

**ODGRYWANIE ROLI,
NEGOCJOWANIE
I ZAPRZYJAŻNIANIE SIĘ**
ANALIZA PROCESU PRZYJMOWANIA PACJENTA STOMATOLOGICZNEGO

ŁUKASZ PYFEL

**Odgrywanie roli, negocjowanie
i zaprzyjaźnianie się.
Analiza procesu przyjmowania
pacjenta stomatologicznego**

Łukasz Pyfel



Łódź 2016

Łukasz Pyfel
Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny,
Instytut Socjologii, Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania

RECENZENTKA
dr hab. Grażyna Romańczuk-Wroniecka, prof. UW

KOREKTA I SKŁAD
Łucja Lange

PROJEKT OKŁADKI
Łukasz Pyfel

© Copyright by Łukasz Pyfel 2016
© Copyright for this edition by LangeL — Łucja Lange 2016

Utwór „Odgrywanie roli, negocjowanie i zaprzyjaźnianie się. Analiza procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego” autorstwa Łukasza Pyfla jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe.



e-ISBN 978-83-939114-1-7
Wydanie I



LangeL — Łucja Lange
skrytka pocztowa 111
90-954 Łódź 4
e-mail: langel@o2.pl
www.langel.pl

Chciałbym podziękować za pomoc w przeprowadzeniu badań przede wszystkim dwóm stomatologom, tacie, Tomaszowi Pyflowi, i babci, śp. Janinie Pyfel, oraz Panu Profesorowi Krzysztofowi Koneckiemu, który wspierał mnie w całym procesie badawczym i analitycznym.

I. Wstęp	7
II. Część teoretyczna	10
1. Paradygmat i orientacja teoretyczna zastosowane w pracy — socjologia interpretatywna i interakcjonizm symboliczny	11
2. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego jako przedmiot zainteresowania poszczególnych działów socjologii	18
2.1. Socjologia interakcji Goffman	18
2.2. Socjologia medycyny	20
2.3. Profesje w ujęciu socjologicznym	22
III. Część metodologiczna	24
3. Ogólny zarys metodologii	25
3.1. Pierwotna wersja GT	25
3.2. Inne wersje GT	31
3.2.1. <i>GT Straussa i Corbin</i>	32
3.2.2. <i>Klasyczna GT/GT Glasera</i>	36
3.2.3. <i>Analiza wymiarowa</i>	39
3.2.4. <i>Konstruktywistyczna GT Kathy Charmaz</i>	41
3.2.5. <i>Analiza sytuacyjna i ugruntowane teoretyzowanie</i>	42
3.2.6. <i>GT — jedna czy wiele metodologii?</i>	44
3.3. Charakterystyka zastosowanej metodologii	45
4. Techniki zbierania danych	49
4.1. Obserwacja	49
4.2. Wywiad	53
4.3. Inne techniki zastosowane w badaniu	56
5. Etyczne aspekty badania	60
IV. Część empiryczna	62
6. Ujęcie diachroniczne	63
6.1. Przyjmowanie pacjenta stomatologicznego w podręcznikach i dokumentach organizacyjnych	63
6.2. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego w perspektywie długookresowej	68
6.3. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego (jako jednorazowa wizyta)	70
6.3.1. Faza 0: Przygotowanie do wizyty	72
6.3.2. Faza I: Rozpoczęcie wizyty	73
6.3.3. Faza II: Część właściwa	74
6.3.4. Faza III: Zabieg	76
6.3.5. Faza IV: Zakończenie wizyty	77
6.3.6. Faza V: Dalsza praca	78
7. Ujęcie synchroniczne	80

7.1. Uwarunkowania spoza poziomu mikro _____	82
7.1.1. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne _____	82
7.1.2. Stomatologia w kulturze masowej _____	83
7.2. Aktorzy — wykonawcy pracy i ich zadania _____	85
7.2.1. Stomatolog _____	85
7.2.2. Pacjent _____	90
7.2.3. Asystentka/higienistka stomatologiczna _____	96
7.2.4. Aktorzy zakulisowi i inni _____	102
7.3. Scena — przestrzeń, w której przyjmowany jest pacjent _____	106
7.4. Czasowa organizacja pracy _____	113
7.5. Negocjowanie _____	117
7.5.1. Relacje władzy _____	118
7.5.2. Paternalizm kontra partnerstwo _____	121
7.5.3. Negocjowanie dostępności _____	128
7.5.4. Negocjowanie efektu — ocena pracy i błędy ____	129
7.6. Przedmiotowe i podmiotowe traktowanie pacjenta ____	136
7.7. Wyobrażenia o potrzebach pacjentów — fachowcy czy mistrzowie interakcji? _____	140
7.8. Praca sentymentalna _____	142
7.8.1. Reguły moralne _____	143
7.8.2. Zaufanie i autoprezentacja — praca nad zaufaniem _____	147
7.8.3. Stomatolog jako psychoterapeuta — praca nad tożsamością i nad biografią _____	151
7.8.4. Praca oczyszczająca _____	154
7.9. Zaprzyjaźnianie się z pacjentem, nieformalne rozmowy — ustanawianie i utrzymywanie relacji nieformalnych _____	155
7.10. Ból i strach _____	163
7.10.1. Ból i praca nad nim _____	163
7.10.2. Strach i metody radzenia sobie z nim _____	165
7.11. Praca niechciana _____	169
V. Podsumowanie i wnioski końcowe _____	173
VI. Bibliografia _____	177
VII. Załączniki _____	189
VIII. Spis schematów _____	194

I.

Wstęp

Niniejsze opracowanie powstało na podstawie badań dotyczących stomatologów¹ i wykonywanej przez nich pracy. Podczas moich badań to właśnie proces przyjmowania pacjenta² „wyłonił” się jako kategoria centralna odpowiadająca kryteriom zaproponowanego przez Glasera podstawowego procesu społecznego. Oznacza to, że problem stanowiący główny przedmiot mojej analizy jest nie tylko problemem ważnym dla badacza, ale przede wszystkim dla badanej społeczności (zob. rozdział metodologiczny).

Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego jest procesem niezwykle skomplikowanym i wewnątrznie zróżnicowanym, w związku z tym ujęcie go w jakiś teoretyczny model staje się bardzo trudne. Stworzenie takiego modelu, wyjaśniającego proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego, było obok opisu moim najważniejszym celem. Ze względu na ogromną złożoność badanego zjawiska w skład takiego modelu musiało wejść wiele połączonych hipotezami kategorii, a każda z tych kategorii była dalej wewnątrznie zróżnicowana ze względu na swoje własności.

Badany proces opisany został w niniejszej książce w ujęciu symboliczno-interakcjonistycznym, które bardzo dobrze współgrało z wybraną metodologią — metodologią teorii ugruntowanej. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego był rozpatrywany w kategoriach socjologii medycyny, pracy profesjonalnej i socjologii interakcji Goffmana³. Takie szerokie spektrum zastosowanych teorii wynikało ze specyfiki badanego procesu; po pierwsze jest on główną częścią pracy medycznego profesjonalisty - stomatologa, a po drugie proces ten jest w dużej mierze interakcją. W przywoływanym przeze mnie często podejściu Straussa,

¹ Określenia dentysta i stomatolog w toku moich rozważań stosowane są zamiennie. W tym samym znaczeniu używane jest też słowo lekarz, chyba że z kontekstu jednoznacznie wynika, że chodzi o lekarzy po kierunku medycyna.

² Przyjmowanie pacjenta jest terminem powszechnie używanym przez stomatologów.

³ W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że koncepcja Goffmana została tutaj zastosowana jedynie powierzchownie do opisu faz przyjmowania pacjenta stomatologicznego oraz zespołów. Głównym paradygmatem pozostaje interakcjonizm symboliczny.

większość działań podejmowanych podczas procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego przez jego aktorów można uznać za pracę (zob. część empiryczna).

Trzeba zwrócić też uwagę na fakt, że stomatolog i pacjent nie są jedynymi aktorami procesu przyjmowania pacjenta — coraz częściej mamy do czynienia z większą liczbą aktorów wykonujących swoją pracę związaną z tym procesem, więc niezbędne stało się też zbadanie relacji zachodzących pomiędzy wszystkimi istotnymi aktorami procesu, a nie ograniczanie się tylko do relacji lekarz-pacjent. Ponadto procesu przyjmowania pacjenta nie można ograniczyć tylko do przypadku jednorazowej wizyty, czego powody opisane zostaną w następnych rozdziałach.

W celu lepszego i bardziej zrozumiałego przedstawienia wyników badań najpierw, w sposób syntetyczny i skrótowy, opisany został model diachronicznie ujmujący proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego. Dopiero później obszernie przedstawione zostało ujęcie synchroniczne, w którym uwzględniono nie tylko subprocesy zachodzące w ramach badanego procesu, ale i aktorów, miejsce, w którym ten proces się odbywa oraz szerszy kontekst, czyli uwarunkowania prawne, ekonomiczne i kulturowe.

Zaprezentowane w książce wyniki badań mogą też do pewnego stopnia pełnić funkcję praktyczną, gdyż pokazują istotne czynniki mające wpływ na przebieg procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego oraz pokazują możliwe przyczyny konfliktów i zakłóceń interakcji. Znajomość tych uwarunkowań pozwoliłaby lekarzom (a także personelowi pomocniczemu, pacjentom i osobom zarządzającym placówkami medycznymi) na „ulepszenie” przebiegu wizyt stomatologicznych oraz na zmniejszenie liczby nieporozumień.

II.

Część

teoretyczna

1. Paradygmat i orientacja teoretyczna zastosowane w analizie — socjologia interpretatywna i interakcjonizm symboliczny

Prowadząc badania naukowe zarówno w socjologii, jak i w innych dziedzinach nauki, trzeba przyjąć jakiś paradygmat. Paradygmat to pojęcie wprowadzone do filozofii nauki przez Thomasa Kuhna (2001: 10), który zdefiniował je między innymi jako *„powszechnie uznawane osiągnięcia naukowe, które w pewnym czasie dostarczają społeczności uczonych modelowych problemów i rozwiązań”*. Ze ścisłym zdefiniowaniem pojęcia paradygmatu jest poważny problem, gdyż sam Kuhn definiował je na wiele sposobów (zob. Kuhn, 2001, 2003), co doprowadziło do tego, że *„pojęcie to zostało rozdęte do tego stopnia, że stało się mętne, niejednoznaczne, zbyt ogólne, tajemnicze i mylące”* (Jodkowski, 1990: 139), a sytuację dodatkowo komplikuje dość dowolne i wielorakie używanie terminu paradygmat w naukach społecznych.

W naukach społecznych problem paradygmatu jest niezwykle istotny, ponieważ mamy w nich do czynienia z więcej niż jednym obowiązującym, ale nie powszechnie, paradygmatem. Egon Guba i Yvonna Lincoln (2000: 164-165) wyróżniają trzy najważniejsze założenia związane z paradygmatem — ontologiczne, epistemologiczne i metodologiczne. Przyjęcie założeń na temat badanej rzeczywistości determinuje sposoby umożliwiające jej poznanie, czyli z założeń ontologicznych wynikają założenia epistemologiczne i przyjęta metodologia. Thomas P. Wilson (1973: 58-59), odwołując się do terminologii zaproponowanej przez Kuhna, wyróżnił w socjologii dwa główne paradygmaty; normatywny i interpretatywny. Ireneusz Krzemiński (1986: 7-12) podobnie wyznaczył granicę pomiędzy tymi paradygmatami, mówiąc o dwóch podejściach, które określił mianem „socjologii pozytywistycznej” i „socjologii humanistycznej”. W pierwszym ujęciu człowiek widziany jest jako podlegająca

różnym prawom i uwarunkowaniom istota, której zachowanie jest zdeterminowane przez zewnętrzne i wewnętrzne czynniki. W podejściu drugim człowiek postrzegany jest jako istota rozumiejąca, interpretująca rzeczywistość, nadająca sens i znaczenia zewnętrznemu światu, która aktywnie i świadomie tworzy swój świat. W historii socjologii po jednej stronie sytuują się August Comte ze swoim scjentystycznym podejściem do badań, Herbert Spencer, twórca teorii organicyzmu, a więc w pewnym stopniu prekursor strukturalnego funkcjonalizmu czy Vilfredo Pareto, który do nauk społecznych starał się wprowadzić nie tylko schemat logiczno-eksperymentalny, ale i takie pojęcia jak system i równowaga. Po drugiej stronie należy umieścić przede wszystkim Wilhelma Diltheya ustanawiającego za przedmiot socjologii kulturę, w której najważniejsze są znaczenie i interpretacja, Maxa Webera i jego postulat socjologii rozumiejącej oraz Floriana Znanieckiego, twórcę koncepcji współczynnika humanistycznego (Szacki, 2002: 251-262, 290-302, 343-354, 417-425, 458-480, 567-573). Jednak, jak stwierdza Krzemiński (1996: 10), spór pomiędzy tymi dwoma podejściami jest nierozstrzygalny na gruncie nauki (podobnie twierdził Kuhn).

W swoich badaniach przyjąłem paradygmat interpretatywny, a konkretnie jedną z orientacji socjologicznych mieszczącą się w jego zakresie — interakcjonizm symboliczny. Pomimo że orientacja ta jest dzisiaj, przede wszystkim w socjologii amerykańskiej, dosyć wpływowym kierunkiem, a jej przedstawiciele przeprowadzili wiele doniosłych badań, trudno o jej syntetyczny opis czy systematyczną charakterystykę. Składają się na to dwa główne czynniki; brak jednego określonego fundatora i rozciągnięcie powstawania tej orientacji w czasie (Hałas, 2006: 31-32). Chociaż twórcą pojęcia jest Herbert Blumer, to za „ojca” tej orientacji uznać można Georga Herberta Meada (Krzemiński, 1996: 11). Percepcja dokonań Meada jest niezwykle trudna, gdyż za swojego życia nie wydał żadnej książki, a dzieła wydane po jego śmierci są jedynie próbą rekonstrukcji meadowskich teorii

na podstawie notatek z prowadzonych przez niego wykładów. Mead ponadto wcale nie uważał się za socjologa czy psychologa społecznego, lecz za filozofa (Szacki, 2002: 577-588). Jeśli zaś chodzi o rozciągnięcie w czasie, to najpierw warto przyjrzeć się dwóm najważniejszym źródłom teorii symbolicznego interakcjonizmu; amerykańskiemu pragmatyzmowi i socjologii formalnej (Hałas, 2006: 44-55).

Pragmatyzm, związany przede wszystkim z takimi nazwiskami jak Charles Sanders Peirce, William James czy John Dewey to kierunek filozoficzny, w którego centrum znajdują się pojęcia znaczenia i prawdy (Blackburn, 1997: 307-308). Wkład pragmatyzmu do symbolicznego interakcjonizmu najlepiej widoczny jest w następujących sferach: związku idei i działania, komunikacji w działaniu, kontekstowości zjawisk i będącej ich konsekwencją „*antyintelektualistycznej epistemologii pragmatyzmu*” (Hałas, 2006: 44). Przez to ostatnie pojęcie autorka rozumie odejście w teorii poznania od postulowanej przez Kartezjusza, dominującej za czasów pierwszych filozofów pragmatyzmu zasadzie budowania wiedzy naukowej na podstawie jasnych pojęć i aksjomatów. Budowanie takiej wiedzy miało oczywiście w przeważającej części charakter dedukcyjny. Dla przedstawicieli pragmatyzmu wiedza jest nierozzerwalnie związana z działaniem, nacisk kładzie się na indukcję, więc wiedza przestaje być rzekomym odzwierciedleniem istniejącej rzeczywistości — staje się zakorzeniona w doświadczeniu osoby działającej. Z kolei socjologia formalna Georga Simmla dostarczyła interakcjonizmowi przede wszystkim części słownika pojęciowego oraz wzajemnego oddziaływania jednostek jako podstawy analizy (Hałas, 2006: 50-55).

Rozciągnięcie w czasie jest dobrze ilustrowane przez wyróżnione przez Elżbietę Hałas (*ibidem*: 37-39) trzy etapy rozwoju interakcjonizmu symbolicznego; protointerakcjonizm (od 1892 r., za najważniejszych przedstawicieli należy uznać filozofów pragmatyzmu Deweya, Peirca, Jamesa

i Meada), interakcjonizm (od 1937 r., interpretacja koncepcji Meada, dążenie do pewnej systematyzacji, przedstawicielami są: Herbert Blumer, Manford Kuhn, Sheldon Stryker, Timotsu Shibutani, Arnold M. Rose, Anzelm Strauss, Norman Denzin) i neointerakcjonizm (od 1969 r., pod wpływem innych teorii, np. socjologii fenomenologicznej lub postmodernizmu)⁴.

Pomimo opisanych powyżej trudności ze ścisłą definicją interakcjonizmu symbolicznego można wyróżnić cechy wspólne czyniące z niego odrębną perspektywę teoretyczną. Jonathan H. Turner⁵ (2004: 419-421) wyróżnił cztery punkty zbieżne teorii interakcjonistycznych — nacisk na zdolność ludzi do posługiwania się symbolami, która w dużym stopniu uwolniła ich od zdeterminowania instynktownego i biologicznego, zwrócenie uwagi na komunikację symboliczną pomiędzy ludźmi, uznanie „przyjmowania roli innego” za podstawową zdolność umożliwiającą interakcję oraz założenie, że umysł i jaźń wyłaniają się z interakcji, ale jednocześnie to one czynią ją możliwą.

Dobłą ilustracją różnorodności koncepcji interakcjonistycznych mogą być dwie szkoły wyrosłe na gruncie teorii Meada — związana z Herbertem Blumerem Szkoła Chicago i kojarzona przede wszystkim z Manfordem Kuhnem Szkoła Iowa (Hałas, 2006: 38-39). Te dwa podejścia udzielają odmiennych odpowiedzi na takie podstawowe pytania, jak pytania o naturę jednostki, interakcji i organizacji społecznej oraz o najodpowiedniejszą formę metodologii i teorii socjologicznej (Ślęzak, 2009: 18). Ponieważ moim celem nie są rozważania teoretyczne, pozwolę sobie ominąć opis tych różnic, skupiając się jedynie na przedstawieniu teorii Blumera, która w prezentowanych przeze mnie badaniach była podstawową orientacją teoretyczną.

⁴ Daty podane przy tej periodyzacji są umowne, a druga faza wcale nie skończyła się wraz z nadejściem trzeciej.

⁵ Należy tutaj poczynić zastrzeżenie, że autor ten nie jest przedstawicielem interakcjonizmu symbolicznego.

Koncepcja Blumera jawi się jako trzeci punkt widzenia, odrębny zarówno od naturalizmu, jak i od determinizmu kulturowego (Hałas, 2007: VII). Należy zaznaczyć, że błędem jest ograniczanie tej koncepcji do mikrosocjologii, gdyż zainteresowania jej autora były dużo szersze i obejmowały także zagadnienia makrospołeczne, a jego teoria dobrze nadawała się do ich analizy (*ibidem*: VII, Piotrowski, 1999: 8). Blumer wyróżniał trzy przesłanki stanowiące podstawę symbolicznego interakcjonizmu. Po pierwsze *„istoty ludzkie działają wobec przedmiotów na podstawie znaczeń, jakie te przedmioty dla nich mają”* (Blumer, 2007: 5-6). Przesłanka ta odrzucała przyjmowanie, stosowanego często do dzisiaj w naukach społecznych, modelu bodziec-reakcja, pomijającego procesy interpretacji i nadawania znaczenia. Po drugie *„znaczenia takich przedmiotów wywodzą się z interakcji społecznych, jakie łączą jednostkę z otoczeniem”* (*ibidem*: 6). Uznanie tej przesłanki stanowić ma główną linię podziału między interakcjonizmem a pozostałymi teoriami; znaczenia nie można traktować ani za wewnętrzną własność przedmiotu, ani za skutek kombinacji elementów psychologicznych podmiotu postrzegającego. Znaczenie staje się w tym ujęciu wytworem wspólnych prób definicji sytuacji i działań poszczególnych jednostek. Po trzecie *„ludzie posługują się tymi znaczeniami i modyfikują je w procesach interpretacji, jakim poddają napotkane przedmioty”* (*ibidem*: 6). Zgodnie z tym założeniem posługiwanie się znaczeniem nie jest procesem aplikacji znaczenia, lecz procesem interpretacji. Te trzy podstawowe przesłanki wystarczają do uchwycenia ogólnych ram interakcjonizmu symbolicznego, ale do pełniejszego przedstawienia koncepcji Blumera niezbędne jest też krótkie opisanie jego podstawowych idei, czyli *„źródłowych wyobrażeń”* dotyczących natury społeczeństwa, interakcji, przedmiotów, działania ludzkiego oraz istoty ludzkiej jako żywego organizmu i powiązania działań (*ibidem*: 8-9).

Według interakcjonizmu symbolicznego społeczeństwa i grupy istnieją w działaniu; *„w pierwszej i ostatniej instancji społeczeństwo składa się z ludzi*

podejmujących działania” (ibidem: 9). I kultura, i struktura społeczna wywodzą się z działania i odnoszą się do sposobów działania ludzi wobec siebie. W każdej grupie i społeczeństwie mamy też do czynienia z interakcjami, które w interakcjonizmie symbolicznym nie są postrzegane jako forum, na którym dochodzi do ekspresji już istniejących czynników (np. motywy, postawy czy pozycje społeczne). Istoty ludzkie muszą w jakiś sposób dopasowywać swoją linię działań do działań partnerów interakcji; starają się interpretować działania innych oraz wskazywać innym osobom, co mają czynić. Warunkiem koniecznym komunikacji i skutecznej interakcji symbolicznej jest wzajemne przyjmowanie roli (ibidem: 9-12).

Innym ważnym poruszonym przez Blumera (*ibidem: 12-13*, Woroniecka, 2007: 22) problemem była kwestia przedmiotów. Przedmiotem było dla niego wszystko, co można przywołać lub wskazać. Nieodłącznym elementem jakiegokolwiek przedmiotu jest jego znaczenie; oczywiście każdy może przypisywać jakiemuś określonemu przedmiotowi inne znaczenie (np. dla botanika i przeciętnego człowieka drzewo ma zupełnie inne znaczenie). Co ważna, z punktu widzenia jednostki czy grupy społecznej, świat składa się tylko z tych przedmiotów, o których dana jednostka czy grupa społeczna wie lub je rozpoznaje. Znaczenia tych przedmiotów są wytworem działania społecznego, a „*ludzie kształtują, podtrzymują i zmieniają przedmioty tworzące ich świat*” (Blumer, 2007: 13).

W interakcjonizmie symbolicznym istota ludzka postrzegana jest jako organizm, który dzięki posiadaniu jaźni, nie tylko reaguje na zachowania innych na poziomie niesymbolicznym, ale działa też na poziomie symbolicznym, przekazując owym innym wskazania i interpretując wskazania płynące od nich. Jaźń oznacza, że człowiek staje się przedmiotem dla samego siebie. Może nie tylko postrzegać siebie z jakiegoś innego punktu widzenia, ale i wchodzić w interakcję z samym sobą, udzielając sobie wskazań i odpowiadając na nie. Zatem człowiek nie jest organizmem, który jedynie

reaguje na bodźce, lecz organizmem, który podejmuje działania na podstawie procesów interpretacji i nadawania znaczenia. Buduje więc i konstruuje swoje działania, a nie jedynie wyzwała je. Podobnie wygląda to w sytuacji działań połączonych, czyli „*społecznej organizacji wykonywania różnych działań przez różnorodne osoby*” (*ibidem*: 16). Takie działania połączone, choć należy rozpatrywać jako powiązanie oddzielnych działań poszczególnych jednostek, które zawsze przechodzą przez proces przekształcania, nigdy nie są po prostu odtwarzane.

