

Za drzwiami oddziału

Badania etnograficzne
w szpitalu



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Za drzwiami oddziału

Dominika Byczkowska-Owczarek
Anna Kubczak
Beata Pawłowska

Badania etnograficzne
w szpitalu



WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2020

Dominika Byczkowska-Owczarek – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Socjologii Kultury, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43
Anna Kubczak – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Katedra Socjologii
Organizacji i Zarządzania, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43
Beata Pawłowska – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Katedra Socjologii
Organizacji i Zarządzania, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43
(Nazwiska autorek zostały podane w kolejności alfabetycznej)

RECENZENT

Łukasz Sułkowski

REDAKTOR INICJUJĄCY

Iwona Gos

REDAKCJA

Magdalena Orczykowska

SKŁAD I ŁAMANIE

AGENT PR

KOREKTA TECHNICZNA

Anna Sońta

PROJEKT OKŁADKI

Polkadot Studio Graficzne
Aleksandra Woźniak, Hanna Niemierowicz

© Copyright by Authors, Łódź 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09917.20.0.K

Ark. wyd. 10,0; ark. druk. 9,625

ISBN 978-83-8220-143-7
e-ISBN 978-83-8220-144-4

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

Spis treści

Wprowadzenie	7
Rozdział 1	
Etnografia organizacji – kilka słów o metodologii badania	13
1.1. O badaniu	13
1.2. Charakterystyka badanych oddziałów	13
1.3. Podejście metodologiczne	16
1.4. Badanie etnograficzne	17
1.5. Zastosowane techniki gromadzenia danych	19
1.6. Zastosowane techniki analizy danych	21
Rozdział 2	
Szpital jako organizacja społeczna	25
2.1. Wstęp	25
2.2. System ochrony zdrowia i specyfika szpitali w Polsce	28
2.3. Szpital jako organizacja formalna a realia jego funkcjonowania	33
2.4. Specyfika pracy w szpitalu	36
2.5. Podsumowanie	37
Rozdział 3	
Społeczne konstruowanie przestrzeni szpitala	39
3.1. Wstęp	39
3.2. Przestrzeń organizacyjna	40
3.3. Krótka charakterystyka przestrzeni badanych oddziałów	42
3.3.1. Oddział intensywnej terapii	43
3.3.2. Oddział neurochirurgii	44
3.3.3. Oddział laryngologii	46
3.4. Przestrzeń opanowana vs. przestrzeń jako źródło zakłóceń	48
3.5. Kontrola nad przestrzenią i możliwość bycia niedostępnym	50
3.6. Mobilność i komunikacja	53
3.7. Praktyki adaptacyjne – dostosowanie przestrzeni vs. dostosowanie się do przestrzeni	55
3.8. Podsumowanie	57
Rozdział 4	
Styl kierowania a współpraca personelu	61
4.1. Wstęp	61
4.2. Wybrane style kierowania – charakterystyka i typy	62

6 Spis treści

4.3. Autokratyczno-dyrektorski i „matczyny” styl kierowania w oddziale intensywnej terapii	67
4.4. Paternalizm wysokiej klasy eksperta i <i>elastyczne organizowanie</i> – styl kierowania w oddziale neurochirurgii	71
4.5. Ugodowa autokratka oraz misjonarska biurokratka – styl kierowania w oddziale laryngologii	73
4.6. Podsumowanie	77

Rozdział 5

Uwarunkowania procesu komunikowania	81
5.1. Wstęp	81
5.2. Proces komunikowania	82
5.3. Personel lekarski – sposoby komunikacji	84
5.4. Personel pielęgniarstwa i salowe – sposoby komunikacji	86
5.5. Czynniki warunkujące proces komunikacji w oddziałach szpitalnych	89
5.5.1. Płeć i wiek	90
5.5.2. Ubiór	91
5.6. Sposób zorganizowania oddziału a procesy komunikowania	92
5.7. Żarty jako specyficzny element komunikacji	95
5.8. Personel lekarski a nadmiar informacji	98
5.9. Podsumowanie	99

Rozdział 6

Niepewność w pracy lekarzy	101
6.1. Wstęp	101
6.2. Koncepcje niepewności w pracy medycznej	102
6.3. Przyczyny pracy w warunkach niepewności	103
6.4. Proces zarządzania niepewnością i strategie asekuracyjne	109
6.5. Podsumowanie	112

Rozdział 7

Emocje w pracy personelu medycznego	115
7.1. Wstęp	115
7.2. Słów kilka o emocjach	117
7.3. Czynniki wywołujące emocje – źródła emocji w pracy personelu medycznego	118
7.3.1. Pierwszy pacjent i pierwszy zgon	118
7.3.2. Organizacja pracy a obciążenie emocjonalne	123
7.3.3. Status i władza jako źródło emocji	127
7.4. Podsumowanie	131

Zakończenie	133
-------------	-----

Bibliografia	143
--------------	-----

Wprowadzenie

Książka, którą oddajemy do rąk Czytelnika, jest oparta na badaniach etnograficznych przeprowadzonych w 2017 roku w oddziałach dużego szpitala klinicznego w mieście wojewódzkim. Głównym celem badań było zidentyfikowanie praktyk komunikowania w oddziałach szpitalnych w kontekście ich wpływu na relacje międzyludzkie, z uwzględnieniem stylów kierowania oraz specyficznych czynników pracy, takich jak przestrzeń, niepewność czy emocje.

Niniejsza publikacja jest etnografią przybliżającą organizacyjną codzienność oddziałów szpitalnych, widzianą oczyma przedstawicieli personelu medycznego. Omawiamy realia pracy, pokazując trudności, z jakimi muszą się mierzyć pracownicy oddziałów, a które często są niezauważalne dla pacjentów i ich rodzin. Pokazujemy zakulisowy świat oddziału szpitalnego, w którym następuje wzajemne uzgadnianie znaczeń i kontekstów wykonywanej pracy. Piszemy o tym, że pracownicy każdego z oddziałów funkcjonują w specyficznym kontekście, na który składają się wspólnie podzielana przestrzeń, sposób zarządzania oddziałem, w tym dostosowanie go do obowiązującego na poziomie krajowym systemu prawnego, sposoby komunikowania się, atmosfera pracy, rytuały, a także umiejętność zarządzania emocjami własnymi i innych.

Najogólniej mówiąc, organizacja społeczna to grupa ludzi współpracujących ze sobą w sposób uporządkowany i skoordynowany dla osiągnięcia pewnego zestawu celów (zob. Griffin, 1996: 34 i nast.; Nogalski, Śniadecki, 1998: 51). Dla Harolda J. Leavitta (1964: 55) istotna jest wzajemna zależność i współdziałanie wszystkich podmiotów występujących w organizacji. Każda organizacja ma strukturę, która odzwierciedla jej zadania i cele, a także posiada zasoby finansowe i materiałowe (w koncepcji Leavitta nazywane *technology*) konieczne dla ich realizacji. Organizacja to także ludzie, bez których by nie powstała, nie rozwijała się i nie realizowała swoich założeń. Zmiana jednego z elementów tego systemu prowadzi do zmiany pozostałych. Organizacja jest zatem

systemem zróżnicowanych i skoordynowanych działań ludzkich, wykorzystujących, przekształcających lub uruchamiających określony zespół zasobów ludzkich, materialnych, kapitałowych, ideowych i naturalnych w jednolitym całościowym procesie rozwiązywania problemów zaspokajania określonych potrzeb ludzkich we współdziałaniu z innymi układami ludzkich działań i zasobami znajdującymi się w ich otoczeniu (Bakke, 1965: 67).

Co istotne, jest przede wszystkim zorganizowanym systemem akcji i interakcji (zob. Bernard, 1938). Jej działanie ma charakter ciągły i procesualny. Każda organizacja wyznacza społeczno-zawodowe wzory pracowników poprzez stworzenie wzoru idealnie pozytywnego, idealnie negatywnego i przeciętnego członka załogi. Pozwala to na określenie sposobu pracy, wykonywania poszczególnych czynności oraz zachowań w miejscu pracy, których realizacja poddawana jest kontroli i ocenie (por. Januszek, Sikora, 2000: 38–39).

Wchodząc do organizacji jako zewnętrzny badacz, możemy obserwować jedynie artefakty. Widzimy fizyczne zorganizowanie przestrzeni, ubiór pracowników, słyszymy pewne komunikaty, przyglądamy się zachowaniom ludzi. Dostrzegamy w zasadzie to, co organizacja chce nam pokazać. Jednak bez zagłębienia się w obserwowany teren badawczy, bez rozmowy z pracownikami nie jesteśmy w stanie zrozumieć ich zachowań, języka, komunikatów, a nawet takiego a nie innego zorganizowania przestrzeni. Nie poznamy też głębszych poziomów organizacyjnych (zob. Schein, 2010: 23–24), takich jak wartości, normy, tabu czy opowieści organizacyjne. Nie wyjaśnimy znaczeń i kontekstów obserwowanych zjawisk, jeśli nie otworzymy drzwi tytułowego oddziału i w metodyczny sposób nie wnिकniemy w tę, początkowo nam obcą, rzeczywistość.

Etnografia, w tym etnografia organizacji (zob. Kostera, 2003; 2011; 2012), jest tą strategią badawczą, która umożliwia badanie społecznych aspektów życia różnych zbiorowości i zjawisk w ich rzeczywistym kontekście (zob. Becker, Geer, 1960; Atkinson, Hammersley, 1994; Prus, 1997; Konecki, 2012). Poprzez uczestnictwo badacza w świecie badanych możliwy staje się opis świata organizacji wraz z ukazaniem konstytuujących go procesów interakcyjnych, relacji i kontekstów.

Starałyśmy się wejść do świata społecznego badanej organizacji, zdobyć zaufanie jej personelu, z wyczuciem, ale i dociekliwością zbierać informacje, by następnie wiernie przedstawić je w raporcie badawczym. Badanie miało charakter etnograficzny, zastosowałyśmy wybrane techniki gromadzenia materiału empirycznego, w tym obserwację, wywiad swobodny oraz wywiad konwersacyjny. Dużą część efektów naszych badań stanowi opis etnograficzny badanych oddziałów z uwzględnieniem różnych aspektów ich funkcjonowania i zorganizowania.

Prezentowana monografia wpisuje się w nurt jakościowych badań społecznych, realizowanych z wykorzystaniem koncepcji interakcjonizmu symbolicznego. Jest to opracowanie z pogranicza socjologii organizacji, socjologii pracy oraz socjologii medycyny i socjologii emocji. Jest to opis, w którym przed Czytelnikiem starałyśmy się otworzyć drzwi do świata społecznie ważnej organizacji – szpitala. Do świata, który pełen jest emocji, niepewności, sytuacji trudnych. Do świata, którego codzienność uwarunkowana jest przez swoisty kontekst kulturowy i organizacyjny. Do świata, w którym indywidualne normy i wartości jednostek przenikają się z normami i wartościami oddziału szpitalnego. Do świata, w którym uwarunkowania organizacyjne łączą się z ludzkimi słabościami i dramatami, ale także wzajemnie na siebie wpływają. Do świata, w którym

procedury i ich internalizacja mieszają się z odczuwanymi emocjami, wpływając na podejmowanie określonych działań.

Przedmiotem zainteresowania socjologii pracy, organizacji i zarządzania są przede wszystkim społeczne uwarunkowania funkcjonowania organizacji i procesów zarządzania nimi, w tym dynamika procesów zachodzących w tych organizacjach. Kwestie te stały się przedmiotem niniejszego opracowania. Włączony w relacje ekonomiczne szpital, podobnie jak współczesne korporacje, chcąc sprawnie funkcjonować na rynku w warunkach rosnącej konkurencji, chcąc utrzymać pozycję lidera, a przy tym zatrzymać najlepszych pracowników, musi rozwiązywać dylematy i problemy, które pojawiają się wraz ze zmianami warunków polityczno-gospodarczych.

Pracując w Instytucie Socjologii na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego, od lat zajmujemy się problematyką wpisującą się w szeroko rozumianą socjologię pracy i organizacji. W naszych dotychczasowych badaniach wielokrotnie zgłębiałyśmy problematykę pracy, zawodu, kultury organizacyjnej, komunikowania i emocji. W swoich badaniach odnosiłyśmy się do różnych grup społecznych, w tym grup zawodowych.

Przedstawione w tej książce badania zrealizowane zostały bez wparcia funduszy zewnętrznych, jedynie przy wykorzystaniu własnych środków. Pomysł był wypadkową naszych zainteresowań – różnych, a zarazem mających wspólny mianownik. Beata Pawłowska interesuje się głównie problematyką emocji w pracy zawodowej i kultury organizacyjnej kształtującej internalizowane przez pracowników normy i wartości. Anna Kubczak zajmuje się problematyką socjologicznych aspektów technologii i materialności oraz ich wpływem na działania w organizacji. Dominika Byczkowska-Owczarek od lat prowadzi badania dotyczące procesu socjalizacji wtórnej, w tym w zawodach medycznych, oraz wpisujące się w nurt socjologii ciała. Nasze zainteresowania naukowe zostały odzwierciedlone w strukturze prezentowanej monografii – publikacja dotyczy takich zjawisk społecznych i elementów kultury organizacyjnej szpitala, jak komunikowanie, kierowanie personelem, społeczne konstruowanie emocji, praca w warunkach niepewności, wpływ przestrzeni na działania i zachowania personelu medycznego.

Pierwszy rozdział stanowi wprowadzenie do problematyki i metodologii badania. Przedstawione zostały w nim cel badania, jego strategia, a także charakterystyka badanych oddziałów szpitalnych. Opisałyśmy proces badawczy, zastosowane procedury i techniki badań. Omówiłyśmy techniki gromadzenia i analizy danych. Podejściem metodologicznym zastosowanym w przedstawianych eksploracjach jest badanie etnograficzne z wykorzystaniem ogólnej strategii badawczej oraz niektórych narzędzi metodologii teorii ugruntowanej. Mając na uwadze procedury analityczne tej metodologii, podczas badania byliśmy otwarte na obserwowane zjawiska, wielokrotnie powracaliśmy na badane oddziały, także po analizie zebranych wcześniej danych. Metaforycznie można powiedzieć, że pierwszy rozdział książki jest wprowadzeniem, uchYLENIEM DRZWI DO WNĘTRZA ORGANIZACJI, a każdy

następny otwiera przed Czytelnikiem kolejne obszary analizy. Razem tworzą one etnograficzny obraz wycinka badanej organizacji.

Rozdział drugi przedstawia szpital jako formalną organizację społeczną. Czytelnik znajdzie tu zarówno rozważania teoretyczne dotyczące pojęcia „organizacji”, jak i opis funkcjonowania badanych oddziałów szpitalnych w odniesieniu do ich formalnego zorganizowania. Szpital ukazany został jako organizacja pełniąca ważną rolę społeczną. Omówiliśmy główne zasady jego działania związane z realizacją podstawowych celów, jakimi są leczenie i ochrona zdrowia. Opis ten uzupełniony został charakterystyką uwarunkowań zewnętrznych oddziałujących na badane oddziały szpitalne, w której nacisk kładziemy na czynniki kształtujące organizowanie i koordynowanie podejmowanych tam działań. Zaznaczamy, że mimo całej formalizacji, biurokracji i regulacji prawnych szpitale nie są monolitami i dlatego są interesujące dla badaczy. Opis zawarty w rozdziale drugim uważamy za istotny dla zarysowania kontekstu, w jakim należy odczytywać prezentowane w dalszych rozdziałach interpretacje wybranych elementów organizacyjnej rzeczywistości szpitala publicznego.

Rozdział trzeci rozpoczyna analityczną część książki. W każdym kolejnym rozdziale przedstawiony został inny aspekt funkcjonowania szpitala, mający istotny wpływ na pracę personelu medycznego. Pierwszym z zaprezentowanych czynników jest przestrzeń szpitala jako rzeczywistość konstruowana społecznie. Przyjrzenie się wewnętrznym zróżnicowaniom przestrzennym pozwoliło na uchwycenie sposobu, w jaki szersze procesy kulturowe i społeczne uwidoczniają się w ramach codziennych działań i praktyk badanego szpitala. Przestrzeń wpływa między innymi na jakość leczenia i opieki nad pacjentem, relacje między lekarzami oraz wymianę informacji i dzielenie się wiedzą. Czytelnik znajdzie tu charakterystykę przestrzeni badanych oddziałów, a także opis jej znaczenia dla działań podejmowanych przez personel medyczny. Przestrzeń okazuje się źródłem zakłóceń, zarzewiem konfliktów lub narzędziem utrzymania status quo i ładu społecznego. Przestrzeń umożliwia bycie niedostępnym, a „praca na widoku” nie cieszy się w badanych oddziałach popularnością. Do przestrzeni można się dostosować lub ją zmieniać. Przestrzeń może wpływać na procesy komunikacji, ułatwając je lub utrudniając. Jak wynika z naszych badań, jest także ważnym elementem kształtującym jakość relacji pracowniczych i wpływającym na zarządzanie emocjami przez personel medyczny.

Rozdział czwarty to próba diagnozy stylów kierowania prezentowanych przez kierowników (ordynatorów) badanych oddziałów. Od stylu kierowania zależy współpraca personelu, atmosfera w pracy i jakość działań podejmowanych przez personel medyczny. Przekłada się to na satysfakcję z pracy oraz efektywność pracowników, może wpływać na proces wypalenia zawodowego i samoocenę pracownika. Analiza zebranego materiału pozwoliła wyłonić kilka różnych stylów kierowania, jakimi posługuje się kierowniczy personel medyczny. Ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe prezentują odmienne, bardziej i mniej efektywne style kierowania, co znacząco wpływa na działania pracowników i proces komunikacji w badanych oddziałach

szpitalnych. Okazało się, że oddziałami zarządzają zarówno autokraci, jak i „łagodne matki”, zarówno osoby reprodukujące w zarządzaniu paternalistyczne wzory zachowania, jak i biurokraci funkcjonujący ściśle w zakresie wyznaczonych procedur. W rozdziale tym uzasadniamy tezę, że w sytuacji braku profesjonalnego przygotowania do zarządzania zespołami ludzkimi na sposób kierowania w znacznym stopniu wpływa proces socjalizacji wtórnej w danej organizacji.

Kolejny rozdział dotyczy procesu komunikowania. Przedstawiamy w nim praktyki komunikowania stosowane w zespołach personelu medycznego badanych oddziałów. Identyfikujemy czynniki ułatwiające (proefektywnościowe) oraz utrudniające (antyefektywnościowe) proces komunikowania pomiędzy pracownikami medycznymi. Opisujemy także strategie komunikacyjne stosowane przez lekarzy, pielęgniarki i salowe w kontaktach z kolegami z pracy i przełożonymi. Koncentrujemy się na aspektach interakcyjnych i relacjach międzyludzkich.

Tematyka rozdziału szóstego dotyczy niepewności w pracy lekarzy. Niepewność i niepełna przewidywalność procesu leczenia są jedną z przyczyn silnych emocji towarzyszących pracującym w zawodach medycznych. Stanowią także istotną składową kontekstu, w jakim miliony pracowników szeroko pojętej ochrony zdrowia funkcjonują codziennie na całym świecie, podejmując określone decyzje, działania i ponosząc za nie odpowiedzialność. W rozdziale tym charakteryzujemy warunki przyczynowe, kontekst społeczno-organizacyjny oraz konstruowane przez personel medyczny sposoby radzenia sobie z niepewnością, w tym strategie asekuracyjne.

Książkę kończy rozdział dotyczący emocji w pracy personelu medycznego. Emocje są nieodłącznym elementem codzienności każdego pracownika. Tym bardziej widoczne są w zawodach związanych z dużym obciążeniem psychicznym. Praca z chorym pacjentem jest trudna emocjonalnie. Lekarze, a przede wszystkim pielęgniarki narażone są na częste odczuwanie negatywnych emocji związanych ze śmiercią pacjenta. Bez wsparcia psychologicznego niejednokrotnie trudno jest zarządzać emocjami własnymi, ale także emocjami umierających pacjentów i ich rodzin. Personel medyczny zarządza emocjami powstającymi w wyniku interakcji ze współpracownikami i przełożonymi, które są pochodną sposobów komunikowania i zarządzania w oddziałach szpitalnych. Emocje wynikające ze sposobów organizacji pracy przenikają się z tymi powstającymi na skutek pracy w specyficznych warunkach szpitalnych. W rozdziale ukazujemy czynniki powodujące największe obciążenie emocjonalne w pracy personelu medycznego oraz omawiamy emocje, które najczęściej towarzyszą mu podczas pracy w trzech badanych oddziałach. Emocje kształtują interakcje, przebieg interakcji z kolei wpływa na powstawanie określonych emocji – a to na zasadzie sprzężenia zwrotnego dynamizuje proces komunikowania. Ważnym elementem wpływającym na powstawanie, wyzwalanie i regulację emocji są żarty, które odgrywają ważną rolę normalizującą poziom napięcia i stresu w pracy. Ten ostatni wpływa na wykonywaną pracę i jakość kontaktu z pacjentem i współpracownikami. Wzrastające wymagania, biurokratyzacja, brak odpowiedniego systemu motywowania, nieodpowiednie warunki pracy,

praca w warunkach niepewności, wieloetatowość – praca w różnych placówkach ochrony zdrowia oraz zachowania pacjentów i ich rodzin znacząco wpływają na efektywność pracownika, a także na jego zdolność koncentracji, warunkując powstawanie określonych emocji.

Choć badanie realizowane było jako jeden spójny projekt, to każdy z opisywanych oddziałów mógłby stanowić odrębne studium przypadku. Analiza trzech badanych oddziałów może zatem być podstawą studiów porównawczych wzbogacających wiedzę o funkcjonowaniu organizacji oraz pracownikach medycznych uczestniczących w procesie interakcji. Połączenie trzech studiów przypadku pozwoliło całościowo opisać funkcjonowanie oddziałów szpitalnych i pracujących tam osób. Omawiając kilka przypadków w ramach jednego projektu badawczego (por. Huberman, Miles, 1984), chcieliśmy zbadać zbiorowość pracowników medycznych oraz ukazać uwarunkowania organizacyjne wpływające na proces pracy.

Niniejsza książka to jedno z nielicznych polskich opracowań etnograficznych poświęconych uwarunkowaniom i kontekstom pracy w oddziałach szpitalnych. Do polskiej literatury naukowej z zakresu etnografii placówek medycznych należą opracowania Bożeny Freund i Aleksandry Radwan (2018), Huberta Wiercińskiego (2016) czy praca zbiorowa pod redakcją Magdaleny Radkowskiej-Walkowicz i Huberta Wiercińskiego (2014). Publikacje te jednak dotyczą głównie przedstawienia relacji między pacjentami i personelem medycznym czy też szerszych związków między medycyną i kulturą. Z kolei prace zbiorowe pod redakcją Marcina Kautscha (2011, 2015) koncentrują się na analizie placówek medycznych z perspektywy nauk o zarządzaniu. Celem naszej monografii jest opis procesu pracy personelu medycznego w kilku wskazanych powyżej aspektach, a także konkretnych kontekstach.

Badanie etnograficzne jest trudne w realizacji, jego przeprowadzenie nie byłoby możliwe bez zgody władz szpitala. Dlatego też w tym miejscu chcielibyśmy szczególnie podziękować Dyrekcji szpitala za życzliwe przyjęcie, otwartość naukową, chęć współpracy i wskazanie obszarów i oddziałów do realizacji prezentowanego projektu badawczego. Dziękujemy za poświęcony czas i otwarcie drzwi szpitala. Podziękowania kierujemy także do całego personelu medycznego badanych oddziałów, w tym szczególnie do ordynatorów (kierowników) oraz pielęgniarek oddziałowych. Cierpliwie odpowiadali Państwo na nasze pytania, udzielając odpowiedzi, które pracownikowi medycznemu, znającemu specyfikę organizacyjną placówki medycznej, niejednokrotnie mogły wydać się oczywiste. Dziękujemy, że pozwolili Państwo na naszą obecność w szpitalu i na to, że mogliśmy zanurzyć się w codzienność Państwa organizacji i poznać specyfikę Państwa pracy. Pokazali nam Państwo świat swojej organizacji i pozwolili spojrzeć na niego z Państwa perspektywy.

Mamy nadzieję, że niniejsza monografia przybliży realia działania oddziałów szpitalnych. Ufamy, że stanie się inspiracją dla kolejnych badaczy jakościowych oraz będzie głosem w dyskusji o funkcjonowaniu polskiej ochrony zdrowia.

Rozdział 1

Etnografia organizacji – kilka słów o metodologii badania

1.1. O badaniu

Opisywane w niniejszej monografii badanie realizowane było w okresie od lipca do końca listopada 2017 roku na terenie szpitala klinicznego w dużym mieście wojewódzkim, w trzech wskazanych przez dyrekcję szpitala oddziałach: neurochirurgii, laryngologii i intensywnej terapii. Pełne nazwy oddziałów wyróżnionych w strukturze organizacyjnej szpitala zostały skrócone i w takiej formie używane będą w opracowaniu.

Głównym celem badania było zidentyfikowanie praktyk komunikowania w oddziałach szpitalnych w kontekście ich wpływu na relacje międzyludzkie. Został on uzgodniony z dyrekcją szpitala – zainteresowaną przebiegiem tego procesu w trzech wskazanych oddziałach. Nasze zainteresowanie zjawiskami społecznymi obserwowanymi w oddziałach szpitalnych nie ograniczało się jednak tylko do procesu komunikacji. Dlatego też dużą część efektów prezentowanych badań stanowi opis etnograficzny badanych oddziałów z uwzględnieniem stylów komunikowania, kierowania, a także specyficznych czynników pracy, takich jak przestrzeń, niepewność czy emocje.

1.2. Charakterystyka badanych oddziałów

Poniżej przedstawiamy krótką charakterystykę badanych oddziałów, zawierającą opisy kontekstu, który ma wpływ na podejmowane przez personel działania.

Oddział intensywnej terapii jest miejscem, gdzie panuje reżim higieniczny, ponieważ na jego terenie przebywają pacjenci w bardzo poważnym stanie.

Wejście na oddział nie jest możliwe dla osób postronnych. Wszyscy odwiedzający, także personel innych oddziałów, muszą przebrać się w odzież i obuwie ochronne. We wszystkich drzwiach (drzwi wejściowe na oddział, śluza, drzwi do gabinetów lekarskich, drzwi na sale chorych) znajdują się elektroniczne zamki, w związku z czym rozmowy z lekarzami są utrudnione. Podczas prowadzenia badań tylko raz udało nam się zaobserwować spotkanie lekarza z osobą z rodziny pacjenta. Praca w oddziale intensywnej terapii wymaga dużej odporności psychicznej, gdyż ze względu na stan pacjentów powoduje największe obciążenie emocjonalne, związane między innymi z koniecznością przekazywania rodzinie informacji o bardzo ciężkim stanie pacjenta lub o jego zgonie. W porównaniu do dwóch pozostałych oddział ten charakteryzuje się największą ilością wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (respiratory, pompy infuzyjne, płuco-serce itp.). Praca w tym oddziale wymaga stałej współpracy różnych kategorii personelu medycznego. To tu najczęściej zdarzają się zgony pacjentów. Z uwagi na charakter pracy zarówno lekarze, jak i pielęgniarki z tego oddziału pracują także na bloku operacyjnym, w salach zabiegowych na terenie całego szpitala oraz w poradni. Personel jest zatem znacznie rozproszony na terenie placówki. Konieczność zarządzania na odległość jest dodatkowym wyzwaniem i może powodować problemy komunikacyjne. Osoby pracujące na terenie oddziału sprawują opiekę nad pacjentami w dwóch oddzielnych salach oraz na niewielkiej sali zabiegowej.

Oddział neurochirurgiczny jest umiejscowiony na jednym z pięter budynku szpitalnego, a zatrudnieni w nim operatorzy zajmują się chirurgicznym leczeniem zmian (naczyniowych, urazowych, funkcjonalnych, onkologicznych) w mózgu, kręgosłupie i niektórych nerwach obwodowych. Jako operatorzy pracują tu wyłącznie mężczyźni. Jedyna lekarka zatrudniona w tym oddziale zajmuje się wysokospecjalistyczną diagnostyką mózgu. Pokój lekarzy jest odseparowany od głównego korytarza pokojem sekretarskim i pacjenci nie mają do niego dostępu. Pielęgniarki i salowe dzielą jeden mały i pozbawiony okien pokój. Niedostatek przestrzeni bywa powodem konfliktów pomiędzy korzystającymi z niego osobami, ponieważ zmuszone są one do dzielenia niewielkich szafek, brakuje także miejsc do siedzenia podczas przerwy. Charakterystyczne dla oddziału jest to, że lekarze spędzają wiele czasu (nawet do 18 godzin) na bloku operacyjnym, prowadząc skomplikowane operacje. Skutkiem tego personel pielęgniarski jest przyzwyczajony do podejmowania samodzielnych decyzji. Oddział ten jest niezwykle obciążony pracą, zdarza się, że łóżka pacjentów stoją na korytarzach. To powoduje, że lekarze doświadczają stałego natłoku informacji o różnym charakterze oraz bardzo silnego stresu.

W **oddziale laryngologicznym** przeprowadza się chirurgiczne leczenie uszu, nosa, krtani, gardła oraz innych organów głowy i szyi. Personel lekarski składa się mniej więcej po równo z kobiet i mężczyzn. Oddział jest usytuowany na jednym z pięter budynku. W przeciwieństwie do oddziału neurochirurgii na korytarzach nie ma łóżek pacjentów. Pielęgniarki i salowe mają oddzielne pokoje socjalne, podobnie jak lekarze starsi i młodszy. Lekarze spędzają wiele godzin, wykonując

zabiegi na bloku operacyjnym, ale poświęcają na nie mniej czasu niż neurochirurdzy. W związku z tym pielęgniarki mogą liczyć na ich częstszą obecność w oddziale. Pielęgniarki zwracają się do pacjentów przyjaźnie, zazwyczaj są uśmiechnięte, osławają ich z sytuacją pobytu w szpitalu. W obecności pacjentów zawsze zwracają się do siebie w sposób profesjonalny i rzeczowy.

W odróżnieniu od oddziału intensywnej terapii, oddziały neurochirurgiczny i laryngologiczny są oddziałami otwartymi, co oznacza, że każda osoba z zewnątrz może tam wejść bez konieczności poddawania się procedurom sanitarnym. W oddziałach neurochirurgicznym i laryngologicznym przebywają pacjenci przytomni i chodzący, przytomni, ale niechodzący oraz pacjenci nieprzytomni. Najliczniejsza jest grupa tak zwanych pacjentów chodzących. W stanie nieprzytomności lub przytomności, ale niezdolności do chodzenia pacjent znajduje się krótko, najczęściej bezpośrednio po zabiegu operacyjnym. W obu oddziałach znajdują się sale pooperacyjne. Ta krótka charakterystyka pacjentów ma znaczenie o tyle, że ich stan zdrowia i zakres samodzielności implikują rodzaj czynności terapeutycznych i opiekuńczych wykonywanych przez personel medyczny poszczególnych oddziałów.

Ordynatorami oddziałów intensywnej terapii i neurochirurgii są mężczyźni, natomiast ordynatorem oddziału laryngologii jest kobieta. Funkcje pielęgniarek oddziałowych we wszystkich badanych oddziałach sprawują kobiety. Staż pracy personelu zarządzającego jest różny, ale nie krótszy niż 15 lat. Większość badanych osób ma wykształcenie wyższe. W grupie lekarzy znajdują się osoby z tytułami i stopniami naukowymi, niektórzy realizujący jednocześnie kariery akademickie. Wszyscy ordynatorzy mają tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego i profesora uczelni medycznej. Wszystkie pielęgniarki oddziałowe mają wykształcenie wyższe magisterskie, a przełożona oddziału laryngologii ukończyła studia podyplomowe. W grupie salowych znajdowały się osoby z wykształceniem zawodowym lub średnim technicznym. Średnia wieku pielęgniarek jest wyższa od średniej wieku lekarzy. Najmłodsi pracownicy zatrudnieni są w oddziale intensywnej terapii (szczególnie dotyczy to personelu pielęgniarskiego), co wskazuje na trudność pracy i ogromne obciążenie emocjonalne występujące w tym oddziale. W ocenie rozmówców oraz dyrekcji szpitala wszystkie badane oddziały są prestiżowymi miejscami pracy, przy czym duma z przynależności do określonego zawodu i danej grupy pracowniczej najczęściej podkreślana była przez lekarzy oddziału neurochirurgii oraz pielęgniarki i pielęgniarzy oddziału intensywnej terapii.

1.3. Podejście metodologiczne

Nasze badanie możemy określić jako badanie etnograficzne z wykorzystaniem ogólnej strategii badawczej oraz niektórych narzędzi metodologii teorii ugruntowanej (MTU). Zważywszy na charakter badań metodologia teorii ugruntowanej nie została wykorzystana kompleksowo. Nie wyłoniłyśmy na przykład kategorii centralnej z uwagi na dużą liczbę kontekstów, w jakich prowadzone było badanie, oraz jego określony z góry cel. MTU nie ogranicza się do procedur, dostarcza wskazówek dla całego procesu, a także zapewnia ogólną strategię prowadzenia badań, zakładając otwartość na obserwowaną rzeczywistość i pozwalając przedstawić ją z perspektywy osób badanych. Elastyczność procedur nie ogranicza się do procedur analitycznych, ale również obejmuje gromadzenie danych i konstruowanie teorii.

Metodologia teorii ugruntowanej to strategia metodologiczna, w której proces badawczy ma charakter iteracyjny, co oznacza, że etap gromadzenia danych oraz etap analizy przeplatają się aż do momentu tak zwanego nasycenia wygenerowanych kategorii analitycznych. Oznacza ono, że dalsze zbieranie danych nie przynosi już żadnych nowych informacji i można przejść do ich ostatecznego opracowania (Konecki, 2000; Charmaz, 2006). Tak było też w przypadku naszych badań – byliśmy otwarte na obserwowane zjawiska, wielokrotnie powracaliśmy na badane oddziały, także po analizie zebranych wcześniej danych.

Warto zaznaczyć, że MTU obejmuje wiele procedur. Zostały one zaprojektowane tak, aby dało się je dostosowywać do badanego procesu lub zjawiska, nie pozostawiając procesu analizy jedynie kreatywności badacza. Procedurą mającą zapewnić osiągnięcie maksymalnego stopnia intersubiektywności wyników badania, poprzez zminimalizowanie słabych stron różnych technik badawczych, wpływu indywidualnych perspektyw badaczy czy też słabości niektórych koncepcji teoretycznych, jest triangulacja. Służy ona weryfikacji związków między pojęciem a wygenerowanymi w badaniu kategoriami (Hammersley, Atkinson, 2000: 236). Wyłonione kategorie są weryfikowane na podstawie nowo wygenerowanych warstw danych (Charmaz, 2006: 14–15). Niniejsze badanie spełnia wymogi triangulacji badacza, danych, metodologicznej i w pewnym stopniu – teoretycznej (Hammersley, Atkinson, 2000: 236; Charmaz, 2006: 14–15).

Ważnym narzędziem wykorzystywanym w badaniach prowadzonych w ramach metodologii teorii ugruntowanej są pojęcia uczulające. Dzięki ich zastosowaniu badacz może rozwijać koncepcje dotyczące badanych zjawisk i procesów, które odnajduje w danych. Są to narzędzia prowizoryczne. Jeśli w trakcie badania okazuje się, że nie mają one odzwierciedlenia w danych, nie stosuje się ich dłużej (Charmaz, 2006: 17). Pojęcia te powinny być w pewnym stopniu ogólne, aby umożliwić wyjaśnianie zjawisk (pracowanie teorii), oraz dostosowane do badanej rzeczywistości, czyli ściśle powiązane z badanymi zjawiskami (rozumiane przez członków badanego środowiska, zbiorowości), powinny także oddziaływać na wyobraźnię,

wywoływać pewien obraz (Konecki, 2000: 36–38). W przypadku naszych badań takimi pojęciami są „strategie asekuracyjne”, „typy zachowań emocjonalnych” czy „żarty wewnątrzgrupowe”.

Jednym z rodzajów pojęć uczulających są, według Anselma Straussa i Juliet Corbin (1990: 69), kody *in vivo*. Pozwalają one zachować znaczenia nadawane przez uczestników badania ich działaniom czy zjawiskom zachodzącym w badanym obszarze. Język używany przez badanych do opisu rzeczywistości jest bardzo ważny dla jej zrozumienia. Kody *in vivo* są użyteczne, gdy odnoszą się do ogólnej i powszechnej w badanym środowisku wiedzy, gdy w nowy i innowacyjny sposób określają charakter doświadczenia badanej osoby lub gdy w skondensowany sposób przekazują perspektywę badanej grupy (Charmaz, 2006: 55). Kodami *in vivo* w naszym badaniu są między innymi *robienie książkowe*, *ufalny pacjent*, *anatomia indywidualna*, *dziewczyny na posyłki*, *trzymanie emocji* czy *nabijanie ręki*. W tekście książki posłużenie się kodem *in vivo* każdorazowo sygnalizowane jest informacją w nawiasie.

Zgodnie z przyjętymi zasadami prowadzenia badań etnograficznych w książce staramy się przedstawiać badane zjawiska z perspektywy osób badanych. Oznacza to także przyjęcie języka funkcjonującego w świecie medycznym. Sformułowania stosowane przez naszych badanych, takie jak *roszczeniowość*, zostały zapisane kursywą. Z tego samego powodu piszemy „w oddziale” zamiast „na oddziale”. Nazwy stanowisk stosujemy w taki sposób, jak używają ich badani. Dlatego też feminatywów używaliśmy jedynie do opisu stanowisk, które w ten sposób są określane przez samych badanych (np. pielęgniarka oddziałowa). W przypadku innych stanowisk zajmowanych przez kobiety stosujemy albo formy męskie (chirurg, pracownik naukowy), albo formy męskie poprzedzone słowem „pani” (pani ordynator, pani psycholog). Tak mówią o sobie kobiety pracujące w szpitalu, tak też wyraża się dyrekcja czy inni przedstawiciele personelu medycznego.

1.4. Badanie etnograficzne

Etnografia jako strategia badawcza umożliwia badanie społecznych aspektów życia różnych zbiorowości i zjawisk (por. Konecki, 2012: 77) w ich rzeczywistym kontekście (Kostera, 2003: 12; 2011: 9; 2012: 73) poprzez uczestnictwo badacza w świecie badanych (Prus, 1997: 192). Robert Prus (1997: 192–193) wskazuje, że każdy badacz realizujący swoje badania za pomocą etnografii powinien postawić przed sobą kilka celów: a) przeniknąć do świata społecznego badanych, b) osiągnąć możliwą bliskość i zażyłość, w tym zaufanie badanych osób, c) ostrożnie i w pełni zbierać informacje o badanym świecie społecznym, d) informacje o badanym świecie przekazać innym osobom (*outsiders*) w sposób zrozumiały i jak najbardziej pełny.

Paul Atkinson i Martyn Hammersley (1994: 248) wyróżniają cztery cechy badań etnograficznych:

- nacisk na pełne i pogłębione badanie natury poszczególnych zjawisk społecznych;
- praca głównie z danymi „nieustrukturyzowanymi», czyli z danymi, które w momencie zbierania nie zostały zakodowane według zamkniętego zbioru kategorii analitycznych” (cyt. za: Silverman, 2007: 86);
- szczegółowe badanie małej liczby przypadków;
- analizowanie danych, które, jak pisze Silverman (2007: 86), „zawierają w sobie wyrażone explicite interpretacje znaczeń i funkcji ludzkich działań w formie ustnych opisów i wyjaśnień”.

Celem badania realizowanego z użyciem etnografii (Hammersley, Atkinson, 2007) jest rekonstruowanie i wyjaśnienie, jak i dlaczego zachodzi dany proces czy zjawisko. Podczas badania towarzyszyła nam więc nie tylko chęć odpowiedzi na pytania „Co to jest?”, „Co się tu dzieje?”, ale także „Dlaczego to się dzieje?” i „Jak to się dzieje?” (Prus, 1997: 193; Marciniak, 2016: 211). Nasze badanie to także etnografia organizacji, pozwalająca zrozumieć perspektywę członków organizacji oraz badać zjawiska mało znane lub nietypowe obszary lepiej znanych zjawisk (Kostera, 2012: 73).

Jak wspomnieliśmy, badanie miało charakter etnograficzny z zastosowaniem wybranych technik gromadzenia i analizy materiału empirycznego. Choć realizowane było jako jeden spójny projekt, to każdy z opisywanych oddziałów mógłby stanowić odrębne studium przypadku. Każdy z oddziałów traktować należy jako kolejny przypadek stanowiący materiał do studiów porównawczych wzbogacających wiedzę o funkcjonowaniu badanej organizacji oraz uczestniczących w procesie interakcji pracownikach medycznych. Każdy przypadek mógłby stanowić przedmiot osobnego opracowania, jednak ich połączenie pozwoliło na opisanie procesów komunikowania, zarządzania, funkcjonowania w sytuacji niepewności i przy obciążeniu emocjonalnym. Pozwoliło również holistycznie scharakteryzować funkcjonowanie oddziałów szpitalnych i pracujących tam osób. Odwołując się do typologii Roberta Stake’a (1994), można powiedzieć, że prezentowane badanie miało charakter wielokrotnych studiów przypadków. Analizując kilka przypadków jednocześnie, w ramach jednego projektu badawczego (por. Huberman, Miles, 1984), chcieliśmy zbadać zbiorowość pracowników medycznych oraz uwarunkowania procesu komunikowania, zarządzania i relacji pomiędzy pracownikami.

Analiza danych, w tym weryfikowanie pojawiających się w trakcie badania hipotez, prowadzona była między innymi drogą porównywania różnych grup w podobnym momencie oraz upewniania się, że odpowiedzi udzielane na pytania z wywiadu oraz przedstawiane narracje pokrywały się z danymi z obserwacji (zob. Becker, Geer, 1960; Silverman, 2007), czyli z tym, co mówili i jak zachowywali się badani w naturalnych sytuacjach, na przykład w trakcie rozmów w pokoju

lekarskim/pielęgniarskim, wymiany informacji na szpitalnych korytarzach, podczas mniej lub bardziej formalnych spotkań (np. podczas odpraw lub obchodów).

Zarówno w badaniach etnograficznych, jak i w tych prowadzonych z wykorzystaniem MTU często stosowane są jakościowe techniki badań. Wynika to z faktu, że obie perspektywy wyrosły z tradycji interakcjonizmu symbolicznego. W centrum ich zainteresowań znajduje się dynamiczna, procesualna w swym charakterze rzeczywistość społeczna. Istotne jest także kluczowe znaczenie interakcji w konstruowaniu ludzkiego działania (Konecki, 2000: 33–36; Oktay, 2012: 12–13; Charmaz, 2014: 261–285).

1.5. Zastosowane techniki gromadzenia danych

Główną techniką gromadzenia danych w etnografii jest obserwacja (Silverman, 2001: 46). Tak też było w przypadku badania opisywanego w niniejszej książce. Dane uzupełniono informacjami zebranymi w toku przeprowadzonych wywiadów oraz udostępnionych materiałów zastanych, takich jak regulaminy, tablice ogłoszeń, informacje upublicznione, materiały wskazane przez personel medyczny i/lub dyrekcję szpitala.

Obserwacja to „proces badawczy, w którym obserwator przebywa w środowisku społecznym dla celów badań naukowych. Obserwator jest w bezpośrednich bliskich stosunkach z obserwowanymi i współuczestnictwo w ich naturalnym życiu dostarcza mu materiałów badawczych” (Schwartz, Schwartz, 1955: 344, cyt. za: Doktor, 1964: 43). Zastosowanie obserwacji może pozwolić „badaczowi zanurzyć się w życiu potocznym, gdzie związki, korelacje oraz przyczyny zjawisk mogą być zaobserwowane bezpośrednio, tak jak się wyłaniają w trakcie obserwacji” (Konecki, 2000: 146).

Martyn Hammersley i Paul Atkinson (2000: 16) wiążą obserwację z podejściem naturalistycznym, które opiera się na założeniu, że „jeśli to tylko możliwe, świat społeczny powinien być badany w jego «naturalnym» stanie, nie zakłóconym przez badacza”. Prowadzenie badań w „środowisku naturalnym” dla badaczy zwiększa prawdopodobieństwo zrozumienia badanej rzeczywistości poprzez odzwierciedlenie tych wszystkich elementów, które się na nią składają. Robert Prus i Scott Grills (2003: 24) podkreślają, że „rola obserwatora [szczególnie – przyp. aut.] uczestniczącego pozwala badaczowi przybliżyć się do doświadczeń życiowych uczestników w większym stopniu, niż czyni to zwykła obserwacja”. Jej popularność wyrasta z możliwości obserwacji faktycznego zachowania społecznych jednostek w toku wydarzeń, których są aktorami (Doktor, 1964: 44). Obserwacja jest „szczególnie użytecznym sposobem dla poznania ludzkich, społecznych zwyczajów, sposobów odnoszenia się do siebie nawzajem oraz wyznawanych idei nadających sens ich światu” (Moore, Savage, 2002: 59).

W trakcie kilku miesięcy realizacji badania uczestniczyliśmy w funkcjonowaniu oddziałów dwa lub trzy razy w tygodniu, przez kilka godzin dziennie, jako nieingerujące i niewartościujące obserwatorzy.

Drugą zastosowaną techniką zbierania danych były wywiady swobodne i konwersacyjne. Technika wywiadu stwarza możliwość bezpośredniego kontaktu z rozmówcą i wytworzenia odpowiedniej atmosfery, która sprzyja uzyskaniu pełnych, pogłębionych odpowiedzi. Istnieje także możliwość elastycznego pokierowania rozmową w zależności od zaistniałej sytuacji. Wywiad umożliwia obserwację rozmówcy w trakcie wypowiedzi oraz stwierdzenie, w których momentach jest on bardziej zaangażowany emocjonalnie, a w których mniej.

Jak pisze Krzysztof Konecki (2000: 169), technika wywiadu swobodnego, „czasami zwanego także pogłębionym wywiadem etnograficznym”, obejmuje w literaturze przedmiotu szerszą gamę wywiadów wyróżnionych ze względu na stopień standaryzacji (zob. też Przybyłowska, 1978: 63). Narracja w wywiadzie jest rezultatem indywidualnych doświadczeń jednostki oraz szerszego, społeczno-kulturowego kontekstu, które razem mają wpływ na kategoryzacje ujawniane w narracji przez badanych (Taylor, Littleton, 2006: 23, cyt. za: Chomczyński, 2008: 116).

Wywiady swobodne (Kaźmierska, 1999: 14–18; Kvale, 2004: 17, 38, 47), dobrowolne przeprowadziliśmy z personelem medycznym na szczeblu kierowniczym, zachowując zasady poufności. Rozmówcami byli: przedstawiciel dyrekcji szpitala, kierownicy oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe. Wszystkie osoby, z wyjątkiem kierownika jednego z oddziałów, wyraziły zgodę na ich nagrywanie. Wywiady przeprowadzałyśmy w gabinetach lub pokojach służbowych badanych osób. Trwały one od jednej do półtorej godziny.

Bardzo ważnym elementem badań realizowanych w oddziałach szpitalnych były nieformalne rozmowy z pracownikami oddziałów. Wywiady konwersacyjne (rozmowa badawcza, nieustrukturyzowana, zob. Konecki, 2000; Given, 2008) prowadzone były w trakcie wizyt w oddziałach szpitalnych z przedstawicielami personelu medycznego i niemedyycznego niepełniającymi funkcji kierowniczych, takimi jak lekarze, psychologowie, pielęgniarki, salowe, personel administracyjny.

Na wyraźną prośbę dyrekcji szpitala w trakcie realizacji badania skonstruowałyśmy i przeprowadziłyśmy badanie ankietowe. Ankieta przeprowadzona została wśród personelu medycznego. Udział w niej był anonimowy i dobrowolny. Celem wykorzystania tej techniki było uzyskanie informacji o relacji w zespołach oraz czynników utrudniających lub ułatwiających komunikowanie, zarówno z pacjentem, jak i z innymi przedstawicielami personelu. Z uwagi na niski poziom zwrotów ankiet, nasze wątpliwości dotyczące wiarygodności podawanych informacji oraz przyjęty paradygmat zrezygnowałyśmy z uwzględniania tych danych w niniejszej monografii.

1.6. Zastosowane techniki analizy danych

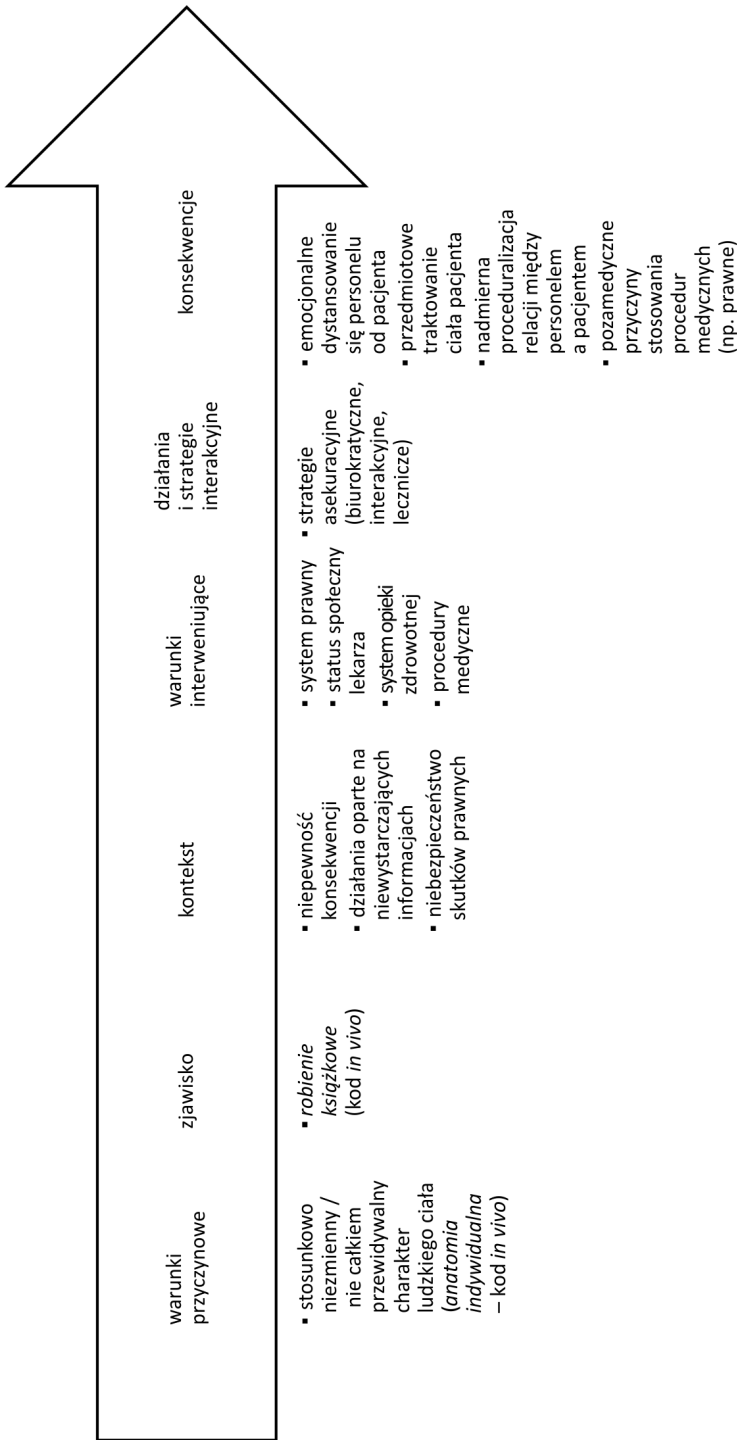
W analizie danych zastosowałyśmy procedury kodowania właściwe dla metodologii teorii ugruntowanej. Są to: kodowanie otwarte/rzeczowe, selektywne i teoretyczne, przygotowanie not teoretycznych, metoda ciągłego porównywania, a także dwie procedury przedstawione poniżej: matryca warunków oraz zogniskowane kodowanie kategorii. Teoretyczne pobieranie próbek było znacznie utrudnione z uwagi na ograniczoną dostępność niektórych przedstawicieli personelu (niechęć do udziału w badaniu lub nieobecność w pracy z uwagi na grafik lub np. uczestnictwo w szkoleniach), ograniczoną w czasie możliwość powrotu do miejsca badania itp.

Wśród wykorzystanych narzędzi analizy znalazła się matryca warunków (Strauss, Corbin, 1990: 168; Konecki, 2000: 49–51). W metodologii teorii ugruntowanej procedura ta została stworzona w celu uwzględnienia wpływu rozmaitych uwarunkowań na badane zjawisko i porządkowania ich. Umożliwia ona zidentyfikowanie jego cech oraz generalizację zjawisk danej kategorii zachodzących w różnych kontekstach społecznych. Według Straussa (1993: 60, cyt. za: Hildenbrand, 2007: 546) każde badanie powinno obejmować wszystkie następujące poziomy: międzynarodowy, krajowy, społeczności, organizacyjno-instytucjonalny, wewnątrzorganizacyjny, grupowo-indywidualny, interakcji i działań.

Matryca warunków jest procedurą kodowania stworzoną w celu uchwycenia warunków wpływających na badany proces w skali mikro i makro, a także służącą do opisu konsekwencji działań oraz wyjaśnienia powiązań między nimi. Ponadto może być pomocna w podejmowaniu teoretycznych decyzji dotyczących próbkowania oraz kontekstualizacji zjawisk (Charmaz, 2014: 342) czy mapowania istotnych procesów społecznych. W przypadku naszego badania procedura ta była przydatna w rekonstrukcji procesów komunikowania i kierowania, a także działania w warunkach niepewności i czynników obciążenia emocjonalnego.

Druga z procedur analitycznych wykorzystanych w naszych badaniach to zogniskowane kodowanie kategorii (Strauss, Corbin, 1990: 96–115; Konecki, 2000: 48–49), które zastosowałyśmy do ustanawiania relacji między kodami, kategoriami i pojęciami. Proces ten składa się z zależności między takimi elementami badanego procesu, jak: warunki przyczynowe, zjawisko, kontekst, warunki interweniujące, strategię działania/interakcji, konsekwencje tych działań (Strauss, Corbin, 1990: 97–98). W ten sposób można ukazać relacje między danymi uprzednio zakodowanymi w sposób otwarty i uwidocznić procesualny charakter danego zjawiska (w tym wszystkich rodzajów warunków, które wiążą je z innymi procesami społecznymi) (Bryant, Charmaz, 2007: 603).

W naszym badaniu procedurę tę zastosowałyśmy między innymi do analizy zjawiska *robienia książkowego* (kod *in vivo*). Obejmuje ono wszelkie praktyki personelu medycznego, które można uznać za wdrażanie dowolnej procedury pisemnej: medycznej, prawnej, biurokratycznej itp. Formalizacja działań medycznych



Wykres 1. Zogniskowane kodowanie kategorii dla procesu *robienia książki*
Źródło: opracowanie własne.

realizowanych przez lekarzy i pielęgniarzy ma różne przyczyny i konsekwencje. Powstanie tych procedur jest efektem światowego trendu w naukach medycznych – medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine*) (zob. też Bensing, 2000). Zogniskowane kodowanie kategorii dla procesu *robienia książkowego* przedstawia wykres 1. Chociaż obrazuje on konkretny proces, to jego elementy, takie jak warunki przyczynowe, kontekst i tak dalej, mogą posłużyć do analizy innych zjawisk obserwowanych w badanym szpitalu.

Do przedstawionych na wykresie 1 elementów procesu *robienia książkowego* przyporządkowane zostały pojęcia, którymi posługujemy się w całej publikacji. Mają one istotne znaczenie dla rozumienia działań podejmowanych przez personel medyczny i zostaną dokładniej opisane w kolejnych rozdziałach.

