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 on miał się znajdować (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012: 21).

Utrudnianie pracy sprzątaczy wynika też z nieprawidłowego lub niedokładnego wykonywania obowiązków przez innych pracowników, np. pielęgniarki, które nieprawidłowo usuwają nieczystości (wyrzucanie strzykawek, igieł, opróżnianie base-nów). 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 ponadto 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 sprząających, traktowanie ich jako członków grupy, ułatwianie pracy sprząaczom, komunikowanie im pozytywnych informacji. Wykonywanie brudnej pracy w organizacji często związane jest z wykonywaniem pracy niewidzialnej; jej zaniechanie spowodowałoby, że efekty stałyby się widzialne – byłyby to np. brudne szpitalne pomieszczenia.

Przywołane wyżej badania (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) dotyczą pracy personelu sprząającego w specyficznej organizacji, jaką jest szpital. Pracownicy tam sprząający mogą mieć kontakt z przedmiotami niebezpiecznymi i takimi, z którymi styczność może zagrozić ich życiu lub zdrowiu (zużyte strzykawki, skalpele itp.). Jednak wyniki badań (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) pozwalają zwrócić uwagę na kilka istotnych elementów pracy w placówce medycznej, które również poddałem analizie w tej monografii.

Według przyjętych przeze mnie założeń brudną pracą mogą zajmować się np. lekarze, którzy z pewnością są traktowani z szacunkiem w szpitalnej hierarchii. Przytoczenie badań (Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012) 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) podkreślono kilka istotnych kwestii, które również rozważam. Wykonywanie brudnej pracy łączy się z występowaniem określonych zagrożeń (np. groźba skaleczenia lub zakażenia się). Podczas analizy zebranego materiału zwróciłem uwagę na zagrożenia występujące w pracy osób wykonujących zawody medyczne. Rozważam, czy zawody, których wykonywanie niesie ze sobą zagrożenia (życia lub zdrowia) są brudne. Autorki podniosły (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.

6. Zagrożenia związane z pracą medyczną – przykłady

Rozważając temat brudnej pracy, należy zwrócić uwagę na aspekty związane z niebezpieczeństwem i 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 (Kowalczyk i in. 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 i in. 2011; Augustyńska i in. 2012).

Nabycie choroby, która przez ustawodawcę została określona jako „choroba zawodowa” (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz. U. z 2009 r., nr 105, poz. 869), 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 badaniach poszukiwałem odpowiedzi na pytanie, czy za brudną pracę można uznać taką, która jest związana z występowaniem zagrożeń zdrowia lub życia. Poniżej przedstawiłem 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 i fizycznej (Kowalczyk i in. 2008: 212).

Należy zwrócić uwagę, że zawody medyczne są zróżnicowane – istnieje wiele specjalizacji zarówno wśród lekarzy, jak i pielęgniarek. Dalej zostaną zaprezentowane zagrożenia, na które narażone są osoby wykonujące zawody medyczne w ogóle, 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 albo innym materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym, pochodzącym od pacjenta.

Inne zagrożenia łączące się z wykonywaniem pracy pielęgniarskiej to przeciążenia i wynikające z nich 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), połknięcia krwi (np. podczas reanimacji „usta-usta”), przedostania 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 oczywiście dotyczyć wszystkich pracowników wykonujących zawody medyczne. W przypadku lekarzy specjalistów istotne są zagrożenia związane z posługiwaniem się specjalistycznymi narzędziami pracy, np. laserem 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 życia. Kontakt z drugim człowiekiem, którego zachowania nie da się przewidzieć, dodatkowo potęguje zagrożenia (narażenie na atak fizyczny, stres itp.).

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 taka, której wykonywanie wiąże się z obciążeniami (społecznymi, moralnymi, fizycznymi); zagrożenia zdrowia i życia można traktować jako obciążenia fizyczne.

Trud związany z wykonywaniem określonego zawodu obejmuje także następstwa, które będą widoczne po długotrwałym zaangażowaniu w konkretne czynności. Dociekliwy badacz, analizując dany zawód, powinien wziąć pod uwagę 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 o wieloletnim stażu pracy dały możliwość uchwycenia obciążeń zdrowotnych, jakie wiążą się z wykonywaniem określonego zawodu medycznego. Podczas prowadzonej obserwacji miałem możliwość przekonania się, na sobie samym, jak obciążająca fizycznie jest praca lekarzy.

Konsekwencje wykonywania konkretnego zawodu wydają się tym bardziej istotne w kontekście rozważań nad bрудną pracą. Praca trudna to taka, której wy-

konywanie 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 także może mieć wpływ na zdrowie w przyszłości.

7. Podsumowanie

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 (znaczenie) wykonywanemu przez siebie zawodowi, 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 1976: 243). Z jednej strony brudna praca może być rozumiana poprzez jej uciążliwe i nieprzyjemne czynności, z drugiej zaś – na poziomie analitycznym brudna pra-

ca to coś więcej niż proste odbicie rzeczywistości zawodowej lub wewnętrznych przekonań (Emerson, Pollner 1976: 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 obciążeniami emocjonalnymi (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. Istotne są też emocje, przypisywane wykonywanej pracy i ukrywane przed pacjentami, takie jak wstręt, pogarda i niechęć do pracy fizycznej (Sandvoll i in. 2015: 2).

W monografii skupiłem się, jak zaznaczyłem we wstępie, na analizie i próbie rozwinięcia koncepcji *brudnej pracy*. W badaniach wykorzystałem koncepcję socjologii jakościowej, natomiast podczas analizy materiału – procedury teorii ugruntowanej (więcej w aneksie 1: *Perspektywa badawcza i metodologia pracy*). Rozpoczynając badania, miałem jedynie ogólne pojęcie na temat tego, czym jest i czym może być brudna praca.

Część II
Wyniki badań

Prowadząc badania dotyczące pracy lekarzy i analizując czynności zawodowe osób związanych z medycyną przez pryzmat koncepcji Hughesa, można odkryć wiele istotnych faktów. Pracownicy medyczni są grupą badawczą, do której trudno dobrać. Przede wszystkim hermetyczność środowiska, niechęć do ujawniania tajników zawodowych i wypowiedzania się na temat swojego zawodu wywołują wiele trudności badawczych, jednak po dotarciu do odpowiednich informatorów, którzy zgodzili się na wywiad, 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 ich temat, pozwoliła dostrzec te elementy, które dla pracowników medycznych są naturalne, odruchowe, często nieuświadomione, które w wywiadach nie były poruszane.

Za osoby wykonujące zawód medyczny uznałem specjalistów, którzy ukończyli studia medyczne (na różnym poziomie) (np. dentyści, pomoce dentystryczne, ratownicy medyczni itp.) lub studia psychologiczne (psycholodzy, psychiatrzy), a w przypadku pielęgniarek czynnie wykonujących swój zawód – licea o profilu pielęgniarskim (obecnie zlikwidowane). Osoby, z którymi przeprowadziłem wywiady, znajdowały się na różnym poziomie w hierarchii medycznej, miały też różne doświadczenie – rozmówca z najkrótszą praktyką pracował 2 tygodnie w zawodzie, a rozmówca z najdłuższą prawie 60 lat. Dla nowicjuszy, którzy dopiero rozpoczynają wykonywanie zawodu i powoli zaczynają zdobywać doświadczenie niektóre czynności mogą wydawać się ciekawe (Strauss i in. 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 dłuższym stażem, którzy podchodzą do wykonywanej pracy z większą rutyną. Zróżnicowanie gru-

py badawczej, zarówno pod względem wieku, jak i specjalizacji, pozwoliło na uchwycenie różnorodności koncepcji brudnej pracy w zawodach medycznych, na jej zrozumienie i analizę z wielu aspektów.

1. Charakterystyka zawodów medycznych

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 i in. 1961: 79)

Zasady odbywania specjalizacji oraz ścieżki kariery określa ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., a także rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, natomiast w przypadku pielęgniarek ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., nr 174, poz. 1039).

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 wyżej wymienionych zawodów 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 (<http://www2.mz.gov.pl>, dostęp: 15.12.2015).

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 i in. 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 na podstawie ukończenia studiów pierwszego stopnia. W zawodzie ratownika medycznego nie przewiduje się kształcenia na poziomie magisterskim (<http://www2.mz.gov.pl>, dostęp: 15.12.2015).

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 w 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. z 2013 r., poz. 1562). Aby wykonywać zawód pielęgniarki lub pielęgniarza, należy ukończyć uczelnię wyższą na kierunku pielęgniarskim. Osoby, które chcą poszerzyć swoją wiedzę i 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 doksztalcające, 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 i in. 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, a 5 lat na kierunku lekarsko-dentystycznym. Prawo wykonywania zawodu uprawniające do podjęcia praktyki zawodowej otrzymuje się po ukończeniu specjalizacji (w zależności od 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 wagę 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 i in. 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 nielubianą lub brudną pracę na 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 tylko częściowo jest 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 i in. 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 zaś są dla nich prowadzone 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, wyja-

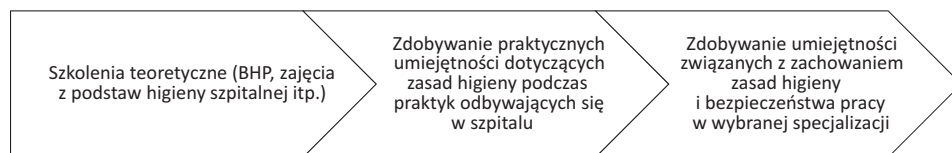
śnia, dlatego wybrano określony sposób leczenia i zastosowano konkretne leki. Kandydaci na lekarza zadają pytania dotyczące pacjentów oraz sposobów leczenia. Studentom zleca się diagnozę i wywiad z pacjentami, później w grupie w obecności lekarza rozmawia się na temat choroby pacjenta i proponuje się 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, a kolejne, praktyczne umiejętności w zakresie ochrony przed brudem studenci zdobywają podczas praktyk w szpitalu, w trakcie 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 pracy, 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” (<https://wld.wum.edu.pl>, dostęp: 17.12.2017). Program zajęć obejmował m.in. zasady wykonywania dezynfekcji w gabinecie stomatologicznym, sterylizacji narzędzi pracy, wykonywania prawidłowej higienicznej dezynfekcji rąk itp.

Na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na zajęciach z podstaw pielęgniarstwa uczy się studentów 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). Ciężka praca związana z nauką i zdobywaniem praktycznych umiejętności w przypadku zawodów medycznych jest bardzo długa (minimalny czas kształcenia lekarza specjalisty wynosi ok. 9 lat, maksymalny nawet 16 lat).



Rysunek 1. Proces zdobywania wiedzy w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy
Źródło: opracowanie własne.

Dokonując charakterystyki zawodów medycznych z punktu widzenia socjologa, warto zwrócić uwagę na specyficzną kulturę organizacyjną, jaka panuje w szpitalu. Istotny jest ubiór lekarski – symbol zajmowanej (wysokiej) pozycji, podobnie jak stetoskop przewieszony przez szyję oraz własna pieczętka, 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, natomiast między sobą używają terminologii fachowej i skrótów myślowych.

Lekarze mają 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, pożegnanie się z zespołem i uzupełnienie dokumentacji medycznej).

Istotne są 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, zaś 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).

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 się poruszać w instytucjach medycznych.

Prowadząc obserwację w placówce medycznej, zwróciłem uwagę na fasadę (Goffman 2008: 52) personelu medycznego, tzn. rekwizyty, fasadę osobistą i 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 – sprawiają one, że zajmowanie się czynnościami brudnymi nie wywołuje obrzydzenia u obserwatorów. Lekarz na sali operacyjnej w codziennym ubraniu mógłby wzbudzać podejrzliwość, natomiast ubrania ochronne (kittel) powodują, że wykonywana praca przestaje być traktowana jako brudna (Katz 1981). W kontekście organizacji, jaką jest szpital, ubiór może stać się też symbolem prestiżu – studenci najczęściej ubrani są w białe fartuchy, mają na sobie codzienne spodnie i obuwie, w przeciwieństwie do lekarzy. Pielęgniarki noszą fartuchy oraz spodnice lub spodnie; osoby sprzątające – 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 sprzątanie. Dla osób, które przebywają w szpitalu po raz pierwszy, 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).

W interakcjach z pacjentami ważny jest język, którym posługują się lekarze. Jest on profesjonalny, ale na pewnym poziomie dostosowanym do pacjenta, który może nie zrozumieć fachowej terminologii. Pracownicy medyczni, chcąc uchodzić za profesjonalnych, również 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. Propagując 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 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 działała w określony sposób, to jest to bezpieczne i nie wiąże się z żadnymi konsekwencjami.

Jeśli chodzi o sposób działania, charakterystyczny jest sposób poruszania się lekarzy po szpitalnych korytarzach: sylwetka wyprostowana, pewny krok oraz niezauważanie innych. Wydaje się, że osoby spoza świata medycznego, ubrane w strój niemedyyczny, 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 rozwijające posiłki pacjentom musiały przestawić wózek tak, żeby lekarz mógł swobodnie przejść (może to być również spowodowane 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 także z uważaniem ich pracy za mniej ważną, 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 długim stażem pracy 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 pielę-

gniarek z imienia. Wchodząc na salę operacyjną, lekarz wita się z całym zespołem (anestezjologami, lekarzami uczestniczącymi w operacji oraz z pielęgniarkami), w trakcie operacji przeprowadza rozmowy tylko z lekarzami (czasem prywatnie), a po zakończonej operacji dziękuje wszystkim i wychodzi.

Codziennie rano, podczas odprawy, mogłem 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 i 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.

2. Codziennosc pracy medycznej – rutyna brudnej pracy

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 i 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 ósmą, 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).

Analizujac wypowiedzi z wywiadow oraz odwołujac sie do badan etnograficznych w placowce medycznej, mozna wyprowadzic kilka istotnych wnioskow. 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 lekarze wypowiadali się o swojej pracy, niczym nie różnił się od opowieści kelnerów (por. 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, wycięcie wyrostka 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. Pacjenci zapisywani są na zabiegi i badania często przez samych lekarzy, którzy mogą również decydować, czy nagłe przypadki przyjąć od razu.

No, umówienie wizyty, czy ewentualnie przyjęcie pacjenta bez umówienia, jeśli 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 przegład jamy ustnej [...]. Potem przegład 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 formalizacja prowadzenia praktyki. Jest to zgodne ze zdaniem Hughesa, że system wymaga wykonywania coraz większej liczby 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 biurokratyczna jest istotnym elementem wykonywania praktyki. Lekarze innych specjalizacji nie przywiązywali większej wagi do problemu prowadzenia określonych zapisów, notatek. W części wywiadów wspomniały 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). Ma to również wpływ na kontakt z pacjentami. Zamiast zajmować się leczeniem, obserwacją stanu pacjenta, lekarz musi poświęcić swój czas na żmudną i długotrwałą pracę związaną z wypełnianiem poszczególnych dokumentów. Praca

formalna jest jednym z warunków interweniujących, które wpływają na interakcje między pacjentami a personelem medycznym. Czy biurokrację można traktować jako pracę brudną? Z pewnością jest to praca uciążliwa, która zabiera dużo czasu, 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 9 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 poczcie (psychiatra/rezydent, kobieta, wiek ok. 28 lat).

Ważnym elementem pracy lekarza poza prowadzeniem dokumentacji medycznej i dbaniem o jej prawidłowe wypełnianie (przygotowanie odpowiedniej liczby kopii dokumentów itp.) jest też znajdowanie miejsca w szpitalu dla chorego pacjenta. Podczas obserwacji byłem świadkiem, jak okulista przez ponad dwie 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 lekarza, do którego mają pretensje pacjenci czekający w kolejce i obwiniający go o spóźnienie, jak i pacjentów, 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 pacjenci różnią się od siebie, jednak większość chorób przebiega w sposób standardowy – opisany i przebadany wcześniej. Wyjątkowe przypadki zdarzają się rzadko.

Podczas prowadzonej obserwacji miałem możliwość przeanalizowania, 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. Dzień na oddziale szpitalnym rozpoczyna się o godzinie ósmej. Lekarze, którzy mieli dyżur nocny, odpoczywają w pokoju lekarskim, uzupełniają dokumentację medyczną. Przed ósmą po korytarzach szpitalnych chodzą lekarze ubrani w codzienne ubrania, przebierają się, parzą kawę. Odprawa rozpoczyna się punktualnie o godzinie ósmej (największe opóźnienie związane z rozpoczęciem odprawy

podczas prowadzonych badan wynosilo dwie minuty). Punktualnosc jest wazna, lekarze musza zdazyc na planowane operacje i przeprowadzic okreslone badania. W odprawie uczestnicza wszyscy lekarze pracujacy na danym oddziale oraz pielęgniarka oddzialowa. Lekarze, ktorzy mieli dyzur, odczytują raport z dnia poprzedniego i z nocy – planowe przyjecia oraz przyjecia ostrodyzuruowe. Kierownik oddzialu przekazuje swoje uwagi personelowi medycznemu odnośnie do organizacji pracy, np. zwraca uwage, ze lekarze zapisali za duzo operacji na jeden dzien. Lekarze przegladaja dane pacjentow w systemie komputerowym, decyduja, kto moze zostac wypisany lub kiedy przeprowadzic operacje. Omawiaja trudne przypadki. Po zakonczonej odprawie rozpoczyna sie obchod. Lekarze – i czasem studenci odbywajacy praktyki – udaja sie do pacjentow, pytaja o ich stan zdrowia, samopoczucie, dolegliwosci itp., zlecaja kolejne badania oraz zapisuja leki, ktore nalezy podac lub odstawić. Po zakonczonym obchodzie lekarze zajmuja sie zmianami opatrunkow (jesli z jakiegos powodu nie moze tej pracy wykonać pielęgniarka, np. lekarz musi sprawdzic, czy i jak goi sie rana), przeprowadzaja operacje, badania lub szkolą studentow.

Praca na izbie przyjec w szpitalu jest jedna z najbardziej nieprzewidywalnych w swiecie medycznym (podobnie jak praca ratownika medycznego, ktory pracuje w terenie): „Izba przyjec, pogotowie, SOR – jak tu pracujesz, to jestes nienormalny” (lekarz pracujacy w izbie przyjec, męczyzna, wiek ok. 60 lat, dane z obserwacji). Trudno jest zaplanowac dzien pracy, duza liczba przypadkow jest nagla – ludzie przywozeni przez karetke, osoby, ktore same zglosily sie do szpitala z powodu konkretnych dolegliwosci. W przypadku pogotowia, izby przyjec oraz szpitalnego oddzialu ratunkowego (SOR-u) trudno mówic o rutynie.

Na oddzialach szpitalnych jest inaczej. Pacjenci sa znani lekarzom, nieplano- wane przyjecia zdarzajace sie podczas dyzurow sa rzadsze niz na izbie przyjec. Tam trafiaja wszyscy pacjenci, skad sa przydzielani do poszczegolnych oddzialow. Dzień na specjalistycznym oddziale szpitalnym jest uporządkowany. Na izbie przyjec nie ma odpraw. Lekarz, ktory konczy dyzur, przekazuje informacje na temat pacjentow lekarzowi, ktory rozpoczyna prace.

Rutynizacja dzialan powoduje, ze do czynnosci, ktore sa brudne podchodzi sie automatycznie, nie przywiazuje sie wiekszej wagi do nieprzyjemnego zapachu, widoku krwi itp. Lekarz, ktory ma do wykonania kilka operacji jednego dnia, skupia sie na czynnosciach, ktore musi wykonać, a nie wlasnych odczuciach zwiazanych z kontaktem z brudem fizycznym. Pielęgniarki, ktorzych zadaniem jest utrzymanie higieny pacjentow, rowniez wykonuja swoje zadania, chcąc jak najszybciej zajac sie kolejnymi czynnosciami/pacjentami. Oczywiscie zdarzaja sie odstepstwa od normy (np. pacjenci, ktorzy defekowali i nalezy ich umyc), gdy pielęgniarka musi opanowac wlasne obrzydzenie i profesjonalnie podejsc do powierzzonego jej zadania.

3. Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym (brud w interakcjach/brud interakcyjny)

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 monografii analizując pracę osób, które mają bezpośredni kontakt z pacjentem. Można również mówić o leczeniu niemedyceznym pacjentów, które jest związane z medycyną alternatywną oraz pracą wykonywaną przez uzdrowicieli i niekonwencjonalnych terapeutów (m.in. Piątkowski 2002, 2009, 2010; Stefaniak 2014). Interakcje między pacjentem (lub ciałem pacjenta) a personelem medycznym łączą się z kontaktem z brudem fizycznym, społecznym, moralnym i emocjonalnym. W przypadku kontaktów z pacjentem wszystkie te typy obciążeń związane są z brudem, który określam jako *brud interakcyjny*.

W tym miejscu skupię się na wątku interakcyjnym, analizując rolę pacjenta w procesie leczenia. 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 też 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 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 Parsonsa (1969) jest definiowane 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).

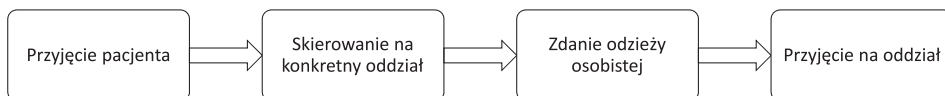
Od momentu przyjęcia roli „chorego” pojawia się potrzeba szukania pomocy, na co duży wpływ ma otoczenie, rodzina pacjenta, która wywiera nacisk, aby zachowywał się zgodnie z rolą (Włoszczak-Szubzda, Jarosz 2012: 207).

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 łączy się ze skategoryzowaniem objawów nasuwających się w związku ze skargami chorego, obserwacją jego wyglądu i zachowania, badaniem fizykalnym (zwanym także badaniem obiektywnym) oraz badaniami laboratoryjnymi (Sokołowska 1980: 25).

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.

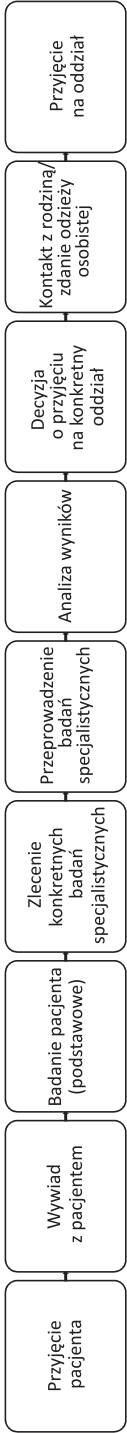
Notatka z obserwacji:

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?



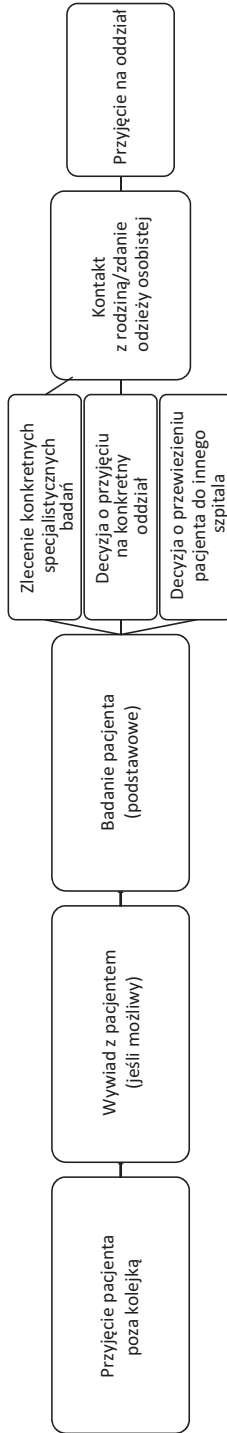
Rysunek 2. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta ze skierowaniem

Źródło: opracowanie własne.



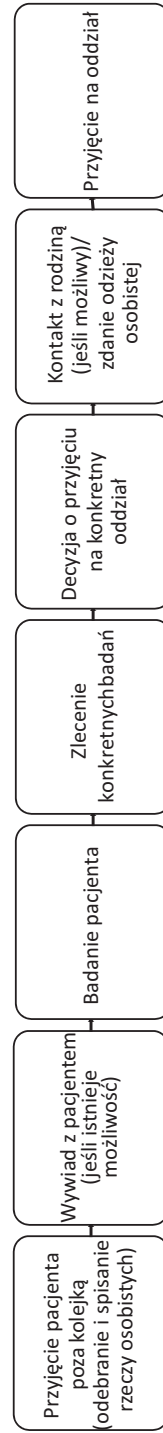
Rysunek 3. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego nie stwierdzono zagrożenia życia (bez skierowania)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 4. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono zagrożenie życia (bez skierowania)

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 5. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta przywiezionego przez karetkę

Źródło: opracowanie własne.

Należy zwrócić uwagę, że do szpitala trafiają także osoby brudne, wydzielające nieprzyjemny zapach. Wtedy lekarz 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 tę wykonują pielęgniarki.

Porównując pacjenta na izbie przyjęć oraz na szpitalnym oddziale, należy podkreślić, iż pacjent, który znajduje się w izbie przyjęć, częściej jest brudny lub może uchodzić za brudnego (lekarze nie wiedzą, czy jest on chory na jakąś nieuleczalną chorobę itp.), dlatego wszelkie zabiegi i badania wykonywane są w jednorazowych rękawiczkach (uniknięcie zakażenia, czasem chorobami nieuleczalnymi), a po każdym badaniu dezynfekowane są ręce (izba przyjęć). Pacjent znajdujący się na oddziale jest czysty, został już najprawdopodobniej zdiagnozowany, lekarze znają wyniki badań, dlatego dalsze diagnozowanie pacjenta, 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 pacjent 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, gdyż on musiał zająć się kolejnym przypadkiem), która pogłaskała pacjentkę i powiedziała, że nie ma się czym martwić. Pacjenci oczekują od personelu medycznego, 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 różnych etapach leczenia będzie przywiązywał większą wagę do różnych czynności wykonywanych przez personel medyczny – na początku ważniejsze będą dla niego czynności instrumentalne, a po przeprowadzonej operacji będzie szukał zrozumienia, oparcia, kogoś, kto przywróci mu pewność siebie (Israel 1969: 374).

Lekarze zazwyczaj podchodzą do pacjentów rzeczowo, tłumacząc 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 do stanu swojego 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. Kiedy lekarze 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 odróżnić żarty kierowane 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.

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.

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 też przenieść odpowiedzialność na „wyniki badań”. Nie dotyczy to wyłącznie starszych pacjentów, ale każdej leczonej osoby. Prowadząc obserwację, miałem możliwość porównania sposobu rozmowy z osobą z wewnątrz (na jednym z oddziałów leczony był lekarz i pielęgniarka) oraz z osobami z zewnątrz, zwykłymi pacjentami, niemającymi 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 do szans przeżycia – nie rozmawiano o śmierci, tylko o leczeniu objawowym. Wydaje się, że osoby związane z medycyną, zajmujące się 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, którego mimo wszystko się unika (co można traktować jako wskaźnik usuwania śmierci poza dyskurs medyczny).

Pobyt w szpitalu jest dla pacjenta związany 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 zrobić, 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 w przestrzeń, czytając książki lub patrząc 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) – umożliwi 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.

Znalezienie się w wyjątkowej przestrzeni szpitala powoduje, że pacjent musi się podporządkować zasadom panującym w placówce medycznej i 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 reprodukować określony styl zachowania – zadają pytania, czy mogą zjeść określony posiłek, umyć się, wyjść na papierosa itp., jest to także 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. 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 do ilości spożytego alkoholu lub czasu abstynencji.

Wpływ na interakcje pomiędzy lekarzami i pacjentami ma także poczucie wstydu. Jeśli przyjąć za Scheffem i Retzinger (2000), że wstyd powstaje wtedy, jeśli ktoś uważa, iż 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 wracała 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 wynioskować, iż odczuwali wstyd z powodu znalezienia się w takiej sytuacji. Do izby przyjęć trafiały również osoby z zatruciem alkoholowym niebędące alkoholikami, np. studentka, która straciła przytomność po wypiciu zbyt dużej ilości alkoholu. Rodzina pacjentki, odwiedzająca tę studentkę, prosiła lekarza o pomoc, a sama pacjentka po wytrzeźwieniu przeprosiła personel medyczny i podziękowała za opiekę.

W alkoholikach poczucie wstydu wzbudza też 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 ży-

cia (np. cierpiące na choroby weneryczne) itp. Osoby naznaczone mogą ponadto odczuwać wstyd i starać się go ukryć.

Zajmując się tematem wstydu, należy skupić się na intymności, na tym, co powinno zostać ukryte przed otoczeniem. Intymność związana jest z ciałem, osobistymi problemami, historią choroby. W przypadku kontaktu lekarza (osoby związanej z medycyną) z pacjentem zanikają (lub powinny zaniknąć) wszelkie przejawy intymności. 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 osobę spoglądano by z obrzydzeniem, gdyż fekalia są czymś, co jest nieczyste, co jest sprawą prywatną, co należy ukryć.

Co ciekawe, wstyd w szpitalu zanika też w stosunku do osób odwiedzających chorych, a nie tylko wobec lekarzy i innych chorych. Jest to 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 i pokazywania ciała umożliwia skuteczną kurację.

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

W interakcjach z pacjentami ważne są zagrożenia, które niesie ze sobą kontakt z osobami znajdującymi się 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, 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 (Kowalczuk 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 i in. 2012: 115).

Mnie również raz grożono na izbie przyjęć pobiciem i wniesieniem oskarżenia do sądu, podobnie jak pozostałemu personelowi medycznemu. Na 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 2. 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 3. 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 4. Brud interakcyjny

Obciążenia/brud	Przykład	Zabezpieczenie
Społeczne	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, stosowanie określonych technik, np. niemówienie pacjentowi wszystkiego (stosowanie zamkniętego kontekstu świadomości) z powodu chęci „chronienia pacjenta”, niemartwienia go (niepotrzebnie) lub przedstawienie pacjentowi najgorszego rozwiązania, aby zmienił swój styl życia

Obciążenia/brud	Przykład	Zabezpieczenie
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.

3.1. 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 tym miejscu warto skupić się na interakcyjnym wymiarze brudnej pracy.

Tabela 5. Typy pacjentów

Trudny	Łatwy
brudny	czysty
wulgarny	uprzejmy
agresywny	łagodny
podejrzliwy	ufny
nieszczery	szczerzy
zdenerwowany	spokojny
roszczeniowy	nieroszczeniowy
wrażliwy (np. na widok krwi)	niewrażliwy
pod wpływem środków odurzających	trzeźwy

Źródło: opracowanie własne.

Brudna praca w tym wypadku będzie łączyć się nie tylko z brudem fizycznym pacjenta, lecz także 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 skutecznie przyczynić się do wzbudzenia niechęci u lekarza.

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 poruszali ponadto temat pacjentów „ekspertów”, którzy przychodzą do gabinetu i podają swoją diagnozę, uparczywie się jej trzymając i 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 (skupianie się na fałszywych objawach). Podczas obserwacji byłem świadkiem, jak jedna z pacjentek domagała się operacji na żyłki. 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”, a tym samym utrudniają 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 także negocjować proces leczenia z pacjentem. Jakość jego pracy również zależy od typu ludzi, którzy poddawani są leczeniu.

Tabela 6. Jakość pracy lekarzy w zależności od typu pacjenta

Lp.	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	szczerzy, uprzejmy, niewrażliwy	jak wyżej
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 i 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 czy element trudny, to 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. Jak wynika z tab. 6, 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 daje się 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 w swojej pracy muszą zmagać się 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 także 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 też wpisać przekonywanie pacjenta do prowadzenia zdrowego trybu życia – niepalenia papierosów, niespożywania alkoholu – ciągle negocjowanie 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 – trzeba wskazywać, jak prawidłowo odżywiać się 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 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. Większość przypadków nie jest wyjątkowa i do pacjenta podchodzi się schematycznie – określone objawy oznaczają określone leczenie, należy jednak zwrócić uwagę, że do rutynowej 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 pewnego rodzaju wiedzę interakcyjną. Każdy przypadek powoduje, że zyskuje on określone umiejętności: do nakłonienia pacjenta do poddania się określonemu badaniu, uspokojenia go, przekonania do prowadzenia określonego trybu życia. Należy zwrócić uwagę, że w kontaktach z pacjentami (w leczeniu ich) personel medyczny musi skupiać się na dobru pacjenta, na które składają się: dobro medyczne – związane z powrotem do prawidłowego funkcjonowania ciała i umysłu, łagodzeniem bólu i cierpienia poprzez zabiegi medyczne, psychoterapię itp. (na tym poziomie dobro pacjenta zależy od właściwego korzystania z wiedzy i umiejętności lekarza); perspektywa pacjenta (dobro z perspektywy pacjenta) – dobro pacjenta jest związane z tym, co pacjent postrzega jako dobro, jego osobiste preferencje odnośnie do 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, a więc 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.

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

3.2. 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 i wspólnie decydują, jak najskuteczniej go wykonać. Mniej doświadczeni lekarze uczą się, jak przeprowadzić operację oraz są instruowani przez osoby z dłuższym stażem – w tym wypadku możliwe było dostrzeżenie procesu zdobywania umiejętności, stawania się profesjonalistą. W przypadku operacji ważna jest też zespołowa praca nad czystością.

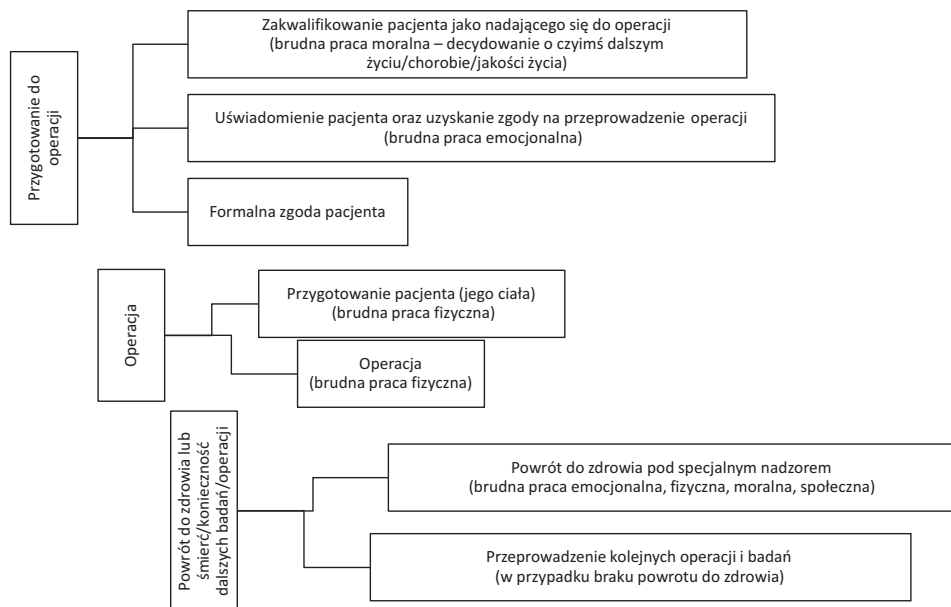
Interesujący jest fakt, że w języku angielskim sala operacyjna to *operating theater*, co można przetłumaczyć jako „scenę operacji” (w znaczeniu teatralnym). Nazwa ta wzięła się stąd, że pierwsze operacje przeprowadzano w pomieszczeniach, które mogły przypominać współczesne aule wykładowe (lub scenę teatralną): na dole znajdował się pacjent i 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 podzielone na męskie i damskie, stroje są przygotowane przez szpital – wielorazowego użytku, które 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 i 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 (anestezjodolodzy, pielęgniarka anestezjologiczna), a także 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 i rękawiczki oraz które odpowiednio zdezynfekowały ręce. Na sali wydzielona jest część jałowa „zielona” (zielone jednorazowe pokrycia na stoły i na pacjenta, gdyż odsłonięta jest tylko część operowana). Głowa pacjenta znajduje się za jednorazowym zielonym materiałem i jest widoczna tylko dla ze-

społu anestezjologa. Osoby, które nie są „jałowe” – zespół anestezjologa i widzowie (studenci oraz inni lekarze, niebiorący udziału w operacji) – nie mogą dotykać narzędzi leżących na zielonych pokryciach. Podczas operacji, kiedy jedna z pielęgniarek (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” (są tak pakowane, że łatwo można je wyjąć, nie dotykając ręką).

Zanim pacjent trafi do sali operacyjnej, musi przejść określone badania i diagnozę (pierwszy etap – zakwalifikowanie pacjenta jako nadającego się do operacji). Później lekarz przeprowadza z chorym rozmowę dotyczącą koniecznych środków, jakie należy podjąć przed operacją (np. specjalna dieta) oraz informuje, jak zostanie wykonana operacja (drugi etap – uświadomienie pacjenta i 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, zostawiając nieosłonięte tylko to miejsce, które ma być operowane (czwarty etap – przygotowanie pacjenta). Czas trwania operacji (piąty etap – operacja) jest uzależniony od skomplikowania zabiegu; najdłuższa operacja, w której uczestniczyłem, trwała około dwóch godzin. Po operacji pacjent jest wybudzany lub, w przypadku znieczulenia, przewożony do sali pooperacyjnej (szósty etap – powrót do zdrowia pod specjalnym nadzorem).



Rysunek 6. Etapy operacji
Źródło: opracowanie własne.

W trakcie operacji lekarze rozmawiają na prywatne tematy lub – w przypadku operacji skomplikowanych – rozmawiają o kolejnych czynnościach, 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 i wysłuchanie jego uwag odnośnie do nieprzyjemnych odczuć. Często, żeby sprawdzić, czy pacjent nie traci przytomności, lekarz każe mu liczyć od stu do zera. Po zakończonej operacji pacjent jest „zaszywany”, a lekarz udaje się do pokoju, w którym opisuje przebieg operacji i stan pacjenta. Warto podkreślić, że na sali operacyjnej panuje pewnego rodzaju etykieta. Lekarz, wchodząc na salę, wita się z zespołem, a po zakończonej operacji dziękuje wszystkim oraz żegna się.



Fotografia 1. Zdjęcie badacza podczas obserwacji prowadzonej na bloku operacyjnym (fot. M. Lesiak)

Objaśnienie: 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 i rękawiczki. Na fotografii badacz ubrany jest w jednorazowe spodnie i bluzę (w szatniach znajdują się również spodnie i bluzy wielorazowego użytku, które zostawia się w specjalnych koszach w szatni), w maseczkę ochronną oraz czepek, a na butach założone ma specjalne ochraniacze (w szatni znajdują 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 – uniemożliwieniem kontaktu z wirusami i drobnoustrojami. Następuje dezynfekcja narzędzi pracy, rąk, przygotowane są specjalne „jałowe” ubrania, które zakłada zespół operujący. Ważny jest również zespołowy aspekt pracy nad czystością – pielęgniarka pomaga założyć lekarzowi fartuch, ponieważ nie może on dotknąć go gołą ręką, rękawiczki zakładane są dopiero po jego założeniu. Ważne jest ponadto wyodrębnienie miejsca operowanego, nie widać pacjenta (jego twarzy, ciała), tylko miejsce, które ma zostać zoperowane. Powoduje to pewnego rodzaju odrealnienie – lekarz pracuje na kawałku pacjenta, nie widząc jego twarzy i oczu.