Następstwem przyjęcia przez Blumera opisanej powyżej ontologii świata społecznego było odrzucenie za pragmatystami hipotetyczno-dedukcyjnego modelu nauki. W standardowej dla współczesnej nauki analizie zmiennej indeterminizm i procesy interpretacji poprzedzające działanie ludzkie są całkowicie pomijane, a człowieka traktuje się jako zbiór zmiennych psychologicznych, kulturowych, socjo-ekonomicznych i innych (*ibidem*: 101-108). Według Blumera, jeśli nauki społeczne chcą w pełni zasłużyć na miano nauk empirycznych, nie mogą stosować analizy, w której teoretyczne schematy pojęciowe narzuca się na rzeczywistość, a o prawomocności wyników stanowi zupełnie niezwiązana z badanym światem, wywiedziona z zasad logiki metodologia. W zamian proponuje on podejście oparte na dostosowaniu metodologii do badanego świata, a za główny cel uznaje poznanie tego, „*co rzeczywiście się dzieje w danej strefie życia*” (*ibidem*: 33). Do tego celu o wiele lepiej niż procedury konwencjonalnej metodologii nadają się dwa tryby badania zaproponowane przez Blumera — eksploracja i inspekcja (zob. *ibidem*: 33-39). Nie będę szerzej opisywał tych dwóch trybów badania, bo nie jest zadaniem mojej książki dokładniejsze przedstawianie programu metodologicznego towarzyszącego interakcjonizmowi symbolicznemu, ograniczę się więc do stwierdzenia, że do ontologii i ogólnych założeń metodologicznych interakcjonizmu bardzo dobrze pasuje metodologia teorii ugruntowanej, która bliżej opisana zostanie w rozdziale trzecim.

2. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego jako przedmiot zainteresowania poszczególnych działów socjologii

W moich badaniach obok ogólnej perspektywy, jaką daje interakcjonizm symboliczny, użyteczne okazały się niektóre teorie dotyczące poszczególnych działów socjologii. W tym miejscu przedstawię je bardzo skrótowo; natomiast konkretne koncepcje znajdujące zastosowanie w moich badaniach zostały szerzej opisane w rozdziale empirycznym. Bardzo przydatna wobec opisywanego świata okazała się socjologia interakcji Ervina Goffmana, a także teorie wywodzące się z socjologii medycyny i socjologii pracy profesjonalnej.

2.1. Socjologia interakcji Goffmana

Socjologia interakcji nie ogranicza się oczywiście tylko do teorii Goffmana, ale to właśnie on nadał interakcji największe znaczenie i to jego koncepcje najlepiej pasowały do danych zebranych w moich badaniach.

Dla Goffmana (2006a: 293; Ziółkowski 2006a: 260) interakcja stanowiła autonomiczną sferę, w dużym stopniu niezależną od struktury społecznej. Jego analizy interakcji zyskały popularność i wśród badaczy społecznych, i wśród masowego odbiorcy, a jemu samemu przyniosły sławę jednego z największych socjologów XX wieku. Postronnemu obserwatorowi pozycja zajmowana przez Goffmana w socjologii współczesnej może wydawać się zaskakująca. Chociaż Goffman zaczynał karierę w latach największej popularności funkcjonalizmu, to ani nie stworzył żadnego wielkiego systemu teoretycznego, ani nie odnosił się w swoich badaniach do wielkich problemów społecznych — celem jego badań było opisanie tego, co dzieje się między ludźmi w interakcji (Szacki, 2004: 847). Jego stanowisko metodologiczne w żadnym stopniu nie pasowało do popularnego w tym czasie neopozytywizmu. Metoda Goffmana polegała na zbieraniu różnych wycinków

rzeczywistości, a później składaniu ich w całość. Korzystał z potocznej obserwacji, obszernie odwoływał się do literatury; sam kiedyś przyznał, że *„te dane mają inną słabość. Zbierałem je przez lata na chybił trafił, stosując zasady wyboru tajemnicze dla mnie samego, które w dodatku zmieniały się z roku na rok i których nie potrafiłbym odtworzyć, gdybym chciał to zrobić”* (Goffman, 1974: 15 za: Szacki, 2000: 17). Można jednak w inny sposób tłumaczyć metody doboru próby stosowane przez Goffmana — był on uczniem Everetta C. Hughesa, który twierdził na przykład, że chcąc lepiej poznać psychiatrów należy badać prostytutki (Hughes, 1994: 12). Stosowany przez Goffmana pozornie chaotyczny dobór przypadków do badania można też porównać do procedury teoretycznego pobieranie próbek w metodologii teorii ugruntowanej. Jakkolwiek nie interpretować jego sposobu zbierania danych, doprowadził do niezwykle doniosłych i interesujących rezultatów. Odnosząc się do kwestii metodologii należy jeszcze zaznaczyć, że nie uważał on swojej metody za jedyną właściwą, ani nie krytykował popularnych w jego czasach teorii makrosocjologicznych — jak ujął to Jerzy Szacki (2000: 13) *„Goffman mówi raczej o czymś innym, a nie coś innego”*.

W warstwie teoretycznej Goffman konsekwentnie stosował metaforę teatralną do analizy ludzkich interakcji. Przedmiotem jego badań była *„kategoria zdarzeń, do których dochodzi podczas współobecności i dzięki współobecności,”* zajmował się nie tym, co przeżywają ludzie, ale tym, w czym uczestniczą (Goffman, 2006: 1-3). I właśnie to, w czym uczestniczą, ujmował jako przedstawienie. W *„Teatrze życia codziennego”* (Goffman, 2000) zaprezentował swoją koncepcję interakcji jako odgrywanego wobec publiczności występu. Wprowadził pojęcia fasady (jako tego, co widoczne, zewnętrzne), dramatyzacji działań, idealizacji motywów, cyniczności, a w przypadku interakcji wieloosobowej wprowadził pojęcie zespołu. Z kolei *„Rytuał interakcyjny”* (Goffman, 2006) oparł na pojęciach roli i twarzy. Twarz to według Goffmana (*ibidem*: 5) *„pozytywna wartość społeczna przypisywana*

osobie w danej sytuacji spotkania, gdy inni przyjmą, że trzyma się określonej roli". Warunkiem interakcji jest zachowanie twarzy przez jej partnerów, a w razie zakłóceń ochronie twarzy służy wiele technik interakcyjnych. Obok uników Goffman przedstawia też wiele innych rytuałów towarzyszących każdej interakcji, z których najważniejsze są rytuały obracające się wokół okazywania poważania i dobrego wychowania (Turner, 2004: 465).

W dorobku Goffmana znajduje się jeszcze wiele ważnych publikacji, których nie będę tu opisywał, gdyż skorzystałem tylko z koncepcji zawartych w dwóch wspomnianych książkach.

Na zakończenie opisu socjologii interakcji muszę zwrócić uwagę na jeden problem; perspektywa Goffmana z jego skrajnie sytuacyjnym poglądem na jaźń i tożsamość może być trudna do pogodzenia z perspektywą interakcjonizmu symbolicznego (*ibidem*: 479). Jednak w swojej książce nie przyjmuję teorii Goffmana w całości, a jedynie posługuję się jego koncepcjami w celu wyjaśnienia niektórych aspektów interakcji. Podstawą teoretyczną cały czas pozostaje interakcjonizm symboliczny.

2.2. Socjologia medycyny

Chociaż termin socjologia medycyny pojawił się w 1902 roku, to za jej początek uznać należy lata 50. XX wieku, a za prekursora tej dziedziny można przyjąć Talcotta Parsonsa. W 1957 roku Robert Strauss podzielił socjologię medycyny na socjologię w medycynie (*sociology in medicine*) i socjologię medycyny (*sociology of medicine*). Pierwsza zajmować się miała społecznymi uwarunkowaniami stanu zdrowia i możliwościami socjologii w rozwiązywaniu problemów medycznych, a druga służyła do opisywania instytucji i aktorów związanych z medycyną w kategoriach organizacji, ról społecznych oraz norm i wartości (Miller, 2010: 17-18).

Przydatna do moich badań okazała się koncepcja wywodząca się z jednego z najważniejszych obszarów socjologii medycyny (w drugim

ze znaczeń) — relacji lekarz pacjent — w związku z tym teoretyczny wstęp ograniczę tylko do tego obszaru. Karen Lowton (2004: 97) przywołuje trzy możliwe perspektywy patrzenia na interakcję lekarza i pacjenta. Najlepszą ilustracją pierwszego z tych modeli jest koncepcja Talcotta Parsons'a (1991: 288-320; Tobiasz-Adamczyk i in., 1996: 31-34), w której położony jest nacisk na odmienne pozycje lekarza i pacjenta wynikające z pełnionych przez nich ról. Rola pacjenta jest tymczasowa i niepożądana, a lekarz jest po to, żeby od niej uwolnić. Jednak w tym celu pacjent musi się poddać działaniom i decyzjom lekarza. Zatem w tym modelu stroną dominującą i aktywną jest lekarz, a pacjent pozostaje bierny. Formę interakcji determinują role społeczne lekarza i pacjenta.

Drugim z modeli relacji lekarz-pacjent jest model konfliktu. Eliot Freidson starał się wykazać, że lekarze i pacjenci narażeni są na nieustanny konflikt, ponieważ żyją w różnych światach społecznych. Schorzenie wpływa na całe życie pacjenta, przeszkadzając mu w codziennych czynnościach i często wiąże się z dużym stresem. Spojrzenie lekarza jest spojrzeniem czysto medycznym, skoncentrowanym na leczeniu schorzenia, przez co pacjent traktowany jest rutynowo, a to często prowadzi do konfliktu. Freidson podaje też inny potencjalny powód konfliktu — lekarze często narzekają na pacjentów wyolbrzymiających swoje schorzenia, które nie wymagają wizyty u lekarza (Lowton, 2004: 97-98).

Trzecim z modeli jest model negocjacyjny, który zakłada zarówno istnienie konfliktu, jak i obustronne dążenie do osiągnięcia porozumienia (*ibidem*: 98). Przykładem takiego podejścia mogą być koncepcje zaprezentowane przez Thomasa Scheffa (zob. 1999), który każdą fazę wizyty uznawał za podlegającą negocjacom lub Anselma Straussa (zob. i in., 1994), uważającego pacjenta za współwykonawcę pracy medycznej.

Dla swoich potrzeb związanych z podjętymi badaniami skorzystałem z koncepcji Straussa, Freidsona i w mniejszym stopniu z koncepcji Scheffa,

więc niektóre ich elementy zostaną opisane bardziej szczegółowo w rozdziale empirycznym.

Oprócz socjologii medycyny w późniejszych fazach na moje badania wpływ wywarły książki dotyczące medycyny ogólnej, dające lekarzom i pacjentom rady, jak zachowywać się podczas wizyty, aby przebiegała ona bez zakłóceń (zob. Korsch, Harding, 1999; Meyerscough, Ford, 2001; 1999; Rużyłło, 2006; Gorczyński, 1996). Nie dostarczały one perspektywy teoretycznej, ale pomagały znaleźć interesujące problemy i wyznaczyć kierunki badań.

2.3. Profesje w ujęciu socjologicznym

Z socjologią medycyny nieodłącznie związany jest problem zawodów profesjonalnych. Chociaż przynależność wielu zawodów do kategorii profesji budzi kontrowersje i jest przedmiotem dyskusji (Schuetze, 1992: 135; Hughes, 1994: 40-41), to lekarze, obok prawników, uznawani są za modelową profesję.

W socjologii miało miejsce wiele prób zdefiniowania zawodów profesjonalnych i określenia wymogów, które dany zawód musi spełnić, aby być uznanym za profesję. Kevin T. Leicht i Mary L. Fennel (2001: 26) po analizie różnych prób charakteryzowania zawodów profesjonalnych, wyróżnili osiem cech profesji:

1. Bazowanie wiedzy na teorii.
2. Osiągnięcie biegłości w zawodzie wymaga wielu lat specjalistycznej nauki, przeważnie akademickiej, ukierunkowanej na przyswajanie kultury profesjonalnej.
3. Zadania wykonywane przez profesjonalistów są ważne i wartościowe z punktu widzenia społeczeństwa.
4. Profesjonaliści powodowani są chęcią służenia społeczeństwu i profesji.
5. Ich pracę charakteryzuje duży stopień autonomii.
6. Wykazują długoterminowe przywiązanie do profesji.

7. Wśród profesjonalistów występuje poczucie wspólnoty.
8. Profesjoniści mają rozwinięty kodeks etyczny, który kieruje ich zachowaniem i określa ich podstawowe wartości.

Stomatolog w ujęciu ogólnym, przynajmniej w teorii, posiada każdą z powyższych cech. Przedstawiciele socjologii interpretatywnej kładli natomiast nacisk na inne charakterystyki profesji. Dla Freidsona warunkiem przynależenia danej kategorii zawodowej do profesji był utrudniony dostęp do grupy zawodowej, do której wejście uzależnione było od opinii samych profesjonalistów, ścisły kontakt z własnym środowiskiem w procesie kształcenia, odmienna kultura zawodowa i nadzór wewnętrzny dominujący nad innymi typami kontroli (Wagner, 2005: 21-22). Freidson zwracał też uwagę na bardzo widoczny w zawodach medycznych konflikt pomiędzy uniwersalistyczną perspektywą profesjonalisty i partykularną perspektywą laika (Lowton, 2004: 97).

Problemem zawodów profesjonalnych zajmował się też Everett Hughes (1994: 38-39), który podkreślał konieczność zaufania i „oddania” się profesjonalistom przez klienta, przy jednoczesnym chronieniu się środowisk profesjonalnych przed ocenianiem zewnętrznym. Hughes zauważył ponadto, że w roli motywu — bezinteresowna służba społeczeństwu została zastąpiona przez dążenie do zysku, a wytwarzane przez profesjonalistów ideologie bardziej służą profesjonalistom niż dobru społecznemu. Socjologowie jakościowi zwrócili także uwagę na inne interakcyjne charakterystyki pracy profesjonalnej, której nieodłączną cechą jest problematyczność działania i konieczność balansowania pomiędzy wiedzą, doświadczeniem a odczuciem, przez co w każdym przypadku plan pracy musi być konstruowany indywidualnie (Granosik, 2006: 10-11; Schuetze, 1996: 191-192).

Problemy związane z profesjonalnym charakterem pracy stomatologa często pojawiały się w moich badaniach, a najbardziej adekwatną teorią do ich opisu okazała się teoria Hughesa.

III.

Część

metodologiczna

Respektujcie naturę świata empirycznego i opracowujcie pozycje metodologiczne tak, żaby dawały temu wyraz. (Blumer, 2007: 48)

3. Ogólny zarys metodologii

Metodologia teorii ugruntowanej (*grounded theory* — GT) jest jedną z najważniejszych i najbardziej wpływowych strategii badawczych w jakościowych naukach społecznych (Morse, 2001: 1; 2009: 13). Pomimo że GT jest relatywnie młodą metodologią, to w jej obrębie zdążyło powstać wiele odmian, często zupełnie do siebie niepasujących, zarówno pod względem założeń epistemologicznych i ontologicznych, jak i ze względu na zalecenia dotyczące przebiegu badań i trzymania się procedur (zob. Gorzko, 2008; Morse, 2009). Postaram się pokrótce omówić różne metodologie zaliczane (lub zaliczające siebie same) do rodziny GT. Najpierw spróbuję przedstawić najważniejsze założenia i procedury pierwotnej wersji metodologii teorii ugruntowanej, a następnie przejdę do prezentacji zmian wniesionych do wersji pierwotnej przez poszczególnych badaczy.

3.1. Pierwotna wersja GT

Za początek GT przyjmuje się rok 1967, kiedy Barney Glaser i Anselm Strauss opublikowali *The Discovery of Grounded Theory* – książkę, opisującą metodologię zastosowaną przez nich podczas badań nad śmiertelnie chorymi pacjentami (Glaser, Strauss, *Awareness of Dying*, 1965). GT była próbą rozwiązania najważniejszego problemu powojennej socjologii — przepaści dzielącej badania empiryczne od teorii socjologicznych. Próbując rozwiązać ten problem, Glaser i Strauss połączyli dwa zupełnie różne nurty; Glaser wywodził się ze związanego z pozytywizmem i metodami ilościowymi Uniwersytetu Kolumbii, podczas gdy Strauss studiował i wykładał wcześniej na Uniwersytecie Chicagowskim, będącym silnym ośrodkiem pragmatyzmu

i symbolicznego interakcjonizmu. Celem GT było generowanie z danych teorii średniego zasięgu (Glaser, Strauss, 1967: vii-viii; Charmaz, 2009: 16). Zanim przejdę do bardziej szczegółowego opisu GT, przedstawię kontekst historyczny jej powstania.

Osiem okresów (momentów) rozwoju badań jakościowych wyróżnionych przez Denzin i Lincoln (2000a; Gorzko, 2008: 20-26) pozwala lepiej zrozumieć ten historyczny kontekst. Pierwszy moment to okres tradycyjny, zaczynający się w początkach XX wieku, trwający do drugiej wojny światowej. Podczas tego okresu etnografowie starali się zdawać obiektywne relacje i dostarczać uzasadnione, rzetelne interpretacje. Badania prowadzone były pod wpływem pozytywistycznego, scjentystycznego paradygmatu. Ich obiektem był przede wszystkim „inny” z całkowicie obcej kultury, ale w okresie tym powstawały też prace socjologów ze szkoły chicagowskiej, skupiające się na opisie własnego społeczeństwa (Denzin, Lincoln, 2000a: 12-13). Następną była faza modernistyczna, trwająca od drugiej wojny światowej do lat siedemdziesiątych XX wieku. Okres ten wywodził się z kanonicznych dzieł fazy tradycyjnej; nie odchodzono od realizmu i naturalizmu. Podjęto także próby wypracowania rygorystycznych procedur zbierania i analizy danych jakościowych, mające na celu legitymizację badań jakościowych. Czas ten określony został więc jako „złoty wiek rygorystycznej analizy danych jakościowych” (*ibidem*: 14-15), a jego uwieńczeniem w socjologii była wspomniana wcześniej książka *The Discovery of Grounded Theory*.

Jednak GT nie była jedynie odpowiedzią na problem przepaści pomiędzy badaniami empirycznymi a teorią i próbą wprowadzenia rygorystycznej metodologii legitymizującej badania jakościowe — GT odrzucała powszechnie panujący w nowożytności, od czasów Galileusza i Kartezjusza, model hipotetyczno-dedukcyjny. W GT badania nie są ukierunkowane przez teorię, nie dedukuje się z teorii hipotez, aby następnie je (często w wątpliwy sposób) zoperacjonalizować i poddać weryfikacji, jak to

przeważnie ma miejsce w innych naukach, na przykład w psychologii społecznej (zob. Aronson i in., 1997: 32-69; Shaughnessy i in., 2002: 23-48). Glaser i Strauss (1967: 1-2) sprzeciwiają się centralnej pozycji weryfikacji w badaniach socjologicznych i głoszą potrzebę większego skupienia się na procesie generowania teorii. Odrzucają przy tym całkowicie tworzenie teorii poprzez dedukowanie jej z jakichś aksjomatów lub „nieugruntowanych” założeń (*ibidem*: 4). W zamian zaproponowane zostało podejście indukcyjne, a także, jak podkreśla Kathy Charmaz (2009: 137), abdukcja, która nie została wymieniona we wczesnych książkach i artykułach na temat teorii ugruntowanej, ale Strauss od samego początku kładł na nią nacisk podczas nauczania. Abdukcja — podejście zaproponowane i zdefiniowane przez Charlesa Peirc’a (Gadacz, 2009: 243), współgra z rozumowaniem indukcyjnym i pozwala je rozszerzyć. W GT zaleca się też maksymalne unikanie prekonceptualizacji; teoria przestaje „prowadzić” badanie, nawet główny problem badawczy nie jest wcześniej określony, lecz musi się wyłonić w trakcie badań (Glaser, Strauss, 1967: 45).

Pod względem swoich podstawowych założeń metodologicznych GT jest niezwykle nowatorska (choć będąca w pewnym stopniu powrotem do Arystotelesa), jednak gdy spojrzy się na jej założenia epistemologiczne i ontologiczne, zaliczyć należy ją jednoznacznie do paradygmatu pozytywistycznego. Charakterystyka paradygmatu pozytywistycznego zaczerpnięta została od Guba i Lincoln (2000: 65). Na paradygmat ten składają się w ontologii naiwny realizm, a w epistemologii dualizm i obiektywizm. Bezkrytyczne przyjęcie tych założeń widać już w samym tytule książki Glasera i Straussa (1967) — GT została odkryta, a nie stworzona przez badaczy. W swoich późniejszych pismach Glaser (z Holton, 2004: 21) zaznacza, że „*metodologia teorii ugruntowanej została odkryta, nie wynaleziona*”, „*wyłoniła się w trakcie badań nad śmiertelnie chorymi pacjentami w 1967 roku*”. Teorie wygenerowane przy użyciu GT też mają

emergentny charakter, a ugruntowanie w danych umożliwia ich legitymizację bez dalszej weryfikacji (Glaser, Strauss, 1967: viii). Zatem zarówno rzeczywistość społeczna, wyłaniająca się teoria, jak i sama metodologia są zewnętrzne wobec badacza, jednak w *The Discovery of Grounded Theory* brak było głębszej refleksji na temat tych epistemologicznych i ontologicznych założeń.

Jasno i szczegółowo zostały za to opisane procedury i elementy GT. Przed przejściem do opisu procedur GT, należy przedstawić najważniejsze elementy teorii ugruntowanej; są to kategorie, własności, hipotezy i integracja teorii (Glaser, Strauss, 1967: 35-41). Teoria ugruntowana jest teorią pojęciową (Glaser, Holton, 2004). Kategorie to pojęciowe odpowiedniki zjawisk, nie można ich sprowadzić do nazw czy etykietek, które pozwalają nam jedynie zidentyfikować zjawisko, nic nam o nim nie mówiąc. Aspektami, elementami kategorii są ich własności (Gorzko, 2008: 77-79), które można zdefiniować jako „*najbardziej konkretne cechy (idei, rzeczy, osoby, zdarzenia, czynności, relacji), które mogą być skonceptualizowane i jednocześnie pozwalać na pewną dozę specyficzności wymaganej przez analityka do celów jego badania*” (Konecki, 2000: 29). Hipotezy to z kolei twierdzenia wyrażające relacje pomiędzy kategoriami lub kategoriami i własnościami (Glaser, Strauss, 1967: 39-40). Ostatnim z elementów teorii ugruntowanej jest integracja; teorie nie stanowią prostego zbioru kategorii i hipotez, są to kategorie i hipotezy zintegrowane wedle jednorodnej zasady (Gorzko, 2008: 85).