Rozdział 2

Szpital jako organizacja społeczna

2.1. Wstęp

Szpital jest jedną z najważniejszych instytucji współczesnego społeczeństwa. Można go „potraktować jako organizację biurokratyczną w sensie weberowskim”, choć w socjologii organizacji w tej roli występują raczej organizacje rynkowe (Kamińska-Berezowska, 2007: 116). W klasycznym, rzeczowym ujęciu terminu organizacja jest rozumiana jako:

specyficzny, wyodrębniony z otoczenia obiekt (np. poprzez nazwę, logo, umiejscowienie w przestrzeni, czyli lokalizację lub adres, określenie formy organizacyjno-prawnej) o charakterystycznych tylko dla niego cechach. Termin „organizacja” w tym rozumieniu „oznacza instytucję, na przykład [...] zespół opieki zdrowotnej [...], lub proces organizowania, przez który rozumie się taki sposób ułożenia i przydziału pracy członkom organizacji, aby możliwe było sprawne osiągnięcie jej założonych celów” (Adamik, Matejun, 2012: 41–84).

W definiowaniu organizacji uwagę zwraca się na dwa aspekty. Jeden kładzie nacisk na organizację jako grupę celową, a więc „zorganizowanych ludzi, tzn. połączonych dla osiągnięcia określonych celów w sposób racjonalny, ekonomiczny, skoordynowany”; drugi uwypukla rozumienie organizacji jako „zespołu metod i sposobów efektywnego osiągnięcia celów”, a więc podkreśla sposób kierowania i zarządzania, koordynowania i harmonizowania, zarówno ludzi, jak i środków (Szczepański, 1972: 232).

Jan Szczepański (1972: 235) określa organizację społeczną jako „zespół środków porządkujących zachowania, działania, dążenia i aspiracje członków grupy”, ale też pozwalający zachować „wewnętrzną równowagę, czyli ład”. Dzieje się tak, ponieważ posiada ona „sformalizowany system przepisów, stanowisk, ról, sankcji i instytucji formalnych, ustalonych na drodze prawnej, który zapewnia podział pracy i koordynację czynności”, mimo że w każdej organizacji istnieją także elementy organizacji nieformalnej (Szczepański, 1972: 236).

Krzysztof Konecki (2007: 8) zwracał uwagę, że analityków organizacji często interesują „struktury organizacyjne jako trwałe wyznaczniki zachowań członków

organizacji, a także «działań» całych organizacji», natomiast w mniejszym stopniu „działania organizacyjne¹ i organizujące² jako podstawowe wyznaczniki i określniki tego, co nazywamy organizacją i związaną z nią tzw. strukturą formalną”. Działania organizujące pozwalają na dopasowanie poszczególnych linii działania, by zrealizować ustalone cele. Dzieje się to poprzez różnorodne procesy interakcyjne, takie jak negocjowanie, perswadowanie, zagrożenie użycia przemocy, użycie przemocy, kontrolowanie czy motywowanie. Proces zarządzania i kierowania realizowany jest przez komunikację, a działania są dopasowywane w toku interpretacji i uzgodnień w trakcie interakcji, z uwzględnieniem opinii znaczących innych, tego, co „sformalizowane (normatywne oczekiwania), bądź co wcześniej było uzgodnione na zasadzie nieformalnych porozumień, i co również staje się strukturą odniesienia, tyle że nieformalną” (Konecki, 2007: 13). W takim ujmowaniu organizacji podkreśla się, że „w działaniach ogniskuje się to, co jest nazywane tzw. otoczeniem organizacyjnym, a co nazywamy postrzeganymi przez nas powiązaniem pomiędzy rynkiem, światem polityki, kulturą, światem nauki itd.” (Konecki, 2007: 13). Organizacja nie jest więc monolitem, zmienia się, gdyż struktury organizacyjne i otoczenie zewnętrzne stają się elementami struktury odniesienia dla działań zaangażowanych w nią aktorów społecznych. W tej książce bardziej będą nas interesować działania organizacyjne i organizujące niż aspekty strukturalne, i to one właśnie będą kierunkowały prezentowane dalej rozważania.

W rozdziale tym postaramy się nakreślić opis szpitala jako organizacji pełniącej ważną rolę społeczną oraz główne zasady jego działania związane z realizacją podstawowych celów, którymi są leczenie i ochrona zdrowia. Opis ten uzupełniony zostanie charakterystyką uwarunkowań zewnętrznych oddziałujących na badane oddziały szpitalne, w której nacisk kładziemy na czynniki kształtujące organizowanie i koordynowanie podejmowanych tam działań. Ten wstępny opis, co prawda pozbawiony charakteru analitycznego, jest istotny dla zarysowania kontekstu, w jakim należy odczytywać prezentowane w dalszych rozdziałach interpretacje wybranych elementów organizacyjnej rzeczywistości dużego specjalistycznego

- 1 „Działania organizacyjne obejmują spłot czynności realizujący wcześniej wyznaczony organizacyjnie cel, przy zaangażowaniu motywów i tożsamości aktorów będących podmiotami tych czynności. Spłot czynności może być tutaj nazwany pracą, z tym że należy pamiętać, iż najczęściej jest ona obudowana przepisami i normami organizacyjnymi. Spłotem czynności może być np. projekt badawczy, cykl produkcyjny, cykl dystrybucji i sprzedaży itp. Nie każda praca jest działaniem organizacyjnym, natomiast każde działanie organizacyjne jest pracą. Praca ta może mieć różny charakter; są w nią zaangażowane rozmaite procesy interakcyjne oraz komunikacyjne” (Konecki, 2007: 8).
- 2 „Działania, które służą dopasowywaniu poszczególnych linii działania związanych z realizacją wcześniej określonych i ustalonych celów, poprzez wykonywanie czynności (por. Straussa pojęcie *articulation*, 1993: 40–41, 87; por. także pojęcie Scheffa zwane «harmonizowaniem» – *attunement*, 1990: 7, 199, oraz pojęcie Blumera zwane «działaniem połączonym» – *joint action*, 1969: 70–77)” (Konecki, 2007: 9).

klinicznego szpitala publicznego. Dokładna charakterystyka badanych oddziałów szpitalnych znajduje się w rozdziale poświęconym metodologii badania.

Szpital, w którym prowadziłyśmy nasze badania, znajduje się w dużym mieście, jest jednym z kilku szpitali specjalistycznych. Cieszy się opinią jednego z najlepszych w regionie i dlatego jest często wybierany przez pacjentów. Z jednej strony jest to powód do dumy dla dyrekcji i pracowników, z drugiej – oznacza dużo większą niż w innych szpitalach liczbę udzielanych porad i świadczonych usług medycznych. Nie będzie chyba przesadą stwierdzenie, że trudność w zarządzaniu takim szpitalem jest wprost proporcjonalna do jego wielkości i skomplikowania przypadków medycznych, którymi się zajmuje.

Renoma szpitala przyciąga także wielu młodych lekarzy na tak zwaną rezydenturę, dając im możliwość zapoznania się ze skomplikowanymi procedurami medycznymi, co wymagane jest do ukończenia specjalizacji. Oprócz działalności leczniczej i dydaktycznej (studenci kierunków medycznych odbywają tu praktyki i staże) szpital prowadzi również działalność naukową, co oznacza, że część personelu medycznego, poza pracą w oddziałach, prowadzi także badania naukowe, publikuje, bierze udział w konferencjach. Ponadto, jak to w polskiej rzeczywistości, personel szpitala pracuje często w innych placówkach medycznych (np. poradniach).

Szpital jest rzeczywiście dużą instytucją: posiada kilkanaście oddziałów, ponad dwadzieścia poradni specjalistycznych (w tym także dla dzieci) oraz inne jednostki zajmujące się działalnością medyczną. Należą do nich bloki operacyjne, zakłady diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej, zakład patomorfologii i centralna apteka szpitalna. Ze względu na ciągłą rotację personelu³ nie mamy dokładnych danych dotyczących liczby zatrudnionych pracowników, z pewnością jednak można liczyć ich nie w setkach, ale w tysiącach.

W ramach szpitala działają także jednostki świadczące usługi w zakresie rehabilitacji, podstawowej opieki zdrowotnej oraz szpitalny oddział ratunkowy (SOR), a także oczywiście jednostki administracji organizacyjnie powiązane z odpowiednimi obszarami funkcyjnymi kierownictwa szpitala. Szpital oferuje kompleksowe usługi medyczne i dla wielu pacjentów jest miejscem z renomą, od którego oczekują skoordynowanej pomocy. Biorąc pod uwagę słabość polskiego systemu ochrony zdrowia (Kautsch, 2016), wcale nie ułatwia to działania, a wręcz jest źródłem napięć i konfliktów na linii pacjent – szpital.

3 Sytuacja w polskiej ochronie zdrowia od lat się nie zmienia – migracja lekarzy i pielęgniarek, niewielki napływ młodych ludzi do zawodów medycznych, odchodzenie doświadczonych powodują ciągłe zmiany w obsadzie oddziałów, poradni i innych jednostek świadczących usługi medyczne. Renoma szpitala przed tym nie chroni. Taki szpital jest dobrym miejscem na zrobienie specjalizacji, ale pracować często bardziej opłaca się w szpitalach znacznie mniejszych czy o węższym zakresie specjalizacji medycznych.

Chcemy podkreślić, że w książce tej koncentrujemy się nie na szpitalu jako całości⁴, ale na wybranych jego oddziałach, włączając się tym samym w dyskusję kwestionującą traktowanie szpitali jako instytucji wcielających „uniwersalne zasady biomedycyny” (Van der Geest, Finkler, 2004: 1995), a przez to podobnych do siebie i wewnętrznie niezróżnicowanych. Analizując trzy różne oddziały, chcemy pokazać nie tylko to, że w szpitalach jako takich „ujawniają się podstawowe wartości i przekonania dotyczące kultury”, ale również to, jak „szersze społeczne i kulturowe procesy odciskają swe piętno na środowisku szpitala” (Van der Geest, Finkler, 2004: 1995). Mimo całej formalizacji, biurokracji i regulacji prawnych szpitale nie są monolitami i dlatego są tak wyjątkowe i interesujące dla badaczy. Metafora „małej ciasnej wyspy”, idee panoptikonu czy instytucji totalnej podkreślające wyodrębnienie rzeczywistości szpitalnej z szerszego porządku społecznego (Parsons, 1951; Goffman, 1961; Coser, 1962; Foucault, 1973), które pojawiły się w początkowym okresie socjologicznych badań nad szpitalami, obecnie są kwestionowane i uwagę zwraca się raczej na „przenikalność” (*permeability*) tej instytucji niż jej totalność (Quirk, Lelliott, Seale, 2006). Pokazanie jej wewnętrznego zróżnicowania może mieć dodatkowy walor dla samych pracowników szpitali. Jak się przekonaliśmy podczas naszych badań, poprzez organizacyjne i przestrzenne usytuowanie w jednym oddziale są oni jednocześnie odseparowani od innych jednostek w ramach swojego szpitala, przez co nie postrzegają oddziału jako części większej całości. Wyniki badań skłaniają nas do twierdzenia, że pracownicy oddziałów nie identyfikują się ze szpitalem jako całością, źródłem identyfikacji jest raczej własny oddział, własna profesja (por. Chua i in., 2020) i wynikająca z niej przynależność do grupy pracowniczej czy też specjalizacja medyczna. Mimo wielu zasłyszanych w trakcie badań deklaracji wydaje się, że szpital jako organizacja formalna rzadko jest elementem codziennego doświadczenia. Można pokusić się o stwierdzenie, że przestrzenna separacja jest także separacją mentalną, związaną z poczuciem przynależności, identyfikacji oraz tożsamości (por. Halford, Leonard, 2003).

2.2. System ochrony zdrowia i specyfika szpitali w Polsce

Szpital to „stacjonarna, całodobowa jednostka realizująca świadczenia medyczne na rzecz mieszkańców regionu, którzy korzystając z jej usług, stają się jej pacjentami” (Wielicka-Gańczarczyk, 2017: 520). Jest jednym z wielu podmiotów w ramach

4 Ze względów stylistycznych w tekście często używamy nazwy „szpital”, ale wszelkie interpretacje danych dotyczą trzech wybranych oddziałów szpitala, w których prowadzone były badania.

systemu ochrony zdrowia⁵ obok przychodni, ośrodków opieki domowej i rehabilitacyjnej czy hospicjów⁶. Każdy element owego systemu realizuje określone cele, zazwyczaj zdefiniowane w polityce zdrowotnej państwa. W pierwszej kolejności omówimy te cele, a następnie zasygnalizujemy wybrane uwarunkowania otoczenia, w jakim funkcjonują szpitale.

Przyjęło się uważać, że efektywne działanie wymaga jasno sprecyzowanego celu. Wielu badaczy zajmujących się problematyką organizacji i zarządzania w obszarze zdrowia publicznego zwraca uwagę na trudność w określeniu celów szpitala. Z medycznego punktu widzenia pewien konsensus i punkt wyjściowy został wypracowany, gdy w 1996 roku międzynarodowy zespół ekspertów zdefiniował najważniejsze cele współczesnej medycyny jako „utrzymanie zdrowia, łagodzenie bólu i cierpienia spowodowanych chorobami, opieka nad pacjentami, którzy nie mogą być wyleczeni, zapewnienie warunków godnego umierania” (Sidor-Rządkowska, 2018: 129). Z kolei podstawowe cele systemu ochrony zdrowia, a więc realizowane przez podmioty i organizacje działające w tym obszarze, określane są jako „utrzymanie i poprawa stanu zdrowia obywateli poprzez odpowiednią organizację różnorodnych świadczeń medycznych” lub, jeszcze ogólniej, jako „całościowe dbanie o zdrowie społeczeństwa”⁷ (Makowski, Jemieliński, 2015: 35). W *World Health Report* z 2000 roku zadania te zostały zdefiniowane jako „poprawa zdrowia i sprawiedliwości (równości) w ochronie zdrowia w sposób, który jest elastyczny, uczciwy finansowo i najlepiej, najbardziej efektywnie wykorzystuje dostępne zasoby” (Kautsch, 2016: 347). W otoczeniu systemu ochrony zdrowia funkcjonują jednak różne kategorie aktorów społecznych, których oczekiwania kierowane pod adresem owego systemu niekoniecznie są zbieżne, co nieco ironicznie podsumował Marcin Kautsch (2011: 63):

Udziałowcy, wpływając na funkcjonowanie systemu, mają bowiem sprzeczne oczekiwania, utożsamiając przy tym własne cele z tymi, jakie miałby osiągać system. Pacjenci, przejawiając zachowania konsumenckie, chcieliby dostępu do wysokiej jakości usług, najchętniej szybko i za darmo.

- 5 System ochrony zdrowia „jest to zorganizowany i skoordynowany zespół działań, którego celem jest realizacja świadczeń i usług profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych, mających na celu zabezpieczenie i poprawność stanu zdrowia jednostki i zbiorowości” (Poździej, 2000, cyt. za: Kautsch, 2011: 63).
- 6 „Organizacje opieki zdrowotnej sensu stricto można podzielić na cztery grupy: opieka podstawowa, opieka ostra (szpitalna), opieka długoterminowa i opieka rehabilitacyjna. Do tego dochodzą inne organizacje, które również stanowią elementy systemu opieki zdrowotnej, jak firmy ubezpieczeniowe, firmy farmaceutyczne i inne” (Makowski, Jemieliński, 2015: 35).
- 7 Całościowe czyli obejmujące świadczenia profilaktyczne, diagnostyczno-terapeutyczne i rehabilitacyjne. Dalej autorzy precyzują: „W obrębie każdej z wymienionych grup punkt ciężkości będzie leżeć gdzie indziej: od (zakładanej) kompleksowej obsługi podstawowej i zlecenia innych usług w przypadku opieki podstawowej, leczenia chorób i urazów w przypadku szpitali, indywidualnej obsługi klienta w przypadku opieki długoterminowej i rehabilitacyjnej, po działalność badawczo-rozwojową w przypadku firm farmaceutycznych i akademickich ośrodków badawczych” (Makowski, Jemieliński, 2015: 35).

Pracownicy (co równie oczywiste) oczekują jak najwyższego wynagrodzenia za jak najmniejsze zaangażowanie (podobnie jak inwestor, który chce uzyskać jak największy zysk z posiadanego kapitału). Trudno zdefiniować, co chcą osiągnąć organy odpowiedzialne za funkcjonowanie całego systemu – władza ustawodawcza i wykonawcza.

W przypadku szpitali publicznych, a takim jest ten, na którego oddziałach prowadziliśmy badania, zdefiniowanie celów tylko przez pryzmat kryteriów efektywnościowych jest niezmiernie trudne. Pewien wgląd w cele szpitala dawał opis jego misji umieszczony między innymi na tablicy ogłoszeniowej, w którym podkreślono dążenie do zapewnienia najwyższego poziomu realizowanych usług (leczenie, kształcenie, nauka) i perfekcji w obszarze zdrowia. Pod nim znajdował się certyfikat akredytacyjny, a jeszcze niżej – karta praw dziecka-pacjenta, choć oddział przeznaczony był dla dorosłych. Liczne certyfikaty i nagrody dla szpitala wskazują, że misja ta jest krok po kroku realizowana, choć wymaga to dysponowania zasobami organizacyjnymi takimi jak ludzie, środki finansowe i technologie, które szpital wprawdzie posiada, ale nie są one wystarczające do komfortowego funkcjonowania (Makowski, Jemieliński, 2015: 35).

Niewątpliwie szpital publiczny „nie jest takim samym rodzajem przedsiębiorstwa jak te, które działają w pozostałych sektorach gospodarki” (Sidor-Rządkowska, 2018: 129). Ze względu na jego społeczną rolę i specyfikę świadczenia usług publicznych trudno go uznać za podmiot po prostu działający na rynku, zobowiązany do przynoszenia zysków i konkurujący z innymi (Kubczak, 2018). Mimo to szpitale w Polsce funkcjonują przeważnie jako

skomercjalizowane spółki kapitałowe, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), jednostki budżetowe oraz jednostki niepubliczne (prywatne), działające jako spółki prawa handlowego. Komercjalizacja SPZOZ-ów, otwarcie sektora ochrony zdrowia dla szpitali prywatnych, wzrost konkurencyjności, wprowadzenie kontraktowania oraz nacisk na bilansowanie jednostki spowodowały konieczność czerpania wzorców biznesowych z sektora prywatnego (Wielicka-Gańczarczyk, 2017: 520).

Koszty opieki zdrowotnej, rosnące niewspółmiernie do możliwości finansowych, stały się argumentem, by instytucje te traktować w sposób bardziej rynkowy, oczekując od nich elastyczności, innowacyjności czy przedsiębiorczości. Do szpitali kierowana jest, dotąd propagowana głównie w administracji publicznej, koncepcja nowego zarządzania publicznego (*New Public Management*), postulująca między innymi „zmianę sposobu działania tak, by efektywniej spełniać funkcje i odpowiadać na oczekiwania społeczne”, a także „nacisk na zwiększanie gospodarności, efektywności i skuteczności, podnoszenie jakości świadczonych usług, a w dużej mierze podkreślenie ekonomicznych aspektów dysponowania publicznymi środkami finansowymi przez organizacje publiczne” (Pierścieniak, 2011: 336, cyt. za: Kubczak, 2018: 13).

Małgorzata Sidor-Rządkowska (2018: 127) podaje, że w Polsce jest ponad 900 szpitali, około 70% z nich to placówki publiczne, a to stanowi 90% ogólnej liczby łóżek. Prywatne szpitale dominują w grupie małych jednostek (poniżej 150

łózek), które stanowią około połowy szpitali w kraju. Nowo powstające prywatne szpitale „koncentrują się na wysoce dochodowych procedurach medycznych”, czasami utrzymując mniej niż trzy oddziały, dzięki czemu łatwiej optymalizują koszty swojej działalności (Sidor-Rządkowska, 2018: 127–128). Natomiast szpitale publiczne zobowiązane są do realizowania pełnej oferty usług zdrowotnych, także tych przynoszących straty finansowe, w tym „trudnych i skomplikowanych zabiegów medycznych, z których część to leczenie powikłań po operacjach przeprowadzonych w placówkach prywatnych” (Sidor-Rządkowska, 2018: 128; por. Sułkowski, 2013).

Obok tendencji komercjalizacyjnych na system ochrony zdrowia oddziałują także dodatkowe czynniki, takie jak kwestie dostosowania do otoczenia i zachodzących w nim zmian, narzędzi „nadzoru i braku czytelnej polityki zdrowotnej, słabości nadzoru właścicielskiego, braku przywództwa (i wizji systemu)” (Kautsch, 2016: 350). Gdy dodać do tego wcześniej wspomniane szersze procesy społeczno-kulturowe czy zmiany technologiczne, okaże się, że lista wyzwań, przed którymi stoją placówki medyczne, w tym szpitale, jest bardzo długa. Dodatkowo zmiany demograficzne dotyczą zarówno tych, którzy korzystają z usług systemu ochrony zdrowia, jak i tych, którzy ich udzielają. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa rośnie liczba osób potrzebujących opieki medycznej, często specjalistycznej z uwagi na tak zwaną wielochorobowość (Kautsch, 2016: 352). Bynajmniej nie towarzyszy temu wzrost liczby personelu pracującego w placówkach medycznych, jest wręcz odwrotnie – odchodzenie pielęgniarek z zawodu czy skala migracji zarobkowej wśród lekarzy i pielęgniarek już dawno zostały zauważone, ale działania naprawcze są, zdaniem personelu medycznego, mało skuteczne.

To wszystko pogłębia niezadowolenie z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia przy jednoczesnym wzroście oczekiwań społecznych odnośnie do jakości opieki zdrowotnej. Lekarze i pielęgniarki, z którymi miałyśmy okazję rozmawiać podczas prowadzonych badań, zazwyczaj wprost określali te oczekiwania jako *roszczeniowość*, ale jako „insiderzy” mają oni świadomość tego, jak szybko rosną koszty opieki zdrowotnej w porównaniu do ograniczonej ilości środków dostępnych w systemie, a także jak do słabości systemu przyczyniają się procedury „zawierania kontraktów, relatywnie silne upolitycznienie decyzji kadrowych w jednostkach, brak chęci do wdrażania rozwiązań, kultura mocno hierarchiczna i konserwatywna («zacofanie» kulturowe szpitali)” (Kautsch, 2016: 347; por. Sułkowski, 2013).

Kultura organizacyjna to zresztą kolejny aspekt odróżniający szpitale od przedsiębiorstw, tym razem w sferze wartości i norm (Sułkowski, 2013: 93). Na podobny aspekt wcześniej zwrócił uwagę socjolog medycyny, Eliot Freidson⁸ (1994, 2001; cyt. za: Kautsch, Hartley, 2013: 113), który uważał, że

8 „Freidson (1994, 2001) dowodził też, że wśród zawodów profesjonalnych dochodzić będzie do podziałów, gdyż członkowie poszczególnych grup będą chronić swoje autonomię i status,

instytucje ochrony zdrowia mogą być zorganizowane w oparciu o trzy zasady bądź logiki organizacyjne. Zbiór ww. zasad obejmuje: zasady i wartości profesjonalne (logika profesjonalizmu), zasady rynkowe lub konsumpcjonizm (pacjenci wybierają spośród wielu różnych dostawców) oraz zasady biurokratyczne lub menedżerskie, na podstawie których menedżerowie planują, organizują i oceniają świadczone usługi oraz uzyskane rezultaty.

Zróżnicowanie wartości i norm, a zatem też perspektyw, z których postrzega się cele i funkcje szpitali, nie wspiera, jak pisze Łukasz Sułkowski (2013: 94), „orientacji na współpracę, ponieważ znaczna część głębokich zmian restrukturyzacyjnych jest prowadzona nie w warunkach harmonijnej kooperacji, ale raczej głębokiego konfliktu pomiędzy różnymi subkulturami”.

Wywiady, które przeprowadzałyśmy z lekarzami, rezydentami czy pielęgniarkami, ujawniły konflikty kulturowe nie tylko na tle choćby zróżnicowania wiekowego, a więc i odmiennej socjalizacji wtórnej do zawodu, ale również na tle interesów każdej z grup, które w różnym stopniu są uwzględniane w decyzjach osób zarządzających oddziałem, szpitalem, a także na poziomie decyzji ministerialnych dotyczących polityki zdrowotnej państwa. Okazji do obserwowania takiego konfliktu dostarczyła akcja protestacyjna lekarzy rezydentów, która rozpoczęła się kilka miesięcy po tym, jak zaczęłyśmy nasze badania. Dzięki temu na długo przed strajkiem i podczas samego strajku miałyśmy możliwość poznać oczekiwania, stanowiska i argumenty lekarzy rezydentów, ale i przedstawicieli innych grup zawodowych (przełożeni, inni lekarze, pielęgniarki itp.). Dzień po dniu obserwowałyśmy, jak akcja ta wpływa na codzienne funkcjonowanie oddziałów. Tego rodzaju sytuacje uwiadcniają to, co Łukasz Sułkowski (2013: 93) określił jako „jeden z ważnych fenomenów kulturowych polskich szpitali”, czyli „wewnętrzną niejednorodność kultury organizacyjnej, w której występują wyraźne napięcia i konflikty pomiędzy subkulturami i kontrkulturami”. W konkluzji swoich badań autor stwierdził, że w polskich szpitalach⁹ publicznych tworzy się „konserwatywna kultura organizacyjna skoncentrowana na misji społecznej i negująca potrzebę ekonomizacji działalności szpitala oraz wprowadzania innowacji” (Sułkowski, 2013: 93). Cechują ją hierarchiczność, autokratyczność i patriarchalizm, którym sprzyjają biurokratyza i formalizacja sfery zarządzania, wprost proporcjonalne do wielkości szpitala i częściej występujące w placówkach publicznych, które nie przeszły głębokich zmian (restrukturyzacji) (Sułkowski, 2013: 93).

Myśląc o celach instytucji publicznych, takich jak badany szpital, warto pamiętać o różnicach pomiędzy sektorem prywatnym i publicznym, w tym o specyfice świadczonych usług publicznych, „gdzie racjonalność ekonomiczna musi niejednokrotnie ustępować miejsca politycznej czy społecznej, a kadencyjność władz

starając się zdobyć pozycję «elity administracyjnej» lub przejąć funkcje zarządcze” (Kautsch, Hartley, 2011: 113).

9 Wyniki badań sugerują, że szpitale niepubliczne oraz mniejsze szpitale, z uwagi na nieco inną sytuację wynikającą z uwarunkowań prawnych czy innej skali działania, mogą częściej odiegać od opisanego wzorca (Sułkowski, 2013: 93).

skraca perspektywę czasową i utrudnia strategiczne działanie” (Siemiński, Krukowski, 2011: 91, cyt. za: Kubczak, 2018: 13), a także o kwestiach etycznych czy dylematach moralnych, których ze sfery ochrony zdrowia nie da się wyeliminować.

2.3. Szpital jako organizacja formalna a realia jego funkcjonowania

Szpital charakteryzuje się jedną z najbardziej **sformalizowanych struktur** ze ścisłym podziałem zadań i obowiązków, odpowiadających **celom** realizowanym przez organizację oraz jej **zadaniom** społecznym. Szpitalnym życiem rządzą przepisy i procedury – wdrażane przez kadrę zarządzającą i realizowane przez personel zarówno medyczny, jak i niemedyczny, stające się często źródłem niezadowolenia pacjentów i ich rodzin. Także personel widzi i bardzo mocno krytykuje wiele odgórných rozwiązań (również tych z poziomu Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia), które uznaje za niedostosowane do realiów funkcjonowania szpitala w obecnych warunkach ekonomicznych, politycznych i społeczno-kulturowych. Przeprowadzone wywiady konwersacyjne z pielęgniarkami pokazały rozbieżność między uregulowaniami prawnymi będącymi podstawą podziału obowiązków a codzienną praktyką w badanych oddziałach – jak choćby to, że w oddziale pracują „niewidzialne” pielęgniarki. Jedna z nich podczas rozmowy przyznała, że *system ich nie widzi, bo ich czynności są przypisane do lekarzy*¹⁰. Kolejnym przykładem takiej rozbieżności idei z rzeczywistością są sytuacje pojawiające się w innym z badanych oddziałów, w którym trzeba przypominać personelowi (pismo wywieszone na tablicy informacyjnej), kto jest uprawniony do noszenia krwi do laboratorium. Ilość pracy i niedostatki personelu weryfikują założenia organizacyjne, które generalnie są przestrzegane, jednak ograniczone zasoby (tu ludzkie) i pilna potrzeba (np. pogarszający się stan pacjenta, konieczność zsynchronizowania działań realizowanych przez różne jednostki szpitala) wymagają takich jednostkowych odstępstw. Nadrzędna wartość, jaką jest bezpieczeństwo pacjenta, zmusza do nietypowych działań lub wprost do omijania „niezyciowych” procedur¹¹.

Obserwowałyśmy jednak i sytuacje, w których personel nie zgadzał się na jakiegokolwiek wykroczenie poza swoje obowiązki, traktując reguły formalne nie tylko jako gwarancję właściwego postępowania, ale też jako zasób do wykorzystania w negocjacjach z przełożonymi, przedstawicielami innych grup zawodowych lub

10 Wypowiedź pielęgniarki zabrzmiała tak, jakby nie była to sytuacja typowa tylko dla „jej” oddziału, ale ogólnie stosowana regulacja na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia.

11 Por. rozdział *Niepewność w pracy lekarzy*.

z personelem innego oddziału. Tak więc ścisły podział zadań i obowiązków charakteryzujący organizację formalną, jaką jest szpital oraz jego oddziały, w praktyce jest przedmiotem sytuacyjnych negocjacji i uzgodnień, gdy w grę wchodzi bezpieczeństwo pacjenta (konieczność szybkiego wdrożenia leczenia), niedostatki zasobów organizacyjnych (brak personelu, sprzętu, miejsca, zaopatrzenia medycznego), ale też relacje grupowe czy różnice statusowe.

Pomijając nawet gromadzoną w oddziałach dokumentację (medyczną, personalną), już sama sfera wizualna – wszechobecność w przestrzeni oddziału (pokoje lekarzy, pielęgniarek, korytarze) tablic informacyjnych z wywieszonymi misjami, regulaminami, procedurami, instrukcjami (dla personelu, praktykantów i studentów, pacjentów i odwiedzających) – wyraźnie pokazuje silną formalizację organizacji, jaką jest szpital. Wskazuje ona na to, że „wzory postępowania są w nim wyraźnie zdefiniowane i określone, a każdy zespół czynności jest funkcjonalnie odniesiony do celów organizacji” (Domaradzki, 2018: 2). Dotyczy to nie tylko czynności zawodowych, ale także relacji interpersonalnych i komunikowania, które są obwarowane przepisami, regulaminami i statutami, a także kształtowane już na etapie socjalizacji wtórnej (por. Byczkowska, 2006; Xyrichis, Lowton, Rafferty, 2017: 102; Domaradzki, 2018; Chua i in., 2020: 54, 57). System **formalnej komunikacji**, nawet jeśli czasem „wygląda nieformalnie”, jest jednak podporządkowany charakterystycznym dla organizacji regulacjom formalnym, w tym prawnym, oraz wewnętrznej kontroli.

Podczas jednej z obserwacji na oddziale intensywnej terapii zauważyliśmy, że w sali chorych jest całkowicie pusto. To był rzadki widok, więc weszliśmy tam i przy jednym z łóżek znaleźliśmy „notatkę”. Była to zwykła kartka z zeszytu w kratkę z wyszczególnionymi czynnościami, które zostały wykonane, by przygotować łóżko na przyjęcie nowego pacjenta. Notatka była napisana odręcznie, niebieskim długopisem, a na dole widniał podpis i pieczęć osoby, która zatwierdziła wykonanie czynności zgodnie z procedurami przyjętymi na oddziale. Była to więc zarówno forma wewnętrznej komunikacji (informacja dla kolejnej zmiany pielęgniarek), jak i przejaw kontroli wewnętrznej. Innego dnia zauważyliśmy, że na jednym z łóżek, na poduszce była położona kartka z napisem OIOM – bez podpisu i pieczęćki – w tym przypadku notatka informowała, do którego oddziału „należy” poduszka (notatka z obserwacji).

W wielu aspektach widać, chciałoby się rzec: gołym okiem, że szpital i jego oddziały są organizacją zbiurokratyzowaną, której bezosobowy i racjonalny charakter działań i relacji ma wskazywać na profesjonalizm, bezpieczeństwo i realizację zasad biomedycyny (por. Van der Geest, Finkler, 2004). Ta **biurokracja i formalizm** bywają też jednak orężem w sporach z pacjentami lub ich rodzinami¹², którzy z powodu dużych oczekiwań – po części inspirowanych przez rozrastające się wokół szpitali firmy prawnicze specjalizujące się w sprawach o odszkodowania za błędy medyczne – uznawani są za *roszczeniowych* (kod *in vivo*). Uwidoczniają się tu zresztą pewne zapożyczenia z innego kontekstu kulturowego, konkretnie

12 Por. rozdział *Niepewność w pracy lekarzy*.

ze Stanów Zjednoczonych, uznawanych za skrajny przykład skomercjalizowania pomocy dla ofiar pomyłek medycznych. To jeden z przykładów wcześniej wspomnianych szerszych społecznych i kulturowych procesów, które wpływają na działalność szpitali, wymagając dostosowania wewnętrznych procedur i organizacji pracy, choćby w postaci drobiazgowego dokumentowania przebiegu leczenia (zabezpieczanie dowodów dla podjętych działań) czy zaplanowania w grafiku *wtorków w prokuraturze*, jak przyznał ordynator jednego z badanych oddziałów.

Na koniec tej krótkiej charakterystyki trzeba jeszcze wspomnieć o dwóch aspektach organizacji formalnej, w których również, jak na wstępie to zaznaczyłyśmy, „ujawniają się podstawowe wartości i przekonania dotyczące kultury” (Van der Geest, Finkler 2004: 1995) – są to **hierarchia** oraz **system autorytetów i władzy**. Badane oddziały nie były tu wyjątkami: charakteryzowały się wysoce zhierarchizowaną strukturą, gdzie z jednej strony układ pozycji i ról jest zdefiniowany w schematach organizacyjnych (dyrektor, kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa itd.), te zaś są wynikiem uzgodnień wewnętrznych i pochodną regulacji prawnych, a z drugiej strony oparty jest na autorytetach¹³ (*seniority*) (por. Lock, 1986, cyt. za: Van der Geest, Finkler, 2003; Byczkowska, 2006; Chua i in., 2020). Mimo że wiele interakcji między personelem odbywa się na ogólnie dostępnych korytarzach, gdzie profesjonalne zachowanie jest generalnie respektowaną normą, czasem można zaobserwować komunikaty niewerbalne ujawniające podziały między przedstawicielami różnych grup zawodowych (np. młodsze pielęgniarki niewłaściwie odnoszące się do salowych). Różnice statusowe uwidoczniają się nawet w sposobie poruszania się po dzielonej wspólnie przestrzeni oddziału¹⁴.

Ostatni element opisu organizacji formalnej, jaką jest szpital i badane oddziały, dotyczy dwóch **systemów autorytetów i władzy**: jeden wynika z zarządzania placówką, drugi – z profesjonalnych umiejętności lekarzy (Domaradzki, 2018: 2). Marcin Kautsch (2015: 26) wprost pisze o nieuzasadnionym jego zdaniem „przeciwstawianiu personelu klinicznego personelowi zarządczemu (administracji). Między tymi grupami tworzy się, czy raczej wyolbrzymia, konflikt, którego można uniknąć poprzez uznanie, że tak naprawdę mówimy o takich samych profesjach”. W naszych badaniach w oddziale intensywnej terapii (w pozostałych w mniejszym zakresie) właściwie nie dało się nie dostrzec specyficznego podziału, bardzo widocznego dla zewnętrznego obserwatora, dla personelu – mniej zauważalnego. Chodzi o występowanie dwóch sformalizowanych ośrodków władzy, jak również dwóch różnych stylów kierowania

13 W podobnym tonie wypowiada się Łukasz Sułkowski (2013: 93), gdy stwierdza, że „kultury badanych szpitali oscylują wokół hierarchiczności, która łączy się z autokratycznością oraz patriarchalizmem. Opisany dominujący wzór kulturowy jest najbardziej charakterystyczny dla dużego szpitala publicznego w Polsce. Szpitale niepubliczne oraz mniejsze szpitale mogą częściej odbiegać od opisanego wzorca”.

14 Badania pokazują, że „wyższemu statusowi w organizacji towarzyszy większa kontrola przestrzeni” (Spain, 1992: 218, cyt. za: Liu, Manias, Gerditz, 2014: 196; por. Dymarczyk, 2018). Por. rozdział *Spółeczne konstruowanie przestrzeni szpitala*.

wynikających z funkcjonalnego podziału pracy pomiędzy personelem lekarskim i pielęgniarskim (m.in. czynności terapeutyczne i opiekuńcze wobec pacjentów, ale i odpowiedzialność za proces leczenia). Jeden ośrodek władzy to tradycyjnie pozycja ordynatora oddziału, drugi skupiony jest w rękach pielęgniarki oddziałowej¹⁵. Mimo że nie jest to podział formalny, to tak właśnie wyglądała koordynacja działań leczniczych i opiekuńczych w ciągu dnia pracy w oddziale. Wydaje się, że przyczyn takiego stanu rzeczy można poszukiwać między innymi w temporalnych i przestrzennych uwarunkowaniach pracy w oddziale. Badane oddziały mają charakter zabiegowy, ordynatorzy i lekarze często spędzają wiele godzin na bloku operacyjnym, zdarza się również, że konsultują pacjentów czy załatwiają sprawy w różnych częściach szpitala. Tymczasem pielęgniarki cały czas pozostają w oddziale. W oddziale neurochirurgicznym pracują pielęgniarki z wysokimi kwalifikacjami, po specjalistycznych kursach, które jako grupa zawodowa wypracowały autonomię i szczycą się tym, że mają prawo nie wykonać zaleceń lekarza, jeśli – zgodnie z ich wiedzą – nie są one właściwe. W szpitalach publicznych, mimo występujących między nimi różnic, kwestie hierarchii, władzy i autorytetu wpisują się generalnie w „pewien **dominujący wzór kulturowy**. Jest to częściej słaba kultura organizacyjna (odznaczająca się elementami lojalności zawodowej i organizacyjnej), która jest heterogeniczna, z wewnętrznymi napięciami pomiędzy subkulturami zawodowymi” (por. Sułkowski, 2013: 93). Sjaak Van der Geest i Kaja Finkler (2004: 1998), dyskutując dwie konkurujące metafory – szpitala jako izolowanej wyspy¹⁶ (*island*) oraz szpitala zakorzenionego w kulturze (*mainland*) – zwrócili uwagę, że dotychczasowe badania świadczą o tym, iż „wszystkie przekonania medyczne i praktyki są zakorzenione w szerszych formach społecznych i kulturowych”, a „badanie zdrowia, choroby i medycyny dostarcza nam jednego z najbardziej odkrywczych zwierciadeł relacji między jednostkami, społeczeństwem i kulturą” (Lock, 1986: 8, cyt. za: Van der Geest, Finkler, 2004: 1998).

2.4. Specyfika pracy w szpitalu

Wymienione powyżej cechy szpitala jako organizacji formalnej w różnym stopniu uwidoczniają się w rzeczywistym działaniu badanej placówki, a w powiązaniu z wyjątkową działalnością, którą zajmują się oddziały (leczenie, ratowanie zdrowia i życia pacjentów), wyznaczają specyficzne warunki pracy osób zatrudnionych

15 Więcej na ten temat Czytelnik znajdzie w rozdziale *Styl kierowania a współpraca personelu*.

16 Rose L. Coser w 1962 r. dla określenia oddziału szpitalnego użyła sformułowania *a tight little island*, pojawiały się także inne badania i koncepcje nawiązujące do tej metafory, jak instytucja totalna Ervinga Goffmana czy *sick role* i *different place* Talcotta Parsonsa, podkreślające wyodrębnienie rzeczywistości szpitalnej z szerszego porządku społecznego (Van der Geest, Finkler, 2004: 1998).

w takich organizacjach. W literaturze dotyczącej zarządzania podmiotami systemu ochrony zdrowia znajdziemy cały katalog tych warunków. By choć w skrócie zobrazować to, z czym mierzą się na co dzień pracownicy szpitali w Polsce, warto przywołać kategoryzację przedstawioną przez Małgorzatę Sidor-Rządkowską (2018: 131), która wymienia:

- stałe obciążenie odpowiedzialnością za życie i zdrowie innych ludzi,
- obcowanie z sytuacjami granicznymi (cierpieniem, śmiercią),
- dylematy decyzyjne związane z procesem stawiania diagnozy oraz wyborem sposobu postępowania terapeutycznego (w przypadku lekarzy),
- niemożność przewidzenia dużej części zadań połączona z całodobową gotowością do ich wykonywania; niewielki stopień tolerancji niejednoznaczności i błędów,
- kumulację zadań wymagających zarazem dużego stopnia samodzielności, jak i ekstremalnie wysokiej zdolności pracy zespołowej,
- trudności pomiaru efektów realizowanych działań,
- podwójne (kliniczne i administracyjne) podporządkowanie służbowe dużej części zatrudnionych.

Mimo że byliśmy tylko obserwatorami, to w ciągu kilku miesięcy realizacji naszego badania zdołaliśmy dostrzec właściwie każdy przejaw tych specyficznych warunków pracy. W rozmowach z personelem pojawiały się historie dobitnie wskazujące, jak bardzo emocjonalnie i fizycznie obciążającą pracą jest bycie ordynatorem odpowiedzialnym (także przed prokuratorem) za cały oddział, lekarzem nawet po wielu latach przeżywającym śmierć pacjenta i zadającym sobie pytanie: „A może gdybym zrobił to inaczej...?” czy pielęgniarką oddziałową, która zmuszona jest do *elastycznego organizowania* (kod *in vivo*), ponieważ zwykła zmiana pogody oznacza napływ pacjentów zwiększony na tyle, że oddział może zostać sparaliżowany. W czasie naszych badań odbywała się również akcja protestacyjna lekarzy rezydentów, od których dowiedzieliśmy się, jak regulacje związane ze zdobywaniem zawodu lekarza, a także robieniem specjalizacji wpływają na ich decyzje, by miejsca pracy szukać za granicą. Do tego dochodzi praca zmianowa, konieczność doksztalcania się, które finansuje się z własnych środków, i być może jeszcze inne specyficzne cechy pracy w oddziale, których zajęci pacjentami lekarze i ciągle przemieszczające się po oddziale pielęgniarki nie zdążyli nam opisać.

2.5. Podsumowanie

Szpital charakteryzuje wielość nie do końca sprecyzowanych celów (Kautsch, 2011), złożony podział pracy, duża liczba zatrudnionych osób, trudny charakter podstawowej działalności. Charakterystyki szpitala jako organizacji formalnej oraz towarzysząca mu specyfika pracy zatrudnionych są kształtowane przez rozliczne uwarunkowania – ekonomiczne, technologiczne, społeczno-kulturowe,

a także, w znacznym stopniu, przez decyzje polityczne dotyczące kształtu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Tworzą one (uwzględniając też inne niż szpitale podmioty świadczące usługi w branży ochrony zdrowia) cały ekosystem powiązań i zależności, który wcześniej starałyśmy się krótko naświetlić. W ekosystemie tym musi odnaleźć się personel szpitala – począwszy od kadry zarządzającej, a na pracownikach najniższego szczebla skończywszy. Z jednej strony w szpitalu obowiązują formalizm i biurokracja, z drugiej zaś, jak w każdej organizacji, w toku codziennych interakcji i wspólnych działań wyłania się ład społeczny. Jego specyficzny charakter odzwierciedla zarówno formalne, jak i nieformalne struktury odniesienia dla działań aktorów społecznych zaangażowanych w tej organizacji (por. Konecki, 2007: 13). Procesy kierowania i komunikowania, współpraca, a także niepewność czy emocje odczuwane w pracy są wynikiem interakcji i działań zmierzających do skoordynowania wysiłków związanych z realizacją podstawowego celu, czyli leczenia pacjenta i zapewnienia mu właściwej opieki. Mają w tym swój udział wartości i normy, a także wzorce osobowe zinternalizowane przez personel medyczny na etapie socjalizacji wtórnej, które z jednej strony odwołują się do wiedzy medycznej i właściwego sposobu postępowania z pacjentem, z drugiej zaś odzwierciedlają hierarchiczne relacje panujące w środowisku medycznym. W codziennej pracy w oddziale ważne są więc zarówno merytoryczna, ekspercka wiedza profesjonalistów, jak i ich ulokowanie na drabinie prestiżu zawodów medycznych oraz w strukturze organizacji. Każdy z tych elementów może stać się zasobem interakcyjnym wykorzystywanym w negocjowaniu, perswadowaniu czy kontrolowaniu przez personel działań terapeutycznych i opiekuńczych wspólnie prowadzonych wobec pacjentów. Mimo, wydawałoby się, ściśle określonych zakresów obowiązków i odpowiedzialności poszczególnych pracowników oraz precyzyjnych procedur medycznych różnego rodzaju ograniczenia (finansowe, czasowe, technologiczne, przestrzenne itd.) wymagają od nich balansowania między formalizmem i biurokratyczną poprawnością a bezpieczeństwem i zdrowiem pacjenta oraz własnym.

Przedstawiona powyżej charakterystyka uwarunkowań funkcjonowania badanych oddziałów nie pretenduje do miana kompleksowej analizy systemu. Miała na celu przede wszystkim zarysowanie kontekstu, w jakim należy sytuować przedstawiane w kolejnych rozdziałach interpretacje danych zgromadzonych w toku badań.

Rozdział 3

Społeczne konstruowanie przestrzeni szpitala

3.1. Wstęp

Rozdział ten poświęcony jest przestrzeni szpitala, a konkretnie trzech badanych przez nas oddziałów dużego klinicznego szpitala publicznego. Każdy z użytych tu przymiotników ma znaczenie dla dalszego opisu badań. Jak już wspomnieliśmy, skupiamy się na wybranych oddziałach szpitala, chcąc ukazać, że placówki te z jednej strony podlegają uwarunkowaniom szerszego kontekstu (makro) poprzez krajowy system ochrony zdrowia akceptujący i wdrażający globalnie funkcjonujące „uniwersalne zasady biomedycyny” (Van der Geest, Finkler, 2004: 1995), z drugiej zaś pozostają zakorzenione w lokalnych praktykach, w których „ujawniają się podstawowe wartości i przekonania dotyczące kultury” (Van der Geest, Finkler, 2004: 1995). Przyjrzenie się wewnętrznym zróżnicowaniom szpitala może pozwolić na uchwycenie sposobu, w jaki szersze procesy kulturowe i społeczne są realizowane w ramach codziennych działań i praktyk na poziomie konkretnej organizacji. Pozwoli ono także przyjrzeć się, jak hierarchie zawodów medycznych wpływają na relacje międzyludzkie na poziomie tak podstawowym jak wspólne przebywanie w przestrzeni oddziału i korzystanie z niej. Przestrzeń czy, ogólniej, środowisko fizyczne jest bowiem często traktowane jako tło, jako neutralny czynnik albo, w odniesieniu do decyzji zarządczych i procedur organizacyjnych, jako „domyślny «kontekst» niebezpiecznych działań (błędów i naruszeń) osób zaangażowanych w system” (Reason, 2016, cyt. za: Melo, 2018: 137).

Przestrzeń może być rozumiana różnorodnie – w kontekście wielkości, odległości, dostępności, użyteczności, funkcjonalności, estetyki czy mobilności. Właściwie nie będziemy się tu wprost odnosić do kwestii funkcjonalności, użyteczności czy estetyki, których znaczenie dla procesu zdrowienia pacjentów zostało bezspornie dowiedzione w badaniach Rogera Ulricha (1984). W kolejnych badaniach potwierdzono wpływ estetyki także na jakość przestrzeni klinicznych, na

„zachowania klinicysty, a tym samym na jakość kliniczną świadczonej opieki i jej wyniki (zakażenia szpitalne, upadki pacjenta, długość pobytu)” (Melo, 2018: 137). Z punktu widzenia funkcjonowania takich organizacji, jak szpitale elementy te są ważne, ponieważ ewidentnie, choć może nie wprost, wpływają na realizację ich podstawowych celów. Godne warunki, w tym fizyczne, w których przebiega leczenie, są elementem całościowego doświadczenia korzystania z opieki medycznej. Ten, skądinąd ważny, aspekt nie jest obiektem naszego zainteresowania. Interesują nas raczej „środowiska symboliczne i społeczne, które są podstawowymi elementami składowymi miejsca” (Lefebvre, 1991, cyt. za: Melo, 2018: 137, por. Dovey, 2010), a więc to, jakiego znaczenia nabiera przestrzeń w kontekście dla współużytkujących ją aktorów społecznych, niż tylko przestrzeń jako fizyczna własność.

3.2. Przestrzeń organizacyjna

Przestrzenie szpitalne były przedmiotem badań geografów zdrowia (medycyny), psychologów, architektów, antropologów. W badaniach tych wykazywano, jak przestrzeń wpływa na jakość leczenia i bezpieczeństwo pacjentów, jakość opieki, relacje między lekarzami i pacjentami, wymianę informacji, dzielenie się wiedzą i stosowanie procedur medycznych; sprawdzano nawet, jak prace remontowe mogą wpłynąć na większe zaangażowanie personelu (Melo, 2018: 136).

W naukach społecznych szpital chyba najczęściej kojarzony jest z metaforami „małej ciasnej wyspy” (Coser, 1962), instytucji totalnej (Goffman, 1961), a także Benthamowskiego panoptikonu (Foucault, 1973). Koncentrują się one na ukazaniu tej instytucji jako wyodrębnionej z szerszego porządku społecznego rzeczywistości szpitalnej, biurokratycznej i sformalizowanej, ingerującej w tożsamości pacjentów, a nade wszystko – jako miejsca kontroli (Parsons, 1951; Goffman, 1961; Foucault, 1973). Erving Goffman co prawda odnosił się w *Asylums* do szpitali psychiatrycznych, ale jego krytycy wskazali, że nawet takie instytucje trudno obecnie nazwać totalnymi, bo świat zewnętrzny przenikał i przenika (*permeability*) do nich na wielu poziomach (Quirk, Lelliott, Seale, 2006). W każdym razie w naszej pracy nie skupiamy się na szpitalu jako instytucji totalnej, na perspektywie pacjentów czy nawet na relacjach pacjentów z personelem medycznym. Bardziej interesuje nas perspektywa lekarzy, pielęgniarek czy salowych jako członków organizacji formalnej, wypracowujących swoje własne reguły interakcji. W tym rozdziale kwestie te ujmowane są przez pryzmat uwarunkowań przestrzennych charakteryzujących badane oddziały szpitalne.

Podstawą teoretyczną będzie tu spojrzenie na przestrzeń jako konstrukt społeczny czy też przestrzeń społecznie wytwarzaną (*social production of space*). Trust Saidi, Katusha de Villiers i Tania Douglas (2017: 37) wskazują, że

przestrzeń jest produktem społecznej translacji, transformacji i doświadczenia, w którym przestrzenność jest zapośredniczana (*mediated*) kulturowo i działa jako materialna siła odzwierciedlająca procesy społeczne [...], skupiająca się zarówno na praktykach produkcji społecznej, jak i cielesnym rozmieszczeniu.

Przestrzeń kształtuje interakcje, jak pisze Zygmunt Bauman, sprawiając, że niektóre praktyki społeczne „kwitną”, a inne „wiedną” (Bauman, 2013, cyt. za: Saidi, de Villiers, Douglas, 2017: 37). Zdaniem Thomasa Markusa i Deborah Cameron (2002) przestrzeń „zapraszająca” sprzyja wspólnemu tworzeniu nowych idei, które nie miałyby szansy pojawić się w samotności, a „dobrze zaprojektowana przestrzeń przyczynia się do rewolucji kulturalnej, wyzwalać otwartość, kreatywność i pracę zespołową, prowadząc do produktywnej rozmowy między ludźmi, którzy się spotykają” (cyt. za: Saidi, de Villiers, Douglas, 2017: 37).

Z naszych badań wyłania się kolejna metafora – „krzyczącej przestrzeni” – bo właściwie wszędzie w szpitalu, w oddziałach, na korytarzach, mijałyśmy wywieszane kartki mające na celu skłonić czytającego do określonych działań. Niektóre wydawały się zabawne, niektóre – denerwujące przez liczbę wykrzykników dodanych na końcu „prośby”: „Proszę nie wrywać kontaktów!!!”, „Ankieta – wrzucić złożoną!”, „Uwaga!!! za rzeczy pozostawione niezabezpieczone szpital nie odpowiada!!!”, „Uwaga proszę zamykać drzwi na klucz za każdym razem!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!”, „Przypominam!!!”. Nawet pojemniki z płynem do dezynfekcji rąk usytuowane na korytarzach były obklejone często dwoma plakatami ze znakiem „STOP” i przypomnieniem o dezynfekcji. Generalnie więc w sferze wizualnej ujawniane są oczekiwania co do „uwagi” i określonych sposobów zachowania osób przebywających na terenie szpitala, a przestrzeń przypomina o tym na każdym kroku. Michel Foucault (1998, cyt. za: Saidi, de Villiers, Douglas, 2017: 37) uważał wręcz, że „przestrzeń jest konstrukcją, która tworzy określony typ osoby”.

Według Scotta Taylora i André Spicera (2007: 326–327) literatura relacjonująca badania dotyczące przestrzeni organizacyjnej pozwala na wyodrębnienie trzech kategorii jej ujmowania:

- przestrzeń jako odległość – geograficzna bliskość jest uznawana za podstawę powstawania sieci społecznych, czy to osób, czy organizacji, tak więc przestrzeń, a dokładnie jej atrybuty mogą poszerzać lub ograniczać zakres doświadczeń kształtujących sieci społeczne¹;
- przestrzeń jako materializacja relacji władzy – w przestrzeni można zobaczyć odbicie relacji władzy i podporządkowania. Widoczne są one choćby w dostępie do niej, aranżacji, wystroju, a posiadanie władzy i wyższego statusu społecznego przekłada się na większe możliwości kontrolowania różnych zasobów, w tym przestrzeni. Pred (1985, cyt. za: Liu, Manias, Gerditz, 2014: 189; por. Dymarczyk, 2018) ujął to w ten sposób, że „władza jako relacja społeczna ma zdolność kontrolowania ścieżki czasoprzestrzennej”;

1 Por. także klasyczne badania Eltona Mayo (2003).

- przestrzeń jako doświadczenie – przestrzeń jako przejaw wyobraźni, sposobu, w jaki jest doświadczana przez aktora społecznego.

Zdaniem Henriego Lefebvre'a (1991; 2006) przestrzeń jest społecznie wytwarzana poprzez trzy procesy interakcyjne:

- planowanie przestrzeni – takie rozmieszczenie obiektów, symboli i ludzi w przestrzeni, by skłonić ich do określonych rodzajów zachowań, zazwyczaj dokonywane w odniesieniu do technokratycznej wiedzy i racjonalności;
- przeżywanie przestrzeni – nadawanie jej znaczenia i fenomenologiczne doświadczanie poprzez osobiste zaangażowanie w danej przestrzeni fizycznej;
- praktykę przestrzenną – ruch, interakcje i przebywanie w danej przestrzeni.

W dalszej części rozdziału po krótkiej charakterystyce każdego z wytypowanych oddziałów przejdziemy do analizy ich przestrzeni. Odwołując się do zaprezentowanych powyżej koncepcji, postaramy się ukazać rolę i znaczenie przestrzeni organizacyjnych, ich związek z relacjami władzy, zarządzaniem organizacją i komunikowaniem.