Ważna jest współpraca i koordynacja pracy: doświadczony lekarz pomaga młodszemu koledze, prowadzi go przez poszczególne etapy operacji. Natomiast pielęgniarka 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 ponadto praca pielęgniarek, których zadaniem jest wspieranie pracy lekarza i ułatwianie poszczególnych etapów

– lekarz skupia się tylko na czynnościach związanych z operacją, informuje, jakie narzędzia będą mu potrzebne. Doświadczone pielęgniarki 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 dwóch lekarzy, trzech anestezjologów, dwie pielęgniarki, trzech 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 przytomny pacjent widzi salę operacyjną i zespół, który zbiera się w celu przeprowadzenia operacji. 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 do niego po imieniu lub tłumacząc, że „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 we śnie).

W kontekście brudnej pracy związanej z operacją ważna jest praca nad czystością. Przed operacją wykonywana jest złożona praca nad czystością, zabezpieczanie pacjenta i 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 i 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 krwią, mają kontakt z narzędziami wewnętrznymi, uważani są za czystych, natomiast osoby przyglądające się operacji i 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 i choroby kręgosłupa.

Tabela 7. Przedmioty/tkanki/interakcje uważane za brudne lub czyste w sali operacyjnej w odniesieniu do przestrzeni publicznej niezwiązanej z leczeniem

	Sala operacyjna	Przestrzeń publiczna niezwiązana z leczeniem (np. przystanek, galeria handlowa)
Krew	czysta	brudna
Osoby mające kontakt z krwią, z wydzielinami pacjenta – osoby operujące	czyste	brudne
Narządy wewnętrzne	czyste	brudne
Ekskrementy	brudne	brudne
Widownia (osoby niemające bezpośredniego kontaktu z pacjentem)	brudna	czysta

Źródło: opracowanie własne.

Pomimo że elementy fizyczne i materialne nie ulegają zmianie, a inna jest tylko przestrzeń, w których występują, to te same elementy będą uchodziły raz za brudne, a kiedy indziej 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 także z faktu ochrony pacjenta przed zakażeniem. Personel medyczny znajdujący się w sali operacyjnej, który nie jest „sterylny” i odpowiednio zabezpieczony, nie może mieć kontaktu z pacjentem również ze względu na własne bezpieczeństwo (uniknięcie zakażenia).

3.3. Interakcje z młodym pacjentem – proces leczenia dzieci – brudne staje się czyste

Zawody medyczne nie łączą się tylko z leczeniem dorosłych pacjentów. Oczywiście istnieją różne specjalizacje (specjalizacje lekarskie mogą być związane z określonymi grupami wiekowymi), w których kontakt z pacjentem obejmuje np. tylko osoby starsze (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 dentyista 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 też 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 udzielenia 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. Wyrwywają 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.

- Czy uważa pani swoją pracę za brudną, mającą kontakt z czymś, co może brzydzić?
- 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 może raczej budzić 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 wagę do zabezpieczenia się przed kontaktem z brudem fizycznym.

W przypadku obciążeń emocjonalnych związanych z cierpieniem dzieci rozmówcy podkreślali, że jest to najgorszy element pracy. Śmierć i ciężkie choroby małych pacjentów są przeżywane najbardziej. O ile z kontaktem z cierpiącymi dorosłymi personel medyczny jest w stanie przejść do porządku dziennego, 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 lekarz ma kontakt (dorosłym lub dzieckiem), to musi on „oderwać się” od swoich uczuć, aby skutecznie wykonywać swoją pracę. I w jednym, i w drugim przypadku nie może nadmiernie współczuć pacjentowi, tylko ma przeprowadzić określony zabieg i zlecić dalsze badania, które mogą okazać się dla pacjenta np. bolesne.

Podczas rozmowy z osobami, które zajmowały się przeprowadzaniem 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 8. Brudna praca z dziećmi/brudna praca z dorosłymi

Praca związana z obciążeniami	Praca z/nad dorosłym	Praca z/nad dzieckiem
Fizycznymi	brudna	(nie)brudna
Emocjonalnymi	(nie)brudna	brudna
Społecznymi	brudna	(nie)brudna

Źródło: opracowanie własne.

4. Praca z ciałem/praca nad ciałem

Praca, którą wykonuje personel medyczny mający bezpośredni kontakt z pacjentem to praca nad ciałem (wyjątek stanowią psychiatry 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 monografii 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 odseparowanie 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 i ciało znajdowały się w tym samym czasie, w tym samym miejscu. Oznacza to, że czas i miejsce pracy z ciałem są nieelastyczne (Twigg i in. 2011: 179).

W ostatnim czasie omawiany 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 zaj-

mujących 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 łączy się 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 i in. 2011: 172).

Praca nad ciałem jest głównym elementem pracy pielęgniarek, które wykonują brudną pracę (Twigg 2000: 390). Pielęgniarki w miarę osiągania 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 i in. 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 obejmuje pielęgnację pacjenta (utrzymanie 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 łączy się 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 dotyczy aspektów życia, o których 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 także 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 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 muszą pracować w ciele, z ciałem i nad ciałem pacjenta. Jednak wydaje się, że praca lekarzy staje się bardziej honorowa, a jej brudny aspekt nie jest zauważany. Kiedy lekarz zajmuje się pacjentem, robi to w celu przywrócenie jego zdrowia, ratowania życia, natomiast od pielęgniarki zależy utrzymanie stanu pacjenta oraz jego komfort.

Tabela 9. 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 poruszaniu 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 krótszym stażem pracy
Czas kontaktu	Ograniczony do diagnozy, badań i operacji	Ciągły, podczas całego procesu dochodzenia do zdrowia (lub śmierci)

Źródło: opracowanie własne.

5. Rodzina w procesie leczenia – możliwość delegowania brudnej pracy

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, a czasem ułatwianie, np. pomaganie przy codziennej toalecie lub karmienie pacjenta. Pielęgniarki tworzą subkulturę pracowniczą, która w szpitalu ma bezpośredni kontakt nie tylko z pacjentami, lecz także 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” ocenić sytuacji i podważają niektóre zalecenia lekarzy, np. nieprzyjmowania posiłków lub wykluczenia z diety niektórych potraw. Dlatego pielęgniarki muszą tłumaczyć i wręcz pilnować, aby bliscy nie karmili swoich krewnych określonymi posiłkami, które mogą im zaszkodzić. Rodziny ponadto utrudniają 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 i 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 oraz 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 może okazać się szczególnie niezastąpiona w pomocy pacjentowi przy czynnościach higienicznych i toalecie (brudnej pracy nad ciałem związanej z higieną pacjenta). 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 odczuwają też większy komfort, kiedy zajmuje się nimi rodzina.

[...] generalnie teraz w pielęgniarstwie jest nastawienie na przyuczanie ludzi [rodziny – przyp. M.L.] 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 i 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 do trybu życia pacjenta	Kwestionowanie terapii
-	Pomoc w zachowaniach antyzdrowotnych (podawanie zakazanych posiłków, alkoholu itp.)

Źródło: opracowanie własne.

Na ciekawy przypadek dotyczący 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 stają się nieprofesjonalnymi „ekspertami” w pomocy takim osobom (czerpiąc wiedzę z książek i rozmów z innymi osobami, które mają doświadczenie w opiece nad chorymi). Brudna praca związana z pomocą w codziennych czynnościach może być wtedy wykonywana przez rodzinę w domu.

6. Praca nad odczuciami

Praca z pacjentami rozpoczyna się już podczas zdobywania wykształcenia. Student medycyny spędza dużo czasu w trakcie szkolenia praktycznego z pacjentami, o których ma ogólne wyobrażenie (Becker i in. 1961: 208). Zgodnie z koncepcją Straussa (Strauss i in. 1988: 258) wyróżnia się siedem typów pracy nad odczuciami-

mi (więcej zob. część I, paragraf: *Praca nad odczuciami*). W tym miejscu zostanie poddanych analizie, przy wykorzystaniu koncepcji brudnej pracy, wszystkie siedem typów, w kontekście 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 dwie godziny (jeśli u pacjenta nie stwierdzono zagrożenia życia). Prowadząc badania nad brudną pracą, również trafiłem z osobą najbliższą do szpitala. Czas oczekiwania na wszystkie badania od momentu wejścia na izbę przyjęć do wyjścia wyniósł pięć godzin (od godziny 18:00 do 23:00). W szpitalu pacjent poddawany jest poszczególnym zabiegom, ma kontakt z lekarzem codziennie rano – podczas obchodu i podczas zabiegów. Po zakończonym procesie leczenia może wrócić do domu. W przypadku pobytu w szpitalu interesujące jest określenie „wypuścić do domu”. Używanie zwrotów „wypuścić”, „puścić” może sugerować, że osoba przebywa w placówce, która ogranicza jej wolność. Może to być związane z faktem, że choroba, dopóki nie minie, zagraża życiu, pośrednio zniewala (wyklucza ze społeczeństwa, z normalnego funkcjonowania, uniemożliwia prawidłowe wykonywanie swojej wcześniejszej roli) i właśnie 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 szczególną rolę, pośrednio może decydować o życiu jednostki, a 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 są również 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 CPR, 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 i emocjami osoby dzwoniącej, aby uzyskać niezbędne informacje dotyczące sytuacji lub zdarzenia. Ratownik medyczny przybywający na miejsce zdarzenia również nie może przewidzieć 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 fiatem 125 jeździliśmy, z tyłu kłapa i tam nosze były, takiego miałem sanitariusza dosyć prężnego, no to mówię „podjedź pod tę ławkę pośrodku”... 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... 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 kłapę 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 można traktować jako szczególny rodzaj pracy uspokajającej). Podczas obserwacji odnotowałem, że pacjentów agresywnych przypinano do łóżka specjalnymi, skórzanymi pasami, które skutecznie ograniczały ruch i uspokajano środkami farmakologicznymi. Często zdarzało się, że pacjent po „unieruchomieniu” stawał się jeszcze bardziej agresywny (wzywał lekarzy, płuł). 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 ele-

mentów wykonywania praktyki. Brak zaufania do lekarza może przełożyć się na liczbę pacjentów, którzy będą korzystali z jego usług – niechęć, nieufność i podejrzliwość wobec służby zdrowia może skutkować zmniejszeniem się liczby pacjentów. Zła opinia o pracownikach medycznych może się również przełożyć na częste oskarżenia o „błąd w sztuce” lekarskiej. W Łodzi w 2002 r. miała miejsce sprawa związana z uśmiercaniem pacjentów oraz sprzedażą do zakładów pogrzebowych informacji o zgonach przez ratowników medycznych (sprawa „łowców skór”, opisana 23 stycznia 2002 r. przez dziennikarzy „Gazety Wyborczej”). W związku z ujawnieniem afery skazano prawomocnym wyrokiem czterech pracowników medycznych. Sytuacja ta wpłynęła na poziom zaufania do ratowników medycznych i 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 go kwestionowali.

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 wina... umyślna, nieumyślna, ale że na pewno jest nasza wina, 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, gdy czekałem na odprawę przed pokojem lekarskim, pacjenci zwracali się do mnie z różnymi pytaniami. Sądząc 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 jak osobę, której nie tyle można zaufać, ile wręcz powinno się jej zaufać. Interesujące jest to, że definicji sytuacji dostarczają głównie rekwizyty – ubiór. Zaufanie do lekarza związane jest też 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 i uzyskania informacji o dolegliwościach pacjenta. Gdy prowadzi się badania nad zawodami medycznymi, wydaje się, że największą pracą związaną z uspokojeniem pacjenta muszą wykonać pracownicy Centrum Powiadamiania Ratunkowego. Nie widząc osoby poszkodowanej, muszą udzielić niezbędnych informacji i uzyskać dane potrzebne do wysłania pomocy. Wybór taktyki uspokojenia pacjenta zależy od sytuacji. Zapanowanie nad emocjami osoby poszkodowanej w wyniku wypadku lub niedosłęgo 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.

Ponadto praca uspokajająca wymaga 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 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: znajdują się w dużym szoku i nie wiedzą, co się z nimi dzieje lub, częściej, są pod wpływem środków odurzających – alkoholu lub narkotyków.

Notatka z obserwacji:

Pacjent (C) leży na łóżku. „Do zaszyca 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. Zostają 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, a czasem spryt i odpowiednie podejście do wykonywanego zabiegu. Stosowanie technik interakcyjnych, np. małe oszustwo odnośnie do sposobu wykonywania zabiegu, odwrócenie uwagi pacjenta, mogą pomóc w skutecznym przeprowadzeniu zabiegu.

Na szpitalnym oddziale pacjent jest już uświadomiony co do swojego stanu zdrowia. Jeśli znajduje się w trakcie diagnozy, to największą pracą uspokajającą 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 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 [...] (ratownik medyczny, kobieta, wiek ok. 40 lat).

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 kończyny, 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 – wiąże się 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, że pracownicy medyczni w wywiadach opisywali swój zawód oraz to, jak do niego podchodzą, jaki mają stosunek do śmierci i choroby, nie poruszali więc tematu pracy nad samopoczuciem psychicznym pacjenta. Podczas obserwacji i rozmów w terenie z lekarzami (a także 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 – należy stosować tzw. otwarty kontekst świadomości. W rozmowach 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 jednak 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 odnotowania kilku 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. Córka została poproszona na bok, osoba dyżurująca przekazywała informację na osobności. Po wszystkim zapytała, czy podać lek na uspokojenie. Lekarz, który zwykle zachowywał się żywiłowo, 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 język, jakim posługiwał się lekarz. Pomimo że starał

się 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 do 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 pielęgniarence. 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 ten temat. 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 nie rozmawia się o śmierci, ale o leczeniu.

Podczas krótkiej obserwacji na oddziale onkologicznym przeprowadziłem wywiad z lekarzem dotyczący 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 skończyć 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 po-

wiedzieć, 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 kończyły 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 zatruje ten nowotwór, a nie chorego, ale również mam świadomość, że zdarzają się sytuacje, 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 się już walczyć. Lekarz przesunął też odpowiedzialność na „dane” – „według danych, które posiadamy, większą korzyść odniesie pani z leczenia objawowego”. Powyżej zamieszczono tylko częściową wypowiedź dotyczącą 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 ponadto, że lekarze odsuwają w czasie mówienia 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 i 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 stanu organizmu pacjenta, dlatego w przypadku osób chorych np. na nowotwór nie można stwierdzić, 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. alkoholik)	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, to można włączyć w tę kategorię wszelkie zabiegi, które mają na celu przygotowanie 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 przeanalizowaniu materiału można odpowiedzieć, że kontakt z pacjentem podczas leczenia nie jest postrzegany przez lekarzy jako brudny i trudny, jednak w koncepcję *dirty work* wpisują się pewne jego elementy/etapy, które można nazwać brudem interakcyjnym.

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 sposobów leczenia z pacjentem
Praca uspokajająca	Próba przekonania pacjenta, że należy wykonać określone zabiegi w celu wyeliminowania zagrożenia życia, próba uspokojenia pacjenta agresywnego	Tłumaczenie poszczególnych etapów zabiegu, używanie metafor, zastraszanie: „jeśli tego nie zrobimy, stan może się pogorszyć”, użycie środków farmakologicznych, użycie siły fizycznej i 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 pacjentowi wprost o śmierci, tylko przekazują informacje jego rodzinie. Utrzymując zamknięty kontekst świadomości, lekarz przenosi odpowiedzialność na „dane” lub „badania, które należy jeszcze wykonać” lub „leczenie objawowe”

Typ pracy	Przykład	Narzędzia/techniki/rekwizyty
Praca oczyszczająca (nieodmawianie osobie leczonej człowieczeństwa)	Skupienie się na pacjencie jako na osobie, a nie 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, użycie bardziej estetycznych szwów

Źródło: opracowanie własne.

7. Emocje, które brudzą

Praca interakcyjna jest związana z pracą emocjonalną. Przed 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 wynikające m.in. z kontaktu z pacjentem, zaangażowania się w jego prywatne sprawy, cierpienie, zwracają uwagę badacze zajmujący się medycyną pracy (np. 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 łączące się z wykonywaniem zawodów medycznych dotyczą też radzenia sobie ze śmiercią i przeżywania śmiertelnych przypadków. Związek emocji z brudną pracą dotyczy m.in. wpływu emocji związanych z wykonywaniem pracy na samopoczucie osób zajmujących się zawodami medycznymi. Popętnienie błędu w pracy, spowodowanie zagrożenia dla zdrowia lub nawet życia pacjenta również staje się obciążające dla osób wykonujących zawody medyczne.

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 są przeżywane przez zespół medyczny.

Istotna w pracy medycznej jest także „sprzedaż” emocji. W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki lekarz musi się odpowiednio zachować w stosunku do swojego pacjenta, aby ten skorzystał z jego usług ponownie.

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 umiejętno-

ści, 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). Natomiast w szpitalach i przychodniach, w których leczenie finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a 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 prywatnej praktyki może mieć wpływ na liczbę pacjentów, którzy będą chcieli skorzystać z usług danego lekarza, dlatego poza swoją profesjonalną wiedzą (sposobami leczenia, diagnostyką itp.), w sytuacji przyjmowania pacjentów prywatnie, lekarz musi zachowywać się w odpowiedni sposób, który będzie pacjentowi odpowiadał. Lekarze nieuprzejmi, niemili mogą być wybierani rzadziej.

Poniżej zamieszczono fragmenty wypowiedzi znalezionych na forach internetowych dotyczących konkretnych lekarzy A i B. Należy zwrócić uwagę, że kanał komunikacyjny jakim jest Internet, to narzędzie 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 mogą zgłaszać administratorowi opinie, które ich zdaniem są nieprawdziwe lub naruszają ich 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 xx [dane osobowe usunięto – przyp. M.L.] i po operacji wypisałam się na żądanie. Z informacji, jakie udało mi się uzyskać od Doktora, to wizytówka do gabinetu prywatnego na ul. xx [dane usunięto – przyp. M.L.], którą na oczach Doktora podarłam i wyrzuciłam do śmieci. Jeśli ktoś pisze, że jest miły, to dla mnie znaczy że jest pacjentem prywatnym (<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 8.11.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 30.01.2012, 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 (<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 8.11.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 17.11.2009, 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 (<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 8.11.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 2.09.2009, dodane przez: Agnes).

Opinie 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 (<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 8.11.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 8.08.2011, 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!!! (<http://www.znanylekarz.pl>, dostęp: 8.11.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 10.03.2012, 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 wnioski, że lekarze (przemęczeni, pracujący na kilka etatów, w kilku miejscach itp.) nie stosują żadnych strategii zarządzania emocjami w przypadku pacjentów z NFZ, koncentrują się tylko na jednostce chorobowej, szybkiej diagnozie i wypisaniu recepty bądź skierowania na zabieg (na czynnościach instrumentalnych). W przypadku prowadzenia prywatnej praktyki lekarze starają się nakłonić pacjenta do ponownej wizyty lub zabiegu w prywatnym gabinecie, dlatego zwracają się do pacjentów w sposób uprzejmy, a tym samym „sprzedają” 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 i przykre zapisują się w pamięci. W zależności od rodzaju wykonywanego zawodu medycznego obciążenia psychiczne przynoszone „do domu” różnią się. Jednak pozytywne sytuacje zawodowe lub szczęśliwe zakończenie jakiejś 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 pod-

czas 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 naraz 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 przyjsięcie 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 wkłuć 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).