Podstawową procedurą GT jest metoda ciągłego porównywania (*constant comparative method*), jedno z czterech możliwych podejść do analizy danych jakościowych wymienionych przez Straussa i Glasera (1967: 101-104; Konecki, 2000: 67-68). Trzy pozostałe to kodowanie, generowanie teorii bez kodowania i indukcja analityczna. Metoda ciągłego porównywania jest syntezą dwóch pierwszych, które się nawzajem uzupełniają; zbieranie danych, ich kodowanie i analiza przebiegają równolegle. W metodzie ciągłego

porównywania Glaser i Strauss (1967: 105) wyróżnili cztery etapy. Pierwszym etapem jest porównywanie zdarzeń podpadających pod każdą kategorię, kiedy to dochodzi do generowania kategorii, a potem przez porównywanie poszczególnych przypadków w obrębie danej kategorii do generowania własności tych kategorii. Następny etap to integrowanie kategorii i ich własności, kiedy badacz przestaje porównywać przypadek do przypadku, a zaczyna porównywać przypadki z kategoriami i ich własnościami. Kolejnym etapem jest wyznaczanie granic teorii, które odbywa się i na poziomie teorii, i na poziomie kategorii. Jednym z czynników wyznaczania granic teorii na poziomie kategorii jest teoretyczne pobieranie próbek (*theoretical saturation*), które zostanie opisane później. Ostatnim etapem jest pisanie teorii (*ibidem*: 106-113). Oprócz kodowania należy jeszcze wspomnieć o czynności pisania not teoretycznych (*memo writing*), usprawniającej proces generowania teorii (*ibidem*: 108).

Procedurą łączącą ciągle porównywanie z procesem zbierania danych jest teoretyczne pobieranie próbek (*theoretical sampling*), „kontrolowane przez wyłaniającą się teorię” (*ibidem*: 45). Taki sposób doboru przypadków do analizy nie ma nic wspólnego ze statystycznym pobieraniem próbek, gdzie najważniejsze są kryteria reprezentatywności i istotności statystycznej, podczas gdy przy teoretycznym pobieraniu próbek kryteriami są teoretyczna celowość i teoretyczna istotność (*ibidem*: 48). Taki „dobór opiera się nie na podobieństwie rzeczowym, a konceptualnym, umożliwiającym nasycenie kategorii i budowanie nowych hipotez o wyższym poziomie ogólności” (Konecki, 2000: 71).

Teoretyczne pobieranie próbek pozwala odpowiedzieć na pytanie, gdzie szukać następnych przypadków do analizy, a teoretyczne nasycenie informuje, kiedy można przerwać zbieranie danych. Teoretyczne nasycenie kategorii oznacza, że żadne nowe, pojawiające się dane nie rozwijają wygenerowanych własności kategorii. Kryteriami pozwalającymi stwierdzić teoretyczne

nasycenie są empiryczne ograniczenia danych, integracja i gęstość teorii oraz teoretyczna wrażliwość analityka (Glaser, Strauss, 1967: 60-62).

Glaser i Strauss (*ibidem*: 161) dzielą dane na terenowe i dokumentarne, przy czym postulują użycie danych dokumentarnych w taki sam sposób, jak danych uzyskanych za pomocą technik wywiadu i obserwacji. Zaletami korzystania z danych dokumentarnych stanowi wysoka dostępność, szybkość pozyskania danych i niskie nakłady czasowe. Z drugiej strony jakość takich danych może być niska w porównaniu z notatką terenową, a ponadto nie wszystkie instytucje będące obiektem badań, posiadają ślad dokumentarny. W ten sam sposób, jako „normalne” źródła danych analizowane powinny być specjalistyczne pisma socjologiczne (*ibidem*: 161-182; Gorzko, 2008: 138-144).

Chociaż GT kojarzona jest przede wszystkim z użyciem metod jakościowych, to Glaser i Strauss (*ibidem*: 185) dostrzegają, że dane ilościowe „mogą być bardzo dobrym sposobem na odkrywanie teorii”. Przeważnie metody ilościowe stosowane są do weryfikacji teorii albo dokładnego opisu, co wiąże się ze skrupowaniem bardzo ścisłymi regułami. Kiedy jednak badacz dąży do wytworzenia teorii, a nie do jej weryfikacji, może świadomie rozluźnić te reguły (jak np. zmienić próg istotności statystycznej). Autorzy (*ibidem*: 186) twierdzą, że zasady i strategie analizy danych ilościowych w teorii ugruntowanej cały czas czekają na odkrycie, sami jednak prezentują jedną z takich „odkrytych” strategii — zmodyfikowaną wersję analizy danych sondażowych Paula Lazarsfelda.

Jak już wcześniej zostało wspomniane, rezultatem badań GT jest teoria pojęciowa, pod względem poziomu ogólności dająca się umieścić pomiędzy ogólnymi „teoriami wszystkiego” (jak np. teoria Talcotta Parsonsa) a pomniejszych hipotezami roboczymi. Wśród teorii generowanych przy pomocy GT wyróżnić można dwa rodzaje: teorie rzeczowe i teorie formalne. Teoria rzeczowa dotyczy jednego obszaru substancywnego, jak na przykład

opieka nad pacjentem, pozyskiwanie nowego pracownika przez łowców głów czy stawanie się pracownikiem naukowym. Z kolei teoria formalna odnosi się do formalnego, konceptualnego obszaru socjologicznego zainteresowania, czego dobrym przykładem mogą być badania nad stygmatyzacją, socjalizacją lub zmianą statusu. Oba typy teorii, teoria rzeczowa i formalna, wyłaniają się z danych, a GT nie dopuszcza sytuacji, w której teoria rzeczowa powstaje poprzez proste przeniesienie teorii formalnej na dany obszar substantywny, choć poszczególne teorie rzeczowe przyczyniają się do tworzenia i modyfikacji teorii formalnych. Schemat, w którym najpierw z danych wyłania się teoria rzeczowa, następnie z teorii rzeczowych i bezpośrednio z danych wyłania się teoria formalna, przeciwstawić można logiczno-dedukcyjnemu modelowi, wywodzącego twierdzenia o poszczególnych obszarach rzeczowych z ogólnych, apriorycznych teorii (Glaser, Strauss, 1967: 33-43).

Wygenerowana teoria ugruntowana umożliwiać ma przewidywanie, wyjaśnianie i rozumienie obszarów, których dotyczy. Powinna zatem być zrozumiała nie tylko dla socjologów, ale też i dla „znaczących laików” (Konecki, 2000: 28; Glaser, Strauss, 1967: 3).

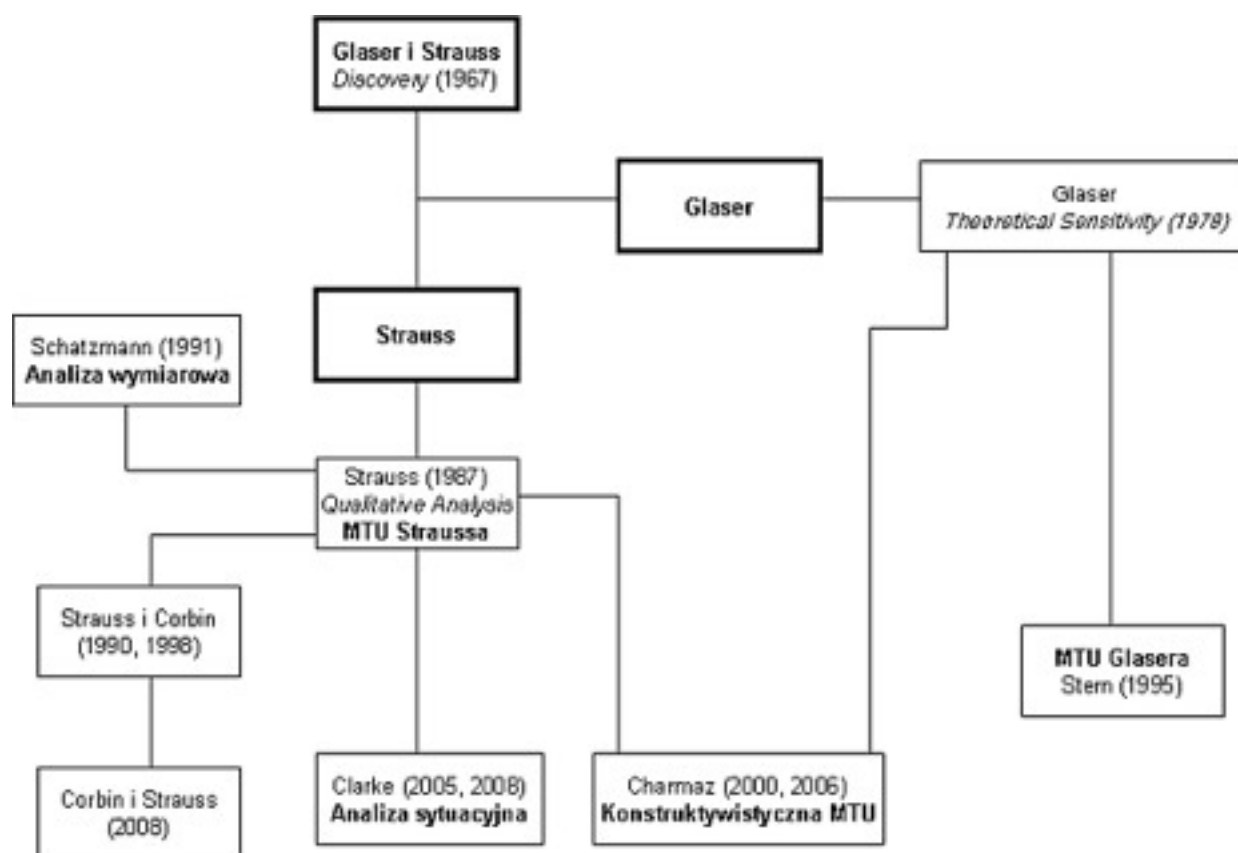
Tak wygląda pierwotna wersja GT. Jej podstawowymi założeniami jest odrzucenie prekonceptualizacji, podejście indukcyjne, oparcie się przede wszystkim na metodach jakościowych i dążenie do wytworzenia teorii średniego zasięgu. Przy całej swojej innowacyjności metodologicznej pierwotna wersja GT pozostała w swoich założeniach ontologicznych i epistemologicznych na gruncie paradygmatu pozytywistycznego.

3.2. Inne wersje GT

Po wydaniu *The Discovery of Grounded Theory* drogi Straussa i Glasera zaczęły się powoli rozchodzić (zob. Gorzko, 2008; Glaser, 1978; Glaser i Holton, 2004; Strauss i Corbin, 1998; Morse, 2009, Clarke, 2005). Także niektórzy z ich uczniów zaproponowali swoje własne modyfikacje GT. Rozwój

i poszczególne wersje GT, które postaram się krótko scharakteryzować w dalszych podrozdziałach, przedstawia poniższy schemat autorstwa Janice M. Morse (dla większej jasności wprowadzone w nim zostały pewne uproszczenia):

Schemat 1. Rozwój GT i jej różne odmiany



Źródło: za Janice Morse (2009: 17), MTU – metodologia teorii ugruntowanej

3.2.1. GT Straussa i Corbin

Jak pisze Juliet Corbin (2009: 35-36) zarówno metodologia, jak i badacz zmieniają się cały czas. Zmiany w GT nastąpiły jako odpowiedź na współczesne trendy w badaniach jakościowych. Strauss w przeciwieństwie

do Glasera nie dążył do zachowania „czystości” GT, lecz pod wpływem własnych doświadczeń poddawał ją modyfikacjom. Nowa wersja metodologii zaprezentowana została w *Analysis for Social Scientist* (Strauss, 1987) oraz w trzech wydaniach *Basics of Qualitative Research* (Strauss, Corbin, 1990, 1998, 2008). Ponieważ dwa ostatnie wydania *Basics* opublikowane zostały już po śmierci Straussa, trudno jednoznacznie określić, które z tez pochodzą od niego, a które od Corbin. Sama Corbin (2009: 42) twierdzi, że jej wersja jest kombinacją tego, co uważała za najlepsze w metodzie Straussa, tego, co wzięła z myśli współczesnej i tego, co wyniosła ze swojego osobistego doświadczenia. Zaznacza też, że gdyby Strauss żył, na pewno ciągle modyfikowałby swoją metodologię (*ibidem*: 37).

Jakie zmiany Strauss i Corbin wprowadzili do GT? Przede wszystkim zaczęli odchodzić od pozytywizmu, a ściślej rzecz biorąc: porzucili jeden z dogmatów pierwotnej wersji – zewnętrżność i obiektywność odkrywanej teorii. Chociaż w pierwszym wydaniu *Basics* (Strauss, Corbin, 1990: 28-27) cały czas jest mowa o odkrywaniu, to już w wydaniu następnym (Strauss, Corbin, 1998: 25) pojęcie teorii definiowane jest w duchu konstruktywizmu:

Teoretyzowanie jest aktem konstruowania (należy podkreślić to słowo) z danych wyjaśniającego schematu, systematycznie integrującego różne pojęcia za pomocą twierdzeń o relacjach pomiędzy nimi.

Corbin (2009: 39-40) wypowiada się za konstruktywizmem, a konstruowane teorie nie są dokładnymi odzwierciedleniami rzeczywistości. Badacz wpływa na badanie, a samo badanie ma wpływ na badacza, który powinien być tego świadomy. Marek Gorzko (2008: 256-258) dostrzega podobne przesłanie w *Analysis for Social Scientist*, gdzie Strauss przedstawia badania jako pracę, a co za tym idzie, badanie powinno być rozumiane jako działania społeczne, a badacz nie jako bezstronny obserwator, lecz jako zlokalizowany w czasie i przestrzeni uczestnik świata społecznego. Badacz i jego badanie uwikłani są w rzeczywistość, która jest przedmiotem badania. Zatem nie można mówić o obiektywnym wyłanianiu się teorii z danych.

Zmianie ulega też postrzeganie samej metodologii. Według Corbin (2009: 40-41) procedury i techniki nie muszą być ściśle przestrzegane; są jedynie metodami i narzędziami badacza stosowanymi, aby rozwiązywać dopasowane do nich problemy. Strauss przeczy też możliwości stworzenia zbioru ścisłych procedur, algorytmu niezawodnie pozwalającego dochodzić do teorii, w zamian postuluje raczej sformułowanie ogólnych wskazówek, pomagającego przekształcić dane w teorię (Gorzko, 2008: 256-258).

Rozumienie metodologii nie jako zestawu rygorystycznych procedur, ale jako „stylu prowadzenia badania” wynika z założeń Straussa dotyczących rzeczywistości społecznej. Strauss kładzie mianowicie nacisk na złożoność, kompleksowość i procesualność rzeczywistości społecznej, co zwraca go przeciwko nadmiernym uproszczeniom (*ibidem*: 254-255, Strauss, 1993: 12).

Strauss i Corbin rozwinęli też pierwotną koncepcję kodowania, wprowadzając rozróżnienie na trzy rodzaje (fazy): kodowanie otwarte (*open coding*), zogniskowane (*axial coding*) i selektywne (*selective coding*). Całkowicie nowym elementem w GT jest paradygmat kodowania (Gorzko, 2008: 372). Strauss i Corbin (1990: 61) definiują kodowanie jako „proces analizy danych”, a kodowanie otwarte jako „proces łamania, badania, porównywania, konceptualizacji i kategoryzacji danych”. Na tym etapie identyfikowane i rozwijane są kategorie wraz ze swoimi własnościami i wymiarami tych własności (*ibidem*: 62-74). Następną fazą jest kodowanie zogniskowane, które jest procedurą ponownego łączenia danych po kodowaniu otwartym poprzez ustanawianie relacji pomiędzy kategoriami — analityk porusza się między myśleniem dedukcyjnym i indukcyjnym, a proces analizy kierowany jest paradygmatem kodowania, w którego skład wchodzi sześć koniecznych dla kodowania elementów. Te elementy to: warunki przyczynowe — zjawisko — kontekst — warunki interweniujące — działania/strategie i techniki interakcyjne — konsekwencje (*causal conditions* —

phenomenon — context — intervening conditions — action/interaction strategies — consequences) (*ibidem*: 97-115).

Innym nowym narzędziem analitycznym pomagającym w tworzeniu teorii jest matryca warunków (*conditional matrix*) (*ibidem*: 158-175). Pozwala ona prześledzić wpływ uwarunkowań społeczno-ekonomicznych z mikro- i makropoziomu na badane zjawisko. Ponieważ Strauss wywodził się ze szkoły Chicago, rodowodu matrycy warunków można doszukiwać się w ekologicznych schematach szkoły chicagowskiej (Gorzko, 2008: 320; Clarke, 2005: 68). Matryca warunków składa się z poziomów: działania, interakcji, grupy, wnętrza organizacyjnego, organizacji, społeczności, kraju i międzynarodowego (Strauss, Corbin, 1990: 163 za: Konecki, 2000: 50). Paradygmat kodowania i matryca warunków mogą być szczególnie pomocne dla początkujących badaczy.

Ostatnim z etapów kodowania jest kodowanie selektywne, w którym najważniejszym pojęciem jest kategoria centralna (*core category*), które Strauss (z Corbin, 1990: 116) definiują jako „*główne zjawisko wokół którego integrują się wszystkie inne kategorie*”. Badacz musi najpierw wybrać jedną kategorię centralną, a potem skupić się na szukaniu relacji między nią a innymi głównymi kategoriami oraz na rozwijaniu tych kategorii i ich własności. Wynikiem ma być zwarta, zintegrowana wokół głównego wątku (*story line*) opowieść analityczna (*analytic story*) (*ibidem*: 116-142). Wymogi trafności i rzetelności odnoszą się do takiej wygenerowanej ugruntowanej teorii w tym samym stopniu, co do wyników badań prowadzonych innymi metodami. Stąd też wprowadzone zostało siedem kryteriów ewaluacji procesu analizy i osiem do oceny empirycznego ugruntowania badania, co Glaser uznał później za całkowicie niezgodne z tradycyjną GT (*ibidem*: 249-258, Marciniak, 2008: 30).

Podsumowując, należy stwierdzić, że Strauss z Corbin przesunęli GT mocno w stronę konstruktywizmu, odrzucili idee obiektywnego, zewnętrznego

wobec badanego świata obserwatora, dołożyli dwa bardzo ważne narzędzia analityczne, a także zmienili charakter metodologii ze zbioru rygorystycznych procedur na strategię pomocną przy wytwarzaniu ugruntowanej w danych teorii.

3.2.2. Klasyczna GT/GT Glasera

Glaser prezentował zupełnie inny pogląd wobec wprowadzania zmian do GT, sprzeciwiając się całkowicie jej reformowaniu. Chociaż jego książki i artykuły wskazują na pewną ewolucję poglądów, on sam zadaje sobie wiele trudu, aby udowodnić, że tak naprawdę nie zmienia niczego (Charmaz, 2009: 136-137; Stern, 2009: 60). Stąd też dla swojej wersji GT rezerwuje przymiotnik „klasyczna” (Glaser, Holton, 2004: 1-2).

Glaser przede wszystkim odrzuca wprowadzenie do GT paradygmatu konstruktywistycznego. Zostaje na stanowisku realizmu:

Spółeczny, psychologiczny świat struktury, kultury, interakcji społecznej, społecznej organizacji itd. trwa niezależnie. Zawsze jest jakiś podstawowy problem pierwszy poruszyciel (ibidem: 12).

Założeniem epistemologicznym pozostaje u Glasera (2002a: paragraf 19) dualizm podmiotu i przedmiotu badania; badacz nie jest, przeciwnie niż u Straussa, uwikłany w badany świat, a przestrzeganie procedur GT prowadzi do wygenerowania obiektywnej teorii. *„W teorii ugruntowanej problem i centralna zmienna (core variable) muszą się wyłonić i z pewnością się wyłonią. Byłem tego świadkiem setki razy”* (Glaser, Holton, 2004: 7).

To wspomniane generowanie teorii nie oznacza jednak jej konstruowania, lecz, dokładnie tak jak w pierwotnej wersji, teoria jest odkrywana, wyłania się z danych, a *„rzeczywistość pojęciowa istnieje w rzeczywistości (the conceptual reality DOES EXIST)”* (Glaser, 2002a: paragraf 31).

Glaser nie godzi się też z zaliczaniem i włączaniem GT do rodziny analizy danych jakościowych, ponieważ włączanie to jest szkodliwe i poważnie

zniekształca GT (Glaser, 2004; z Holton, 2004). Teoria ugruntowana jest według Glasera (2002b: 23-24; z Holton, 2004: 1) teorią pojęciową, a nie opisem, ma transcendować dane i wznosić się na pewien stopień abstrakcji, podczas gdy badania jakościowe dążą przede wszystkim do opisu, co nakłada na nie pewne problemy, jak na przykład problem dokładności czy obiektywności. Postrzeganie GT jako przynależnej do rodziny analizy danych jakościowych uznał Glaser za poważny błąd Straussa i Corbin, który spowodował, że wynikiem badań prowadzonych zgodnie z proponowaną przez nich metodologią jest co najwyżej pojęciowo uporządkowany pełny opis (*full conceptual description*), a nie teoria abstrahująca od miejsca, czasu i ludzi (Glaser, 2002b: 25-26; Gorzko, 2008: 380). GT nie da się wpisać w podział na ilościowe i jakościowe metody badań, przekracza to rozróżnienie. Choć przeważnie jej „ulubionymi” danymi są dane jakościowe, to równie dobrze może korzystać z danych ilościowych (Glaser, Holton, 2004: 10).

Różnice w założeniach ontologicznych, epistemologicznych oraz ogólnometodologicznych pociągają też za sobą różnice w kwestiach bardziej szczegółowych.

Glaser (z Holton, 2004: 11-13), ze względu na emergentny charakter generowanej teorii, odrzuca użycie literatury przedmiotowej przed rozpoczęciem badania oraz twierdzi, że problem badawczy nie może być założony przed badaniem i musi wyłonić się z danych. W innym przypadku mielibyśmy do czynienia z prekonceptualizacjami i wymuszeniem (*forcing*) zamiast wyłaniania się kategorii.

Inne podejście niż Strauss i Corbin prezentuje też Glaser w stosunku do kodowania. Przede wszystkim dzieli kodowanie na rzeczowe i teoretyczne (*substantive and theoretical coding*). Dwoma rodzajami kodowania rzeczowego są kodowanie otwarte (*open coding*) i kodowanie selektywne (*selective coding*). Kodowanie otwarte zaczyna się od kodowania linijka po linijce (*line-by-line coding*), co pozwala na „otwarcie danych” i utrzymanie

teoretycznej wrażliwości badacza (*theoretical sensitivity*). Na tym etapie badacz musi dobrze zapoznać się z danymi i zyskać pewność, że problem, na którym chce zogniskować swoje badanie, jest rzeczywiście istotny (*relevant*). Gdy już wyłoni się kategoria centralna, analityk może przejść do kodowania selektywnego, w którym analizę ogranicza się tylko do tych zmiennych, które powiązane są z kategorią centralną. Celem jest stworzenie zintegrowanej wokół zmiennej centralnej, a co za tym idzie oszczędnej (*parsimonious*) teorii. Wymuszone zostaje też ograniczenie zakresu (*delimiting*) teorii. Z kolei kody teoretyczne konceptualizują sposób powiązania ze sobą kodów rzeczowych poprzez hipotezy, które integrują się następnie w teorii. Kody teoretyczne dają możliwość integracji, ogólne obrazy i nową perspektywę. Pomagają też analitykowi utrzymywać się na poziomie pojęciowym przy pisaniu o pojęciach i ich wzajemnych powiązaniach (Glaser, 1978: 55-82; Glaser, Holton, 2004: 13-14, 16).