3.3. Krótka charakterystyka przestrzeni badanych oddziałów

Poniżej przedstawimy opis poszczególnych oddziałów, które choć podobne, to jednak różnią się od siebie między innymi stopniem dostępności (zamknięty – otwarty), wyglądem i atmosferą, a nawet sposobem poruszania się ludzi w ich przestrzeni. Opis ten uważamy za istotny z tego względu, że dostarcza kontekstu dla interpretacji zawartych w kolejnych rozdziałach książki. Co ważniejsze, opis ten pozwoli także na wgląd w kontekst, w jakim zachodzą interakcje między pracownikami oddziału i w jakim przestrzeń wpływa na wzory działania aktorów społecznych, jednocześnie odtwarzając uwarunkowania społeczne i kulturowe, a także relacje hierarchiczne obecne w systemie ochrony zdrowia. Jak wspomnieliśmy, nie ma tu miejsca na poruszenie wszystkich kwestii związanych z przestrzenią, takich jak na przykład planowanie czy względy estetyczne, ale warto zaznaczyć, że opisywane oddziały znajdują się w szpitalu wybudowanym przed wojną, gdy standardy i metody leczenia były inne, inna była też architektura budynków szpitalnych, ich organizacja przestrzenna oraz wystrój ich wnętrz. W badanych oddziałach wystrój, urządzenia i sprzęt się zmieniały, ale układ przestrzenny oddziałów pozostał właściwie taki jak niegdyś, ponieważ budynek powstał w okresie międzywojennym. Ten ówczesny projekt, mimo późniejszej rozbudowy budynku szpitala, jest ograniczeniem, które dostrzec można w każdym oddziale.

3.3.1. Oddział intensywnej terapii

Oddział ten znajduje się na niższej kondygnacji budynku niż pozostałe dwa oddziały, w pobliżu głównego wejścia, blisko szerokiego korytarza wiodącego do pracowni diagnostyki obrazowej oraz wind prowadzących do innych oddziałów położonych na wyższych piętrach szpitala. Mimo takiego usytuowania wejście na oddział nie rzuca się w oczy – jest zawsze zamknięte, a drzwi otwierają się po wpisaniu odpowiedniego kodu w elektronicznym zamku lub po otwarciu ich przez pracowników sekretariatu. Z założenia oddział jest niedostępny dla osób postronnych. Dostęp do niego mają jedynie pracownicy oddziału, personel dochodzący z innych oddziałów czy jednostek szpitala, ratownicy medyczni i odwiedzający chorych bliscy. Zdarza się także, że w ramach zajęć dydaktycznych na oddział przychodzą studenci kierunków medycznych. Niezależnie od tych ograniczeń każda osoba wchodząca na teren oddziału intensywnej terapii, także personel innych oddziałów, musi przebrać się w strój i obuwie ochronne.

Wejście na oddział prowadzi przez specjalną służbę sanitarną, gdzie znajduje się mała koedukacyjna szatnia personelu, w której wchodzący przebierają się, zostawiając rzeczy osobiste w przeznaczonym do tego miejscu. Odwiedzający, którzy przebierają się w strój ochronny obok szatni personelu, nie zawsze stosują się do tego zalecenia i pielęgniarki często muszą im przypominać, by torby zostawiali w odpowiedniej szafce. Po przebraniu się należy umyć i zdezynfekować ręce i dopiero wtedy można przejść na oddział. Pomiędzy służą a korytarzem prowadzącym do sal chorych znajduje się jeszcze rodzaj przedsionka z sekretariatami, pokojem pielęgniarki oddziałowej, izolatką oraz toaletą. Na ścianach wiszą tablice ogłoszeń z podstawowymi informacjami dla personelu, a przede wszystkim dla odwiedzających – godziny odwiedzin, zasady zachowania higieny podczas wizyt, regulaminy, procedury. Z tego miejsca w głąb oddziału, którego kształt przypomina literę L, prowadzi główny hol. W korytarzu jest jasno dzięki oknom, które wychodzą na wewnętrzny dziedziniec i wpuszczają naturalne światło, oraz ścianom pomalowanym na jasne, pastelowe kolory. Każdego wchodzącego wita też duży napis „STOP” na podłodze, wskazujący miejsce, poza które bezwzględnie nie wolno wejść bez stroju ochronnego. Zaraz za nim znajduje się przenośny defibrylator – włączony i gotowy do użycia. Dalej rozciąga się korytarz prowadzący aż do załomu, biegnący wzdłuż drugiego skrzydła budynku i kończący się służą podobną do tej przy wejściu. Druga służa, mimo że jest czynna, służy raczej celom technicznym, nie jest dostępna dla rodzin odwiedzających chorych czy też dla studentów. Pielęgniarka oddziałowa opowiadała nam, że zdarzało się, iż mimo oznaczenia wskazującego, że przejście jest zabronione, przez służę z drugiej strony próbowali wchodzić pacjenci szukający pracowni diagnostycznej (znajduje się ona na tym samym poziomie, ale w drugim skrzydle).

Z głównego korytarza oddziału wchodzi się do rozmieszczonych wzdłuż niego sal chorych (mieszczą zwykle cztery osoby), które są wyposażone w szerokie

oszkłone drzwi pozwalające zobaczyć, co się dzieje z pacjentami, bez wchodzenia na salę. Dalej znajdują się pokój zabiegowy, pokój lekarzy zamykany na elektroniczny zamek, pomieszczenie do przechowywania zwłok, duża łazienka, a dalej kolejne sale chorych. Sale są do siebie podobne – pełne cicho szumiącego, z rzadka alarmującego dzwonkiem sprzętu, który podtrzymuje pacjentów przy życiu. W każdej sali oprócz elektronicznie sterowanych łóżek znajduje się małe urządzenie do wykonywania testów laboratoryjnych (np. analizy krwi), liczne szafki z niezbędnym drobnym sprzętem medycznym (strzykawki, igły, środki opatrunkowe itp.) oraz lekami, a także zlew i miejsce dezynfekcji rąk. W każdej sali jest też specjalna konstrukcja wspierająca znajdujące się przy łóżkach monitory pokazujące funkcje życiowe pacjenta i urządzenia automatycznie podające leki (pompy), do których pielęgniarki wkładają przygotowane strzykawki z medykamentami. Przy wejściach na sale ustawione są stacje personelu – długi stół z monitorami pozwalającymi kontrolować stan każdego pacjenta. Na stole leżą dokumenty, pieczętki i różne rzeczy na bieżąco potrzebne do aktualizowania papierowej dokumentacji każdego leczonego tu pacjenta. Podczas naszych badań pielęgniarki większość czasu spędzały na czynnościach wykonywanych przy pacjentach, uzupełniając leki w pompach infuzyjnych, kroplówki, przygotowując kolejne dawki leków. Przy stacji spędzały niewiele czasu.

Odwiedzając ten oddział w oczy rzucają się spokój, cisza i właściwie brak ruchu na korytarzu. Wydaje się, że jest pusto i że pracuje tu mało osób. Nic bardziej mylnego. Z uwagi na charakter pracy zarówno lekarze, jak i pielęgniarki z tego oddziału pracują w dużym rozproszeniu. Wiele czasu spędzają na bloku operacyjnym, w salach zabiegowych na terenie całego szpitala oraz w poradni. Kiedy podczas obserwacji po kilka godzin dziennie przebywałyśmy w oddziale, spotykałyśmy stosunkowo niewiele osób z personelu medycznego, dlatego informacja o liczbie zatrudnionych była dla nas dużą niespodzianką. W momencie prowadzenia badań w oddziale intensywnej terapii zatrudnionych było ponad czterdziestu lekarzy, prawie dziewięćdziesiąt pielęgniarek, dziewięć salowych, trzech ratowników medycznych i trzy sekretarki. Pielęgniarka oddziałowa wyjaśniła nam, że w szpitalu personel medyczny pracuje na zmiany i po długim dyżurze ma odpowiednio długi czas wolny. Skutkiem takiej organizacji pracy jest to, że niektórzy pracownicy spotykają się rzadko, a nawet mogą się nie znać, ponieważ nigdy nie pracowali ze sobą na tej samej zmianie.

3.3.2. Oddział neurochirurgii

Oddział neurochirurgii jest oddziałem chirurgicznym, w którym przeprowadzane są zabiegi mające wpływ na stan świadomości i sprawność, a zatem też mobilność pacjentów. Oddział jest umiejscowiony na jednym z pięter budynku szpitalnego, prowadzi do niego klatka schodowa biegnąca wokół szybu dużej windy, która służy

także, jeśli nie przede wszystkim, do przewozu łóżek z pacjentami. Z klatki schodowej wchodzi się przez oszklone drzwi, które witają wchodzących informacją o konieczności korzystania z szatni dla odwiedzających znajdującej się przy wejściu do szpitala. Drzwi te zajmują całą ścianę klatki schodowej, więc od razu można przez nie zobaczyć część korytarza i znajdujące się dalej następne drzwi prowadzące na drugi, mniejszy oddział. Oddział neurochirurgii także ma kształt litery L, przez co jedna część oddziału jest widoczna już od wejścia, a druga, znajdująca się za załomem korytarza, jest osłonięta przed oczami wchodzących. Jednak ten, zdawałoby się, ukryty przed wchodzącymi odcinek korytarza w rzeczywistości prowadzi do przejścia na kolejny oddział, korytarz jest bowiem częścią ciągu komunikacyjnego prowadzącego przez trzy skrzydła budynku szpitala i przez cztery oddziały. Drzwi wyjściowe znajdujące się na drugim końcu oddziału nie są jednak oszklone, nie dają bezpośredniego wglądu na oddział, więc część osób niewiedzących, że jest tu przejście do innego wyjścia ze szpitala, nie przechodzi przez teren oddziału. Z tego powodu ten fragment korytarza jest spokojniejszy, bardziej ukryty przed wzrokiem gości i zazwyczaj przebywają w nim tylko personel medyczny, pacjenci i odwiedzający ich członkowie rodzin.

Mimo wielu podobieństw oddział neurochirurgii znacznie różni się od oddziału intensywnej terapii. Przede wszystkim w głównej części korytarza nie ma okien – po obu stronach rozmieszczone są: pokój socjalny pielęgniarek i salowych, sekretariat zamykany na zamek elektroniczny (z niego jest wejście do pokoju ordynatora i lekarzy, odseparowanego od głównego korytarza), ogólnodostępna toaleta, wejście do windy, a dalej sala pooperacyjna ze stanowiskiem pielęgniarek i sale chorych. Po drugiej stronie korytarza znajdują się kolejne gabinety zabiegowe, sale badań i pokój lekarza specjalisty. Przy załomie korytarza, na wprost znajduje się toaleta dla niepełnosprawnych pełniąca funkcję brudownika i magazynku na drobne akcesoria używane przy opiece nad pacjentami, takie jak baseny czy środki czystości. Za załomem korytarza znajduje się pomieszczenie przygotowawcze z biurkiem, komputerem, szafkami, w którym przechowywane i przygotowywane są leki wydawane później pacjentom czy pobierana jest krew. W tej części oddziału są jeszcze sale chorych, a na korytarzu stoją szafki, stolik, lodówka dla pacjentów i zazwyczaj trzy lub cztery łóżka oraz fotele do przewożenia pacjentów. Zakątek zlokalizowany bezpośrednio przy drzwiach prowadzących na kolejny oddział sprawia wrażenie małego składziku, który z braku odpowiedniej ilości przestrzeni w oddziale mieści sprzęt (łóżka, fotele, parawan itd.) potrzebny na co dzień, choć niebędący w stałym użyciu.

Brak okien w głównej części korytarza oddziału powoduje, że zazwyczaj włączone są lampy sufitowe. Ich światło sprawia, że kolor farby na ścianach wydaje się nieco siny, przez co dla zewnętrznego obserwatora oddział ten wygląda bardziej „szpitalnie” niż oddział intensywnej terapii. Dopiero w dalszej części korytarza, za załomem, znajdują się okna dające dostęp do naturalnego światła i oferujące widok na wewnętrzny dziedziniec z ładnie utrzymaną zielenią. W tym oddziale

nie obowiązuje reżim sanitarny, jak na intensywnej terapii, i jest tu znacznie więcej ludzi – przy wejściu przesiadują rodziny pacjentów i pacjenci przychodzący na kontrolę, czekający na lekarza lub ci, którzy chcą załatwić sprawy w sekretariacie oddziału. Między sekretariatem a pokojami badań i zabiegowymi od czasu do czasu śpieszą lekarze. Najczęściej zaś widać pielęgniarki i salowe przemieszczające się po oddziale. Na korytarzu można także spotkać pacjentów – tych, którzy są bardziej samodzielni i idą po coś do lodówki lub robią sobie kawę czy herbatę, korzystając z czajnika elektrycznego stojącego na stoliku obok lodówki. Od czasu do czasu korytarzem przechodzą pacjenci ze specjalnymi wysokimi chodzikami, które pozwalają im zachować odpowiednią pozycję kręgosłupa, szyi i głowy. Są to pacjenci po zabiegach, dla których takie spacerowanie jest formą rehabilitacji. Spotkać można także odwiedzających, którzy zazwyczaj spędzają czas w salach chorych. Jak wspomnieliśmy, korytarz jest w zasadzie przechodni – ciągnie się przez całą długość budynku (przez trzy skrzydła) i łączy w sumie cztery oddziały, więc często można zobaczyć personel medyczny z innych części szpitala przechodzący z sąsiadującego oddziału do wyjścia prowadzącego do klatki schodowej. Prowadzi z niej najkrótsza droga do pracowni diagnostycznych, ale i do szpitalnej kawiarni, gdzie stołuje się wielu lekarzy.

Oddział neurochirurgii wydaje się znacznie bardziej ruchliwy, a czasem wręcz zatłoczony w porównaniu do dwóch pozostałych oddziałów. Bywa, że pacjenci leżą na łóżkach postawionych na korytarzu, a wokół nich skupiona jest rodzina i/lub personel medyczny. Pracujący tu personel jest jednak znacznie mniej liczny niż na intensywnej terapii – dwunastu lekarzy, prawie czterdzieści pielęgniarek, piętnaście salowych i trzy sekretarki. W przestrzeni oddziału najrzadziej widać lekarzy, którzy spędzają całe godziny na bloku operacyjnym, wykonując skomplikowane zabiegi, trwające nawet kilkanaście godzin. W oddziale pozostają wtedy pielęgniarki, mające kompetencje i odpowiednie uprawnienia, a także przyzwyczajone do samodzielnego podejmowania niektórych decyzji medycznych pod nieobecność lekarzy.

3.3.3. Oddział laryngologii

Trzecim miejscem prowadzenia badań był oddział laryngologiczny, który także jest oddziałem chirurgicznym, choć inna specjalizacja medyczna i rodzaj leczonych schorzeń powodują, że przebywający tu pacjenci są dużo bardziej mobilni i samodzielni niż ci przebywający w oddziale neurochirurgii.

Oddział laryngologii sprawia wrażenie raczej poradni niż oddziału szpitalnego. Jest dość spokojnie, raczej cicho, niewiele osób kręci się po korytarzu, czasem przy stolikach i na krzesłkach rozstawionych wzdłuż okien wychodzących na dziedzińiec siedzą pacjenci czekający na wizytę u lekarza. Tutaj okna są wysokie, a usytuowanie oddziału na piętrze wyższym niż oddział intensywnej terapii sprawia,

że jest tu najjaśniej i najprzyjemniej. Przechadzając się po korytarzu wzdłuż sal chorych, można dostrzec, że one także są widne i przestronne. Podobnie ogólnodostępna toaleta i pokoje zabiegowe, do których drzwi są często otwarte. Jasny pastelowy kolor na ścianach, chyba ten sam co w oddziale intensywnej terapii, harmonizuje z kolorem nielicznych mebli i wykładziny podłogowej, dając wrażenie większej przestrzeni niż w pozostałych oddziałach. Wejścia na oddziały intensywnej terapii i neurochirurgii różniły się diametralnie – jedno zamknięte, drugie otwarte i stanowiące jednocześnie przejście do innego oddziału. Tutaj, mimo że podobnie jak na neurochirurgii reżim sanitarny nie wymaga śluzu, jest jednak coś, co odróżnia ten oddział od pozostałych. Są tu dwa wejścia – jedno z klatki schodowej przez główne drzwi oraz drugie do malutkiej poczekalni, „wewnętrznej izby przyjęć”, z której można przejść do głównego korytarza oddziału. Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci „zewnątrzni” czekający na konsultację lekarską nie siedzą w głównym korytarzu, ale są odseparowani w poczekalni łączącej się bezpośrednio z pokojem konsultacji. Niestety poczekalnia jest mała, pozbawiona okien i oferuje tylko kilka miejsc siedzących na ławce, więc szybko robi się tu duszno i niewygodnie. Jeśli pacjentów jest więcej, bywa ciasno i niektórzy z nich zwykle stoją w przejściu na główny korytarz oddziału. Czasami nie są nawet specjalnie widoczni, ponieważ w tym miejscu, naprzeciwko wejścia na oddział jest kilka pokoi (m.in. pokój zabiegowy, pokój pielęgniarki oddziałowej). Pokoje, w których pracuje personel, rozmieszczone są na całej przestrzeni oddziału – na jednym końcu (przy wyjściu z tego skrzydła budynku) znajduje się mała sala konferencyjna (używana podczas spotkań lekarzy), pokój, w którym opisywane są badania, oraz pokój socjalny lekarzy, także zamykany na elektroniczny zamek. Dalej są sale chorych, osobne pokoje socjalne dla pielęgniarek i salowych (w przeciwieństwie do dwóch pozostałych oddziałów, gdzie ten pokój jest wspólny), sekretariat i gabinet ordynatora, wspomniane pokoje badań i pokój pielęgniarki oddziałowej. W drugą stronę korytarz ciągnie się, podobnie jak na neurochirurgii, aż do załomu, gdzie znajdują się ogólnodostępna toaleta, kolejny pokój badań i pokój zabiegowy, za nimi zaś jest przejście na sąsiadujący oddział (który diametralnie różni się od pozostałych). Niedaleko od wejścia usytuowana jest także sala pooperacyjna oraz stacja pielęgniarek – rodzaj wysokiego kontuaru, przy którym pielęgniarki przyjmują pacjentów przychodzących na oddział z pytaniami czy szukających lekarza. Kilka metrów dalej ustawione jest także stanowisko do obsługi pacjentów – stolik z krzesłkami, przy którym pielęgniarka lub inny pracownik szpitala (np. pracownik socjalny) może porozmawiać z pacjentem w relatywnym oddaleniu od kontuaru pielęgniarek, zachowując jakieś pozory prywatności. „Pozory”, ponieważ korytarze oddziałów neurochirurgicznego i laryngologicznego są miejscami publicznymi, po których przejść może właściwie każdy, nie ma formalnych ograniczeń w dostępie na teren oddziałów. Są one przestrzeniami przechodnimi, łączącymi oddziały znajdujące się w trzech skrzydłach na tym samym piętrze budynku, dzięki którym personel medyczny skraca sobie drogę do innej części szpitala. Drzwi, które je dzielą, są

mniej lub bardziej przezroczyste i pozostają otwarte, nie ma zamków, domofonów czy innych tego rodzaju barier. Trzeba pamiętać, że na oddziały przychodzą odwiedzający i wpuszczanie ich za każdym razem byłoby prawdopodobnie bardziej męczące niż pozostawienie drzwi otwartych.

Tak czy inaczej oddział laryngologiczny należy do tych bardziej spokojnych – pacjenci są mobilni i raczej sprawni (z wyjątkiem tych po zabiegach), więc nie wymagają tyle pomocy ze strony pielęgniarek. Lekarze mają swój zamykany pokój i po pustym zwykle korytarzu chodzą raczej spokojnie, bez zbytniego pośpiechu. Spędzają też dużo czasu, wykonując zabiegi na bloku operacyjnym, trwa to jednak znacznie krócej niż w przypadku operatorów z oddziału neurochirurgii. W oddziale laryngologii pracuje piętnastu lekarzy, prawie dwadzieścia pielęgniarek, siedem salowych oraz dwie sekretarki. Personel lekarski składa się mniej więcej po równo z kobiet i mężczyzn.

Właściwie jedynym momentem, gdy w oddziale był duży ruch, a na korytarzu znajdowało się mnóstwo sprzętów, było generalne sprzątanie. Salowe wystawiały wówczas z sal chorych wszystkie meble i przez kilka godzin na korytarzu było rzeczywiście głośniejsze i ciasniejsze. Poza tym naturalny rytm pracy wyznaczał momenty większej ruchliwości, czyli poranne obchody, rozwożenie posiłków dla pacjentów, wydawanie leków i codzienne drobniejsze prace porządkowe salowych.

3.4. Przestrzeń opanowana vs. przestrzeń jako źródło zakłóceń

Trzy badane oddziały, pomimo bycia częścią jednego szpitala, znacząco różniły się pod względem tego, jak przestrzeń oraz to, co się w niej znajduje, wpływają na wykonywane tam czynności terapeutyczne i opiekuńcze nad pacjentami oraz na czynności administracyjne. Właściwie oddziały te można ułożyć na kontinuum od oddziału intensywnej terapii z najmniejszymi zakłóceniami ze strony przestrzeni, poprzez oddział laryngologii z umiarkowanym nasileniem czynników zaburzających przepływ pracy (*workflow*, Liu, Manias, Gerdtz, 2014: 192), aż po oddział neurochirurgiczny, w którym obserwowałyśmy zdarzające się najczęściej i najbardziej nasilone sytuacje zakłócające naturalny przebieg czynności personelu medycznego i niemedycznego. Cechą wspólną wszystkich oddziałów jest bardzo podobny w gruncie rzeczy rozkład oddziałów – wszystkie rozplanowane są w kształcie litery L, z częścią korytarza widoczną już od wejścia i od pomieszczeń administracyjnych (sekretariaty, pokoje socjalne pielęgniarek lub salowych i lekarzy) oraz drugą częścią, za załomem korytarza, ukrytą przed wzrokiem osób znajdujących się przy wejściu. Ponadto oddziały, oprócz intensywnej terapii, są przestrzeniami

przechodnimi w tym sensie, że łączą całe piętro danego skrzydła budynku szpitala. Często mogliśmy obserwować personel, ale i pacjentów lub osoby odwiedzające, które wchodziły z innego oddziału i kierowały się prosto do klatki schodowej lub do windy. Drzwi oddziałów laryngologii i neurochirurgii nie były zamykane, ponieważ korytarze stanowiły ciągi komunikacyjne konieczne do transportowania pacjentów na szpitalnych łóżkach lub wózkach inwalidzkich do pracowni diagnostycznych czy pomiędzy oddziałami. Na neurochirurgii panował znacznie większy ruch, ponieważ oddział ten znajdował się bliżej pracowni diagnostycznych i bloku operacyjnego. Laryngologia natomiast usytuowana jest z drugiej strony budynku i chyba ani razu nie widzieliśmy, by ktoś korzystał tam z windy. W oddziale laryngologii było najmniej pacjentów, jednocześnie byli oni najbardziej mobilni i nie potrzebowali specjalnej pomocy przy codziennych czynnościach. Natomiast pokój, w którym konsultowano nowo przyjmowanych pacjentów, był odseparowany i dzięki temu zapewniał relatywny spokój i ciszę w przestrzeni oddziału. W oddziale neurochirurgii źródłem zakłóceń były zwłaszcza wejście i winda – bardzo często używana – z której korzystali sami pacjenci, często z ograniczoną w różnym stopniu sprawnością, odwiedzający, personel oddziału, ratownicy medyczni i pracownicy transportu czy osoby rozwożące posiłki dla pacjentów, by wymienić tylko tych, których udało nam się zidentyfikować w czasie prowadzonych obserwacji (strój służbowy, uniform medyczny czy piżama były jednoznacznym symbolem roli społecznej jednostki). Na neurochirurgii przebywało również najwięcej pacjentów, największa też była ich rotacja, dlatego na korytarzach stały dodatkowe łóżka, fotele, parawany, a nawet szafki, w których personel trzymał niezbędne do pracy przedmioty lub dokumentację (np. karty pracy każdej zmiany przechowywane były w zamykanej szafce stojącej na korytarzu zaraz obok stolika i krzeseł dla odwiedzających). Z braku innego miejsca na korytarzach stały również pojemniki na odpady, ale także urządzenia dla pacjentów, takie jak lodówka, czajnik i stół. Przechodzący pacjenci, odwiedzający ich członkowie rodzin, a oprócz tego personel powodowali, że oddział wydawał się zatłoczoną i głośnieją przestrzenią, w której cały czas coś się dzieje. Źródłem zakłóceń byli często ludzie wchodzący na oddział, którzy czekając na lekarzy, próbowali dowiedzieć się czegoś od przechodzącego personelu. Pielęgniarka oddziałowa, ale także jeden z lekarzy wspominali nam, że z jednej strony rozumieją pacjentów, ale z drugiej bardzo przeszkadza im, gdy co parę minut ktoś zaczepia ich na korytarzu i zadaje pytania. Sekretariat nie zawsze spełniał tu funkcję centrum informacyjnego dla pacjentów, bo zamknięte drzwi z wywieszoną na nich informacją zniechęcały do wejścia równie skutecznie jak zachowanie niektórych jak pracowników.

Na korytarzu czekają pacjenci i rozmawiają ze sobą o jakichś objawach dotyczących ręki, że coś kogoś bolało. Podchodzą nowi. „Trzeba poczekać”. „O... córka jest już obcykana, tyle razy już była”. „No jak się pan nie boi awantur...”. Weszli do pokoju, a stamtąd zostali skierowani do sekretariatu (notatka z obserwacji).

Oddziały różniły się intensywnością działań klinicznych w zależności od liczby pacjentów, ale też rodzaju przeprowadzanych procedur medycznych (por. Liu, Manias, Gerditz, 2014: 192).

Choć intensywna terapia była oddziałem, który dysponował przestrzenią podobną do tej przeznaczoną na każdy z pozostałych dwóch oddziałów, to wydawała się ona znacznie większa, bardziej przestronna, cicha i właściwie pusta. Po części wynikało to z faktu, że jest to oddział zamknięty dla osób postronnych, dostępny tylko dla uprawnionego personelu. Pacjenci, w znakomitej większości nieświadomi i niemobilni, byli obiektami czynności terapeutycznych i opiekuńczych wykonywanych przez personel medyczny, głównie przez pielęgniarki i salowe. Lekarze, poza obchodami oraz wizytami kontrolnymi, by skonsultować stan pacjenta czy zaordynować lek, pozostawali w pokoju lekarskim, ale często też pracowali w innych miejscach szpitala. W konsekwencji na korytarzach z reguły nie było nikogo, pielęgniarki pracowały przy pacjentach w salach chorych, a personel administracyjny – w sekretariacie. Poza odgłosami sprzętu medycznego i klimatyzacji niewiele dźwięków zaburzało ciszę oddziału. Spokój, cisza i brak zakłóceń były zresztą ważnym elementem dostosowania oddziału do realizowanej w szpitalu działalności. Nawet w sytuacjach trudności pojawiających się podczas wykonywania czynności wokół pacjentów, które zdarzyło nam się obserwować, można było wyczuć napiętą atmosferę, ale nadal zachowywano ciszę i spokój. Czasem tylko po zaczerwienionej twarzy lekarza i pocie na jego czole można było poznać, że sytuacja jest poważna. Czynnikiem wprowadzającym pewne zakłócenia mogły być wizyty grup studentów, w przypadku których samo wejście do bardzo małej szatni było problematyczne. Odwiedzający dostosowywali się jednak do atmosfery oddziału i zachowywali się cicho. Można dojść do wniosku, że w oddziale intensywnej terapii brak zakłóceń był zapewniony już samym ograniczeniem dostępu do przestrzeni i stanowił część procedur stosowanych na co dzień przez personel. W oddziale neurochirurgii zaś wysoka intensywność działań klinicznych oraz duża i zmienna liczba pacjentów potęgowały także ilość zakłóceń, bo ograniczona przestrzeń oddziału nie była wystarczająca do odpowiedniego rozmieszczenia w niej pacjentów, personelu i całego niezbędnego wyposażenia.

3.5. Kontrola nad przestrzenią i możliwość bycia niedostępnym

Kolejny aspekt analizy przestrzeni dotyczy zjawiska kontroli nad przestrzenią. Podstawowy wniosek, jaki nasuwa się po obserwacjach, jest taki, że dostęp do różnych części oddziału czy nawet szpitala jest pochodną zajmowanego przez

personel stanowiska. Nie jest to może spostrzeżenie odkrywcze, ale w kontekście szpitala bardzo wyraźnie powiązane jest z hierarchią zawodów medycznych i relacjami władzy. W hierarchii tej najwyżej znajdują się lekarze, następnie pielęgniarki, a niżej salowe. Są oczywiście jeszcze inni przedstawiciele personelu medycznego i niemedycznego oraz pracownicy „zewnętrzni” (niezatrudnieni w oddziale, niektórzy nie są też zatrudnieni przez szpital, ale przez firmę zewnętrzną), którzy tylko od czasu do czasu pojawiają się w oddziale, by wykonać swoje czynności (osoba rozwóżająca posiłki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, psycholodzy itp.).

Po wejściu na oddziały naszą uwagę zwróciła nierówność w dostępie do przestrzeni przejawiająca się w dwóch aspektach: dostępu do „prywatnej” przestrzeni oraz uregulowań, kto i gdzie może przebywać i się przemieszczać.

Kontrola nad przestrzenią wiąże się z rozmieszczeniem i przemieszczaniem się po oddziale lekarzy, pielęgniarek i salowych. Obserwacje wyraźnie pokazują, że najczęściej na korytarzach oddziałów zobaczyć można pielęgniarki i salowe. Wykonują one różne czynności albo przy pacjentach, albo wokół ich łóżek i w przestrzeni publicznej. Kategoryzowanie przestrzeni jako publiczna i prywatna jest tu nieco na wyrost, ponieważ ich granice trudno precyzyjnie wyznaczyć. Jeśli za kryterium ich wyodrębnienia przyjmiemy fizyczny dostęp, to za przestrzeń publiczną możemy uznać korytarze oddziałów. Są one tym elementem fizycznego środowiska, który jest dostępny praktycznie bez ograniczeń dla każdego, kto jest już na terenie oddziału (także na intensywnej terapii, choć tam każdy poza uprawnionym personelem jest w pewnym sensie intruzem). W tym kontekście przestrzenią półprywatną można nazwać sale chorych. Przestrzenią prywatną mogą być pokoje lekarzy, ewentualnie pielęgniarek i salowych, ale tu też widać pewne różnice. Otóż we wszystkich trzech oddziałach pokoje lekarzy były wręcz odseparowane przez elektroniczny zamek w drzwiach, jak na intensywnej terapii i laryngologii, albo przez „odźwiernych”, jak w przypadku neurochirurgii, o czym opowiedziała nam oddziałowa pani psycholog: *Tu nawet jak był remont, to trochę odsunęliśmy ten pokój lekarski, bo było do niego wejście prosto z korytarza i tam ciągle ktoś wchodził i pytał. I niektórzy pacjenci to naprawdę męczący są.*

Obecnie nie można wejść bezpośrednio do pokoju lekarzy, przejście do niego prowadzi przez sekretariat, który także jest zamknięty. W oddziale laryngologii pokój lekarzy również jest zamykany na elektroniczny zamek, ale tutaj wchodzi się do niego bezpośrednio z korytarza oddziału. Jest to też jedyny oddział, w którym lekarze wprost okazali swoją gościnność i zaprosili nas do pokoju, udostępniając kod do zamka, a tym samym swoją prywatną przestrzeń.

Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że w czasie obserwacji zauważyliśmy odmienne wykorzystanie pokoju lekarzy w tych dwóch oddziałach. W oddziale neurochirurgii lekarze traktowali swój pokój jako miejsce do pracy (poza pracą na bloku operacyjnym), w którym oprócz pokoiku z łóżkiem, łazienki i aneksu kuchennego na biurkach stały komputery, na których (a także pod którymi) piętrzyła się dokumentacja medyczna leczonych pacjentów. W oddziale laryngologii

do opisywania wyników badań wydzielono osobne pomieszczenie, tam stały komputery i inny sprzęt biurowy, natomiast pokój socjalny był miejscem do przebrania się, odpoczynku, zjedzenia posiłku oraz ewentualnych rozmów i/lub krótkiej drzemki. Znajdowała się tam łazienka, szafy, aneks kuchenny, telewizor, tablica ogłoszeń, stolik, fotel i mała sofa. Bardzo duże obciążenie zabiegami i liczba pacjentów leczonych w oddziale neurochirurgicznym każą przypuszczać, że celem odseparowania pokoju lekarzy było ograniczenie dostępu nie tylko do lekarzy jako takich, lecz także do ich czasu, który jest cenny i nie należy go tracić. Każde zagadnięcie lekarza na korytarzu przez pacjenta odrywało go od tego, co aktualnie robił, podobnie było w przypadku pielęgniarek.

Pielęgniarki jednak nie miały ustalonego miejsca pracy w oddziale i większość czasu przebywały w przestrzeni publicznej, na ogólnie dostępnych korytarzach, przechodząc pomiędzy salami chorych, pokojami zabiegowymi, pomieszczeniami przygotowawczymi (tam przygotowywały leki, uzupełniały dokumentację, czasem pobierały krew do badań) czy salami pooperacyjnymi. O ile w oddziale intensywnej terapii osoby odwiedzające chorych mogły znajdować się tylko w wyznaczonych godzinach, o tyle w oddziałach laryngologii i neurochirurgii na korytarzach zazwyczaj przebywało sporo osób – pacjenci przychodzący na konsultacje, rodziny odwiedzające chorych czy inne osoby, które akurat znalazły się w oddziale. Pielęgniarki i salowe musiały wykonywać swoją pracę na oczach wszystkich, będąc cały czas na „scenie” (Goffman, 2000). Skrajnym przypadkiem „bycia widocznym” były stacje robocze pielęgniarek czy też kontuary umieszczone na korytarzach. W oddziale laryngologii kontuar był nieduży, lecz wysoki, przez co częściowo chronił pielęgniarki i to, co robiły, przed oczami pacjentów i osób przechodzących obok. W oddziale neurochirurgii kontuar był długi, niski jak standardowe biurko i otoczony szybą, a więc całkowicie wystawiony na widok publiczny. Pielęgniarki ewidentnie unikały tego miejsca, częściej wybierały pracę w pomieszczeniu za kotarą (stanowisko pielęgniarek przy sali pooperacyjnej), niewidocznym dla zewnętrznego obserwatora. Jedynie kilka razy zauważyliśmy, jak jedna z nich siedziała przy kontuarze i wypisywała jakąś dokumentację, znacznie częściej na kontuarze stały talerze z obiadem zostawione przez osobę rozwijającą posiłki. Pokój socjalny pielęgniarki dzieliły z salowymi (które w hierarchii zawodów w oddziale są najniżej): nie był on zamykany na zamek elektroniczny, dostępny wprost z korytarza, a ponadto był mały, pozbawiony okna i duszny. Gdy w środku przebywały pielęgniarki lub salowe, drzwi prawie zawsze pozostawały uchylone, więc były one narażone na pytania czy prośby ze strony każdego, kto ich potrzebował lub kto szukał informacji, a nie mógł dostać się do sekretariatu czy pokoju lekarzy. Wydaje się, że fizyczna lokalizacja stanowisk pielęgniarek „implikuje symboliczną siłę i status społeczny, ujawniając sposoby, w jakie przestrzeń jest zorganizowana i wykorzystywana w specyficznych kontekstach klinicznych” (Liu, Manias, Gerdtz, 2014: 197). Gwoli ścisłości: pokoje ordynatorów w obu oddziałach były usytuowane za sekretariatami.

Pod względem możliwości przemieszczania się lekarze mieli dostęp właściwie do każdej przestrzeni na terenie oddziału oraz wychodzili poza oddział – na blok operacyjny, do innych części szpitala czy wreszcie do szpitalnej kawiarni. Natomiast pielęgniarki oraz salowe rzadko opuszczały teren oddziału, najczęściej zdarzało się to wtedy, gdy prowadziły lub wiozły pacjentów na badania do innych części szpitala. Dostrzeżone przez nas podczas obserwacji praktyki związane z dostępem do przestrzeni i dostępnością przestrzeni (dla innych) wpisują się w badania innych naukowców „sugerujących, że przestrzeń i władza są splecione w skomplikowany sposób, ponieważ ilość miejsca dozwolona dla pracowników i stopień swobody przemieszczania się między przestrzeniami organizacyjnymi są powszechnie postrzegane jako wskaźnik władzy organizacyjnej lub jej braku” (Baldry, 1999, cyt. za: Halford, Leonard, 2003: 208). Generalnie najmniejszą kontrolę nad przestrzenią mają pacjenci, od których oczekuje się pozostania na swoim łóżku lub w sali chorych i bycia dostępnym w każdej właściwej chwili.

3.6. Mobilność i komunikacja

Martin Kornberger i Stewart Clegg (2004, cyt. za: Saidi, de Villiers, Douglas, 2017: 37) stwierdzili, że „architektonicznie przestrzeń zaprojektowana jest do manipulowania przepływem ludzi między różnymi podsystemami i działami, przy założeniu, że wzorzec ruchu w dowolnej przestrzeni ma bezpośredni wpływ na komunikację”. Ów „wzorzec ruchu” może być rozumiany jako akty ruchu, interakcji i przebywanie w danej przestrzeni, będące przykładem praktyki przestrzennej, która według Henriego Lefebvrea (1991; 2006) sprawia, że przestrzeń jest konstrukcją społeczną. Przeglądając się temu, co się dzieje w oddziałach, czyli przede wszystkim w ogólnie dostępnej przestrzeni, jaką są korytarze², rzeczywiście dochodziłyśmy do wniosku, że sposób poruszania się po oddziale lekarzy i innych przedstawicieli personelu oddziału różni się zasadniczo.

Tego dnia na oddziale było tłoczno. Z sali wyszła pacjentka z chodzikiem, obok niej ktoś odwiedzający. Weszli w korytarz obok kontuaru pielęgniarek, tam, gdzie jest on najwęższy, i spotkali idącego w tę stronę lekarza. Lekarz coś powiedział do pacjentki (to on ją operował), a potem zapytał ją o coś żartobliwym tonem. Podczas tej rozmowy za rozmawiającymi z obu stron utworzyła się kolejka, na przejście czekali inni, w tym pielęgniarka przewożąca pacjenta na łóżku. Dopiero gdy rozmowa się skończyła, lekarz poszedł sobie dalej, a wszyscy pozostali mogli wreszcie przejść (notatka z obserwacji).

2 Nie wchodziłyśmy na sale chorych, nie chcąc ingerować w ich prywatność ani stresować swoją obecnością.

Poza tym, że mają swobodę przemieszczania się, lekarze korzystają z możliwości pozostania niewidocznymi lub niedostępnymi dla osób, które mogłyby zakłócić ich pracę lub być źródłem emocjonalnego obciążenia (najczęściej pacjenci, ale też prawnicy), dlatego najwięcej czasu spędzali jeśli nie na bloku operacyjnym, to w pokoju lekarzy. Natomiast sposób poruszania się po korytarzu, a więc w przestrzeni publicznej, ogólnodostępnej, zależał od stopnia intensywności działań klinicznych prowadzonych w oddziale (mówiąc wprost: od natężenia pracy) lub od możliwości uniknięcia zaangażowania w interakcje z innymi użytkownikami przestrzeni (zwłaszcza z pacjentami, szczególnie tymi *roszczeniowymi*). W oddziale intensywnej terapii, gdzie szans na interakcje z pacjentami raczej nie było, a odwiedzający mogli pytać o stan pacjenta tylko ordynatora, lekarze poruszali się spokojnie, nawet w sytuacji trudności podczas zabiegu (np. podczas wymiany rurki intubacyjnej). W ich ruchach można było dostrzec napięcie, ale zgodnie z panującą zasadą zwerbalizowaną przez pielęgniarkę oddziałową – *tu nie biegamy* – nawet pośpiech wydawał się kontrolowany, a działania opanowane. W oddziale laryngologicznym, który był dużo spokojniejszy pod względem zarówno liczby pacjentów, jak i ilości przeprowadzanych procedur medycznych, lekarze przechodzili przez korytarz zazwyczaj równym krokiem, bez specjalnego pośpiechu, czasami nawet odpowiadając na zagadnięcie ze strony jakiegoś pacjenta lub żartując z pielęgniarkami. Właściwie jedyną oznaką kojarzącą się z zachowywaniem pewnego dystansu było trzymanie rąk w kieszeniach czy patrzenie prosto przed siebie. Sytuacja wyglądała inaczej, gdy w oddziale było dużo osób, które mogłyby chcieć go zagadnąć, lub gdy lekarz się śpieszył. W obu przypadkach dla postronnego obserwatora lekarze wyglądali, „jakby się śpieszyli” – szli energicznym, szybkim krokiem, mijając ludzi na korytarzu bez słowa, raczej nie odpowiadając na pytania, ze wzrokiem skierowanym ponad głowami pacjentów, ewentualnie rzucając przez ramię jakąś krótką odpowiedź (np. „później”) i idąc dalej. Innym obserwowanym wariantem było sprawianie wrażenia osoby „bardzo zajętej” (co zresztą mogło faktycznie mieć miejsce): wtedy do szybkiego kroku dochodziły często dodatkowe atrybuty „zajętości” – zagłębienie w trzymane w rękę papiery, rozmawianie przez telefon, sprawdzanie czegoś w telefonie, szukanie czegoś w kieszeniach, zamyślony wraz twarzy lub nieobecny wzrok. Te zabiegi wydawały się służyć temu, by uniknąć zaangażowania w interakcję z osobami, które lekarze mijali po drodze i które mogłyby zająć ich czas lub przerwać aktualnie wykonywane czynności. Używając terminu Goffmana (2008), były one „osłonami zaangażowania” (*involvement shields*), stanowiąc jednocześnie barierę komunikacyjną.

W przypadku pielęgniarek przemieszczanie się po oddziale jest rutynową czynnością i chyba podstawowym wzorcem ruchu. Badania dowodzą, że pielęgniarki większą część dnia spędzają, przemieszczając się między różnymi przestrzeniami (Halford, Leonard, 2003), i to samo zaobserwowaliśmy w badanych przez nas oddziałach. Najbardziej stacjonarną pracę wykonywały pielęgniarki na intensywnej terapii, ponieważ tam opiekowały się pacjentami tylko na jednej sali, w której

znajdowały się także wszystkie najbardziej potrzebne akcesoria i środki medyczne. Nieco mniej chodzenia wymagała praca w oddziale laryngologicznym, gdzie przebywali pacjenci stosunkowo samodzielni, więc niewymagający wiele pomocy ze strony personelu, którzy mogli też sami przejść do gabinetu zabiegowego czy do toalety. Natomiast w oddziale neurochirurgicznym do częstego przemieszczania się zmuszali nie tylko pacjenci wymagający najwięcej opieki, ale również samo rozplanowanie oddziału. Pokój socjalny pielęgniarek i salowych oraz pokój pielęgniarki oddziałowej znajdowały się na jednym końcu oddziału, a pomieszczenie przygotowawcze (tam szykowane były leki, pobierana krew, uzupełniana dokumentacja itd.) i część sal chorych – na drugim. Już samo podawanie leków i zmiana opatrunków wymagały ciągłego i szybkiego chodzenia pomiędzy pomieszczeniem przygotowawczym a salami chorych. Częste przemieszczanie się nie ułatwiała komunikacji, więc pielęgniarki korzystały z możliwości rozmowy, gdy zmierzały do tej samej części oddziału lub szykowały leki w pomieszczeniu przygotowawczym. Charakterystyczne dla sposobu poruszania się pielęgniarek i, w mniejszym stopniu, salowych jest też „poszukiwanie” – szukanie dokumentacji, sprzętu, a szczególnie pacjentów, którzy opuścili salę chorych, a są „potrzebni”, bo czeka ich konsultacja u lekarza czy też wyjście poza oddział na zlecone badania. Dość obrazowo takie sytuacje przedstawiły Wei Liu, Elizabeth Manias i Marie Gerditz (2014: 195), pisząc: „Personel spędzał znaczną ilość czasu chodząc w kółko i szukając pacjentów i notatek. Te czynności poszukiwawcze często zakłócały liniową strukturę procesów komunikacyjnych i wpływały na ciągłość przepływu pracy”. Spośród wszystkich wymienionych grup pacjenci reprezentują najbardziej wyrazisty „wzorec ruchu” albo raczej bezruchu – główną ich aktywnością wydaje się oczekiwanie. Wyrwani ze swojej codzienności i jej temporalno-przestrzennych rytuałów, pacjenci muszą dostosować się do rytmu dnia oddziału szpitalnego (np. kolacji o godz. 16.30–17.00), który z kolei uzależniony jest także od harmonogramów czynności pracowników szpitala.

3.7. Praktyki adaptacyjne – dostosowanie przestrzeni vs. dostosowanie się do przestrzeni

Ostatnim z omawianych elementów związanych z doświadczaniem przestrzeni i praktykami przestrzennymi jest kwestia adaptacji. Z jednej strony adaptacja może być bierna, gdy personel dostosowuje się do ograniczeń przestrzennych, tak zmieniając realizację pewnych czynności, by w ogóle dało się je wykonać. Z drugiej strony można mówić o postawie aktywnej, uwidoczniającej się w przekształcaniu

przestrzeni i tego, co się w niej znajduje, w taki sposób, by lepiej odpowiadały potrzebom personelu. Wielokrotnie byliśmy świadkami sytuacji, w których architektoniczne niedopasowanie budynku szpitala do obecnych standardów świadczenia opieki medycznej generowało problemy i zmuszało personel medyczny i niemedyczny oddziałów do szukania środków zastępczych czy tymczasowych rozwiązań, nawet kosztem naruszenia procedur.

Przykładów takich sytuacji dostarczał zwłaszcza oddział neurochirurgii, gdzie dotkliwie uwidocznił się brak przestrzeni, zarówno dla pacjentów, personelu, jak i w celu odpowiedniego rozmieszczenia lub przechowywania sprzętu. W oddziale laryngologicznym takich sytuacji nie zaobserwowaliśmy, na intensywnej terapii zaś znajdujące się w salach chorych specjalistyczne urządzenia i instalacje bardzo mocno ograniczały możliwość manipulowania przestrzenią. Jedynym miejscem zaadaptowanym do celu innego niż pierwotne przeznaczenie była przestrzeń przy drugim, rzadko używanym wejściu. Podobnie działo się w oddziale neurochirurgii, gdzie okolice drugiego wejścia (rzadziej używanego, bo nieprowadzącego na klatkę schodową) również zostały przekształcone w prowizoryczny składzik na drobny sprzęt: pojemniki na odpady, wózki inwalidzkie czy parawany. Usytuowanie tych miejsc za załomem korytarza, z dala od głównego wejścia i poza wzrokiem osób tamtędy wchodzących sprawiło, że w gruncie rzeczy zaczęły one pełnić funkcję „kulis” (Goffman, 2000), w których składowane były niezbędne, ale w danej chwili nieużywane sprzęty. W jednym z oddziałów stały tam również dodatkowe łóżka dla pacjentów, którzy czekali na nich na zwolnienie się miejsca w sali chorych. Pielęgniarki i salowe ustawiały wokół tych łóżek parawany, starając się zapewnić pacjentom minimum prywatności. To anektowanie przestrzeni do celów innych niż pierwotnie założone dotyczyło przestrzeni publicznej ogólnie dostępnych korytarzy, choć ukrytych przed bezpośrednim spojrzeniem wchodzących, ale także przestrzeni prywatnej pacjenta – na jego stolik lub łóżko lekarze i pielęgniarki odkładali akcesoria używane podczas wykonywania swoich czynności. Przyczyną tego był brak wyznaczonej przestrzeni roboczej przy łóżku pacjenta. Podobnie sekretariat i przejście do pokoju ordynatora jednego z oddziałów posłużyło za archiwum – składowana była tam dokumentacja medyczna, która nie mieściła się już w przeznaczonym do tego miejscu. Toaleta dla niepełnosprawnych znajdująca się na korytarzu stała się jednocześnie brudownikiem, wykorzystywanym przez salowe do przechowywania zapasu basenów i środków czyszczących. Faktycznej transformacji przestrzeni dokonano w oddziale neurochirurgii, gdzie remont stał się pretekstem do odseparowania pokoju lekarzy od korytarza, na którym przebywają czekający na wizytę pacjenci.

Przestrzeń była inaczej aranżowana nie tylko po to, by coś schować, ale także po to, by coś uwidocznić. Wspomniani wcześniej pacjenci, którzy leżeli na korytarzu, mogli być również celowo pozbawieni osłony przed wzrokiem przechodzących obok osób, by mijający ich personel przemieszczający się do różnych

części oddziału mógł jednym spojrzeniem skontrolować ich stan. Świadczy to o realizacji najważniejszej, z perspektywy personelu, wartości, jaką jest bezpieczeństwo pacjenta.

Przestrzeń stała się także kanałem komunikacji. Na drzwiach wejściowych, na ścianach, tablicach ogłoszeń, a nawet na pojemnikach na odpady wywieszane były informacje dla personelu i pacjentów oraz listy, na których odnotowywano zużycie materiałów higienicznych i sanitarnych.

Modyfikacje przestrzeni były także nieuniknionym skutkiem harmonogramów zwykłych szpitalnych czynności, gdy salowe przestawiały meble czy opróżniały sale chorych po to, by je dokładnie sprzątnąć. Ta „aranżowalność” przestrzeni jest zresztą milcząco zakładana, a wiele mebli, sprzętów oraz urządzeń medycznych wyposażonych jest w kółka i inne elementy ułatwiające ich przemieszczanie.

3.8. Podsumowanie

Przeprowadzone badania wskazały, jak istotną rolę w działaniu organizacji, takiej jak szpital, odgrywa **wpływ środowiska fizycznego**, czy też dokładniej przestrzeni oddziałów, na procesy komunikacji, współpracy, kierowania czy zarządzania emocjami przez personel medyczny. Czynności terapeutyczne i opiekuńcze składające się na, teoretycznie, ściśle określone obowiązki lekarzy, pielęgniarek i salowych były podporządkowane najważniejszej wartości – bezpieczeństwu pacjenta. Jednak zamknięte czy odseparowane sekretariatem pokoje lekarzy stanowiły także granicę dla efektywnego komunikowania i współpracy. Lekarze byli „niewidoczni”, pielęgniarki przez większą część czasu pracy przebywały w przestrzeni dostępnej dla wszystkich odwiedzających oddział, narażone na pytania od pacjentów czy odwiedzających. **Hierarchia zawodów** medycznych uwidoczniła się w tym, jakie miejsca, w dosłownym, fizycznym sensie, zajmowali przedstawiciele tych zawodów w przestrzeni oddziałów. Nasze obserwacje są potwierdzeniem tego, na co wskazywali już inni badacze, że „**wyższemu statusowi w organizacji towarzyszy większa kontrola przestrzeni**” (Dymarczyk, 2018: 13; por. Spain, 1992: 218). Dostęp do lekarza, a w zasadzie do jego czasu, był limitowany, czego dowodem były zawsze zamykane pokoje lekarskie, niedostępne dla pacjentów. W każdym z badanych oddziałów lekarze dysponowali przeznaczonymi dla siebie miejscami pracy, które pozwalały im odseparować się od zakłóceń pochodzących z otoczenia – czy to zwykłego hałasu, czy też możliwości spotkania pacjentów. Miejsca te pełniły funkcję „kulis” (Goffman, 2000), w których lekarze mogli przygotowywać się do czekających ich zabiegów, opisywać badania, wypełniać dokumentację medyczną lub rozmawiać z innymi lekarzami. Z kolei pielęgniarki właściwie nie miały wyznaczonego miejsca pracy w oddziale. Ich pokoje socjalne, często dzielone

z salowymi, znajdowały się w jednym końcu oddziału, pokoje przygotowawcze czy zabiegowe – w drugim, pomiędzy nimi zaś mieściły się sale pooperacyjne i sale chorych. Pielęgniarki wykonywały więc swoje czynności, cały czas przemieszczając się, będąc widocznymi dla lekarzy i odwiedzających – jak na intensywnej terapii, gdzie oszklone drzwi do sal umożliwiały obserwacje z korytarza – albo całkowicie na widoku publicznym, jak to się często zdarzało w ogólnodostępnej przestrzeni korytarzy neurochirurgii, gdzie czasem z konieczności pacjenci leżeli na korytarzu, czekając na zwolnienie miejsca w sali chorych. Dodatkowo na neurochirurgii pielęgniarki i salowe nie miały w pełni możliwości wycofania się w przestrzeń prywatną, ponieważ nie miały osobnych pokoiów socjalnych. Brak takiej przestrzeni w sytuacji, gdy pielęgniarki i salowe to dwa różne szczeble w szpitalnej hierarchii zawodów, był źródłem konfliktów, o których panie z obu grup wielokrotnie nam opowiadały. Jak wspominają Liu, Manias i Gerdtz (2014: 197), „istniejące struktury społeczne wokół pracowników służby zdrowia pomogły stworzyć konkretne miejsca dla lekarzy, pielęgniarek i salowych” – poprzez to „układ przestrzenny miejsc pracy odzwierciedlał różnice statusu zawodowego i relacje władzy w środowisku zawodowym”. Te różnice widoczne są także w polskim kontekście kulturowym i są też elementem socjalizacji wtórnej do zawodów medycznych (por. Byczkowska, 2006).

Kolejną cechą zaobserwowaną w kontekście przestrzennych aspektów pracy w oddziale szpitalnym była **mobilność**, mocno zresztą związana z procesami komunikowania. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki spędzali dużo czasu na przemieszczaniu się do różnych miejsc w poszukiwaniu dokumentacji, drobnego sprzętu medycznego, informacji, w poszukiwaniu pacjentów (pielęgniarki) czy w celu zjedzenia obiadu w szpitalnej kawiarni (lekarze). O ile jednak lekarze poruszali się także poza oddziałem, o tyle mobilność pielęgniarek z reguły była ograniczona do przestrzeni oddziału, tutaj koncentrowała się ich aktywność. Przestrzenna separacja spowodowana nieobecnością lekarzy (operowali na bloku) czy też zamykaniem się w pokoju podczas pracy nad opisywaniem wyników badań i dokumentacji z punktu widzenia pielęgniarek prowadziła do opóźnień, marnowania czasu i generalnie nie przyczyniała się do efektywności komunikowania. Można uznać, że to do harmonogramu pracy lekarzy pielęgniarki dopasowywały pod względem czasowo-przestrzennym swoje czynności, pacjenci zaś dopasowywani byli i dostosowywali się do potrzeb obu grup (por. Zerubavel, 1979: 107).

Różne ograniczenia przestrzenne wynikające z niedostosowania budynków szpitala do aktualnych potrzeb i standardów opieki medycznej prowadziły do podejmowania przez personel swoistych **praktyk adaptacyjnych** (por. Liu, Manias, Gerdtz, 2014) – dostosowywania swoich wzorców zachowań do istniejących warunków, ale też adaptowania przestrzeni do potrzeb personelu medycznego. Badacze nazwali to „optymalizowaniem zasobów przestrzennych, by osiągnąć cele kliniczne” (Liu, Manias, Gerdtz, 2014: 197; por. Giddens, 1985). Z jednej strony personel, wykonując czynności przy pacjentach, anektował część ich przestrzeni

(stolik, łóżko), z drugiej – to pacjenci byli „przestawiani” w przestrzeni oddziału w zależności od aktualnej potrzeby. Przestrzeń jako miejsce wspólnego przebywania w wymiarze fizycznym, choć niekoniecznie już temporalnym, stała się także częścią systemu komunikowania, w którym komunikaty w formie odręcznych notatek, ogłoszeń, podpisywanych list czy plakatów były zostawiane dla innych członków personelu medycznego, pracujących na innej zmianie, ale w tym samym miejscu. W ten sposób mimo braku współobecności koordynacja działań personelu była utrzymana.

Rozdział 4

Styl kierowania a współpraca personelu

4.1. Wstęp

Celem rozdziału jest ukazanie wpływu stylu kierowania na komunikację i współpracę personelu medycznego i niemedycznego w oddziale szpitalnym. Liczne badania w dziedzinie zarządzania zasobami ludzkimi, socjologii organizacji czy psychologii pracy dostarczyły dowodów, że sposób kierowania podwładnymi kształtuje atmosferę pracy, przekłada się na postrzeganie samej pracy przez pracowników oraz wpływa na skuteczność procesu komunikacji, a także sposób wykonywania zadań i efektywność pracy (Stępniewski, 2009; Ziaja-Guzy, 2010; Weiner i in., 2011; Kęsy, 2012; Domagała, 2014: 148).