Nie można jednak uogólnić, że wszyscy pracownicy medyczni przeżywają wykonywane operacje, trudności i „błędy w sztuce”. Wraz z upływem czasu wykonywania zawodu może przesunąć się granica tego, co będzie uważane za trudne lub obciążające psychicznie. 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. Na potrzeby moich badań 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 można było poszerzyć swoją wiedzę medyczną. Może to być wynik swoistego rodzaju kultury zawodowej, która jest już wpajana młodemu kandydatowi na lekarza od momentu rozpoczęcia studiów – że zgony są czymś naturalnym w 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 tylko widoczne w pokrzykiwaniu na zespół medyczny). Po zakończonej operacji miałem możliwość przeprowadzenia krótkiej rozmowy na temat tej sytuacji. Lekarz udzielił wyjaśnienia, że bez względu na stopień zdenerwowania i komplikacje, które mogą wystąpić podczas operacji, on sam nie może 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. M.L.] podchodzimy do ludzi jak do kawałka materiału! To zawsze są emocje (chirurg, mężczyzna, wiek ok. 50 lat).

Tabela 13. Warunki wpływające na zarządzanie emocjami w zawodach medycznych

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

8. Praca nad czystością

Pracę nad czystością można rozumieć zarówno w znaczeniu fizycznym, jak i emocjonalnym. W kontekście pracy nad czystością w aspekcie fizycznym rozważam wszelkie działania podejmowane, aby ochronić się przed brudem fizycznym lub go usunąć. Podczas prowadzonych badań zaobserwowałem techniki stosowane przez personel medyczny, które mają na celu zminimalizować ryzyko zbrudzenia. W przypadku zawodów medycznych ochrona przed zbrudzeniami wiąże się również z ochroną przed zakażeniami. W wywiadach rozmówcy rzadko mówili o tym elemencie swojej pracy, gdyż 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. Ubiierany 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*: zabezpieczenie pacjenta i 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 przeznaczonych do tego celu pojemnikach). Na obuwiu zakłada się jednorazowe ochraniacze, na włosy czeppek, a usta i nos zasłania się jednorazową maseczką. Wszystko to ma umożliwić zachowanie czystości: z jednej strony chroni personel medyczny przed kontaktem z wydzielinami pacjenta, z drugiej – zapewnia ochronę przed bakteriami.

Łóżka, na których leżą pacjenci w izbie przyjęć, pokryte są jednorazowymi narzutami. Koce, którymi są przykrywani pacjenci, także 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, każdorazowo po użyciu są dezynfekowane przeznaczonym do tego 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 przygotowane oddzielne pojemniki i jednorazowe czerwone worki. Szpital ma podpisaną umowę z przedsiębiorstwem zajmującym się odbio-

rem i utylizacją odpadów medycznych. Dawniej spalarnie odpadów medycznych funkcjonowały przy szpitalach.

Praca nad czystością w przypadku personelu medycznego ma na celu ochronę 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 przykładą większej wagi do zabezpieczania się – chyba że pacjent zaraża lub jest w trakcie diagnozy. Potwierdza to tylko wniosek, iż 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	<ul style="list-style-type: none"> • sterylizacja narzędzi pracy • dezynfekcja urządzeń, przedmiotów, z których korzysta pacjent 	<ul style="list-style-type: none"> • autoklaw • środki chemiczne
Dezynfekcja ciała (własnego lub pacjenta)	<ul style="list-style-type: none"> • dezynfekcja rąk przez lekarza po i przed przeprowadzeniem badań • dezynfekcja miejsca na ciele pacjenta, które będzie operowane • mycie rąk przed operacją 	<ul style="list-style-type: none"> • płyny do dezynfekcji • mydło dezynfekujące • środki odkażające (np. Octenisept, Braunol)
Zabezpieczenie przedmiotów	<ul style="list-style-type: none"> • przykrywanie poszczególnych miejsc w sali operacyjnej • pakietowanie (pakowanie) narzędzi pracy po sterylizacji 	<ul style="list-style-type: none"> • jednorazowe okrycia • plastikowe worki
Zabezpieczanie (własne lub pacjenta)	<ul style="list-style-type: none"> • stosowanie jednorazowego ubioru • okrywanie pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> • jednorazowe rękawiczki, maski, fartuchy
Usuwanie odpadów	<ul style="list-style-type: none"> • umieszczenie wyciętych organów w przygotowanych workach • usunięcie odpadów medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> • specjalnie przygotowane i oznaczone worki • specjalne pojemniki na odpady medyczne

Źródło: opracowanie własne.

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 – oczyszczanie w aspekcie emocjonalnym.

Rozmówcy jako swoje sposoby na „przejęcie nad sytuacjami trudnymi do porządku dziennego” 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 się* 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 wypompować 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, lecz także 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 jako sposób odreagowania wymieniali też używanie wulgaryzmów i agresję (nerwowe zachowanie w stosunku do innych pracowników medycznych).

Prowadząc obserwację w szpitalu, miałem kontakt z lekarzami różnych specjalizacji. W trakcie rozmów okazywało się, że każdy uprawia jakiś sport: bieganie, tenis, jazda konna lub nawet taniec na rurze. Z kolei pielęgniarki 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 – pracy na kilka etatów i konieczności prowadzenia

domu. Lekarze mają więcej wolnego czasu, który mogą poświęcić na aktywny odpoczynek, jak również wyższe zarobki.

W zawodach zakładających styczność z sytuacjami trudnymi, na które nie zawsze można mieć wpływ, uciekanie się do używek (w znaczeniu dosłownym i przenośnym, np. uprawianie sportu itp.) oraz 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* i oczyszczeniem po kontakcie z brudem. Niewiązanie się emocjonalne z pacjentem, patrzeć 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

Kiedy?	Oczyszczanie emocjonalne	Oczyszczanie fizyczne
Przed kontaktem z brudem	Próba racjonalizacji swojej roli: „robię wszystko, co mogę, żeby pomóc, nie zawsze się udaje”, niewiązanie 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 niemyślenia o sytuacjach trudnych	Chemiczne środki dezynfekujące, czynności higieniczne

Źródło: opracowanie własne.

9. 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).

Od czasu do czasu dają się słyszeć w mediach negatywne komentarze dotyczące lekarzy. Głośne 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 r. przez CBA lekarza pod zarzutem m.in. korupcji i 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.

Pielęgniarze, psychologowie, pielęgniarki, psychiatry, ratownicy medyczni, pomoce dentystyczne itp. – nie wszystkie te kategorie zawodowe wydają się traktowane z jednakowym szacunkiem zarówno wśród samych zawodów medycznych, jak i według 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.

[...] 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 [...] (<http://www.zawodowe.com>, dostęp: 10.05.2015, pisownię poprawiono (literówki), wpis dodano 23.06.2014, dodane przez: Były Ratownik).

Osoby wykonujące zawody medyczne mogą być postrzegane przez otoczenie jako posiadające odpowiednie doświadczenie, które można wykorzystać. Rozmówcy podkreślali, że zdarza im się dość często w prywatnych sytuacjach rozmawiać na temat poszczególnych dolegliwości z innymi osobami, które

„wykorzystują” ich wiedzę. Do tych, którzy mają styczność z naznaczonymi społecznie, np. chorymi psychicznie (psychiatrzy), otoczenie 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), można powiedzieć, że 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 Hughsonskie (1994) rozumienie piętna związane z wykonywaniem brudnej pracy, to czynności wykonywane przez osoby związane z medycyną wpisują się w trzy rodzaje naznaczenia. Piętno moralne, które łączy się z dużą odpowiedzialnością za zdrowie pacjenta, władzą nad życiem, możliwością uśmiercenia lub spotęgowania obrażeń osoby chorej. Z kolei piętno fizyczne wiąże się z kontaktem 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.

10. Podział pracy

Zawody medyczne są podzielone ze względu na specjalizacje, obszar zainteresowania, określone umiejętności, których celem jest doprowadzenie do wyleczenia pacjenta (ginekolodzy, dentyści, interniści itp.). Osoby wykonujące określone specjalizacje (pielęgniarskie/lekarские), 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 stykać się ze śmiercią podczas każdego dnia pracy. Pielęgniarki pracujące z terminalnie chorymi i umierającymi mają kontakt z osobami śmiertelnie chorymi codziennie – w ich przypadku styczność 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 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (Dz. U. z 2013 r., poz. 26). Podział pracy związany jest z określonymi umiejętnościami i wiedzą.

Jeśli chodzi o podział pracy w zawodach medycznych, to istotne są osoby „wspierające” – takie, które mają za zadanie wykonywanie czynności medycznych wymagających niższych kwalifikacji, np. dentyści mogą delegować pracę niechcianą na techników dentystycznych i korzystać przy zabiegach z pomocy dentystycznej. 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 medyczny	Brud fizyczny	Brud społeczny	Brud moralny
Chirurg	kontakt z wnętrznościami pacjenta, krwią	np. kontakt z więźniami	odpowiedzialność za życie pacjenta podczas operacji
Onkolog	–	np. kontakt z terminalnie chorymi, umierającymi	decyzja o przekazaniu informacji dotyczących śmierci
Pielęgniarka	dbanie o higienę pacjenta	np. kontakt z terminalnie chorymi	stosowanie określonych technik celem zmuszenia pacjenta do odpowiedniego zachowania
Lekarz medycyny sądowej	kontakt ze śmiercią	np. kontakt z więźniami	–

Źródło: opracowanie własne.

11. Konteksty społeczno-organizacyjne związane z delegowaniem brudnej pracy

Delegowanie brudnej pracy związane jest z przekazaniem części obowiązków (niechcianych, nielubianych, 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 na 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 ma być poddany bardziej złożonemu zabiegowi i w ten sposób może więcej zarobić.

Delegowanie czynności niechcianych można uznać za delegowanie 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. Natomiast higienistka stomatologiczna 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 na osoby niższego szczebla. Z pewnością praca niechciana jest delegowana na osoby posiadające niższe kwalifikacje. Prowadząc badania etnograficzne w szpitalu, miałem możliwość zaobserwowania, że praca formalna, związana z prowadzeniem kart pacjentów, przygotowaniem wypisów, zlecaniem poszczególnych badań itp. jest przenoszona na lekarzy rezydentów, z niższym doświadczeniem i z krótszym 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 zlecaniem badań pacjentów i wypisami ze szpitala. W wywiadach podkreślano jednak, że jest to ważna część pracy, ponieważ dokładne opisanie pacjenta (jego stanu) ułatwia jego leczenie. 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 uzupełnienia dokumentacji medycznej, czym najczęściej zajmują się osoby z mniejszym doświadczeniem (młodzi lekarze dopiero rozpoczynający praktykę). Podobnie pielęgniarki mają możliwość delegowania swojej niechcianej pracy na młodsze i mniej doświadczone koleżanki.

Jeśli chodzi o delegowanie pracy brudnej, musi to odbywać się w ramach kompetencji, które posiada konkretny członek zespołu – lekarz nie może zlecić studentowi lub pielęgniarce niektórych czynności ze względu na posiadane przez nich niewystarczające umiejętności czy wiedzę. Praca brudna jest delegowana na osoby znajdujące się niżej w hierarchii, jednak mające 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” i „mandatów” (Hughes 1994: 22). W przypadku czynności niechciany osoby mające odpowiednio wysoki status mogą zlecić ich wykonanie osobom, które jeszcze nie zdobyły odpowiednich uprawnień, np. 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 też 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 przyszłego lekarza do wykonywania zawodu, jest odpowiedzialna za jego pracę – oczywiście w ograniczonym zakresie. Może go także uczyć nieformalnie, znajdując czas na dyskusje w przerwach. Zazwyczaj osoba, która uczy specjalizacji, demonstruje określony przypadek (na pacjencie) i omawia go (Becker i in. 1961: 208). Podczas przygotowania do zawodu student wykonuje – pod nadzorem – ogromną liczbę diagnostycznych i leczniczych procedur, które będzie musiał przeprowadzać, kiedy stanie się samodzielnym lekarzem. Odbiera porody, asystuje podczas operacji chirurgicznych. Wykonuje różnorodne procedury diagnostyczne, począwszy od tych najprostszych, takich jak pobieranie krwi, a kończąc na tych skomplikowanych i złożonych, jak np. punkcja (Becker i in. 1961: 222).

[...] bo to już po studiach jestem w stu procentach odpowiedzialna [odpowiedzialność za błędy – przyp. M.L.], 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 odpowiadamy, no bo po studiach mamy taką odpowie-

działność, 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 rezydenta, byłem świadkiem, jak doświadczony lekarz przejął w trakcie zabiegu narzędzia lekarskie i dokończył operację, widząc, że mniej doświadczony lekarz sobie nie radzi. Wcześniej cały czas instruował swojego ucznia, co po kolei należy wykonać.

12. 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 może być np. przygotowanie odpowiednich narzędzi pracy.

No, to jest przygotowanie tego stanowiska pracy, zarówno w instytucie, jak 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 sprayu... 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) oraz doskonalenie swojej praktyki – zdobywanie wiedzy na temat innowacyjnych sposobów leczenia i nowych leków, które działają efektywniej niż stare. Ciągłe doskonalenie i samorozwój są istotną częścią zawodów medycznych. Dodatkowe szkolenia są 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).

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, a 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 ujawnia się błąd popełniony przez dyspozytorów, są często nagłaśniane medialnie.

Do niewidzialnej pracy należy także 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 piętnastu minut do np. pół godziny. Potem wyrzucamy te narzędzia do zlewu i myjemy pod bieżącą wodą, po czym odkładamy na ręcznik i osuszamy ręcznikami papierowymi. Potem jeszcze pakietujemy 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 niezapakietowane. Teraz się już nie używa tego. Pakietowanie, 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).

Praca niewidzialna (dla publiczności – pacjentów, osób odwiedzających itp.) może być postrzegana jako praca brudna, szczególnie w przypadku czynności związanych ze sprzątnięciem 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 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, także musi cały czas poszerzać swoją wiedzę.

Lekarze jako ludzie wykształceni prowadzą ponadto 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 właściwie konieczność wynikająca z chęci utrzymania się na rynku i konkutowania z innymi 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, Strauss 1999), warto dokonać analizy pracy lekarzy. Dla pacjentów i rodziny pacjenta niewidoczny pozostaje cały proces związany z jego zdiagnozowaniem – rozmowy lekarzy na temat choroby, próby poszukiwania przyczyn choroby itp. W trakcie obserwacji byłem świadkiem poszukiwania przyczyn bólów pacjentki. Po długich rozmowach i 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 przeprowadzano jej badania). Pacjent podczas operacji pod narkozą również nie ma możliwości dostrzeżenia pracy lekarzy, lecz po wybudzeniu jego dolegliwości mijają. Ponadto rodzina pacjenta (poza godzinami odwiedzin) nie może zauważyć, jak leczony jest pacjent, jednak praca lekarska zostaje dostrzeżona na końcu procesu leczenia – szpital opuszcza zdrowy pacjent. Powyższe można określić za Star i Strauss (1999) tworzeniem nie-osoby (*creating a non-person*). Wszystkie czynności pracy lekarzy – rozmowy na temat przypadku, diagnoza, operacje – pozostają poza percepcją pacjenta i jego najbliższych.

W przypadku kolejnej kategorii zaproponowanej przez Star i Straussa (1999), czyli wykorzenia pracy w tle (*disembedding background work*), można analizować pracę pielęgniarek. Są one widoczne w szpitalu, pomagają pacjentom w codziennej toalecie, podają im leki, przeprowadzają proste zabiegi, np. zmieniają opatrunki, często instruuja młodych lekarzy i studentów. Jednak efekty ich pracy, dopóki wykonują ją prawidłowo, nie są widoczne, nie przypisuje im się skutku wyzdrowienia pacjenta.

W pracy lekarskiej ważne są też formalne wymogi, które stawia szpital, żeby mieć możliwość oceny pracy lekarzy. 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 żyłków 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 wykonywanej 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, lecz doświadczają jedynie jego efektów (np. zdrowy pacjent po wyjściu od dentysty nie zastanawia się nad tym, kto posprzątał gabinet, wysterylizował narzędzia oraz ile wysiłku włożył dentysta, aby móc wykonywać swój zawód).

Tabela 18. Praca widzialna i niewidzialna w zawodach medycznych

Wykonywana praca	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, sprzątaniasali 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	Jak wyżej (np. umycie rąk przed badaniem pacjenta)/dla pacjentów	Niewidzialna w przypadku dokładnej dezynfekcji przed operacją lub po operacji/dla pacjentów
Praca nad czystością pacjenta	Nie jest widzialna/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.)

Tabela 18 (cd.)

Wykonywana praca	Kiedy widzialna/dla kogo	Kiedy niewidzialna/dla kogo
Diagnoza	Podczas bezpośrednich kontaktów z pacjentem, badań, których wyniki są natychmiastowe/dla pacjenta	Podczas długotrwałej diagnozy, wykonywania kilku badań, oczekiwania 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.

13. Choroby zawodowe

Pracownicy narażeni są na tzw. choroby zawodowe – czyli choroby spowodowane wykonywaniem specyficznych czynności lub występowaniem czynników szkodliwych w środowisku pracy. Większość schorzeń spowodowanych wykonywaniem czynności zawodowych jest określona przez ustawodawcę – są to: rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. z 2009 r., nr 105, poz. 869 z późn. zm.), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2002 r. w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (Dz. U. z 2002 r., nr 132, poz. 1121 z późn. zm.), rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 maja 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 w przypadku zawodów medycznych obejmuje m.in. choroby, które mogą być wywołane przez 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, lecz także z określonymi warunkami pracy, np. korzystaniem z lateksowych rękawiczek (73% chorób skórnych i alergii natychmiastowych, za: Peplowska, Szeszenia-Dąbrowska (2002) – dane za 2001 r.) oraz aktywnością ruchową podczas pracy, np. choroby układu nerwowego w wyniku pracy związanej 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 roku intensywny program profilaktyki WZW typu B obejmował szczepieniami nie tylko pracowników służby zdrowia, lecz również osoby przygotowujące do planowanego zabiegu operacyjnego (Peplowska, Szeszenia-Dąbrowska 2002: 373).

Na temat poprawy warunków pracy wypowiedzieli się moi rozmówcy, szczególnie ci bardziej doświadczeni i starsi, którzy mogli zauważyć zamiany 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). Wiązało się to z bólem kręgosłupa i 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 i choroby, które utożsamiane jest z brudem. Praca, która negatywnie wpływa na zdrowie jest brudna i obciążająca.

14. Brud szlachetny

W części teoretycznej omówione zostały zawodowe ideologie (zob. część I, paragraf: *Brudna praca (dirty work)*), czyli 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, żółtaczkę itp.). Za obciążenia społeczne można uznać kontakt z osobami czy grupami, które są stygmatyzowane, np. osobami chorymi na AIDS, kiłę lub osobami niepełnosprawnymi – oczywiście nie dotyczy to wszystkich zawodów medycznych. Za obciążenia moralne można uznać wpływanie na ludzkie życie i działania podejmowane 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 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 1997 r., 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.

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 mimo 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 widać (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 go 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. M.L.], 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 sposobu wypowiedzi można wysnuć inny wniosek. Lekarze zdają sobie sprawę, że osoba leczona może czuć się źle, odczuwać ból, 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, a także odbić się na samym pracowniku medycznym, który przeżywając każdą śmierć, mógłby wpaść w depresję.

Kontakt publiczności ze śmiercią może być traktowany jako coś nietypowego. Niewiele zawodów ma styczność ze zgonami, dlatego praca lekarzy w tym kontekście może być traktowana jako brudna. Kontakt z osobami umierającymi oznacza też 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 delegowana na pracowników niższego szczebla (Glaser, Strauss 2005: 148). Przenoszenie procesu umierania z domu do wyspecjalizowanych placówek powoduje, że coraz więcej osób zaczyna zadawać pytania na temat swojej choroby i możliwości opuszczenia placówki medycznej. Oznacza to, że coraz więcej pacjentów będzie chciało być świadomymi swojego stanu zdrowia (co będzie też 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 nich myśleć i przechodzi nad nimi do porządku dziennego.