Z kategorią centralną i kodowaniem selektywnym związane jest mocno wprowadzone przez Glasera pojęcie podstawowego procesu społecznego (*basic social process* — BSP) (Gorzko, 2008: 235). Chociaż każdy BSP jest kategorią centralną, to nie jest z nią tożsamy, gdyż nie każda kategoria centralna jest podstawowym procesem społecznym — teoria ugruntowana może zostać wygenerowana wokół jakiegokolwiek kodu teoretycznego (Glaser, 1978: 96). Kategoria centralna może zostać określona mianem podstawowego procesu społecznego, gdy jest procesem i charakteryzuje ją stadialność, szerokie występowanie, pełna różnicowalność i zmienność w czasie (Gorzko, 2008: 238). Szerzej koncepcja ta została opisana przez Glasera w *Theoretical Sensitivity* (1978: 93-115).

Dwa wprowadzone przez Straussa narzędzia analityczne, paradygmat kodowania i matryca warunków, zostają odrzucone jako ulubione kody (*pet codes*), które całkowicie zaprzeczają emergentnemu charakterowi teorii.

Jak stwierdził Glaser „*Jeśli będziemy torturować dane, one w końcu się poddadzą*” (Gorzko, 2008: 378-379).

Glaser wprowadza też inne niż Strauss i Corbin kryteria ewaluacji. Każda wygenerowana zgodnie z procedurami teorii ugruntowanej teoria musi być dostosowana (*fit*), musi pracować (*work*), musi być istotna (*relevant*) i wreszcie, dająca się łatwo modyfikować (*readily modifiable*). Dostosowanie teorii oznacza, że musi ona być możliwa do zastosowania i potwierdzona przez dane z badanego obszaru. Teoria pracuje, kiedy pozwala wyjaśniać i przewidywać wydarzenia i zachowania zachodzące w obszarze, którego dotyczy. Istotność teorii odnosi się do faktu, że teoria musi być istotna dla osób działających w badanym obszarze. Z kolei modyfikowalność teorii dotyczy możliwości jej przeformułowywania i dostosowywania, jeśli wymagają tego okoliczności (Konecki, 2000: 28; Glaser, 1978: 4-5).

Zatem Glaser wychodząc od założeń realizmu i obiektywizmu odrzuca paradygmat konstruktywistyczny, postrzega wytwór GT jako pojęciową teorię abstrahującą od miejsca, czasu i ludzi, kładzie nacisk na emergentny charakter teorii, głosząc jednocześnie konieczność ścisłego przestrzegania metodologicznych procedur. Stawia się tym samym w ostrej opozycji wobec Straussa, Corbin i innych badaczy rozwijających swoje wersje GT.

3.2.3. Analiza wymiarowa

Analiza wymiarowa (*dimensional analysis*) nie jest częścią GT, ale ze względu na jej silne związki z tą metodologią oraz wzajemne wpływy należy o niej wspomnieć.

Autor analizy wymiarowej, Schatzmann, początkowo pracował wspólnie ze Straussem. Później, gdy Strauss zaczął ściśle współpracować z Glaserem ich związki osłabiły się, ograniczając się do wspólnych konsultacji i pomocy swoim studentom na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, gdzie obaj pracowali. Analiza wymiarowa, mimo wielu różnic, ma z teorią ugruntowaną

wspólne korzenie (pragmatyzm i Szkoła Chicago) oraz ideę wyłaniania się teorii z danych. Schatzmann przyznawał, że analiza wymiarowa jest powiązana z głównymi ideami i praktykami GT (Bowers, 2009: 90).

Schatzmann chociaż na początku zafascynowany był ciągłym porównywaniem, doszedł do wniosku, że jest ono niewystarczające dla odzwierciedlenia kompleksowości i złożoności świata społecznego. Uznał, że ciągłe porównywanie jest tylko jedną z kilku odmian analizy, a także ograniczane jest przez wyznaczanie podstawowego procesu społecznego. Schatzmann za kluczowe uznał wprowadzone przez siebie pojęcie wymiaru, umożliwiające pochwycenie złożoności badanego obszaru (*ibidem*: 91-95).

Badacz stara się wyróżnić wymiary i ich właściwości, ważność tych wymiarów oraz relacje między nimi. I badacz, i badani posiadają swoje perspektywy, które mają wpływ na to, co wyłoni się z danych — należy wziąć to pod uwagę przy badaniu (*ibidem*: 95-98).

Przy badaniu badacz zawsze przyjmuje jakąś swoją perspektywę, psycholog widzi motywację, antropolog kulturę itd.; często jednak ta perspektywa, ten proces ukryty jest za narzędziami analitycznymi, słownictwem. Przy analizie bardzo ważne jest, aby uczynić to transparentnym. Schatzmann sprzeciwia się też uznawaniu analizy naukowej za gatunkowo różną od analizy stosowanej w naszym codziennym życiu. Ta naukowa analiza jest jedynie rozszerzeniem, uszczegółowieniem analizy naturalnej (*ibidem*: 99-101).

Tak, jak GT, analiza wymiarowa dąży do wygenerowania teorii z danych. Są jednak pewne różnice. Jednym z najważniejszych problemów jest kwestia perspektywy i wyrażenia jej *explicite*, co jest rzadko spotykane w badaniach jakościowych. Analiza wymiarowa odrzuca też *timing* i centralność ciągłego porównywania, skłonna jest raczej opóźnić je i nie ograniczać tylko do kategorii powiązanych z podstawowym procesem społecznym. W celu uniknięcia ograniczenia rozwoju bogatej i ugruntowanej teorii, proces analizy

następuje dopiero po wyłonieniu się okazałego zbioru wymiarów (*ibidem*: 103).

3.2.4. Konstruktywistyczna GT Kathy Charmaz

Korzenie i filozoficzne podstawy GT nie były przedmiotem głębszej analizy u Glasera i Straussa, ale stały się przedmiotem refleksji ich uczniów, między innymi Kathy Charmaz i Adele Clarke (Gorzko, 2008: 386).

Źródła rozejścia się dróg Straussa i Glasera upatruje Charmaz głównie w pozytywistycznych (Uniwersytet Kolumbii) korzeniach Glasera i pragmatycznych korzeniach (Uniwersytet Chicagowski) Straussa, co miałyby prowadzić do niemożliwości pogodzenia ich stylów analizy. Z jednej strony „metoda naukowa”, obiektywny obserwator, a z drugiej strony płynne, niezdeterminowane procesy, wielość perspektyw, powiązanie faktów i wartości (Charmaz, 2009a: 128; James, 1896). Konstruktywistyczna GT zaproponowana przez Charmaz związana jest mocno z pragmatyzmem (Charmaz, 2009: 138) i stanowić ma trzecią drogę pomiędzy obiektywizmem i postmodernizmem (Gorzko, 2008: 388; Puddephatt, 2006: 9). Charmaz (2009a: 138) zaznacza, że konieczne jest założenie istnienia wielu rzeczywistości oraz różnych perspektyw patrzenia na te rzeczywistości, co dopasowuje GT do ery ponowoczesnej, w której mamy mieć do czynienia z wieloma rzeczywistościami, perspektywami czy racjonalnościami (Welsch, 1998: 436-440). W konstruktywistycznej GT Charmaz (2009: 133-134) chce też podjąć ciągły i wyrażony *explicite* zamysł nad refleksywnością. Ponadto według jej konstruktywizmu nie tylko badana rzeczywistość jest konstruowana przez uczestników życia społecznego, ale też konstruowane jest samo badanie, a poglądy, pozycja i cele badacza mają na nie przemożny wpływ (*ibidem*: 141).

Takie podstawowe założenia ontologiczne i epistemologiczne mają oczywiście swoje konsekwencje w metodologii. Głównym celem badania ma

być sposób i powody konstruowania przez ludzi znaczeń i działań w konkretnych sytuacjach — badacz odpowiedzieć powinien na dwa pytania; jak i dlaczego (Gorzko, 2008: 389). Chociaż przy analizie podstaw filozoficznych Charmaz przechylała się bardziej ku stanowisku Straussa, to w kwestiach metodologicznych czerpie z dorobku obu twórców GT. Jest sceptycznie nastawiona do ściśle skodyfikowanych procedur, odrzuca „mechaniczne” stosowanie paradygmatu kodowania, narzędzia analitycznego wprowadzonego przez Straussa. Zaznacza przy tym, że kody nie wyłaniają się z danych, lecz są konstruowane przez badacza (*ibidem*: 393).

W konstruktywistycznej GT inny jest też status wyników badania; celem przestaje być abstrakcyjna, oszczędna teoria na rzecz częściowych, warunkowych generalizacji usytuowanych przestrzennie i czasowo (Charmaz, 2009a: 141), dzięki czemu konstruktywistyczna GT pozwala na dogłębne badanie zjawisk bez odrywania ich od kontekstu i uniknięcie powierzchownej analizy (*ibidem*: 146).

Reasumując, należy stwierdzić, że Charmaz zrewidowała podstawowe założenia GT oraz procedury badawcze (zob.: Charmaz, 2009), dostosowując je, w swoim mniemaniu, do współczesnych czasów i czerpiąc zarówno ze Straussa, jak i z Glasera.

3.2.5. Analiza sytuacyjna i ugruntowane teoretyzowanie

W reformowaniu GT jeszcze dalej posunęła się Adele Clarke, której głównym celem było, dostosowanie pozytywistycznej metodologii do postmodernizmu — modernistyczna teoria ugruntowana zastąpiona ma być postmodernistycznym „ugruntowanym teoretyzowaniem” (Clarke, 2005). Potrzebę takiego przekształcenia można jednak postrzegać jako wysoce kontrowersyjną — wielu myślicieli mocno krytykuje postmodernizm, a w szczególności postmodernizm w nauce (zob. np. Bunge, 1996; Kołakowski, 1998; Sokal, Bricmont, 2004).

Clarke (2005: 2-6) traktuje GT i interakcjonizm symboliczny jako pakiet teoria/metodologia, a co za tym idzie, uznaje pragmatyczne korzenie GT, odwołuje się też do socjologii Szkoły Chicago. Ponadto na kształtowanie się analizy sytuacyjnej przemożny wpływ wywarła metodologia i epistemologia feministyczna oraz teoria Foucaulta (Clarke, 2009: 196, 200-201). Ponieważ modernistyczna GT dążąca do wygenerowania abstrakcyjnej teorii pojęciowej nie pasuje do postmodernistycznych kanonów (o ile można o takich mówić), w ujęciu Clarke zostaje zredukowana do zbioru „*elastycznych strategii heurystycznych*” (Kacperczyk, 2007: 6; Clarke, 2005: xxii) mających doprowadzić do zrozumienia złożoności i heterogeniczności indywidualnych i kolektywnych sytuacji, dyskursów i interpretacji sytuacji (Kacperczyk, 2007: 10; Clarke, 2005: xxv). Nastąpiło też przesunięcie akcentu ze zjawiska na szeroko rozumianą sytuację. Pojęcie to nie jest jednak jednoznacznie zdefiniowane, co można uznać za typowe dla tekstów postmodernistycznych; w *Situational Analysis* można znaleźć co najmniej cztery znaczenia pojęcia sytuacja (Kacperczyk, 2007: 19-20). Sytuacja analizowana jest wraz ze swoją „*kompleksowością, różnicami i heterogenicznością*” (Clarke, 2005: 19) oraz przy zwróceniu większej uwagi na dyskurs. Aby ułatwić opis złożoności całej sytuacji, w której znajduje się badane zjawisko, Clarke wprowadza trzy narzędzia analityczne: mapy sytuacyjne (*situational maps*), mapy światów/aren społecznych (*social worlds/arenas maps*) i mapy pozycyjne (*positional maps*). Stąd Clarke pisze o zastąpieniu metafory krzywej normalnej z modernistycznej GT metaforą kartografii — celem badacza jest dokładny opis świata, a nie dążenie do nadmiernych uproszczeń (*ibidem*: 32).

Odrzucone zostaje też unikanie prekonceptualizacji i przeświadczenie o obiektywności badacza, który jest przecież uwikłany w sytuację społeczną i powinien swoje uwikłanie wziąć pod uwagę w badaniu. Wcześniejsza wiedza badacza stanowi też wartościowy wkład, a nie coś, co należy zawiesić (Kacperczyk, 2007: 24-25).

Oprócz postawionego wcześniej pytania o sensowność dostosowywania GT do postmodernizmu należy rozpatrzyć kwestię, czy „ugruntowane teoretyzowanie” to cały czas GT, czy może już zupełnie inna metodologia? Zamiast „jasnej i prostej metodologii [...], prowadzącej badacza od pierwszych dni badań terenowych po skończenie spisywania teorii” (Glaser, Holton, 2004: 4) mamy zbiór heurystycznych strategii, skupiających się nie na działaniu, lecz na sytuacji, mających na celu raczej dogłębny opis, a nie abstrakcyjną teorię pojęciową. Tak naprawdę „z tradycyjnej teorii ugruntowanej pozostają jedynie procedury kodowania, techniczne pomysły i sposoby analizowania danych” (Kacperczyk, 2007: 24).

3.2.6. GT — jedna czy wiele metodologii?

Znaczne zróżnicowanie w obrębie GT skłania do zastanowienia się, czy mamy jeszcze do czynienia z jedną metodologią, czy już może z wieloma różnymi metodologiami (Gorzko, 2008: 374-385; Morse i in., 2009). Problem wydaje się trudny do rozwiązania, ponieważ różnice w poszczególnych metodologiach sięgają ontologicznych i epistemologicznych podstaw poszczególnych wersji GT — naiwny realizm, obiektywizm z pozytywistycznej wersji Glasera jest nie do pogodzenia z konstruktywizmem, relatywizmem i subiektywizmem z postmodernistycznej propozycji Clarke.

Charmaz (2009a: 128) postrzega GT jako „parasol rozpościerający się nad kilkoma różnymi wariantami, kierunkami i drogami myślenia o danych”, dla Corbin (i in., 2009: 236-237) GT to sposób myślenia. Chociaż różne wersje GT różnią się pod względem kilku fundamentalnych założeń, wpływających na kształt badań, to wszystkie używają indukcyjnej logiki, teoretycznego pobierania próbek, metody ciągłego porównywania oraz mają na celu rozwijanie teorii (Charmaz, 2009a: 128; Morse i in., 2009: 236). Inaczej sprawę widzi Glaser, który inne wersje GT jest raczej skłonny postrzegać jako jej

nieuprawnione przekształcanie i dostosowywanie do wymogów jakościowej analizy danych (z Holton, 2004).

W swoich analizach przyjąłem stanowisko dopuszczające pluralizm GT i różne jej wersje.

3.3. Charakterystyka zastosowanej metodologii

Ponieważ w swoich analizach zastosowałem podejście, które ze względu na używanie strategii i metod z różnych wersji GT, można byłoby określić mianem metodologicznego eklektyzmu, stosowaną przeze mnie metodologię Glaser pewnie uznałby za właściwą analizie danych jakościowych „metodologię mieszanych metod”. Wedle Glasera GT można przyjąć albo w całości, albo w ogóle — ja jednak nie zgadzam się z takim podejściem i postanowiłem korzystać ze strategii, technik i metod, które wydały mi się najbardziej pasujące do badanego świata. Muszę też przyznać, że pomimo odrzucenia przeze mnie spojrzenia Glasera na ogólne kwestie związane z GT, to jego teksty (zob. Glaser, Holton 2004; Glaser, 1978) stanowiły dla mnie główną inspirację i dostarczały wskazówek dotyczących procesów kodowania, teoretycznego pobierania próbek, zastosowania metod ilościowych, sortowania teoretycznego i spisywania teorii. Jednak nie przyjąłem glaserowskich, a więc też pochodzących z pierwotnej wersji GT, założeń ontologicznych i epistemologicznych — (bardzo) naiwnego realizmu i przekonania o możliwości wyłaniania się teorii z danych przy zachowaniu całkowitego obiektywizmu badacza. Nie zakładam, że badacz ma być subiektywny, spisywać swoje odczucia, a badanie ma być kierowane przez jego system wartości, ale zdaję sobie sprawę, że teoria nie wyłania się samoistnie z danych w mniej lub bardziej magiczny sposób, lecz jest przez badacza konstruowana. W swoich badaniach starałem się dążyć do uzyskania jak największej obiektywności, w niektórych momentach musiałem nawet przełamywać swój wewnętrzny opór, odrzucając rzeczy, które wcześniej

uznawałem za oczywiste, ale jednak pomimo tego dążenia do obiektywności, nie da się pominąć faktu, że teoria zaprezentowana na łamach mojej książki została skonstruowana przeze mnie jako jednostkę uwikłaną w świat społeczny, a nie sama wyłoniła się z danych. Choć jeszcze raz muszę zaznaczyć, że jak najbardziej starałem się ograniczyć „wymuszanie” danych.

Jak już zostało wspomniane w pierwszym rozdziale, jako orientację teoretyczną jeszcze przed rozpoczęciem badań wybrałem interakcjonizm symboliczny, co także było zupełnie niezgodne z koncepcją Glasera, który uważał, że prawdziwy teoretyk ugruntowany nie może dopuszczać żadnych prekonceptualizacji przed przystąpieniem do badania — przyjąłem punkt widzenia Straussa czy Clarke, uznających GT i interakcjonizm symboliczny za pakiet teoria-metodologia. Jednak oprócz prekonceptualizującego badanie wykorzystania interakcjonizmu symbolicznego, próbowałem unikać prekonceptualizacji, a po literaturę teoretyczną zacząłem sięgać dopiero po skonstruowaniu szkieletu własnej teorii. Wyjątek stanowiła koncepcja pracy sentymentalnej Straussa, z którą zetknąłem się przez przypadek, ale która była wyjątkowo dobrze dopasowana do moich danych. Gdy w późniejszej fazie badania zacząłem włączać inne pasujące do danych koncepcje, tworzona przeze mnie teoria została trochę przeformułowana, stała się „bogatsza” i zaczęła lepiej wyjaśniać badaną rzeczywistość. Muszę zaznaczyć, że nie włączałem istniejących już koncepcji do swojej teorii poprzez proste nakładanie ich na zebrane dane, ale przeważnie wybrane przeze mnie koncepcje modyfikowałem, aby lepiej pracowały.

Uniknąłem też prekonceptualizacji przy definiowaniu tematu badania; kiedy zacząłem przeprowadzać pierwsze, eksploracyjne wywiady nie wiedziałem, co konkretnie będzie przedmiotem moich dociekań. Dopiero w miarę zapoznawania się z danymi, uznałem, że w pracy stomatologa najważniejszy jest proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego, który jednocześnie okazał się pasować do glaserowskiej koncepcji stadialnego

podstawowego procesu społecznego (BSP). Muszę tu zaznaczyć, że nie uznawałem konieczności wyboru jednej kategorii centralnej, ale, podobnie jak Clarke, dopuszczałem możliwość pojawienia się kilku takich kategorii, wokół których ma ogniskować się całe badanie — wybór tylko jednej, a nie większej ilości kategorii centralnych wynikał nie z uprzednio przyjętych założeń, ale z analizowanych danych.

Od założeń Glasera oszedłem w kwestii produktu stosowania GT. Z jednej strony dążyłem do skonstruowania teorii, w pewnej mierze abstrahującej od miejsca, czasu i ludzi, z drugiej w mojej pracy teoria przeplata się z opisem, mającym na celu ukazania kompleksowości i złożoności badanego świata. Sprawą dyskusyjną jest też stopień abstrakcyjności wytworzonych przeze mnie schematów — prowadziłem badania jedynie w kraju o danej kulturze, w określonych uwarunkowaniach prawnych i ekonomicznych. Moje schematy, jak to zostanie później zasygnalizowane w tekście, mogłyby okazać się całkowicie nieadekwatne w Japonii, lub nawet w innym czasie w naszym kraju.

Zgodnie z założeniami GT, aby móc pretendować do konstruowania teorii, a nie tylko opisu badanych przypadków, stosowałem teoretyczne pobieranie próbek. Oczywiście, jak to przeważnie bywa w badaniach społecznych, na ostateczny kształt tej metody w moim badaniu miały wpływ nie tylko przyjęte założenia teoretyczne, ale i ograniczone możliwości. Ostatecznie przeprowadziłem trzynaście wywiadów z dentystami różniących się specjalnością, miejscem pracy, płcią, wiekiem oraz sposobem komunikacji z pacjentami, z jedną higienistką stomatologiczną oraz z trzema pacjentami (oprócz wywiadów odbyłem też dużo rozmów nieformalnych z pacjentami). Obserwacje przeprowadziłem w różnych typach gabinetów, jednak ze względu na trudności organizacyjne nie udało mi się przeprowadzić obserwacji w żadnej dużej, sieciowej przychodni z kliniką dentystyczną.

W swoim badaniu używałem tylko metod jakościowych, ale nie wynikało to z odrzucenia przez mnie metod ilościowych jako takich⁶, tylko z faktu, że korzyści z zastosowania metod ilościowych w moim badaniu okazałyby się nikłe w porównaniu z nakładami czasu i pracy, jakie trzeba byłoby ponieść w przypadku przeprowadzenia ankiet lub w przypadku eksploracyjnej analizy danych zawartych w prowadzonych często przez lekarzy bazach pacjentów.

Kolejną kwestią, w której moje badanie było niezgodne z koncepcją Glasera, jest użycie zaproponowanej przez Straussa i Corbin matrycy warunków, która pomogła mi „usadawić” proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego w szerszym kontekście. Jednak odrzuciłem drugie z zaproponowanych przez Straussa i Corbin narzędzi — paradygmat kodowania, co pozwoliło mi na większą swobodę podczas kodowania, ale też uczyniło tę czynność bardziej skomplikowaną. W swoim badaniu, idąc za radami Clarke i Charmaz, szczególnie w fazie konstruowania teorii, tworzyłem wiele diagramów i map pojęciowych. Jeden z takich diagramów, który prezentował powiązania między wszystkimi pojęciami, umożliwił mi łączenie poszczególnych kategorii w grupy problemowe i w konsekwencji doprowadził do integracji teorii. Ze względu na rozmiar i stopień skomplikowania diagram ten byłby zupełnie niezrozumiały dla czytelnika, więc nie został umieszczony w książce.

W celu weryfikacji skonstruowana teoria zaprezentowana została jednemu ze znaczących aktorów badanego świata społecznego, który miał możliwość ustosunkowania się do poszczególnych pojęć i hipotez.

⁶ Glaser, Strauss (1967: 185-220) czy Blumer (2007: 108) pozytywnie wypowiedali się o możliwościach wykorzystania metod ilościowych w badaniach społecznych.

4. Techniki zbierania danych

4.1. Obserwacja

Obserwacja i wywiad to dwie główne techniki w badaniach jakościowych (Bryman, 2001: 312). Niektórzy są nawet skłonni wysuwać tezę, że obserwacja jest podstawą wszystkich innych metod (Angrosino i in., 2000: 673). Należy odróżnić obserwacje o charakterze ilościowym i jakościowym. Podczas gdy w obserwacjach pierwszego typu badacz dąży do standaryzacji i kontroli, to przy obserwacji jakościowej badacz stara się dotrzeć do działań ludzkich w ich naturalnym kontekście, celem jest dotarcie do pojęć i kategorii istotnych dla badanej grupy (Konecki, 2000: 145-146). W moim badaniu korzystałem z obserwacji jakościowej.