Ponadto badania w obszarze medycyny pracy czy socjologii medycyny, jak będzie o tym mowa w kolejnym rozdziale, wskazują, że komunikacja w zespołach medycznych ma znaczenie dla ich pracy, w tym zadowolenia, motywacji i efektywności (Weiner, Shortell, Alexander, 1997: 503–504; Tang i in., 2013: 292–298; Meller, Milik, 2014: 133–134; Clausen i in., 2017: 2163; Kruczek, Basińska, 2018). Dlatego warto postawić pytanie, jak styl kierowania, którym posługują się przełożeni, wpływa na praktyki komunikacyjne i współpracę. Czy lekarzom będzie umożliwiał samodzielność działania i podejmowania decyzji, a pielęgniarkom pozwalał na efektywną współpracę i odczuwanie atmosfery pracy jako przyjemnej i otwartej?

Przypomnijmy, że badanie będące przedmiotem tego opracowania miało charakter eksploracyjny i było ukierunkowane między innymi na poznanie procesu komunikowania w zespołach personelu medycznego i niemedycznego w oddziałach szpitalnych, w tym zidentyfikowanie praktyk komunikacyjnych stosowanych przez personel medyczny we wzajemnych kontaktach z kolegami z pracy i przełożonymi. W trakcie procesu badawczego wyłoniła się kategoria stylów kierowania odzwierciedlająca istotny wpływ sposobów kierowania zespołami pracowniczymi na proces komunikacji.

4.2. Wybrane style kierowania – charakterystyka i typy

Większość działań człowieka w organizacji, w sytuacji pracy oraz poza nią, jest realizowana poprzez sieć różnorodnych relacji interpersonalnych. Na relacje te znaczny wpływ ma osoba kierownika. Wielu autorów uważa, że autorytet przełożonego ma bezpośredni wpływ na sposób traktowania przez pracowników przebiegu procesu kierowania, w tym wydawania poleceń i oceny wyników pracy (por. White, Lippitt, 1962; Hays, 2002; Berghout i in., 2017: 12; Millar, 2018: 260–262). Im większy autorytet kierownika, tym większa akceptacja jego działań. Przy czym zaznaczyć należy, że jako najbardziej sprawiedliwe i pożądane oceniane są działania przywódcy cechującego się władzą charyzmatyczną połączoną z władzą kompetencji i możliwością nagradzania¹.

Władza to różnica między zdolnością jednostki do wywierania wpływu na innych a wpływem tych innych na jednostkę (zob. Wojciszke, 2002). Zespół procesów wykorzystywany w celu wpływania na działania ludzi na rzecz interesów organizacji to kierowanie (zob. Griffin, 1997). Sposób podejmowania przez kierownika działań, jego preferencje co do stosowania określonych metod postępowania oraz całokształt relacji przełożony – pracownik – to styl kierowania (zob. Pietrasinski, 1977; Ratajczak, 1991; Lubrańska, 2008).

Istnieje wiele różnych klasyfikacji stylów kierowania. Poniżej odniesiemy się jedynie do tych, które stanowiły podstawę do wyróżnienia i nazwania sposobów kierowania badanego przez nas personelu medycznego. Poniżej krótko omówione

1 Według koncepcji Johna Frencha i Bertrama Ravena (1959) wyróżnić można pięć rodzajów władzy kierowniczej, za których podstawy przyjmuje się prawomocność, nagradzanie, przymus, fachowość oraz akceptację. 1) **Władza formalna, oparta na przepisach (*legitimate power*)** – opiera się na pozycji zajmowanej przez określoną osobę w strukturze organizacyjnej. Jest to władza wynikająca z przekonania podwładnego, że osoba stojąca wyżej w hierarchii organizacyjnej ma prawo wydawać mu polecenia i trzeba te polecenia wykonywać. 2) **Władza nagradzania (*reward power*)** – opiera się na posiadanej przez kierownika możliwości dysponowania zasobami, które przez podwładnych odbierane są jako atrakcyjne (premia, możliwość awansu). Wewnętrzne przyzwolenie na wykonanie polecenia wynika z oczekiwania nagrody za spełnienie wymagania. Kierownik ma tyle władzy, ile możliwości nagradzania podwładnych za posłuszeństwo. 3) **Władza przymusu (*coercive power*)** – opiera się na możliwości karania pracowników, którzy nie podporządkowują się przyjętym w organizacji normom. Podwładny zachowuje się zgodnie z wolą przełożonego, aby uniknąć kary. Stosowanie kar wymusza uległość wobec przełożonego i pozwala na utrzymanie minimalnego poziomu efektywności. 4) **Władza kompetencji (*expert power*)** – opiera się na zaufaniu do wiedzy, informacji i doświadczenia kierownika. Każdy, kto ma wiedzę lub informację istotną w określonej pracy, zyskuje przewagę nad tym, kto tej wiedzy lub informacji nie posiada. 5) **Władza osobista, charyzmatyczna (*referent power*)** – wynika z podziwu dla indywidualnych cech przełożonego. Oparta jest na szacunku i lojalności.

zostaną koncepcje Ralpa K. White'a i Ronalda Lippitta (1962), Roberta Blake'a i Jane Mouton (1964) oraz Billa Reddina (1993).

Pionierami badań nad stylami kierowania byli Ronald Lippitt i Ralph K. White, autorzy klasycznego już eksperymentu dotyczącego „klimatów społecznych” (1962), który później stał się inspiracją dla kolejnych badaczy. White i Lippitt podzielili na trzy grupy chłopców, którzy dobrowolnie uczestniczyli w plastyczno-technicznych zajęciach pozaszkolnych, a każda z grup w określonym czasie kierowana była odpowiednio w sposób autokratyczny, demokratyczny i *laissez-faire*. Podczas zajęć z przywódcą autokratycznym dzieci wykonywały polecenia według ścisłych wskazówek, ale podczas nieobecności nauczyciela przerywały pracę i biły się między sobą. Po skończonych zajęciach niszczyły rezultaty własnej pracy. Postawione przed nimi zadanie wykonały wprawdzie w najkrótszym czasie, jednakże pozbawione ono było pierwiastka twórczego, a dwoje dzieci zrezygnowało z uczestnictwa w zajęciach. W grupie kierowanej przez przywódcę nieingerującego (*laissez-faire*) dzieci nie wykonały postawionego przed nimi zadania w wyznaczonym czasie, choć atmosfera pracy była bardzo przyjazna, a nawet można powiedzieć, że rozrywkowa. Kiedy grupami kierował przywódca stosujący styl demokratyczny, dzieci pracowały chętnie i nie przerywały pracy nad projektem mimo braku obecności nauczyciela. Dzieci znały cel wykonywanego zadania i same generowały pomysły, a nauczyciel jedynie inspirował i zachęcał do działania. W efekcie dzieci działały bardzo twórczo, bez rywalizacji i agresji.

Opierając się na przeprowadzonych obserwacjach, White i Lippitt (1962) opisał trzy wspomniane już style kierowania:

- styl autokratyczny, w którym władza skupiona jest w rękach kierownika. Kierownik sam wyznacza zadania oraz określa sposoby ich wykonania, formę współpracy i czas wykonania zadania. Nie dopuszcza podwładnych do udziału w decyzjach. Uważa, że posiada monopol na informacje. Niechętnie przyjmuje przejawy inicjatyw podwładnych. Polecenia wydaje tonem nieznoszącym sprzeciwu;
- styl demokratyczny, w którym kierownik wpływa na grupę poprzez przekonywanie (fachowa argumentacja), dyskusję grupową, inspirowanie. Przed podjęciem decyzji zasięga opinii swoich współpracowników. Daje swoim podwładnym dużą swobodę działania. Oczekuje samodzielności podczas wykonywania zadań. Deleguje władzę. Z zespołem łączy go silna więź. Słucha swoich podwładnych. Potrafi zainteresować się sprawami osobistymi podwładnych i wysłuchać ich uwag krytycznych;
- styl *laissez-faire* (nieingerujący, liberalny), gdy kierownik w minimalnym stopniu interesuje się zarówno wykonaniem zadań, jak i problemami swoich podwładnych. Jego działalność sprowadza się do zapewnienia odpowiednich warunków pracy oraz reprezentowania swoich podwładnych na zewnątrz. W najlepszym razie koordynuje on pracę zespołu.

Z punktu widzenia praktyki organizacyjnej istotne było pytanie, który z wyżej wymienionych stylów zarządzania jest najlepszy. Eksperyment White'a i Lippitta, a także badania ich kontynuatorów wykazały, że na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi, ponieważ skuteczność danego stylu kierowania zależy między innymi od rodzaju zadania, charakteru zarządzanej grupy, cech osobowościowych kierowanych i kierujących, czasu na podjęcie decyzji i wykonanie zadania oraz sytuacji (por. Szmatka, 1989; Stychno, Kaczocha, Kulczycka, 2016: 147). Wnioski z eksperymentu dostarczyły jednak pewnych ogólnych wskazówek. Styl autokratyczny może być efektywnie stosowany przede wszystkim wtedy, gdy zadanie do wykonania charakteryzuje się małym stopniem złożoności, a czynności mają charakter powtarzalny i prosty lub gdy kieruje się osobami młodymi, które dopiero się uczą. Szczególnie efektywny jest w sytuacji kryzysowej, gdy jest mało czasu na podjęcie decyzji. Styl nieingerujący można stosować, gdy kieruje się zespołem ludzi o bardzo wysokich kwalifikacjach, legitymujących się dużym doświadczeniem, gdy kieruje się zespołem ekspertów, samemu ekspertem nie będąc, gdy wykonywane czynności mają charakter bardzo złożony, zadanie wymaga dużej inicjatywy i kreatywności, a czasu na podjęcie decyzji i rozwiązanie zadania jest dużo. W każdej innej sytuacji lepiej będzie się sprawdzał styl demokratyczny.

Inne podejście do problematyki zaprezentowali badacze ze szkoły Ohio. W ramach jednego z projektów Ohio State Leadership Studies prowadzonych w latach 40. XX wieku pod kierownictwem Carrolla L. Shartle'a odkryli, że istotnymi czynnikami w procesie zarządzania są zachowania wskazujące na przyjaźń, wzajemne zaufanie, szacunek i ciepło w relacjach między liderem a członkami grupy. Na podstawie badań prowadzonych przy pomocy opracowanego przez siebie kwestionariusza LBDQ (Leader Behavior Description Questionnaire) określono dwa wymiary kierownictwa (*consideration* i *initiating structure*) nazwane później: koncentracją na celu (inicjowanie struktury zadaniowej) i koncentracją na ludziach (względ na innych). W związku z takim podziałem wyróżnia się przywódców:

- zorientowanych na cel, dla których liczy się jedynie określenie zadania oraz sposób jego wykonania i realizacji. Istotny jest wynik i przeważa myślenie krótkoterminowe;
- zorientowanych na ludzi, dla których ważna jest przyjazna atmosfera pracy oraz wzajemnie przyjacielskie relacje między przełożonym a podwładnym. Taki kierownik rozumie swoich podwładnych, szkoli ich i im pomaga. Tu przeważa myślenie perspektywiczne.

Zaletą badań Ohio jest podkreślenie ważności obydwu wymiarów w procesie zarządzania ludźmi (por. Shartle, 1957).

Kolejni badacze, odwołując się do wcześniejszych badań, konstruowali różne style kierowania mające określać sposoby postępowania z podwładnymi. Biorąc pod uwagę powyższe rozróżnienie, Robert Blake i Jane Mouton (1964) stworzyli pięciopółową siatkę stylów zarządzania. Wyróżnili:

- styl bierny (*impoverished management*), który charakteryzuje się niską koncentracją na celu i na ludziach. Kierownik wkłada minimum wysiłku, aby uzyskać efekty w zakresie realizacji zadań, oraz minimum zaangażowania w zakresie uczestnictwa podwładnych w procesie pracy;
- styl osobowy (*country club management*), który charakteryzuje się niską koncentracją na celu i wysoką na ludziach. Kierownik koncentruje się na rozwijaniu stosunków zaufania, ulepszaniu sposobów komunikowania się z podwładnymi, poznawaniu ich potrzeb, stwarzaniu atmosfery współdziałania;
- styl zadaniowy (*produce-or-perish management*) z wysoką koncentracją na celu i niską na ludziach. Kierownik koncentruje się na wykonaniu zadania, jakości, czasie oraz sposobie osiągnięcia założonego celu;
- styl kompromisowy (*middle-of-the-road management*), polegający na utrzymaniu określonego poziomu wykonania zadań i utrzymaniu na wystarczającym poziomie morale pracowników. Oznacza średni poziom koncentracji na celu i na ludziach;
- styl optymalny (*team management*), który charakteryzuje się wysoką koncentracją zarówno na celu, zadaniach, jak i na zarządzanych osobach. Kierownik koordynuje działania zespołu. Integruje podwładnych poprzez akcentowanie wspólnoty celów firmy, kierownika, podwładnych. Buduje stosunki zaufania, motywuje, nagradzając. Ważny jest dla niego zarówno cel, jak i czynnik ludzki.

Badania prowadzone przez Uniwersytety Iowa i Ohio dały początek kolejnym i zaowocowały pojawianiem się alternatywnych koncepcji stylów zarządzania, w tym skrzynki stylów zarządzania Reddina (*The 3D Theory*). Bill Reddin do podziału kierowników zorientowanych na cel i ludzi dodał trzeci wymiar – skuteczność (efektywność). W ten sposób powstał model wyróżniający cztery efektywne i cztery mniej skuteczne style kierowania. Pierwotnie Reddin wskazał cztery typy kierowników (wyizolowany, przyjacielski, gorliwy, kompleksowy), nie przypisując im zmiennej efektywności. W modelu trójwymiarowym (orientacja na cel, ludzi i skuteczność) każdy podstawowy styl ma dwie odmiany, mniej i bardziej efektywną (Reddin, 1993: 132–137). Do stylów wysoce efektywnych zalicza się:

- styl biurokratyczny charakteryzujący się niską koncentracją na celu i niską na ludziach. Kierownik jest efektywny dzięki temu, że ściśle przestrzega obowiązujących w organizacji regulaminów i zasad. Jego działania podporządkowane są procedurom i regułom. Przedkłada komunikację pisemną i formalną nad ustną i mniej sformalizowaną. Wszelkie nieporozumienia i konflikty rozwiązuje przy pomocy zasad i procedur. Najchętniej działa w organizacjach, gdzie efektywność pracy jest trudna do zmierzenia;
- styl otwarty (promocyjny), który charakteryzuje się wysoką koncentracją na ludziach i niską na celu. Kierownik posługujący się tym stylem utrzymuje otwarte stosunki z innymi. Pomaga współpracownikom, jest empatyczny.

Rozumie współpracowników i ufa im, a oni ufają jemu. Kiedy planuje, współdziała z innymi, delegując uprawnienia. Styl ten częściej spotykany jest u kobiet niż u mężczyzn (por. Kozusznik, 2002; Rawa-Kochanowska, 2004; Lubrańska, 2008);

- styl autokratyczny życzliwy, w którym kierownik wykazuje wysoką koncentrację na celu i niską na ludziach. Zwykle jest on osobą zdecydowaną i energiczną. Najważniejsza jest efektywność i wynik. Ceni on ilość, jakość i czas, często wysuwając i sugerując nowe rozwiązania i pomysły;
- styl dyrektorski (realizacyjny), czyli najbardziej efektywny styl kierowania. Łączy się tu wysoką koncentrację na celu z jednoczesną wysoką koncentracją na ludziach. Dyrektor koordynuje pracę, przyczyniając się do wzrostu efektywności. Często pobudza innych do działania, stosując pozytywne techniki motywacyjne. W podejmowaniu decyzji korzysta z pracy zespołu, konsultując nowe pomysły i rozwiązania. Deleguje uprawnienia i pozostawia swobodę działania pracownikowi.

Do stylów zarządzania nisko efektywnych Reddin zalicza:

- styl bierny, który charakteryzuje się niską koncentracją na celu i niską na ludziach. Taki kierownik łatwo rezygnuje, unikając zaangażowania i odpowiedzialności. Stosuje się do reguł, niejednokrotnie przeszkadzając innym i utrudniając wykonanie zadania. Jest osobą niechętną współpracy i opierającą się zmianom. Wykazuje minimum efektywności;
- styl misjonarski (altruistyczny) to wysoka koncentracja na ludziach i niska na celu. Kierownik jest osobą miłą, uprzejmą i dobrotliwą, jednakże w przeciwieństwie do kierownika otwartego jest pasywny i unikający inicjatyw. Stara się unikać konfliktów, a przy najmniejszej ich oznace usiłuje je zażegnać. Potrzebuje ciągłej akceptacji;
- styl autokratyczny, który charakteryzuje wysoka koncentracja na celu i niska na ludziach. W przeciwieństwie do autokraty życzliwego kierownik autokrata jest osobą krytyczną, wymagającą posłuszeństwa, a nawet grożącą. Inni się go boją i go nie lubią. Uznaje jedynie polecenia odgórne, a decyzje podejmuje samodzielnie. Pragnie natychmiastowego działania i wyników;
- styl ugodowy (kompromisowy) z wysoką koncentracją na celu i na ludziach. Kierownik przecenia tu współuczestnictwo. Jest uступliwy i delikatny. Unika decyzji lub podejmuje decyzje nijakie. Czasem wysuwa pomysły, ale nie zawsze je realizuje.

Powyżej przedstawione opisy stylów zarządzania uznać należy za pewnego rodzaju typy idealne. W rzeczywistości jest tak, że przywódca może zarządzać różnie, w zależności od sytuacji albo wypracować swój własny styl, będący kompilacją pozostałych. Uważa się jednak, że dla pracowników motywujące są style, w których występuje wysoka koncentracja na ludziach (demokratyczny, liberalny, osobowy, optymalny, otwarty i dyrektorski), co nie zawsze oznacza, że są one efektywne.

4.3. Autokratyczno-dyrektorski i „matczyzny” styl kierowania w oddziale intensywnej terapii

Próba zidentyfikowania stylu zarządzania w oddziale intensywnej terapii naczyniowa jest pewnymi wątpliwościami, czy zdołaliśmy uchwycić perspektywę wszystkich grup pracowników medycznych. Opieramy się na przeprowadzonych obserwacjach i rozmowach z członkami personelu, musimy jednak zaznaczyć, że spośród lekarzy udało się porozmawiać właściwie tylko z dwiema osobami. Z jednej strony zespół lekarski pracuje w rozproszeniu, bo także w innych oddziałach szpitala, z drugiej strony część personelu lekarskiego z rezerwą podchodziła do współpracy z nami. Zakodowane drzwi pokoju lekarskiego bez możliwości swobodnego wejścia do środka stały się barierą i uniemożliwiły nawiązanie kontaktu z lekarzami oddziału. Jedyne rozmowy, które udało nam się przeprowadzić, to te w salach chorych podczas lub po zakończeniu wykonywania przez lekarzy czynności medycznych i terapeutycznych wokół pacjentów.

Odwrotnie było w przypadku kontaktów z personelem pielęgniarskim. Właściwie stałe przebywanie pielęgniarek i pielęgniarzy na salach chorych, do których miałyśmy łatwy dostęp, pozwoliło na nawiązywanie rozmów i w następstwie przeprowadzenie wywiadów konwersacyjnych, a nawet swobodnych. Na łatwy dostęp do rozmówców być może wpłynęła także bardzo pozytywna relacja interakcyjna z pielęgniarką przełożoną oddziału, która okazała się osobą otwartą, ciepłą i bardzo pomocną.

Opis sposobów kierowania w oddziale intensywnej terapii należy rozpocząć od cechy bardzo widocznej dla zewnętrznego obserwatora, a wskazującej na występowanie dwóch sformalizowanych ośrodków władzy i dwóch różnych stylów kierowania związanych głównie (ale nie tylko) z funkcjonalnym podziałem pracy pomiędzy personelem lekarskim i pielęgniarskim (m.in. czynności terapeutyczne i opiekuńcze wobec pacjentów, ale i odpowiedzialność za proces leczenia).

Pierwszy ośrodek władzy to osoba ordynatora oddziału – generalnie to on zarządza całą jednostką. Jego styl kierowania określić można jako dyrektorski (por. Reddin, 1993) z elementami stylu autokratycznego. Władza jest tu scentralizowana, ale jest to zrozumiałe ze względów, o których pisałyśmy wcześniej (rozproszenie personelu z uwagi na miejsce pracy i wykonywane czynności oraz duża liczebność pracowników oddziału). Taki styl kierowania określany jest jako dyrektywny, oparty na wydawaniu poleceń, zasadniczy, konkretny i precyzyjny, skoncentrowany na zadaniach, zapewniający całkowitą kontrolę nad zarządzanym oddziałem. W gestii ordynatora jest ustalanie między innymi grafiku obecności lekarzy, dyżurów lekarzy, planów dydaktycznych lekarzy, planów specjalizacyjnych, planów zabiegowych. Decyzje te są komunikowane na odprawach oraz dostępne u sekretarki.

Szczegółowemu i zbiurokratyzowanemu (co stanowi zapewne wymóg formalny wynikający z procedur szpitalnych oraz regulacji prawnych) zarządzaniu towarzyszy niewielka swoboda i samodzielność lekarzy. Prawdopodobnie jest to wypadkowa kilku czynników:

- socjalizacji wtórnej zarządzającego w szkole wojskowej;
- cech osobowości zarządzającego;
- konieczności zarządzania rozproszonym, dużym zespołem personelu medycznego;
- charakteru oddziału (rodzaj terapii, reżim higieniczny, rozproszenie, wielozadaniowość, obciążenie emocjonalne, częstsze zgony pacjentów w porównaniu z innymi oddziałami);
- konieczności informowania rodziny pacjenta o jego stanie krytycznym lub zgonie;
- sankcji, jakie może ponieść kierownik oddziału.

Ordynator dość mocno podkreślał specyfikę pracy w oddziale intensywnej terapii jako preferowanej przez osoby, które dążą do niezależności, a także lubią pracować samodzielnie lub w małych zespołach. Wspomniany styl dyrektorski ma jednak silnie kontrolujący charakter. Kontrole, w bardzo dużej mierze należące do obowiązków ordynatora, są prowadzone zarówno pod kątem posiadania i przekazywania informacji, jak i wydawania poleceń konkretnym lekarzom. Narzędziem kontroli pracy są imienne karty zadań z dziennym opisem czynności do wykonania.

Kontrola pracy realizowana jest między innymi poprzez nadzór nad przekazem informacji, właściwie 24 godziny na dobę. Ordynator, także w nocy, oczekuje telefonów z pytaniami i informacjami, co wskazuje na potrzebę posiadania przez niego wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania oddziału (informacje krytyczne o pacjencie wymagającym niestandardowej procedury, problemy ze sprzętem, informacja o SOR-ze). Także konsultanci i osoby delegowane do innych oddziałów, w których podejmują samodzielne decyzje, w pewnych kwestiach (np. dotyczących przenosin pacjenta między oddziałami) muszą komunikować się z ordynatorem, uzgadniając ostateczne działanie. Zatem omawiany sposób zarządzania trudno nazwać konsultacyjnym czy partycypacyjnym. Styl dyrektorski ewoluuje w kierunku stylu autokratycznego.

Kontrola nie ma tu jedynie charakteru sprawdzania i nie jest postrzegana jako ograniczenie indywidualności. Ma na celu głównie eliminowanie błędów, wśród których ordynator wyróżnia następujące kategorie:

- błąd manualny (łatwy do skorygowania poprzez pokazanie właściwego sposobu działania i kilkukrotne samodzielne wykonanie czynności);
- błąd myślowy;
- błąd konfliktowy / konflikt międzyludzki;
- błąd niewiedzy.

W przypadku pojawienia się błędów ordynator zwraca uwagę konkretnej osobie w cztery osoby (styl dyrektorski) lub robi to na odprawie bezosobowo, na przykład

mówiąc, aby daną czynność zawsze wykonywać w określony sposób (styl autokratyczny z elementami dyrektorskiego).

Systemem uzupełniającym eliminowanie błędów jest nagradzanie. Polega ono na dopuszczaniu wybranych lekarzy do działań uznawanych za prestiżowe:

- asysty przy zabiegu prowadzonym przez ordynatora, szczególnie gdy jest to zabieg interwencyjny;
- uczestnictwa w zjazdach wraz z finansowaniem zapewnianym przez sponatorów znalezionych przez ordynatora;
- uczestnictwa w zewnętrznych szkoleniach prowadzonych przez lekarzy;
- uczestnictwa w występach medialnych.

Przedstawiony system nagród nie ma charakteru finansowego, ponieważ ordynator nie dysponuje środkami finansowymi na ten cel, niemniej jednak jest traktowany jako narzędzie motywowania pozwalające wyrazić uznanie dla dobrej pracy lekarza.

Styl kierowania prezentowany przez ordynatora przypomina opisywany w literaturze przedmiotu styl zwany autokratycznym, w którym przywódca podejmuje decyzje sam, zazwyczaj bez konsultacji z członkami zespołu. Konsekwencją tego jest jasność decyzji, ale też odpowiedzialności. Może temu towarzyszyć także blokowanie dostępu do informacji. W tym przypadku głównym ich dysponentem jest ordynator. To najczęściej on informuje rodziny o stanie pacjentów.

W badaniach nad przywództwem stwierdzono, że styl autokratyczny jest skuteczny, gdy zadania stojące przed zespołem są proste, ale towarzyszy im duża presja czasowa (por. White, Lippitt, 1962). W przypadku takiego oddziału, jak intensywna terapia trudno mówić o prostych zadaniach, ale za pewien odpowiednik tej cechy można tu chyba uznać jednoznaczność procedur medycznych, a presja czasowa jest czymś oczywistym w stanach zagrożenia życia. Wydaje się więc, że w takim oddziale autokratyczny (czy też dyrektorski z elementami autokratycznego) styl kierowania z definicji powinien być efektywny, choć nie oznacza to, że będzie on gwarantował dobre relacje wewnątrz zespołu. Ponadto styl autokratyczny jest skuteczny, gdy cele są jasne, pracownicy akceptują kierownika, a on sam ma duży zakres władzy (gdy jest odwrotnie, taki styl kierowania jest nieskuteczny) (White, Lippitt, 1962). Ordynator oddziału intensywnej terapii z pewnością ma duży zakres władzy, a cele zostały przez niego jasno sprecyzowane. Podział zadań jest precyzyjny i określony w niepodważalny sposób. Otwarta pozostaje kwestia akceptacji roli i osoby kierownika. Można jedynie przypuszczać, że w tak licznych zespołach nie wszyscy akceptują sposób podziału obowiązków i osobę ordynatora. Zaobserwowany brak otwartości zespołu lekarzy oraz bardzo niski stopień ich integracji mogą uzasadniać takie przypuszczenia.

Drugi ośrodek władzy skupiony jest w rękach pielęgniarki oddziałowej. Relację między ordynatorem a pielęgniarką oddziałową cechuje wysoki poziom zaufania i umiejętność sprawnej komunikacji. Kiedy rozmawialiśmy z obojgiem, często dopowiadali sobie koniec zdania (częściej pielęgniarka oddziałowa kończyła i dopowiadała za ordynatora). Wielokrotnie też ordynator wskazywał na pielęgniarkę

oddziałową jako osobę kompetentną do udzielenia odpowiedzi na zadane pytanie. Takie wzajemne zrozumienie, zdaniem badanych, może wynikać z faktu posiadania przez oboje długiego stażu pracy, w tym pracy ze sobą.

Codzienny – obok obchodu kierowanego przez ordynatora – ośrodek władzy znajduje się właściwie w rękach pielęgniarki oddziałowej (stąd wniosek o podwójnym źródle władzy). To ją często można spotkać w oddziale, zarówno wypełniającą w swoim pokoju niezbędne dokumenty, jak i wykonującą lub pokazującą wykonanie czynności przy pacjencie. Ze względu na inne obowiązki organizacyjne ordynator nie zawsze jest obecny w ciągu dnia w oddziale, a jego pokój znajduje się w innym skrzydle i na wyższym piętrze szpitala. Takie kierowanie, czasami na odległość, wymaga współpracy i dostosowania wszystkich stron, choć może powodować problemy komunikacyjne, gdy lekarze muszą podejmować samodzielne decyzje, na przykład w kontaktach z rodzinami pacjentów.

Pielęgniarka oddziałowa postępuje się demokratycznym i otwartym (inaczej partycypacyjnym i przyjacielskim) stylem zarządzania, który nakierowany jest na ludzi, i który charakteryzuje łagodna i opiekuńcza postawa wobec podwładnych. My nazwałyśmy go stylem „matczynym” ze względu na używane przez pielęgniarkę oddziałową określenia oraz sposób mówienia o zespole – *mój zespół, moje pielęgniarki*.

*Moje pielęgniarki wiedzą, że najważniejszy jest pacjent, a później cała aparatura [...]. Dzisiaj nawet się wystraszyłam, powiem szczerze, bo moja pielęgniarka, która była przy zgonie tej pacjentki, wróciła po urlopie, po dwutygodniowym urlopie. Ona wyglądała, miała tak zmienioną twarz ta dziewczyna, że aż się wystraszyłam, bo to nie jest pielęgniarka, która pracuje no miesiąc czy dwa miesiące, tylko pracuje tam kolejny rok, prawda, a myślę, że przeżyła tą śmierć tak bardzo [...]. Znam swój zespół, ja znam swój zespół tak, że **widzę**, albo nawet **czuję**, że coś się dzieje nie tak [...].*

To ludzie są najważniejsi (w tym przypadku zarówno personel, jak i pacjenci, a także rodziny pacjentów). Postawa takiego szefa (tu: oddziałowej) wobec podwładnych (pielęgniarek/pielęgniarzy) jest łagodna i opiekuńcza. Nie oznacza to, że nie ingeruje ona i nie wskazuje błędów. Jednak uwagi zawsze mają charakter konstruktywny i przekazywane są w sposób przyjacielski, otwarty, rzeczowy, bez wywoływania negatywnych emocji. O matczynym charakterze relacji kierownik – podwładny świadczyć może fakt, że to właśnie do pielęgniarki oddziałowej personel często przychodzi po radę, ale także by opowiedzieć o problemach, konfliktach, aby się wyžalić. Jeśli pomiędzy członkami personelu występują konflikty, pielęgniarka oddziałowa pozostawia im swobodę, by sami spróbowali dojść do porozumienia, a wkracza dopiero wtedy, gdy się to nie udaje.

Z moich informacji to [pracownicy – przyp. aut.] próbują sobie radzić sami i nawet nieżle im to wychodzi, natomiast w sytuacji, gdy ktoś czuje się bardzo pokrzywdzony, przychodzi do mnie i rozmawiamy na ten temat. Szukamy przyczyny i rozmawiam z tą osobą, drugą osobą, albo trzecią, analizujemy i w każdym przypadku analizujemy właściwie od podstaw źródło tego i zastanawiamy się, czy robić konfrontację i rozmawiać, czy, czasami wystarczy sama rozmowa i wydaje mi się, kwestia chyba tego, żebym ja to wysłuchała.

Pielęgniarka oddziałowa bardzo dobrze zna swój personel pomimo jego znacznej liczebności (prawie dziewięćdziesiąt podległych pielęgniarek, salowe i trzech ratowników medycznych) i rozproszenia na terenie szpitala. To wszystko powoduje, że pielęgniarki/pielęgniarze określają atmosferę pracy w oddziale jako bardzo przyjacielską, a ich relacje nie ograniczają się jedynie do współpracy służbowej. Badani mówili o przyjaźniach, spotkaniach towarzyskich w swoim gronie, a także o miłościach i małżeństwach zawieranych pomiędzy pracownikami medycznymi średniego szczebla.

4.4. Paternalizm wysokiej klasy eksperta i elastyczne organizowanie – styl kierowania w oddziale neurochirurgii

W oddziale neurochirurgii dominuje styl zarządzania, który określiliśmy jako paternalistyczno-eksperski. Oznacza to, że ogromne znaczenie dla działania zespołu ma zachowanie kierownika oddziału (ordynatora) i przekazywane przez niego informacje. Nie jest jednak tak, że ordynator ma monopol na podejmowanie decyzji. Odnosząc się do wcześniej opisywanych koncepcji, styl kierownika oddziału neurochirurgii zaliczyć można do stylu autokratycznego życzliwego z elementami stylu zadaniowego i dyrektorskiego.

Warto podkreślić, że ordynator neurochirurgii, podobnie jak w innych oddziałach, pełni co najmniej kilka ról. Jest naukowcem, nauczycielem, lekarzem (wykonuje też operacje) oraz nierzadko reprezentantem (także prawnym) wobec instytucji zewnętrznych. Poza tym ordynator pełni funkcję menedżerską, odpowiada za płynność finansową oraz organizację pracy oddziału.

Ordynator oddziału neurochirurgii jest człowiekiem o wysokim poczuciu własnej wartości, a także przekonaniu o unikalności oddziału na tle innych specjalizacji, oddziałów, szpitali w mieście czy w kraju.

Moje kierowanie jest inne niż wszystkie kierowania w Polsce ze względu na to, że tak jak powiedziałem, ja wyrosłem z tradycji brytyjskiej. W Anglii jest tak, że nie ma ordynatorów. Ordynator nie istnieje, tylko istnieje coś, co nazywa się konsultant. Konsultant, w tym przypadku to jest człowiek, który ma zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji klinicznych i samodzielnego przeprowadzania operacji i samodzielnej opieki nad chorym [...]. Mnie się udało wszystkich młodych tych nauczyć operować [...].

Pobyt szkoleniowy za granicą ukształtował jego poczucie tożsamości jako lekarza określonej specjalności, a także wizję zarządzania oddziałem, której realizację utrudnia kilka czynników. Tu rozmówca wskazywał na przepisy Unii Europejskiej dotyczące prawa pracy, uwikłanie środowiska lekarzy w działania podejmowane

przez polityków (*rozgrywki polityków*, jak je określił), system specjalizacji oraz odbiór społeczny środowiska medycznego.

Styl kierowania ordynatora oparty jest na wzorcu angielskim, gdzie lekarz jest bardziej samodzielny, a jego praca jest skoncentrowana na leczeniu pacjenta w systemie *continuity of care*. Aspekty biurokratyczny i menedżerski (zapewnienie zasobów i zarządzanie nimi) są mniej ważne, ponieważ tymi sprawami zajmuje się ktoś inny.

Podstawą zarządzania personelem jest rekrutacja i *wyłuskiwanie studentów i lekarzy*, którzy przejawiają inicjatywę, są zaangażowani, mają motywację. Są oni kształtowani, wręcz wychowywani przez ordynatora, który określa ich mianem „dzieci”, co przypomina nieco relację mistrz – uczeń lub relację ojcowską (paternalizm).

Klinika powinna być samograjem. To znaczy ci ludzie, którzy dostali, yyy, którzy dostali zgodę na to, że są samodzielni, oni działają sami. Co oczywiście nie znaczy, że oni nie mają swoich wad. Ja te wady naturalnie znam, bo ja ich znam od dziecka i ja jestem z nich mocno najstarszy [...].

Kontrola jest oczywiście elementem zarządzania, ale równie ważnym aspektem jest dawanie lekarzom samodzielności i przekazywanie odpowiedzialności, a następnie sprawdzanie i korygowanie błędów oraz obserwacja, jak sobie dalej radzą. Dlatego też styl zarządzania kierownika neurochirurgii określiliśmy jako paternalistyczny.

Personel lekarski oddziału neurochirurgii składa się w większości z mężczyzn, co powoduje istnienie bardzo silnej, męskiej kultury organizacyjnej – związanej z dominacją, nastawieniem na zadanie i mniejszą koncentracją na potrzebach pracowników. W takiej kulturze organizacyjnej pracownicy są energiczni i stanowczy. Mogą wykazywać postawy dominujące w kontakcie z konkurencją czy w rywalizacji o pozycję społeczną. Do zespołu należy także jedna lekarka, jednak z uwagi na nieco inny charakter wykonywanej pracy i przebywanie poza głównym pokojem lekarskim jej kontakty z pozostałymi lekarzami są rzadsze. Silna męska kultura organizacyjna, wynikająca z dużej odpowiedzialności, presji czasu, elitarności zawodu, powoduje między innymi brak akceptacji dla jakichkolwiek słabości. Status kobiet w oddziale neurochirurgii jest zdecydowanie niższy niż mężczyzn.

Męska kultura organizacyjna przenosi się na styl komunikowania w tej grupie. Język używany przez lekarzy oddziału neurochirurgii to specyficzny, wewnętrzny i inkluzywny kod, który w znacznym stopniu integruje zespół lekarski. Szczególnie widoczne jest to w przypadku osób tworzących zespół, który często wspólnie wykonuje zabiegi chirurgiczne. Relacje pomiędzy tymi osobami są dobre, a nawet przyjacielskie.

Styl kierowania personelem pielęgniarskim jest ukierunkowany na zadania, konkretny, praktyczny, zdroworozsądkowy (styl zadaniowy w koncepcji Blake’a i Mouton, 1964). Pielęgniarka oddziałowa zarządza ludźmi jak innymi zasobami, chcąc wykorzystać czas pracy personelu jak najefektywniej. O swoim stylu zarządzania mówi, że jest to *elastyczne organizowanie* (kod *in vivo*) – w zależności od potrzeb na odcinku głównym i operacyjnym oddziału. Pragmatyczne podejście do

kierowania uwidoczni się w ograniczeniu wszelkich działań nieukierunkowanych bezpośrednio na opiekę nad pacjentem. Pielęgniarka oddziałowa neurochirurgii nie organizuje odpraw, kontroluje praktyki integrujące i towarzyskie, by nie pochłaniały cennego czasu. Może mieć to efekt przeciwny do zamierzonego, bo chwila rozmowy czy żartów mogłaby pomóc personelowi się odstresować, zintegrować, odpocząć, dzięki czemu wróciłby on do pracy z większą energią. Taki styl kierowania jest trochę męski i autorytarny. Pielęgniarka oddziałowa przyznała, że docenia umiejętność rozładowywania napięcia w kontaktach z pacjentami w żartobliwy sposób, ubolewała też, że sama jej nie posiada. W trudnych sytuacjach wycisza się, rozmawia z rodziną, wycofuje się z konfliktów, by unikać *pyskówki*, pilnuje form grzecznościowych (proszę, dziękuję) i woli ustąpić, niż ingerować w czyjś sposób pracy.

Z powodu zróżnicowania wiekowego personelu pielęgniarskiego w oddziale neurochirurgii pojawiają się czasem trudności komunikacyjne. Jak stwierdziła pielęgniarka przełożona: *Trudno jest mi porozumieć się z młodszą częścią personelu z uwagi na różnice w postawie wobec pracy*. Podkreśliła też praktyki degradacyjne stosowane przez młode pielęgniarki w stosunku do salowych (poszukiwanie osoby o niższym statusie w hierarchii). Z kolei relacje z lekarzami pielęgniarka oddziałowa określiła jako dobre, *bo oni są konkretni*, choć obserwacje wskazują, że podejmowane przez nią działania w stosunku do grupy zawodowej lekarzy określić można jako podległe.

Cechą oddziału jest to, że personel pielęgniarski wyróżnia duża samodzielność w zakresie realizowanych zadań. Jest to wynik konieczności radzenia sobie, gdy lekarze przez wiele godzin przebywają na bloku operacyjnym. Świadczy to również o tym, że personel medyczny ma do siebie duże zaufanie, a to jest istotne w pracy w oddziale szpitalnym. Zatem pomimo praktykowania komunikacji pionowej w dół personel ufa sobie co do wykonywania zadań medycznych. Być może wrażenie ignorowania pielęgniarek przez lekarzy w sytuacji komunikacyjnej wynika z zaufania i domyślnego przerzucania części działań na personel pielęgniarski. Lekarze, nadmiernie obciążeni pracą biurokratyczną, ograniczają interakcję do niezbędnego minimum, wiedząc, że mogą polegać na fachowości pielęgniarek.

4.5. Ugodowa autokratka oraz misjonarska biurokratka – styl kierowania w oddziale laryngologii

Personel lekarski oddziału laryngologii stanowi grupa ponad dwudziestu osób, dosyć zróżnicowana zarówno pod względem płci, jak i wieku. O ile kwestie płci nie stanowią czynnika dzielącego grupę, o tyle można stwierdzić, że lekarze wolą

spędzać przerwy czy toczyć rozmowy w swoich grupach wiekowych (rezydenci i młodszy specjaliści oraz lekarze starsi stażem).

Pracowników oddziału laryngologii od początku charakteryzowały i wyróżniały otwartość w rozmowie i chętnie podejmowanie wątków krytycznych wobec miejsca pracy, czego nie zauważyliśmy w dwóch pozostałych oddziałach. Lekarze oddziału laryngologii jako jedyni wykazali się zdecydowaną gościnnością i podali nam kod dostępu do zamka elektronicznego od drzwi pokoju lekarskiego, umożliwiając swobodny dostęp do niego, korzystanie z aneksu kuchennego i innych udogodnień. Znacznie ułatwiło to obserwację komunikacji w zespole lekarskim i prowadzenie rozmów z samymi lekarzami.

Kierownikiem oddziału laryngologii, jako jedyne z badanych oddziałów, jest kobieta. Sama postrzega ten fakt jako mający duży wpływ na zarówno styl, jak i przebieg kierowania personelem i całym oddziałem. Pani ordynator pełni tę funkcję od pięciu lat (najkrócej spośród ordynatorów wszystkich badanych oddziałów) i jest niezwykle zaangażowana w swoją pracę, zarówno w szpitalu, jak i na uczelni medycznej. Deklaruje partnerski styl kierowania, który objawia się niechęcią do stosowania kar i wyciągania formalnych konsekwencji, bazuje na dyskusji i wspólnym ustalaniu reguł pracy z zespołem. Twierdzi jednocześnie, że taki styl zarządzania, wprowadzony w oddziale przez jej poprzednika, ma swoje znaczne minusy i jego kontynuowanie uznaje za błędne, choć jednocześnie zaznacza, że nie chciałaby stosować bardziej radykalnych, autorytarnych metod.

Ordynator charakteryzuje się dużą wiarą w proceduralizację i standaryzację pracy, traktując to jako element ułatwiający, organizujący, ale i chroniący od odpowiedzialności (np. karnej) zarówno ją, pracowników oddziału, jak i szpital. W jej sposobie kierowania widać duży wpływ trendów zarządzania pochodzących z biznesu, które, jak sama oceniła, nie są możliwe do wprowadzenia w oddziale szpitalnym (ale i w innych miejscach, np. administracji szpitala) z powodu *oporu materii*, głównie w osobach pracowników.

To przywiązanie do procedur i kontrola stosowania zasad może być niemożliwa do przeprowadzenia w oddziale szpitalnym z kilku powodów. Po pierwsze, występuje tu bardzo duża presja czasu i ilości pracy, zatem niektóre procedury są nieraz pomijane w celu usprawnienia wykonywania obowiązków. Po drugie, praca lekarza, w szczególności chirurga, wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym. Negatywne emocje mogą łatwo zaburzyć relację lekarz – pacjent. Pobudzenie emocjonalne występuje zarówno po stronie personelu medycznego, jak i pacjentów. Obie te grupy wykonują ogromną pracę emocjonalną, często nie uświadamiając jej sobie, ale i nie zdając sobie sprawy z konsekwencji jej braku. W sytuacji tak ogromnego obciążenia emocjonalnego trudno jest realizować procedury. Po trzecie, praca w oddziale szpitalnym znacznie różni się od pracy w korporacji, przede wszystkim z powodu dużej niepewności (medycznej, prawnej, emocjonalnej) ze strony pacjenta i jego rodziny. Procedury w pewnym sensie usztywniają, czasami nadmiernie, sposób realizacji zadań, tymczasem w medycynie działania wymagają

elastyczności i radzenia sobie z niepewnością (Han, Klein, Arora, 2011: 10–11; Kim, Lee, 2018: 185).

Mimo deklarowanego stylu partnerskiego styl kierowania pani ordynator naszym zdaniem określić można jako autokratyczno-ugodowy z elementami stylu zadaniowego. Reddin (1993) wykazał, że żaden z tych stylów nie należy do grupy stylów wysoko efektywnych. Nadmierne przywiązanie do proceduralizacji z jednoczesną chęcią dominacji z jednej strony oraz próbami dopuszczania partycypacji pracowniczej, nadmiernymi ambicjami i przecenianiem współuczestnictwa z drugiej prowadzą do zarządczego chaosu, ograniczając integrację pracowników.

Pani ordynator stwarza otwartą i przyjacielską atmosferę przy jednoczesnej koncentracji na wykonaniu danego zadania. Narzuca przy tym swój sposób jego realizacji – nie deleguje uprawnień, obawiając się, że zadanie powierzone pracownikowi może zostać wykonane nieprawidłowo. Pani kierownik oddziału jest perfekcjonistką i takiego zachowania oczekuje od innych. Osoby niemogące lub niechące spełnić tego wymogu buntują się i jawnie lub niejawnie mu się przeciwstawiają. Zarządzająca motywuje innych do działania, zachęcając do uczestnictwa w konferencjach i sympozjach, pisania artykułów naukowych, zdobywania kolejnych stopni naukowych i specjalizacyjnych. Dopuszcza rezydentów do wykonywania zabiegów operacyjnych (choć nie wszyscy pracownicy oddziału laryngologii uważają, że dostęp do wykonywania zabiegów jest taki sam dla każdego zatrudnionego tu lekarza), co nie jest regułą w innych oddziałach i szpitalach. Koordynuje pracę zespołu, co wiąże się z ogromnym obciążeniem emocjonalnym i psychicznym. Chęć uczestnictwa w każdej decyzji oraz stałe nadzorowanie pracy bez wątplenia przyczynia się do wzrostu efektywności pracy oddziału, który przez pacjentów jest oceniany bardzo dobrze. Jednak takie działanie często wiąże się z samodzielnym podejmowaniem decyzji przez zarządzającego, a także wymaganiem posłuszeństwa co do sposobu działania i kierunku realizacji celu. Ordynator pragnie natychmiastowego działania i wyników, a takie zachowanie może powodować u osób zarządzanych wspomniany *opór materii* oraz strach, a w konsekwencji – brak samodzielnego myślenia i faktyczną konieczność podejmowania nawet najdrobniejszych decyzji przez osobę zarządzającą. Może także skutkować buntem i konfliktami. W obu przypadkach jest to działanie obciążające osobę zarządzającą.

W rozmowie z nami ordynator stwierdziła, że stosuje scentralizowany sposób zarządzania, który spowodowany jest wspomnianym brakiem zaufania do personelu. Wynika to z faktu, że personel, na który delegowała część swoich obowiązków, wykonywał je w jej ocenie niewłaściwie: częściowo, z opóźnieniem, błędnie, mając na uwadze jedynie swój partykularny interes, a nie dobro oddziału jako całości. Z tego powodu na jej barkach spoczywa znaczna liczba obowiązków i zadań koniecznych do wykonania, aby oddział funkcjonował prawidłowo. Obejmuje to także obowiązki sekretariatu, który działa w sposób nieefektywny i nie spełnia swojej funkcji w oddziale (jednak z uwagi na kwestie pozaformalne nie ma możliwości, aby zmienić osoby w nim pracujące).

Ogrom obowiązków przy praktycznie żadnym wsparciu pracowników (także w odniesieniu do organizacji spotkań integracyjnych) powoduje bardzo duże obciążenie emocjonalne, a wręcz frustrację pani kierownik oddziału. Pani ordynator sprawia wrażenie osoby znajdującej się na granicy wypalenia zawodowego spowodowanego nieustanną pracą (jako aktywnego lekarza-chirurga, ordynatora i pracownika naukowego), rozczarowanej postawą pracowników. Jednocześnie warto zaznaczyć, że w sprawach merytorycznych wysoko ocenia ona swoich pracowników, podkreślając, że system szkolenia rezydentów daje im możliwości przeprowadzania wielu operacji, na co nie mogliby liczyć w innych ośrodkach.

Zarządzająca prawdopodobnie ma poczucie niedoceny przez swój zespół, za co obwinia samą siebie i partnerskie oraz miękkie w jej ocenie podejście do pracowników. Zauważyć jednak należy, że w rozmowach z nami lekarze nie podzielali jednoznacznie opinii o partnerskim i miękkim stylu kierowania.

Jak zostało już wspomniane, styl kierowania pani ordynator należy do stylów scentralizowanych, jednak mniej efektywnych. Zauważalny jest brak równomiernego obciążenia personelu, brak delegowania uprawnień i zaufania do pracowników. Ordynator stara się sama zapanować nad wszystkim, przez co zwyczajnie nie ma czasu na dostosowanie elementów motywacyjnych (pozapłacowych). Aktywnie zaangażowana jest we wszystkie projekty realizowane w oddziale, konsekwentnie je kontrolując i koordynując na każdym etapie. Monitoruje także pisanie artykułów naukowych przez akademicki personel medyczny. Oczekuje pełnego zaangażowania zarówno w pracę naukową, jak i na rzecz szpitala, poza oczywistymi obowiązkami wynikającymi z pracy lekarza. Powoduje to konieczność pozostawiania lekarzy w oddziale po godzinach pracy (np. kilka godzin dłużej po dyżurze), co może prowadzić do przemęczenia, większego stresu, a w konsekwencji – szybszego wypalenia zawodowego. Być może dobrym rozwiązaniem byłoby pozostawienie większej swobody działania personelowi, który, jak się wydaje, dobrze radzi sobie z wykonywaniem powierzonych zadań.

Co ciekawe, podobnym stylem kierowania posługuje się pielęgniarka oddziałowa. Trudno powiedzieć, czy jest to świadome naśladowanie stylu pani ordynator, wynik podobieństw cech osobowości, czy raczej efekt socjalizacji wtórnej podczas pracy w oddziale.

Pielęgniarka oddziałowa oddziału laryngologii jest osobą przekonaną o słuszności i potrzebie stosowania procedur. Zwraca dużą uwagę na ich prawidłowe wypełnianie, ponieważ jest to sposób na uniknięcie ewentualnych problemów, wynikających na przykład ze skarg pacjentów. Pielęgniarka oddziałowa stosuje miękki sposób kierowania, który można nazwać misjonarsko-biurokratycznym. W ocenie samej oddziałowej nie jest on jednak wystarczająco efektywny, gdyż wymaga czynnego uczestnictwa zespołu w procesie decyzyjnym, o co trudno w zespole pielęgniarskim oddziału laryngologii.

Większość personelu oddziału laryngologii jest bardzo otwarta, życzliwa i miła. Pielęgniarki zwracają się do pacjentów przyjaźnie, osławając ich z sytuacją

pobytu w szpitalu. W obecności pacjentów zawsze zwracają się do siebie w sposób profesjonalny i rzeczowy. Wiele pielęgniarek jest wycofanych i nie uczestniczy w życiu towarzyskim poza murami szpitala. Niektóre wskazują na brak podejmowania w oddziale działań integracyjnych, zauważając jednocześnie brak czasu na takie działania. Większość relacji wydaje się mieć charakter czysto zawodowy.

Personel administracyjny (sekretarki) jest niestety niezbyt miły, a wobec interesantów bywa nawet niekulturalny. Same doświadczyłyśmy takiego traktowania. Dopiero po przedstawieniu się (także z funkcji i stopnia naukowego) sekretarka zmieniła ton wypowiedzi, starając się przeprosić za wcześniejszy wybuch.

Personel oddziału laryngologii należy uznać za najmniej zintegrowany, a proces jego komunikacji – za ściśle sformalizowany i najbardziej, w stosunku do dwóch poprzednich oddziałów, sproceduralizowany. Można stwierdzić, że w przypadku obu kobiet kierujących zespołami – pani ordynator i pielęgniarki oddziałowej – problem w kierowaniu personelem polega na chęci stosowania deklaratorywnie miękkich metod zarządczych, a także dążeniu do usatysfakcjonowania czy nawet zadowolenia podwładnych. Być może większe delegowanie uprawnień, konsekwencja i bardziej zdecydowane egzekwowanie realizacji ustalonych wspólnie zasad współpracy mogłyby przynieść dobre efekty.

4.6. Podsumowanie

Reasumując wyniki badań, warto zaznaczyć kilka kwestii. Po pierwsze, badane oddziały znacznie różniły się między sobą pod względem stylów kierowania. Każdy z ordynatorów stosuje odmienny, charakterystyczny dla siebie styl zarządzania. Każdy z nich ma swoje zalety i wady i jest uwarunkowany zarówno socjalizacją wtórną, charakterystyką pracy w oddziale szpitalnym, zarządzaną grupą pracowników, jak i cechami osobowości kierownika.

Takie zróżnicowanie stylów kierowania nie jest zaskakujące. Pokazuje, że zastanawiając się nad efektywnością kierowania, w przypadku każdego oddziału trzeba odrębnie rozpatrzyć wagę przynajmniej dwóch aspektów. Po pierwsze – aspektu merytorycznego, uwzględniającego specyfikę pracy oddziału szpitalnego, wymogi stawiane przez prowadzone działania medyczne (terapeutyczne i opiekuńcze) oraz obowiązujące procedury i przepisy prawne regulujące działalność oddziału. W wymiarze merytorycznym należy także uwzględnić ograniczenia wynikające z pracy w budynku z lat 30. czy trudności z rekrutacją personelu. Niektóre z tych czynników są bowiem niezależne od szpitala albo wynikają z ogólnie przyjętych standardów postępowania w opiece zdrowotnej i medycynie, a ich zmiana jest niemożliwa lub zbyt kosztowna.

Drugi aspekt, dla nas jako badaczek bardziej interesujący, nazwałyśmy „relacyjnym”. W procesie kierowania istotne są relacje interpersonalne i grupowe oraz sposoby ich kształtowania, proces komunikacji uwzględniający różne jej style oraz osobowości osób zarządzających, mogące mieć kluczowe znaczenie przy posługiwaniu się określonym stylem zarządzania. Aspekt relacyjny ważny jest także z powodu specyficznych uwarunkowań organizacyjnych, które komplikują relację przełożony – podwładny, ponieważ niektórzy członkowie personelu medycznego realizują jednocześnie kariery naukowe i akademickie, a więc są pracownikami szpitala i jednostek naukowych. Muszą więc wypracować sposób na godzenie pracy operującego lekarza oddziału szpitalnego z obowiązkami badawczymi i publikacyjnymi oraz dydaktycznymi. W zależności od etapu kariery lekarskiej lub naukowej ich akceptacja metod zarządzania, a także motywacja do pracy mogą ulegać zasadniczym zmianom.

Badania dotyczące motywowania czy satysfakcji z pracy wskazują na dodatkowe czynniki, które wpływają na to, jak pracuje się w organizacji (Lu i in., 2012: 1033; Kunecka, 2017; Berberoglu, 2018) – może to być estetyka, użyteczność i funkcjonalność pomieszczeń; stymulowanie działań integrujących pracowników, by zwiększyć zaufanie i zaangażowanie; oferowanie szkoleń czy wsparcia, dzięki którym pracownikom będzie łatwiej wykonywać swoje obowiązki, bo zyskają kompetencje do radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Kierownik (ordynator) oddziału formalnie jest szefem całego oddziału, w tym przełożonym pielęgniarek oddziałowych, które zarządzają jedynie zespołem pielęgniarek i salowych. W trzech badanych przypadkach style kierowania personelem lekarskim i pielęgniarsko-salowym poniekąd się równoważą. Tam, gdzie ordynator sprawuje silną kontrolę, pielęgniarka oddziałowa kieruje w sposób bardziej demokratyczny i odwrotnie. Bywa też tak, że style kierowania ordynatora i pielęgniarki oddziałowej są podobne.

Zaznaczyć należy, że żaden ze stosowanych stylów zarządzania nie jest stylem idealnym i czystym w rozumieniu modeli proponowanych w przywołanych wcześniej koncepcjach teoretycznych. Osoby zarządzające personelem medycznym stosują mieszane style kierowania. Niejednokrotnie łączą style zaliczane do grupy wysoce efektywnych i mniej efektywnych w zależności od sytuacji i zaistniałej konieczności. Dzieje się to raczej intuicyjnie, bo ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe raczej nie mają profesjonalnej wiedzy z zakresu zarządzania i kierowania zespołem. Założyć można, że stosowany przez badanych styl kierowania jest wynikiem osobowości przełożonego, wypracowania mechanizmów zarządzania w procesie prób i błędów, socjalizacji do zawodu i przejmowania sposobu zarządzania od poprzedników, a także próby dostosowania się do stylu kierowania bezpośredniego przełożonego (personel pielęgniarski).