Stygmatyzacja w przypadku zawodów medycznych nasyciona jest pozytywnymi wartościami – praca staje się honorowa, oznacza konieczność pomocy osobom poszkodowanym, chorym, umierającym. Sprawia to, 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 powoduje, że na personel medyczny patrzy się raczej z podziwem niż z obrzydzeniem. Jest to związane z zawodową ideologią wyróżnioną przez Ashfortha i Kreinera (1999), czyli skoncentrowaniem (*refocusing*) – przesunięciem uwagi z czynności uważanych za brudne na czynności uważane za czyste, z tych podlegających stygmatyzacji na te niepodlegające stygmatyzacji. W ten sposób mycie pacjenta lub operacja traktowane są jako konieczność związana z pomocą, a nie jako czynności higieniczne lub kosmetyczne. Podczas analizy zebranego materiału dało się też zauważyć, że osoby związane z medycyną stosują rekalicrację (*recalibrating*), czyli pracę z osobami poszkodowanymi przez los i ciężko chorymi traktują jako ważniejszą niż np. pomoc alkoholikom, którzy w szpitalu muszą być przyjmowani poza kolejką i często są stałymi bywalcami SOR-u.

15. 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 na podstawie lektury kolejnych opracowań (artykułów naukowych) wypracowałem własne rozumienie tego pojęcia. Przede wszystkim brudną pracę należy traktować także w oderwaniu od jej fizycznego aspektu, a więc podobnie jak Ashforth i Kreiner (1999). Brud rozumiany jest bowiem nie tylko w sposób dosłowny, jako coś nieczystego, brudnego fizycznie, ale 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 będzie też związana z *brudnymi emocjami* (Rivera, Tracy 2014), które pojawiają się podczas kontaktów z poszczególnymi, obciążającymi jednostkę, elementami pracy.

Można wyróżnić pięć typów brudnej pracy:

- a) praca *brudna emocjonalnie*, która wiąże się 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 łączyć się z emocjami pojawiającymi się w trakcie jej wykonywania (np. obrzydzenie) oraz z emocjami, które wywołuje w jednostce nawet po jej zakończeniu (np. smutek, przygnębienie);
- b) praca *brudna fizycznie*, która obejmuje wykonywanie czynności brudzących fizycznie, jest związana z widocznymi oznakami brudu (np. brudne ręce);
- c) praca *brudna społecznie*, która wiąże się z kontaktami z osobami naznaczonymi społecznie (osobami brudnymi społecznie, których społeczeństwo chce unikać, takimi jak więźniowie lub osoby niepełnosprawne);

- d) praca *brudna moralnie*, która jest związana z dwuznacznością podejmowanych decyzji, np. władza nad czyimś życiem lub prawem do wolności;
- e) praca *brudna interakcyjnie*, która łączy się z pozostałymi typami brudnej pracy, zorientowana na drugą osobę.

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

Praca brudna	Emocjonalnie	Fizycznie	Spotecznie	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 czyjejs wolności lub zdrowiu i życiu, udzielanie porad zdrowotnych, leczenie itp.
Możliwość oceny, czy praca jest brudna	wewnętrzna	zewnątrzna	zewnątrzna	zewnątrzna/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 można uznać także zagrożenia wynikające z wykonywanej pracy. Poza kontaktami z osobami agresywnymi 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. Rękawiczki ochronne również nie zawsze są w stanie pomóc – gdy zostaną np. przekłute igłą, może dojść do zakażenia.

No przede wszystkim te, które przenoszą się drogą krwi [choroby – przyp. M.L.], to najbardziej ta żółtaczka zakaźna 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 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 też 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).

Za element pracy brudnej można częściowo uznać pracę niechcianą (Strauss i in.1997), która może być rozumiana w ogóle jako brudna praca (Pyfel 2016). Przypisywanie negatywnych emocji określonym czynnościom może być odbierane i rozumiane jako brudne. Na potrzeby moich badań potraktowałem 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, zaś podczas etnografii prowadzonej w szpitalu możliwe było dostrzeżenie, że niektóre czynności są wyraźnie unikane i delegowane na pracowników niższego szczebla. W tym miejscu warto jednak rozważyć, dlaczego pracę niechcianą można traktować jako jeden z wymiarów brudnej pracy. Brudna praca to przede wszystkim taka praca, która w jakiś sposób naznacza. Pojęcie *brudny* oznacza też „taki, którego należy unikać”. Praca niechciana to praca, której zatrudnieni po prostu nie chcą wykonywać – łączy się ona m.in. z kontaktem z brudem fizycznym (np. robienie lewatywy lub zmiana opatrunku), ale także w przypadku zawodów medycznych ze żmudną pracą formalną (np. opisywanie przebiegu operacji) lub

pracą, której wykonywanie jest poniżej kompetencji danego pracownika, np. lekarz musi znaleźć miejsce w innym szpitalu dla pacjenta, tym samym każąc czekać na siebie innym pacjentom (podczas nocnych dyżurów, kiedy nie ma całego zespołu medycznego, nie ma możliwości delegowania swojej pracy).

Tabela 20. Bруд w zawodach medycznych

Bруд	Emocjonalny	Fizyczny	Spoteczny	Moralny
Warunki występowania	kontakt z umierającymi pacjentami, z bрудem fizycznym, który powoduje obrzydzenie, np. wydzielinami pacjenta	kontakt z wydzielinami pacjenta, z chorobami	kontakt z osobami umierającymi, niepełnosprawnymi	możliwość decydowania o czyimś życiu, pośrednio również o możliwości uczestnictwa w społeczeństwie
Przykład	mycie pacjenta przez pielęgniarki (obrzydzenie), bezradne przyglądanie się procesowi umierania (przygnębiecie)	mycie pacjenta (kontakt z jego wydzielinami), operowanie pacjenta (kontakt z krwią pacjenta)	leczenie pacjentów chorych na AIDS, leczenie osób niepełnosprawnych	decyzja o zatrzymaniu kogoś w szpitalu lub nałożeniu 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 bрудem fizycznym (rękawiczki, maski itp.)	brak (lub wybór specjalizacji, która ma ograniczony kontakt z pacjentami)	brak
Oczyszczanie	używkii, hobby	wszelkie środki dezynfekujące	brak	brak
Skutki niewłaściwego zabezpieczenia/oczyszczania	wypalenie zawodowe	wszelkiego rodzaju zakażenia	brak	brak

Źródło: opracowanie własne.

Pracą niechcianą może być np. dla lekarzy dentystów praca z dziećmi, które nie rozumieją, w przeciwieństwie do osób dorosłych, celu przeprowadzenia zabiegu. Dzieci również nie do końca mają przyswojone 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 podjęcia decyzji, jaki zawód medyczny będzie wykonywał. Wybór zgodny z jego zainteresowaniami spowoduje, że będzie on mógł wykluczyć pewne elementy pracy, np. osoba wybierająca geriatrię wie, że nie będzie pracowała z/nad dziećmi, natomiast 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 wspomnianych obciążeń (Glaser, Strauss 2005: 5).

Doświadczeni lekarze, którzy osiągnęli określoną pozycję, mają możliwość delegowania pracy niechcianej na praktykantów, stażystów lub pracowników 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 (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 lekarz może zlecić pielęgniarkom, zob. Glaser, Strauss 2005: 148). Podczas obserwacji w szpitalu odnotowałem, że częściej o ciężkim stanie pacjenta i o nadchodzącej śmierci informowali 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, lecz jego rodzinę, to 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 często muszą składać zeznania na prokuraturze lub na policji). Nie można jednak uogólniać. To, co przez jedną osobę będzie uznawane za 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).

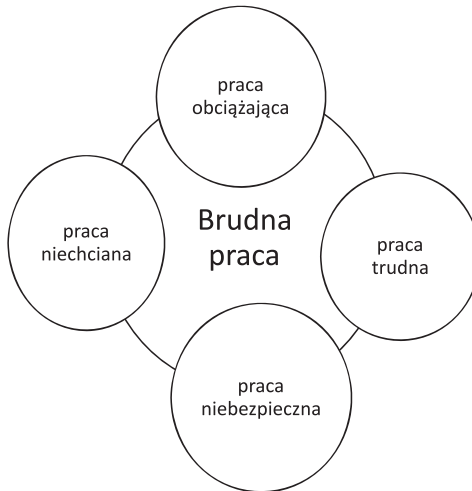
Praca brudna to również praca, której wykonywanie wymaga wiele wysiłku fizycznego i intelektualnego. Nie ulega wątpliwości, że praca lekarzy należy do skomplikowanych pod wieloma względami. Długie lata nauki nie zawsze wiążą się z odpowiednim wynagrodzeniem finansowym, chociaż lekarz, który zdobył odpowiednią 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 taka, która jest związana ze skomplikowanymi 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, anesteziologa 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).

Istota pracy w zawodach 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 przeprowadzonego procesu leczenia dochodzi do zgonu, 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 obejmuje także wiedzę o pacjentach, której nie można zdradzić nikomu spoza środowiska (np. podanie do wiadomości publicznej informacji na temat czyjegoś stanu zdrowia psychicznego mogłoby spowodować, że ta osoba będzie uchodzić za mało wiarygodną). Ciężar posiadania wiedzy na temat drugiego człowieka również może być rozpatrywany w kategoriach trud-

nych – brudnych. Nasuwa się pytanie: czy istnieje praca czysta? Badania powinny zostać rozszerzone na zawody, które w powszechnym odczuciu są uznawane za czyste. Przeprowadzenie ankiety na reprezentatywnej próbie powinno pozwolić na wskazanie, jakie zawody są odbierane jako czyste.



Rysunek 7. Zakres pojęciowy brudnej pracy
Źródło: opracowanie własne.

16. Kontekst medyczny

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

Restrykcyjne procedury związane z wejściem na salę operacyjną i wymagane specjalne 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).

W sali operacyjnej obojętnie patrzy się na narządy wewnętrzne oraz dotyka ich samych i ich wydzielin (krwi, ropy i kału). Poza kontekstem sali operacyjnej te same obiekty wywołują różne emocje – wstyd, strach, fascynację i obrzydze-

nie (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.

Tabela 21. Nieciągłość kategorii ciała podczas różnych etapów na sali operacyjnej i poza nią

Kategorie ciała	Poza salą operacyjną	Pierwszy etap (nacięcie)	Drugi etap (wycięcie)	Trzeci etap (zamknięcie)
Umyta skóra pacjenta	czysta	brudna	brudna	czysta
Pęcherzyk żółciowy pacjenta (wycięcie pęcherzyka żółciowego)	brudny	czysty	czysty	brudny
Jelito grube pacjenta (resekcja jelita grubego)	brudne	czyste – na zewnątrz brudne – wewnątrz	czyste – na zewnątrz, brudne – wewnątrz	brudne
Kał pacjenta (resekcja jelita grubego)	brudny	brudny	brudny	brudny
Krew pacjenta	brudna	czysta	czysta	brudna
Krew chirurga	brudna	brudna	brudna	brudna

Źródło: opracowanie własne na podstawie Katz (1981): 342.

Brud jest konstruktem społecznym; uznanie czegoś/kogoś za brudne następuje przez osoby znajdujące się w konkretnym kontekście sytuacyjnym. W wyniku przeprowadzenia rozmów z osobami zajmującymi się zawodami medycznymi uzyskałem 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 niebrudnego. 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 jakaś osoba operowała lub zszywała komuś określoną część ciała, 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.

17. Kontakt ze śmiercią – brudny element zawodów medycznych

Zawody, w które wpisany jest 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 jednak podkreślić, że umieranie jest procesem – nieczęsto zdarza się, że śmierć następuje nagle i nieoczekiwanie. W zależności od wybranej specjalizacji personel medyczny ma różną styczność 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 bywa liczony w miesiącach i latach (pacjent może pozostawać w placówce medycznej i być długoterminowo leczony lub mieć kontakt z personelem medycznym podczas chemioterapii).

Wcześniej rozważałem już kwestię kontaktu ze śmiercią lekarzy i pielęgniarów oraz związanych z tym obciążeń, 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 domu, przy łóżku chorego gromadziła się rodzina, posyłano po księdza i członek rodziny mógł dokonać żywota w swoim naturalnym otoczeniu (Gorer 1965: 169–175). Obecnie śmierć jest oddawana wyspecjalizowanym jednostkom, które zajmują się jej przetwarzaniem – są to domy opieki, hospicja, szpitale. W niektórych przypadkach jest to oczywiście uzasadnione niemożnością zapewnienia przez rodzinę opieki choremu, 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 (Twig 2000).

Jeśli traktujemy śmierć jako brudną, to 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 tylko jednym z elementów, a nie głównym przedmiotem pracy lekarzy w szpitalach, o tyle interesujący wydaje się kontakt ze śmiercią lekarzy, którzy ukończyli specjalizację z 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 dotyczące pracy, 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 boi najwyraźniej w świecie, nie wie, jak zareaguje... ale jak spotkałam się po iluś 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 styczność 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 czerwi... (student medycyny sądowej, mężczyzna, wiek ok. 23 lat).

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

Zawody, w które wpisany jest kontakt ze śmiercią należy rozpatrywać w kategoriach zawodów brudnych. W pracy skupiłem 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. Zbyt mała ilość danych nie pozwala dokładnie opisać tej specjalizacji. Nie było to również moim zamiarem.

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

W placówkach medycznych praca zawsze odbywa się w zespołach. Lekarze dyskutują nad zdrowiem pacjenta oraz wymieniają się swoimi doświadczeniami i propozycjami odnośnie do 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 z zakresu brudnej pracy i 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 może stanowić rodzina pacjenta i współpacjenci). Interesującym przypadkiem było też zdarzenie w sali pooperacyjnej. Jeden z pacjentów dostał duszności. Cały zespół medyczny starał się znaleźć przyczynę i pomóc mu. Pacjent krztusił się i wypluwał wydzielinę, więc pielęgniarki w międzyczasie oddzieliły specjalnymi parawanami łóżko, na którym znajdował się pacjent, od pozostałych osób leżących na sali.

Zespołowe zarządzanie brudem i próba ukrycia przed publicznością brudnej pracy wynika często z ochrony prywatności i komfortu pacjenta. Mycie pacjenta lub pomoc przy opróżnianiu 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. 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 także z uwagi na morale pacjentów, którzy nie mogą widzieć cierpienia innych (często związanego z brudną pracą) ze względu na własne samopoczucie. W obecności innych pacjentów wykonywane są tylko najprostsze badania.

Z drugiej strony zespołowe zarządzanie wrażeniami i ukrywanie brudnej pracy związane jest z wymogami formalnymi. Na salę operacyjną mają wstęp tylko konkretne osoby, które muszą tam przebywać. Wymóg ten wynika również z konieczności zachowania czystości (sterylności) i 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 obejmuje wszelkie zabiegi, które stosują pracownicy medyczni, aby brud i cierpienie innych było niewidoczne dla osób z zewnątrz. Często te zabiegi wynikają także z administracyjnych wymogów (możliwości przebywania w określonych pomieszczeniach). Pielęgniarki pobierają krew, myją pacjentów, podają im baseny sanitarne, zmieniają opatrunki itp. za zasłonami lub w specjalnych pokojach. Jeśli pacjentowi należy pomóc w nagłej sytuacji, zostaje on odseparowany od pozostałych osób znajdujących się w placówce medycznej. Wszelkie zagrożenia, np. podejrzenie, że na danym oddziale można zakazić się chorobą, 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 są do innych sal lub oddziałów pod różnymi pretekstami i wracają po całkowitym wyeliminowaniu zagrożenia).

Tabela 22. 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	przygnębienie 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.

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

19. Stosunek do pracy

Do wykonywania określonego zawodu, 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 dużo czasu nad odpowiednimi dokumentami. Lekarz, aby mógł leczyć pacjenta, musi liczyć się z koniecznością kontaktu z nieprzyjemnym widokiem chorób (ich skutków) i z wydzielinami pacjenta (np. z krwią). Decydując się na wykonywanie konkretnego 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, 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 to lubią 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.

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 efektywność pracy. Poszerzanie wiedzy po przyjsciu do domu, ciągła edukacja, kontakt z nieprzyjemnymi substancjami, angażowanie się w sytuacje trudne – to wszystko nie byłoby 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 – w tym wypadku lekarza.

Ważnym składnikiem psychologicznego środowiska pracy i zarazem efektami upraszczania i dzielenia pracy na części są znużenie i monotonia. Znużenie 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 2006: 381).

Praca lekarzy niewątpliwie należy do stresujących. Osoby decydujące się na wykonywanie zawodu medycznego muszą mieć podwyższoną odporność 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 2006: 431).

Tak... ta praca była najciekawsza [praca na chirurgii szczękowej – przyp. M.L.], bo ja akurat lubię jak jest dużo krwi (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 wdrażani w to, co ich czeka podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Zajęcia praktyczne i 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.

20. Drogi ku czystości

Na początku niniejszej monografii zamieściłem rozważania na temat brudu oraz tego, jak rozwinęła się medycyna od XIX w. Rozwój wiedzy i technologii spowodował, że zaczęto mówić o aseptyce i dezynfekcji przyrządów chirurgicznych itp. Warto również przyrzeć się, jak zmieniła się technologia związana z leczeniem przez ostatnie kilka lat i w jaki sposób wpłynęła ona na kontakt z brudem oraz interakcje z pacjentem.

Zmiany farmakologiczne i technologiczne powodują, że medycyna zmierza w stronę czystości, przynajmniej jeśli chodzi o fizyczny aspekt profesji. Stosowanie odpowiednich środków ochrony oraz udoskonalenie sprzętu medycznego sprawiają, że pracownicy medyczni są mniej narażeni na zagrożenia zdrowia (np. postęp technologiczny, stosowanie nowoczesnych aparatów rentgenowskich i odpowiednich środków ochrony pracowników powodują, iż ryzyko nadmiernego napromieniowania może być skutecznie minimalizowane) (Świątkowska 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 wyjaławiało 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 nie tylko przyczyniają się do poprawy warunków pracy, lecz także przekładają się na efektywność i szybkość leczenia. Należy podkreślić, że podstawowym celem zmian technologicznych w medycynie jest zwiększenie możliwości człowieka, wyjście poza ograniczenia ludzkiego ciała – podobnie jak siekiera, metalowe nożyczki lub mikroskop, które w przeszłości poszerzyły ludzkie zdolności. Rozwój medycyny ma na celu zapewnienie pacjentowi lepszej opieki (Satava 2011: 4). Zastosowanie zaawansowanego technologicznie sprzętu pozwala choremu na uniknięcie bólu. Wiertła dentystryczne, które

zapobiegają przegrzaniu zębów, powodują, że zabieg dentystyczny trwa szybciej i jest mniej uciążliwy dla pacjenta. Rozwój technologii przekłada się też na długość życia jednostki. Możliwość utrzymania przy życiu noworodków, które urodziły się przedwcześnie lub nawet rozpoczęcie leczenia jeszcze w macicy umożliwia przyjsięcie na świat 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 (takiego jak przed zawałem) bez większych ograniczeń.

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 i kamerę. Wykonali operację wewnątrz. Wprowadzili specjalny worek, w który włożyli kamienie żółciowe oraz resztki woreczka żółciowego, 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 pozostałaby 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 dziewiętnaście 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, torakochirurgii, transplantologii (Zdrojewicz i in. 2014: 84). Robotyka medyczna jest szybko rozwijającą się dziedziną nauki, która wykorzystuje roboty medyczne i roboty rehabilitacyjne (Zdrojewicz i in. 2014: 85). Jej rozwój umożliwia również przeprowadzanie tzw. teleoperacji, czyli operacji na odległość – lekarz nie musi wówczas 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, natomiast kiedy operację przeprowadza robot, wszystkie czynności może wykonać jedno urządzenie (zmianę narzędzi, kontrolę stanu pacjenta itp.) (Satava 2011: 5). Wiąże się to też 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 przeprowadzić 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 *online* (Gałusz-

ka 2012). Taka sytuacja umożliwia ograniczenie bezpośredniego kontaktu z pacjentem, 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 zminimalizowaniem kolejnego wymiaru brudnej pracy – obciążenia społecznego.