Raymond Gold zdefiniował cztery role, jakie uczestnik może przyjąć podczas obserwacji: całkowity uczestnik, uczestnik jako obserwator, obserwator jako uczestnik i całkowity obserwator (*ibidem*, 2000: 146; Angrosino i in. 2000: 677; Hammersley, Atkinson, 2000: 112). W swoich obserwacjach wcielałem się w rolę uczestnika jako obserwatora i obserwatora jako uczestnika. Przyjmując rolę uczestnika jako obserwatora, badacz dostaje zezwolenie grupy na uczestnictwo w życiu, dzięki czemu może ją obserwować w naturalnym otoczeniu. Stara się nawiązać kontakt i zdobyć zaufanie członków grupy. Z kolei przyjęcie roli uczestnika-obszawatora oznacza tylko kilkukrotne spotkanie z badanymi, nie ma czasu na ustanowienie bliższej relacji (Konecki, 2000: 146). Jak już wcześniej zostało wspomniane, obserwację prowadziłem w dwóch miejscach. Do pierwszego miejsca, prywatnej przychodni stomatologicznej, przychodziłem przez dwa miesiące dwa razy w tygodniu. Ponadto i przed, i po obserwacji widywałem się z pracującymi tam ludźmi w nieformalnych sytuacjach oraz z kilkoma z tych osób przeprowadziłem wywiady. W tym przypadku zbliżałem się raczej do roli uczestnika jako obserwatora. Trochę inaczej wyglądało to w drugim miejscu,

którym była klinika protetyki na jednym z uniwersytetów medycznych. Chodziłem tam codziennie, w dni robocze, przez dwa tygodnie, ale nie miałem możliwości bliższego poznania pracujących tam ludzi, gdyż grupy studenckie mające zajęcia praktyczne i prowadzący te zajęcia asystenci zmieniali się. Jedynymi osobami pracującymi podczas każdej mojej obserwacji były asystentki stomatologiczne, które przekazały mi bardzo wiele ciekawych informacji. Kontakty z personelem kliniki Uniwersytetu Medycznego miałem jednak ułatwione, ze względu na fakt, że stanowili go w większości studenci. Łatwiej było mi nawiązać rozmowę z rówieśnikami i osobami o podobnym statusie niż z etatowymi pracownikami kliniki. Studenci prosili mnie też czasami podczas przyjmowania pacjentów o drobną pomoc; przyniesienie jakichś narzędzi, przytrzymanie czegoś i inne temu podobne proste czynności.

Bardzo często przy obserwacji uczestniczącej ważną rolę odgrywa ubiór (Hammersley, Atkinson, 2000: 92-96). Podobnie też było w moim badaniu. W obu miejscach zakładałem na siebie biały strój lekarski i białe buty. Dla osób postronnych mogłem wyglądać jak lekarz, stażysta, student czy pomoc stomatologiczna. Strój i fakt, że pacjenci przeważnie nie wiedzieli, iż jestem socjologiem, obserwującym ich interakcje z dentystami, sprawiają trudność w jednoznacznym zaliczeniu moich badań do jednej z dwóch kategorii obserwacji: jawnej lub ukrytej (Konecki, 2000: 148). W stosunku do pacjentów była to przeważnie obserwacja ukryta, a w stosunku do personelu medycznego jawna. Czasami zdarzało się jednak, że studenci przedstawiali mnie swoim pacjentom jako socjologa, albo, że niektórzy studenci, gdy zdarzało mi się spóźnić i nie przedstawić, traktowali mnie jak studenta z innej grupy odrabiającego nieobecności.

Monika Kostera (2005: 101-111) przy rozróżnieniu na obserwację nieuczestniczącą i bezpośrednią zwróciła uwagę na inny bardzo ważny aspekt. Przy obserwacji nieuczestniczącej badacz ma zacząć posługiwać się „percepcją antropologiczną”, czyli ograniczyć swoje relacje jedynie do opisu,

unikając kategoryzacji, interpretacji i oceny zaobserwowanych zjawisk. Taki typ obserwacji stosowałem na początku w prywatnej przychodni, siedząc przy biurku i zapisując dokładnie przebieg przyjmowania pacjenta. W obserwacji bezpośredniej dopuszczalne są już pewne interpretacje i tak też postępowalem przy pozostałych obserwacjach, kiedy nie spisywałem relacji „na żywo”. Oczywiście zgodnie z zaleceniami metodologicznymi (Hammersley, Atkinson, 2000: 185) notatki starałem się robić jak najszybciej po przeprowadzeniu obserwacji.

W tym miejscu pojawia się problem, jak dalece moje obserwacje były obserwacjami uczestniczącymi. Z jednej strony wchodziłem w pewnym stopniu w grupę personelu przychodni, ale z drugiej wobec przedmiotu moich badań — interakcji dentysta-pacjent — pozostawałem przeważnie obserwatorem zewnętrznym. Osobiście, ponieważ nawiązywałem relację z jedną ze stron interakcji, skłaniam się ku stwierdzeniu, że moje obserwacje należy uznać za obserwacje uczestniczące.

W obserwacji uczestniczącej bardzo pomocne są wywiady konwersacyjne, czyli niesformalizowane, prywatne rozmowy przeprowadzane podczas trwania obserwacji (Konecki, 2000: 150). Takie nieformalne rozmowy pozwalały mi często uzyskać od razu interpretacje zaobserwowanych zjawisk, zweryfikować wysunięte hipotezy, czasami naprowadzały mnie na nowe kierunki badań. Podczas obserwacji w prywatnej przychodni mogłem część czasu poświęcać na nieformalne rozmowy, gdyż, jak zostanie to szerzej przedstawione w części empirycznej, stosunkowo często zdarza się, że pacjenci nie przychodzą na zaplanowane wizyty bez wcześniejszego poinformowania lekarza. Z kolei czasami podczas obserwacji na Uniwersytecie Medycznym studenci, kiedy tylko dowiadywali się o temacie moich badań, zaczęli opowiadać mi różne historie o swoich doświadczeniach z pacjentami lub proponowali problemy warte według nich

bliższego przyjrzenia się. Zatem wywiady konwersacyjne, będące częścią obserwacji uczestniczącej, stały się dla mnie nieocenionym źródłem informacji.

Ogólnie rzecz biorąc, w moim badaniu technika obserwacji okazała się niezwykle pomocna i efektywna, pozwoliła mi przyrzeć się z bliska badanemu procesowi, uzyskać interpretację zjawisk od personelu medycznego i lepiej zrozumieć to środowisko.

W literaturze wspomina się jednak o różnych niedogodnościach tej metody, część z nich ujawniła się także podczas moich badań. Po pierwsze problem stanowią emocje; badacz jest sam, zdany na siebie, w nowym otoczeniu, ma więc poczucie samotności i izolacji (Konecki, 2000: 152; Kawulich, 2005: 7). Rzeczywiście będąc na Uniwersytecie Medycznym, czasami miałem takie poczucie; codziennie miałem do czynienia z nowymi ludźmi, którzy przeważnie znali się nawzajem bardzo dobrze i tylko ja byłem osobą nową. Pomimo faktu, że inni byli do mnie pozytywnie albo neutralnie nastawieni, jako osoba nieśmiała odczuwałem pewien dyskomfort psychiczny. Oprócz występującego czasami poczucia wyalienowania, badaczowi towarzyszą inne emocje, związane z obserwowanym światem i mogące mieć swój wkład w badanie, jednak nie powinny być one traktowane jako dane empiryczne, lecz jako narzędzia analityczne (Konecki, 2000: 155). Starłem się postępować zgodnie z tą zasadą i myślę, że udało mi się jej trzymać. Nie da się też uciec od ingerencji badacza w daną rzeczywistość (*ibidem*: 144), ale nie jestem w stanie stwierdzić, w jakim stopniu moja obecność wpływała na obserwowane zjawiska. Obserwacja ma też ograniczony zasięg; co naturalne obserwacji poddane są tylko te miejsca, w których jest ona przeprowadzana (Bryman, 2001: 331). Jednak żadna technika nie jest wolna od braków, więc w badaniach terenowych łączenie technik jest koniecznością (Lutyński, 1994: 302).

4.2. Wywiad

Jak już zostało wspomniane, obok obserwacji, podstawową techniką zbierania danych był wywiad — technika stosowana bardzo szeroko w naukach społecznych i badaniach rynku (Bryman, 2001: 312; Fontana, Frey, 2000: 45). Niektórzy skłonni są nawet określać współczesne społeczeństwo amerykańskie mianem „*the interview society*” (Fontana, Frey, 2000: 646). Wywiadów używa się powszechnie i w badaniach ilościowych, i w jakościowych. Nie jest to jednak technika jednorodna; można spotkać wiele różnych jej odmian (por. Bryman, 2001; Kostera, 2005; Kvale, 2004; Fontana, Frey, 2000). Jan Lutyński zaproponował następującą klasyfikację (Konecki, 2000: 169):

1. Wywiad swobodny mało ukierunkowany,
2. Wywiad swobodny ukierunkowany,
3. Wywiad swobodny ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji,
4. Wywiad kwestionariuszowy o większym stopniu standaryzacji,
5. Wywiad kwestionariuszowy o mniejszym stopniu standaryzacji.

W badaniach społecznych o jakościowym charakterze używa się pierwszych trzech typów wywiadów. Inną, aczkolwiek podobną, klasyfikację zaproponował Bryman (2001: 313) wyróżniając wywiady ustrukturyzowane oraz wywiady jakościowe: nieustrukturyzowane i częściowo ustrukturyzowane (*semi-structured*). Różnicy między wywiadami jakościowymi i ilościowymi nie można jednak redukować do różnic w poziomie ustrukturalizowania — oba te typy wywiadów mają zupełnie inne założenia i cele. Wywiady stosowane w badaniach ilościowych mają być jak najbardziej zestandaryzowane, nie zostawiać miejsca na improwizację, umożliwić kodowanie odpowiedzi w z góry założone kategorie, a ich celem jest najczęściej weryfikacja hipotez (Fontana, Frey, 2000: 649-651). Z kolei wywiad jakościowy charakteryzuje się

otwartością, elastycznością, a celem jest przeważnie poznanie perspektywy indywidualnej (*ibidem*: 652-653, Jociles, 1999). Wywiad jakościowy, tak jak miało to miejsce w opisywanym przeze mnie badaniu, może być doskonałym uzupełnieniem obserwacji, dla której część informacji pozostaje niedostępna (Hammersley, Atkinson, 2000: 132).

Korzystałem więc z technik wywiadu jakościowego: najpierw wywiadu swobodnego mało ukierunkowanego, a w końcowej fazie, kiedy wydawało mi się, że w pewnym stopniu osiągnąłem teoretyczne nasycenie, przeprowadzałem wywiady swobodne ukierunkowane lub nawet wywiady ze standaryzowaną listą informacji. Przy czym nawet podczas przeprowadzania ostatniego typu wywiadów pozostawałem otwarty na to, co chce powiedzieć rozmówca.

Kostera (2005: 125) pisze, że w wywiadzie jakościowym najważniejszy jest kontakt z rozmówcą, a sam wywiad powinien być przeprowadzony jak najbardziej naturalnie. Podkreśla też, że należy używać terminu rozmówca w miejsce terminu respondent, co wskazywać ma na równość badacza i badanego w interakcji. Jednak w rzeczywistości często mamy do czynienia z sytuacją nienaturalną i formalną, a ponadto można mówić o symetrii w sytuacji wywiadu, gdyż to „*badacz ustala i kontroluje sytuację, badacz ustala temat wywiadu, także sprawdza krytycznie odpowiedzi osoby udzielającej wywiadu*” (Kvale, 2004: 18). Asymetrię tą widać też bardzo wyraźnie po skończeniu wywiadu — przepytwany odchodzi uboższy o informacje, często bardzo prywatne, a przepytujący staje się o te informacje bogatszy. Badacz jakościowy jednak może i powinien, poprzez nadanie wywiadowi elastycznej struktury, dążyć do ustanowienia wzajemnej relacji i zaufania między rozmówcami, starać się przywrócić symetrię w sytuacji wywiadu (Konecki, 2000: 179). Kostera (2005: 129) zwraca też uwagę na fakt, że badacz oferuje swojemu rozmówcy w zamian za jego opowieść uważne i refleksyjne słuchanie, czyli coś niezwykle cennego. W swoim badaniu niejednokrotnie

przekonałem się o sztuczności sytuacji wywiadu. Miało na to wpływ używanie przeze mnie dyktafonu (oprócz dwóch wywiadów), ale nagrywanie bardzo ułatwia przeprowadzanie wywiadu, pozwalając skoncentrować się wyłącznie na osobie, z którą się rozmawia oraz umożliwia potem dokładną analizę (*ibidem*: 127; Bryman, 2001: 322). Często, gdy tylko włączałem dyktafon, respondenci, nawet wcześniej mi znani, zmieniali sposób wypowiedzania się, ton głosu, treść ich wypowiedzi też była inna. Po wyłączeniu dyktafonu sytuacja od razu ponownie stawała się naturalna. To, co usłyszałem przed i po formalnej, nagrywanej części wywiadu, zapisywałem niezwłocznie po wyjściu od rozmówcy. Przy pierwszych wywiadach dokonywałem transkrypcji, następnie kodowałem z pliku dźwiękowego, zapisując tylko niektóre fragmenty.

W sytuacji wywiadu ważne jest też miejsce (Hammersley, Atkinson (2000: 153-156). Wywiady z pacjentami przeprowadzane były w różnych miejscach, ale już wywiady ze stomatologami odbywały się, poza kilkoma wyjątkami, w gabinetach. Plusem takiego rozwiązania było potraktowanie tej sytuacji jako dodatkowej możliwości obserwacji, ale z drugiej strony powodowało to znaczne ograniczenie czasowe. Stomatolodzy umawiali się ze mną na wywiad podczas pracy, rezerwując sobie maksymalnie godzinę, a to jak ważny jest w tej profesji czas, przedstawione zostanie w rozdziale empirycznym. Zatem w większości wypadków nie został spełniony postulat, by wywiad trwał co najmniej półtorej godziny (Kostera, 2005: 129). Jednak przeważnie te wywiady, choć niezbyt długie, okazały się wystarczające i bogate w informacje.

Oprócz sztuczności i asymetrii sytuacji, które badacz może próbować zniwelować, wywiady jakościowe mają też inne niedoskonałości. Po pierwsze wywiadu nie można traktować jako informacji o zjawisku samym w sobie, lecz jedynie jako interpretację zjawiska przez badanego. Po drugie w wywiadzie badamy sferę deklaratywną, a nie sferę działań. Trzeba więc wziąć pod uwagę fakt, że ludzie co innego mówią, a co innego robią (Marciniak, 2008: 37).

Ponadto uzyskane wypowiedzi rozmówcy to zawsze wypowiedzi wywołane i trzeba się liczyć z wpływem badacza na ich treść (Hammersley, Atkinson, 2000: 136). Nie da się też uciec od, ciągle badanego przez psychologów, problemu ludzkiej pamięci, która może być w pewnym stopniu zniekształcona (Aronson i in., 1997: 149-152; Zimbardo, 1999: 350-388). W przypadku moich badań problemy z pamięcią były niezwykle ważne, gdyż pytałem rozmówców o ich wizyty u stomatologa, często bardzo oddalone w czasie od momentu przeprowadzania wywiadu. Taki problem często pojawia się w badaniach interakcji profesjonalista-klient (Larsen i in., 2008: 19), więc do wywiadów starałem się wybierać pacjentów niedługo po wizycie.

Wywiad, chociaż jest techniką szeroko używaną i wartościową, to jednak nie nadaje się do badania wszystkich problemów i wymaga uzupełnienia innymi technikami zbierania danych. Te najbardziej przydatne w moich badaniach przedstawię w kolejnym podrozdziale.

4.3. Inne techniki zastosowane w badaniu

Oprócz dwóch głównych technik, wywiadu swobodnego i obserwacji uczestniczącej, w badaniu zastosowane zostały jeszcze techniki uzupełniające; nagrywanie wizyt pacjentów, analiza forów internetowych i wywiad grupowy.

Najważniejszą techniką wspomagającą było nagrywanie audio wizyt pacjentów w jednym z prywatnych jednoosobowych gabinetów, w którym ze względu na przyzwyczajenie pacjentów do braku obecności osób trzecich nie mogłem przeprowadzić obserwacji uczestniczącej, gdyż mogłoby to poważnie zniekształcić przebieg wizyt. Brałem oczywiście pod uwagę fakt, że „mikrofony i kamery nie są w stanie uchwycić wszystkich istotnych aspektów procesów społecznych” (Babbie, 2007: 331), a przy obserwacji to, co widzimy powinno być równie ważne, jak to, co słyszymy (Silverman, 2007: 214). Dlatego też do zakorzenienia danych uzyskanych z nagrań w szerszym

kontekście niezbędna jest wiedza etnograficzna pozyskana innymi technikami (Konecki, 2007: 13). Nagrywanie rozmów ma też jednak kilka zalet, z których dla mnie najważniejsza była możliwość transkrypcji, dokładnego odwzorowania sekwencji konwersacji i dostrzeżenia wszystkich szczegółów rozmowy (Silverman, 2007: 185-187). Zastosowanie nagrywania audio pozwoliło mi nie tylko na uzyskanie dostępu do prywatnego jednostanowiskowego gabinetu, ale też na zanalizowanie w inny sposób niż w obserwacji uczestniczącej przebiegu wizyty w gabinecie stomatologicznym. Kolejną ważną dla badania techniką była analiza forów internetowych, czyli stosowanie cybersocjologii definiowanej jako „*badanie zjawisk społecznych za pośrednictwem Internetu*” (Kubczak, 2002: 184). Tak rozumiana cybersocjologia powstała w ramach odpowiedzi badaczy społecznych na fakt, że internet jest niezwykle bogatym źródłem danych i kompleksowym narzędziem badań (Clarke, 2000: 14). Internet pozwala na uprawianie „niedrogiej etnografii”, umożliwiając obserwację uczestniczącą czy analizę materiałów zastanych (Kubczak, 2002: 185). Zatem główne zalety internetu jako narzędzia badawczego to dostęp do wielu uczestników i zdarzeń życia społecznego, który w „normalnej” rzeczywistości byłby niemożliwy oraz względy praktyczne i ekonomiczne — internet poprzez niwelowanie przestrzeni pozwala na znaczne ograniczenie wydatków i czasu, potrzebnych do przeprowadzenia badań (Clarke, 2000: 7). Z drugiej jednak strony użycie internetu niesie za sobą pewne zagrożenia i ograniczenia, z których najpoważniejsza wydaje się kwestia wiarygodności zachowań uczestników cyberprzestrzeni (Kubczak, 2002: 185).

Głównym przedmiotem mojej analizy było forum internetowe poświęcone stomatologii. W części ogólnodostępnej miałem możliwość zapoznania się z problemami i opiniami pacjentów — szczególnie interesujący okazał się wątek dotyczący fobii dentystycznej. Część specjalistyczna forum zawierała dyskusje stomatologów na ważne dla nich tematy. Początkowo

analiza forum miała być bardzo pobocznym narzędziem zbierania danych, ale okazała się prawdziwą skarbnicą wiedzy. Wiedzy tym cenniejszej, że wypowiedzi w tej części forum były całkowicie spontaniczne i w ogóle przeze mnie nie wywołane.

Pomocny w badaniu był też jeden wywiad grupowy, w marketingu zwany dumnie fokusem naturalnym. Fontana i Frey (2000: 653) wyróżniają kilka rodzajów wywiadów grupowych — wywiad grupowy naturalny w tej klasyfikacji charakteryzuje się spontanicznością, nieformalnością, umiarkowaną neutralnością moderatora, a celem wywiadu tego typu ma być eksploracja. Przeprowadzony przeze mnie wywiad grupowy odbył się w prywatnej przychodni dentystycznej podczas obserwacji, kiedy część stomatologów miała zaplanowaną przerwę, a do części nie przyszli wyznaczeni pacjenci. Wywiad przeprowadzony został w pomieszczeniu socjalnym, trwał niecałą godzinę, brało w nim udział sześć osób (pięciu lekarzy i asystentka stomatologiczna). Wywiad grupowy planowałem dużo wcześniej, ale niestety nie dałem rady zebrać wystarczającej liczby uczestników w jednym miejscu, udało mi się to dopiero przez przypadek. Tematy rozmowy wyłaniały się same podczas dyskusji, a były to w kolejności negatywne cechy i zachowania pacjentów, uwarunkowania sukcesu stomatologa i rola pracy sentymentalnej.

Wywiad grupowy pozwala uchwycić interakcyjny wymiar postaw indywidualnych, a także poprzez elementy dynamiki grupowej (synergia, efekt śnieżnej kuli, wzajemna stymulacja, poczucie bezpieczeństwa, spontaniczność) wpływa na kształt wygłaszanych opinii, które w efekcie mogą różnić się od opinii ujawnianych w wywiadach indywidualnych. Te elementy dynamiki grupowej w badaniu można traktować i jako zalety, i jako wady (Konecki, 2000: 183-185). Z powodu tej i innych wad (por. *ibidem*, 2000: 186; Fontana, Frey, 2000: 652; Gallego, 2002: 418-420) wywiad grupowy może być stosowany jedynie jako technika pomocnicza, uzupełnienie dla wywiadów swobodnych (Konecki, 2000: 183-184). W taki też sposób technika ta została

wykorzystana w moim badaniu; w trakcie wywiadu grupowego wyłonił się jeden nowy problem, a rozmówcy rzeczywiście prezentowali trochę inne perspektywy niż podczas wywiadów indywidualnych.

5. Etyczne aspekty badania

Badacze społeczni narażeni są na znacznie większe dylematy etyczne niż przedstawiciele nauk przyrodniczych (nie licząc medycyny i farmakologii), a badacze jakościowi, starający się wniknąć w sferę prywatną, są szczególnie narażeni na napotkanie podczas swoich badań dylematów moralnych. Nie są co prawda zmuszeni do manipulowania badanymi, jak eksperymentalni psychologowie społeczni (por. Aronson, 1997), ale stawiają czoła wielu problemom opisanym szeroko w literaturze (zob. Hammersley, Atkinson, 2000: 268-291; Babbie, 2007: 513-534; Chomczyński, 2006). W tym podrozdziale pominę opis niektórych problemów, skupiając się na problemach, z którymi zetknąłem się w moich badaniach.

Podstawowym wymogiem etycznym, zarówno w badaniach ilościowych, jak i w jakościowych, jest dobrowolność uczestnictwa badanego (Babbie, 2007: 515-516; Hammersley, Atkinson, 2000: 269-271). O ile przy wywiadach nie była to kwestia problematyczna, to na pewno nie można stwierdzić, że wymóg ten spełniony został przy obserwacji. Nawet jeśli moja obserwacja w przychodni Uniwersytetu Medycznego była jawna wobec personelu i pytałem o zgodę na jej przeprowadzenie każdego studenta, to pozostaje pytanie, czy student mógł mi odmówić, wiedząc, że mam zgodę kierownika zakładu i prowadzącego zajęcia asystenta. W stosunku do pacjentów moja obserwacja była ukryta i nie mogło być mowy o żadnej świadomej zgodzie czy dobrowolności z ich strony. Podobnie wyglądało to przy analizie forum internetowego, ale każda osoba umieszczając swoje posty w internecie, w pewnym stopniu je upublicznia i wyraża tym samym zgodę na ich wykorzystanie. Największe wątpliwości moralne budziło jednak we mnie nagrywanie rozmów pomiędzy lekarzem a pacjentem bez wiedzy tego drugiego.