Drugą cechą procesu zarządzania kierowników badanych oddziałów szpitalnych jest zróżnicowanie stylów zarządzania pod względem płci (choć tu oczywiście zakres badania nie pozwala na wyciąganie szerszych wniosków). Badani mężczyźni posługują się stylem z grupy stylów autokratycznych i dyrektorskich,

badane kobiety zaś – stylem otwartym lub stylem z grupy stylów biurokratycznych. Stosowanie stylów paternalistyczno-autokratycznych przez mężczyzn jest akceptowane przez personel i stanowi bazę dla efektywnych działań. Próba stosowania podobnego sposobu kierowania przez kobiety odbierana jest przez personel negatywnie i prowadzi do konfliktów oraz braku efektywności. Stosowanie stylu biurokratycznego przynosi efekty w procesie kierowania, choć nie prowadzi do integracji zespołu i nie zapobiega powstawaniu konfliktów. Zauważyć należy, że stosowanie przez kobiety stylu otwartego przynosi najlepsze rezultaty i korzyści dla zarządzanego w ten sposób zespołu. Personel pielęgniarski oddziału intensywnej terapii jest zintegrowany i działa wysoce efektywnie.

W odniesieniu do przeanalizowanych przypadków stawiamy tezę, że w sytuacji braku profesjonalnego przygotowania do zarządzania zespołami ludzkimi na sposób kierowania w znacznym stopniu ma wpływ proces socjalizacji wtórnej (por. Sułkowski, 2013), w tym przejmowanie zachowań i działań poprzedniego przełożonego. Obserwując pracę przełożonego, przyszły ordynator internalizuje sposób pracy, a także model kierowania zespołem. Nie bez znaczenia pozostają także cechy osobowości kierownika, co jednak nie było przedmiotem prezentowanych badań. To zinternalizowane sposoby działania i zachowania mają znaczenie przy (intuicyjnym) wyborze stylu kierowania. Skoro kierownicy zespołów medycznych nie dysponują szeroką wiedzą z zakresu metod zarządzania i stylów kierowania, to intencjonalny wybór określonego stylu kierowania nie jest możliwy². Zatem zachowanie szefa podyktowane jest jego cechami osobowościowymi, ale też umiejętnościami, kompetencjami, właściwościami psychicznymi oraz proceduralizacją procesu pracy. Przełożona oddziału neurochirurgii, będąca osobą wycofaną, nie jest w stanie zarządzać inaczej niż w sposób biurokratyczny, a cechująca się perfekcjonizmem pani kierownik oddziału laryngologicznego nie potrafi zrezygnować z ograniczającego autonomię podwładnych kontrolowania wszystkiego.

W literaturze poświęconej zarządzaniu zespołami dość powszechnie przyjmuje się, że dobrym sposobem kierowania jest delegowanie uprawnień i pozostawienie kierowanym pracownikom pewnej swobody decyzyjnej (lub stworzenie u nich przeświadczenia o jej posiadaniu). W odniesieniu do zespołów lekarzy i pielęgniarek przekonanie to jest adekwatne nie tylko dlatego, że personel medyczny to grupa specjalistów i ekspertów (por. White, Lippitt, 1962), ale także dlatego, że osoba odczuwająca realny wpływ na działania własne i zespołu, mająca wolność decyzyjną (choć ograniczoną) pracuje efektywniej i bardziej utożsamia się z zespołem i organizacją.

2 Samodzielne poszukiwanie wiedzy, często inspirowane przez znaczących innych, może prowadzić do prób przenoszenia, jak w przypadku ordynator oddziału laryngologii, metod zarządzania projektami z kontekstu czysto korporacyjnego do specyficznych realiów działania szpitali. Wydaje się, że uzasadnione byłoby zapewnienie ordynatorom i pielęgniarkom przełożonym specjalnych szkoleń w zakresie zarządzania zespołami w organizacjach ochrony zdrowia.

Rozdział 5

Uwarunkowania procesu komunikowania

5.1. Wstęp

Opisane w niniejszej książce badanie etnograficzne pierwotnie miało dotyczyć procesów komunikacyjnych i to głównie na nich skupiliśmy się w pierwszym jego okresie. W tym rozdziale przedstawiamy praktyki komunikowania stosowane w zespołach personelu medycznego składających się z lekarzy, pielęgniarek, salowych, a także techników medycznych i innych pracowników badanych oddziałów. Zidentyfikowaliśmy czynniki ułatwiające (proefektywnościowe) oraz utrudniające (antyefektywnościowe) proces komunikowania pomiędzy członkami personelu medycznego. Opisujemy także strategie komunikacyjne stosowane przez nich w kontaktach z kolegami z pracy i przełożonymi.

Komunikacja jest procesem porozumiewania się jednostek czy grup i w najbardziej podstawowych wymiarach obejmuje wymianę myśli, dzielenie się informacjami i wiedzą (Meller, Milik, 2014: 134). W praktyce szczególnie mocno podkreśla się jej znaczenie jako niezbędnego elementu wspólnego działania.

Komunikacja w zespołach medycznych nie tylko ma znaczenie dla subiektywnie odbieranej atmosfery pracy, satysfakcji personelu czy zagrożenia wypaleniem zawodowym (Płotka, Golec, Cześnikiewicz, 2000: 234; Grzywna, Cieślak, 2003: 468), ale także przekłada się na przebieg procesu leczenia oraz wyniki kliniczne (Marek, 2007). Dzieje się tak, ponieważ w zespołach medycznych skuteczne komunikowanie ogranicza liczbę błędów wynikających z nieporozumień, niedomówień, milczących założeń czy rutynowego działania (Stępniewski, 2009; Ziaja-Guzy, 2010; Weiner i in., 2011; Kęsy, 2012; Domagała, 2014: 148). Przyspiesza ono podejmowanie decyzji i wykonywanie zadań oraz może dawać poczucie większego zadowolenia z wypełnianych obowiązków, co przekłada się jednoznacznie na wzrost motywacji do pracy, a to z kolei – na wzrost efektywności (Marek, 2007; Matthews, MacDonald-Rencz, 2007; Gawel i in., 2008; Meller, Milik, 2014). W toku

badan starałyśmy się zdiagnozować spontaniczne, naturalnie pojawiające się praktyki interakcyjne w sytuacjach pracy. Ramę interpretacyjną dla analizy zebranego materiału empirycznego stanowi interakcyjne ujęcie komunikacji oraz dorobek socjologii organizacji i zarządzania.

5.2. Proces komunikowania

Celem rozdziału nie są rozważania teoretyczne na temat procesu komunikowania, dlatego poniżej zostaną przywołane jedynie elementy istotne dla dalszego opisu sposobów komunikowania personelu w oddziałach szpitalnych. Ponieważ na kształt komunikacji wpływają „właściwości i działania osób w niej uczestniczących, a także czynniki sytuacyjne i warunki środowiskowe” (Kaźmierczak, 2011: 137, cyt. za: Meller, Milik, 2014: 134)¹, to opisanie wszystkich uwarunkowań procesu komunikowania wymagałoby znacznie szerszego opracowania, dlatego też koncentrujemy się na aspektach interakcyjnych i relacjach międzyludzkich.

Komunikowanie się jest procesem umożliwiającym sprawne funkcjonowanie jednostek, grup i organizacji. Jego efektywność wymaga wymiany zrozumiałych przekazów i dwustronnego charakteru (McKenna, Beech, 1999: 224), gdzie „ważne są nie tylko oczekiwania, postawy, potrzeby i cele jednej strony, ale także wywołane reakcje u drugiej strony zaangażowanej w proces” (Kaźmierczak, 2011: 133, cyt. za: Meller, Milik, 2014: 134). W takich organizacjach jak szpitale, w których zdrowie i życie pacjentów zależy od współpracy wielu specjalistów i działania zespołowego, sprawne komunikowanie się personelu medycznego jest szczególnie ważnym aspektem codziennego funkcjonowania (Matthews, MacDonald-Rencz, 2007; Gawel i in., 2008; Tychmanowicz, Kuśpit, 2012; Surmacka, Motyka 2015; Strauss, Glaser, 2016) i „może skutkować wpływem na sposób doświadczania, przeżywania i postrzegania choroby, pacjentów, personelu i samej placówki” (Kaźmierczak, 2011: 134, cyt. za: Meller, Milik, 2014: 134).

Komunikowanie poziome odbywa się na tym samym szczeblu organizacyjnym i ma na celu zapewnienie koordynacji i wzajemnego zrozumienia między równorzędnymi pracownikami. „Jest zazwyczaj związane z tokiem pracy w organizacji i występuje pomiędzy członkami grupy roboczej, różnymi grupami, członkami różnych działów” (Stoner, Freeman, Gilbert, 2011: 449). Personel medyczny, kierując się stanem pacjenta, musi szybko i sprawnie podejmować ważne decyzje, nie zawsze czekając na odgórne informacje i rozstrzygnięcia. Kluczowe jest wtedy

1 Dodatkowym elementem są uregulowania prawne i koncepcje zarządzania instytucjami sektora publicznego, jak choćby nowe zarządzanie publiczne (Klich, 2008).

błyskawiczne dzielenie się doświadczeniami i wiedzą, podejmowanie decyzji oraz tworzenie alternatywnych rozwiązań sytuacji kryzysowych.

Komunikowanie pionowe w większym stopniu odzwierciedla strukturalne i hierarchiczne uwarunkowania organizacji pracy. Komunikowanie w dół hierarchii, aż do najniższych szczebli, ma na celu informowanie pracowników o zasadach panujących w organizacji, przydzielanie zadań, instruowanie o sposobie ich wykonania oraz motywowanie i ocenianie podwładnych. Komunikowanie oddolne oznacza sytuację odwrotną, kiedy podwładni wysyłają komunikaty zwrotne do przełożonych, czego przykładem może być wszelkiego rodzaju sprawozdawczość.

Szpital jest organizacją zhierarchizowaną na co najmniej dwóch płaszczyznach. Poza hierarchią wynikającą z zajmowanego stanowiska (dyrektor, zastępca dyrektora, ordynator, zastępca ordynatora, pielęgniarka oddziałowa itp.) istnieje hierarchia odnosząca się do wykonywanego zawodu – na jej szczycie znajdują się lekarze, niżej pielęgniarki, a najniżej salowe. W hierarchiczną strukturę oddziałów, na różnych poziomach, wpisują się także psychologowie, rehabilitanci, fizjoterapeuci oraz personel administracyjny. Hierarchia wynikająca zarówno z zajmowanego stanowiska, jak i wykonywanego zawodu ma przełożenie na możliwość swobodnego wypowiadania się na temat przebiegu procesu leczenia oraz stosowanych procedur. Dobra, takie jak możliwość podejmowania decyzji czy swobodnego wypowiadania się, są rozdzielane nierównomiernie i jest to podział jawny. W trakcie badań zaobserwowaliśmy, że większość pielęgniarek nie zwracała uwagi lekarzom, a salowe nie wypowiadały się jawnie na temat pracy pielęgniarek. Relacje hierarchiczne wpływają także na otwartość w komunikowaniu potrzeb pracowników, ich opinii i odczuwanych emocji, a jak wskazują badania – to komunikacja, w tym komunikacja zaburzona, jest źródłem stresu (Płotka, Golec, Cześnikiewicz, 2000: 234; Grzywna, Cieślik, 2003: 468).

Innymi wymiarami komunikacji są komunikacja zewnętrzna, zachodząca między organizacją a jej otoczeniem, oraz komunikacja wewnętrzna, odnosząca się do interakcji między członkami organizacji. W badaniu analizowaliśmy jedynie komunikację wewnętrzną, interpersonalną, wewnątrzgrupową oraz międzygrupową. Nie zajmowaliśmy się badaniem procesu komunikacji pomiędzy oddziałami, pomiędzy oddziałami a administracją czy władzami szpitala, choć badani wspominali o tym w wywiadach. Pominięta została też kwestia komunikacji personel szpitala – pacjent. Do tego poziomu komunikacji nawiązujemy jedynie przy opisie emocji i ich źródeł, odwołując się do wypowiedzi badanego personelu medycznego. W opisie empirycznym znajdują się odniesienia do poziomów komunikacji, badani komunikowali się bowiem zarówno na poziomie fatycznym, instrumentalnym, jak i afektywnym, stosując przy tym różne techniki.

5.3. Personel lekarski – sposoby komunikacji

W oddziale intensywnej terapii swoistym centrum przepływu informacji są sekretarki², które posiadają dane dotyczące dyżurów, planów dydaktycznych, obecności ordynatora itd. Kierownik oddziału (ordynator) dysponuje aktualną i kompletną wiedzą na temat pracy oddziału. Rano odbywają się odprawy i obchody, w trakcie których przekazywane są informacje dotyczące pacjentów oraz zadań realizowanych danego dnia. Aby mieć aktualną wiedzę dotyczącą pracy lekarzy, ordynator jest dostępny przez telefon przez całą dobę. Jak sam twierdzi, personel nie boi się korzystać z tej możliwości, ale też jej nie nadużywa. Wiedza na temat funkcjonowania oddziału jest scentralizowana, co ma swoje uzasadnienie. Po pierwsze, jak zostało wspomniane wcześniej, personel medyczny pracuje w rozproszeniu i jest bardzo liczny, przez co trudno zapewnić efektywny przepływ informacji. Zadania stojące przed personelem oddziału są bardzo zróżnicowane – obejmują opiekę nad chorymi w salach intensywnej terapii, pracę na bloku operacyjnym, w poradni leczenia bólu, pracę dydaktyczną itd. Ponadto ciężki stan pacjentów przebywających w salach chorych wymaga bardzo delikatnego informowania ich rodzin o tym fakcie, by nie rozbudzać fałszywych nadziei. Jeśli możliwość rozmowy o stanie pacjenta jest skoncentrowana w rękach jednej osoby – kierownika oddziału – wówczas spada ryzyko dezinformacji czy błędnej interpretacji przekazów. W ten sposób opiekujący się chorym unikają konfliktów z rodziną pacjenta. Otrzymując bowiem niespójne, czasami dające nieuzasadnioną nadzieję informacje, bliscy chorych mogą czuć się rozczarowani czy wręcz oszukani. Jest to sposób personelu medycznego na zarządzanie nadzieją rodziny (por. Soundy i in., 2010).

Jak wspomnieliśmy w poprzednim rozdziale, personel lekarski oddziału neurochirurgii składa się w większości z mężczyzn, co przyczynia się do reprodukcji silnej, męskiej kultury organizacyjnej (Hofstede, Hofstede, 2007). Przenosi się to na styl komunikowania w tej grupie. Komunikaty przyjmują tu różne formy: podobnie jak w dwóch pozostałych oddziałach odnajdziemy tu zarówno komunikację bezpośrednią (rozmowa *face-to-face*, rozmowa przy udziale osób trzecich, rozmowa telefoniczna), jak i komunikację pośrednią za pomocą dokumentacji medycznej i innych form komunikacji pisemnej, w tym komunikację przy wykorzystaniu tablic ogłoszeń znajdujących się w pokojach personelu. W oddziale neurochirurgii poza wymienionymi wyróżnić możemy komunikację wizualną (za pomocą obrazów MRI), bieżącą komunikację pisemną za pomocą suchościeralnej

2 Rola osób pracujących w sekretariatach jest bardzo istotna z punktu widzenia przepływu informacji. O jej znaczeniu rozmawialiśmy m.in. z ordynator oddziału laryngologii, która wskazywała na bardzo duży problem we współpracy z jedną z sekretarek, co powodowało problemy pracowników całego oddziału, np. z planowaniem dyżurów i powodowało konieczność zajęcia się tymi sprawami przez osobę zarządzającą oddziałem.

tablicy oraz komunikat przekazywany w postaci sygnału dźwiękowego, tj. dzwonekka wzywającego lekarza do sali pooperacyjnej.

Zespół lekarski oddziału neurochirurgii jest zintegrowany, relacje są dobre, a nawet przyjacielskie. Styl komunikowania charakteryzują częste przekleństwa, dosadny język, bardzo bezpośredni sposób komunikowania nacechowany dużą dawką sarkazmu, żartów ośmieszających, także z podtekstem seksualnym. Można stwierdzić, że taki sposób komunikowania znacząco wpływa na szybkość przekazywania informacji. Dosadność języka nie pozostawia wątpliwości interpretacyjnych, a nadawca ma pewność, że intencja, z jaką podejmował nadawanie, została prawidłowo odekodowana i odebrana. Zaznaczyć tu należy, że taki sposób komunikowania częściej spotykany jest wśród mężczyzn. Jest także testem odporności psychicznej nowicjuszy i integruje zespół (specyficzny, zrozumiały wewnętrzny język). Do bardziej formalnych, oficjalnych kanałów komunikowania zaliczyć można codzienne odprawy i obchody, na których omawiane są przypadki konkretnych chorych. Jak stwierdził ordynator: *Omawiamy tych chorych wspólnie i jeżeli ja uważam, że oni zamierzają zrobić coś, za co pójdą do więzienia, to staram się im mówić*. W oddziale organizowane są także spotkania naukowe (tzw. kominki) i spotkania z histopatologami i innymi pracownikami szpitala.

Ważnym elementem stylu komunikowania praktykowanego w tym oddziale jest sposób przekazywania krytyki lub raczej informacji o błędzie popełnionym przez lekarza. Informacja taka charakteryzuje się niebezpośrednim sposobem przekazu i jest podawana nie wprost. Ma charakter merytoryczny i raczej odnosi się do wiedzy medycznej, wspartej na przykład statystykami przeżywalności. Omawiany jest przypadek, a nie konkretne zachowanie osoby, która popełniła błąd. Sytuacja dyskutowana jest pod kątem przyszłych i innych przypadków, i nie koncentruje się na konkretnym błędzie. Na przykład, podczas jednej z obserwacji odprawy w oddziale neurochirurgicznym omawiany był przypadek pewnej pacjentki. Starszy stażem, bardzo doświadczony lekarz zapytał: *Co panowie o tym sądzą?*. Natychmiast odpowiedział mu ordynator: *Panowie sądzą, że to bez sensu. [...] W takim przypadku śączek nie ma sensu, jak przyjeżdża ktoś z takim krwawieniem, to jeśli masz ochotę, możesz operować*. Taki przekaz z pewnością nie ma na celu wywołania poczucia winy danego lekarza. Lekarz, który popełnił błąd, na przykład niewłaściwie ocenił stan pacjentki, może nie odnieść omawianego przypadku do swojego zachowania albo znacznie osłabić powstały dysonans. Stosując te techniki, ordynator przyczynia się do ochrony twarzy swoich podwładnych (por. Goffman, 2006). Trzeba przy tym zauważyć, że zabiegi wykonywane w tym oddziale należą do jednych z najtrudniejszych i obarczone są dużym ryzykiem, a badania obrazowe (MRI) nie dają stuprocentowej pewności co do faktycznych zmian w organizmie pacjenta (czego laicy/pacjenci nie są świadomi). Bycie lekarzem w takim oddziale wymaga ciągłego radzenia sobie z niepewnością.

Personel lekarski oddziału laryngologii stanowi grupa dwudziestu czterech osób, dosyć zróżnicowana zarówno pod względem płci, jak i wieku. W zespole lekarskim

panuje raczej dobra, koleżeńska atmosfera, co jest prawdopodobnie spowodowane także charakterem pracy w oddziale. W porównaniu do pozostałych dwóch badanych oddziałów pacjenci oddziału laryngologii są w stanie zdrowia pozwalającym na największą samodzielność, zazwyczaj pozostają w kontakcie pozwalającym na normalną komunikację. Rzadko zdarzają się też zgony pacjentów, co nie powoduje tak dużego obciążenia emocjonalnego lekarzy. W pokoju lekarskim i poza nim dochodzi do swobodnej wymiany informacji, konsultacji przypadków leczonych pacjentów. Zauważyć można wzajemną pomoc – w sytuacji prośby o konsultację nie zaobserwowaliśmy odmowy. Pani ordynator często konsultuje pacjentów sama i nie zawsze dzieje się to na prośbę lekarza prowadzącego. Jednak w takiej sytuacji nawet hipotetyczna rozbieżność opinii nie jest wyrażana przy pacjentach czy w otwartej przestrzeni korytarzy.

5.4. Personel pielęgniarski i salowe – sposoby komunikacji

Wspomniana wcześniej wyraźna hierarchia obecna wśród personelu oddziałów niejednokrotnie wpływa na relacje pomiędzy pracownikami w danej grupie zawodowej oraz pomiędzy grupami zawodowymi. Personel pielęgniarski oddziału intensywnej terapii jest bardzo liczny, pracuje w rozproszeniu, asystując lekarzom, między innymi na bloku operacyjnym. Składa się on zarówno z kobiet, jak i mężczyzn. Z uwagi na stan pacjentów pielęgniarki i pielęgniarze przebywają cały czas w salach chorych. Powoduje to, że spędzają w swoim towarzystwie dużo czasu. Atmosfera w tej grupie personelu jest przyjazna, rzadko zdarzają się konflikty. Jeśli się pojawiają, pracownicy rozwiązują je sami. Mniej poważne rozładowywane są żartami lub wyjaśniane przez rozmowę. Sposób radzenia sobie z sytuacjami trudniejszymi tak opisała pielęgniarka oddziałowa:

Jeśli zdarza się konflikt, który nie ustaje, a nikt nie chce o tym rozmawiać, to staram się zrobić z tego temat kolejnego spotkania [...] oczywiście bez nazwisk, tylko o samej sytuacji konfliktowej, dlaczego ona się wydarzyła i właściwie po co ona nam jest potrzebna.

Pielęgniarka oddziałowa wychodzi także z inicjatywami ulepszającymi komunikowanie w zespole, o czym opowiedziała nam podczas wywiadu: *Poprosiłam naszą panią psycholog, żeby [na najbliższe spotkanie – przyp. aut.] przygotowała taką prezentację na temat pozytywnych aspektów dobrze zintegrowanego zespołu pielęgniarek anestezjologicznych.*

Pielęgniarki na bieżąco przekazują sobie informacje na temat stanu pacjenta. Pielęgniarka schodząca z dyżuru *przekazuje pacjenta* (kod *in vivo*) osobie zaczynającej dyżur. Omawia wszystkie ważne informacje, a także relacjonuje, jak zmienia

się stan pacjenta na podstawie danych odnotowanych w wersji wizualnej i tabelarycznej. Oprócz codziennych odpraw pielęgniarek i pielęgniarzy organizowanych jest około dziesięciu szkoleń rocznie, które mają także charakter spotkań organizacyjnych. Personel utrzymuje kontakty także na stopie prywatnej, zdarzają się przyjaźnie, a nawet małżeństwa.

Personel pielęgniarski i salowe oddziału neurochirurgicznego stanowią duży zespół, złożony z kobiet. Z uwagi na stan zdrowia pacjentów leczonych w oddziale pielęgniarki mają dużo pracy, są w zasadzie nieustannie zajęte. Wykonują wiele czynności biurokratycznych, co, jak same oceniają, pochłania 15–20% czasu ich pracy. Pielęgniarki nie lubią tej pracy, czas na nią przeznaczany wolałyby poświęcić pacjentom, ale jak stwierdziła pielęgniarka oddziałowa:

Jak my tego nie będziemy prowadzić, to za dwa, trzy lata czy za rok, jak nas ktoś wezwie do sądu, my nie potrafimy [...] ja nie pamiętam pacjentów sprzed miesiąca, którzy u nas leżeli, a co dopiero po trzech latach. Z jednej strony to jest jakaś obrona dla nas, że myśmy przy tym pacjencie w ogóle pracowały. Z drugiej strony patrząc, to naprawdę dużo czasu się zabiera dla tych chorych.

Jak wspomnialiśmy w rozdziale dotyczącym przestrzeni szpitala, do dyspozycji pielęgniarek jest mały pokój bez okna, wyposażony w niewielką liczbę szafek, aneks kuchenny, stolik i kanapę. Pielęgniarki i salowe zwracały uwagę na panującą tam niewygodę, w szczególności na niemożność wywietrzenia pokoju, w którym szybko robi się duszno i gorąco. To niewielkie pomieszczenie z ograniczonym wyposażeniem jest jedną z przyczyn konfliktów, które występują w tej grupie pracowników. Ponadto salowe przyznają się do poczucia niższości wobec personelu pielęgniarskiego. Niektórym pielęgniarkom zdarza się wygłaszać uwagi – choć bezosobowo – w sposób jednoznacznie ingerujący w godność salowych, na przykład odmawiając zjedzenia śniadania przy jednym stole. Tak opisała te sytuacje pielęgniarka oddziałowa:

Uważam, że [panie salowe – przyp. aut.] tak samo tworzą zespół, jak my. My bez nich, one bez nas. [...] Wydawać by się mogło, że ta współpraca powinna się układać zupełnie przyzwoicie, ale ja nie wiem, co się z naszym społeczeństwem dzieje, ale jak w naszym społeczeństwie, tak z koleżankami. Młodsze koleżanki są takie bardziej nieżyczliwie do pań salowych nastawione. Nie wiem, czy to wynika z tego, że panie są już po studiach, a te panie salowe są tylko po zawodówce. Część z nich, wbrew temu, co sądzą koleżanki, jest po technikach, tak że to są też wykształcone kobiety, no i nie są głupie. No ale tak się jakoś porobiło. [...] na przykład dzisiejsza sytuacja z nocy, krzyczenie młodej pielęgniarki na panią salową, wydawanie poleceń w sposób rozkazujący, nieznoszący sprzeciwu. Nakazujący. [...] Jest to trudne, bo nawet jak reaguję, to z jednej strony jestem przez pielęgniarki kopana, z drugiej przez panie salowe. [...] brzydko powiem, że ciężko się pracuje. Były czasy, kiedy się dużo, dużo lepiej pracowało. Gdzie było pań salowych mniej, pielęgniarek było mniej i byliśmy dla siebie życzliwsze.

Takie interakcje przyczyniają się do powstawania konfliktów i wzajemnej wrogości obu grup. W samej grupie pielęgniarek istnieją podgrupy, również czasami ze sobą skonfliktowane. Mimo to w obecności pacjentów pielęgniarki zachowują się wobec siebie uprzejmie, a nawet zdarza im się żartować.

Pielęgniarki w większości mówią do lekarzy *jak najbardziej na pan*, jedynie w niektórych przypadkach po imieniu, ale pielęgniarka oddziałowa pilnuje, aby takie sytuacje zdarzały się w kulisach, ponieważ, jak sama stwierdziła:

Ja nie chcę, to znaczy, jak tu jesteśmy w pokoju, to sobie możemy powiedzieć po imieniu. Jakby, ja bardzo nie lubię, jak jesteśmy w korytarzu, a na przykład koleżanki krzyczą do któregoś lekarza „Bartuś!”. Mnie to się nie podoba. Ja, owszem, tu mogę pójść do Bartusia i powiedzieć – „Bartuś, potrzebuję to i to”, ale gdy jesteśmy na korytarzu, a jeśli jeszcze są odwiedzający, broń Boże. Ja mówię do pana Bartusia „panie doktorze”, albo „doktorze Bartuś”.

Wzajemna komunikacja pomiędzy personelem lekarskim i pielęgniarskim ma charakter rzeczowy, merytoryczny. Są to głównie krótkie i konkretne komunikaty, ograniczone do najważniejszych treści z uwagi na to, że obie grupy są bardzo zajęte pracą. Naszą uwagę zwróciła niesymetryczność komunikatów pomiędzy tymi dwiema grupami. Lekarze wydają polecenia pielęgniarkom, jest to zatem komunikacja jednokierunkowa, pionowa w dół (biorąc pod uwagę hierarchię). Pielęgniarki zaś często przychodzą do pokoju lekarskiego, informując lekarzy o wydarzeniach w oddziale, ale nierzadko są ignorowane, nie otrzymują żadnej odpowiedzi. Wynikać to może z obowiązującego w oddziale oszczędnego stylu komunikacji, zgodnie z którym lekarz przyjął informację (lub nie) i nie widzi potrzeby potwierdzania tego faktu, a także z wyraźnie zaznaczonej hierarchii zawodowej.

Trochę inaczej sytuacja wygląda w oddziale laryngologii. Tu, tak jak i w innych oddziałach, zespół pielęgniarski kierowany jest przez pielęgniarkę oddziałową, której podlegają także zatrudnione w oddziale salowe. Jednak inaczej niż w pozostałych oddziałach obie grupy zawodowe mają oddzielne pokoje socjalne, dobrze wyposażone, z oknami i aneksami kuchennymi. Mimo dużych oczekiwań ze strony zespołu pielęgniarskiego, aby rozmawiać na temat podejmowanych przez pielęgniarkę oddziałową decyzji, konsultować bardziej istotne kwestie, w działaniach personelu nie widać chęci uczestniczenia w podejmowaniu takich decyzji. Pielęgniarka oddziałowa opisała jedną z takich sytuacji:

Nawet jakby pani coś chciała skonsultować z personelem [pielęgniarki mówią – przyp. aut.] – „Pani wybierze lepiej”. A później jest na przykład tekst – „No, ale nikt nas nie pytał o to”, tak? [...] Była taka sytuacja, jak miałyśmy zweryfikować naszą kartę pielęgnowania. No, bo tamta była opracowana iks lat temu, więc najlepiej, jakbyśmy zrobiły nową kartę pielęgnowania. [To jest karta – przyp. aut.] jedna na oddział, bo każdy oddział ma swoją specyficzną grupę pacjentów, specyficzne ci pacjenci mają problemy, jakby pewne są uogólnienia, ale są też pewne specyfiki. I dlatego, że my wiemy najlepiej, co przy danym pacjencie, przy danym problemie robimy, najlepiej, żebyśmy sobie to zorganizowały. I stwierdziłam sobie ja, że na przykład ja zrobię rys, tak? Że ja to zrobię, bo zawsze łatwiej jest skrytykować coś już gotowego. Ewentualnie coś dopisać, coś zrobić. Położyłam koleżankom. „Bardzo proszę się z tym zapoznać, bardzo proszę wydać opinię, proszę może nanieść jakieś poprawki”. Cisza. Po czym, nie wiem, dwa lata później panie się budzą i mówią, że to kompletnie nie jest ich. One widziałyby to zupełnie inaczej. I stwarzają sobie swoje własne problemy. I w tym momencie już się człowiek robi nieprzyjemny [i mówi: – przyp. aut.] „Ale ja przepraszam, był czas ku temu”.

Podobnie wygląda kwestia działań scalających zespół, integrujących go. I w tym przypadku można odnieść wrażenie, że aktywność personelu skupia się jedynie na oczekiwaniach wspólnego spędzania wolnego czasu. Nie pociąga za sobą jednak zaangażowania personelu, choćby w organizację spotkań proponowanych w tym celu przez oddziałową. Podobnie jak w zespole lekarskim, a także w zespołach pielęgniarskich w innych oddziałach, widać pewną prawidłowość – personel czuje się niezintegrowany, jednak gdy podejmowane są próby organizowania spotkań integracyjnych, pracownicy są bierni, a czasami nie mają ochoty na udział w nich. Nie ma także oddolnej inicjatywy ze strony zespołu, aby samemu organizować podobne spotkania. Jest to najprawdopodobniej spowodowane dużym obciążeniem pracą, nie tylko w jednym miejscu zatrudnienia, co zniechęca do poświęcania sprawom związanym z pracą większej ilości czasu, niż jest to absolutnie konieczne. Skutkiem tego personel jest mniej zintegrowany, gorzej czuje się w swoim towarzystwie, nie wypracowuje efektywnych sposobów komunikowania, ma do siebie mniejsze zaufanie, czerpie z pracy mniejszą satysfakcję. Pielęgniarka oddziałowa w oddziale laryngologii jest osobą przekonaną o zasadności i potrzebie stosowania procedur. Zwraca dużą uwagę na ich właściwe realizowanie, ponieważ jest to sposób na uniknięcie ewentualnych problemów wynikających na przykład ze skarg pacjentów. Jak sama stwierdziła:

Można powiedzieć, że procedury są przekleństwem, ale i jednocześnie można powiedzieć, że procedury są wybawianiem, uważam. Bo ja mogę powiedzieć w każdej chwili, jeżeli pani mi przyjdzie i się spyta: „A dlaczego?” – „A dlatego, że w taki sposób pracujemy. Takie mamy tutaj procedury”.

O ochronnej roli procedur będzie szerzej mowa w rozdziale dotyczącym niepewności w pracy lekarzy.

5.5. Czynniki warunkujące proces komunikacji w oddziałach szpitalnych

Jak wspomnieliśmy, czynnikiem różnicującym sposób komunikacji jest przede wszystkim miejsce w hierarchii. Można się pokusić o stwierdzenie, że stopień swobody w wypowiedzaniu się jest związany z zajmowaną pozycją w organizacji. Szpital to organizacja sformalizowana i zhierarchizowana, co wyraźnie widoczne jest w oddziałach szpitalnych. Ta oficjalna hierarchia jest przez członków personelu stale reprodukowana i można zakładać, że wpływa na proces konstruowania tożsamości i identyfikacji pracownika z zawodem, współpracownikami oraz samą organizacją. Miejsce w hierarchii jest także niejednokrotnie czynnikiem konfliktotwórczym, jak w sytuacji zacierania się granic odpowiedzialności (*blurred job boundaries*) pielęgniarki i lekarza w zakresie opieki nad pacjentem (Patton, 2014: 2) lub nieporozumień

między pielęgniarką oddziałową zajmującą kierownicze stanowisko a podległymi jej pielęgniarkami (Higazee, 2015: 4). Pozostałe wyróżnione w trakcie badania czynniki to kolejno: płeć, wiek, ubiór, sposób zorganizowania oddziału, w tym stan pacjenta i rodzaj wykonywanych zadań oraz formy współpracy.

5.5.1. Płeć i wiek

We wszystkich badanych oddziałach personel pielęgniarski stanowią głównie kobiety. W oddziale laryngologii są to tylko kobiety, natomiast w oddziałach intensywnej terapii i neurochirurgii, uznawanych przez personel pielęgniarski za bardziej prestiżowe, jako pielęgniarze pracują także mężczyźni. Ich liczba jest jednak niewielka w stosunku do liczby zatrudnionych tam kobiet – w oddziale neurochirurgicznym pracuje jedynie dwóch pielęgniarzy. Stanowiska salowych we wszystkich oddziałach zajmują kobiety. Personel lekarski w oddziale neurochirurgicznym stanowią głównie mężczyźni. Pracuje tam jedna kobieta, która jednak zajmuje się wysokospecjalizowanymi badaniami diagnostycznymi, a nie operacjami. W pozostałych oddziałach zauważyć możemy względnie równą liczebność kobiet i mężczyzn. Dwa z badanych oddziałów zarządzane są przez mężczyzn (oddział intensywnej terapii i neurochirurgii), a w oddziale laryngologicznym ordynatorem jest kobieta. Taki rozkład płci ma znaczenie w procesie komunikacji i wyraźnie wpływa na jej przebieg oraz atmosferę w pracy, co zostanie opisane w dalszej części rozdziału.

Najbardziej zróżnicowaną grupę pod względem płci i wieku stanowi personel lekarski oddziału laryngologicznego. O ile kwestie płci nie stanowią czynnika dzielącego grupę, o tyle różnice generacyjne mają znaczenie. Lekarze wolą spędzać przerwy czy toczyć rozmowy w swoich grupach wiekowych: rezydenci i młodszy specjaliści oraz lekarze starsi stażem. Pomiędzy tymi dwiema grupami istnieje pewna bariera komunikacyjna, dotycząca głównie kwestii osobistych i swobodnej wymiany opinii, co było widoczne między innymi w trakcie protestu lekarzy rezydentów. Pokój socjalny stanowi miejsce spotkań lekarzy po przeprowadzonych zabiegach, badaniach i wykonaniu innych czynności. W pokoju tym ujawnia się także wspomniana bariera komunikacyjna. Gdy w pokoju przebywają lekarze młodszy stażem, wchodzące do pokoju młode osoby dołączają do nich. Personel lekarski komunikuje się w swoich podgrupach w sposób swobodny, bezpośrednio, nie unikając tematów trudnych (takich jak np. oskarżenie lekarza przez pacjentkę o napaść), rzucając wieloma żartami, które jednak mają inny charakter niż te pojawiające się w oddziale neurochirurgicznym, o czym będzie mowa w dalszej części rozdziału. W zasadzie nie spotyka się żartów dyscyplinujących, raczej przekomarzanie się członków personelu.

Pani ordynator kieruje oddziałem w sposób scentralizowany, wykonując wiele działań samodzielnie, wydając polecenia członkom personelu. Skutkiem tego

personel, w szczególności niektórzy starsi jego członkowie, miewają poczucie odsunięcia i niedoceny. Młodszy lekarze otrzymują polecenia służbowe także poza godzinami pracy czy w trakcie urlopu, co spotyka się z negatywną oceną i jest postrzegane jako nadmierna kontrola pracowników. Mimo to w zespole lekarskim panuje dobra, koleżeńska atmosfera, co prawdopodobnie wynika z charakteru pracy w oddziale.

5.5.2. Ubiór

Poza komunikacją werbalną, która, jak wykazał Albert Mehrabian (1972), stanowi tylko niewielki procent wszystkich informacji uzyskiwanych w rozmowie, uwzględniliśmy także komunikację niewerbalną – stanowiącą ponad 90% komunikatu³. W zakresie komunikacji niewerbalnej pracowników szpitala istotnym elementem jest ubiór, który – oprócz walorów czysto użytkowych – pełni kilka ról. Podlegając pewnemu rodzajowi uniformizacji, strój służbowy identyfikuje miejsce w hierarchii członków personelu. W komunikacji wewnątrz organizacji symbolizuje przynależność do danej grupy zawodowej, choć obecnie jest to w znacznym stopniu ograniczone ze względu na dowolność kolorystyki i kroju noszonych przez personel medyczny strojów. Jeszcze dwadzieścia lat temu przebywając na terenie szpitala, można było z łatwością odróżnić lekarza od pielęgniarki. Lekarz nosił zwykle biały strój i często nieodłączny symbol – stetoskop na szyi. Pielęgniarka zazwyczaj miała na głowie czepkę określającą jej status, wyrażony liczbą umieszczonych na nim pasków. Do określonych grup lekarzy lub do oddziałów szpitalnych przypisany był kolor ubioru, na przykład chirurdzy zwykle nosili stroje w kolorze zielonym. Obecnie w jednym oddziale możemy spotkać lekarzy w strojach o różnych kolorach. Stroje lekarzy i pielęgniarek są podobne, co niejednokrotnie uniemożliwia właściwą identyfikację osoby jako pracownika przynależnego do danej grupy zawodowej. Widząc osobę ubraną w dany uniform, przypisujemy jej określone cechy i rozpoznajemy ją jako członka danej grupy zawodowej.

W każdym z badanych oddziałów praktyki związane z ubieraniem się były znacznie zróżnicowane. W oddziale intensywnej terapii, gdzie panuje reżim higieniczny, wszyscy członkowie personelu przed wejściem na jego teren przebierali się w jednakowe stroje. Takie wizualne ujednolicenie powodowało, że osobom z zewnątrz (np. rodzinom pacjentów, ale i nam) trudno było rozróżnić role zawodowe personelu. Być może także dlatego w tym oddziale stwierdziłyśmy najmniejszy dystans komunikacyjny pomiędzy przedstawicielami różnych kategorii personelu.

W oddziale neurochirurgicznym członkowie różnych grup personelu noszą odmiennie stroje i osoba z zewnątrz jest w stanie odróżnić pielęgniarkę od lekarza czy

3 Z tonu głosu otrzymujemy około 38% informacji, a 55% – z gestów, mimiki, spojrzenia, sposobu chodzenia, sposobu siedzenia, ubioru, kształtowania przestrzeni itp. (Thiel, 1992: 8).

salowych. Każdy pracownik nosi także identyfikator z nazwiskiem i informacją o zajmowanym stanowisku. W oddziale nie występuje reżim higieniczny i choć personel samodzielnie wybiera strój służbowy, to jego dobór zgodny jest z obowiązującą w oddziale nieformalną regułą lub normami wyznaczanymi przez silnie zaznaczającą się w oddziale hierarchię. Umożliwia to łatwiejszą identyfikację przynależności personelu do danej kategorii zawodowej.

Personel lekarski i pielęgniarski oddziału laryngologicznego, podobnie jak w oddziale neurochirurgicznym, nosi zróżnicowane stroje, stąd osobom niepracującym w oddziale łatwo jest odróżnić przedstawicieli poszczególnych kategorii zawodowych. Kwestia stroju jest zresztą ważnym elementem tożsamości personelu lekarskiego, w szczególności damskiej jego części. W oddziale laryngologicznym, w przeciwieństwie do oddziału neurochirurgicznego, występuje względna równowaga liczebności lekarzy płci męskiej i żeńskiej, co może powodować dbanie o szczegóły stroju i chęć wyraźnego odróżniania się od personelu pielęgniarskiego, w całości damskiego. W szczególności młode lekarki wkładają dużo wysiłku w taki dobór i sposób noszenia strojów, aby nie być przez pacjentów i ich rodziny myłymi z pielęgniarkami.

We wszystkich oddziałach trudność stanowić może odróżnienie personelu pielęgniarskiego od salowych, gdyż obie grupy noszą podobne stroje.

5.6. Sposób zorganizowania oddziału a procesy komunikowania

Badane oddziały znacznie różnią się co do specyfiki warunków pracy. Wynika to ze sposobu zorganizowania oddziału warunkowanego sposobem wykonywania zadań, współpracą i współdziałaniem personelu oraz stanem zdrowia pacjentów (pacjent przytomny i chodzący vs. pacjent nieprzytomny, wymagający nieustającej opieki).

W oddziale intensywnej terapii personel pracuje w znacznym rozproszeniu, wykonując różnorodne zadania w różnych oddziałach i w różnych miejscach (oddział własny, inny oddział, sala zabiegowa, sala operacyjna, poradnia). Skutkuje to stosunkowo mniejszą integracją w ramach każdej z grup zawodowych, a większą pomiędzy przedstawicielami różnych grup (np. w stosunku do relacji panujących w oddziale neurochirurgii).

Kwestią, która zbliża członków personelu oddziału intensywnej terapii, są trudne przeżycia związane z opieką nad pacjentem. Z racji specyfiki pracy w oddziale dochodzi do sytuacji nagłych – takich jak zagrożenie życia pacjentów czy po prostu ich śmierć – a jednocześnie bardzo emocjonujących zarówno dla lekarzy, jak

i pielęgniarek. Taki rodzaj zadań wymaga od poszczególnych członków personelu sprawnej współpracy i wzajemnego zaufania. Pielęgniarka oddziałowa opisała te sytuacje następująco:

W sytuacjach takich bardzo trudnych, dramatycznych, na przykład przy pracy, ratowaniu życia u pacjenta na przykład z urazem wielonarządowym, kiedy właściwie taka umiejętność pracy, wydawania poleceń, wykonywania ich bez dyskusji, w niektórych sytuacjach... Mało tego, i pozytywne zakończenie takiego, bardzo jednoczy ludzi. To powoduje, że ludziom się lepiej pracuje, bo sukcesy nas uskrzydla. Jeśli pielęgniarka, lekarz, ratownik razem wypracowali zdrowie albo życie tego pacjenta, to nie może być nic cenniejszego, jak taka przyjaźń.

Codzienna bliska współpraca, wymagająca także szybkiej wymiany informacji, zaowocowała tym, że przedstawiciele personelu porozumiewają się za pomocą spojrzeń, gestów lub specyficznego socjolektu, na przykład: *jedynka, połówka, ósemka, rurka*.

Specyfika pracy w oddziale intensywnej terapii widoczna jest również podczas zabiegów wykonywanych przez członków personelu. Komunikacja podczas tych zabiegów charakteryzuje się ciągłym używaniem form grzecznościowych (proszę, poproszę, dziękuję), częstym potwierdzaniem i parafrazowaniem, informowaniem o dalszych krokach i czynnościach podejmowanych wobec pacjenta, dopytywaniem i precyzowaniem poleceń oraz podawaniem alternatywnych sposobów realizacji zadania (*Poproszę o waciki małe, a jak nie ma, to będziemy ciąć*). W komunikacji widoczne jest przekazywanie jedynie informacji merytorycznych, ograniczonych do swojego fragmentu zadania i brak dopytywania o rzeczy, które danej osoby nie dotyczą. Po zakończeniu zabiegu pojawia się jasny komunikat informujący o zakończeniu czynności. Osoba zajmująca najwyższe miejsce w hierarchii najczęściej dziękuje wszystkim za zaangażowanie i uczestnictwo w zabiegu, potwierdzając dobre wykonanie zadań. Są to elementy sprzyjające efektywnej komunikacji, realizacji zadania i redukcji negatywnych emocji podczas zabiegu, takich jak stres czy niepewność.

Normy dotyczące sposobu komunikowania się przy pacjencie uzależnione są od jego stanu. Pacjenci nieprzytomni wymagają całościowej opieki, przy której konieczna jest współpraca kilku osób, na przykład przy przekładaniu, przewijaniu czy wykonywaniu procedur medycznych. Bez współpracy wykonanie niektórych czynności nie byłoby możliwe. Stan pacjenta niejako wymusza komunikowanie się personelu i wzajemną pomoc. W takich sytuacjach działaniami kieruje pielęgniarka, do której pacjent jest przypisany. Stwierdzenie: *To mój pacjent* jest argumentem, który kończy dyskusję na temat alternatywnych sposobów realizacji jakiejś procedury lub rezygnacji z niej. Jeśli wśród personelu obecnego przy pacjencie znajduje się też lekarz, wtedy to on/ona przejmuje kontrolę nad chorym.

Jeśli pacjent jest nieprzytomny, personel zwraca się do niego, gdy podejmuje wobec niego jakieś działania. W pozostałym czasie milczy lub prowadzi rozmowy dotyczące codziennych spraw (np. menu w kafeterii). Personel wykonuje na pacjencie pewne czynności, ale sam zachowuje się, jakby pacjent był nieobecny:

żartuje, rozmawia o sprawach prywatnych. Występuje tu stała, ciągła współpraca przy pacjencie pomiędzy różnymi kategoriami personelu. Formy adresatywne są bezpośrednie, a pracownicy w większości zwracają się do siebie po imieniu. Natomiast przy pacjencie przytomnym nie wypowiada się treści zakulisowych, na przykład: *Nie pomogę ci, bo jestem zmęczona*, nie żartuje się, unika się tematów prywatnych. Dominuje komunikacja pomiędzy pielęgniarką czy lekarzem a pacjentem.

Oddział neurochirurgii jest oddziałem dość ciężkim, gdzie mamy dość dużo tych pacjentów leżących, wymagających praktycznie całkowitej opieki, uzależnionych od osób drugich, jak określiła go pielęgniarka oddziałowa. Jednocześnie duża część pacjentów jest przytomna i w pewnym stopniu samodzielna. Ten element kontekstu odróżnia neurochirurgię od intensywnej terapii. W oddziale neurochirurgii praca nie wymaga ścisłej współpracy personelu różnych kategorii. Lekarze i pielęgniarki, z wyjątkiem operacji i stanów nagłych, nie pracują wspólnie przy pacjencie. Ma to wpływ na sposób komunikowania się pomiędzy różnymi grupami personelu, a także w ramach każdej z nich. W oddziale występuje wyraźna hierarchia i dystans pomiędzy grupami zawodowymi. Oddział neurochirurgii różni się tym od oddziału intensywnej terapii, gdzie praca nad pacjentem, wymagająca dużo większej współpracy pomiędzy personelem różnych zawodów, powoduje sięganie po bardziej bezpośrednie formy adresatywne, żarty, swobodniejsze relacje.

Opisując częstotliwość kontaktów pomiędzy poszczególnymi grupami pracownikami, należy stwierdzić, że najrzadziej pracownicy komunikują się bezpośrednio z dyrekcją szpitala. Jest to uzasadnione, gdyż pracownik komunikuje się z przełożonym najwyższym umiejscowionym w hierarchii tylko i wyłącznie w sytuacjach trudnych, po wyczerpaniu ścieżki odwoławczej od decyzji bezpośredniego przełożonego lub gdy zostaje przez dyrektora zaproszony na rozmowę. Naturalne jest, że personel komunikuje się z pracownikami oddziału, na którym pracuje. Wielokrotnie w ciągu dnia pielęgniarki komunikują się z pielęgniarkami i lekarzami, a lekarze z lekarzami i pielęgniarkami. Na uwagę zasługuje fakt, że pracownicy oddziału intensywnej terapii częściej niż pozostali komunikują się z osobami zajmującymi się obsługą sprzętu medycznego (technikami). Jest to spowodowane głównie dużą ilością specjalistycznego sprzętu medycznego wykorzystywanego w tym oddziale oraz faktem, że niejednokrotnie sprzęt ten służy podtrzymywaniu życia pacjenta lub zastępuje nieprawidłowo funkcjonujący organ. Co ważne, pracownicy raczej nie spotykają się ze sobą na gruncie prywatnym. Jeżeli to robią, to raczej w obrębie własnej grupy zawodowej i własnego oddziału. Największa częstotliwość kontaktów przenoszonych na grunt pozazawodowy zauważalna jest wśród pracowników oddziału intensywnej terapii.

W badanych oddziałach nie ma w zasadzie zwyczaju świętowania imienin, urodzin, świąt czy innych ważnych wydarzeń z życia współpracowników (awanusu, zdania egzaminów specjalizacyjnych itp.). Poza codziennymi odprawami i obchodami nie ma też zwyczaju organizowania okresowych spotkań przełożonych

z pracownikami mających na celu bieżącą wymianę aktualnych informacji i przekazanie ogólnych wiadomości dotyczących pracy oddziału. Jeżeli takie spotkania są organizowane, to rzadziej niż raz w miesiącu. Głównym celem działalności pracowników szpitala jest praca rozumiana jako wykonywanie obowiązków służbowych związanych z leczeniem pacjentów i opieką nad nimi. Zbyt częste świętowanie wydarzeń i organizowanie dodatkowych spotkań może zdecydowanie utrudniać sprawną organizację i efektywną pracę. W tym kontekście rolę odgrywa także specyfika pracy w szpitalu: często zdarza się, że osoby pracujące w jednym oddziale nie spotykają się przez cały miesiąc, jeżeli tak są skonstruowane grafiki pracy. W rozmowach pojawiały się informacje o braku spotkań integracyjnych. Być może przyczyny tej sytuacji należy szukać w sposobie zarządzania oddziałami. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy może być także wieloetatowość. Większość personelu medycznego (lekarze i pielęgniarki) pracuje w kilku miejscach, co powoduje redukowanie działań w danym miejscu pracy do koniecznego minimum, a to znacznie ogranicza proces integracji. Energię wydatkowaną na pracę w jednym miejscu należy minimalizować, by można było funkcjonować w drugim lub kolejnym miejscu pracy. Takie działanie niestety niekorzystnie wpływa nie tylko na stosunek personelu medycznego do pacjentów, ale przede wszystkim na relacje między samymi pracownikami. Redukuje proces komunikacji do niezbędnego minimum, wpływając tym samym na jakość i efektywność pracy. Pomimo braku spotkań i pogłębionych relacji służbowych pracownicy w większości mogą liczyć na pomoc kolegów w trudnych sytuacjach występujących podczas dnia pracy.

5.7. Żarty jako specyficzny element komunikacji

Żarty są elementem procesu komunikowania, który był szczególnie zauważalny w oddziale neurochirurgii, w innych oddziałach pojawiały się one w dużo mniejszym stopniu. Ta, trochę zaskakująca, odmienność skłoniła nas do bliższego przyjrzenia się temu aspektowi komunikacji. Z perspektywy osób pracujących w innych oddziałach szpitala żarty personelu lekarskiego są niejako wizytówką oddziału neurochirurgii. Przede wszystkim jednak pełnią one ważną rolę normalizującą poziom napięcia w pracy. Pozwalają personelowi na zdystansowanie się od niełatwych przeżyć i stresu związanego z decydowaniem o ludzkim życiu, podejmowania krańcowo trudnych decyzji, wyczerpujących zarówno psychicznie, jak i fizycznie operacji.

W wyniku analizy żarty podzieliłyśmy na dwa rodzaje: zewnętrzne oraz wewnątrzgrupowe. Żarty wewnątrzgrupowe skierowane są do członków grupy i mają na celu reprodukcję porządku grupowego, to jest zasad hierarchii wewnętrznej, kultury organizacyjnej, kontroli społecznej, norm formalnych i nieformalnych.

Świadczą one także o dosyć wypłaszczonej hierarchii nieformalnej. Kierownik oddziału neurochirurgii opowiedział o sytuacji, w której z powodów biurokratyczno-organizacyjnych nie obejmował stanowiska zastępcy kierownika, ale zastępcy lekarza-kierownika oddziału:

Ponieważ my tu mamy dosyć kumplowskie, jakby to powiedzieć, relacje, to jak siedziałem w pokoju lekarskim, przychodziła jakaś baba i mówiła: „Czy jest jakiś lekarz”, to tam XY mówił: „Nie ma lekarza” – „A to może jakiś zastępca?” – „Aaa, zastępca lekarza to jest!”.

Powyższy żart świadczy o swobodnych relacjach pomiędzy lekarzami pracującymi w oddziale, a użyte w nim słownictwo oddaje w pewnym stopniu stosunek personelu do rodzin pacjentów. Choć może się wydawać, że lekarze są wobec nich niegrzeczni, to jednak tak nie jest. Lekarze są przeciążeni pracą i część kontaktów z rodziną pacjenta czy też częste udzielanie informacji bliskim chorego traktują jako sprawę drugorzędną, zabierającą im cenny czas.

Żarty pełniące rolę sankcji kontroli społecznej, jaką jest ośmieszenie w łagodnej formie, dają zazwyczaj możliwość zachowania twarzy partnerowi interakcji. Podczas jednej z wizyt badawczych w oddziale byliśmy świadkami rozmowy dwóch lekarzy: jednego o dłuższym stażu, drugiego – młodszego. Spierali się na temat konieczności przeprowadzenia operacji u pewnej pacjentki. Starszy lekarz był przeciwny wykonywaniu operacji, gdyż twierdził, że pacjentka wyzdrowieje bez niej. Na zakończenie dyskusji zastosował żart ośmieszający młodszego kolegę, mówiąc: *Jak byłem mały, to też wszystko chciałem operować.*

Warto zaznaczyć, że nawet łagodne ośmieszanie może stać się barierą komunikacyjną, a często stosowane może powodować wycofywanie się z interakcji, a tym samym ograniczać możliwość dopytania, czy skutkować brakiem uszczegółowienia dostarczanych informacji. W dłuższej perspektywie czasowej będzie prowadzić do spłylenia procesu komunikacji lub jego ograniczania, co może zmniejszyć efektywność pracy i zwiększyć stres pracownika.

Żarty zewnętrzne mają za zadanie głównie odróżnić grupę od innych. Mają podkreślać dychotomię „my – oni” (pacjenci, pielęgniarki, lekarze innych oddziałów, szpitali, specjalności). Są one dosadne, podkreślają zależność pacjenta od lekarza, nieświadomość i stan psychiczny pacjenta, pielęgnują poczucie elitarności grupowej. Przykładowy żart tego typu dotyczył odróżnienia lekarzy innej specjalności i został opowiedziany przez lekarzy oddziału neurochirurgii podczas naszego pobytu w oddziale. Miał on na celu wyraźne zaakcentowanie różnic intelektualnych pomiędzy obiema grupami: *Jaki jest szczyt koncentracji u ortopedy? Żucie gumy i jazda windą w tym samym czasie.* Lub, w sytuacji omawiania przypadku konkretnego pacjenta: *Zadzwoń na oddział psychiatryczny. Może na coś się przydadzą. Niech ich gruntowna wiedza znajdzie zastosowanie* [zespół reaguje śmiechem – przyp. aut.].