Rozwój technologii związany jest z ograniczaniem 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, a także z osobami chorymi. Zmniejszeniu ulegną zatem obciążenia fizyczne i społeczne związane z wykonywaniem brudnej pracy. Technologia nie zmniejszy jednak obciążeń emocjonalnych i moralnych. Maszyny nie zastępują lekarzy, ponieważ to oni nimi sterują, dlatego odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta dalej będzie leżała po stronie człowieka. Z drugiej 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 w., można wysnuć wniosek, że medycyna zmierza ku czystości fizycznej i jest to m.in. wynik rozwoju technologii oraz jej wykorzystywania w naukach medycznych.

Zakończenie

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

Trudno jest jednym zdaniem określić, czym jest *brudna praca* – na to pytanie poszukiwałem odpowiedzi na wcześniejszych stronach tej monografii. Można jednak, dokonując podsumowania, stwierdzić, że do brudnej pracy zaliczymy czynności, które naznaczają/obciążają społecznie, moralnie, fizycznie i/lub emocjonalnie.

Jeśli chodzi o drugi postawiony cel, czyli wzbogacenie koncepcji brudnej pracy, 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 też wzbogacenie koncepcji o zarządzanie wrażeniami (obserwowalnymi elementami brudnej pracy, które nie są widoczne dla publiczności) związanymi z wykonywaniem brudnej pracy. Łączy się to także z pracą zespołową i uwypukla fakt, że osoby wykonujące dany zawód wiedzą lub domyślają się, co może być uznane za brudne przez publiczność, więc starają się odpowiednio manipulować wrażeniami z tym związanymi.

Koncepcja brudnej pracy została również wzbogacona o strukturalne możliwości delegowania *dirty work* w zależności od usytuowania jednostki w strukturze organizacji. Inaczej mówiąc, obowiązki danego pracownika, wynikające z formalnej struktury instytucji (miejsca pracy), pozwalają na określenie, kto podczas dnia pracy angażuje się w poszczególne elementy brudnej pracy. Istotne jest też zauważenie, że istnieje brudna praca, która może być postrzegana jako szlachetna. Nie mniej ważne jest odkrycie kontekstualizacji – oznacza ona, że definiowanie pracy jako brudnej zależy od określonego kontekstu, od znaczeń, jakie wykonywanej pracy nadaje pracownik i/lub widz (osoba niezwiązana bezpośrednio z daną pracą). Na przykład osoby, które mają większe doświadczenie (wykonują dany zawód długo), przywiązują mniejszą wagę 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, czyli zaświadczenie o możliwościach aplikacyjnych brudnej pracy. Koncepcja Hughesa jest narzędziem analitycznym, które pozwala na badanie określonych czynności zawodowych podejmowanych przez różnych pracowników (wykonujących różne zawody i różne prace). Ważna jest jednak perspektywa badawcza i metoda. Zazwyczaj socjolog jest zainteresowany zbadaniem i opisaniem grupy, której nie zna – określa swoje pole badawcze i przystępuje do analizy. 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. Z wykorzystaniem koncepcji brudnej pracy analiza określonego zawodu może stać się uporządkowana.

Analizie zostały poddane określone czynności, które mogą stać się punktem wyjścia do zrozumienia zawodu. Skupiając swoją uwagę na określonych czynnościach, tj. 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 jest niemożliwe, ponieważ każda wykonywana praca wiąże się z różnymi obciążeniami, występującymi w odmiennym natężeniu (fizycznymi, społecznymi, emocjonalnymi lub moralnymi). Medycyna została wybrana na przedmiot analizy ze względu na rozbudowany system kształcenia oraz instytucjonalną drogę profesjonalizacji i fakt, że – jak pisze sam Hughes – jest jedną z głównych profesji (razem z prawem). Pracownicy medyczni cieszą się także wysokim prestiżem zawodowym.

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 – chorymi umysłowo, niepełnosprawnymi), fizyczne (kontakt ze śmiercią, wydzielinami), emocjonalne (kontakt z osobami i przedmiotami wywołującymi określone *brudne* emocje), interakcyjne (kontakt z pacjentem). 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 byłyby w stanie podjąć się określonej specjalizacji i niektóre rezygnowały na różnych etapach kształcenia. Hughes nie uwzględnił w swoich rozważaniach perspektywy osoby wykonującej dany zawód – tego, kto może uznawać daną pracę za brudną lub czystą. Jeśli wszakże koncepcja brudnej pracy ma być narzędziem analitycznym służącym do badania danej grupy zawodowej, to właśnie 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

podjęcia przez mnie próby dokładniejszego opisu tej koncepcji i rozwinięcia jej. W badaniach nad brudną pracą nie można wyeliminować czynnika subiektywnego, kontekstualnego oraz interakcyjnego – wręcz niemożliwe jest określenie „zza biurka”, co jest brudną pracą, a co nią nie jest.

Wykorzystując koncepcję brudnej pracy, badacz ma możliwość przyjrzenia się elementom, które w danym zawodzie są postrzegane jako trudne; skupia się na elementach skomplikowanych i przywiązuje wagę do obciążeń, które niesie ze sobą określona praca. Wymusza to więc skoncentrowanie 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 i in. 1997) zawiera elementy, które są postrzegane przez danego pracownika jako na tyle nieprzyjemne, że nie chce się nimi zajmować; dane czynności łączą się z negatywnymi emocjami, np. w przypadku niektórych dentystów może to być praca z dziećmi (Pyfel 2016).

Można wysnuć przypuszczenie, że osoby funkcjonujące w odmiennych kulturach, poddane różnej socjalizacji, będą inaczej postrzegały i rozumiały brud, będą odmiennie podchodziły do tematyki brudnej pracy. To, co dla mieszkańców środkowej Europy wydaje się brudne, może już takie nie być np. 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 także sposób postrzegania brudnej pracy przez osoby niepełnosprawne. W publikacji *Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy* autorki zwracają uwagę na sytuację zawodową osób niepełnosprawnych (Giermanowska i in. 2015):

Podejmowanie 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 nie jest dostrzegana przez widzów. Wykonujący 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 studentami to, że przez cały tydzień przygotowywał się do 90-minutowego wykładu, a więc wysiłek włożony w pracę może nie być dostrzegany. Podczas przeprowadzania wywiadów i badań jakościowych jest to istotne spostrzeżenie. Rozmówcy mogą udawać, że nie widzą w swojej pracy brudu.

Wykorzystanie koncepcji symbolicznego interakcjonizmu w badaniach i analizie pozwoliło na wyprowadzenie istotnego wniosku, który był już sygnalizowany wcześniej. Mianowicie, jednostki uczestniczące w danym środowisku nadają określone znaczenia poszczególnym czynnościom, zdarzeniom, przedmiotom itp. – należy wziąć pod uwagę to, co o danym obiekcie myślą inni oraz jak uzasadniają swoje postrzeganie danych obiektów i czynności. W przypadku brudnej pracy jest to istotne. Lekarze nie uważają swojej pracy za brudną z wielu różnych powodów – przede wszystkim skupiają się na fakcie pomagania innym, a więc wykonywania czynności, które są społecznie pożądane, co w zdroworozsądkowym rozumieniu nie może być brudne; skupiają swoją uwagę na tym, co ogólne. Natomiast gdy przyglądamy się pracy lekarzy, koncentrując się poszczególnych czynnościach, które składają się na całość – przeprowadzaniu operacji, kontakcie z osobami naznaczonymi społecznie, kontakcie z chorymi, ze śmiercią, obciążeniach moralnych, obciążeniach emocjonalnych, kontakcie z osobami brudnymi itp. – sprawiają one, że osobom niezwiązanym z medycyną praca ta może wydać się brudna.

Bibliografia

Artykuły

- Ashforth Blake E., Kreiner Glen E. (1999), "How can you do it?": *Dirty work and the challenge of constructing a positive identity*, "The Academy of Management Review", vol. 24 (3), s. 413–434.
- Ashforth Blake E., Kreiner Glen E., Clark Mark A., Fugate Mel (2007), *Normalizing dirty work: Managerial tactics for countering occupational taint*, "Academy of Management Journal", vol. 50, s. 149–174.
- Augustyńska Danuta, Kaczmarek Anna, Mikulski Witold, Radosz Jan (2012), *Ocena narażenia na hałas nauczycieli na przykładzie trzech szkół podstawowych w Warszawie*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 2, s. 16–19.
- Baszanger Isabelle (1998), *The work sites of an American interactionist: Anselm L. Strauss, 1917–1996*, "Symbolic Interaction", vol. 21 (4), s. 353–376.
- Blanz Mathias, Mummendey Amélie, Mielke Rosmarie, Klink Andreas (1998), *Responding to negative social identity a taxonomy of identity management strategies*, "European Journal of Social Psychology", vol. 28, s. 697–729.
- Bolton Sharon C. (2000), *Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour proces*, "Issue Journal of Advanced Nursing Journal of Advanced Nursing", vol. 32 (3), s. 580–586.
- Bolton Sharon C. (2005), *Women's work, dirty work: the gynaecology nurse as 'other'*, "Gender, Work and Organization", vol. 12 (2), s. 169–186.
- Burbank Patricia M., Martins Diane C. (2009), *Symbolic interactionism and critical perspective: divergent or synergistic?*, "Nursing Philosophy", vol. 11, s. 25–41.
- 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*, "Is, Guc. Industrial Relations and Human Resources Journal", vol. 13, s. 9–22.
- Bushman Richard L. (1995), *Coming Clean*, "New Republic", vol. 213 (1), s. 39–41.
- Casper Monica J. (1998), *Negotiations, work objects, and the unborn patient: the interactional scaffolding fetal surgery*, "Symbolic Interaction", vol. 21 (4), s. 379–400.
- Chyc Marek, Burzała Bogna, Szczygłowska Renata (2012), *Zagrożenia pyłami w zawodzie kominarza*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 7, s. 12–14.
- Corbin Juliet, Strauss Anselm (1990), *Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria*, "Qualitative Sociology", vol. 13 (1), s. 3–21.
- Crocker Jennifer, Major Brenda (1989), *Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*, "Psychological Review", vol. 96 (4), s. 608–630.

- Czyżewski Marek (1981), *Miejsce analizy ramowej w socjologii Ervinga Goffmana*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 33, s. 195–215.
- Denzin Norman K. (1969), *Symbolic interactionism and ethnomethodology: a proposed synthesis*, “American Sociological Review”, vol. 34 (6), s. 922–934.
- Deregowska Justyna (2015), *Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby*, „Studia Edukacyjne”, nr 35, s. 349–366.
- Dick Penny (2005), *Dirty work designations: how police officers account for their use of coercive authority*, “Human Relations”, vol. 58, s. 1363–1390.
- Domański Wojciech, Makles Zbigniew (2011), *Zagrożenia czynnikami chemicznymi na niektórych stanowiskach pracy przemysłu obuwniczego*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 1, s. 18–21.
- Emerson Robert M. (1981), *Observational field work*, “Annual Review of Sociology”, vol. 7, s. 351–378.
- Emerson Robert M., Pollner Melvin (1976), *Dirty work designations: their features and consequences in a psychiatric setting*, “Social Problems”, vol. 23, s. 243–254.
- Fine Gary Alan (1984), *Negotiated orders and organizational cultures*, “Annual Review of Sociology”, vol. 10, s. 239–262.
- Frąckowiak Aleksandra (2010), *Zagrożenia w pracy pielęgniarki środowiskowej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania Ochroną Pracy w Katowicach”, nr 1 (6), s. 53–70.
- Galton D. J. (2016), *Is medicine still a profession?*, “QJM Advance Access”, vol. 1, s. 3–6.
- Gałuszka Mieczysław (2012), *Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju Internetu*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 2, s. 119–154.
- Glaser Barney B., Holton Judith (2004), *Remodelowanie teorii ugruntowanej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 6, nr 2, s. 81–102.
- Gold Raymond L. (1958), *Roles in sociological field observations*, “Social Forces”, vol. 36 (3), s. 217–223.
- Gorzko Marek (2010), *„Drugie pokolenie” teoretyków grounded theory*, „Studia Sociologica”, nr 20, s. 27–43.
- Gorzko Marek (2013), *Teoria ugruntowana jako „rodzina metod”?*, „Opuscula Sociologica”, nr 4, s. 5–16.
- Gorzko Marek (2016), *Problem twórczości w generowaniu pojęć wprost z danych w świetle metodologii teorii ugruntowanej*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 8, nr 4, s. 95–119.
- Hochschild Arlie Russell (1979), *Emotion work, feeling rules, and social structure*, “American Journal of Sociology”, vol. 85 (3), s. 551–575.
- Huber Joan (1973), *Symbolic interaction as a pragmatic perspective: the bias of emergent theory*, “American Sociological Review”, vol. 38 (2), s. 274–284.
- Hughes Everett Cherrington (1962), *Good people and dirty work*, “Social Problems”, vol. 10 (1), s. 3–11.
- Jeon Yun Hee (2004), *The application of grounded theory and symbolic interactionism*, “Scandinavian Journal of Caring Sciences”, vol. 18, s. 249–256.
- Katz Pearl (1981), *Ritual in the operating room*, “Ethnology”, vol. 20 (4), s. 335–350.
- Konecki Krzysztof T. (1988), *Praca w koncepcji socjologii interakcjonistycznej*, „Studia Socjologiczne”, nr 1, s. 225–245.
- Konecki Krzysztof T. (2005), *Wizualne wyobrażenia. Główne strategie badawcze socjologii wizualnej a metodologia teorii ugruntowanej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 1, nr 1, s. 42–63.
- Konecki Krzysztof T. (2008), *Wizualna teoria ugruntowana. Rodziny kodowania wykorzystywane w analizie wizualnej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 4, nr 3, s. 89–115.

- Konecki Krzysztof T. (2010), *Wizualna teoria ugruntowana. Nauczanie teorii ugruntowanej przy pomocy obrazów i analizy wizualnej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 6, nr 2, s. 1–35.
- Konecki Krzysztof T. (2011), *Visual grounded theory: a methodological outline and examples from empirical work*, „Revija za sociologiju”, vol. 41 (2), s. 131–160.
- Konecki Krzysztof T. (2016), *O socjologii jakościowej*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 8 (44), nr 4, s. 7–34.
- Kowalczuk Krystyna, Krajewska-Kułak Elżbieta, Ostapowicz-Vandame Katarzyna, Kułak Wojciech (2010), *Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych*, „Problemy Pielęgniarstwa”, t. 18, z. 3, s. 353–357.
- 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*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 89 (2), s. 211–215.
- Kozinets Robert V. (1998), *On netnography: initial reflections on consumer research investigations of cyberculture*, “Advances in Consumer Research”, vol. 25 (1), s. 366–371.
- Lawton Julia (1998), *Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and ‘dirty dying’*, “Sociology of Health and Illness”, vol. 20 (2), s. 121–143.
- Lopina Erika C., Rogelberg Steven C., Howell Brittany (2012), *Turnover in dirty work occupations: a focus on pre-entry individual characteristics*, “Journal of Occupational and Organizational Psychology”, vol. 85, s. 369–406.
- Łuczak Anna, Zużewicz Krystyna (2006), *Zmęczenie kierowców a bezpieczeństwo pracy*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 4, s. 20–23.
- McCormick Donald W. (2007), *Dramaturgical analysis of organizational change and conflict*, “Journal of Organizational Change Management”, vol. 20 (5), s. 685–699.
- Miller Piotr (2012), *Wprowadzenie do obserwacji online: warianty i ograniczenia techniki badawczej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 8, nr 1, s. 76–97.
- Nieporowski Piotr (2015), *Etyka niejawnej obserwacji uczestniczącej jako metody badawczej stosowanej w naukach społecznych*, „Rocznik Lubuski”, t. 41, cz. 1, red. Marcin Szumigraj, Ewa Trębińska-Szumigraj, Daria Zielińska-Pękał, s. 67–76.
- Nowacka Maria (2014), *Rozwój medycyny a poziom świadomości zdrowotnej w XVII wieku*, „Roczniki Filozoficzne”, t. 62, nr 4, s. 103–120.
- O’Brien John (2011), *Spoiled group identities and backstage work: a theory of stigma management rehearsals*, “Social Psychology Quarterly”, vol. 74 (3), s. 291–209.
- Pellegrino Edmund D. (2001), *The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions*, “Journal of Medicine and Philosophy”, vol. 26 (6), s. 559–579.
- Peptońska Beata, Szeszenia-Dąbrowska Neonila (2002), *Choroby zawodowe pracowników szpitali 2001*, „Medycyna Pracy”, nr 53 (5), s. 369–374.
- Piątkowski Włodzimierz, Nowakowska Luiza (2012), *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 2, s. 11–29.
- Rivera Kendra Dyanne, Tracy Sarah J. (2014), *Embodying emotional dirty work: a messy text of patrolling the border*, “Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal”, vol. 9 (3), s. 201–222.
- Sanders Clinton R. (2010), *Working out back: the veterinary technician and “dirty work”*, “Journal of Contemporary Ethnography”, vol. 39, s. 243–272.

- 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*, "BMC Nursing", vol. 14, s. 1–6.
- Scheff Thomas J., Retzinger Suzanne M. (2000), *Shame as the master emotion of everyday life*, "Journal of Mundane Behavior", vol. 1 (3), s. 303–324.
- Shott Susan (1979), *Emotion and social life: a symbolic interactionist analysis*, "The American Journal of Sociology", vol. 84 (6), s. 1317–1334.
- Siedlecka Jadwiga (2006), *Wybrane problemy zdrowotne związane z pracą kierowców pojazdów komunikacji miejskiej*, „Medycyna Pracy”, nr 57 (1), s. 47–52.
- Skórska Anna (2014), *Praca w gospodarce postindustrialnej – zatrudnienie w sektorze usług w Polsce*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 167, s. 249–258.
- Star Susan L., Strauss Anselm (1999), *Layers of silence, arenas of voice: the ecology of visible and invisible work*, "Computer Supported Cooperative Work", vol. 8, s. 9–30.
- Stefaniak Łukasz (2014), *Teoretyczne perspektywy socjologii w analizie zjawiska leczenia niemedycznego*, „Konteksty Społeczne”, t. 4, nr 2, s. 21–34.
- Strauss Anselm, Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (1988), *Sentimental work in the technologized hospital*, "Sociology of Health and Illness", vol. 4 (3), s. 254–278.
- Strong Paul M. (1980), *Doctors and dirty work: the case of alcoholism*, "Sociology of Health and Illness", vol. 2, s. 24–47.
- Szewczyńska Małgorzata, Dobrzyńska Elżbieta, Pośniak Małgorzata (2010), *Zagrożenia chemiczne w środowisku pracy personelu sprzątającego*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 2, s. 7–9.
- Szewczyńska Małgorzata, Dobrzyńska Elżbieta, Pośniak Małgorzata, Jeżewska Anna (2011), *Czynniki chemiczne w zakładach fryzjerskich – zagrożenia i profilaktyka*, „Bezpieczeństwo Pracy. Nauka i Praktyka”, nr 1, s. 14–17.
- Szubert Zuzanna, Sobala Wojciech (2005), *Zdrowotne przyczyny niezdolności do pracy wśród kierujących pojazdami komunikacji miejskiej*, „Medycyna Pracy”, nr 56 (4), s. 285–293.
- Ślęzak Izabela (2008), *Od Redakcji: Oblicza socjologii jakościowej – wielowątkowość problemów badawczych i różnicowanie wykorzystywanych procedur*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 4, nr 1, s. 1–3.
- Świątkowska Beata (2010), *Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić?*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 91 (4), s. 522–529.
- Tomaszewska Monika, Cieśla Danuta, Czerniak Jolanta, Dykowska Grażyna (2008), *Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość*, „Problemy Pielęgniarstwa”, nr 16 (1–2), s. 40–47.
- Twigg Julia (2000), *Carework as a form of bodywork*, "Ageing and Society", vol. 20, s. 389–411.
- Twigg Julia, Wolkowitz Carol, Cohen Rachel Lara, Nettleton Sarah (2011), *Conceptualising body work in health and social care*, "Sociology of Health and Illness", vol. 33 (2), s. 171–188.
- Tyler Melisa (2011), *Tainted love: from dirty work to abject labour in Soho's sex shops*, "Human Relations", vol. 64, s. 1477–1500.
- Urick Michael (2014), *The presentation of self: dramaturgical theory and generations in organizations*, "Journal of Intergenerational Relationships", vol. 12 (4), s. 398–412.
- Włoszczak-Szubzda Anna, Jarosz Mirosław J. (2012), *Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz – pacjent – rodzina*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 18, nr 2, s. 206–211.