Trudno mi pozbyć się wątpliwości dotyczące dobrowolności i świadomego udziału w badaniu, ale są one nieuchronnym następstwem

wyboru techniki obserwacji ukrytej. Nie sprostawszy tym wymaganiom, starałem się jednak spełnić wymóg poufności i ochrony prywatności badanych osób (Hammersley, Atkinson, 2000, 272-273; Babbie, 2000: 518-520). Dane uzyskane w wywiadach, podczas obserwacji czy przede wszystkim z nagrań nie zostały nikomu udostępnione, a w pracy wykorzystano jedynie cytaty, które nie umożliwiają łatwej identyfikacji konkretnych osób.

Kolejną kwestią mogącą budzić pewne kontrowersje jest szkodliwy wpływ badacza na badanych (Hammersley, Atkinson, 2000: 273; Babbie, 2007: 516-517). Moje badanie nie dotyczyło jednak delikatnych i wrażliwych tematów, więc nie wprowadzały raczej poważnych niepokojów u uczestników badań. Co najwyżej mogłem stresować swoją obecnością studentów czy zmusić niektórych stomatologów do refleksji nad szczegółami ich zachowania.

Zatem w swoim badaniu, oprócz poważnych wątpliwości przy nagrywaniu rozmów, nie stanąłem przed poważniejszymi dylematami etycznymi.

IV.

Część

empiryczna

6. Ujęcie diachroniczne

Jak zostało wcześniej wspomniane, proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego wyróżnił się w badaniach jako kategoria centralna i stadialny podstawowy proces społeczny. Na wstępie muszę jeszcze raz podkreślić, że proces przyjmowania pacjenta nie jest przeze mnie ujmowany w perspektywie długookresowej, lecz jako jednorazowa wizyta. Nie miałem możliwości obserwacji realizacji całych planów leczenia, nie mówiąc o obserwacji całego przebiegu, czasem trwającej kilkadziesiąt lat, relacji stomatolog-pacjent. Jednak przy analizie jednorazowej wizyty nie można pominąć, stanowiącego niezwykle ważny element kontekstu, ujęcia długookresowego. O takich długookresowych relacjach stomatolog-pacjent informacje zbierałem tylko podczas rozmów z lekarzami i pacjentami — to właśnie na ich podstawie powstał krótki opis różnych form takich długookresowych relacji przedstawiony poniżej. Przed przejściem do krótkiej prezentacji procesu przyjmowania pacjenta w porządku czasowym (zarówno długo-, jak i krótkookresowym), postaram się przedstawić, jak powinno wyglądać przyjmowanie pacjenta według wzorów dostarczanych przez podręczniki stomatologiczne i dokumenty organizacyjne.

6.1. Przyjmowanie pacjenta stomatologicznego w podręcznikach i dokumentach organizacyjnych

Jako pierwszy przedstawię opis przyjmowania pacjenta stomatologicznego zaczerpnięty z aktualnego podręcznika pod redakcją Zbigniewa Jańczuka (2007) „*Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny*”. Wątpliwości może budzić fakt, że podręcznik ograniczony jest do jednej z dziedzin stomatologii, ale myślę, że znajdujący się w nim schemat „postępowania lekarsko-dentystycznego” można uznać za w miarę uniwersalny:

1. Wywiad:
2. ogólny
3. szczegółowy
4. Badanie przedmiotowe
5. Rozpoznanie
6. Plan profilaktyczno-leczniczy
7. Dokumentacja medyczna (Buczowska-Radlińska, 2007: 13).

Wywiad ogólny może być przeprowadzony ustnie lub można dać pacjentowi kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia, a następnie dopytać o interesujące lekarza kwestie. Należy zacząć od zebrania podstawowych danych takich jak: imię, nazwisko, adres, PESEL, data urodzenia, a potem przejść do części wywiadu ogólnego poświęconej stanowi zdrowia pacjenta. Ta część jest niezwykle ważna, ponieważ ogólny stan zdrowia ma duży wpływ na leczenie stomatologiczne, a ponadto można zidentyfikować choroby, o których pacjent wcześniej nie wiedział. Pod formularzem dotyczącym wywiadu leczenia ogólnego konieczny jest podpis pacjenta. Autorka podkreśla też, *„że już poprzez zbieranie wywiadu lekarz może ocenić osobowość pacjenta. Prawidłowa ocena osobowości pacjenta może mieć decydujące znaczenie dla właściwego przebiegu pomyślnego wyniku leczenia stomatologicznego”* (ibidem: 14).

Kolejną część stanowi wywiad szczegółowy, którego celem jest poznanie przyczyn i motywów przyścia do lekarza. Autorka wymienia też możliwe przyczyny wizyty u lekarza; ból, trudności w jedzeniu, mówieniu, strach przed utratą zębów, nieprzyjemny zapach z ust, niezadowolający wygląd i inne. Bardzo ważne jest uzyskanie dokładnej informacji dotyczącej przyczyn, więc jeśli pacjent udziela niewystarczających informacji na temat swoich dolegliwości, należy zadawać dodatkowe pytania — dobre poznanie głównych dolegliwości pozwala na ustalenie optymalnej terapii.

Buczowska-Radlińska (*ibidem*: 15) zaznacza też, że podczas rozmowy-wywiadu stomatolog musi osądzić „*czy pacjent jest zdolny do nawiązania współpracy opartej na wzajemnym zaufaniu*”. Ponadto podane zostają uwarunkowania ze strony lekarza pozwalające zdobyć zaufanie pacjenta:

1. *Ścisłe wczucie się w sytuację pacjenta, okazanie mu zainteresowania i zaakceptowanie jego indywidualności.*
2. *Bezwarunkowa akceptacja pacjenta przez lekarza bez względu na stan zdrowia wynikający z zaniedbań pacjenta.*
3. *Otwartość i spontaniczność ze strony stomatologa* (*ibidem*: 16).

Wspomniany zostaje też problem podejrzliwych, kłopotliwych i trudnych pacjentów. Pacjent podejrzliwy definiowany jest jako zadający zbyt dużo pytań i reagujący nerwowo na każdą sugestię. Trudni czy kłopotliwi pacjenci mogą mieć niemożliwe do spełnienia wymagania lub być przewrażliwieni na punkcie swoich wad. Autorka radzi, aby w skrajnych wypadkach takich pacjentów „*z dużą ostrożnością, taktem i wyczuciem*” kierować do specjalisty zdrowia psychicznego. Należy zwrócić uwagę na fakt, że na „miękkie” aspekty pracy z pacjentem położony jest stosunkowo duży nacisk.

Według podręcznika następnym etapem jest badanie przedmiotowe, które przeprowadzane jest na jeden z czterech sposobów; oglądanie, palpacja (omacywanie, badanie dotykiem), opukiwanie, odsłuchiwanie. Jednak może okazać się, że wywiad i badanie przedmiotowe nie wystarczają do postawienia trafnej diagnozy, więc niezbędne staje się zlecenie badań uzupełniających (np. badanie radiologiczne).

Jeśli dane zebrane podczas wywiadu i badanie okazują się wystarczające, to lekarz jest w stanie ustalić rozpoznanie, co odbywa się na zasadzie „*porównania jednostki chorobowej stwierdzonej u pacjenta z wzorcowym obrazem choroby, powszechnie uznanym w medycynie*” (*ibidem*: 17). Jeśli poprawne rozpoznanie nie jest możliwe, należy dalej obserwować

pacjenta, zlecić badania dodatkowe lub skierować go na konsultację do innego lekarza.

Po skutecznym rozpoznaniu powinien zostać ustalony indywidualny plan profilaktyczno-leczniczy oparty na najnowszej wiedzy, pozyskanych informacjach o pacjencie i aktualnych możliwościach. Przed rozpoczęciem leczenia należy pacjentowi wskazać przyczyny jego problemów stomatologicznych. Może to być zwrócenie uwagi na zły sposób mycia zębów, zaniedbywanie higieny lub zalecenie profesjonalnych zabiegów higienicznych. Po ustaleniu planu profilaktycznego należy przejść do kompleksowego (obejmującego wszystkie aspekty leczenia stomatologicznego) planu leczenia prowadzącego do pełnej rehabilitacji, czyli *„przywrócenia pacjentowi prawidłowej funkcji żucia, ale również zapewnienia estetycznego wyglądu”* (*ibidem*: 18). Przed rozpoczęciem leczenia trzeba udzielić pacjentowi informacji o planowanych zabiegach, konsekwencjach, ryzyku i ewentualnych powikłaniach. Należy zaproponować najskuteczniejszą metodą leczenia oraz przedstawić alternatywne możliwości. Ze względu na prawną odpowiedzialność lekarza, pacjent powinien zgodę na zabiegi przedstawić na piśmie, szczególnie gdy wybrana została nie optymalna, a tańsza metoda leczenia. Zmiana planu leczenia wymaga każdorazowej zgody pacjenta.

Każda wizyta, zabieg, powikłanie, brak współpracy ze strony pacjenta i inne zdarzenia powinny zostać odnotowane w karcie pacjenta, wchodzącej w skład dokumentacji medycznej, czyli *„zbioru dokumentów medycznych zawierających dane i informacje medyczne o pacjencie dotyczące stanu zdrowia pacjenta i świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej”* (*ibidem*: 19). W załączniku nr 1 znajduje się przykładowa karta choroby używana w jednej z uniwersyteckich klinik stomatologicznych. Jak podkreśla Buczkowska-Radlińska (*ibidem*: 20) *„źle prowadzona dokumentacja to jedno z najpoważniejszych uchybień w procesach o błąd w sztuce lekarskiej”*.

Tak w skrócie przedstawia się wizja postępowania lekarsko-profilaktycznego zaprezentowana w jednym z najpopularniejszych podręczników stomatologii. Dużą rolę odgrywają w niej „miękkie” aspekty pracy z pacjentem, informowanie i konsultowanie się z nim oraz rzetelne prowadzenie dokumentacji. Schemat zaprezentowany w podręczniku można też przedstawić w inny sposób:

1. Równoczesne zbieranie informacji o pacjencie, chorobie i nawiązywanie dobrego kontaktu z pacjentem.
2. Badanie ściśle medyczne.
3. Negocjowanie planu leczenia.
4. Realizowanie planu leczenia.

Podobnie, choć bez wspomnienia o pracy „miękkiej”, ujęty jest proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego w „Regulaminie przyjmowania pacjentów” Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. W paragrafie czwartym przedstawiony jest poniższy schemat:

§4. U każdego chorego zgłaszającego się do szpitala po raz pierwszy lekarz dyżurny jest obowiązany:

- 1. Zebrać wywiad,*
- 2. Dokonać badania lekarskiego,*
- 3. W razie konieczności powinien skierować na wymagane badania dodatkowe,*
- 4. Odczytać wyniki badań dodatkowych,*
- 5. Postawić wstępną diagnozę,*
- 6. Przedstawić pacjentowi wstępny plan leczenia wraz z orientacyjnym kosztorysem,*
- 7. Przedstawić pacjentowi możliwości leczenia (np. w ramach Kasy Chorych [obowiązują limity!]; dydaktyki przeddyplomowej; pełnej odpłatności przez pacjenta; aktualnie realizowanych programów i umów i inne aktualnie obowiązujące),*
- 8. Udzielić pomocy doraźnej zgodnie z obowiązującymi w UKS standardami postępowania,*

9. Na podstawie uzyskanych danych podjąć decyzję na który Oddział należy skierować pacjenta.

W punkcie pierwszym paragrafu dziewiątego mowa jest natomiast o tym, że „pacjent może być poddany zabiegom stomatologicznym jedynie wówczas, gdy wyrazi na to zgodę”.

Informowanie pacjenta i konsultowanie się z nim nie są jedynie zaleceniami autorki podręcznika czy standardami postępowania w organizacji, ale stanowią jedno z podstawowych praw pacjenta. Karta Praw Pacjenta w punkcie szóstym daje pacjentowi „prawo [...] do uzyskania przystępnej informacji od lekarza o: swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia, rokowaniu”, a w punkcie siódmym „prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu od lekarza odpowiedniej informacji”. Zgodnie z prawem pacjent ma być świadomym i w miarę możliwości dobrze poinformowanym, pełnoprawnym uczestnikiem procesu decyzyjnego dotyczącego leczenia.

6.2. Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego w perspektywie długookresowej

Chociaż zdarza się, że pacjent często zmienia stomatologów, idzie do najbliższego gabinetu, kiedy coś go boli, nie przejmując się przy tym, kto go przyjmuje lub że pacjent chodzi ciągle do nowych stomatologów, szybko rezygnując ze współpracy z powodu nieporozumień lub niezadowolenia, to przeważnie pacjenci, szczególnie gabinetów prywatnych, starają się mieć jednego stomatologa, któremu ufają, a zmieniają go tylko w specjalnych okolicznościach.

Ja to myślę, że pacjenci nie lubią zmieniać stomatologów. Jeśli nie ma żadnych problemów, to chodzą wciąż do tego samego (z wywiadu ze stomatologiem).

Staram się chodzić zawsze do tego samego lekarza. Do swojej obecnej dentystki chodzę już chyba ze dwadzieścia lat (z wywiadu z pacjentem).

Stali pacjenci polecają swojego stomatologa swoim znajomym, często u stomatologów leczą się całe rodziny, co ma ogromny wpływ na pewnego rodzaju familiarność w stosunkach stomatolog-pacjent (kwestia zaprzyjaźniania się z pacjentami i nieformalnych kontaktów zostanie opisana w rozdziale 7.9). Wizyta u dentysty poleconego przez innego pacjenta stanowi w pewnym stopniu gwarancję zarówno dla pacjenta, jak i dla stomatologa. Pacjent może spodziewać się miłego i fachowego potraktowania (skoro znajomy polecił, to znaczy, że był tak potraktowany), a dla stomatologa taki pacjent jest „*pewniejszy niż pacjent z ulicy*”.

Nowi moi pacjenci głównie są z polecenia przez moich starych pacjentów (śmiech). Że jak przychodzą, to są całe rodziny nieraz, że mnie poleciła jakaś tam kuzynka albo znajoma z pracy, w ten sposób najbardziej (z wywiadu ze stomatologiem).

Większość pacjentów to zdobyłam, i to jest już potwierdzone od wielu lat, że pacjenci nas po prostu sobie polecają. Rzadko kiedy pacjent przychodzi prosto z ulicy, chociaż ja gabinet mam w samym centrum. I tych pacjentów, którzy przychodzą z ulicy, cechuje według mnie taka niepewność. Oni bardzo często zapisują się na wizytę jednorazową i nie przychodzą. Jak już przychodzą, to później zostają, ale największa grupa pacjentów, to jest z polecenia (z wywiadu ze stomatologiem).

Należy zastrzec, że nie dotyczy to jednak wszystkich specjalizacji, gdyż na przykład, ze względu na charakter swojej pracy, chirurg dentystyczny nie ma stałych pacjentów, a ci często trafiają do niego z polecenia innego stomatologa.

Podczas wieloletniego przychodzenia pacjent stopniowo „zaprzyjaźnia się” ze swoim lekarzem, więc jego wizyty wyglądają zupełnie inaczej niż na początku, choć obie dają się ująć w moim modelu procesu przyjmowania pacjenta. Jednak dla lepszego zrozumienia tego modelu niezbędne jest zdanie sobie sprawy z relacji długotrwałych i ich zmienności.

6.3 Proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego (jako jednorazowa wizyta)

Poniższy schemat jest modelem, który stara się uchwycić najważniejsze fazy i elementy wizyty stomatologicznej. Ze względu na dużą zmienność w obrębie kategorii „przyjmowanie pacjenta stomatologicznego” schemat ten musi być w wysokim stopniu abstrakcyjny, wychodzący ponad takie okoliczności jak: specjalizacja stomatologa, opisywana powyżej relacja długookresowa z lekarzem, rodzaj wizyty (pierwszorazowa czy zaplanowana), miejsce (gabinet jedno-, wielostanowiskowy), ilość personelu medycznego i inne. Schemat ten powstał, zanim zapoznałem się z opisem procesu przyjmowania pacjenta w podręcznikach akademickich i dokumentach organizacyjnych, ale nie wyłonił się całkowicie z badań empirycznych, gdyż po części inspirowałem się schematem z książki Katji Goetz (2005: 260) „*Die Begegnung zwischen Arzt Und Patient – eine ethnografische Analyse*”:

W kolejnych podrozdziałach postaram się omówić zaprezentowany na następnej stronie schemat, opisując poszczególne fazy procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego.

Schemat 2. Model procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego (ujęcie diachroniczne)

Stomatolog (lub inny członek personelu)	Pacjent
0. Przygotowanie do wizyty	Pojawienie się problemu Wybór lekarza
Umówienie się na wizytę (Przypomnienie sobie informacji o pacjencie) Przygotowanie gabinetu	(Walka ze stresem) (Zabiegi higieniczne)
I. Rozpoczęcie wizyty:	Przywitanie (Small talk/rozmowa osobista)
II. Część właściwa (<i>Kernphase</i>):	
II.1 Zbieranie informacji i badanie	
Pytanie o cel wizyty	Odpowiedź
Badanie, diagnoza	
II.2 Negocjowanie	
Zaproponowanie leczenia	(Pytania)
(Wyjaśnienie i tłumaczenie)	Zgoda/wybór metody
III. Zabieg:	
III.1 Przeprowadzanie zabiegu	
Wyjaśnianie, uspokajanie Pytania o ból	Odpowiedzi
(Wypowiedzi upodmiatawiające pacjenta)	
III.2 Negocjowanie efektu	Współpraca przy poprawianiu Akceptacja efektu
IV. Zakończenie wizyty:	Wyznaczanie następnej wizyty (Dodatkowe pytania)
(Wyjaśnienia)	(Small talk albo rozmowa osobista) Płacenie (Krótka rozmowa przed wyjściem) Pożegnanie
V. Dalsza praca:	
(Dokumentacja) (Konsultacje z innymi lekarzami) (Współpraca z technikiem)	(Przestrzeganie zaleceń)

źródło: opracowanie własne

6.3.1. Faza 0: Przygotowanie do wizyty

W skład tej prefazy wchodzi wszelkie czynności związane z wizytą stomatologiczną przed jej fizycznym rozpoczęciem. Oczywiście pierwszym momentem tej fazy jest dostrzeżenie jakiegoś problemu przez pacjenta (o rodzajach tych problemów napisałem szerzej w rozdziale 7.2.2), a następnie wybór mogącego zaradzić temu problemowi lekarza i ustalenie terminu wizyty. W większych gabinetach pacjenci nie umawiają się bezpośrednio z lekarzem, ale z asystentką lub recepcjonistką. Podczas ustalania terminu wizyty dochodzi czasami do trudnych negocjacji — niektórym pacjentom zależy na byciu przyjętymi w niezbyt dogodnym dla lekarza terminie (np. w sobotę albo po całym dniu ciężkiej pracy). W takiej sytuacji, aby wizyta doszła do skutku, któraś ze stron musi ustąpić; dentysta może na przykład poświęcić sobotni poranek lub pacjent może któregoś dnia wyjść wcześniej z pracy.

Przed wizytą, jeśli nie jest to wizyta pierwszorazowa, stomatolog powinien przypomnieć sobie niektóre informacje o pacjencie; i te ściśle medyczne, co ułatwia i przyspiesza badanie, i te pozamedyczne, co pomaga w lepszej komunikacji z pacjentem. Czynnością konieczną przed przyjęciem pacjenta jest dla stomatologa przygotowanie gabinetu. Gabinety są regularnie sprzątane (codziennie, kilka razy w tygodniu, czasem rzadziej) poza godzinami pracy, a przed każdą wizytą stanowisko pracy powinno być każdorazowo przygotowywane; w większych gabinetach, w których prowadziłem obserwację, po każdym pacjencie fotel był czyszczony środkami dezynfekującymi, narzędzia wymieniane, a, co oczywiste, lekarze zmieniali rękawiczki.

Dla części pacjentów okres od umówienia wizyty do jej rozpoczęcia bywa okresem bardzo nieprzyjemnym. Strach przed wizytą w skrajnych przypadkach może uniemożliwiać normalne funkcjonowanie, a pacjent czasami zmuszony jest brać środki uspokajające (szerzej problem strachu

opisany zostanie w rozdziale 7.10.2). Co ciekawe, czasami stomatolog też może stresować się wizytą jakiegoś pacjenta lub przed wykonywaniem trudnych zabiegów:

A inny, jak ma przyjść, jak jest zapisany, to cały czas myślę, czasami za kilka dni ma ten pacjent przyjść i cały czas myślę i wiesz, no przyjmuję i wiesz, przeżywam to w jakiś sposób, no ale tak jest (z wywiadu ze stomatologiem).

Ważnym elementem przygotowania dla pacjenta jest wykonanie podstawowych zabiegów higienicznych, co umożliwi komfortową pracę lekarzowi. Jeśli element ten zostanie pominięty, może prowadzić do konfliktu.

6.3.2. Faza I: Rozpoczęcie wizyty

Faza ta zaczyna się od wejścia pacjenta do gabinetu. Jeśli gabinet znajduje się w większej przychodni, pacjent zaczyna swoją wizytę nie od kontaktu z lekarzem, a od kontaktu z personelem pomocniczym. Pozornie w tej fazie dzieje się bardzo mało, ale czasami może być ona bardzo ważna, szczególnie dla pacjenta. Oprócz standardowego przywitania może wystąpić jakaś rozmowa osobista albo *small talk* (jako „rozmowa o niczym”). Stomatolodzy doskonale zdają sobie sprawę, jak istotne dla pacjenta jest, żeby pamiętać jego imię, nazwisko i podstawowe informacje o nim.

Przed przyjściem pacjenta staram się zerknąć w kalendarz, żeby przypomnieć sobie jego imię. Wiem, że to dla pacjentów ważne, szczególnie dla nastolatków. Gdy wchodzi jakiś nastolatek, na przykład piętnastolatek, i ja do niego po imieniu, co tam słyhać, i tak dalej, to on jest bardzo zadowolony. [...] A rozmowy z nimi? Po prostu pamiętam, o czym mówili, co robią, nie zapisuje tego nigdzie. Po prostu pamiętam (z wywiadu ze stomatologiem).

Pacjenci lubią, jak się pamięta ich imię, jak się pamięta o ich rodzinie. Na przykład, jak przyjdzie, to trzeba się zapytać, co u niego słyhać, co tam u wnuczka... (z notatek z wywiadu grupowego).

Ostatnio przyszła do mnie pacjentka, dwanaście lat u mnie nie była. Zaczęliśmy rozmawiać, a ja ją zapytałem, czy dalej ma stragan na rynku. Ale się zdziwiła i ucieszyła, że pamiętam (z wywiadu ze stomatologiem).

Zatem stomatolog już na początku wizyty może zyskać sobie przychylne nastawienie pacjenta. Te same wnioski nasunęły się podczas moich nieformalnych rozmów z pacjentami i obserwacji interakcji stomatologów z pacjentami.