Żarty podtrzymują więzi, utrzymują status quo, reprodukują porządek społeczny i hierarchię w grupie (w szczególności w odniesieniu do pozycji ordynatora), pokazują zażyłość pomiędzy członkami grupy, wskazując na jej jedność. Pełnią

funkcję selekcyjną w procesie rekrutacji. Proces ten na potrzeby badań nazwałyśmy „testowaniem nowicjusza”. Tylko osoba pozytywnie zdająca test może zostać zaakceptowana przez pozostałych lekarzy i dopuszczona do nieformalnych kanałów informacji. Zaznaczyć tu należy, że my także byłyśmy testowane żartami przed rozpoczęciem badań w oddziale. Kierownik oddziału opowiedział nam, oraz towarzyszącej nam wówczas oddziałowej pani psycholog, dosyć seksistowski żart. Jak wspominałyśmy, tego rodzaju żarty są wizytówką oddziału neurochirurgii, ale też nie wszyscy pracownicy (przede wszystkim kobiety) je lubią. Na dowcip zareagowałyśmy pozytywnie, roześmiałyśmy się, nie oburzyłyśmy się czy nie dałyśmy po sobie poznać, że oceniamy go negatywnie. Prawdopodobnie w ten sposób „zdałyśmy test” w oczach kierownika oddziału – nasza reakcja przyczyniła się do tego, że udało nam się przeprowadzić rozmowy i wywiady z lekarzami oraz obserwować ich pracę.

Żarty mogą być także formą krytyki, która pozwala na zachowanie twarzy poprzez równie trafną odpowiedź. Oznacza to, że w kulturze organizacyjnej oddziału neurochirurgii partnersko może być traktowana tylko osoba inteligentna, umiejąca dystansować się od żartów na swój temat. Żarty są rodzajem maski chroniącej przed obnażeniem własnego „ja”. Zabezpieczają przed okazaniem słabości oraz są sposobem odreagowania trudnych, negatywnych emocji. Generalnie żarty te nie wydawały się dyktowane złymi intencjami, stanowiły raczej psychologiczny, ale i społeczny mechanizm radzenia sobie w emocjonalnie wymagającym środowisku pracy. Nie znaczy to jednak, że zawsze były akceptowane.

Rodzajem cichego buntu wobec silnej męskiej kultury organizacyjnej panującej w oddziale neurochirurgii może być niereagowanie na żarty, przemilczanie ich lub przechodzenie do dalszej rozmowy. Takie reakcje zdarzały się zatrudnionym w oddziale kobietom, gdy opowiadane były żarty o podtekście seksistowskim.

Tak charakterystyczne dla oddziału neurochirurgii żarty są obecne także w sposobach komunikowania się personelu pielęgniarstwa. W tej grupie żarty pozwalają w lekki, nieingerujący sposób zwrócić uwagę drugiej osobie i pełnią kilka ról:

- lekkiej sankcji – *psujka jesteś...*;
- strofowania – *ukradłaś mi długopis...* (wypowiedziane z lekkim uśmiechem);
- budowania relacji – *matko karmiąca...* (słowa wypowiedziane do kobiety rozdającej posiłki).

Żarty te mają jednak inny wydźwięk, są dużo bardziej subtelne, głównie odgrywają rolę żartów wewnątrzgrupowych o charakterze lekkich sankcji oraz pomagają w rozluźnianiu atmosfery pracy.

5.8. Personel lekarski a nadmiar informacji

Personel lekarski to kategoria pracowników doświadczająca znacznego nadmiaru, a wręcz natłoku, informacji. Mogą być to: 1) informacje merytoryczne: dotyczące leczenia danego pacjenta lub teoretycznej wiedzy medycznej; 2) informacje prawne; 3) informacje organizacyjne: dotyczące dyżurów, rozmaitych decyzji podejmowanych na różnych szczeblach struktury organizacyjnej szpitala, spotkań naukowych itd. oraz 4) informacje towarzyskie, w tym pogawędki, żarty, plotki. Wszystko to powoduje, że personel musi stosować swoiste filtry informacyjne pozwalające w szybki i łatwy sposób oddzielić informacje potrzebne w danej chwili od informacji zbędnych. Jak w każdym procesie komunikacji, i tutaj istnieje ryzyko pominięcia przez odbiorcę komunikatu ważnych informacji.

Wymienione wcześniej uwarunkowania komunikacji przyczyniają się do odczuwania przez lekarzy stresu i frustracji, utrudniających skupienie się na zadaniach. Głównym problemem komunikacyjnym jest nadmiar informacji i brak skutecznych strategii radzenia sobie z nim. Personel lekarski badanych oddziałów jest przyzwyczajony do szybkich i częstych zmian kontekstów komunikacji (prywatny, służbowy, z przedstawicielem personelu, z pacjentem itp.) oraz zmian tematów (omawianie „na żywo” przypadku jednego pacjenta, następnie nagła zmiana tematu, gdy dzwoni telefon i rozmowa dotyczy innego chorego). Zjawisko to było szczególnie widoczne w oddziale neurochirurgii. Istotnym elementem zarządzania informacją i jej nadmiarem jest redukcja niepotrzebnych informacji, by te błędne lub nieaktualne nie kumulowały się. Taki nadmiar prowadzi do przeciążenia, a w konsekwencji potęguje stres. Personel lekarski wypracował wprawdzie pewne sposoby radzenia sobie z nadmiarem informacji, nie są one jednak wystarczające. Lekarze badanych oddziałów wspominali, że stosują strategie redukcji ilości informacji takie jak:

- unikanie napływu kolejnych informacji (np. unikanie rozmów z chorymi, gdy nie jest to konieczne);
- gradacja ważności informacji;
- pamiętanie ścieżki dostępu do informacji zamiast samej informacji (np. *w tym rejonie na biurku*);
- delegowanie zadań (prywatnych i służbowych) na inne osoby;
- umiejętność odseparowania się od świata zewnętrznego i napływających z niego danych;
- stworzenie węzła, centrum informacyjnego, punktu, w którym informacje są przechowywane i przekazywane (taką rolę najczęściej odgrywa sekretariat).

Nie wszystkie stosowane strategie redukcji nadmiaru informacji są skuteczne. Nie chronią one przed szumem informacyjnym oraz nie gwarantują precyzyjnego odróżnienia informacji ważnych od tych mniej istotnych. Lekarze zdają sobie jednak sprawę z nadmiaru informacji i podejmują dalsze działania zmierzające do jego redukcji, choć, jak wspomnieliśmy, nie zawsze są one wystarczające. Do

podstawowych narzędzi zaliczyć należy chociażby stworzenie punktu przechowywania informacji, centralnego węzła informacyjnego (czyli sekretariatu) oraz korzystanie z tablic suchościeralnych i innych, na których umieszczane są ważne informacje bieżące, a usuwane te mniej ważne lub nieaktualne.

5.9. Podsumowanie

Personel medyczny wszystkich oddziałów i szczebli pracuje w warunkach dużego obciążenia emocjonalnego, przede wszystkim emocjami negatywnymi i stresem, co zdecydowanie wpływa na ich satysfakcję z pracy. Być może jednym ze sposobów zrównoważenia tych negatywnych odczuć byłoby większe zwrócenie uwagi na walor integracyjny zebrzań, organizowanie wspólnych spotkań wigilijnych czy wielkanocnych, aby pracownicy lepiej poznali się jako koledzy, a nie tylko jako współpracownicy. Jak wskazują klasyczne już badania Eltona Mayo (2003), relacje społeczne są kluczowym elementem wspomagającym efektywność pracy i dobre wykonywanie wspólnych zadań.

Uogólniając: w każdym z opisywanych oddziałów proces komunikowania przebiega nieco inaczej. Udało nam się jednak wyróżnić kilka elementów mających znaczny wpływ na przebieg samej komunikacji i mogących wspomagać ten proces.

Z naszych badań wynika, że najlepsza atmosfera pracy panuje tam, gdzie wymaga się silnej, efektywnej współpracy pomiędzy personelem medycznym w celu prawidłowego przebiegu procesu zdrowienia chorego. Im cięższy stan pacjenta, tym większe – wspólne – wysiłki podejmuje personel w celu optymalizacji wykonywania zadań. Komunikacja ma wtedy charakter otwarty, instrumentalny, merytoryczny, ale nie zostaje pozbawiona elementów afektywnych. Być może konieczność polegania na sobie i na wiedzy każdego członka personelu podczas wspólnej opieki nad pacjentem jest tym, co także pozwala docenić merytoryczny wkład i społeczną wartość pracownika jako części zespołu bez względu na płeć, wiek czy inne aspekty.

Najczęstszą przyczyną konfliktów w badanych oddziałach są warunki pracy. Jednogłośnie wskazują na nie pracownicy wszystkich oddziałów i wszystkich grup zawodowych. Wśród czynników powodujących nieporozumienia rozmówcy wymieniają także sposób traktowania pracowników przez przełożonych oraz grafik pracy (dyżurów). Na nieodpowiedni sposób traktowania przez przełożonego wskazują głównie młodzi lekarze – rezydenci, którzy nie zawsze dopuszczani są do wykonywania zadań uznawanych za prestiżowe, jak na przykład operacje i zabiegi, oraz pielęgniarki, które mówią o gorszym traktowaniu ich przez niektórych lekarzy. Taki stan rzeczy potwierdzają także salowe, które jako osoby znajdujące się najniżej w szpitalnej hierarchii odczuwają pogardę i okazywaną im wyższość

ze strony zarówno niektórych lekarzy, jak i części pielęgniarek. Należy przy tym zaznaczyć, że salowe bardziej akceptują niestosowne zachowanie lekarzy niż podobne zachowanie ze strony pielęgniarek.

Jeśli personel oddziału żartuje między sobą, wówczas można sądzić, że relacje pomiędzy jego członkami są dobre. Drobne konflikty rozładowuje się właśnie poprzez przekomarzanie się, dzięki czemu w pracy nie narasta nieprzyjemna atmosfera. Żarty pozwalają ponadto na rozładowanie stresu i negatywnych emocji związanych z wykonywanymi obowiązkami, trudnymi warunkami pracy czy zmęčeniem. Tak jak w innych organizacjach, są wentylem bezpieczeństwa w relacjach międzyludzkich, tyle że treść tych żartów powiązana jest z tym, czego na co dzień doświadcza personel w oddziałach szpitala.

Sposoby komunikowania się w danej grupie, w tym przypadku pracowniczej, są zależne od rodzaju pracy, kultury organizacyjnej oraz stylu kierowania realizowanego w danej organizacji. Należy jednak zwrócić uwagę, że niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym na sposoby komunikowania się personelu medycznego jest obiektywny kontekst polskiego systemu ochrony zdrowia. Oprócz wspomnianych już warunków pracy (przeciążenie pracą, niedostatek zasobów, brak czasu, nadmierna biurokracja, konieczność łączenia pracy w kilku miejscach) istotne jest także zmieniające się w ostatnich latach nastawienie pacjentów do personelu medycznego. Wszyscy pracownicy szpitala, z którymi prowadziłyśmy wywiady lub rozmowy, stwierdzali zgodnie, że pacjenci i ich rodziny stają się coraz bardziej *roszczeniowi* (kod *in vivo*), oczekują, że ich przypadek będzie traktowany priorytetowo, wymagają od personelu znacznie więcej, niż ten z uwagi na warunki pracy może im zaoferować. Wiele smutnych konstatacji, które pojawiały się w wypowiedziach personelu, odnosiło się także do rosnącej liczby pozwów sądowych dotyczących nie tylko błędów w leczeniu pacjentów, ale i traktowania pacjenta przez lekarza podczas wizyty. Zdarzały się także wulgarne groźby wypowiedziane publicznie przez rodziny pacjentów. To wszystko sprawia, że personel medyczny ma poczucie niezrozumienia, co dodatkowo zmniejsza satysfakcję z pracy. Może to mieć jednak, paradoksalnie, pozytywny wpływ na poczucie wewnętrznej spójności w grupie i zawodowej solidarności.

Rozdział 6

Niepewność w pracy lekarzy

6.1. Wstęp

Jak pisze David Eddy (1984, cyt. za: Han i in., 2011: 828), „niepewność wkrada się w praktykę medyczną przez wszystkie pory skóry”. Everett Hughes (1951: 321) twierdzi z kolei, że „w medycynie kryteria sukcesu i porażki często nie są jasne”. Oba te stwierdzenia zapowiadają tematykę niniejszego rozdziału – niepewność, która jest stałym uwarunkowaniem pracy lekarzy i innych przedstawicieli personelu medycznego. Wiele publikacji opisujących zagadnienie niepewności (*uncertainty*) rozpoczyna się stwierdzeniem, że jest ona immanentną cechą medycyny. Przejawia się na rozmaite sposoby i dotyka wielu sfer pracy lekarzy. Jednocześnie, wraz z rozwojem nauki i technologii medycznej, pacjenci oczekują zmniejszenia niepewności w podejmowaniu decyzji medycznych. Tymczasem personel medyczny, w tym konkretne zespoły pracujące przy operacjach czy podejmujące innego rodzaju decyzje, konstruuje różne strategie radzenia sobie z niepewnością. Poniżej przedstawiamy nie tylko samo zjawisko niepewności, ale i jego warunki przyczynowe, kontekst społeczno-organizacyjny oraz konstruowane przez personel medyczny sposoby radzenia sobie z nią.

W rozdziale tym przedstawiłyśmy głównie zjawiska dotyczące dwóch oddziałów: neurochirurgii i intensywnej terapii. W trzecim z badanych oddziałów – laryngologii – z uwagi na charakter leczonych tam chorób i wykonywanych zabiegów znacznie mniej było, na przykład, pacjentów w stanach krytycznych. O takiej specyfice tego oddziału mówił także jego personel. Mniejszy był przez to strach dotyczący ewentualnych pozwów sądowych, choć takie też się zdarzały. Obawy te nie dotyczyły jednak tak poważnych oskarżeń, jak spowodowanie śmierci pacjenta czy trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale na przykład niewłaściwego potraktowania pacjenta podczas wizyty w poradni. Dlatego też w oddziale laryngologicznym nie występowały tak rozwinięte strategie radzenia sobie z niepewnością.

6.2. Koncepcje niepewności w pracy medycznej

W dostępnej literaturze z zakresu socjologii medycyny czy też socjologii zawodu, a także subdyscyplin pokrewnych niepewność jest traktowana jako zjawisko istniejące obiektywnie (zob. np. Gerrity, DeVellis, Earp, 1990; Beresford, 1991; Geller i in., 1993; Kim, Lee, 2018).

Jednak z perspektywy przyjętej przez nas koncepcji konstruktywizmu społecznego niepewność traktować należy raczej jako konstrukt społeczny stale wytwarzany podczas interakcji przez poszczególne jednostki, między innymi personel medyczny, pacjentów i ich rodziny. Niepewność nie istnieje w medycynie w sposób obiektywny, choć jest nieodłącznym elementem systemu pracy medycznej. Stanowi raczej produkt społecznych interpretacji nauk medycznych. Jako zjawisko społeczne ma swoje przyczyny, konsekwencje, istnieją także społecznie konstruowane strategie radzenia sobie z nią. Niepewność nie ogranicza się do jednego zjawiska, przejawia się w różny sposób, a także dotyczy różnorodnych sfer praktykowania medycyny, między innymi technologicznej, organizacyjnej, interakcyjnej.

W badaniach nad niepewnością autorzy skupiają się głównie na konsekwencjach niepewności. Kangmoon Kim i Young-Mee Lee (2018: 181, 183) prezentują argumenty na poparcie tezy o związku pomiędzy niepewnością a stresem, wypaleniem, lękiem i satysfakcją z pracy. Twierdzą również, że tolerancja niepewności powinna być jedną z kwalifikacji wymaganych do przyjęcia na studia medyczne. Z kolei Gail Geller i współautorzy (1993) oraz Martha S. Gerrity, Robert DeVellis i Jo Anne L. Earp (1990) przeprowadzili badania, których wyniki pokazują, że tolerancja niepewności zależy od cech społecznych, takich jak specjalizacja medyczna, wiek ukończenia szkoły medycznej, liczba lat praktyki lub płeć. Dowodzi to, że niepewność nie istnieje obiektywnie, ale jej postrzeganie, doświadczanie i radzenie sobie z nią mają charakter społeczny. Gerrity, DeVellis i Earp twierdzą, że chirurdzy mają niższą tolerancję niepewności (1990). Jest to zapewne spowodowane koniecznością podejmowania szybkich, często nieodwracalnych decyzji.

Eric B. Beresford (1991) opisał trzy źródła niepewności medycznej. Pierwsze ma charakter techniczny i wynika z nieodpowiednich lub niekompletnych danych naukowych, wywodzących się głównie z danych medycznych. Drugie źródło – niepewność osobista – powstaje w relacjach między lekarzem a pacjentem. Ostatni rodzaj niepewności, niepewność pojęciowa, jest spowodowany trudnościami pojawiającymi się podczas stosowania danych w rzeczywistych sytuacjach (np. podczas korzystania z wyników badań przy ustalaniu diagnozy). Przykład badań Beresforda wskazuje, że niepewność jest efektem interpretacji danych medycznych. Wynika ona także z konieczności stosowania pewnych teoretycznych wskazań w konkretnych sytuacjach, co także jest rodzajem interpretacji.

Inną klasyfikację proponuje Paul K.J. Han i współautorzy (2011). Wskazują oni na dwa poziomy zjawiska. Pierwszy dotyczy źródeł niepewności, którymi są

prawdopodobieństwo, niejednoznaczność i złożoność. Prawdopodobieństwo odnosi się do nieokreśloności przyszłego wyniku. Niejednoznaczność związana jest z brakiem informacji dotyczących przyszłych korzyści. Złożoność wynika z wielości czynników przyczynowych i wskazówek interpretacyjnych (Han i in., 2011: 838). Drugi poziom niepewności dotyczy zagadnień, które obejmują kwestie naukowe (*data-centered*), praktyczne, czyli skoncentrowane na systemie (*system-centered*), i osobiste, skoncentrowane na pacjencie (*patient-centered*). Jest to podział, który zdaje się odzwierciedlać kategorie wyłonione w trakcie naszych badań. Jednak badacze ci, mimo że uznają subiektywną naturę niepewności, nie ukazują jej procesualnego i społecznie skonstruowanego charakteru (m.in. Han i in., 2011: 835). Aby uzupełnić tę perspektywę, w dalszej części rozdziału przedstawimy kontekst, a także warunki przyczynowe powstawania niepewności.

6.3. Przyczyny pracy w warunkach niepewności

Jak wspomnieliśmy wyżej, rozdział ten w większej mierze odnosić się będzie do oddziałów intensywnej terapii i neurochirurgii niż oddziału laryngologii, choć opisane poniżej zjawiska także, ale w mniejszym stopniu, dotyczą pracujących tam lekarzy. Z uwagi na społeczny charakter procesu pracy w warunkach niepewności najpierw opiszemy specyfikę kontekstów pracy w obu oddziałach szpitalnych. Konteksty te, wynikające bezpośrednio ze specyfiki pracy medycznej w opisywanych oddziałach, są istotne dla zrozumienia warunków przyczynowych i interweniujących w proces działania, a także dla charakteru samego zjawiska, jak i jego konsekwencji (m.in. radzenia sobie z niepewnością)¹.

Niepewność i niepełna przewidywalność procesu leczenia jest jedną z przyczyn silnych emocji² w pracy personelu, w szczególności lekarzy, w mniejszym stopniu zaś – pielęgniarzek czy ratowników medycznych. Personel spotyka się z nią codziennie, podejmując decyzje ważące na zdrowiu lub życiu, często nie posiadając wystarczających danych. Taki stan rzeczy może być warunkowany kilkoma czynnikami.

Pierwszym z nich jest **brak możliwości wykonania określonych badań**. Może to wynikać między innymi z nieposiadania przez placówkę określonego urządzenia diagnostycznego, niemożliwości jego użycia, gdy jest ono na przykład zepsute

1 Zob. też kodowanie zogniskowane (*axial coding*): Strauss, Corbin, 1990: 96–115; Konecki, 2000: 48–49.

2 Tematyka emocji personelu medycznego została opisana w osobnym rozdziale. Tutaj odwołujemy się do niej jedynie w kontekście emocji jako elementu kształtującego sposoby radzenia sobie z niepewnością.

lub brakuje koniecznych do jego użycia materiałów, czy też z nieobecności pracownika obsługującego dany sprzęt diagnostyczny (w nocy, w weekend). Podczas obserwacji jednej z odpraw w oddziale neurochirurgicznym dyżurujący poprzedniej nocy lekarz opowiedział nam, że nie mógł podjąć decyzji o operacji, ponieważ osoba obsługująca sprzęt diagnostyczny była nieobecna, a sprowadzenie jej w środku nocy z innego miasta, w którym mieszka, trwałoby zbyt długo, by uratować pacjenta. W związku z tym lekarz był zmuszony podjąć decyzję, opierając ją na niepełnych danych.

Drugim czynnikiem jest otrzymanie **nieprecyzyjnego, niejednoznacznego wyniku badania**, który trudno jest zinterpretować w sposób jasno sugerujący podjęcie dalszych kroków terapeutycznych (zob. też Beresford, 1991).

Kolejnym czynnikiem jest **brak doświadczenia lub wiedzy** dotyczącej danego schorzenia, w szczególności w sytuacji, gdy wraz z rozwojem wiedzy znacząco postępuje też specjalizacja w medycynie.

Czwartym czynnikiem, który powoduje, że personel działa w warunkach niepewności, jest tak zwana **anatomia indywidualna** (kod *in vivo*), polegająca na tym, że te same organy u różnych osób mają nieco odmienną budowę lub umiejscowienie. W oddziale intensywnej terapii lekarze mówili o tym, że proste i w zasadzie rutynowe zabiegi intubacji i tracheotomii mogą mieć dramatyczny przebieg z uwagi na różną budowę tchawicy (np. zwężenia, zrosty) u różnych pacjentów. Jak stwierdził jeden z nich: *Człowiek robi wszystko książkowo, a tu i tak* [może dojść do zgonu pacjenta – przyp. aut.].

Kolejna grupa czynników, które powodują, że lekarze swą pracę wykonują w warunkach niepełnej informacji, to **wiedza**, której nie można uzyskać **od leczonego pacjenta**. Zaliczyć można do niej na przykład brak informacji dotyczących pochodzenia urazu (np. gdy pacjent jest nieprzytomny) lub ukrywanie przez pacjenta istotnych informacji (np. że bierze określone leki lub że zrobił coś wstydliwego).

Następna grupa czynników powodujących niepewność to te związane ze **specyfiką organizacji pracy** szpitala. Zaliczyć można do nich takie sytuacje, jak nagle zgłoszenie się na oddział wielu pacjentów lub też niemożność wykonania planowanych operacji, ponieważ któraś grupa zawodowa (pielęgniarki, anestezjologowie) podjęła protest. Mogą także pojawić się nowe okoliczności w planie leczenia. Podczas naszych wizyt w oddziałach zaobserwowaliśmy sytuację, gdy na planowany zabieg pacjent przychodził z opryszczką czy też na godzinę przed operacją zjadł śniadanie. W obu przypadkach leczenie trzeba było odłożyć. Ponadto badany szpital jest szpitalem klinicznym, w związku z czym część pracowników w niektóre dni tygodnia przebywała na uczelni. Niepewność ich kolegów, w tym kierowników oddziałów, ilustruje opisana przez ordynatora oddziału laryngologii sytuacja: *To jest bardzo stresujące, bardzo trudne, dlatego że wielokrotnie staję przy łóżku chorego i dwie osoby, które zawsze są do tego chorego przypisane, są nieobecne*.

Jeszcze innym czynnikiem, który wywołuje poczucie niepewności u lekarzy, jest **nieprzewidywalność reakcji pacjenta** lub jego rodziny po przekazaniu złej

informacji (zob. też: Beresford, 1991). Lekarze pracujący w badanych oddziałach wielokrotnie opowiadali nam o krewnych pacjentów, którzy straszili sądem, zgłoszeniem sprawy do prokuratury, oskarżali czy też krzyczeli na korytarzu: *Ja cię zap****ole!, Mordercy!*. Aby temu zapobiec, lekarze stosują strategie komunikacyjne, które mają spowodować, że pacjent będzie bardziej *ufalny* (kod *in vivo*), czyli obdarzy lekarza większym zaufaniem przed zabiegiem. Jeśli po zabiegu pojawiają się jakieś komplikacje, pacjent *ufalny* jest mniej skłonny do oskarżenia lekarza o błąd czy zaniedbanie (por. Bankiewicz-Nakielska i in., 2017). Jedną z takich strategii jest pozorne włączenie pacjenta w proces decyzyjny. Lekarze, z którymi rozmawialiśmy, mieli na to swoje sposoby. Na przykład podczas rozmowy z pacjentem lekarz prosił o podjęcie decyzji w sprawie operacji. Określał przy tym, że operacja należy do tych o średnim ryzyku. Z jednej strony robił to, aby pacjent miał świadomość, że nie jest to zabieg bez ryzyka. Z drugiej strony chciał pokazać, że są zabiegi obarczone większym ryzykiem, co zachęcało pacjenta do wyrażenia zgody na zabieg.

Jeszcze innym powodem występowania niepewności jest **kontakt z pacjentami stanowiącymi zagrożenie fizyczne dla lekarza**, nazywanymi przez personel szpitala *ludźmi-liśćmi*. Są to najczęściej osoby bezdomne, brudne, chorujące na wiele niezidentyfikowanych schorzeń. Najbardziej na kontakt z takimi osobami narażony jest personel izby przyjęć, ale ponieważ lekarze wszystkich specjalności są na nią od czasu do czasu wzywani, niepewność ta dotyka także ich. Niepokój związany jest z ryzykiem zarażenia się od takiego pacjenta. Jedna z pielęgniarek oddziału intensywnej terapii opisała to następująco: *Każdy się boi, że złapie coś od takiego pacjenta. Wszy i insekty to mały pikuś, ale najgorsze są wirusy z krwi. Zakłada się maseczki, fartuchy barierowe, rękawiczki*. Jeśli chodzi o ten rodzaj niepewności, szpitalne procedury są bardzo jasne i rygorystyczne. Używanie poszczególnych środków określają regulaminy i na podstawie obserwacji pracy oddziałów możemy stwierdzić, że są one przestrzegane. Nie jest to jednak wystarczające, aby zredukować niepewność personelu medycznego.

Ważnym czynnikiem kształtującym zjawisko niepewności jest **interpretacja swojej roli przez lekarzy**. Są oni grupą zawodową, u której na etapie edukacji silnie kształtuje się poczucie odpowiedzialności za ludzkie zdrowie i życie. Wobec takiego obrazu własnej profesji podejmowanie decyzji, za które bierze się osobistą i zawodową odpowiedzialność, jest tym trudniejsze, że realizuje się je w warunkach niepewności. Jak opowiadał o tym ordynator oddziału neurochirurgii:

Tu, jeśli ktoś zostaje samodzielnym neurochirurgiem, to on jest odpowiedzialny, koniec kropka. Trudno sobie wyobrazić człowieka, spróbujcie sobie wyobrazić kogoś, kto bierze człowieka na salę operacyjną, operuje go, potem z tym chorym coś jest nie tak, a on się z tym dobrze czuje. Albo to olewa. Bo jeżeliby tak robił, to wiadomo, że on nigdy nie awansuje na samodzielność, a wręcz będziemy się starali go pozbyć. A więc ci wszyscy ludzie, oni zdali ten egzamin. To jak oni mają swoich chorych i są za nich odpowiedzialni na kilka sposobów, bo jedno to jest to, co się w środku czuje, jak ci chory umiera, albo jak są jakieś ogromne kłopoty śródoperacyjne, a chory jest potem

wrakiem. Nie mówiąc już o tej odpowiedzialności prawnej i kłopotach prawnych [...]. Oni po prostu tacy są. Oni się mogą mylić w swoich decyzjach, oni mogą, ja wiem, na przykład zaniedbać coś, co powinno się zrobić inaczej, ale to nie dlatego, że to wynika z braku poczucia odpowiedzialności, tylko na przykład dlatego, że coś umknęło. Dlatego, że mieli ciężką noc, robili coś innego, a z chorym się działo coś innego.

Oprócz bardziej uniwersalnych czynników tworzących kontekst pracy w warunkach niepewności istnieją także charakterystyczne dla obu oddziałów cechy związane z konkretną specjalizacją medyczną. Poniżej przedstawione zostaną specyficzne czynniki wpływające na nieco odmiennie uwarunkowania doświadczania niepewności w oddziałach neurochirurgicznym oraz intensywnej terapii.

Mimo że interwencja neurochirurgiczna dotyczy jedynie kilku organów ciała, neurochirurdzy są odpowiedzialni za ogólny stan pacjenta, zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Operując jeden narząd (mózg lub kręgosłup), mogą wpływać na całe ludzkie ciało. To, na jaką jego część lub funkcję będzie miał wpływ zabieg chirurgiczny, można ustalić z góry jedynie z przybliżonym prawdopodobieństwem. Mózg jest neuroplastyczny, co oznacza, że niektóre jego części przejmują funkcje innych, mogą też znajdować się w nieco innym miejscu niż wskazują atlasy anatomiczne, co jest związane z *indywidualną anatomią*. Oczywiście podczas operacji neurochirurdzy używają różnych narzędzi, takich jak neuronawigacja lub monitorowanie śródoperacyjne, ale ostateczne wyniki ich pracy są znane dopiero po przebudzeniu pacjenta i poruszeniu kończynami czy wypowiedzeniu kilku słów.

Uczestnicy badania pracujący w oddziale neurochirurgicznym wskazywali po pierwsze, że z powodu ograniczonej przewidywalności ludzkiego ciała nie ma rutynowych operacji. Można jednak mówić o operacjach powtarzalnych, w przypadku których da się w przybliżeniu określić ich przebieg czy czas trwania. Istnieje również kategoria *interesujących operacji* (kod *in vivo*), podczas których neurochirurg ma możliwość rozwiązania skomplikowanego problemu lub wykonania pewnego rodzaju operacji po raz pierwszy w swojej karierze.

Po drugie, dla pracy neurochirurgów specyficzna jest nieodwracalność podejmowanych przez nich decyzji. Zdaniem lekarzy tej specjalności jeśli kardiochirurg w trakcie operacji popełni błąd, może go naprawić podczas reoperacji. Neurochirurg nie jest w stanie tego zrobić, ponieważ wynikające z błędu zmiany w mózgu, a co za tym idzie – w całym organizmie pacjenta są zwykle nieodwracalne.

Po trzecie, mózg jest znacznie bardziej plastycznym i zindywidualizowanym narządem, znacznie trudniejsze (lub niemożliwe) jest również rozróżnienie określonych części mózgu niż na przykład określonych części serca. Jak stwierdził jeden z asystentów, mający trzy lata praktyki: *Mówiąc wprost, mózg jest gąbką. Gdzieś pośrodku tej gąbki jest coś, co musimy usunąć, a to coś otoczone jest przez szereg naczyń krwionośnych.*

Po czwarte, według uczestników badań neurochirurgia zajmuje się operowaniem anomalii, które występują w populacji stosunkowo rzadko (w przeciwieństwie do wyżej wymienionych chorób serca). Jako takich nie można ich opisać

statystycznie i uogólnić na ściśle procedury medyczne (zob. Marsh, 2014: 25). David Eddy (1984, cyt. za: Kim, Lee, 2018: 183) twierdzi, że „niektóre aspekty wiedzy medycznej nigdy nie mogą zostać zweryfikowane w randomizowanym, kontrolowanym badaniu, a niepewności nie można całkowicie wyeliminować z powodu różnorodności natury ludzkiej” lub, jak to nazywali to rozmówcy – *indywidualnej anatomii każdego pacjenta*. Dlatego też w neurochirurgii, jeśli istnieją standardy i procedury, są one dosyć elastyczne. Im mniej jest procedur, wytycznych, sztywnych ram, tym więcej zależy od samego operatora (neurochirurga), jego wiedzy i umiejętności. Przekłada się to na wysoki prestiż pracy, ponieważ jej wykonywanie wiąże się z wysokim ryzykiem popełnienia błędu (Johannessen, 2014).

Ważnym elementem kontekstu pracy we współczesnej neurochirurgii jest technologia pośrednicząca w kontakcie z pacjentem, umożliwiająca poznanie indywidualnej anatomii mózgu. Dzięki takim rozwiązaniom podczas operacji można sprawdzać pracę nerwów, której nie da się zaobserwować bezpośrednio, „gołym okiem”, jak w przypadku innych narządów. Nerwy wyglądają bardzo podobnie i operator nie zawsze jest w stanie je rozróżnić. Niektóre są bardzo ważne, jak na przykład nerw twarzowy, odpowiedzialny za utrzymanie struktury twarzy (zamykanie oczu, ust i tym podobne). Ta pośrednia obserwacja funkcji mózgu zmniejsza poziom niepewności w trakcie operacji. Może być prowadzona na dwa sposoby: poprzez obserwację urządzeń podłączonych do mózgu oraz monitorowanie działania innych części ciała (np. podczas operacji, w których pacjent jest przytomny i wykonuje polecenia lekarza lub psychologa).

Pomimo raczej indywidualistycznego obrazu zawodu neurochirurga wykonywanie tej pracy jest zależne od współdziałania wielu osób – bez współpracy byłoby wręcz niemożliwe. Zespół operacyjny składa się ze specjalistów z różnych dziedzin medycyny, z których każdy wykonuje wyspecjalizowane czynności. Każde z tych zadań jest wysoce sproceduralizowane. Zadaniem zespołu jest stworzenie tła, przygotowanie sali operacyjnej, pacjenta, narzędzi itp. Najważniejsze zadanie neurochirurga wykonuje samodzielnie, ale jest wspierany przez zespół. W neurochirurgii powodzenie operacji zależy od pracy zespołowej, chociaż rola neurochirurga jest bez wątpienia działaniem pierwszoplanowym.

Drugi z opisywanych oddziałów, oddział intensywnej terapii, charakteryzuje się przede wszystkim tym, że hospitalizowani są w nim pacjenci w skrajnie ciężkich stanach, umierający oraz na przykład osoby, u których stwierdzono śmierć mózgu i które są utrzymywane przy życiu przed pobraniem organów do przeszczepu. Pacjenci często są nieprzytomni z powodu choroby czy też utrzymywani w śpiączce farmakologicznej. Informacje dotyczące stanu pacjentów personel czerpie w dużej mierze ze wskazań aparatury pomiarowej. Oznacza to, że z pacjentami nie ma bezpośredniego kontaktu lub jest on znacznie utrudniony. Personel musi zdać się na wskazania sprzętu, który, czego kilkakrotnie byliśmy świadkami podczas obserwacji, nie zawsze jest niezawodny. Niekiedy personel „bierze poprawkę”, czyli konstruuje określone ramy interpretacji wskazań danego urządzenia, aby mieć

„prawdziwy” obraz stanu pacjenta. Podczas jednej z wizyt w tym oddziale zaobserwowaliśmy następującą sytuację: po odłączeniu sztucznej nerki od pacjentki urządzenie to przez 20 minut sygnalizowało problem z działaniem, mimo że nie było podłączone do chorej. Po usunięciu usterki pielęgniarka i lekarka stwierdziły: *Uzdrowiliśmy nerkę!*

Pacjenci przebywający w oddziale różnią się pomiędzy sobą stopniem przytomności. Niektórzy z nich są głęboko nieprzytomni, nie mają żadnego kontaktu ze światem zewnętrznym. Inni miewają krótsze lub dłuższe epizody przytomności. Czasami jest ona zauważalna dla personelu, a czasami nie. Inni pacjenci są przytomni, ale często zasypiają lub mają ograniczone możliwości reagowania i zdolności poznawcze. Jeszcze inni są przytomni, ale nie ma z nimi kontaktu. W takiej sytuacji niepewność personelu dotyczy tego, czy i w jakim stopniu pacjent na przykład słyszy to, co mówi do niego, a także do siebie nawzajem, personel. Powoduje to przyjęcie strategii działania w taki sposób, jakby pacjent był przytomny, na przykład zwracanie się do chorego: *Panie Zbyszku, nie denerwujemy się podczas zmiany pieluchy*. Dzieje się tak, gdy pacjent jest nieprzytomny, ale jednak reaguje na podejmowane wobec niego działania spięciem ciała. Personel nie może z całkowitą pewnością stwierdzić, na ile chory wie, co się z nim dzieje. Dlatego, jak uznała jedna z pielęgniarek: *Trzeba mówić do pacjenta, bo nie wiadomo, czy nas nie słyszy*. Teoretycznie na każdą czynność pacjent powinien wyrazić zgodę, ale w przypadku chorych nieprzytomnych lub bez kontaktu jest to niemożliwe. Zatem, jak stwierdziła jedna z pielęgniarek, *chociaż się ich informuje*. Inna pielęgniarka powiedziała nam, że *z pacjentem nieprzytomnym też się rozmawia, ale tak bardziej dla siebie*. *Zawsze się może przebudzić taki człowiek i zaatakować*. *Koleżanka miała złamaną szczękę*.

Inną konsekwencją obecności pacjentów nieprzytomnych jest pozornie bardzo spokojny obraz oddziału. Jednak pracujący tam personel podkreślał, że praca ta wymaga dużej odporności psychicznej, ponieważ bardzo ciężkie choroby przebywających tam pacjentów powodują czasami nagłe pogorszenie ich stanu. Lekarze pracujący w oddziale intensywnej terapii, ale i pozostały personel, muszą być zatem w stałej gotowości do podejmowania szybkich reakcji w stanach zagrożenia życia. Nie są to sytuacje, które można zaplanować.

Ponadto specyfika pracy personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego powoduje, że pracuje on w wielu miejscach szpitala, nie tylko w samym oddziale intensywnej terapii, ale także w poradni leczenia bólu czy na bloku operacyjnym. Każdego dnia pracownik może zostać oddelegowany do innych zadań, które różnią się na przykład stopniem kontaktu z pacjentem (praca w poradni i praca z pacjentami nieprzytomnymi) czy używaną technologią (urządzenia wykorzystywane w oddziale i na bloku operacyjnym).

Pacjenci oddziału intensywnej terapii są przyjmowani na oddział z powodu konkretnego schorzenia. Jednak za ich stan nie musi odpowiadać tylko jeden czynnik. Zdarza się i tak, że lekarz, podjąwszy działania terapeutyczne zgodnie

z regułami sztuki i z najnowszą wiedzą, nie widzi u pacjenta poprawy. Tak opisała to pielęgniarka oddziałowa:

Pacjent kwalifikowany do intensywnej terapii zwykle przyjeżdża z jakimś rozpoznaniem i my wiemy, jakie zastosować leczenie. Jak nie wiemy, z jakim rozpoznaniem, to też objawy sugerują, że może być to takie schorzenie lub inne, prawda? I na takie schorzenia lekarze nasi [...] leczą na określone schorzenie pacjenta. Leczą według najnowszych, prawda, doniesień z literatury i nie tylko, bo i z doświadczenia i ten pacjent nie reaguje na to leczenie. W sytuacji, kiedy jest możliwość dodania czy rozpoczęcia jeszcze jakiegoś innego leczenia, to oczywiście to leczenie jest wprowadzane. I w momencie kiedy na to również nie reaguje, no to możemy przypuszczać, że tutaj niestety to rokowanie będzie niepomyślne.

6.4. Proces zarządzania niepewnością i strategie asekuracyjne

Konsekwencją konieczności pracy lekarzy w warunkach niepewności jest poczucie frustracji prowadzące do wypalenia zawodowego (Kim, Lee, 2018). Praca w obecnym systemie ochrony zdrowia jest bardzo trudna, jak zgodnie twierdzą wszyscy lekarze, z którymi rozmawialiśmy. Ponadto pomimo stałej pracy pod presją czasu i w stresie lekarze nie mają instytucjonalnego wsparcia psychologicznego. Tematu takiej pomocy nie podejmuje się także na studiach, pozostawiając adeptów medycyny bez narzędzi psychologicznych umożliwiających im radzenie sobie z tego rodzaju problemami. Jest to powód późniejszego braku umiejętności odreagowywania stresów przez lekarzy. Neurochirurdzy mówili na przykład o tym, że ich zawód wiąże się z większym ryzykiem zawału serca. Część sposobów na radzenie sobie ze stresem wynikającym z niepewności ma charakter destrukcyjny. Zdarzają się wśród nich między innymi picie alkoholu czy przyjmowanie narkotyków. Inne to żarty³ czy przeklinanie, które pozwalają na dawanie upustu emocjom w bezpiecznych przestrzeniach pokoi lekarskich, daleko od pacjentów czy ich rodzin. Do bardziej konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze skutkami niepewności należy posiadanie hobby, które angażuje myśli i pozwala odreagować stres.

Opisane w poprzedniej części czynniki powodujące niepewność w pracy lekarzy skutkują wypracowaniem strategii radzenia sobie z nią, w tym także umiejętności podejmowania decyzji. W kontekście pracy medycznej decyzyjność jest rozumiana jako umiejętność podejmowania decyzji pod presją czasu, w sytuacji niepełnej wiedzy, ze świadomością ryzyka i braku możliwości naprawienia błędu.

3 Znaczenie żartów oraz ich rodzaje zostały opisane w podrozdziale *Żarty jako specyficzny element komunikacji*.

Taki sposób rozumienia decyzyjności został przez nas zrekonstruowany i przedstawiony na wykresie 1 (s. 22) i wiąże się ze zjawiskiem *robienia książkowego*.

Wymienione na wykresie konsekwencje, jakimi są dystansowanie się i przedmiotowe traktowanie ciała pacjenta, są wynikiem charakterystycznych sposobów radzenia sobie z niepewnością. Są nimi **strategie asekuracyjne**⁴ – strategie działań podejmowanych w celu uniknięcia odpowiedzialności w sytuacji podejmowania decyzji w kontekście niepewności.

Jedną z podejmowanych przez personel medyczny, nie tylko lekarzy, strategii asekuracyjnych jest **działanie fasadowe**. Aby uniknąć zarzutów dotyczących braku podjęcia określonych kroków przez personel, czyli uniknąć konfliktu z pacjentem lub dochodzenia prokuratorskiego, podejmuje się działania wobec pacjenta, o którym z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że nie można mu już pomóc. Personel nie lubi podejmowania takiej pracy, bo – jak stwierdzali sami rozmówcy – jest to wysiłek na marne. Swoją czas i zaangażowanie, a także inne zasoby, takie jak krew czy leki, mogliby poświęcić innemu pacjentowi z szansami na wyleczenie. Jak jednak stwierdził jeden z przedstawicieli personelu: *Robię, bo robić trzeba, żeby potem nie było zarzutów*. Koszty emocjonalne i inne związane z ewentualnymi oskarżeniami o zaniedbanie byłyby zbyt duże. Jak skonstatowała jedna z osób pracujących w oddziale intensywnej terapii: *Każdy wam powie, na krwiodawstwie też. Są tacy, co reanimują dziewięćdziesięciolatka, bo uważają, że ratują życie, a potem on jest pod dziesięcioma drenami, zwojami i tylko się męczy, a my go leczymy, bo nie możemy nie leczyć*.

Innym rodzajem tej strategii jest działanie polegające na unikaniu odpowiedzialności poprzez niepodjęcie działań nie z powodów medycznych (np. braku umiejętności wykonania określonych operacji), ale pozamedycznych, takich jak kwestie prawne czy zwykłe groźby. Tak mówił o nich ordynator oddziału neurochirurgii:

[Znajoma lekarka chirurgii – przyp. aut.] usłyszała na izbie przyjęć, że jest głupią k**** i jak myśli, że jak skończyła studia, to jej coś tutaj wolno, to może dostać w ryj. Ja postanowiłem chodzić do prokuratury we wtorki, żeby mieć wolną resztę tygodnia na pracę. I to wszystko proszę pani działa bardzo deprymująco. [...] nie jest to cecha polska. To jest dobrze zauważone zjawisko na świecie [...] Opisano zjawisko unikania operacji, a już na pewno unikających trudniejszych zabiegów, po to żeby mieć święty spokój. Zaczynamy się zmagać z materią nie tylko stresu medycznego, ale i metastresu.

Innym rodzajem strategii asekuracyjnej jest **kontrola przepływu informacji**, która polega na zarządzaniu nadzieją rodziny (zob. też Soundy i in., 2010). Stosuje się ją, aby uniknąć oskarżeń ze strony bliskich, u których sprzeczne informacje (np. pochodzące od dwóch różnych lekarzy) mogłyby wywołać nieuzasadnioną nadzieję. Ten rodzaj strategii asekuracyjnej występował głównie, choć nie tylko,

4 Jest to pojęcie uwrażliwiające (Konecki 2000), stworzone na potrzeby badań w oddziałach szpitalnych.

w oddziale intensywnej terapii, między innymi z uwagi na stosowany przez ordynatora styl kierowania opisany w rozdziale czwartym.

Kolejnym rodzajem strategii asekuracyjnej jest **odwoływanie się do statystyk**, między innymi dotyczących powrotu do pełnej sprawności czy przeżywalności pacjentów po określonym typie operacji. Wówczas od odporności psychicznej lekarza zależy, czy podejmie ryzyko operacji, po której przeżywalność wynosi na przykład 60%. Wraz z rosnącym doświadczeniem operatora, tak zwanym *nabijaniem ręki* (kod *in vivo*), prawdopodobieństwo zgonu pacjenta rośnie. O ile na początku zgony pacjenta mogą wynikać z braku wiedzy czy umiejętności, to z czasem, wraz ze zwiększającą się liczbą wykonanych operacji występuje proporcjonalnie większa liczba zgonów. Ta strategia jest stosowana głównie przez lekarzy neurochirurgów pracujących w badanym oddziale, o czym opowiadał jego ordynator:

Powiedzmy, że się umie zoperować zniekształcenie tętniczo-żylnie. I powiedzmy, że śmiertelność w operacjach zniekształcenia tętniczo-żylnego zrobionych na najwyższym poziomie światowym wynosi pięć procent. To jak pani zoperuje pięć zniekształceń tętniczo-żylnych, to może pani mieć pięciu ludzi, którzy żyją. Jak pani zoperuje dziesięć zniekształceń tętniczo-żylnych, to może pani mieć dziesięciu ludzi, którzy żyją. Ale jak pani zoperuje dwieście, to ma pani dziesięć trupów. Jak pani się wydaje, że jak pani operuje dwieście pierwszego, to to, że pani zabiła dziesięciu, robiąc tamte operacje tamtych nie ma znaczenia, no to jest pani w błędzie.

W ostatnich latach rośnie liczba pozwów sądowych wytaczanych lekarzom przez pacjentów i ich rodziny (Bankiewicz-Nakielska i in., 2017). Podczas rozmów z lekarzami ten temat pojawiał się bardzo często, a podczas przebywania w pokojach lekarskich za każdym razem zauważaliśmy, że personel rozmawiał o konkretnych pozwach, żartował na temat pozwów lub omawiał strategie uniknięcia oskarżeń. Lekarze mają świadomość pojawienia się nowej grupy prawników, specjalizujących się w sprawach medycznych i podejmując wiele decyzji terapeutycznych, kierują się **dbałością o swoje bezpieczeństwo prawne**. Ta strategia realizowana jest często poprzez ścisłe trzymanie się procedur, skrupulatne ich wypełnianie lub odwoływanie się do nich. Zdarzają się także sytuacje odmawiania wykonania jakiejś czynności, ponieważ wiąże się ona z większym ryzykiem odpowiedzialności prawnej. Takie stwierdzenia, jak *Ja się pod tym* (np. zleceniem podania określonego leku czy przeprowadzenia procedury) *nie podstempluję* świadczą o niepewności, która nie wynika z wątpliwości natury medycznej, ale raczej biurokratyczno-prawnej. Niepewność czy nawet strach wzrasta w sytuacji, gdy pacjent lub ktoś z jego rodziny jest prawnikiem, na przykład przedstawicielem prokuratury, albo lekarzem. Podczas jednej z wizyt w oddziale neurochirurgicznym lekarze opowiadali o jednej z pacjentek: [I tak – przyp. aut.] *byłaby reanimowana, ale że wnuczka lekarka, to znaczy na czwartym roku studiów, to już wśród pulmonologów popłoch*. Ta strategia asekuracyjna to z pewnością jeden ze sposobów radzenia sobie z niepewnością dotyczącą tego, jakie kroki wobec lekarza podejmie pacjent czy jego rodzina już po zakończeniu leczenia. Jak stwierdziła ordynator oddziału laryngologicznego, *pilnuję procedur, chroniąc nas wszystkich* [przed odpowiedzialnością prawną – przyp. aut.].

Jeszcze innym sposobem radzenia sobie z niepewnością, w tym przypadku związaną z nieprzewidywalnością reakcji chorego (np. ryzykiem wystąpienia z pozwem sądowym) jest **emocjonalne dystansowanie się od pacjenta**, polegające między innymi na niewchodzeniu w dyskusje, które nie mają bezpośredniego związku z leczeniem. Jest to także strategia chroniąca psychikę pracowników medycznych, gdy pacjenci pośrednio lub bezpośrednio obarczają personel odpowiedzialnością za rzeczy, na które personel nie ma wpływu (np. warunki leczenia czy niedostępność niektórych procedur). Jeden z lekarzy pracujących w oddziale neurochirurgii opowiedział nam historię pacjenta, dla którego znalazł jedyne miejsce w oddziale internistycznym w innym mieście. Pacjent ten miał pretensje, że przez wiele lat płacił składki i nie chce jechać do innego miasta. Mimo irytacji spowodowanej takimi argumentami oraz faktem, że pacjent *sam sobie zapracował na chorobę*, pijąc wiele lat, lekarz nie odniósł się do tej wypowiedzi, tylko dał pacjentowi wybór – albo zostanie zawieziony do innego miasta na oddział internistyczny, albo odmawia hospitalizacji. Zapytany, co robi z tego rodzaju pacjentami, odpowiedział: *Trzeba pacjenta sprowadzić na poziom informacji, poinformować go i upewnić się, że tę informację zrozumiał. Nie wchodzić w rozgrywki emocjonalne*. Jest to strategia asekuracyjna, która jest rodzajem dostosowania się do zwiększającej się *roszczeniowości* pacjentów, co do której zgadzali się wszyscy badani członkowie personelu medycznego.

6.5. Podsumowanie

Jak wspomnieliśmy na początku rozdziału, nieodłącznym elementem praktyki medycznej jest działanie w kontekście niepewności. Pojęcie „niepewności” dotyczy wielu czynników kształtujących działania personelu medycznego. Związane jest zarówno z oczekiwaniami wobec nauk medycznych, takimi jak na przykład obiektywność, jednoznaczność wyników badań czy przewidywalność kolejnych kroków terapeutycznych, jak i z efektami ich zastosowania. Niepewność jest zatem bardzo istotną składową kontekstu, w jakim miliony pracowników szeroko pojętej ochrony zdrowia działają codziennie na całym świecie, podejmując określone decyzje, działania i ponosząc za nie odpowiedzialność. Pacjenci natomiast, jako osoby korzystające z usług personelu medycznego, odczuwają jej skutki.

Szerszym zjawiskiem towarzyszącym działaniu w kontekście niepewności jest społeczne oczekiwanie obiektywizmu ze strony przedstawicieli systemu medycznego. Jest to między innymi konsekwencją istnienia tak zwanej medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine* – zob. Bensing, 2000). Zbiorowe wyobrażenia na temat badań medycznych, a także procedur stosowanych w leczeniu konkretnych schorzeń przedstawiają tę dziedzinę nauki jako niezwykle szybko

rozwijającą się, pozwalającą leczyć kolejne skomplikowane choroby. Powoduje to, że pacjenci i ich rodziny często oczekują wysokiej skuteczności i pewności efektów leczenia. Nie znają kontekstu pracy lekarzy. Perspektywy postrzegania procesu leczenia przez pacjentów i przez lekarzy są niespójne. Bywa to źródłem konfliktów i niezrozumienia. Będąc w stresie spowodowanym obawą o zdrowie swoje lub swoich bliskich, pacjenci i ich rodziny oczekują pewnych i prostych odpowiedzi, których personel medyczny rzadko może udzielić.

Niepewność jako nieodłączny element praktykowania medycyny powinna być uwzględniana w systemie opieki zdrowotnej. Znany brytyjski neurochirurg, Henry Marsh (2014) uważa, że za błędy lekarskie pacjenci powinni otrzymywać odszkodowania, ale nie od ludzi, którymi są lekarze, lecz od systemu. Także lekarze, z którymi rozmawialiśmy w trakcie badań, stwierdzali, że rozumieją sytuację życiową pacjentów, których stan zdrowia znacznie pogorszył się w wyniku leczenia. Nie uważali jednak, że powinni być odpowiedzialni, przede wszystkim finansowo, za konsekwencje tego stanu rzeczy.

Jak starałyśmy się pokazać w tym rozdziale, niepewność nie stanowi jednowymiarowego czynnika, z którym lekarze muszą się liczyć w swojej codziennej pracy. Jest to zjawisko niejednorodne, na którego kształt wpływ mają nie tylko czynniki zewnętrzne, takie jak specyfika specjalizacji medycznej czy cechy leczonych pacjentów. Można powiedzieć, że niepewność w pracy medycznej jest w przypadku każdego oddziału trochę inna, a co za tym idzie – praktykujący lekarze konstruują odmienne, specyficzne sposoby i strategie radzenia sobie z nią.

Rozdział 7

Emocje w pracy personelu medycznego

7.1. Wstęp

Emocje są nieodłącznym elementem wszystkich interakcji i działań, także tych podejmowanych w środowisku pracy. To one wpływają na funkcjonowanie jednostki w świecie społecznym, w tym w świecie organizacji. Emocje stanowią istotny element ludzkiego doświadczenia. Decydują o jakości relacji interpersonalnych, które pod ich wpływem ulegają przeformułowaniu. Powiązane są z odgrywaniem określonych ról społecznych, w tym ról zawodowych. Emocje są istotne dla wielu aspektów działania i poziomu życia organizacyjnego (Brief, Weiss, 2002). Wykonywanie określonych obowiązków, praca w danym zawodzie implikują wyzwalanie i/lub tłumienie (ukrywanie) pewnych emocji. Wymagania pracy czy zawodu często określają emocje, których wyrażanie przez pracowników jest oczekiwane, niezależnie od poziomu ich odczuwania przez jednostkę (Rafaeli, Sutton, 1987; 1989).

W socjologii jako dyscyplinie naukowej przez długi czas ignorowano znaczenie emocji. Jeśli o nich mówiono, to najczęściej korzystano z dorobku psychologii społecznej. Dopiero stosunkowo niedawno emocje stały się obiektem zainteresowania socjologów i przedmiotem badań, co dało podstawy do wyodrębnienia subdziedziny, jaką jest socjologia emocji (Nijakowski, 2011: 8). W nurt ten wpisuje się analiza przedstawiona w niniejszym rozdziale.

Emocje, jak wskazywali nasi rozmówcy, okazywane i odczuwane przez osoby pracujące w oddziałach szpitalnych związane są z wykonywaniem pracy w danym zawodzie. Oczywiście pamiętać musimy, że nakłada się na to szereg emocji wynikających z odgrywania ról innych niż zawodowe. Personel medyczny wszystkich oddziałów i szczebli pracuje w warunkach dużego obciążenia emocjonalnego, przede wszystkim emocjami negatywnymi, w tym stresem. Zdecydowanie wpływa to na satysfakcję z pracy. Jak pisałyśmy w rozdziale dotyczącym komunikowania, ograniczenie relacji do ściśle zawodowych może nasilać

odczuwanie stresu oraz przyspieszać wypalenie zawodowe. Przypomnijmy, że relacje społeczne są kluczowym elementem wspomagającym efektywność pracy i wykonywanie zadań grupowych. Wpływają na poziom odczuwanej satysfakcji z pracy (zob. Mayo, 2003).