- Zdrojewicz Zygmunt, Witkiewicz Wojciech, Dołowiec Anna, Głód Jakub (2014), *Robotyka w medycynie*, „Chirurgia Polska”, nr 16 (2), s. 84–90.
- Ziółkowski Marek (2012), *Kapitały społeczny, kulturowy i materialny i ich wzajemne konwersje we współczesnym społeczeństwie polskim*, „Studia Edukacyjne”, nr 22, s. 7–27.

Strony internetowe

- CBOS 2013, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, Warszawa 2013, <http://www.cbos.pl> (dostęp: 10.03.2015).
- Dant Tim, Bowels David (2003), *Dealing with dirt: servicing and repairing cars*, “Sociological Research Online”, vol. 8 (2), <http://www.socresonline.org.uk/8/2/dant.html> (dostęp: 9.09.2017).
- Dutton Jane E., Debebe Gelaye, Wrzesniewski Amy (2012), *Being valued and devalued at work: a social valuing perspective to appear in qualitative organizational research*, “Best Papers from the Davis Conference on Qualitative Research”, vol. 3, <http://www.bus.umich.edu> (dostęp: 8.02.2013).
- Kler Mariola (2015), *Komunikacja interpersonalna pracowników medycznych z pacjentem*, <http://www.nipip.pl>, (dostęp: 5.07.2016).
- <http://gruparx.com.pl>
- <http://www.konsylium24.pl>
- <http://www.nil.org.pl>
- <http://www.who.int>
- <http://www.zawodowe.com>

Monografie

- 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, New York.
- Babbie Earl (2008), *Podstawy badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 1999).
- Barański Jarosław (2012), *Komunikowanie się z pacjentem w podeszłym wieku*, [w:] Andrzej Steciwko, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 94–103.
- 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.
- Blumer Herbert (2007), *Interakcjonizm symboliczny*, Nomos, Kraków (wyd. pierwsze 1969).
- Bujanowska-Fedak Maria Magdalena (2012), *Wybrane sposoby porozumiewania się lekarza z pacjentem*, [w:] Andrzej Steciwko, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 13–28.
- Byczkowska Dominika (2012), *Ciało w tańcu. Analiza socjologiczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Campkin Ben, Cox Rosie (2007), *Introduction: materialities and metaphors of dirt and cleanliness*, [w:] Ben Campkin, Rosie Cox (eds), *Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination*, I.B. Tauris, London, s. 1–8.

- Charmaz Kathy (2009), *Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 2006).
- Chomczyński Piotr (2012a), hasło: *Interakcja*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 114–117.
- Chomczyński Piotr (2012b), hasło: *Triangulacja*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 308–309.
- Clarke Adele E., Star Susan L. (2003), *Science, technology, and medicine studies*, [w:] Larry T. Reynolds, Nancy J. Herman-Kinney (eds), *Handbook of Symbolic Interactionism*, Alta Mira Press, New York, s. 539–574.
- Collins Randal (2014), *Interaction Ritual Chains. Princeton Studies in Cultural Sociology*, Princeton University Press, Princeton (wyd. pierwsze 2004).
- Denzin Norman K. (2009), *A Theoretical Introduction to Sociological Methods*, Transaction, New Jersey (wyd. pierwsze 1970).
- Dingwall Robert (2008), *Essays on Professions. Ashgate Classics in Sociology*, Ashgate, Aldershot.
- Elias Norbert (1980), *Przemiany obyczajów w cywilizacji Zachodu*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa (wyd. pierwsze 1939).
- Ferenc Tomasz (2012), hasło: *Metody wizualne*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 185–188.
- Garcia Pablo (2011), *Telemedicine for the Battlefield. Present and Future Technologies*, [w:] Jacob Rosen, Blake Hannaford, Richard M. Satava (eds), *Surgical Robotics. System Applications and Visions*, Springer, New York, s. 33–68.
- Giermanowska Ewa (2015), *Sytuacja zawodowa niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych*, [w:] Ewa Giermanowska, Agnieszka Kumaniecka-Wiśniewska, Mariola Raclaw, Elżbieta Zakrzewska-Manterys, *Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 87–121.
- Giermanowska Ewa, Kumaniecka-Wiśniewska Agnieszka, Raclaw Mariola, Zakrzewska-Manterys Elżbieta (2015), *Niedokończona emancypacja. Wejście niepełnosprawnych absolwentów szkół wyższych na rynek pracy*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L. (2005), *Awareness of Dying*, Transaction, New Jersey (pierwsze wyd. 1965).
- Glińska Jolanta, Lewandowska Małgorzata, Urbańska Agnieszka (2008), *Skrypt do ćwiczeń z podstaw pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź.
- Goffman Erving (2005), *Piętno*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk (wyd. pierwsze 1963).
- Goffman Erving (2006), *Porządek interakcyjny*, [w:] Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziótkowski (wybór i oprac.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Scholar, Warszawa.
- Goffman Erving (2008), *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Aletheia, Warszawa (wyd. pierwsze 1956).
- Gorer Geoffrey (1965), *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, Cresset Press, London.
- Graf Eva-Maria, Sator Marlene, Spranz-Fogasy Thomas (2014), *Discourses of helping professions: concepts and contextualization*, [w:] Eva-Maria Graf, Marlene Sator, Thomas Spranz-Fogasy (eds), *Discourses of Helping Professions*, John Benjamins Publishing, Amsterdam–Philadelphia, s. 1–12.

- Hałas Elżbieta (2012), *Interakcjonizm symboliczny. Społeczny kontekst znaczeń*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 1987).
- Hochschild Arlie Russell (2009), *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 1979).
- Hughes Everett Cherrington (1964), *Men and Their Work*, The Free Press of Glencoe, London (wyd. pierwsze 1958).
- Hughes Everett Cherrington (1994), *On Work, Race, and the Sociological Imagination*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Hughes Everett Cherrington (2009), *The Sociological Eye. Selected Papers*, Transaction, New Brunswick–London (wyd. pierwsze 1971).
- Israel Joachim (1969), *Socjopsychiczne środowisko szpitala*, [w:] Magdalena Sokotowska (red.), *Badania socjologiczne w medycynie*, Książka i Wiedza, Warszawa, s. 372–386.
- Janes Dominic (2007), *Spiritual cleansing: priests and prostitutes in early Victorian London*, [w:] Ben Campkin, Rosie Cox (eds), *Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination*, I.B. Tauris, London, s. 113–122.
- Kacperczyk Anna (2006), *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź (wyd. pierwsze 2001).
- Karkowska Dorota (2012), *Zawody medyczne*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Konecki Krzysztof T. (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Konecki Krzysztof T. (2007a), *Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi. Sprzężenia zwrotne w działaniu*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Zarządzanie organizacjami. Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 11–29.
- Konecki Krzysztof T. (2007b), *Nowi pracownicy a kultura organizacyjna przedsiębiorstwa*, „Przegląd Socjologii Jakościowej. Monografie”, nr 1, t. 3.
- Konecki Krzysztof T. (2012a), hasło: *Metodologia teorii ugruntowanej – strategię analiz i badań jakościowych*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 176–180.
- Konecki Krzysztof T. (2012b), *Wprowadzenie do słownika socjologii jakościowej*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 9–11.
- Konecki Krzysztof T. (2015), *Is the Body the Temple of the Soul? Modern Yoga Practice as a Psychosocial Phenomenon*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź–Kraków.
- Kowal Katarzyna (2015), *Rekonstrukcja ciała i tożsamości cielesnej u biorców kończyny górnej – studium socjomedyczne*, [w:] Antonina Ostrowska, Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 269–308.
- Kowalczyk Krystyna (2012), *Postępowanie z pacjentem agresywnym*, [w:] Andrzej Steciwko, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 104–112.
- Kozek Wiesława (2013), *Rynek pracy. Perspektywa instytucjonalna*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Kozinets Robert V. (2012), *Netnografia. Badania etnograficzne online*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 2009).
- Kulpińska Jolanta, Mazálková Ivana (1995), *Uczestnictwo pracownicze*, [w:] Hans Moerel (red.), *Zbiorniki stosunki pracy w procesie przemian*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.

- Kurpas Donata, Hans-Wytrychowska Anna, Drabik-Danis Ewa (2012), *Emocje w relacji lekarz – pacjent: jak sobie z nimi radzić*, [w:] Andrzej Steciwko, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 38–49.
- Kyro Selket (2012), *Bring home the dead: purity and filth in contemporary funeral homes*, [w:] Ben Campkin, Rosie Cox (eds), *Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination*, I.B. Tauris, London, s. 49–59.
- Lawler Jocelyn (1991), *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*, Churchill Livingstone, Melbourne.
- Lesiak Michał (2012), *Wizualizacja pracy kelnerskiej*, praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dra hab. Krzysztofa Koneckiego, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Instytut Socjologii, Łódź.
- Lesiak Michał (2016), *Zarządzanie emocjami w sejmie. Rola marszałków*, [w:] Krzysztof Konecki (red.), *Emocje i polityka. Sceny z życia polskiego parlamentu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 55–75.
- Leszniewski Tomasz (2007), *Moda i tożsamość – dylematy współczesnego człowieka w świecie konsumpcji*, [w:] Tomasz Szlendak, Krzysztof Pietrowicz (red.), *Rozkoszna zaraza. O rządach mody i kulturze konsumpcji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 49–61.
- Lutyńska Krystyna (1983), *Warunki i „atmosfera” wywiadu jako czynniki sytuacji społecznej. Osoby trzecie i miejsce wywiadu*, [w:] Krystyna Lutyńska, Andrzej P. Wejland (red.), *Wywiad kwestionariuszowy. Analizy teoretyczne i badania empiryczne*, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk, PAN, Łódź.
- Lutyński Jan, Lutyńska Krystyna (1994), *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
- Maciąg Agnieszka (2008), *Komunikacja interpersonalna a jakość świadczeń zdrowotnych: istota relacji lekarz – pacjent w medycynie*, „Studia i Materiały. Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski”, nr 1, Warszawa, s. 125–133.
- Marciniak Łukasz (2012), hasło: *Klasyczna teoria ugruntowana*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 127–130.
- Morgan Gareth (1997), *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 1986).
- Ogryzko-Wiewiórowska Mirona (2010), *Szaleństwa ponowoczesności ze śmiercią w tle*, [w:] Włodzimierz Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokółowskiej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 110–130.
- Olechnicki Krzysztof (2012), hasło: *Antropologia wizualna/socjologia wizualna*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 23–28.
- Parsons Talcott (1969), *Struktura społeczna a osobowość*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa (wyd. pierwsze 1964).
- Pawłowska, Beata (2012), hasło: *Kultura organizacji*, [w:] Krzysztof Konecki, Piotr Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*, Difin, Warszawa, s. 158–160.
- Piątkowski Włodzimierz (2002), *Lecznictwo niemedyczne w społeczeństwie pluralistycznym. Wybrane aspekty socjologiczne*, [w:] Jarosław Barański, Włodzimierz Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 235–242.
- Piątkowski Włodzimierz (2009), *Lecznictwo niemedyczne – perspektywa socjologiczna*, [w:] Antonina Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 311–338.

- Piątkowski Włodzimierz (2010), *Badania socjologiczne nad inną medycyną*, [w:] Włodzimierz Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 131–143.
- Pink Sarah (2009) *Etnografia wizualna. Obrazy, media i przedstawienie w badaniach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków (wyd. pierwsze 2001).
- Pyfel Łukasz (2016), *Odgrywanie roli, negocjowanie i zaprzyjaźnianie się. Analiza procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego*, Łucja Lange, Łódź.
- Satava Richard M. (2011), *Future directions in robotic surgery*, [w:] Jacob Rosen, Blake Hannaford, Richard M. Satava (eds), *Surgical Robotics. System Applications and Visions*, Springer, New York, s. 3–11.
- Schultz Duane P., Schultz Sydney Ellen (2006), *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 2002).
- Sciulli David (2009), *Professions in Civil Society and the State: Invariant Foundations and Consequences. International Studies in Sociology and Social Anthropology*, Brill, Leiden.
- Shoham Moshe (2011), *Robotic surgery: enabling technology?*, [w:] Jacob Rosen, Blake Hannaford, Richard M. Satava (eds), *Surgical Robotics. System Applications and Visions*, Springer, New York, s. 247–255.
- Sońska Zofia (2010), *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] Włodzimierz Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 64–83.
- Sońska Zofia (2015), *Wkład polskiej socjologii w rozwój promocji zdrowia. Od socjologii medycyny do socjologii w promocji zdrowia*, [w:] Antonina Ostrowska, Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 105–130.
- Sochocka Lucyna, Grad Iga, Wojtal Mariola, Krzyżanowski Dominik (2012), *Komunikowanie się w różnych sytuacjach w zależności od typu pacjentów*, [w:] Andrzej Steciwo, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 113–124.
- Sokołowska Magdalena (1969), *Wstęp*, [w:] Magdalena Sokołowska (red.), *Badania socjologiczne w medycynie*, Książka i Wiedza, Warszawa, s. 25–34.
- Sokołowska Magdalena (1980), *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Steciwo Andrzej, Mastalerz-Migas Agnieszka (2012), *Komunikowanie się z pacjentem prze-wlekłe chorym*, [w:] Andrzej Steciwo, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 125–130.
- Strauss Anselm L. (1993), *Continual Permutation of Action*, Aldine De Gruyter, New York.
- Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1990), *Basics of Qualitative Research*, Sage, London.
- Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1994), *Grounded theory methodology: an overview*, [w:] Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research*, Sage, Thousand Oaks.
- Strauss Anselm L., Corbin Juliet (1997), *Grounded Theory in Practice*, Sage, Thousands Oaks.
- Strauss Anselm L., Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, Wiener Carolyn (1997), *Social Organization of Medical Work*, Transaction Publishers, London (wyd. pierwsze 1985).
- Styhre Alexander (2011), *Knowledge Sharing in Professions: Roles and Identity in Expert Communities*, Gower, Farnham.
- Taranowicz Iwona (2015), *Między racjonalnością modelu profesjonalnego a racjonalnością laicką. Wyzwania socjologii medycyny*, [w:] Antonina Ostrowska, Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze*,

- najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, s. 131–158.
- Thorwald Jürgen (2010), *Stulecie chirurgów*, Znak, Kraków (wyd. pierwsze 1956).
- Tkacz Anatolij (2007), *Ekonomia wiedzy i społeczeństwo postindustrialne – scenariusze rozwoju*, [w:] Michał G. Woźniak (red.), *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Gospodarka oparta na wiedzy*, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów, s. 71–78.
- Turner Jonathan H. (2008), *Struktura teorii socjologicznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa (wyd. pierwsze 1974).
- Vigarello Georges (2012), *Historia czystości i brudu*, Aletheia, Warszawa (wyd. pierwsze 1985).
- 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 roku*, Polskie Towarzystwo Programów Zawodowych, Gdańsk.
- Wielecki Krzysztof (2003), *Podmiotowość w dobie kryzysu postindustrializmu. Między indywidualizmem a kolektywizmem*, Centrum Europejskie Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wolkowitz Carol (2006), *Bodies at Work*, Sage, Thousand Oaks.
- Wolkowitz Carol (2007), *Linguistic leakiness or really dirty? Dirt in social theory*, [w:] Ben Campkin, Rosie Cox (eds), *Dirt. New Geographies of Cleanliness and Contamination*, I.B. Tauris, London, s. 15–24.
- Woroniecka Grażyna (2003), *Interakcja symboliczna a hermeneutyczna kategoria przed-rozumienia*, Oficyna Naukowa, Warszawa (wyd. pierwsze 1998).
- Woroniecka Grażyna (2007), *Interakcja a świat społeczny. O programie metodologicznym Herberta Blumera*, [w:] Herbert Blumer, *Interakcjonizm symboliczny*, Nomos, Kraków.
- Wróblewska Izabela (2012), *Przekazywanie informacji pacjentowi z chorobą nowotworową*, [w:] Andrzej Steciwko, Jarosław Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Edra Urban and Partner, Wrocław, s. 140–155.
- Zakrzewska-Manterys Elżbieta (2010), *Upośledzeni umysłowo. Poza granicami człowieczeństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

Akty prawne

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów, Dz. U. z 2013 r., poz. 26.
- 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. z 2013 r., poz. 1562.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych, Dz. U. z 2009 r., nr 105, poz. 869.
- Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, Dz. U. z 1950 r., nr 36, poz. 336.
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1991 r., nr 91, poz. 408.

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 1997 r., nr 28, poz. 152.
- Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, Dz. U. z 2001 r., nr 100, poz. 1083.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r., nr 126, poz. 1381.
- Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz. U. z 2006 r., nr 191, poz. 1410.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2015 r., nr 618.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r., nr 174, poz. 1039.

Programy telewizyjne

- Rowe Mike (2005), *Bрудna robota*, USA, Discovery Channel (emitowany 2005–2012).

ANEKSY

Aneks 1. Perspektywa badawcza i metodologia pracy

Do analizy zjawiska brudnej pracy wykorzystałem teorię symbolicznego interakcjonizmu (Hałas 2012; Blumer 2007; Woroniecka 2003; Burbank, Martins 2009; Becker i in. 1961; Clarke, Star 2003: 561 i in.), która pozwala zrozumieć, jak są interpretowane przedmioty i zdarzenia przez uczestników danej grupy. Koncepcja brudnej pracy może mieć wiele znaczeń. Poszczególne aspekty pracy dla każdego mogą oznaczać coś innego. Te same aspekty pracy będą miały też inne znaczenie dla publiczności czy osób znajdujących się na zewnątrz danego systemu stosunków pracy (Dick 2005: 1365).

W badaniach wykorzystałem także koncepcję dramaturgiczną (Goffman 2008; McCormick 2007; Czyżewski 1981). Każda jednostka podczas interakcji z otoczeniem działa w specyficzny sposób, przyjmuje różne role, dostosowuje się do tego, czego oczekują (w jej mniemaniu) widzowie. W kontekście rozważań nad brudną pracą, która jest wykonywana, przykładowo, przez adwokata, istotne jest, aby ukrywał on fakt jej wykonywania (negocjacje z prokuratorem dotyczące planowanej kary dla bronionego klienta, niepewność związana z toczącym się postępowaniem, swoje prywatne przekonania co do prowadzonego postępowania). Prawnik musi też zapanować nad stresem, gdyż może on zostać zinterpretowany przez klienta jako oznaka utraty kontroli nad postępowaniem, które toczy się w sądzie w jego sprawie. Istotne było również zwrócenie uwagi na działanie zespołów, współpracę między jednostkami. Każdy członek zespołu powinien zachowywać się w wyznaczony sposób, aby można było uzyskać odpowiedni efekt, czyli pożądaną recepcję przedstawienia (Goffman 2008: 112; Urick 2014: 407).