6.3.3. Faza II: Część właściwa

Część właściwa, zachowując strukturę przedstawioną w moim schemacie, może przyjmować bardzo różne formy. Jeśli jest to wizyta z już zaplanowanymi zabiegami ze stomatologii zachowawczej, pytanie o cel wizyty ogranicza się do „*To robimy to, co zaplanowaliśmy?*” (zawiera też w sobie prośbę o zgodę na planowany zabieg), badaniem jest zapytanie, czy wszystko w porządku, ewentualnie rzucenie okiem na efekty pracy wykonanej na poprzedniej wizycie. W przypadku kontrolnej wizyty ortodontycznej przy aparacie stałym, która często trwa tylko kilka minut, cel wizyty jest jasny, stomatolog może zadać pytanie „*Wszystko w porządku?*”, badaniem jest w tym przypadku przyjrzenie się skutkom działania aparatu i samemu aparatowi, a postawieniem diagnozy stwierdzenie „*Trzeba uczynnić aparat*”, które *implicite* zakłada zgodę pacjenta (opis takiej wizyty może wydawać się śmiesznym, ale praca ortodonta wymaga wiedzy i doświadczenia — trzeba np. wiedzieć, w którym miejscu i ile podkręcić aparat). Zupełnie inaczej rzecz ma się w przypadku pierwszorazowych wizyt ortodontycznych, które wymagają długiego czasu i dużego nakładu pracy. Część właściwa mocno rozbudowana jest też w protetyce (negocjowanie planu leczenia, dopasowywanie protezy). Niestety ze względów technicznych nie byłem w stanie sporządzić zapisów z dokładnego przebiegu wizyt protetycznych czy ortodontycznych.

Poniżej znajduje się za to zapis przebiegu części właściwej jednej z nagranych wizyt (jednostanowiskowy gabinet prywatny, stomatologia zachowawcza):

P(pacjent): opowiedzenie co się stało, motywy przyjscia (z życia zawodowego)

[badanie]

S(stomatolog): wyjaśnienie

P: pytanie o to, czy będzie bolało

S: uspokojenie

P: powtórne pytanie o ból

S: uspokojenie

Widać, że prawie idealnie wpasowuje się on w przedstawiony wcześniej schemat. Pacjent ujawnił powody swojego przyjscia, zanim został zapytany. Stomatolog wyjaśnił swój plan leczenia, a brak protestów pacjenta i brak pytania o alternatywę uznał za zgodę. Pacjent powodowany strachem dopytywał się jedynie o ból.

Ponadto warto zauważyć, że część właściwa może nakładać się na fazę poprzednią. Podkreślił to jeden z moich rozmówców.

No widzisz, ja tak uczę studentów, że część właściwa zaczyna się już w momencie, kiedy pacjent wchodzi do gabinetu. Dlatego w tym momencie zaczyna się badanie, bo po samym sposobie jak pacjent wchodzi, jak jest napięta struktura tkanek twarzy, jak jest pochylona głowa. Już w tym momencie trzeba ocenić, czy pacjent jest zdenerwowany, czy coś mu ewentualnie dolega i to jest ten moment, kiedy wizualnie możesz rozpoznać co nieco (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Na podstawie powyższych przykładów widać też, że część właściwą można podzielić na dwie subfazy; zbieranie informacji o pacjencie, badanie oraz negocjowanie. Zbieranie informacji o pacjencie i badanie uznane zostały za jedną subfazę, ponieważ wzajemnie się uzupełniają, a w porządku czasowym często występują naprzemiennie lub równolegle. W pierwszej subfazie lekarz musi otrzymywać informacje od pacjenta, ale w drugiej to pacjent ma prawo żądać informacji od lekarza. Z moich obserwacji wynika, że często lekarz, tak jak to zostało pokazane w opisanym wyżej przebiegu wizyty, mówi pacjentowi, co należy zrobić i przy braku sprzeciwu albo pytań

o inne możliwe sposoby leczenia zdobywa zgodę pacjenta lub milczenie pacjenta traktuje jako akceptację swojego planu.

Ważne kwestie pojawiające się w tej fazie, przede wszystkim negocjowanie, zostaną szerzej omówione w ujęciu synchronicznym.

6.3.4. Faza III: Zabieg

Gdy proces negocjacji zakończy się sukcesem, lekarz i pacjent mogą zacząć realizować plan leczenia. Chociaż sam zabieg na pierwszy rzut oka wydaje się mało ciekawy z socjologicznego punktu widzenia, to jednak jest to faza, w której zachodzi wiele niezwykle interesujących dla badacza procesów i zdarzeń. Po pierwsze można wyróżnić tu ponownie dwie subfazy — przeprowadzanie zabiegu i negocjowanie efektu. Pomimo że negocjowanie efektu wydaje się przebiegać jeszcze w subfazie przeprowadzania zabiegu, to jednak zdecydowałem się te dwie czynności rozdzielić. Podczas negocjowania efektu pacjent przestaje być bierny, a staje się znowu współuczestnikiem procesu podejmowania decyzji.

W trakcie przeprowadzania zabiegu część pacjentów wyraża swój strach lub pyta o to, co się dzieje. Rolą lekarza jest w tym momencie uspokajanie lub wyjaśnianie pacjentowi wątpliwości. Podczas obserwacji przeprowadzania zabiegów wielokrotnie spotkałem się z wypowiedziami w stylu „*Proszę się nie bać, to nie będzie bolało*” czy wyjaśnieniem, co dokładnie zaraz będzie robione („*Ja teraz będę wygładzał*”, „*Teraz będę borować. Może trochę boleć*”). W tej subfazie pacjent cały czas musi współpracować poprzez wykonywanie poleceń stomatologa, a także czasami poprzez udzielanie informacji na temat odczuwanego bólu. Ważnym elementem mogą być wypowiedzi upodmiotawiające, z którymi spotkałem się wielokrotnie, przeprowadzając obserwację w przychodni ortodontycznej. Pacjenci byli tam przyjmowani, czasami przez bardzo długi czas, na leżąco, w której to pozycji pacjent może czuć się uprzedmiotowiony. Zdarzało się

nawet, że studenci swobodnie prowadzili nad pacjentem swoje prywatne rozmowy, lecz zauważyłem, że prawie zawsze co jakiś czas zadawali mu pytania „*Jak się pan czuje? Wszystko w porządku?*” lub odnosili się do sytuacji wprost, stwierdzając na przykład „*Ale pan długo leży, może chce się pan podnieść*”. Podobne wypowiedzi zauważyłem podczas obserwacji w innych miejscach. W takich wypowiedziach chodzi o to, aby podczas zabiegu, kiedy to pacjent traktowany jest jako przedmiot leczenia, poczuł, że lekarz dostrzega w nim osobę, a nie tylko obiekt swoich działań.

Kiedy lekarz uznaje, że praca jest już wykonana i wymaga jedynie drobnych korekt, rozpoczyna się proces negocjowania efektu. Zarówno do zakończenia, jak i do kontynuacji zabiegu potrzebna jest zgoda dwóch stron. Podczas obserwacji w przychodni ortodontycznej wielokrotnie byłem świadkiem różnych sytuacji w negocjacjach. Czasami pacjent uważał, że wszystko jest w porządku, a stomatolog upierał się przy dalszych poprawkach, a czasem pacjent, przyzwyczajony do starej protezy, nie dawał się przekonać, że nowa proteza początkowo nigdy nie będzie tak wygodna, jak ta używana przez wiele lat (bardziej szczegółowe omówienie problemu procesu negocjacji nastąpi w rozdziale 7.5).

Zatem, podsumowując, faza zabiegu składa się z dwóch subfaz — przeprowadzania zabiegu i negocjowania efektu. Podobnie jak w przypadku fazy II (części właściwej) tylko w drugiej subfazie pacjent odgrywa rolę w procesie decyzyjnym, w pierwszej stroną aktywną jest jedynie lekarz.

6.3.5. Faza IV: Zakończenie wizyty

Po pozytywnej ocenie przez obie strony efektów pracy następuje przejście do ostatniej fazy. W tej fazie lekarz i pacjent umawiają się na kolejną wizytę. Jeśli następna wizyta nie jest konieczna do wykonania planu leczenia, może to być stwierdzenie „*Proszę przyjść na kontrolę za rok/za pół roku*”. W przypadku kiedy termin następnej wizyty został wyznaczony już wcześniej,

podczas ustalania planu leczenia, stomatolog lub pacjent mogą zadać po prostu pytanie potwierdzające wcześniejsze ustalenia („*To w przyszły wtorek o 14?*”). W wielu przypadkach następuje wspólne ustalanie terminu następnej wizyty, co czasami nie jest zadaniem łatwym.

W tej fazie pacjent może też wyrazić swoje ewentualne wątpliwości względem planu leczenia, czy zaleceń lekarza. Czasami padają też pytania o problemy stomatologiczne członków rodziny. Częste są rozmowy na tematy wykraczające poza kwestie leczenia, czyli na tematy prywatne (np. rodzina, zainteresowania, wakacje). Szerzej problem tych prywatnych rozmów zostanie opisany w rozdziale 7.9.

Jeśli zabiegu nie refunduje NFZ albo prywatny ubezpieczyciel, to pacjent musi zapłacić lekarzowi. Jeśli nie jest to jednoosobowy gabinet prywatny, opłatę przeważnie pobiera ktoś inny z obsługi gabinetu. Przed pożegnaniem i wyjściem często ma jeszcze miejsce krótka rozmowa na jakiś niezwiązany ze stomatologią temat.

6.3.6. Faza V: Dalsza praca

Ani dla pacjenta, ani dla stomatologa koniec wizyty nie oznacza końca pracy związanej z wizytą. Po pierwsze poprzez rozwiązania prawne, stomatolodzy zmuszeni są do skrupulatnego prowadzenia dokumentacji medycznej, która nie tylko pomaga przy leczeniu pacjentów, ale też może ochronić lekarza w procesach sądowych. Czasami stomatolog może też prowadzić dokumentację dotyczącą aspektów pozamedycznych, takich jak preferencje pacjenta czy jego sytuacja rodzinna, co może być traktowane jako działanie marketingowe.

Może się zdarzyć, że dentysta nie jest w stanie sam postawić diagnozy lub zaproponować planu leczenia — wtedy musi skonsultować się z innym specjalistą. Z kolei, jeśli leczenie wymaga udziału technika, to stomatolog

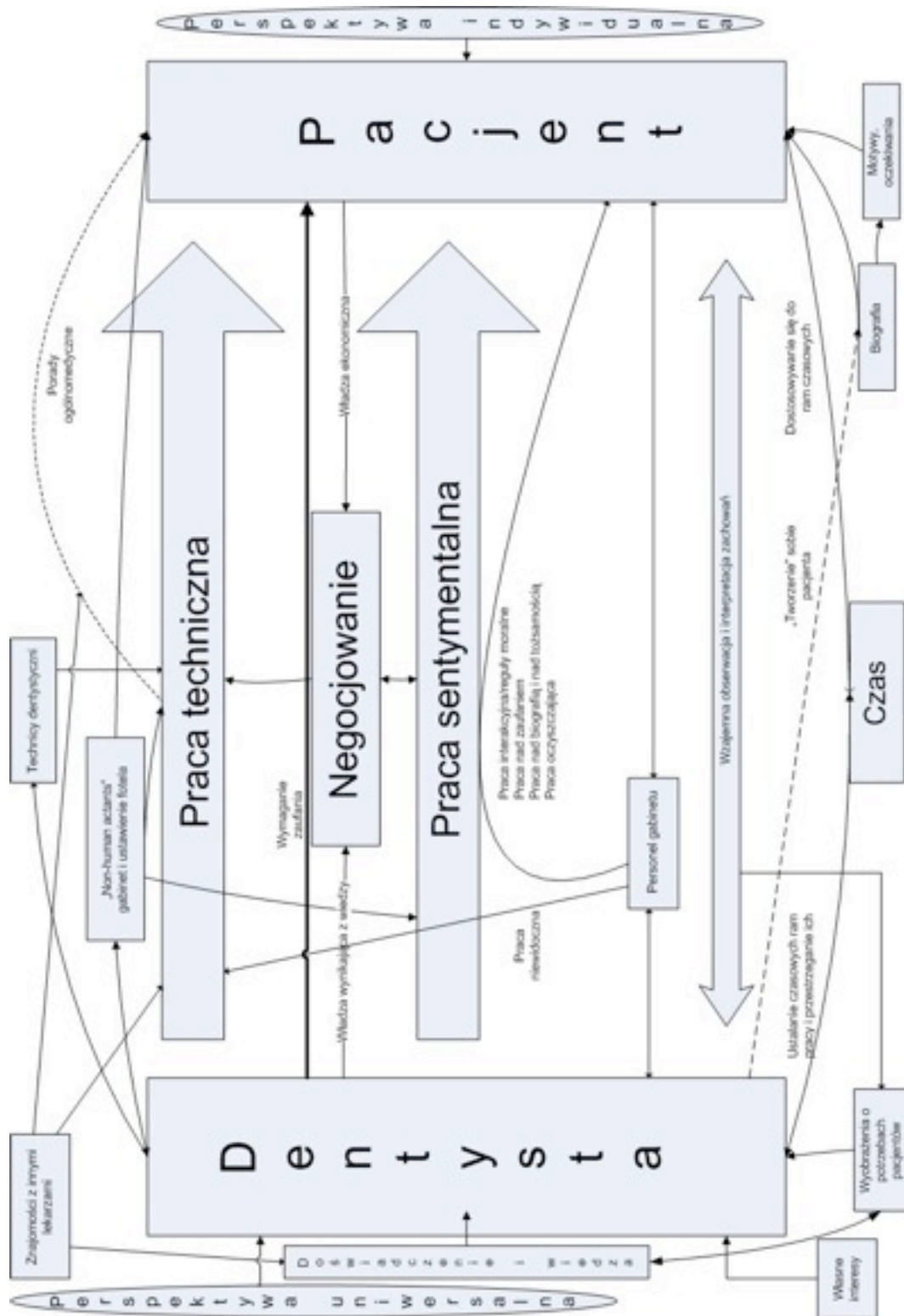
konsultuje się już z nim bez udziału pacjenta (role technika i innych lekarzy opisane zostały w rozdziale 7.2.4).

Po zakończeniu wizyty także pacjent ma swoją pracę do wykonania — musi stosować się do zaleceń lekarza, co czasami wiąże się z dużym wysiłkiem.

7. Ujęcie synchroniczne

Najważniejsze czynniki występujące w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego przedstawia poniższy schemat. W tym momencie może on wydawać się trochę niejasny, ale dalsza lektura książki spowoduje jego właściwe zrozumienie. Podczas przygotowywania tego schematu w trosce o czytelnika dokonałem wielu uproszczeń — jak już zostało wspomniane w rozdziale metodologicznym, pierwsza wersja schematu, która okazała się bardzo pomocna podczas konstruowania teorii, ze względu na stopień złożoności i skomplikowania nie nadawała się do umieszczenia w tej publikacji.

Schemat 3. Uproszczony schemat przyjmowania pacjenta stomatologicznego (ujęcie synchroniczne)



źródło: opracowanie własne

7.1. Uwarunkowania spoza poziomu mikro

Przed przejściem do analizy samego procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego należy zwrócić uwagę na najwyższe poziomy matrycy warunków. Poniżej przedstawione zostaną krótko te zagadnienia z poziomów makro i mezzo, które w badaniu okazały się znaczące; uwarunkowania społeczno-ekonomiczne oraz obraz stomatologów w kulturze masowej.

7.1.1. Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne

Polski rynek stomatologiczny jest już prawie w całości sprywatyzowany. Udział sektora prywatnego według danych Agencji Dziennikarskiej Raport wynosi około 90% (Szwedzik, 2008: 125). Chociaż wedle szacunków około 30-40% stomatologów ma podpisane umowy z NFZ, to zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2006 roku 80% pacjentów prywatnych placówek medycznych płaciło za wizytę z własnej kieszeni. Według o rok wcześniejszych badań GUS połowa pacjentów samodzielnie pokrywała całkowite koszty leczenia stomatologicznego (*ibidem*: 126). Z kolei wedle raportu firmy Deloitte w 2008 jako odpłatność za leczenie w gabinetach stomatologicznych zostało 6 mld złotych, z czego 2,04 mld ze środków publicznych, a 3,96 mld ze środków prywatnych (Portal Dentystyczny, 2009). Tak niski poziom refundacji opłat za świadczenia stomatologiczne powoduje, że ludzie o mniejszych dochodach decydują się na rezygnację z leczenia dentystycznego. Według badań GUS z usług stomatologa w ciągu roku (badanie z roku 2005) skorzystało około 42% Polaków powyżej 12 roku życia, a 17% co najmniej raz zrezygnowało z wizyty u stomatologa — z czego 52% jako powód rezygnacji podało sprawy finansowe (Głuchowska, 2005: 49).

Obok sprywatyzowania rynku usług stomatologicznych, drugim ważnym czynnikiem jest wysoka konkurencja wśród stomatologów. Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej aktualnie w naszym kraju swój zawód wykonuje 32.120 stomatologów (Kędzierski, 2009), czyli w Polsce na jednego

stomatologa przypada około 1100-1200 pacjentów — mniej niż w znacznie zamożniejszych od nas państwach Europy Zachodniej. Według Izby Lekarskiej gabinet, aby bezpiecznie funkcjonować, powinien mieć pod swoją opieką około 2500 pacjentów (Szwedzik, 2008: 127). W Polsce kształci się zbyt dużo dentystów, jednak dostępność poradni stomatologicznych różni się ze względu na klasę miejscowości i ze względu na województwo. Oczywiście większa jest dostępność w dużych miastach, a mniejsza na wsiach. W województwie łódzkim, w którym prowadziłem badania, liczba pacjentów przypadających na jednego stomatologa jest trochę niższa od średniej w kraju i wynosi 1020 (obliczenia własne).

Dwa opisane powyżej czynniki (prywatyzacja usług dentystycznych oraz duża konkurencja) wywierają przemożny wpływ na proces przyjmowania pacjenta, co zostanie szerzej opisane w następnych rozdziałach.

7.1.2. Stomatologia w kulturze masowej

Podrozdział ten nie ma na celu przedstawienia wniosków z systematycznych badań na temat obrazu stomatologii w kulturze masowej — są to jedynie luźne refleksje i kilka przykładów, których celem jest ukazanie pewnych problemów. Kultura masowa nie tylko wywiera wpływ na postrzeganie świata, ale i wyrasta z naszego codziennego postrzegania świata i stereotypów, którymi się posługujemy, zatem przyjrzenie się jej może być pomocne w zrozumieniu badanego zjawiska.

Kino amerykańskie, jeden z najważniejszych i najpowszechniejszych elementów kultury masowej, dostarcza obrazu dentysty albo jako poczciwego, znerwicowanego safandudy, albo jako sadysty. Ten pierwszy stereotyp prezentowany jest na przykład w filmie „*Jak ugryźć 10 milionów*” (2000), gdzie główny bohater, Nicolas Ozeranski, jest neurotycznym, przechodzącym kryzys, dentystą. W jednej ze scen, drżąc ze strachu z powodu afery, w którą się wplątał, próbuje przyjąć przerażonego pacjenta, jednak w końcu wizyta nie

dochodzi do skutku. Nicolasa charakteryzuje niezdarność ruchów, podatność na stres, w pewnym stopniu głupkowatość. Innym filmem rozpowszechniającym ten obraz stomatologów jest „Kac Vegas” (2009), w którym jeden z głównych bohaterów, Stu, jest neurotycznym, kontrolowanym przez despotyczną narzeczoną dentystą z kompleksem wobec „normalnych” lekarzy. Taki wizerunek stomatologów nie ma chyba jednak wiele wspólnego z obrazem tej profesji w Polsce, choć amerykańskie hity kinowe mogą wprowadzać pewne zmiany w powszechnej świadomości.

Za to drugi stereotyp prezentowany w kinematografii amerykańskiej (dentysta jako sadysta) jest już dobrze ugruntowany w świadomości Polaków. Nie chodzi tu o jakąś personalną niechęć do stomatologa, ale o odczucia i emocje związane z wizytą. Obraz dentysty-sadysty najdobitniej zaprezentowany został w podrzędnym horrorze „Dentysta” z 1996 roku. Ból, strach i emocje związane z wizytą stomatologiczną doskonale pasują do gatunku, jakim jest horror.

Jak prezentowany jest obraz stomatologii w filmie polskim? W „Nic śmiesznego” (1995) Marka Koterskiego dentystka zupełnie nie zwraca uwagi na odczucia głównego bohatera, traktuje go całkowicie przedmiotowo, pozwalając sobie ponadto na złośliwe uwagi wobec niego. W gabinecie to ona ma władzę i może robić, co się jej podoba. Bardziej aktualnego obrazu dostarcza popularny serial „1000 złotych uczynków” Bartłomieja Kędzierskiego. Sąsiadami rodziny głównych bohaterów są państwo Kowalczykowie — małżeństwo dentystów posiadających gabinet w domu. Z ich zachowania wynika, że w ogóle nie przejmują się dobrem pacjenta, a jedyną ich motywacją są pieniądze. Warto jeszcze wspomnieć o ich kilkuletnim synu, Lesiu, noszącym aparat ortodontyczny i planującym zostanie dentystą. Nie pogoń za zyskiem lekarza, a strach i ból związane z wizytą ukazuje za to komiks z popularnego polskiego serwisu paski.org (załącznik nr 2).

Wspomniane motywy z kultury masowej znajdą swoje rozwinięcie w pojęciach wyłonionych z badań empirycznych.

7.2. Aktorzy — wykonawcy pracy i ich zadania

W procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego pierwszoplanowymi aktorami są oczywiście lekarz i pacjent⁷. Aktorką drugoplanową, ale pełniącą niezwykle ważne funkcję, jest często asystentka lub higienistka stomatologiczna⁸. Szczególnie w większych przychodniach czasami oddzielnie zatrudnia się osoby pracujące w rejestracji albo na recepcji. Nie można zapomnieć o bardzo ważnych aktorach zakulisowych, takich jak technicy dentystyczni, osoby sprzątające gabinety, pracownicy administracyjni przychodni, jej szefowie i właściciele czy specjaliści, z którymi konsultuje się dany lekarz. Aktorami są też osoby towarzyszące pacjentowi podczas wizyty. Wszyscy ci aktorzy biorą udział w pracy, każdy ma swoje zadania do wykonania. W tym rozdziale postaram się pokrótce opisać każdego z aktorów i wypełniane przez niego obowiązki zawodowe. Trzeba jednak poczynić tu zastrzeżenie, że czynników pozaludzkich (*non-human actor/agent*) nie uznawałem za aktorów. Inaczej niż Clarke (2005: 60-63) czy Latour, wyraźnie je wyróżniłem oraz nadałem im mniejszą wagę.

7.2.1. Stomatolog

Podobnie jak w wypadku innych profesji, zawód stomatologa można wykonywać legalnie tylko po spełnieniu szeregu wymagań formalnych ściśle określonych w „*Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty*”. Pierwszym

⁷ Patrząc na lekarza i pacjenta jako aktorów należy zwrócić uwagę na to, że każdy odgrywa swoje własne przedstawienie.