Opisywane w tym rozdziale emocje odczuwane przez badanych przedstawicieli personelu medycznego mają silny wpływ na omawiane we wcześniejszych rozdziałach procesy komunikowania, procesy zarządzania, a także na towarzyszącą personelowi medycznemu niepewność. Emocje kształtują interakcje, przebieg interakcji z kolei wpływa na powstawanie określonych emocji – a to na zasadzie sprzężenia zwrotnego dynamizuje proces komunikowania. Innym elementem wpływającym na powstawanie, wyzwalanie i regulację emocji są żarty. Przypomnijmy, że pełnią one ważną funkcję normalizującą poziom napięcia i stresu w pracy. Pozwalają personelowi na zdystansowanie się od trudnych przeżyć i stresu związanego z decydowaniem o ludzkim życiu, podejmowania krańcowo trudnych decyzji, wyczerpujących zarówno psychicznie, jak i fizycznie operacji. Żarty odgrywają ważną rolę w procesie rozładowywania napięcia emocjonalnego związanego z wykonywaniem obowiązków służbowych w trudnych warunkach pracy, często w stanie skrajnego zmęczenia, także wynikającego z faktu pracy na kilku etatach w różnych placówkach ochrony zdrowia.

Emocje związane są również z przyjętym przez ordynatora (kierownika oddziału) lub pielęgniarkę oddziałową stylem kierowania. Style kierowania oparte na empatii, wzajemnym zrozumieniu, szacunku oraz skoncentrowane na człowieku przyczyniają się do powstawania pozytywnych emocji, wzrostu satysfakcji z pracy oraz mogą prowadzić do rozładowywania napięcia emocjonalnego. Style koncentrujące uwagę na zadaniu, bazujące na biurokratycznych procedurach mogą prowadzić do wyciszenia negatywnych emocji i stanowić ochronę podczas działania w warunkach dużej niepewności.

Emocje w pracy to także stres, który odbija się na wykonywanych obowiązkach i na jakości kontaktu z pacjentem i współpracownikami. Wzrastające wymagania, biurokratyzacja, brak odpowiedniego systemu motywowania, nieodpowiednie warunki pracy, praca w stanie niepewności oraz trudne zachowania pacjentów i ich rodzin znacząco wpływają na efektywność pracownika oraz zdolność koncentracji, warunkując powstawanie określonych emocji.

Poniżej postaramy się przedstawić czynniki wywołujące największe obciążenie emocjonalne w pracy personelu medycznego oraz odpowiedzieć na pytanie, jakie emocje najczęściej towarzyszą personelowi medycznemu pracującemu w trzech badanych oddziałach.

7.2. Słów kilka o emocjach

Nie ma jednoznacznej definicji emocji. Jak piszą Beverley Fehr i James Russell (1984: 446, cyt. za: Oatley, Jenkins, 2005: 95): „Każdy wie, czym jest emocja, dopóki nie poprosić go o definicję”. Nico H. Frijda (1986) twierdzi, że emocja jest doświadczana jako szczególny rodzaj stanu psychicznego – afektywnego (por. Dołęcki, 2004; Oatley, Jenkins, 2005). Jest uwikłana w relacje człowieka z pewnymi obiektami (zob. Frijda, 2012: 57). Stan afektywny częściej odnoszony jest do ogólnie pojętego nastroju¹ (np. rozbawiony, pogodny), najczęściej mającego charakter krótkotrwały. Emocjom z kolei przypisuje się większą trwałość. Innym rozróżnieniem, które wprowadza holenderski badacz, jest odróżnienie emocji od sentymentów (postaw emocjonalnych). Sentymenty są trwałymi dyspozycjami nabywanymi w toku własnych doświadczeń oraz doświadczeń innych. Odnoszą się do stałych sympatii i antypatii, miłości i nienawiści. Określają skłonność do określonego reagowania. Są porównywalne do osobowościowych dyspozycji emocjonalnych (zob. Pawłowska, 2013).

W niniejszym opracowaniu emocje ujmowane są jako stanowiące centralny element ludzkiego doświadczenia, mający wpływ na funkcjonowanie świata społecznego i jego wewnętrzne uporządkowanie. Stanowią o więzi grupowej oraz mogą kształtować jej strukturę. Emocje podlegają kontroli społecznej oraz społecznemu ustrukturuowaniu. Powiązane są z odgrywaniem ról społecznych (zob. Binder, Palska, Pawlik, 2009: 9–10). Według Jonathana Turnera i Jana Stetsa (2009: 25) emocje są siłą motywującą, gdyż „nie tylko porządkują one subiektywne doświadczenia ludzi, ale również dodają energii ich reakcjom i nadają tym reakcjom kierunek”.

Zatem w niniejszym opracowaniu, zgodnie z przyjętym paradygmatem interpretacyjnym, emocje zdefiniowane zostały jako procesy regulacji pozwalające na adaptację i wpływające na przebieg procesu komunikacji, ustanawiając, podtrzymując, zmieniając lub przerywając relacje między jednostką a środowiskiem, które uruchamiane są w sytuacji, gdy człowiek styka się z bodźcami zewnętrznymi lub wewnętrznymi mającymi znaczenie dla jego organizmu lub osobowości (Pawłowska, 2013: 8). Przy czym pamiętać należy, że emocje mogą być procesami nie tylko wpływającymi na przebieg interakcji, ale też oddziałującymi na samą jednostkę, jej zachowania, gesty, spostrzeżenia, a także na jej sposób myślenia i odbiór świata zewnętrznego. Kształtowane są kulturowo i modyfikowane zgodnie z przyjętymi w danej kulturze normami i wartościami.

1 Więcej na temat analizy pojęcia „nastroju” oraz rozróżnienia pomiędzy obiektami i przyczynami stanów afektywnych Czytelnik znajdzie w pracach Nico Frijdy. Tematyce rozróżnienia emocji od nastroju, temperamentu i innych pojęć afektywnych poświęcony jest rozdział drugi w: Ekman, Davidson, 2012.

7.3. Czynniki wywołujące emocje – źródła emocji w pracy personelu medycznego

Obserwując i analizując działania personelu medycznego w trzech oddziałach szpitalnych, udało się nam – by posłużyć się językiem medycznym – „zdiagnozować” kilka czynników stanowiących źródło różnych emocji odczuwanych w pracy przez pracowników ochrony zdrowia. Kwestią, która zbliża członków personelu medycznego do siebie, co najwyraźniej zaobserwować mogliśmy w oddziale intensywnej terapii, są trudne i emocjonujące przeżycia związane z opieką nad pacjentem. Z racji specyfiki pracy w oddziale dochodzi do sytuacji nagłych, zagrożających życiu pacjentów czy skutkujących ich śmiercią, a jednocześnie bardzo emocjonujących zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek. Taki rodzaj pracy wymaga sprawnej współpracy i wzajemnego zaufania poszczególnych członków personelu. Na szczególną uwagę, jako czynnik wyraźnie wywołujący emocje, ale także kształtujący i socjalizujący zachowanie młodego lekarza czy młodej pielęgniarki, zasługuje „pierwszy pacjent”, który z jakiegoś powodu zapisał się w pamięci danego pracownika, oraz „pierwszy zgon” pacjenta pozostającego pod jego opieką. Inne czynniki to kolejno: warunki i organizacja pracy, w tym proceduralizacja i biurokratyzacja pracy, relacje pomiędzy współpracownikami oraz pacjent i jego rodzina, w tym odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta.

7.3.1. Pierwszy pacjent i pierwszy zgon

Istotnym źródłem emocji pracowników medycznych jest kontakt z pierwszym pacjentem, który z reguły zostaje dobrze zapamiętany. Zazwyczaj zapamiętuje się chorych, którzy wyróżniali się czymś szczególnym. W większości przypadków jest to trudna i poważna jednostka chorobowa lub nietypowa sytuacja, która dotknęła pacjenta. Może to być także lęk przed obsługą pierwszego pacjenta, na przykład założeniem pierwszego cewnika, przeprowadzeniem pierwszej intubacji czy pierwszej operacji. Pierwszy zapamiętany pacjent to często ten, którego nie udało się uratować, ale także pacjenci wypisywani do domów. O pewnym nietypowym przypadku opowiedziała nam pielęgniarka oddziałowa neurochirurgii:

[...] młody człowiek. Przywieziony z wypadku. Pobudzony ruchowo, ale nie reagował na kontakt, a trzeba było go przygotować do zabiegu operacyjnego. Wszystkie, ile nas było na dyżurze, trzymaliśmy pacjenta, a jedna gołiła mu głowę. Pacjenta po przygotowaniu przewiozliśmy na blok operacyjny, gdzie miał wykonaną trepanację czaszki. Po zabiegu pacjent już wrócił na salę, to się tak ładnie nazywało, sala pooperacyjna. Ponieważ nie było sali wybudzeń przy bloku operacyjnym, nie było OIOM-u. Pacjenci niejednokrotnie w ciężkich stanach, zaintubowani, z respiratorem trafiali właśnie na salę pooperacyjną, tak jak i ten właśnie młody pacjent. Podłączony był pod kardiomonitor, na wspomaganym oddechu był na tej sali. Pacjent wymagał całkowitej opieki przy

łóżku, ponieważ no nie ruszał się. Wysiłek nas wszystkich zaowocował tym, że pacjent wybudził się i z sali pooperacyjnej przeniesiony był na oddział. Nie mógł sobie przypomnieć wielu różnych rzeczy, nie poznawał rodziny, która do niego przychodziła. Pamiętał za to, że jechał pociągiem, brał wszystkie swoje rzeczy, siadał na krześle w dyżurce pielęgniarskiej i mówił, że ja na tej stacji wysiadam. Takie jego zachowanie było już ciagle.

Jedna z pielęgniarek pracujących w oddziale laryngologii opowiadała, jak bardzo stresująca, męcząca i obciążająca psychicznie jest praca personelu medycznego. Wskazywała na fakt, że przez spędzanie kilkunastu godzin dziennie z chorymi ludźmi personelowi udzielają się nastroje pacjentów. Sytuacja ta częściej dotyczy młodych pielęgniarek i lekarzy.

Jak wspomnieliśmy wcześniej, ogromnym obciążeniem psychicznym dla przedstawicieli personelu medycznego jest śmierć pacjenta. Pacjenci obdarzają lekarzy, ale szczególnie pielęgniarki, ogromnym zaufaniem. To pielęgniarka, nazywana przez pacjentów często „siostrzyczką”, wykonuje większość czynności przy chorym. Są to niejednokrotnie czynności inwazyjne, związane z bólem i cierpieniem, ale konieczne dla ratowania zdrowia i życia. Pacjent ufa pielęgniarce, że na przykład zastrzyk zrobi ona jak najmniej boleśnie. To pielęgniarkom pacjenci zwierają się ze swoich pragnień i marzeń. Opowiadają o swoich rodzinach i chęci do życia. Na temat relacji z pacjentami tak wypowiedziała się pielęgniarka w oddziale laryngologii:

Trzeba po pierwsze zdobyć zaufanie pacjenta. Pacjenci nas obserwują, jak my pracujemy, jak się zachowujemy [...]. Kiedy podejmiemy do pacjenta rygorystycznie, tak albo nie, to my go ograniczamy. Trzeba rozmawiać z pacjentem. Chociaż mało mamy na to czasu, kiedy mamy dziesięciu pacjentów do przygotowania do zabiegu, a pacjent pyta, co to za zabieg, to ja mu staram się wytłumaczyć, chociaż powinien to zrobić lekarz.

Pielęgniarki, podobnie jak lekarze, stosują opisane w rozdziale dotyczącym niepewności strategie asekuracyjne, zabezpieczające ich między innymi przed konsekwencjami zachowań emocjonalnych. Niestety, wykonywana praca nad emocjami nie zawsze pozwala się od nich odciąć. Ta sztuka szczególnie trudna jest dla młodych adeptów szkół medycznych. Ani studenci, ani praktykujący już pracownicy medyczni nie mają zapewnionego żadnego wsparcia psychologicznego i nikt nie uczy ich sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Obcowanie z pacjentem umierającym lub jego strata stają się źródłem rozmaitych emocji, które mogą istotnie wpływać na psychikę pielęgniarek i lekarzy. Choć śmierć jest nieodłącznym elementem pracy w szpitalu, to zaakceptowanie faktu śmierci oraz przepracowanie traumy wymagać może czasu i specjalistycznej pomocy. Personel medyczny badanych oddziałów niejednokrotnie podkreślał, że pomimo wszelkich starań, aby wyleczyć pacjenta, czasami zdarza się, że on umiera. I choć wiadomo, że – jak powiedziała jedna z badanych pielęgniarek oddziału laryngologii wcześniej pracująca w oddziale chorób wewnętrznych w innym szpitalu – *śmierć jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka i spotka każdego z nas*, zgonowi pacjenta zawsze towarzyszy smutek i żal, ale też poczucie zagrożenia, niepewność i niemoc:

Pamiętam, jak przyszedłam do pracy i rano przyszedł pacjent w ciężkim stanie, krwawił z pęcherza. Tak się bał do szpitala przyjść, no bo w szpitalu umrze. No zaczęliśmy mu pomagać, krew była toczona. Akurat ja byłam wyznaczona, żeby się tym pacjentem zająć, bo był w ciężkim stanie. Ten pacjent mi bardzo zaufał, dużo rozmawialiśmy. No i po godzinie osiemnastej pacjent zjadł kolację i się zatrzymał [ustała akcja serca – przyp. aut.]. Ja pamiętam go do dzisiaj. Ja przez miesiąc czasu musiałam wziąć wolne, bo po prostu nie mogłam wrócić do pracy. [...] Nie mogłam tego przeżyć, że on [pacjent – przyp. aut.] mi zaufał, a ja go zawiodłam. Jakby zmarł po dziewiętnastej, jakbym poszła do domu, to bym mniej odczuwała. Czułam się winna, że ja mu nie pomogłam. [...] Tego się nie da oddzielić, to się wszystko pamięta.

Można przypuszczać, że praktycznie cała grupa zawodowa pielęgniarek i lekarzy jest narażona na działanie stresora w postaci negatywnych emocji związanych z umieraniem pacjenta. Jednocześnie personel medyczny nie ma możliwości stosowania behawioralnych i poznawczych technik autoochrony. Pojawiają się nie tylko żal i smutek, ale także poczucie winy, a być może i wstyd. Szczególnie te ostatnie emocje mogą być dla pracowników niebezpieczne jako potencjalnie prowadzące do zaburzeń w relacjach interpersonalnych, wycofania lub agresji. Może to powodować jeszcze inne niebezpieczeństwo – wraz z nadwyreżoną kondycją psychiczną personelu lekarskiego i pielęgniarskiego wzrasta zagrożenie popełnianiem błędów w sztuce lekarskiej, gdyż silne napięcie emocjonalne narusza procesy poznawcze i osłabia sprawność psychiczną i fizyczną pracownika. Działania i czynności wykonywane przez personel medyczny będący pod wpływem silnego stresu mogą być niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjentów (por. Nyklewicz, Krajewska-Kułak, 2008: 249).

Śmierć pacjenta jest doświadczeniem skrajnie obciążającym emocjonalnie. Wyzwala ból, rozpacz, gniew, przygnębienie, bezradność oraz poczucie żalu po stracie człowieka, który zapewne był dla kogoś kimś wyjątkowym i ważnym. Nasze spostrzeżenia potwierdzają badania Joanny Stolarczyk (2014: 143–144), która sama będąc pielęgniarką, pisze:

Pamiętam mój pierwszy raz, kiedy zetknęłam się ze śmiercią. Dostaliśmy wezwanie do cięcia cesarskiego na trzecim piętrze. Zabieg ze względu na wskazanie – piąta ciąża, przodujące łożysko, należał do obciążonych wysokim ryzykiem powikłań. Cały zespół i lekarski operatorzy i pielęgniarski był przygotowany, sprzęt, krew w pogotowiu. Pacjentka była poinformowana o istniejącym dużym zagrożeniu, o którym wiedziała już po poprzedniej ciąży, gdzie była ostrzegana, aby więcej już nie zachodzić w nią z powodu istniejącego ryzyka powikłań. W chwili przyjęcia na salę operacyjną zobaczyłam młodą, bo zaledwie 28-letnią przerażoną dziewczynę, która w momencie kiedy przechodziła na stół modliła się odwracając się w moją stronę, patrząc mi prosto w oczy, powiedziała, że boi się bardzo, że umrze „siostró, czy ja umrę? Tak bardzo się boję. Gdyby tak się stało, chciałabym, aby moja córeczka miała na imię”. Moje serce waliło jak młot, uśmiechając się do niej, odpowiedziałam „na pewno będzie wszystko dobrze”. Jakże się myliłam. Mimo przygotowań, łożysko było tak wrośnięte, że nie udało się uratować tak młodej matki, która osierociła pięcioro dzieci. Czegoś takiego nie można zapomnieć. Tego się nie da zapomnieć!!! Po tym zabiegu oddziałowa kazała mi odpocząć i pojechać do domu, za co w tamtym czasie bardzo byłam jej wdzięczna.

Śmierci towarzyszą najrozmaitsze emocje. Przeżywanie śmierci pacjenta uzależnione jest od stopnia emocjonalności danej pielęgniarki czy danego lekarza, a ten z kolei wynika z takich czynników, jak: osobowość, długość kontaktów z chorym, nagłość zgonu², wiek pacjenta. Można stwierdzić, że im młodsza osoba, im dłuższy kontakt z pacjentem i im bliższe relacje z chorym i jego rodziną, tym emocje są silniejsze, a śmierć takiego pacjenta zostaje w pamięci na dłużej. Badane przez nas pielęgniarki wskazywały szczególnie na fakt, że pomimo długiej praktyki nadal każdą śmierć przeżywają intensywnie. Każda na swój sposób: na pozór obojętnie, z dystansem, neutralnie albo bardzo emocjonalnie. Podobne spostrzeżenia znajdziemy we wspomnianej już pracy Stolarczyk (2014: 146):

Pamiętam ten pierwszy raz, tego nie da się zapomnieć, wpływa na to fakt, że dotyczyło to dziecka. Przywieziono 9-letnią dziewczynkę, tuż po komunii wpadła pod samochód. To było koszmarnie przeżycie, nie dało się jej uratować, choć tak bardzo się staraliśmy (łyż, drzenie w głosie). Tak bardzo chcieliśmy uratować to dziecko, przed którym dopiero otwierał się świat. Uczucie straty potęgowało to, że prawie wszystkie byłyśmy matkami i odczuwaliśmy współczucie i solidarność z rodzicami. Zwłaszcza z matką, którą trzeba było cucić, bo mdlała raz po raz. Następnie położyć na oddziale psychiatrycznym, ponieważ dostała ataku hysterii. Jej rozpacz była nie do opisanego (głęboki oddech). Wszyscy, którzy byli na dyżurze byli smutni i płakali (pauza). Nawet mężczyźni. Pamiętam do dziś jej zboląłą twarz (pauza), jej rozpaczliwy krzyk bólu (pauza), tego nie da się zapomnieć (łyż na policzkach).

Opisując śmierć pacjenta, badane pielęgniarki mówiły o trudnym do zapomnienia, silnym czy wstrząsającym przeżyciu. Podkreślały, że do zgonu pacjenta nie da się przyzwyczaić. Swoją historię opowiedziała nam jedna z pielęgniarek w oddziale laryngologii:

Tak, zetknęłam się ze śmiercią i to wielokrotnie. Pierwszy raz pamiętam do dziś, pamiętam imię i nazwisko, pamiętam miejsce na sali, w którym stało łóżko, pielęgniarkę, z którą pracowałam, a co najważniejsze twarz, której nigdy nie zapomnę. Pracowałam niecały rok. Ta pacjentka to przemiła starsza pani, z którą dużo rozmawiałam. To jeszcze były czasy, gdzie było mniej zabiegów i mniej pracy administracyjnej. W kilka godzin po zabiegu dostała zawału serca, zanim się zatrzymała krążeniowo, zawołała mnie, złapała za rękę i patrząc błagalnym wzrokiem prosiła: „Siostrzyczko, proszę nie pozwolić mi umrzeć” [łamiący się głos i łyż w oczach]. Niestety, mimo długotrwałej reanimacji nie udało się jej uratować, w czasie której człowiek mobilizuje wszystkie siły, bo jest profesjonalistą i kontroluje emocje. Jednak po fakcie analizuje sytuację, ale do dziś to pamiętam. Tego nie da się zapomnieć. Trzeba pracować dalej, ale się nie zapomina.

Postawy personelu medycznego wobec śmierci i umierania pacjenta uzależnione są od trzech czynników: emocji, doświadczeń i zachowań. Mogą one mieć charakter negatywny, przejawiający się w przedmiotowym traktowaniu pacjenta i ignorowaniu jego potrzeb, albo pozytywny, odznaczający się pełnym, całościowym realizowaniem potrzeb chorego i poszanowaniem jego praw (zob. Sleziona, Krzyżanowski, 2011: 218). W omawianym badaniu wyróżniłyśmy kilka typów

2 Przy długotrwałym leczeniu nawiązują się więzi z pacjentem i jego rodziną, który opowiada personelowi medycznemu m.in. o problemach rodzinnych i zawodowych.

zachowań emocjonalnych w odniesieniu do śmierci oraz umierania pacjenta. Typ pierwszy to typ uczuciowy, który prezentuje emocjonalne angażowanie się w trudną sytuację. Osoby, które ów rodzaj uczuciowości prezentują, silnie reagują na zgon pacjenta, obciążenie psychiczne tą sytuacją wywołuje w nich smutek, rozpacz, złość, poczucie bezsilności. Negatywne emocje powodują obniżenie jakości wykonywanej pracy oraz mogą być przyczyną konfliktów ze współpracownikami. Rozmówcy wskazywali na fakt pojawienia się bezradności, rozgoryczenia, smutku oraz współczucia bliskim zmarłego pacjenta. Taka postawa, jak mówili badani, nie zniechęca jednak do dalszego wykonywania wybranego zawodu. Typ ten zauważalny jest we wszystkich badanych oddziałach.

Drugi typ jest określany w literaturze przedmiotu jako typ obiektywno-racjonalny (Sleziona, Krzyżanowski, 2011: 218–222). To zachowanie, które charakteryzuje się traktowaniem pacjenta z godnością, ale w formie zdystansowanej troski. Potrzeby pacjenta są indywidualnie realizowane, towarzyszy im współczucie, zaangażowanie, ale jednocześnie dystans emocjonalny. W kontakcie ze śmiercią osoba reprezentująca ten typ jest opanowana, kontroluje swoje negatywne uczucia, które w tym wypadku nie mają wpływu na standard wykonywanych zadań. Rozmówcy wskazywali tu na związek z wiarą w Boga i traktowanie śmierci jako etapu czy przejścia do życia wiecznego.

Trzeci to typ niezaangażowany. Charakteryzuje się on dystansowaniem wobec śmierci pacjenta. Osoba prezentująca ten typ unika zaangażowania emocjonalnego, gdyż jest ono, zdaniem badanych, wyrazem braku profesjonalizmu zawodowego. W wypowiedziach rozmówcy podkreślali swoją fachowość i wskazywali na fakt, że zrobili wszystko, co było można. Wyraźnie widać było dystans do zaistniałej sytuacji. Przekazanie przykrej informacji rodzinie pacjenta jest koniecznością i wobec braku przygotowania psychologicznego lekarze ograniczają się do koniecznego minimum. Opisane wyżej typy drugi i trzeci zauważalne były częściej u pracowników oddziału intensywnej terapii.

Ostatnim z wyróżnionych typów jest typ przedmiotowy, którego specyficzną cechą jest oziębłość wobec pacjenta i jego rodziny. W dużym stopniu jest on związany ze stażem pracy, który powoduje, że pewne sytuacje stają się codziennością, a pozornie beznamiętne zachowanie staje się regułą (por. Sleziona, Krzyżanowski, 2011: 222). Takie zachowanie najczęściej obserwowane było w oddziale neurochirurgii.

Jednoznaczne przypisanie danego typu zachowań emocjonalnych w odniesieniu do śmierci i umierania do konkretnego oddziału – choć starałyśmy się to uczynić – nie jest możliwe. Zachowanie emocjonalne jest procesem zmiennym w czasie, uwarunkowanym różnymi czynnikami, o których pisałyśmy powyżej. Typ zachowania zależy między innymi od częstotliwości kontaktów ze śmiercią i umieraniem pacjentów, od wieku członków personelu medycznego, stażu pracy, indywidualnych cech każdego pracownika, poziomu empatii, poprzednich doświadczeń, więzi z pacjentem i jego rodziną itd. Można się zatem spodziewać,

że każdy z wymienionych wyżej typów zachowań emocjonalnych odnajdziemy wśród personelu medycznego zatrudnionego w badanych oddziałach szpitalnych.

Jak wspomnieliśmy wcześniej, im silniejszy związek z pacjentem i jego rodziną, tym trudniej o dystans, emocjonalne opanowanie oraz profesjonalizm. Jednak personel medyczny, głównie pielęgniarki, uważa, że nie da się sprawnie wykonywać swoich obowiązków bez rozmowy i sprawnej komunikacji z pacjentem, o czym tak mówiła pielęgniarka oddziałowa laryngologii:

Rozmowa, ja nie tylko że przychodzę, robię zastrzyk i nie rozmawiam. Trzeba się troszkę dalej tego pacjenta podpytać. Czy o rodzinę, o znajomych, o pracę. Pacjent się nam tak otwiera, wtedy możemy do niego szybciej dotrzeć. Pielęgniarka musi być otwartą osobą. [...] to, że ja zrobię ten zastrzyk, to jest jedno pięćdziesiąt procent, drugie pięćdziesiąt procent to jest to, że ja porozmawiam z tym pacjentem i ta rozmowa pomoże mu niemal równie jak ten zastrzyk.

7.3.2. Organizacja pracy a obciążenie emocjonalne

Natłok informacji przekazywanych podczas codziennej pracy w zawodach medycznych jest ogromny. Prowadzi on do przeciążenia informacjami, a w konsekwencji może potęgować stres. Rozmówcy pytani o czynniki powodujące największe obciążenie emocjonalne, poza opisanym wcześniej kontaktem z pacjentem i jego śmiercią, wskazywali na organizację i warunki pracy panujące w danym oddziale. Ten czynnik wielokrotnie podnoszony był przez pracowników laryngologii. Pracownicy oddziału intensywnej terapii częściej wskazywali na kontakt z pacjentami oraz ich rodzinami, opiekę nad pacjentem, śmierć pacjenta oraz odpowiedzialność za jego zdrowie i życie. Ten ostatni czynnik wymieniany był także przez personel oddziału neurochirurgii. Jest to jak najbardziej zrozumiałe w kontekście działań podejmowanych przez oddziały i ich specyfiki opisanej w rozdziale metodologicznym. Wynika to ze skomplikowania przypadków medycznych przebywających w oddziale pacjentów, często będących w stanie terminalnym, w szczególności tych pozostających w oddziale intensywnej terapii. Obciążenie emocjonalne może wiązać się także z koniecznością informowania rodziny o śmierci pacjenta, co w przypadku intensywnej terapii zdarza się o wiele częściej niż w pozostałych dwóch badanych oddziałach. Obciążenie stanowią mogą również rozmowy dotyczące uzyskania zgody od rodziny chorego na pobranie narządów do przeszczepów, co nie zdarza się w pozostałych oddziałach.

Organizacja pracy to także system oparty na zmianowym lub równoważnym czasie pracy, biurokratyzacja oraz proceduralizacja. Choć procedury są elementem chroniącym lekarza czy pielęgniarkę przed negatywnymi konsekwencjami prawnymi, to niejednokrotnie ograniczają szybkość podejmowanych działań. Taki system i organizacja pracy powodują przeciążenie. Nocne dyżury, zbyt duża liczba zabiegów, konieczność pozostawiania w pracy po skończonym nocnym dyżurze, gdy lekarze łączą pracę w szpitalu z pracą naukową, powodują znaczne obciążenie

fizyczne. Pielęgniarki mówią o pracy na kilku etatach oraz zbyt małej liczbie personelu, co także powoduje przeciążenie i w konsekwencji może prowadzić do pojawiania się negatywnych emocji, stresu, ale także apatii i zniechęcenia, a nawet wypalenia zawodowego.

Praca w oddziale szpitalnym, jak wskazywali rozmówcy, wymaga dużej sumienności, gdyż to personel medyczny odpowiedzialny jest za życie ludzkie. Jest to także zawód, który wymaga maksymalnego zaangażowania. Niestety lekarze i pielęgniarki nie mogą poświęcać się opiece nad pacjentem w takim stopniu, jak by chcieli, gdyż jak twierdzą, utrudnia im to *dużo pracy administracyjnej*. Biurokratyzacja jest wszechobecna. Lekarze stwierdzali wielokrotnie, że więcej czasu spędzają w pokoju lekarskim, wypełniając dokumentację medyczną, niż zajmując się pacjentem. Oceniali, że średnio na godzinę pracy przypada 15 minut czynności przy pacjencie, a 45 minut lekarz poświęca na obsługę administracyjną pacjenta. Proporcje te wydają się znacznie zaburzone. Jedna z pielęgniarek oddziału neurochirurgii opowiadała o braku możliwości większego zaangażowania w opiekę nad pacjentem mimo podejmowanych wysiłków:

Po pierwsze, sama praca na tym oddziale wymaga ogromnej odpowiedzialności i wymaga dużego zaangażowania. Odpowiadamy za życie ludzkie, kontrolujemy wszystkie parametry, odpowiadamy za przygotowanie sprzętu, leków. Po drugie, jest obciążenie pracą administracyjną, kiedyś tak nie było. Teraz mamy tyle dokumentacji do wypełnienia, że na kontakt z pacjentem mamy mało czasu i myślę, że przez to czują się osamotnieni, lekceważeni, sprowadzeni do roli przedmiotu. Staram się, mimo nawału pracy, aby tak nie było. Co jest istotne i to potęguje, to braki personalne, co powoduje odczucie przeciążenia pracą. Praca to też wysiłek fizyczny, nie tylko umysłowy, pacjentów trzeba umyć, przełożyć, co wiąże się z dźwiganiem i przeciążeniem kręgosłupa.

Opieka nad pacjentami, co podkreślali rozmówcy, szczególnie pielęgniarki, byłaby zdecydowanie łatwiejsza, gdyby nie braki personalne występujące w wielu szpitalach, i w ogóle w jednostkach ochrony zdrowia. Pielęgniarki, ale i lekarze, pracują w kilku miejscach, aby zwiększyć swoje zarobki. Badane pielęgniarki z żalem mówiły o bardzo niskim wynagrodzeniu za pracę. Lekarze zaraz po stażu lub ze stopniem specjalizacji skarżyli się, że zarabiają mniej niż lekarze rezydenci. Taka sytuacja rodzi frustrację i niezadowolenie. Może także budzić opór przed podejmowaniem nowych działań i inwestowaniem we własny rozwój, w tym w pogłębianie wiedzy medycznej, co z kolei może być niebezpieczne dla procesu leczenia pacjentów. Personel medyczny rozumie, że przełożeni nie mają większego wpływu na liczbę zatrudnionych osób, a także na podwyżki wynagrodzenia. Kieruje jednak do dyrekcji szpitala wezwania o podwyżki, grożąc odejściem z pracy. Braki kadrowe są zagrożeniem i budzą uzasadnione obawy u osób zarządzających. Dyrektorzy szpitala, ale także ordynatorzy oddziałów szpitalnych boją się, że nie będzie miał kto wykonywać planowych zabiegów i że zabraknie osób zapewniających sprawne funkcjonowanie szpitala. Personel medyczny podkreślał, że gdyby w szpitalu zatrudniona była wystarczająca liczba pracowników, praca byłaby spokojniejsza, a oni czuliby się bezpieczniej. Często jest tak, że jedna pielęgniarka opiekuje się

kilkunastoma pacjentami. Podczas nocnych dyżurów jest sama lub tylko z jedną koleżanką w całym oddziale (np. laryngologii czy neurochirurgii). Im mniejsze doświadczenie ma pielęgniarka, tym większy towarzyszy jej strach, lęk, zdenerwowanie i obawa o to, że jest sama i że nie ma obok koleżanki, która mogłaby jej pomóc w trudnej lub nagłej sytuacji.

Takie a nie inne zorganizowanie pracy powoduje, że pracownicy medyczni wszystkich trzech badanych oddziałów odczuwają permanentne zmęczenie. Może mieć to wpływ na całość psychofizycznego funkcjonowania organizmu, stąd warto zadbać, aby pracownicy medyczni wykonujący bardzo odpowiedzialne zadania byli wypoczęci. Sugerowanym rozwiązaniem mogłoby być ograniczenie miejsc pracy do jednego, dobrze wynagradzanego etatu. Podobnie jak w innych krajach, ale także i zawodach, lekarze i pielęgniarki mogliby dokonywać wyboru co do pracy w publicznej lub prywatnej ochronie zdrowia. Łączenie pracy w różnych miejscach rodzi podejrzenia o nieetyczne zachowania (np. wykonywanie prywatnych badań na sprzęcie w publicznym szpitalu, przyjmowanie na dyżurze w szpitalu prywatnych pacjentów), a także przyczynia się do braku pełnego zaangażowania w wykonywanie swoich obowiązków w publicznej służbie zdrowia.

Na emocje związane ze sposobem zorganizowania pracy ma wpływ także atmosfera w pracy oraz jakość relacji ze współpracownikami i przełożonymi. Badane osoby podkreślają, że w badanych oddziałach w zasadzie nie organizuje się spotkań integracyjnych, wspólnych spotkań wigilijnych czy wielkanocnych, nie obchodzi się urodzin (o czym pisałyśmy w rozdziale o komunikowaniu). Relacje współpracowników ograniczają się do interakcji służbowych, co także ma wpływ na pojawianie się negatywnych emocji. Tam, gdzie atmosfera pracy jest przyjazna, a pielęgniarki mają kontakty także pozazawodowe, da się zauważyć więcej sytuacji, w których pojawiają się pozytywne emocje, takie jak radość i zadowolenie. Personel pielęgniarski żartuje i śmieje się w trudnych sytuacjach, co może być też mechanizmem obronnym i elementem pracy emocjonalnej³. W kontekście emocjonalnego zaangażowania należy podkreślić, że pojawia się ono częściej, gdy relacje pomiędzy pracownikami przechodzą ze sfery czysto zawodowej i profesjonalnej w towarzyską i koleżeńską, a nawet przyjacielską. W ten sposób rośnie poziom wzajemnego zaufania, tak ważny w pracy lekarza czy pielęgniarki. Pielęgniarki z oddziału intensywnej terapii częściej niż te z innych oddziałów odwoływały się do pozytywnych relacji pomiędzy współpracownikami. Swoje grono pielęgniarskie określały jako bardzo przyjemne, a atmosferę – jako przyjacielską.

Z opisywanym zaangażowaniem emocjonalnym wiąże się także satysfakcja z pracy. Im większe zaangażowanie, im więcej pozytywnych emocji, tym satysfakcja z pracy większa. Satysfakcja pojawia się, gdy lekarz zdoła wyleczyć chorego lub gdy wysiłki pielęgniarki spowodują poprawę stanu pacjenta. Jedna z pielęgniarek

3 Więcej informacji o roli żartów w funkcjonowaniu personelu medycznego w oddziale szpitalnym. Czytelnik znajdzie w rozdziale *Uwarunkowania procesu komunikowania*.

opowiadała o pacjencie, którego reanimowano siedem razy – za każdym razem z sukcesem. Pytając o satysfakcję pracowników, w tym o ocenę zadowolenia z pracy, odwołujemy się do subiektywnego i introspektywnego stanu, który ma wpływ na funkcjonowanie pracownika. Badani wskazywali, że ich zadowolenie z pracy jest obecnie mniejsze niż w chwili, gdy ją zaczynali. Może to wskazywać na pojawiające się wśród pracowników wypalenie zawodowe. Takie wypowiedzi pojawiały się także u lekarzy rezydentów, co jest szczególnie niepokojące z uwagi na ich krótki staż pracy w zawodzie. Oczywiście, na odczuwanie takiego stanu może mieć wpływ obecny kontekst polityczny wpływający na sytuację lekarzy rezydentów i ich aktualna walka o lepsze warunki pracy. Przypomnijmy, że badania realizowane były także podczas ogólnopolskiego strajku lekarzy rezydentów.

Największą satysfakcję z pracy odczuwa personel pielęgniarski oddziału intensywnej terapii oraz lekarze z oddziału neurochirurgii. Mówią oni o prestiżu pracy w swoim oddziale i w swojej specjalności. Wysoki poziom satysfakcji z pracy wśród personelu pielęgniarskiego oddziału intensywnej terapii może być pochodną stosunkowo młodego wieku personelu, u którego jeszcze nie pojawiły się symptomy wypalenia zawodowego. Przypomnijmy, że w oddziale intensywnej terapii średnia wieku pracowników jest najniższa (w przypadku pielęgniarek jest to 27 lat), a jedyną pielęgniarką odbiegającą od tej średniej jest pielęgniarka oddziałowa. Może to być też wynik dużej rotacji personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w tym oddziale. Praca jest tu wyjątkowo odpowiedzialna i trudna emocjonalnie. Być może nie wszyscy są w stanie wytrzymać to napięcie i przenoszą się na inne oddziały. Trudność przypadków medycznych wymaga intensyfikacji wysiłków, ale owocuje zdobyciem ogromnego doświadczenia w dość krótkim czasie. W jednej z rozmów z pielęgniarką usłyszałyśmy, że *doświadczenie zdobyte na OIOM-ie w jeden miesiąc to 3 lata pracy na innym oddziale*. Duża zmienność działań nie tylko wpływa na zdobywanie potrzebnego doświadczenia, ale także zapobiega szybkiemu wypaleniu zawodowemu.

Lekarze oddziału neurochirurgii są dumni ze specjalizacji, którą wybrali. Uważają, że neurochirurg to najwyższej klasy specjalista, posiadający ogromną wiedzę i działający w najmniej możliwym do przewidzenia obszarze ludzkiego ciała, to jest mózgu. Jak mówił kierownik oddziału – neurochirurgami zostają najlepsi studenci. Między innymi w związku ze znacznie utrudnionym dostępem do specjalizacji neurochirurgicznej oraz koniecznością stałego podnoszenia kwalifikacji neurochirurgów cenią swój status, uważając się za najlepszych z najlepszych. Duma oraz odczuwany prestiż zawodu wpływają na jakość relacji interpersonalnych i zachowanie lekarzy w stosunku do pozostałego personelu medycznego oraz pacjentów i ich rodzin. O stosunku do innych specjalności, w tym żartach z – na przykład – ortopedów, pisałyśmy w rozdziale o komunikowaniu.

Badani zapytani o to, jakie emocje najczęściej towarzyszą im podczas dnia pracy, mówili, że są to kolejno: frustracja, zniecierpliwienie oraz radość. Czasami pojawiają się satysfakcja, duma, szacunek oraz niechęć, niepewność, lęk, złość

i wstyd. Duma pojawia się jako rezultat dobrze przeprowadzonego zabiegu albo wykonania trudnej czynności, której opanowanie wymagało czasu. Duma pojawia się także jako wynik prestiżu zawodu lub miejsca pracy (czy to szpitala, czy oddziału). Szczególnie widoczne było to wśród lekarzy neurochirurgów. Wielokrotnie podkreślali, że tę specjalność wybierać i wykonywać mogą tylko najlepsi lekarze (por. Johannessen, 2014).

7.3.3. Status i władza jako źródło emocji

Jak pisałyśmy wcześniej, emocje powstają w interakcjach społecznych, kształtując je oraz wpływając na cały proces komunikacji. Nie ma wątpliwości, że emocje pozwalają człowiekowi przystosować się do okoliczności środowiskowych, których część stanowią reakcje społeczne (zob. Plutchik, 1991). Jak pisze Theodore Kemper (2005: 73), „osadzenie osoby na podłożu społecznym decyduje o tym, które emocje będą wyrażane w określonym czasie i miejscu, na jakich podstawach i z jakiego powodu, dzięki jakim sposobom ekspresji i przez kogo” (zob. też Kemper, 1991).

Powstające na bazie relacji społecznych emocje opisać możemy między innymi poprzez wymiar władzy i statusu (zob. Kemper, 2008). Interakcje i zmiany względnej władzy i statusu (prestiżu) jednostek mają wpływ na wzbudzanie negatywnych i pozytywnych emocji. Władza to stan w relacjach międzyludzkich, w którym jeden aktor społeczny zmusza drugiego do zrobienia czegoś, na co ten drugi nie ma ochoty. Status natomiast rozumiany jest jako pewien stan w relacjach społecznych, który dotyczy dobrowolnego zastosowania się do interesów i wymogów innej osoby. Status jednego aktora nadawany jest przez drugiego poprzez akty uznania wartości tego pierwszego. I choć „status” i „władza” to pojęcia częściej kojarzone z paradygmatem strukturalnym, to poprzez nadanie im charakteru interakcyjnego i analizowanie w kontekście procesu wpisują się w opis dokonywany w paradygmacie interpretatywnym. To aktorzy społeczni, dokonując interpretacji wzrostu lub spadku statusu i/lub poziomu władzy własnego lub innych, nadają im znaczenia oraz konteksty. Wzajemne relacje aktorów prowadzą do zmian w ekspresji każdego z nich oraz do zmian w podejmowanym działaniu (Kemper, 2008: 128; por. Kemper, 1978; 2005; zob. Pawłowska, 2013: 69–71; Pawłowska, 2014: 39–52).

Hierarchiczność zaznaczająca się w procesie pracy personelu medycznego, o której pisałyśmy w rozdziale o komunikacji, wyraźnie implikuje pojawianie się określonych emocji. Lekarze posiadający najwyższy status i prestiż częściej odczuwają dumę i zadowolenie. Czują się w miarę bezpiecznie (jedynym zagrożeniem jest ewentualna skarga pacjenta lub jego rodziny). W sytuacji zagrożenia następuje spadek poziomu statusu własnego, co prowadzi do odczuwania złości, frustracji i gniewu, który to najczęściej kanalizowany jest pionowo w hierarchii w dół, czyli

w kierunku pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego. Pielęgniarki swoje negatywne emocje powstałe wskutek spadku statusu przekazują w kierunku salowych. To one, mając najniższy status w hierarchicznej strukturze oddziału szpitalnego, najbardziej narażone są na kumulowanie negatywnych emocji.

Obserwując pracę w badanych oddziałach szpitalnych (szczególnie w oddziale laryngologii i neurochirurgii), łatwo można było zauważyć, że pielęgniarki podkreślają większy zakres posiadanej władzy i wyższy status w stosunku do salowych. W oddziale neurochirurgii pielęgniarki odmawiały na przykład jedzenia drugiego śniadania w obecności salowych. Spożywające posiłek przy stole we wspólnym pokoju socjalnym salowe wstawały i kończyły jedzenie, gdy pielęgniarki przygotowywały się do zjedzenia drugiego śniadania.

W sytuacji konfliktowej pomiędzy lekarzem a pielęgniarką ta druga z pewnością odczuwa spadek poziomu władzy. W zachowaniu pielęgniarek zaobserwować można było wycofanie z działań, powstrzymanie się od komentarzy, niewchodzenie w dyskusję z lekarzem. Jawne i publiczne podejmowanie przez lekarzy działań, których skutkiem jest obniżanie statusu i zakresu władzy pielęgniarek, rodzi dla nich niebezpieczeństwo pojawienia się braku szacunku ze strony salowych. Salowe będące świadkami sytuacji poniżania pielęgniarek same mogą zaprzestać akceptowania uzgodnionego wcześniej w toku interakcji statusu i zakresu władzy pielęgniarek. U pielęgniarek pojawić się może strach przed utratą twarzy (zob. Goffman, 1981; 2008), co stanowi z kolei silny motywator działań odwetowych. Stąd pielęgniarki częściej niż inne grupy personelu medycznego wspominały o nierównych relacjach na linii lekarz – pielęgniarka. Kierunek komunikacji określany jest przez lekarza. To on ma pozycję dominującą. Wydaje polecenia i oczekuje konkretnego działania. Mając władzę, może zmusić pielęgniarkę do zrobienia czegoś, na co ona nie ma w danej chwili ochoty lub czego nie powinna wykonywać ze względów formalno-prawnych. Do takich sytuacji należy na przykład wydanie przez lekarza polecenia jedynie w formie ustnej dotyczącego podania pacjentowi leków, bez wcześniejszego wpisu do określonych dokumentów, co jest wymagane prawnie. Wykonując takie polecenie, pielęgniarka łamie prawo i naraża się na ewentualne negatywne konsekwencje. Pielęgniarki opowiadały nam, że czasami lekarze wymuszają na nich przekraczanie zakresu ich obowiązków, co staje się źródłem zakłóceń w relacjach z lekarzami oraz uniemożliwia terminowe wykonywanie przypisanych im zadań.

Relacje z osobami znajdującymi się wyżej w szpitalnej hierarchii są zatem jednym z głównych źródeł emocji występujących w pracy personelu medycznego. W ocenie niektórych pielęgniarek lekarze nadużywają swojej pozycji, traktując pielęgniarki jak *dziewczyny na posyłki* (kod *in vivo*), i nie doceniają wartości ich pracy. Pomimo posiadania wyższego wykształcenia i wiedzy medycznej, często równie ważnej w codziennej praktyce jak wiedza lekarza, pielęgniarki traktowane są przedmiotowo, z wyraźnie odczuwanym przez nie niższym poziomem ich statusu. Jak opowiadała pielęgniarka pracująca w oddziale neurochirurgii:

Z lekarzami współpraca układa się z reguły dobrze, ale pan doktor to zawsze pan! Doktor! Najlepiej jakbyśmy wypełniały za niektórych ich obowiązki, których są świadomi, i wiedzą, że do nich należą, a próbują je rzucić na nas, to jest super są uśmiechnięci i zadowoleni. Czasami traktują nas przedmiotowo, dosłownie jak dziewczyny na posyłki i te, które się buntują, myślę, że nie mają wysokich notowań. I takich w tym zespole jest dość dużo, gdyż znamy swoją wartość [...]. Współpraca z niektórymi lekarzami, z którymi pracuje się bezpiecznie, jest sprawna i przebiega bez zakłóceń. Niektórzy lekarze, ci co czują się niepewnie, wprowadzają nerwową atmosferę, wszystko im przeszkadza, wtedy człowiek się czuje podenerwowany i niespokojny. Często mamy wrażenie, że nie doceniają naszej pracy, co powoduje niepotrzebnie zdenerwowanie i negatywne emocje, jak złość, frustracja.

Zdarza się, że doświadczona pielęgniarka asystująca / uczestnicząca w zabiegu przejmie emocje operującego lekarza. Zarówno lekarz, jak i pielęgniarka doskonale wiedzą, że to operujący lekarz ponosi odpowiedzialność za życie operowanego czy intubowanego pacjenta. W przypadku niespodziewanych trudności lekarz, szczególnie ten mniej doświadczony, może spanikować, załamać się. Dlatego pielęgniarka czasami dostosowuje swoje działania, przejmując część odpowiedzialności, ale także negatywnych emocji lekarza. Na przykład nie informuje o spadku ciśnienia krwi u pacjenta, aby nie rozpraszać lekarza wykonującego operację mózgu, tylko podejmuje akcję wyrównania ciśnienia samodzielnie. Bywa, że to pielęgniarka podpowiada lekarzowi, jakie czynności powinien wykonać lub jak rozwiązać daną sytuację, na przykład dotyczącą przebiegu trudnej rozmowy z pacjentem lub rodziną pacjenta. Jednak zawsze robi to tak, aby lekarz nie odczuł zagrożenia spadku swojego statusu. Niejednokrotnie lekarze nie zauważają pomocy pielęgniarek wykonujących pracę emocjonalną niejako za lekarza. Zjawisko to nazwałyśmy „trzymaniem” przez pielęgniarki emocji lekarza.

Takim asymetrycznym relacjom lekarz – pielęgniarka mogą towarzyszyć negatywne emocje takie jak: złość, frustracja, gniew, niezadowolenie, ale także poczucie niskiej wartości, co może mieć realne przełożenie na sposób i jakość wykonywanych obowiązków zawodowych. Autonomia zawodu jest postawą współpracy w obrębie personelu zarówno pielęgniarskiego, jak i lekarskiego. Z badań Jolanty Glińskiej i Magdaleny Lewandowskiej (2007: 249) wynika, że czynnikiem zakłócającym prawidłową współpracę jest stres odczuwany przez pielęgniarkę, którego głównym powodem są lekarze.

W ocenie badanych przez nas pielęgniarek *lekarz jest zawsze lekarzem, a my tylko pielęgniarkami*. Pomimo pozytywnych relacji, żartów i zaufania niejednokrotnie dają oni odczuć pielęgniarkom, że są od nich lepsi jako grupa zawodowa, czasami umniejszając wartość personelu pielęgniarskiego. Takie zachowania najczęściej pojawiają się w sytuacjach kryzysowych, stresowych i trudnych. Identyczną opinię odnośnie do relacji pielęgniarka – lekarz prezentuje ponad połowa pielęgniarek w badaniach przeprowadzonych przez Halinę Zielińską-Więczkowską i Annę Buśkę (2010: 7). Pracownicy ochrony zdrowia, w tym pielęgniarki, znajdują się w grupie zawodowej, która w najwyższym stopniu narażona jest na mobbing, gdyż lekarze często stwarzają sytuacje, które powodują konflikty, nieporozumienia oraz negatywną atmosferę we współpracy (zob. Zdziebło, Kozłowska, 2010: 218).

Odnosząc się do koncepcji Theodore'a Kempera, należy zauważyć, że posiadające władzę jednostki (lekarze) mają możliwość poniżania i deprecjacji osób stojących niżej w hierarchii zawodowej (pielęgniarek). Wyższy status daje możliwość dawania i otrzymywania szacunku, przyjmowania wyrazów uznania, ale także wymagania okazywania uległości, uступliwości i posłuszeństwa. Bywa, że operujący lekarze obwiniają pielęgniarki za braki sprzętowe, wołając podniesionym głosem: *Jak to nie ma! Czym mam pracować!*. Zdarza się, że lekarze wymagają od pielęgniarek zapamiętania ich upodobań. Gdy nie spełniają oczekiwań, zostają skarcone w delikatny lub mniej subtelny sposób: *No co ty, nie wiesz, że ja nie lubię tych rękawiczek?* albo *Ja nie używam strzykawki dwudziestki, to takie trudne do zapamiętania?*. W zasadzie każda z badanych pielęgniarek była w stanie przytoczyć jakąś sytuację, w której odczuwała negatywne emocje w kontakcie z lekarzem. Dla jednych było to frustrujące, poniżające i zdecydowanie wpływające na atmosferę pracy. Inne określały takie działania jako incydentalne. Dokonywały racjonalizacji, twierdząc, że są to zachowania, którymi nie należy się przejmować, ale raczej skwitować powiedzeniem: „Coś go ugryzło”, „Miał zły dzień”.

Przyzwyczajenie do sytuacji obniżania statusu pielęgniarki skutkować może brakiem wzajemnego szacunku w relacji lekarz – pielęgniarka oraz obniżeniem poziomu zaufania, tak potrzebnego w pracy personelu medycznego.

Ciekawym zaobserwowanym zjawiskiem jest „zarażanie się” brakiem szacunku i fasadowość życzliwości i uśmiechów. Jak pisałyśmy, najwyżej w hierarchii oddziału szpitalnego stoi ordynator (kierownik) oddziału. Jego wysoką – dominującą – pozycję podkreśla nie tylko posiadanie własnego gabinetu, ale przede wszystkim decyzyjność i możliwość kierowania pracą innych. Wysoki status i prestiż uprawnia do oczekiwania posłuszeństwa i podporządkowania. Jednostki buntujące się silniej odczuwają wysoki poziom władzy osób znajdujących się wyżej w hierarchii. Niektórzy lekarze wspominali o tym, że nie są dopuszczani do wykonywania zabiegów uważanych za bardziej prestiżowe. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki w swoich wypowiedziach odnosili się do nierównego przydziału pacjentów, podziału zadań, godzin pracy, dyżurów i wymagań co do maksymalnego zaangażowania w pracę, w tym pracę naukową. Lekarze często interpretowali te działania jako brak szacunku w stosunku do nich i ich pracy. Takie zachowanie implikowało pojawianie się negatywnych emocji, które następnie przekazywane były w dół, w kierunku pielęgniarek i salowych. W ten sposób jednostki znajdujące się na różnych szczeblach szpitalnej hierarchii „zarażają się” negatywnymi emocjami, przekazując je kolejno w dół do różnych grup pracowników medycznych i niemedycznych. Zapobiegając obniżeniu swojej samooceny i broniąc się przed obniżeniem własnego statusu i prestiżu, lekarze kierują podobne działania w stronę pielęgniarek, a te z kolei – w stronę salowych. Ten proces nazwałyśmy „grą w brak szacunku”. Ponieważ salowe już wcześniej zinternalizowały i zaakceptowały swój niski status, zarządzają negatywnymi emocjami, takimi jak zażenowanie czy wstyd, wynikającymi z braku szacunku. Salowe zracjonalizowały swoje działania. Uważają, że *ktos*

musi wykonywać te czynności. Mówią, że pomagają pacjentom i dbają o czystość szpitala. Uważają, że bez nich szpital nie mógłby sprawnie funkcjonować. Taka technika zarządzania emocjami jest bardzo efektywna i zabezpiecza przed frustracją i apatią. Takim działaniem chroniącym przed negatywnymi emocjami u pielęgniarek jest natomiast unikanie sytuacji, które owe uczucia powodują. Może to być na przykład takie ustawianie grafików i dyżurów, aby nie pracować z lekarzem, którego zachowanie powoduje odczuwanie negatywnych emocji. Tacy lekarze określani są przez pielęgniarki mianem *trudnych*. Inną strategią chroniącą przed negatywnymi emocjami jest odczuwanie dumy z powodu wykonywania zawodu, którego misją jest pomaganie chorym i cierpiącym.

Z badań przeprowadzonych przez Agnieszkę Bielemuk wraz z zespołem (2007: 27–33) wynika, że na relacje interpersonalne pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami wpływ ma staż pracy tej drugiej grupy zawodowej. Personel pielęgniarski mający długi staż zatrudnienia zdecydowanie częściej określa owe relacje z lekarzami jako dobre w przeciwieństwie do pielęgniarek legitymujących się krótkim stażem pracy. Pielęgniarki o niezbyt długim stażu znacznie częściej określały kontakty z lekarzami jako dostateczne lub wręcz niedostateczne. Nasze badania tylko częściowo potwierdzają tę tezę. Faktycznie, pielęgniarki z dłuższym stażem z oddziału neurochirurgii swoje relacje z lekarzami określały jako pozytywne i partnerskie, pełne wzajemnego szacunku i ciepła. Mówiły, że same dobrze wiedzą, co mają robić, a lekarze im ufają. Młodsze pielęgniarki stwierdzały, że czasami odczuwają pogardliwe zachowanie lekarzy albo zaznaczały fakt braku szacunku lub trudności we wzajemnych relacjach. Sytuacja wygląda jednak inaczej w odniesieniu do oddziału intensywnej terapii. Przypomnijmy, że personel pielęgniarski zatrudniony w oddziale intensywnej terapii legitymuje się najkrótszym stażem pracy, a relacje pomiędzy personelem medycznym są tam określane jako bardzo dobre. Występuje tam najwyższy poziom wzajemnego zaufania i to tam pielęgniarki najczęściej „trzymają” emocje lekarzy. Dotyczy to głównie pielęgniarek anestezjologicznych oraz pielęgniarki oddziałowej. W oddziale laryngologii relacje najczęściej sprowadzane są do procedur i poleceń wydawanych pionowo w dół. W każdym z badanych oddziałów na jakość kontaktów pozytywnie wpływa sumienność po obu omawianych stronach relacji, ale także komunikatywność, zaufanie, otwartość oraz wyrozumiałość.

7.4. Podsumowanie

Podsumowując wyniki analiz dotyczących emocji powstających w pracy personelu medycznego pracującego w badanych przez nas oddziałach, na początek należy stwierdzić, że zarządzanie emocjami lekarzy i pielęgniarek nie jest w żaden sposób

sprofesjonalizowane. Badanym brakuje na przykład publikacji skierowanych do personelu medycznego dotyczących zarządzania emocjami, radzenia sobie w sytuacjach trudnych i traumatycznych czy choćby opisów działań osób mających podobne doświadczenia. W pracy, ale także poza nią, pozostają oni sami z emocjami swoimi i emocjami pacjentów. Widoczny jest brak wsparcia psychologicznego, w tym także zajęć z zakresu różnych dziedzin psychologii podczas edukacji na medycznych studiach wyższych.