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 też procedury teorii ugruntowanej. Przed przystąpieniem do badań znałem pewne pojęcia dotyczące

brudnej pracy oraz prace innych badaczy związane z koncepcją *dirty work*, dlatego trudno byłoby jednoznacznie stwierdzić, że w badaniach wykorzystałem tylko teorię ugruntowaną (Glaser, Holton 2004: 83; Charmaz 2009; Konecki 2012a, 2012b i in.).

Rozpoczynając badania terenowe, wiedziałem, co chcę badać i posługiwałem się określonymi pojęciami. Metodologia teorii ugruntowanej zakłada generowanie własnych teorii, a nie weryfikowanie cudzych idei. Teorie 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 dane i nadało im sens.

Do analizy danych pochodzących z badań wykorzystałem teorię ugruntowaną w jej deskryptywnej odmianie, która związana jest z podejściami zaproponowanymi przez Anselma Straussa i Juliet Corbin (1990, 1994). Autorzy ci uważają, że każdy naukowiec w swoich badaniach porusza się pomiędzy linią wyznaczaną przez poszukiwanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze a elastycznością procedur badawczych (Corbin, Strauss 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).

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

Podstawowymi technikami zbierania danych była obserwacja uczestnicząca w placówce medycznej i wywiad. Początkowo przyjąłem, że wywiad ze wspomaganie fotograficznym, w którym zaangażują osoby związane z zawodami medycznymi do wykonania zdjęć dnia pracy (dałoby to możliwość spojrzenia na pracę medyczną z perspektywy aktora), okaże się ważną częścią badań. Fotografie zostały jednak wykonane tylko przez stomatologów prowadzących prywatną praktykę, dlatego zarzuciłem tę procedurę pozyskiwania danych. Socjologia jakościowa koncentruje się przede wszystkim na opisywaniu i rozumieniu, a niekiedy na wyjaśnianiu 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 oraz wyjaśnienie zjawiska brudnej pracy.

Uzupełnieniem badań była analiza wypowiedzi zamieszczanych na forach internetowych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny oraz korzystające z opieki medycznej (chodzi głównie o opinie na temat lekarzy i placówek medycznych).

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 pracy wykorzystałem triangulację danych (Denzin 2009) (dane uzyskiwane z wywiadów, obserwacji i forów internetowych) oraz triangulację metodologiczną (wywiad, obserwacja uczestnicząca jawna prowadzona w placówce medycznej).

Przebieg badania oraz podstawa źródłowa i techniki otrzymywania danych

Po przeprowadzeniu pierwszych piętnastu wywiadów doszedłem do wniosku, że jest to niewystarczająca technika zbierania materiału badawczego. Trudno było analizować czynności pracy i interakcje z pacjentami jedynie na podstawie 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 o nich. Wystosowałem więc oficjalną prośbę do placówek medycznych o umożliwienie przeprowadzenia obserwacji. Jedna z nich wyraziła zgodę. Po rozmowie z dyrektorem i podpisaniu odpowiednich dokumentów, w których zobowiązałem się do zachowania tajemnicy (odnośnie do lokalizacji placówki, danych personalnych zespołu medycznego oraz pacjentów), miałem możliwość prowadzenia obserwacji w miejscu pracy personelu medycznego.

Każda praca w terenie jest jednocześnie społeczną interakcją, która ma na celu zdobycie informacji dla celów naukowych, a także 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). Wcześniej przeprowadzone wywiady, skoncentrowanie się na temacie związanym z brudną pracą oraz interakcjami pacjentów i lekarzy pozwoliło mi na przygotowanie się do obserwacji.

Zadaniem pracy terenowej jest odkrycie perspektywy aktorów lub subiektywnych znaczeń, które nadają otoczeniu (Emerson 1981: 355). Należy jednak podkreślić, 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).

Po zapoznaniu się z kierownikami poszczególnych oddziałów szpitalnych i krótkim omówieniu, na jaki temat pisana jest moja praca, 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 zwykle codzienne ubranie). Upewniono się, że „mam mocny żołądek” (nie będzie mi niedobrze podczas obserwacji operacji, zabiegów i nie będzie mi przeszkadzał zapach środków medycznych, fekaliów itp.) oraz że jestem zdecydowany na prowadzenie badań w różnych miejscach placówki medycznej (na sali operacyjnej, w izbie przyjęć itp.). Po wyjaśnieniu wszelkich kwestii przystąpiłem do obserwacji. Obserwacja zajęła ok. 150 godzin na różnych szpitalnych oddziałach (izbie przyjęć, onkologicznym i chirurgicznym – dokładne nazwy oddziałów mogłyby umożliwić identyfikację szpitala), była prowadzona od grudnia 2015 r. do września 2016 r. Ze względu na konieczność podpisania klauzuli poufności nie jest możliwe podanie dokładniejszych informacji, które mogłyby pozwolić na zidentyfikowanie placówki czy osób, których praca została poddana obserwacji. Na każdym oddziale prowadziłem obserwację do momentu, kiedy zbierane dane zaczynały się powtarzać i nie wносиły żadnych nowych informacji.

Przyjąłem rolę uczestnika jako obserwatora (Gold 1958). Mając zgodę na uczestnictwo podczas wszelkich czynności pracy personelu medycznego, mogłem nawiązać kontakty i dotrzeć do kolejnych informatorów, którzy udzielili wywiadów. Podczas obserwacji prowadziłem dokładne notatki – wszędzie miałem ze sobą tabletkę, na której zapisywałem spostrzeżenia i istotne fakty, notatki były prowadzone nawet na sali operacyjnej. Zapiski były uzupełniane również o wykonane przeze mnie fotografie (niewskazujące jednak na miejsce ich wykonania, ze względu na zobowiązanie do zachowania tajemnicy), które były na bieżąco opisywane. W pewnych przypadkach proszono mnie o opuszczenie pokoju, w którym znajdowali się lekarze lub podczas rozmów z niektórymi pacjentami. W miarę upływu czasu nie byłem zauważany przez personel medyczny i mogłem uczestniczyć w prywatnych rozmowach lub 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 ściśle notatki (Babbie 2008: 347).

Należy podkreślić, że prowadzenie obserwacji w środowisku ściśle wykwalifikowanym powodowało, że część rozmów związanych ze stanem zdrowia pacjenta była dla mnie niezrozumiała. Ważne jest też, że pomimo zdobycia zaufania i nawiązania bliższych kontaktów z badanymi, zawsze byłem traktowany jako osoba z zewnątrz. Gdy badacz prowadzi obserwację uczestniczącą, często zdarza się, że w miarę zdobywania zaufania bierze on 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 mógłbym omyłkowo

zostać wzięty za lekarza, zaś wszelkie rozmowy z pacjentem mogłyby wprowadzić go w błąd, dlatego sugerowano mi unikania takich sytuacji.

Podczas każdego dnia spędzonego w szpitalu odpowiedzialna za mnie była jedna osoba. Zazwyczaj był to ktoś, z kim spędzałem dzień, dzięki czemu możliwa była obserwacja dnia pracy – interakcji z pacjentami i 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 poruszano tematy związane z przedmiotem moich badań.

Trudnością było dla mnie przebywanie w obcym środowisku, związane z pewnym osamotnieniem w badanej grupie. Lekarze nie do końca wiedzieli, jaki jest cel obserwacji i jak mogą się przy mnie zachowywać. Dopiero po pewnym czasie zaczęli zachowywać się naturalnie. Jest to jednak zwykła kolej rzeczy podczas prowadzenia obserwacji uczestniczącej jawnej.

Dzięki obserwacji miałem możliwość odczucia na sobie, jak praca medyczna jest obciążająca – podczas długich operacji stałem (podobnie jak lekarz przeprowadzający operację), podczas obchodów lekarskich i 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 trudna jest to praca.

Rozmówcy zostali dobrani do wywiadów metodą kuli śnieżnej (po przeprowadzonym wywiadzie informatorzy podawali kontakt do kolejnych osób). Nie była ona doborem próby, a jedynie sposobem pozyskiwania kolejnych osób do badania (informatorów). Na poziomie analizy próba była dobierana pod kątem nasycenia teoretycznego poszczególnych kategorii. Ze względu na fakt, że 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 tych osób ułatwiało rozmowy.

Tabela 23. Cechy rozmówców

Wykonywany zawód medyczny	Płeć	Wiek (przybliżony, w latach)	Czas pracy (przybliżony, w latach)	Miejsce pracy
Higienistka stomatologiczna	kobieta	35	10	szpital/prywatny gabinet
Higienistka stomatologiczna	kobieta	32	5	prywatny gabinet
Pracownik CPR 1	kobieta	35	5	Centrum Powiadomienia Ratunkowego

Tabela 23 (cd.)

Wykonywany zawód medyczny	Płeć	Wiek (przybliżony, w latach)	Czas pracy (przybliżony, w latach)	Miejsce pracy
Pracownik CPR 2	mężczyzna	45	8	Centrum Powiadamiania Ratunkowego
Pielęgniarka 1	kobieta	30	5	szpital, oddział neurologiczny
Pielęgniarka 2	kobieta	55	20	szpital, oddział neurologiczny
Pielęgniarka 3	kobieta	50	25	dom pomocy społecznej
Pielęgniarka 4	kobieta	50	25	szpital, oddział onkologiczny
Pielęgniarka 5	kobieta	45	20	szpital, oddział położniczy
Pielęgniarka 6	kobieta	40	15	szpital prywatny/ państwowy, oddział położniczy
Pielęgniarka 7	kobieta	60	35	szpital, oddział kardiologii dziecięcej
Pielęgniarka 8	kobieta	35	10	szpital, oddział chirurgii
Lekarz medycyny sądowej 1	mężczyzna	45	15	Uniwersytet Medyczny/prywatna praktyka
Lekarz medycyny sądowej 2	mężczyzna	45	15	Uniwersytet Medyczny/prywatna praktyka
Lekarz medycyny sądowej 3	mężczyzna	50	20	Uniwersytet Medyczny/prywatna praktyka
Lekarz 1 (ginekolog)	mężczyzna	50	25	szpital/prywatny gabinet
Lekarz 2 (dermatolog)	kobieta	50	25	szpital/prywatny gabinet
Lekarz 3 (chirurg)	mężczyzna	60	35	szpital/biegły sądowy
Lekarz 5 (pierwszego kontaktu)	mężczyzna	60	35	prywatny gabinet

Wykonywany zawód medyczny	Płeć	Wiek (przybliżony, w latach)	Czas pracy (przybliżony, w latach)	Miejsce pracy
Lekarz 6 (rezydent/psychiatria)	kobieta	28	3	szpital
Lekarz 7 (rezydent/anestezjologia)	kobieta	28	3	szpital
Lekarz 8 (rezydent/chirurgia)	kobieta	28	3	szpital
Lekarz 9 (rezydent/onkologia)	kobieta	30	5	szpital
Lekarz 10 (stomatolog)	mężczyzna	50	25	prywatny gabinet
Lekarz 11 (stomatolog)	kobieta	80	50	prywatny gabinet
Lekarz 12 (stomatolog)	kobieta	35	10	prywatny gabinet
Ratownik medyczny 1	kobieta	40	15	szpital
Ratownik medyczny 2	mężczyzna	50	25	szpital
Ratownik medyczny 3	mężczyzna	60	35	szpital
Student 1 (wiążący przyszłość z medycyną sądową)	kobieta	23	-	Uniwersytet Medyczny
Student 2 (wiążący przyszłość z medycyną sądową)	mężczyzna	23	-	Uniwersytet Medyczny

Źródło: opracowanie własne.

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

Zawody medyczne zostały wybrane ze względu na fakt, iż osoby zajmujące się ich wykonywaniem mają kontakt z drugim człowiekiem, ze śmiercią, z osobami przeznaczonymi społecznie, z brudem fizycznym. Na osobach wykonujących zawody medyczne spoczywa duża odpowiedzialność. Ponadto są to zawody, które w Polsce cieszą się szacunkiem społecznym, mają dużą użyteczność społeczną (CBOS 2013). 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.

Analiza wywiadów i 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 zgodnie z procedurami teorii ugruntowanej (Konecki 2000). Głównym celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czym jest brudna praca oraz podjęcie próby rozwinięcia tej koncepcji. Skupienie się na zawodach medycznych umożliwiło sprawdzenie jej przydatności do analizy materiału badawczego (dotyczącego analizy różnych zawodów).

Aneks 2. Autoetnografia

Podczas obserwacji uczestniczącej zapisywałem własne odczucia. Najczęstszym uczuciem, jakie pojawiało się podczas obserwacji na izbie przyjęć było obrzydzenie, spowodowane nieprzyjemnym zapachem i widokiem ludzi, którzy byli albo w ciężkim stanie – po wypadku, albo brudni. Najgorszy dla mnie był 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. Musiałem też dwa razy opuścić miejsce obserwacji, na ok. 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 i konieczność stania (podczas operacji) od godziny ósmej, a więc od momentu odprawy, do godziny piętnastej (mniej więcej o tej godzinie kończyłem obserwację). Miałem niewiele możliwości, aby odpocząć i usiąść. Należy podkreślić, że dla lekarza, który podczas operacji musiał także pochylać się 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 to człowiek w średnim wieku (ok. 40 lat), który trafił do szpitala z nowotworem. Obserwowałem, jak z tygodnia na tydzień jego stan się pogarszał, jed-

nak 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 mi na utwierdzenie się w przekonaniu, że praca medyczna jest obciążająca emocjonalnie i fizycznie, zarówno w kontekście przemęczenia związanego z samą pracą, jej czynnościami, jak i z kontaktem z elementami, które wywołują obrzydzenie. Ważny był też fakt, że zainteresowałem się losem poszczególnych pacjentów i pytałem lekarzy o ich stan zdrowia. Biorąc bierny udział w diagnozowaniu pacjentki, u której podejrzewano nowotwór, z żywym zainteresowaniem śledziłem poszczególne elementy badań.

Obciążająca emocjonalnie okazała się również obserwacja reakcji osób chorych i ich rodzin: płacz córki po dowiedzeniu się o poważnym stanie jej ojca (który miał umrzeć) oraz płacz rodziny czekającej na wyniki badań. Ciekawym doświadczeniem była obserwacja zachowań lekarzy, którzy przekazywali pacjentom 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. Niekiedy byłem angażowany w rozmowy przez lekarzy, których zaufanie udało mi się zdobyć. Dotyczyły one zazwyczaj 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, mimo że nie była istotnym elementem prowadzonych badań, pozwoliła mi w pewien sposób uporządkować zdobytą wiedzę. Była ona naturalną konsekwencją prowadzenia obserwacji uczestniczącej.

Aneks 3. Trudności badawcze

Brak kontaktów w środowisku medycznym powodował, że wielu rozmówców podchodziło niechętnie do rozmowy ze mną. Głównie ograniczał ich czas, praca na kilka etatów – państwowo i prywatnie (najczęściej w kilku miejscach), co uniemożliwiało spotkanie się.

[...] dlatego chciałem wcześniej [spotkać się na przeprowadzenie wywiadu – przyp. M.L.], 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. M.L.].

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 odmawiania wykonania fotografii, dlatego metoda ta została ostatecznie przeze mnie zarzucona.

Mogę pokazać ci te fotografie i przesłać, ale nie możesz ich nigdzie publikować. Jedna z matek wyniosła i zrobiła zdjęcia dzieciom, tak że 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 mi bardzo dużo czasu. Część osób udało się namówić na rozmowę z wykorzystaniem metody kuli śnieżnej – z polecenia jednego lekarza docierałem 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 udzielenia wywiadu wykazywały się również osoby wykonujące pozostałe zawody medyczne – ratownicy medyczni, higienistki stomatologiczne, pomoce dentystyczne itp. Wydawało 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 mogłyby umożliwić

ich identyfikację. Zwracano uwagę, aby także nie umożliwić rozpoznania miejsc przeprowadzenia wywiadu.

W trakcie rozmów lekarze starali się zaprezentować swoją profesję w określony sposób, podkreślając, że błędy, które się zdarzają podczas praktykowania zawodu, nie mogą być oceniane przez osoby z zewnątrz, a zaniedbania wynikają z szerszego kontekstu. Błędy lekarskie, możliwość popełnienia błędu – traktuję 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 zwykli opierać swoje badania na metodach ilościowych. Opracowania statystyczne w naukach medycznych są użyteczne – pozwalają na opis częstości występowania określonych przypadków, miejsca ich 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. Nierzadko 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.

Čzęsto 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 prezentowana monografia kładzie solidne fundamenty 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 tematu mogłoby być przeprowadzenie badań ilościowych na reprezentatywnej próbie, które mogłyby przyczynić się do dalszego opisu zjawiska *dirty work*. Niniejsza publikacja wnosi wkład w zrozumienie koncepcji brudnej pracy i pokazuje, w jaki sposób może ona być wykorzystana przy analizie różnych zawodów. Monografia może również pomóc badaczom ilościowym w stworzeniu bazy pytań zamkniętych dotyczących brudnej pracy.

Spis tabel i rysunków

Tabele

Tabela 1. Emocjonalna brudna praca	31
Tabela 2. Trudności komunikacyjne w procesie leczenia	64
Tabela 3. Paradygmat kodowania interakcji jako elementu pracy medycznej.....	64
Tabela 4. Brud interakcyjny	64
Tabela 5. Typy pacjentów	65
Tabela 6. Jakość pracy lekarzy w zależności od typu pacjenta	67
Tabela 7. Przedmioty/tkanki/interakcje uważane za brudne lub czyste w sali operacyjnej w odniesieniu do przestrzeni publicznej niezwiązanej z leczeniem	75
Tabela 8. Brudna praca z dziećmi/brudna praca z dorosłymi.....	78
Tabela 9. Brudna praca nad ciałem pacjenta	80
Tabela 10. Udział rodziny pacjenta w procesie leczenia	82
Tabela 11. Warunki, w których pacjent informowany jest o śmierci przez personel medyczny	91
Tabela 12. Praca nad odczuciami wykonywana przez personel medyczny.....	92
Tabela 13. Warunki wpływające na zarządzanie emocjami w zawodach medycznych...	97
Tabela 14. Typy pracy nad czystością w aspekcie fizycznym.....	100
Tabela 15. Typy pracy nad czystością w aspekcie emocjonalnym	102
Tabela 16. Oczyszczanie emocjonalne i fizyczne.....	102
Tabela 17. Kontakt z brudem w przykładowych zawodach medycznych	105
Tabela 18. Praca widzialna i niewidzialna w zawodach medycznych	111
Tabela 19. Występowanie poszczególnych typów brudnej pracy.....	117
Tabela 20. Brud w zawodach medycznych	119
Tabela 21. Nieciągłość kategorii ciała podczas różnych etapów na sali operacyjnej i poza nią	123
Tabela 22. Zespołowe zarządzanie brudną pracą (ukrywanie jej)	127
Tabela 23. Cechy rozmówców	153

Rysunki

Rysunek 1. Proces zdobywania wiedzy w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy	49
Rysunek 2. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta ze skierowaniem	57
Rysunek 3. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego nie stwierdzono zagrożenia życia (bez skierowania)	58
Rysunek 4. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta, u którego stwierdzono zagrożenie życia (bez skierowania)	58
Rysunek 5. Proces przyjęcia do szpitala pacjenta przywiezionego przez karetkę	58
Rysunek 6. Etapy operacji	71
Rysunek 7. Zakres pojęciowy brudnej pracy	122