Odnieść należy się także do fasady życzliwości i udawanego uśmiechu, które zaobserwowałyśmy w trakcie badań. Personel medyczny wykonuje płytką pracę emocjonalną (zob. Hochschild, 1983; 2009) i w kontakcie z pacjentem lub jego rodziną stara się zachować powagę i serdeczność. Według badanych są to oznaki profesjonalizmu. Niejako „na zimno”, bezemocjonalnie podchodzą do trudnych i przykrych sytuacji. Na korytarzach szpitalnych trudno dostrzec na twarzach negatywne emocje. Zauważalne są one dopiero w przestrzeni zamkniętej. W pokojach lekarskich i pielęgniarskich toczą się spory, kłótnie, a także rozgrywają się długoletnie konflikty. To tam opada „maska” i fasadową życzliwość zastępują długo nieokazywane emocje. Tam też można odpocząć i rozładować emocje poprzez ich wygaszenie lub uzewnętrznienie.

Dzień pracy lekarza czy pielęgniarki jest dość nieprzewidywalny. Konsekwencją tego jest frustracja, która nieodpowiednio zarządzana może mieć negatywny wpływ na proces pracy i współpracy, w tym wzajemne zaufanie i szacunek, a w zasadzie ich brak. Frustrację powoduje także przeciążenie pracą na skutek braków kadrowych oraz wieloletowości. Wpływają na nią też organizacja i warunki pracy. Kolejny czynnik potęgujący frustrację i stres to przerzucanie przez lekarzy części swoich obowiązków i odpowiedzialności na pielęgniarki. To wszystko wpływa na charakter relacji lekarz – pielęgniarka, w której zdarza się, że brakuje szacunku i wzajemnego respektowania swoich praw i obowiązków. Rodzi to psychiczny dyskomfort.

Czynnikiem powodującym największe obciążenie emocjonalne jest śmierć pacjenta. Badani podkreślają, że nie da się na nią przygotować ani uodpornić. W takich sytuacjach pomaga rozmowa z koleżankami w pokoju lekarskim i/lub pielęgniarskim, ale także otrzymywane w domu wsparcie członków rodziny.

Zakończenie

Celem niniejszej książki było pokazanie rzeczywistości społecznej z perspektywy pracowników systemu ochrony zdrowia, a konkretnie personelu medycznego pracującego w dużym szpitalu publicznym. W etnografii tej chcieliśmy ukazać organizacyjną codzienność oddziałów szpitalnych oraz realia pracy zatrudnionych tam osób z ich jasnymi stronami oraz trudnościami, z którymi muszą się mierzyć. Pracownicy i pacjenci, a także rodziny pacjentów, podejmując działania terapeutyczne i opiekuńcze we wspólnych staraniach o powrót chorego do zdrowia, muszą odnaleźć się w specyficznym kontekście, na który składają się między innymi specjalizacja medyczna danego oddziału i charakterystyka trafiających do niego pacjentów, wspólnie podzielana przestrzeń, a także sposób zarządzania szpitalem i obowiązujący na poziomie krajowym system prawny. Wspólny cel, jakim jest zdrowie pacjenta, angażuje dzień po dniu personel medyczny i niemedyczny, a także pacjentów i ich rodziny, w interakcje i działania, z których wyłaniają się niepowtarzalne rzeczywistości społeczne oddziałów szpitalnych. Mamy nadzieję, że w poszczególnych rozdziałach udało nam się dobrze oddać ich specyfikę.

Przeprowadzone przez nas badania wykazały, że przestrzeń oddziałów jako byt fizyczny jest też społecznie konstruowana w toku codziennych interakcji między różnymi aktorami społecznymi, wpływa na ich kontrolę nad przestrzenią i ich mobilność. Ograniczenia wynikające z takiej a nie innej fizycznej przestrzeni, w której działają, skłaniają pracowników medycznych do adaptowania się do tych warunków albo ich aktywnego kształtowania i dopasowywania do swoich potrzeb. Większa kontrola nad przestrzenią jest przy tym związana z pozycją zajmowaną w hierarchii zawodów medycznych. Przestrzeń jest nośnikiem znaczeń i staje się narzędziem czy też kanałem komunikowania sprzyjającym koordynacji działań medycznego i niemedycznego personelu oddziałów.

Jak wskazałyśmy w rozdziale czwartym, każdy z ordynatorów badanych oddziałów stosuje odmienny, charakterystyczny dla siebie styl zarządzania. Na wybór stylu kierowania wpływ mają, odrębnie dla każdego oddziału, dwa rodzaje czynników. Pierwszy z nich dotyczy uwarunkowań merytorycznych obejmujących specyfikę pracy danego oddziału. Drugi odnosi się do relacji interpersonalnych i grupowych, to jest między innymi do sposobów kształtowania tych interakcji i podejmowanych działań. Jest on ważny także z powodu specyficznych uwarunkowań

organizacyjnych, które komplikują relację przełożony – podwładny. Co ciekawe, w trzech badanych oddziałach style kierowania personelem lekarskim i pielęgniarsko-salowym równoważyły się. Badania wykazały także, że w sytuacji braku profesjonalnego przygotowania do zarządzania zespołami ludzkimi na sposób kierowania w znacznym stopniu wpływ ma proces socjalizacji wtórnej.

Jeśli chodzi o proces komunikowania w oddziałach szpitalnych, nasze badania wykazały, że w każdym z nich proces ten przebiegał nieco inaczej. Mimo to wyróżniłyśmy kilka elementów mających znaczny wpływ na przebieg samej komunikacji i mogących wspomagać ten proces. Jak się okazało, najlepsza atmosfera panuje tam, gdzie występuje efektywna – i niezbędna do prawidłowego przebiegu procesu zdrowienia chorego – współpraca pomiędzy poszczególnymi pracownikami, głównie lekarzami i pielęgniarkami. Komunikacja ma wtedy charakter merytoryczny, otwarty, instrumentalny oraz zawiera element afektywny. Jeśli chodzi o konflikty w pracy, to najczęstszą ich przyczyną są warunki pracy. Tak często przywoływane żarty pracowników świadczą o tym, że relacje pomiędzy nimi są dobre. Pozwalają także na rozładowanie drobnych konfliktów i zapobieganie narastaniu nieprzyjemnej atmosfery w pracy.

Niepewność opisana została w rozdziale szóstym jako nieodłączny element praktykowania medycyny. Nie stanowi ona jednowymiarowego czynnika, z którym lekarze muszą liczyć się w swojej codziennej pracy. Na jego kształt wpływ mają nie tylko uwarunkowania zewnętrzne, takie jak specyfika specjalizacji medycznej czy cechy leczonych pacjentów. Charakter niepewności, jakiej doświadczają lekarze różnych specjalności, jest nieco odmienny, dlatego też praktykujący medycynę konstruują własne, specyficzne sposoby i strategie radzenia sobie z nią. Można jednak wyróżnić kilka typowych sposobów radzenia sobie z niepewnością, które nazwałyśmy „strategiami asekuracyjnymi”.

Jak wynika z treści rozdziału siódmego, zarządzanie emocjami przez lekarzy i pielęgniarki nie jest w żaden sposób sprofesjonalizowane. Zarówno w pracy, jak i poza nią pozostają oni sami z emocjami swoimi i emocjami pacjentów. Być może właśnie dlatego personel medyczny wykonuje płytką pracę emocjonalną i za fasadą profesjonalnej serdeczności często ukrywa dystans. Jak wspominałyśmy, niepewność jest nieodłączną częścią pracy medycznej, co budzi trudne emocje. Konsekwencją tej sytuacji jest frustracja, która ma negatywny wpływ na proces pracy i współpracy pomiędzy członkami personelu szpitala. Nie jest zaskoczeniem, że czynnikiem powodującym największe obciążenie emocjonalne jest śmierć pacjenta. Jednak interesujące jest to, że nawet najbardziej odporni i doświadczeni lekarze i pielęgniarki nie tworzą na tyle efektywnych sposobów radzenia sobie ze śmiercią pacjenta, aby się od niej dystansować czy do niej przywyknąć.

Relacja pomiędzy aktorami społecznymi i kreowaną społecznie rzeczywistością organizacji nie jest jednostronna. Nie tylko aktorzy kreują rzeczywistość, w której funkcjonują. Konteksty pracy i relacje międzyludzkie funkcjonujące w każdym z oddziałów szpitala wpływają na tożsamości, perspektywy postrzegania siebie

i innych (Byczkowska, 2006), sposoby realizacji ról społecznych (zob. Goffman, 1981), internalizację określonych wartości i norm społecznych czy też na sposoby radzenia sobie z emocjami (Pawłowska, 2013). Kultura organizacyjna każdego z badanych oddziałów szpitalnych jest niepowtarzalną całością (Pawłowska, 2011), kształtowaną przez lekarzy, pielęgniarki, salowe, fizjoterapeutów, psychologów, ratowników medycznych, personel techniczny, administracyjny, pacjentów i ich rodziny, a także inne osoby mające styczność z oddziałem. Obejmuje ona swoiste dla każdego oddziału artefakty językowe, to jest formy adresatywne, sposoby komunikowania, w tym żarty, kartki z informacjami i tablice informacyjne, artefakty fizyczne, czyli między innymi kształtowanie przestrzeni, wygląd tablic informacyjnych, ubiór oraz artefakty behawioralne, w tym rytuały, sposoby działania i relacje pomiędzy różnymi kategoriami personelu medycznego.

Jak wspomnieliśmy powyżej, kultura ta kształtowana jest w specyficznym kontekście, reprodukowanym na kilku poziomach. Korzystając z narzędzi, których dostarcza metodologia teorii ugruntowanej, w tym przypadku z matrycy warunków (*conditional matrix*) (Strauss, Corbin, 1990: 168; Konecki, 2000: 49–51), przedstawiliśmy uwarunkowania działań aktorów społecznych zaangażowanych w badanych oddziałach szpitalnych. Szczegółowe zbadanie poziomów nie było, co prawda, celem naszych badań, lecz napisaliśmy o nich, ponieważ ustanawiają one kontekst, w którym konstruowana jest zarówno kultura organizacyjna poszczególnych oddziałów, jak również codzienna praktyka leczenia i opieki nad leczonymi w oddziale pacjentami. Kontekst ten, zależnie od roli – lekarza, pielęgniarki, chorego czy jego rodziny – w mniejszym lub większym stopniu wpływa także na kształtowanie doświadczeń z oddziału szpitalnego. Zarysowują go poniżej zaprezentowane poziomy matrycy warunków.

- Poziom międzynarodowy: przyjęte i wdrożone międzynarodowe standardy i cele opieki zdrowotnej (np. *evidence based medicine*), procedury postępowania opisane w literaturze medycznej, ale także kształcenie na zagranicznych uczelniach podczas staży, stypendiów, gościnnych wykładów, udział w konferencjach poza Polską. Kontakt z międzynarodowymi instytucjami medycznymi kształtuje wiedzę, ale i praktyki badanych (np. zasada *continuity of care* stosowana w oddziale neurochirurgii).
- Poziom krajowy: punkt wyjściowy stanowią krajowe standardy i wymagania opisane w procedurach Narodowego Funduszu Zdrowia, uregulowaniach prawnych Ministerstwa Zdrowia, ale także system kształcenia, zakres wiedzy medycznej i sposoby jej interpretowania, które nauczane są na studiach medycznych. Nie bez znaczenia dla rzeczywistości, w jakiej funkcjonują przedstawiciele personelu, jest także nagonka polityków na środowisko lekarskie, jak sami lekarze często o tym mówili.
- Poziom społeczności: elementami z tego poziomu, które wpływają na działania aktorów społecznych pracujących w oddziałach szpitalnych, są przede wszystkim habitusy (Bourdieu, 1977) poszczególnych zawodów – lekarzy

danej specjalności, pielęgniarek, innych przedstawicieli personelu. Kulturę organizacyjną i realia pracy w każdym z oddziałów kształtują także relacje grup różnych specjalności czy zawodów medycznych. Istotnym elementem tego poziomu jest również szeroko rozumiana relacja pacjent – personel.

- Poziom organizacyjno-instytucjonalny: to przede wszystkim organizacyjna rzeczywistość badanego szpitala, a konkretnie system zarządzania szpitalem, jego charakter kliniczny, system równoważnego czasu pracy, rodzaj zatrudniania różnych kategorii pracowników itp.
- Poziom wewnątrzorganizacyjny: to specyficzne rozwiązania organizacyjne realizowane w konkretnym oddziale – formalne i nieformalne, wytwarzane lokalnie, reguły funkcjonowania oddziałów związane na przykład z organizacją pracy, systemem nagród i kar, stylem kierowania, formalnymi i nieformalnymi kanałami komunikacji, hierarchią. Do tego poziomu możemy zaliczyć także funkcjonowanie pracowników oddziałów w relatywnej izolacji od innych oddziałów. Personel ma ograniczoną wiedzę dotyczącą tego, jakie reguły obowiązują w innych oddziałach, a przynależność odczuwają oni raczej wobec swojego oddziału niż wobec szpitala jako całości.
- Poziom grupowo-indywidualny: to wspólnie podzielana rzeczywistość społeczna, w której wyżej wymienione czynniki wpływają na jednostkę, niezależnie od roli, jaką pełni w oddziale. Funkcjonowanie w tej rzeczywistości przekłada się na osobiste doświadczenie pracy w oddziale czy pobytu w nim (w charakterze chorego lub kogoś z jego bliskich).
- Poziom interakcji: poprzez interakcje aktorzy społeczni kształtują otaczającą ich organizacyjną rzeczywistość, a więc i reprodukują wzorce tych interakcji czy działań, które pozwalają realizować cele szpitala i oddziału w określonym kontekście (opisanym na wyższych poziomach).
- Poziom działania: to najbardziej bezpośredni sposób, w jaki aktorzy realizują wzorce kulturowe, na przykład podejmując określone działania w specyficzny sposób na podstawie interpretacji zinternalizowanych w kontekście uwarunkowań z wyższych poziomów matrycy.

Istotne jest, że pomimo iż oddziały są częściami jednego dużego szpitala, w każdym z nich ukształtowały się swoiste i często odmienne od siebie sposoby działania aktorów społecznych. Jak się zatem okazuje, konteksty funkcjonowania każdego z oddziałów są na tyle specyficzne, że rzeczywistość społeczna każdego z nich ma charakter idiosynkratyczny. Wpasowuje się to w tezę o autonomicznym charakterze kultury organizacyjnej (Konecki, 2002) jako zjawiska społecznego podlegającego ciągłej rekonstrukcji przez uczestniczących w niej aktorów społecznych. Już po zakończeniu naszych badań w oddziałach zaszły pewne zmiany. W jednym przypadku dotyczyły one stanowisku ordynatora, w drugim – rozwoju konfliktu pomiędzy pracownikami, w trzecim – zmiany statusu lekarzy rezydentów wobec lekarzy specjalistów na skutek wywalczonej po ogólnopolskim strajku podwyżki wynagrodzeń. Dzięki temu, że nadal utrzymujemy kontakt z dyrekcją

szpitala, dowiedziałyśmy się, że pod wpływem tych zdarzeń przekształceniu uległy niektóre zasady czy normy funkcjonujące wcześniej w oddziałach.

Przykład tych trzech oddziałów pokazuje, że ujednolicone, zinstytucjonalizowane cele systemu ochrony zdrowia, które stawia się przed poszczególnymi placówkami, nawet w ramach jednego szpitala są realizowane w bardzo różnych kontekstach kulturowo-społecznych. Wcześniej wspominałyśmy, że cele systemu ochrony zdrowia bywają dość enigmatycznie formułowane na poziomie międzynarodowych organizacji medycznych. Z oczywistych względów na poziomie placówek medycznych są one określone bardziej precyzyjnie. Dla potrzeb zarządzania i kontroli cele te często są biurokratycznie zdefiniowane jako zadania lub funkcje. Koncentrują się one na różnych typach działań: pielęgnacyjno-opiekuńczych, naukowo-badawczych, prewencyjnych, diagnostyczno-leczniczych, edukacyjnych, rehabilitacyjnych i integrujących (Domaradzki, 2018: 2). Aby dopełnić obrazu niepowtarzalnej, konstruowanej społecznie i procesualnej w swym charakterze rzeczywistości badanych oddziałów, przybliżymy, jak realizowały one wymienione wyżej zadania.

Pierwszy rodzaj to zadania pielęgnacyjno-opiekuńcze, do których zaliczyć możemy opiekę, wsparcie emocjonalne pacjenta, ograniczanie stresu związanego z chorobą i budowanie zaufania. Praca z pacjentami, a także inne zadania stojące przed personelem pielęgniarzkim, który spędza z pacjentem najwięcej czasu, w każdym z badanych oddziałów są realizowane odmiennie. Stan ogólny chorych wpływa na sposób pracy personelu, a także jest źródłem różnego rodzaju emocji oraz sposobów radzenia sobie z rodzinami pacjentów.

Drugi rodzaj zadań to te naukowo-badawcze, a więc ukierunkowane na badanie przyczyn chorób i rozwijanie metod leczenia. Ponieważ badane przez nas oddziały są częścią szpitala klinicznego, część jego personelu stanowią pracownicy naukowcy. W zależności od oddziału różna była forma i intensywność pracy naukowej. W jednym oddziale była to praca grupowa, w którą angażowano lekarzy rezydentów przygotowujących prace doktorskie. W innych była to praca pod kierunkiem naukowym znanego profesora, podporządkowującego pracę naukową swoich podwładnych swoim własnym zainteresowaniom.

Działania prewencyjne, które stanowią trzeci rodzaj zadań i polegają na promowaniu zdrowia i zapobieganiu chorobom, w zasadzie nie miałyśmy okazji obserwować z uwagi na charakter badanych oddziałów (chirurgiczne i intensywnej terapii). W kontekście komunikowania z pacjentami czy ich rodzinami na tablicach ogłoszeniowych wywieszonych na korytarzach dostępne były krótkie informacje dotyczące zapobiegania chorobom i instrukcje dezynfekcji rąk. Zadania prewencyjne zapewne są realizowane w bezpośrednich interakcjach z pacjentami i ich rodzinami.

Z kolei zadania z kategorii diagnostyczno-leczniczych, polegające na dążeniu do określenia u pacjenta jednostki chorobowej i zapewnienia świadczeń medycznych zmierzających do jego wyleczenia były, zdaniem pracowników i dyrekcji szpitala,

realizowane w sposób wysokospecjalistyczny. Realizowana przez poszczególnych ordynatorów polityka rozwoju oddziałów obejmowała kształcenie i specjalizację pracowników w obsłudze urządzeń medycznych. Także sposoby stawiania diagnozy czy podejmowania decyzji dotyczących kolejnych kroków terapeutycznych różniły się w badanych oddziałach. W oddziale laryngologii diagnozy postawione przez lekarzy były często weryfikowane i korygowane przez ordynatora oddziału, co miało związek z jej stylem kierowania. Z kolei w oddziale neurochirurgii nawet młodszy specjaliści mieli wiele swobody w podejmowaniu decyzji, gdyż zdaniem ordynatora pewien zakres autonomii jest niezbędny do uzyskania samodzielności. Jeśli ordynator nie zgadzał się z podjętą decyzją, poddawał ją pod dyskusję na odprawie, gdzie miał decydujący głos, ale umożliwiał innym specjalistom przedstawienie swoich argumentów.

Jako placówka kliniczna badany szpital w szerokim zakresie realizował zadania edukacyjne, ukierunkowane na pogłębianie wiedzy i umiejętności personelu medycznego czy kształcenie studentów. W zależności od oddziału elementem zarządzania, w tym elementem polityki motywacyjnej, było w mniejszym lub większym stopniu umożliwianie wyjazdów na staże naukowe czy udziału w szkoleniach. Znaleźnienie finansowania takich wyjazdów stanowiło rodzaj nagrody dla pracowników oddziału, alternatywę dla premii, której nie można wypłacić. W oddziale neurochirurgii staż zagraniczny był uważany za właściwie nieodzowny element kształcenia, z kolei w oddziale intensywnej terapii realizowano głównie staże krajowe, umożliwiające poznanie technik i procedur niestosowanych w macierzystym szpitalu, ale wymaganych do ukończenia specjalizacji. Jeśli zaś chodzi o studentów, to w oddziale neurochirurgii zajmował się nimi niepraktykujący neurochirurg, dla którego była to jedyna styczność z oddziałem. W oddziale laryngologii zajmowali się nimi w dużej mierze lekarze rezydenci, natomiast na intensywnej terapii większość obowiązków dydaktycznych przejmował ordynator lub osoby przez niego wskazane.

Zadania rehabilitacyjne, które skupiają się na przywróceniu pacjentowi sprawności psychofizycznej i społecznej, w każdym z oddziałów były realizowane inaczej i uzależnione od specyfiki chorych. Oddział intensywnej terapii to przede wszystkim fizjoterapia osób nieprzytomnych, które nie mogły poruszać się samodzielnie. Celem tych działań było zapobieżenie negatywnym skutkom długotrwałego leżenia. W oddziale neurochirurgii pacjenci po zabiegach kręgosłupa i mózgu potrzebowali pomocy fizjoterapeutów – w pionizowaniu, siedzeniu, chodzeniu – czy wsparcia psychologicznego w ćwiczeniach funkcji poznawczych lub usprawnianiu mowy. Z kolei w oddziale laryngologicznym, z uwagi na inny typ leczonych schorzeń, zadania te były realizowane w mniejszym zakresie i dotyczyły na przykład rehabilitacji logopedycznej po operacjach krtani.

Największe różnice między oddziałami zauważyliśmy w odniesieniu do zadań integrujących, polegających na łączeniu przedstawicieli zawodów medycznych i dyscyplin naukowych w zespół, którego celem jest leczenie pacjentów. Sposoby

integracji uzależnione były od tego, czy w oddziale zespół był zgrany czy nie, czy preferowano pracę indywidualną czy grupową, a także od stopnia rywalizacji pomiędzy pracownikami różnych kategorii zawodowych. We wszystkich oddziałach organizowano spotkania naukowe, zarówno dla lekarzy, jak i pielęgniarek. Różnice dotyczyły między innymi dzielenia się wiedzą i dopuszczania młodszych kolegów do trudniejszych zabiegów. W oddziale intensywnej terapii trudniejsze zabiegi ordynator wołał wykonywać sam. Całkiem inaczej zorganizowano tę kwestię w oddziale neurochirurgicznym, gdzie każdy rezydent przez kilka miesięcy był „przypisany” do jednego lekarza specjalisty, aby później przejść pod opiekę innego i nauczyć się innych sposobów pracy. Różnice występowały także w kwestii współpracy z innymi oddziałami czy klinikami. Z uwagi na poczucie wyjątkowości oddziału neurochirurgii na tle innych takich oddziałów w Polsce jego pracownicy raczej niechętnie radzili się czy konsultowali z osobami spoza oddziału. Z kolei w oddziale laryngologii taka współpraca była utrzymywana. Warto przypomnieć, że ze względu na znaczne braki kadrowe w polskim systemie ochrony zdrowia wielu lekarzy i wiele pielęgniarek podejmuje pracę w kilku placówkach, przez co być może łatwiej jest mówić o wspólnocie doświadczeń zawodowych niż doświadczeń z pracy w jednej placówce.

Jak wspomnieliśmy, nie wszystkie wymienione cele systemu ochrony zdrowia są w jednakowym stopniu realizowane przez szpitale. Zwłaszcza działalność edukacyjna odgrywa większą rolę w szpitalach akademickich, takich jak badana przez nas placówka. Są one powiązane z uczelniami medycznymi i w ciągu roku akademickiego stają się także miejscem prowadzenia zajęć dla studentów różnych kierunków medycznych. Wymienione wyżej zadania odzwierciedlane są też w stopniu i zakresie specjalizacji poszczególnych szpitali czy oddziałów. Tak jest oczywiście w założeniach, natomiast w praktyce szpitale realizują zadania, których z formalnego punktu widzenia realizować nie powinny, ale względy etyczne i moralne czasem zwyciężają nad ekonomiczną racjonalnością i biurokracją. Procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa), ale też uwarunkowania społeczno-kulturowe sprawiają, że szpitale często traktuje się jak domy opieki społecznej. Jednym z przykładów ilustrujących taki stan rzeczy jest sytuacja, którą mogliśmy zaobserwować w oddziale neurochirurgii, gdzie, jak wyjaśnili nam nasi rozmówcy, przebywali wtedy *stali rezydenci*. Tak nazywani byli pacjenci, nad którymi opieka stała się zbyt dużym wyzwaniem dla rodziny, lub tacy, którzy tej rodziny nie mają. Obowiązek znalezienia docelowego miejsca pobytu dla takiej osoby spada na oddział szpitala, angażując zasoby, których i tak nie jest wiele. Nieprzystawalność procedur do realiów albo, jak kto woli, realiów do procedur, jest jednym z tych elementów szpitalnej rzeczywistości, który budzi silną frustrację i podważa poczucie sensowności wysiłków personelu medycznego. Nie powinno więc dziwić, że wiele lekarzy i pielęgniarek wybiera pracę za granicą, gdzie zarobki są bardziej atrakcyjne, ale też organizacja działalności szpitali w większym stopniu pozwala im się skupić na leczeniu i opiece nad pacjentami.

Na podstawie wyników naszych badań możemy zaproponować trzy główne sugestie zmian, które mogłyby w znacznym stopniu poprawić warunki pracy i wpłynąć na zwiększenie efektywności personelu medycznego. Pierwszym problemem, o którym często mówili nasi badani, jest wieloetatowość powodująca nadmierne zmęczenie. Dążenie do zapewnienia personelowi medycznemu warunków, w których jego przedstawiciele nie musieliby pracować w kilku miejscach, pozwoliłoby nie tylko na zmniejszenie przemęczenia, ale także silniejsze utożsamienie się z miejscem pracy, a przez to większe zaangażowanie w pracę oraz budowanie silniejszych więzi grupowych z innymi pracownikami.

Drugim problemem, który zidentyfikowałyśmy w naszych badaniach, jest dystansowanie się emocjonalne w stosunku do pacjentów. Jest ono spowodowane brakiem procedur i standardów dotyczących komunikacji z chorymi i ich rodzinami. Każdy z lekarzy sam stara się znaleźć sposób na komunikowanie się z pacjentami. Niektórzy robią to bardziej, inni mniej efektywnie. Wprowadzenie szkoleń z zakresu komunikowania, również w sytuacjach trudnych, dałoby lekarzom, pielęgniarkom, a także innym pracownikom medycznym profesjonalne narzędzia ułatwiające porozumienie nie tylko z pacjentami i ich rodzinami, ale też ze współpracownikami.

Obciążenie emocjonalne, jakiego doświadczają osoby pracujące z pacjentami, to kolejny problem mający poważne konsekwencje dla personelu medycznego. Częste przeżywanie sytuacji stresowych, a także długotrwałe występowanie negatywnych emocji może powodować frustrację czy nawet wypalenie zawodowe. Dlatego też uważamy, że właściwe byłoby wprowadzenie do programów studiów medycznych różnych specjalności zajęć uczących, jak radzić sobie z trudnymi emocjami. Innym rozwiązaniem jest zorganizowanie systemowego wsparcia psychologicznego. Przedstawiciele personelu mogliby liczyć na pomoc psychologa w trudnych momentach, takich jak śmierć pacjenta, niewłaściwie podjęta decyzja czy konflikty w pracy.

Podsumowując, chciałybyśmy podkreślić rosnące znaczenie badań etnograficznych prowadzonych w placówkach i dla placówek ochrony zdrowia. Zainteresowanie mediów i tak zwanej opinii publicznej koncentruje się najczęściej na pacjentach, gdyż zdecydowana większość z nas występuje w szpitalach właśnie w tym charakterze. Naszym celem, zarówno w trakcie prowadzenia badania, jak i podczas przygotowywania tej książki, było oddanie głosu przedstawicielom personelu medycznego oraz pokazanie placówki medycznej ich oczami. Jak wyjaśniłyśmy wcześniej, ogólne i zbiurokratyzowane cele stawiane przed szpitalami są realizowane przez konkretnych ludzi, funkcjonujących w konstruowanej społecznie rzeczywistości. Sposób i zakres realizacji tych zadań jest uzależniony od specyficznej i niepowtarzalnej kultury organizacyjnej oddziału, współtworzonej przez pracowników medycznych, technicznych, administracyjnych, a także przez pacjentów i ich rodziny. Kluczowym elementem rozwoju całej sfery ochrony zdrowia jest

wsluchanie się w głosy zarówno personelu medycznego, jak i innych pracowników systemu ochrony zdrowia, ponieważ to oni realizują plany, cele czy procedury wynikające z wymagań systemu. Ich praca polega na wprowadzaniu w życie biurokratycznych zaleceń. Nie jest jednak tak, że tylko od personelu szpitali zależy poziom usług medycznych, co często przedstawiają w ten sposób politycy. Jest to wynik działania w określonym kontekście systemu ochrony zdrowia, na wielu opisanych wyżej poziomach, efekt oddziaływania kultury organizacyjnej czy indywidualnych sposobów realizacji roli społecznej według wcześniej zinternalizowanych wzorców. Warto byłoby zatem przyjrzeć się temu, jakie działania kształtujące te czynniki można podjąć na poziomie systemowym, aby praca w oddziale szpitalnym była bardziej efektywna i satysfakcjonująca. Skorzystają na tym nie tylko pracownicy szpitali, ale i pacjenci, czyli my wszyscy.

Bibliografia

- Adamik A., Matejun M. (2012). Organizacja i jej miejsce w otoczeniu. W: A. Zakrzewska-Bielawska (red.), *Podstawy zarządzania*. Warszawa: Oficyna a Wolters Kluwer business, s. 41–84.
- Atkinson P., Hammersley M. (1994). Ethnography and participant observation. W: N.K. Denzin, Y. Lincoln (red.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA– London: Sage Publications, s. 248–261.
- Bakke E.W. (1965). Pojęcie organizacji społecznej. W: M. Haire (red.), *Nowoczesna teoria organizacji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Baldry C. (1999). Space – the final frontier. *Sociology*, 33(3), s. 535–553.
- Bankiewicz-Nakielska J., Walkiewicz M., Tyszkiewicz-Bandur M., Karakiewicz B. (2017). Z jakimi lekarzami pacjenci współpracują najchętniej? Umiejętności psychologiczne w relacji lekarz–pacjent. *Medycyna Rodzinna*, 20(2), s. 156–161.
- Bauman Z. (2013). *Postmodernity and its Discontents*. New York: John Wiley & Sons.
- Becker H.S., Geer B. (1960). Participant observation: The analysis of qualitative field data. W: R.N. Adams, J.J. Preiss (red.), *Human Organization Research: Field Relations and Techniques*. Homewood, IL: Dorsey, s. 267–289.
- Bensing J. (2000). Bridging the gap: The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39(1), s. 17–25.
- Berberoglu A. (2018). Impact of organizational climate on organizational commitment and perceived organizational performance: Empirical evidence from public hospitals. *BMC Health Services Research*, 18, artykuł nr 399.
- Beresford E.B. (1991). Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Center Report*, 21(4), s. 6–11.
- Berghout M.A., Fabbricotti I.N., Buljac-Samardžić M., Hilders C. (2017). Medical leaders or masters? A systematic review of medical leadership in hospital settings. *PLoS ONE*, 12(9): e0184522, s. 1–24.
- Bernard Ch.I. (1938). *The Functions of the Executive*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bielemuk A., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Chmura R.M., Strankowska M., Samujło B., Krysiak T. (2007). Ocena relacji interpersonalnych w grupie

- zawodowej pielęgniarka-lekarz. W: E. Krajewska-Kułak, M. Szczepański, C. Łukaszuk, J. Lewko (red.), *Problemy terapeutyczno-pielęgnacyjne od poczęcia do starości*, t. 2. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku, s. 25–24.
- Binder P., Palska H., Pawlik W. (red.) (2009). *Emocje a kultura i życie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Blake R.R., Mouton J.S. (1964). *The Managerial Grid*. Houston, TX: Gulf.
- Brief A.P., Weiss H.M. (2002). Organizational behavior: Affect in the workplace. *Annual Review of Psychology*, 53, s. 279–307.
- Bourdieu P. (1977). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bryant A., Charmaz K. (red.) (2007). *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington, DC: Sage Publications.
- Burawoy M. (1998). The extended case method. *Sociological Theory*, 16(1), s. 4–33.
- Byczkowska D. (2006). Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 2(1), s. 88–110.
- Charmaz K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London–New Delhi: Sage Publications.
- Charmaz K. (2009). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Charmaz K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. London–New Delhi: Sage Publications.
- Chomczyński P. (2008). *Mobbing w pracy z perspektywy interakcjonistycznej. Proces stawiania się ofiarą*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Chua W.L., Legido-Quigley H., Jones D., Hassan N.B., Tee A., Liaw S.Y. (2020). A call for better doctor-nurse collaboration: A qualitative study of the experiences of junior doctors and nurses in escalating care for deteriorating ward patients. *Australian Care*, 33(1), s. 54–61.
- Clausen Ch., Lavoie-Tremblay M., Purden M., Lamothe L., Ezer H., McVey L. (2017). Intentional partnering: A grounded theory study on developing effective partnerships among nurse and physician managers as they co-lead in an evolving healthcare system. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9), s. 2156–2166.
- Coser R.L. (1962). *Life in the Ward*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Cristancho S., Apramian T., Vanstone M., Lingard L., Ott M., Novick R. (2013). Understanding clinical uncertainty: What is going on when experienced surgeons are not sure what to do?. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(10), s. 1516–1521.
- Deegan M.J. (2001). The Chicago School of Ethnography. W: P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, L. Lofland (red.), *Handbook of Ethnography*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, s. 13–25.
- Doktor K. (1964). *Przedsiębiorstwo przemysłowe. Studium socjologiczne Zakładów Przemysłu Metalowego „Cegielski”*. Warszawa: Książka i Wiedza.

- Doliński D. (2004). Mechanizmy wzbudzania emocji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, *Psychologia ogólna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 319–349.
- Domagała A. (2014). Wykształcona kadra menedżerska jako warunek skutecznego zarządzania jednostkami opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 12(2), s. 44–152.
- Domaradzki J. (2018). *Szpital jako instytucja społeczna*, <https://www.ump.edu.pl/media/uid/f17222b7a2b-23c9792a/562330.pdf> (dostęp: 31.03.2020).
- Dovey K. (2010). *Becoming Places: Urbanism/Architecture/Identity/Power*. London–New York: Routledge.
- Dymarczyk W. (2018). *Przestrzenny wymiar karier menedżerów i przedsiębiorców*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Eddy D.M. (1984). Variations in physician practice: The role of uncertainty. *Health Affairs*, 3(2), s. 74–89.
- Ekman P., Davidson R.J. (2012). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Fairclough N. (2006). *Language and Globalization*. Abingdon: Routledge–New York: Fisher.
- Fehr B., Russel J.A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology*, 113(3), s. 464–486.
- Foucault M. (1973). *The Birth of the Clinic*. New York: Vintage Books.
- Foucault M. (1986). Of other space. *Diacritics*, 16(1), s. 22–27.
- Foucault M., Gordon C. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Writing*. Brighton: Harvester.
- Freidson E. (1994). *Professionalism Reborn: Theory, Policy and Prophecy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson E. (2001). *Professionalism: The Third Logic*. Cambridge: Polity Press.
- French J.R.P. Jr., Raven B. (1959). The basis of social power. W: D. Cartwright (red.), *Studies in Social Power*. Ann Arbor: University of Michigan Press, s. 150–167.
- Freund B., Radwan A. (2018). „Jest tyle uczuć, ile serc”. Etnografia oddziału klinicznego pewnego szpitala. W: Ł. Gawęł, M. Kostera (red.), *Etnografie instytucji dziedzictwa kulturowego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 221–235.
- Frijda N.H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frijda N.H. (2012). Różnorodność afektu. Emocje i zdarzenia, nastroje i sentymenty. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 56–63.
- Gawęł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L. (2008). Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(4), s. 339–342.
- Geller G., Tambor E.S., Chase G.A., Holtzman N.A. (1993). Measuring physicians' tolerance for ambiguity and its relationship to their reported practices regarding genetic testing. *Medical Care*, 31(11), s. 989–1001.

- Gerrity M.S., DeVellis R.F., Earp J.A. (1990). Physicians' reactions to uncertainty in patient care: A new measure and new insights. *Medical Care*, 28(8), s. 724–736.
- Giddens A. (1985). Time, space and regionalization. W: D. Gregory, J. Urry (red.), *Social Relations and Spatial Structures*. Basingstoke: Macmillan, s. 337–365.
- Given L.M. (2008). *The SAGE Encyclopaedia of Qualitative Research Methods*, t. 1–2. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine Publishing Company.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (2009). *Odkrywanie teorii ugruntowanej. Strategie badania jakościowego*. Kraków: Nomos.
- Glińska J., Lewandowska M. (2007). Autonomiczność zawodu pielęgniarstwa w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 15(4), s. 249–253.
- Głowacka E. (2011). *Kultura organizacyjna w procesie zarządzania administracją publiczną*, <http://www.wspia.eu/file/20242/11-G%C5%81OWACKA+EDYTA.pdf> (dostęp: 16.10.2018).
- Goffman E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Anchor Books.
- Goffman E. (1981). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: PIW.
- Goffman E. (2000). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Goffman E. (2006). *Rytuał interakcyjny*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goffman E. (2008). *Zachowanie w miejscach publicznych. O społecznej organizacji zgromadzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gorzko M. (2008). *Procedury i emergencja. O metodologii klasycznych odmian teorii ugruntowanej*. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Griffin R.W. (1996). *Podstawy zarządzania i organizacji*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Griffin R.W. (1997). *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzywna T., Cieślik A. (2003). Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 58/13(86), s. 465–469.
- Halford S., Leonard P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), s. 201–208.
- Hammersley M., Atkinson P. (2000). *Metody badań terenowych*. Poznań: Zys i S-ka.
- Hammersley M., Atkinson P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice*. New York: Taylor and Francis.
- Han P.K.J., Klein W.M.P., Arora N.K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: A conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), s. 828–838.

- Hays M.M. (2002). An exploratory study of supportive communication during shift report. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 3(3), s. 1–14.
- Higazee M.Z.A. (2015). Types and levels of conflicts experienced by nurses in the hospital settings. *Health Science Journal*, 9(6), s. 1–7.
- Hildenbrand B. (2007). Mediating structure and interaction of grounded theory. W: A. Bryant, K. Charmaz (red.), *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Los Angeles–London–New Delhi–Singapore–Washington, DC: Sage Publications, s. 539–564.
- Hochschild A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hochschild A.R. (2009). *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hoffmann-Aulich J., Bonikowska I., Jasik J. (2017). Wypalenie zawodowe pielęgniarek w kontekście organizacji pracy – badanie wstępne. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 18(10-3), s. 7–22.
- Hofstede G., Hofstede G.J. (2007). *Kultury i organizacje*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Huberman M.A., Miles M.N.B. (1984). *Innovation up Close: How School Improvement Works*. New York: Plenum Press.
- Hughes E.C. (1951). Mistakes at work. *The Canadian Journal of Economics and Political Science / Revue canadienne d'Economie et de Science politique*, 17(3), s. 320–327.
- Januszek H., Sikora J. (2000). *Socjologia pracy*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Johannessen L.E.F. (2014). The narrative (re)production of prestige: How neurosurgeons teach medical students to valorise diseases. *Social Science & Medicine*, 120, s. 85–91.
- Kamińska-Berezowska S. (2007). Szpital jako organizacja ucząca się. Studium przypadku. W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Zarządzanie organizacjami. Organizacja jako proces*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 115–128.
- Kautsch M. (2004). Zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia – Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2(2), s. 64–75.
- Kautsch M. (2011). Cele systemu ochrony zdrowia a efektywność w ochronie zdrowia w Polsce. *Problemy Zarządzania*, 9(3/33), s. 62–78.
- Kautsch M. (2013). Editorial. W: R. Lewandowski, M. Kautsch, Ł. Sułkowski (red.), *Współczesne problemy zarządzania w ochronie zdrowia z perspektywy systemu i organizacji. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14(10/1), s. 5–10.
- Kautsch M. (2016). Wyzwania stojące przed systemem ochrony zdrowia w Polsce. W: J. Krakowiak (red.), *Zarządzanie w zdrowiu publicznym – aspekty społeczne i ekonomiczne. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 17(10/3), s. 347–358.

- Kautsch M. (red.) (2011). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kautsch M. (red.) (2015). *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, wyd. 2 rozszerz. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kautsch M., Hartley K. (2013). Zmiany ról zarządczych lekarzy w szpitalach. Czego możemy się nauczyć od Brytyjczyków?. *Problemy Zarządzania*, 11(1/41/2), s. 112–127.
- Kaźmierczak A. (2011). Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczenie choroby przez pacjentów. *Homo Communicativus*, 1(6), s. 21–37.
- Kaźmierska K. (1999). *Doświadczenia wojenne Polaków a kształtowanie tożsamości etnicznej. Analiza narracji kresowych*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Kemper T.D. (1978). *A Social Interactional Theory of Emotions*. New York: Wiley.
- Kemper T.D. (1991). Predicting Emotions from Social Relations. *Social Psychology Quarterly*, 54(4), s. 330–342.
- Kemper T.D. (2005). Modele społeczne w wyjaśnianiu emocji. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 72–87.
- Kemper T.D. (2008). Power, status, and emotions. W: M. Greco, P. Stenner (red.), *Emotions: A Social Science Reader*. London–New York: Routledge, s. 127–131.
- Kęsy M. (2012). *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kim K., Lee Y.-M. (2018). Understanding uncertainty in medicine: Concepts and implications in medical education. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), s. 181–188.
- Klich J. (2008). Nowe Zarządzanie Publiczne w sektorze ochrony zdrowia w Polsce?. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 6(1–2), s. 88–96.
- Konecki K.T. (1992). *W japońskiej fabryce*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Konecki K.T. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konecki K.T. (2002). Kultura organizacyjna. Główne perspektywy analityczno-badawcze. W: K.T. Konecki, P. Tobera (red.), *Szkice z socjologii zarządzania*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 113–129.
- Konecki K.T. (2007). Procesualne ujęcie organizacji. Organizacje, struktury, procesy, tożsamości. W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Zarządzanie organizacjami. Organizacja jako proces*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 7–22.
- Konecki K.T. (2012). Etnografia socjologiczna. W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*. Warszawa: Difin, s. 77–82.
- Kornberger M., Clegg S.R. (2004). Bringing space back in: Organizing the generative building. *Organization Studies*, 25(7), s. 1095–1114.

- Kostera M. (2003). *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kostera M. (2012). *Etnografia organizacji*. W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*. Warszawa: Difin, s. 73–77.
- Kostera M. (red.) (2011). *Etnografia organizacji. Badania polskich firm i instytucji*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kożusznik B. (2002). *Zachowania człowieka w organizacji*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kruczek A., Basińska M.A. (2018). Radzenie sobie przez humor dla relacji między stresem w pracy a satysfakcją zawodową. *Medycyna Pracy*, 69(6), s. 621–631.
- Kubczak A. (2018). Tworzenie proefektywnościowej kultury organizacyjnej. W: B. Pawłowska (red.), *Skuteczny kierownik sektora publicznego*. Łódź: Łódzkie Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Kształcenia Praktycznego, s. 11–38.
- Kunecka D. (2017). Wybrane determinanty satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek. Część II – praca a jakość relacji interpersonalnych. W: J. Krakowiak (red.), *Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia. Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 18(10/3), s. 163–180.
- Kvale S. (2004). *InterViews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*. Białystok: Trans Humana.
- Leavitt H.J. (1964). Applied organization change in industry structural, technical, and human approaches. W: W.W. Cooper, H.J. Leavitt, W. Shelly II Maynard (red.), *New Perspectives in Organization Research*. New York–London–Sydney: John Wiley & Sons, s. 55–71.
- Lefebvre H. (1974). *La production de l'espace*. Paris: Anthropos. Translation and Précis.
- Lefebvre H. (1991). *The Social Production of Space*. Oxford: Blackwell.
- Lefebvre H. (2009). *State, Space, World: Selected Essays*, N. Brenner, E. Stuart (red.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Liu W., Manias E., Gerditz M. (2014). The effects of physical environments in medical wards on medication communication processes affecting patient safety. *Health & Place*, 26, s. 188–198.
- Lock M. (1986). Introduction. W: M. Lock, B. Gordon (red.), *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, s. 3–10.
- Lu H., Barriball K.L., Zhang X., While A.E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), s. 1017–1038.
- Lubrańska A. (2008). *Psychologia pracy. Podstawowe pojęcia i zagadnienia*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Difin.
- Lutyński J. (1994). *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.

- Makowski D., Jemielniak D. (2015). Organizacja i zarządzanie. W: M. Kautsch (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, wyd. 2 rozszerz. Warszawa: Wolters Kluwer, s. 33–57.
- Marciniak Ł.T. (2016). *Bazary. Kooperacja czy konkurencja?*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Marek Z. (2007). *Błąd medyczny*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne.
- Markus T., Cameron D. (2002). *The Words between the Spaces: Buildings and Language*. London–New York: Routledge.
- Marsh H. (2014). *Po pierwsze nie szkodzić. Opowieści o życiu, śmierci i neurochirurgii*. Warszawa: WAB.
- Matthews S., MacDonald-Rencz S. (2007). Healthy workplaces and teamwork for healthcare workers need public engagement, *Healthcare Papers*, 7, s. 52–57.
- Mayo E. (2003). *The Human Problems of Industrial Civilisation*. London–New York: Routledge.
- McKenna E., Beech N. (1999). *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Wydawnictwo Felberg SJA.
- Mehrabian A. (1972). *Nonverbal Communication*. Chicago, IL: Aldine-Atherton.
- Meller D., Milik A. (2014). Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse. Journal of Management and Finance*, 12(20), s. 133–144.
- Melo S. (2018). The role of place on healthcare quality improvement: A qualitative case study of a teaching hospital. *Social Science & Medicine*, 202, s. 136–142.
- Millar R. (2018). Risk and permission: The core of good leadership for the modern day. *HealthMangement.org – The Journal*, 18(4), s. 260–262.
- Moore L., Savage J. (2002). Participant observation, informed consent and ethical approval. *Nurse Researcher*, 9(4), s. 58–69.
- Nijakowski L.M. (2011). Niebezpieczne emocje. *Magazyn Polskiej Akademii Nauk*, 2(26), s. 8–11.
- Nogalski B., Śniadecki J. (1998). *Kształtowanie umiejętności menedżerskich*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego.
- Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K. (2013). The influence of stress connected with professional work on the occurrence of burnout syndrome in nurses working in surgical and medical treatment wards. *Studia Medyczne*, 29(1), s. 7–13.
- Nyklewicz W., Krajewska-Kulak E. (2008). Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16(3), s. 248–254.
- Oatley K., Jenkins J. (2005). *Zrozumieć emocje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Oktay J.S. (2012). *Grounded Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Parsons T. (1951). *The Social System*. Glencoe, IL: Free Press.
- Patton Ch.M. (2014). Conflict in health care: A literature review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), s. 1–11.

- Pawłowska B. (2013). *Emocje społeczne w pracy nauczyciela i przedstawiciela handlowego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Pawłowska B. (2014). Emocje społeczne w teorii Theodore'a Kempera. W: K.T. Konecki, B. Pawłowska (red.), *Emocje w życiu codziennym. Analiza kulturowych, społecznych i organizacyjnych uwarunkowań ujawniania i kierowania emocjami*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 39–52.
- Pawłowska B. (2020). Pride in teachers' everyday work: Conditions and contexts. *Qualitative Sociology Review*, 16(1), s. 28–48.
- Pierścieniak A. (2011). Efektywność rozwiązań organizacyjnych w instytucjach publicznych. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 20, s. 336–348.
- Pietrasiniński Z. (1977). Psychologia kierownictwa. W: X. Gliszczyńska (red.), *Psychologia pracy. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, s. 88–119.
- Plutchik R. (1991). Emotions and evolution. W: K.T. Strongman (red.), *International Review of Studies on Emotion*. Chichester: Wiley, s. 37–58.
- Płotka A., Golec D., Cześnikiewicz A. (2000). Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 55/7(45), s. 229–237.
- Poździej S. (2000). System zdrowotny. W: A. Czupryna, S. Poździej, A. Ryś, W.C. Włodarczyk (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, s. 127–144.
- Pred A. (1985). The social becomes the spatial, the spatial becomes the social: Enclosures, social change and the becoming of places in the Swedish province of Skane. W: D. Gregory, J. Urry (red.), *Social Relations and Spatial Structures*. Basingstoke: Macmillan, s. 337–365.
- Prus R. (1997). *Subcultural Mosaics and Intersubjective realities: An ethnographic research agenda for pragmatizing the social sciences*. New York: State University of New York Press.
- Prus R., Grills S. (2003). *The Deviant Mystique: Involvements, Realities and Regulation*. Westport: Preager Publishers.
- Przybyłowska I. (1978). Wywiad swobodny ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji i możliwości jego zastosowania w badaniach socjologicznych. *Przegląd Socjologiczny*, 30, s. 53–68.
- Quirk A., Lelliott P., Seale C. (2006). The permeable institution: An ethnographic study of three acute psychiatric wards in London. *Social Science & Medicine*, 63, s. 2105–2117.
- Radkowska-Walkowicz M., Wierciński H. (2014). *Etnografie biomedycyny*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Rafaeli A., Worline M. (2001). Individual emotion in work organizations. *Social Science Information*, 40(1), s. 95–123.
- Rafaeli A., Sutton R.I. (1987). Expression of emotion as part of the work role. *The Academy of Management Review*, 12(1), s. 23–37.

- Rafaeli A., Sutton R.I. (1989). The expression of emotion organizational life. *Research in Organizational Behavior*, 11, s. 1–42.
- Ratajczak Z. (1991). Więzi hierarchiczne w organizacji. W: X. Gliszczyńska (red.), *Psychologiczny model efektywności pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 343–362.
- Rawa-Kochanowska A. (2004). Kobiety i męski styl zarządzania w ujęciu psychologicznym. Mity, fakty, konsekwencje. W: H. Skłodowski (red.), *Psychologia w zarządzaniu – dydaktyka, badania, sukcesy. Studia i Monografie*, 10. Łódź: Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, s. 121–131.
- Reason J. (2016). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. London: Routledge.
- Reddin B. (1993). *Testy dla menedżerów stawiających na efektywność. Poradnik psychologiczny*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Alma-Press.
- Reddin B. (2005). *Testy dla menedżerów stawiających na efektywność*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Alma-Press.
- Saidi T., de Villiers K., Douglas T.S. (2017). The sociology of space as a catalyst for innovation in the health sector. *Social Science & Medicine*, 180, s. 36–44.
- Schein E. (2010). *Organizational Culture and Leadership*, 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley & Sons.
- Schwartz M., Schwartz Ch.G. (1955). Problems in participant observation. *American Journal of Sociology*, 60(4), s. 343–353.
- Shartle C.L. (1956). *Executive Performance and Leadership*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Sidor-Rządkowska M. (2018). Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów. Zeszyt Naukowy*, 167, s. 127–141.
- Siemiński M., Krukowski K. (2011). Proces kształtowania kultury organizacyjnej w organizacji publicznej. *Współczesne Zarządzanie*, 3, s. 88–96.
- Silverman D. (2001). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. London–Thousand Oaks, CA–New Delhi: Sage Publications.
- Silverman D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sleziona M., Krzyżanowski D. (2011). Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 1(3), s. 217–223.
- Soundy A., Smith B., Butler M., Minns Lowe C., Helen D., Winward Ch.H. (2010). A qualitative study in neurological physiotherapy and hope: Beyond physical improvement. *Physiotherapy Theory & Practice: An International Journal of Physical Therapy*, 26(2), s. 79–88.
- Spain D. (1992). *Gendered Spaces*. Chapel Hill, NC–London: University of North Carolina Press.
- Stake R.E. (1994). Case studies. W: N.K. Denzin, Y. Lincoln (red.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA–London: Sage Publications, s. 236–247.

- Stępniewski J. (red.) (2009). *Organizacja i zarządzanie szpitalami*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Stolarczyk J. (2014). *Przyczyny obciążeń emocjonalnych pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi* – niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem naukowym dr hab. Beaty Pawłowskiej.
- Stoner J., Freeman E., Gilbert D. Jr. (2011). *Kierowanie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Strauss A. (1993). *Continual Permutations of Action*. New York: Aldine de Gruyter.
- Strauss A., Corbin J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park–London–New Delhi: Sage Publications.
- Strauss A., Corbin J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Strauss A., Glaser B. (2016). *Świadomość umierania*. Warszawa: Nomos.
- Stychno E., Kaczocha K., Kulczycka K. (2016). Identyfikacja stylów kierowania według koncepcji Reddina (na przykładzie kierowniczej kadry pielęgniarskiej). *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Administracja i Zarządzanie*, 35(108), s. 139–149.
- Sułkowski Ł. (2013). Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 14(10/1), s. 83–96.
- Surmacka J., Motyka M. (2015). Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), s. 386–391.
- Szczepański J. (1972). *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Szmatka J. (1989). *Małe struktury społeczne. Wstęp do mikrosocjologii strukturalnej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tang C.J., Chan S.W., Zhou W.T., Liaw S.Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60, s. 291–302.
- Taylor S., Littleton K. (2006). Biographies in talk: A narrative-discursive research approach. *Qualitative Sociology Review*, 2(1), s. 22–38.
- Taylor S., Spicer A. (2007). Time for space: A narrative review of research on organizational spaces. *International Journal of Management Reviews*, 9(4), s. 325–346.
- Thiel E. (1992). *Mowa ciała*. Wrocław: Wydawnictwo Luna.
- Turner J.H., Stets J.E. (2009). *Socjologia emocji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tychmanowicz A., Kuśpit M. (2012). Social competences of health service workers. *Progress in Health Sciences*, 2(1), s. 107–112.
- Ulrich R. (1984). View through a window may influence recovery. *Science*, 224(4647), s. 420–421.

- Van der Geest S., Finkler K. (2004). Hospital ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59, s. 1995–2001.
- Weiner B.J., Amick R.H., Lund J.L., Lee S.D., Hoff T.J. (2011). Use of qualitative methods in published health services and management research: A 10-year review. *Medical Care Research Review*, 68(1), s. 3–33.
- Weiner B.J., Shortell S.M., Alexander J. (1997). Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: The effects of top management, board, and physician leadership. *HSR: Health Services Research*, 32(4), s. 491–510.
- White R., Lippitt R. (1962). Leader behaviour and member reaction in three “social climates”. W: D. Cartwright, A. Zander (red.), *Group Dynamics*, 2nd ed. Evenston, IL: Row, Peterson and Co., s. 527–553.
- Wielicka-Gańczarczyk K. (2017). Planowanie restrukturyzacji w szpitalach publicznych zlokalizowanych w województwie śląskim. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie*, 101(1974), s. 519–531.
- Wierciński H. (2016). Etnograf w szpitalu. Uwagi na temat kłopotów z biomedycyną. *Zeszyty Etnologii Wrocławskiej*, 2(25), s. 71–92.
- Wojciszke B. (2002). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Xyrichis A., Lowton K., Rafferty A.M. (2017). Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. *Social Science & Medicine*, 181, s. 102–111.
- Yin R.K. (1993). *Applications of Case Study Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zdziebło K., Kozłowska E. (2010). Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(2), s. 212–219.
- Zerubavel E. (1979). *Patterns of Time in Hospital Life: A Sociological Perspective*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ziaja-Guzy R. (2010). Badanie opinii personelu jako narzędzie zarządzania zasobami ludzkimi. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 3–4, s. 146–153.
- Zielińska-Więczkowska H., Buśka A. (2010). Satysfakcja zawodowa pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3–4 (32–33), s. 5–8.