⁸ Zawody asystentki i higienistki stomatologicznej są zawodami silnie sfeminizowanymi, ale oczywiście bywają również wykonywane przez mężczyzn. Jednak w swoich badaniach zetknąłem się jedynie z kobietami wykonującymi tę profesję. Ponadto w klasyfikacji zawodów i specjalności, nazwy te wpisane są w formie żeńskiej, stąd też w książce pojawiają się one w formie zgodnej z płcią badanych.

wymogiem jest ukończenie studiów na kierunku lekarsko-dentystycznym na jednej z jedenastu polskich uczelni mających odpowiednie uprawnienia⁹. Na kierunek ten jest stosunkowo trudno się dostać, studia trwają pięć lat, kończą się uzyskaniem tytułu lekarza dentysty. W czasie trwania studiów studenci nie ograniczają się do nauki teorii, ale już od trzeciego roku pod nadzorem wykładowców mają zajęcia z pacjentami. Po skończeniu tego wymagającego kierunku lekarz nie ma jeszcze uprawnień do wykonywania zawodu — aby je otrzymać, musi odbyć roczny staż podyplomowy i zdać Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy (LDEP). Po spełnieniu tych wymagań uprawnienia do wykonywania zawodu wydaje Okręgowa Rada Lekarska, czyli organ na co dzień kierujący działalnością Okręgowej Izby Lekarskiej (OIL, regionalny samorząd zawodowy lekarzy). Warto zauważyć, że w Polsce Izby Lekarskie są wspólne dla lekarzy i lekarzy dentystów, przynależność do tych izb jest obowiązkowa, a do ich podstawowych zadań należy „*sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza*” (*Ustawa o Izbach Lekarskich rozdz. II, art. 1, p.1*). Aby móc realizować to zadanie, Izby Lekarskie uprawnione są do stosowania różnych sankcji wobec lekarzy nieprzestrzegających norm zawodowych — od nagany po odebranie uprawnień do wykonywania zawodu lekarza. Od początku 2010 roku obowiązuje nowa ustawa o izbach lekarskich (weszła w życie po ukończeniu badań empirycznych do niniejszej książki), poszerzająca uprawnienia pacjenta w postępowaniu przed sądem lekarskim i zwiększająca wachlarz kar dyscyplinarnych wobec lekarzy (*Dziennik Ustaw, nr 219, poz. 1708; za Dziennik Gazeta Prawna, 2009*).

Podczas zajęć na studiach i stażu dyplomowego młody dentysta przyjmuje pacjentów pod nadzorem wykładowcy lub opiekuna stażu. Przyjmowanie pacjentów przez takich nieuprawnionych do samodzielnego

⁹ Można też oczywiście wykonywać w Polsce zawód lekarza stomatologa po ukończeniu studiów dentystycznych w innym kraju i spełnieniu odpowiednich wymagań, ale tak szczegółowe rozważania nie są moim celem.

kierowania procesem leczenia stomatologów także zostało uwzględnione przeze mnie w badaniach.

Po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu stomatolog, inaczej niż lekarz po kierunku medycyna, uprawniony jest do wykonywania większości zabiegów dentystycznych. Jeśli jednak chce się dalej rozwijać w jakiejś dziedzinie i zdobyć tytuł specjalisty, powinien przystąpić do specjalizacji. Dla dentystów dostępnych jest dziewięć specjalności: chirurgia stomatologiczna, chirurgia szczękowo-twarzowa¹⁰, ortodoncja, periodontologia¹¹, protetyka stomatologiczna, stomatologia dziecięca, stomatologia zachowawcza z endodoncją¹² oraz epidemiologia i zdrowie publiczne (w badaniach dwie ostatnie specjalności nie zostały uwzględnione). Nawet jeśli stomatolog nie ma zamiaru zdobywać tytułu specjalisty, to i tak jest prawnie zobligowany do ciągłego doskonalenia zawodowego (*Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, rozdz. III, art. 18, p.1*).

Pomimo że dentysta może wykonywać zabiegi z nie swojej specjalności, to obecnie mamy do czynienia z procesem coraz większej specjalizacji. Poszczególni lekarze zaczynają specjalizować się w swojej dziedzinie i unikają przyjmowania pacjentów z dolegliwościami spoza głównego obszaru swojego zainteresowania (oczywiście, jeśli mogą sobie na to pozwolić finansowo).

Trochę tak jest. Ja już raczej nie robię niektórych rzeczy. Nie lecę kanałowo, nie wrywam zębów, chyba że stałym pacjentom. Nie dlatego, że nie umiem, ale mi się to nie opłaca. Wolę robić ortodoncję. Ale to chyba nie jest dobre, pacjent musi chodzić do różnych lekarzy, nie wiadomo, ile zapłaci. To wcale nie jest takie dobre (z rozmowy ze stomatologiem).

Kiedyś to było tak, żeśmy wszystko robili... A teraz to już, jak to mówią pacjenci, że jesteśmy od lewej szóstki, od prawej szóstki. Każdy robi swoje; już prawie zębów nie usuwamy, bo chirurg usuwa, do protetyka protetykę, nie leczymy dziąseł, kiedyś leczyliśmy, a teraz dr U. to robi... (z wywiadu ze stomatologiem).

¹⁰ Wspólna specjalność stomatologii i chirurgii, zajmuje się operacyjnym leczeniem części twarzowej czaszki i jamy ustnej.

¹¹ Zajmuje się leczeniem chorób przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej.

¹² Endodoncja to po prostu leczenie kanałowe.

Taka coraz węższa specjalizacja wynika z dwóch czynników; z jednej strony z rozwoju wiedzy i technologii, a z drugiej, jak zostało to ukazane w pierwszym z powyższych cytatów, z motywacji finansowej lekarza. Wąska specjalizacja daje też dentyście i pacjentowi inną ważną korzyść — wyższą pewność pracy i lepszą jakość wykonywania zabiegów:

Ja się bardzo stresuję, bo yyy tam w tamtej spółce, nie ma tak jak u nas, że na przykład doktor Z. leczy kanałowo zęby, że tam pan doktor protetykę robi, że ktoś tam chirurgię... Tam jest tak, że są cztery czy tam pięć lekarek i tam jedna praktycznie protetykę robi, czy tam dwie, a właśnie usuwanie czy leczenie kanałowe, to wszyscy razem. Przychodzi pacjent, który trafił do mnie z jakimś trudnym zębem lub leczeniem kanałowym, to mnie to stresuje, czy mnie się uda znaleźć kanał, udrożnić, czy to będzie dobrze, czy niedobrze... (z wywiadu ze stomatologiem).

Procesowi specjalizowania się lekarzy towarzyszy zjawisko podejmowania pracy w wielu miejscach — rzadko spotyka się, żeby dentysta, nawet jeśli ma własny gabinet, pracował tylko w nim.

Ja mam prywatny gabinet, mam prywatną praktykę, ale mam umowy z kilkoma miejscami poza moim gabinetem, także jeżdżę poza Łódź i z tych prac też jestem bardzo zadowolona. Już tylko w charakterze ortodontycznym, bo u siebie to również zachowawczą, protetykę (z wywiadu ze stomatologiem).

Pracowałem w [...] i teraz od trzech lat w szpitalu X.

A jakieś prace oprócz tego, oprócz pracy w szpitalu?

A... to mnóstwo prywatnych, to wiadomo, no. Oprócz pracy w gabinecie prywatnym i różnych spółkach zajmowałem się [...]

Czyli w ilu miejscach pan pracuje?

Literalnie w raz, dwa, trzy, cztery... W pięciu. Z X [nazwa spółki] sześciu.

A które z nich są podstawowe?

No praca w szpitalu, tutaj łączy się praca uniwersytecka, czyli nauczanie studentów i lecznicza, usługowa, czyli leczenie pacjentów. No, to jest główne miejsce zatrudnienia. A zarobkowo to swój gabinet (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą uniwersyteckim).

Te i wcześniejsze cytaty ilustrują też pewną tendencję; jeśli stomatolog ma swój gabinet, to przyjmuje w nim często pacjentów z szerokim spektrum chorób i problemów, podczas gdy w pracy w przychodniach czy spółkach stomatologicznych przyjmuje tylko pacjentów ze swojej specjalizacji.

Specjalizowanie się w swojej dziedzinie i praca w wielu miejscach wywierają wpływ na proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego, co szczególnie widoczne jest przy kwestiach czasowej organizacji pracy (rozdział 7.4) i traktowania podmiotowego-przedmiotowego (rozdział 7.6).

Innym ważnym problemem, mającym istotne implikacje dla procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego, jest traktowania swojej pracy jako powołania lub jako działania przynoszącego zysk. Oczywiście tych dwóch podejść nie można uznać za dwie sprzeczne ze sobą klasy — są one krańcami continuum. Ze względu na podejmowaną przeze mnie tematykę nie będę się zbytnio zgłębiał w te kwestie, postaram się jednak pokrótce ją przedstawić. Z jednej strony stomatolog jest lekarzem, którego obowiązuje przysięga Hipokratesa, a jego pracy nie powinno się redukować do świadczenia usług w zamian za zapłatę. Jednak z drugiej strony stomatolog wykonuje swoją pracę w celach zarobkowych, działając na wolnym i konkurencyjnym, aczkolwiek częściowo uregulowanym, rynku usług medycznych. Procesy ekonomizacji usług medycznych powodują, że coraz więcej lekarzy może postrzegać siebie jako usługodawców, a swoją praktykę, jak każdą inną działalność komercyjną. Takie podejście, całkowicie odrzucające aspekt pracy z powołania, może się spotkać z dość dużym oporem u dentystów przywiązanych do profesjonalnego etosu. Dobrze ilustruje to poniższa wypowiedź:

Jestem ekonomicznym imbecylem, ale wali mnie to, bo lubię leczyć ludziom zęby. Nie znam za to żadnego ekonomisty który umiałby robić to tak jak ja, za to leczę ich wielu, a mimo iż mają złote i platynowe karty za free w wielkich stołecznych mcdentach, dziwnym trafem wybierają gabinet w którym muszą zapłacić. Taki brak ekonomicznej logiki u ekonomicznych superfachowców... bo leczenie przestaje być leczeniem gdy rządzą nim tylko prawa ekonomiczne

— *oni o tym wiedzą* (wypowiedź stomatologa podczas dyskusji na forum internetowym).

Bardzo negatywny stosunek autora wypowiedzi do traktowania stomatologii jako zwykłej działalności ekonomicznej oddaje nie tylko emocjonalny ton wypowiedzi, ale wskazuje też na pejoratywny termin „McDent” (mimo że pojawiał się na forum, to nie spotkałem się z nim podczas swoich badań w „świecie rzeczywistym”), podkreślający masowość, anonimowość, brak osobistej relacji lekarz-pacjent, niską jakość usług w wielkich, działających jak korporacje, przychodniach. Inny uczestnik dyskusji, do którego skierowana była ta wypowiedź, przedstawia swoją przychodnię stomatologiczną jedynie przez pryzmat zysku, a swoje działania prezentuje jako działania marketingowe. Temat ten wywołał na forum olbrzymie kontrowersje i znalazły się w nim sześćset sześćdziesiąt cztery wypowiedzi. Uwarunkowania prawne i gospodarcze sprzyjają procesom ekonomizacji i „*makdonaldyzacji*” (pojęcie z dyskusji na forum)¹³ praktyki stomatologicznej, ale nie wiadomo, czy dentystom i pacjentom taki model będzie odpowiadał.

Zarysowane powyżej problemy same w sobie mogłyby być bardzo ciekawym przedmiotem badań, ale w naszym przypadku ich przedstawienie ma jedynie umożliwić lepsze zrozumienie procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego, więc nie zostały szerzej omówione.

7.2.2. Pacjent

Drugim najważniejszym aktorem jest pacjent. Strauss (i in., 1997: 191-192) podkreślał, że pacjent to nie tylko bierna osoba poddająca się działaniu personelu medycznego, ale też współwykonawca pracy. Według Straussa praca pacjenta pozostaje często niezauważana i nierozpoznana jako taka przez personel medyczny, ale nie zmienia to faktu, że pacjenci także

¹³ Por.: naukowa definicja terminu makdonaldyzacja w książce *Makdonaldyzacja społeczeństwa* (Ritzer, 2009).

uczestniczą w podziale pracy. Problem pracy pacjenta wyłonił się podczas badań terenowych, a udział pacjenta w procesie leczenia był dostrzegany i uznawany przez lekarzy. Praca pacjenta nie polega tylko na wykonywaniu poleceń lekarza podczas zabiegu (co można uznać za ograniczenie się do biernych reakcji) i współuczestniczeniu w procesie podejmowania decyzji, ale też często polega na stosowaniu się do zaleceń lekarza na co dzień, co może wymagać zmiany zwyczajowych nawyków.

[...] odpowiedzialność nie tylko spada na lekarza, ale na pacjenta też musi spaść. Nie mówię, że odpowiedzialności lekarza nie ma, ale jest tutaj też plan leczenia i z różnych powodów może się coś nie udać. Na przykład pacjenci, np. jeżeli chodzi o ortodontyczne leczenie, to chodzi o zachowanie higieny jamy ustnej, zastosowanie się do próśb lekarza, na przykład noszenie jakichś wyciągów czy elementów. Jeżeli pacjent zaniecha tego, to wiadomo, że ten wynik leczenia będzie gorszy. Wielokrotnie zdarzyło mi się podkreślać, że jeżeli to się nie poprawi, to skończymy z marnym wynikiem leczenia. Na przykład, ja zakładałam, że pacjent będzie współpracował na jakimś etapie, a on nie współpracuje. Dotyczy to przede wszystkim dzieci, ale dorosłych też czasami; nie są do czegoś przekonani i po prostu nie lubią tego stosować. I to jest ich argument, że oni tego nie lubią. Ale to jest, jak mówię, współpraca z pacjentem determinuje, jaki będzie efekt zakończonego leczenia, jaki będzie poziom tych usług (z wywiadu ze stomatologiem).

W powyższym cytacie już samo określenie „współpraca z pacjentem” wskazuje na czynny udział drugiej osoby w procesie leczenia. Wyraźnie widać, że wspólne wykonywanie pracy oznacza też współodpowiedzialność za osiągnięte efekty. Pacjent w takim ujęciu jest więc pełnoprawnym, współodpowiedzialnym wykonawcą pracy stomatologicznej.

Grupa pacjentów stomatologicznych jest wewnątrznie zróżnicowana; można w niej wyróżnić wiele klasyfikacji i typologii. Jedną z nich jest wspomniany już podział na pacjentów przywiązanych do jednego stomatologa i pacjentów często zmieniających swoich lekarzy. W rozdziale 6.2 zwróciłem uwagę na to, że zupełnie inaczej wygląda wizyta pacjenta, który chodzi do danego dentysty już kilka/kilkanaście/kilkadziesiąt lat, a zupełnie inaczej „pacjenta z ulicy”. Warto też zwrócić uwagę na różnice w wieku pacjentów — inny jest sposób przyjmowania dziecka, inny starszej osoby, a pacjentami

stomatologicznymi są osoby z praktycznie każdego przedziału wiekowego. Należy tu też zaznaczyć, że z poszczególnymi specjalizacjami związane są często określone grupy wiekowe; na przykład pacjentami stomatologów dziecięcych są dzieci (co oczywiste), specjalistów od protetyki przeważnie osoby starsze, a ortodontów dzieci i osoby młode.

Innym istotnym podziałem jest podział pacjentów ze względu na sposób płacenia za wizytę. Jak zostało wspomniane w rozdziale 7.1.1 w lecznictwie stomatologicznym mamy do czynienia z prywatyzacją płacenia, czyli w większości przypadków pacjenci pokrywają koszty wizyty z własnej kieszeni (ewentualnie z kieszeni rodziców). Pozostała część wizyt opłacana jest przez NFZ lub prywatnych ubezpieczycieli czy firmy medyczne (np. Medcover i Lux-Med)¹⁴. Jeśli pacjent płaci za wizytę z własnej kieszeni, ma dużo większy wybór niż w przypadku wizyt refundowanych przez NFZ, czy oferowanych w ramach abonamentu medycznego (choć w przypadku większości zabiegów i większości rodzajów abonamentów medycznych pacjent i tak musi część kosztów pokryć z własnej kieszeni) — musi się w takim przypadku ograniczyć do tych lekarzy, którzy mają na dany zabieg umowy z NFZ lub do lekarzy pracujących w danej firmie medycznej. Jednak, jak zaznaczyłem wcześniej, w Polsce według statystyk za większość stomatologicznych wizyt pacjent płaci z własnej kieszeni.

W tym miejscu nie można zapomnieć o jeszcze jednym ważnym rozróżnieniu. Pośród pacjentów należy wyróżnić dwie grupy; pacjentów „chorobowych” i pacjentów „estetycznych”. Do pierwszej grupy zaliczają się pacjenci przychodzący do stomatologa, aby wyleczyć jakieś schorzenie, do drugiej pacjenci pragnący dzięki zabiegom stomatologicznym polepszyć swój wygląd. Przy tym podziale bardzo trudno wyznaczyć jednoznaczną granicę,

¹⁴ Podczas badań udało mi się porozmawiać z pacjentem jednej z dużych firm medycznych, które oferują firmom abonamenty, ale nie przeprowadziłam niestety ani jednej obserwacji w takiej firmie, nie przeprowadziłam również żadnego wywiadu z lekarzem zatrudnionym w takim ośrodku. Zatem muszę stwierdzić, że obszar „McDentów” nie został przeze mnie szczegółowo przebadany i opisany.

ponieważ trudno na przykład określić, do którego momentu wada zgryzu jest schorzeniem, a kiedy leczenie jej należy uznać jedynie za zabieg estetyczny. Jasne jest, że robienie protezy przy braku zębów trzeba uznać za leczenie schorzenia, ale wygląd protezy i poprawa wyglądu jest dla pacjenta też niezwykle istotna. Możemy zatem przyjąć, że większość zabiegów na pacjentach „chorobowych”, ma też cel estetyczny. Oczywiście istnieją także pacjenci, których da się jednoznacznie zakwalifikować do którejś z grup. Takim przykładem pacjenta „chorobowego” może być osoba poddana zabiegowi ekstrakcji bójących ósemek, osoba z próchnicą czy osoba z chorobami periodontologicznymi. Przykład pacjenta „estetycznego” mogą stanowić osoby wybielające zęby albo część osób, szczególnie młodych kobiet, noszących aparaty stałe:

Bardzo dużo takich dziewczyn przychodzi, to gdzieś w psychice siedzi [pokazanie palcem głowy]. Ja je przeganiałem na początku, ale potem... Przychodzi taka dziewczyna i mi pokazuje [pokazanie palcem zęba], że tu coś jest nie tak. Tego zupełnie nie widać. Ja nie widzę, a jestem zawodowcem, a ona widzi, przygląda się temu w lustrze. Po leczeniu nikt nie widzi żadnej zmiany, ale ona widzi, zupełnie inna dziewczyna. To gdzieś w psychice siedzi. [...] Na początku patrzyłem na to ze swojej perspektywy, że ja nigdy bym czegoś takiego nie zrobił, ale potem dostrzegłem, że one, bo to przeważnie kobiety, choć mężczyźni też tak czasami mają, ale rzadko, że one to widzą w lustrze i to im strasznie przeszkadza. I leczenie jest wtedy dla nich dobre (z wywiadu ze stomatologiem).

Rozmawiałem z trzema pacjentkami, które reprezentują przypadek opisany powyżej i rzeczywiście każda z nich tłumaczyła mi, jak bardzo leczenie ortodontyczne zmieniło ich wygląd. A moje sugestie, że ich wcześniejsze wady zgryzu czy uzębienia nie były wcale widoczne i że nie ma żadnej dostrzegalnej różnicy, były przez nie całkowicie odrzucane.

Trzeba wprowadzić jeszcze jeden bardzo ważny dla procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego podział — na pacjentów z motywacją zewnętrzną i wewnętrzną. Do motywów zewnętrznych zaliczam nie tylko naciski ze strony innych ludzi, ale też czynniki niezależne od woli pacjenta. Takimi czynnikami, zewnętrznymi wobec woli pacjenta, są ból czy

utrudnienia w funkcjonowaniu wynikające ze schorzenia. Są to więc czynniki wymuszające na pacjencie wizytę u lekarza. Większość dzieci może być dobrym przykładem, ponieważ nie idzie do stomatologa z własnej woli, lecz przymuszana/nakłaniana przez rodziców. Skrajnym przypadkiem pacjenta umotywowanego zewnątrznie może być pracownik mający na co dzień kontakt z klientami, który stracił część jedyńki i czy chce, czy nie chce, musi iść na zabieg rekonstrukcji zęba. Typowym przykładem takiego pacjenta są też osoby chodzące do dentysty jedynie wtedy, kiedy zmusi je do tego ból:

Nie chodzę do stomatologa za często. Wiem, że powinienem, ale nie lubię, nie mam czasu. Chodzę tylko wtedy, kiedy już muszę. Jak już ząb mnie boli tak, że nie mogę wytrzymać, to idę do stomatologa. Zawsze mi wtedy zaleczy, przestaje boleć i jest w porządku. Powinienem częściej chodzić na jakieś kontrole czy coś, z resztą mi mówią, ale nie chodzę i jakoś obywa się bez większych problemów. Przecież młody już nie jestem, ale mam wszystkie zęby (z rozmowy z pacjentem).

Drugi typ pacjenta, pacjent zmotywowany wewnątrznie, jest niewątpliwie osobą, z którą dużo łatwiej współpracować dentyście. Zasadnicze motywy wewnętrzne można podzielić na dwa typy: dbanie o zdrowie i chęć poprawienia własnego wyglądu. Przykładem tego drugiego typu mogą być opisywane wcześniej dziewczyny noszące aparaty stałe. Za to poniższa wypowiedź dobrze ilustruje dbanie o zdrowie jako motyw wizyt u stomatologa:

Ja staram się nie zmieniać stomatologa [...] Jestem chyba dobrym pacjentem. Generalnie nie mam problemów z zębami, ale staram się chodzić co pół roku na kontrolę, dbam o higienę, myję zęby po każdym posiłku. Szkoda, że mój syn tak nie robi. Teraz jest już lepiej, ale kiedyś za nic nie chciał pójść do dentysty (z wywiadu z pacjentem).

Z oczywistych względów tacy pacjenci zmotywowani wewnątrznie są znacznie bardziej pożądanymi przez stomatologów. Z moich rozmów z lekarzami wynikało, że motywacja wewnętrzna sprzyja większej dyscyplinie, przestrzeganiu zaleceń i regularnemu przychodzeniu na wizyty. Jeśli ktoś sam się na coś decyduje, często sam za to płaci i chce do tego dążyć, to nic dziwnego, że przeważnie jest „lepszym”, choć czasami bardziej wymagającym

pacjentem dla lekarza, niż pacjent, który jest w jakiś sposób przymuszany (przez kogoś lub przez sytuację) do wizyty u stomatologa.

Warto jeszcze zaznaczyć, że przy analizie motywów wewnętrznych pacjentów okazuje się, że na bardziej podstawowym poziomie motywem okazuje się unikanie wstydu i dążenie do dumy, co zgadzałoby się koncepcjami Scheffa (z Retzinger, 2000). Bardzo dobrze widać to na przykładzie młodych kobiet noszących aparaty ortodontyczne, dla których jakiś drobny, często istniejący jedynie w ich pamięci, mankament jest nieustannym powodem odczuwanego wstydu, a głównym efektem leczenia ortodontycznego jest nie jakaś dostrzegalna dla wszystkich poprawa wyglądu, lecz poczucie dumy.

Ostatnim z przyjmowanych przeze mnie rozróżnień jest podział pacjentów na tych, którzy przychodzą samodzielnie i na tych, którzy wymagają przyścia z osobą towarzyszącą. Do pacjentów wymagających obecności osoby trzeciej należą przede wszystkim dzieci, a także osoby z niepełnosprawnością fizyczną lub umysłową, którym niepełnosprawność uniemożliwia bycie samodzielnym pacjentem. Kilkukrotnie byłem świadkiem przyjmowania dzieci, a raz osoby z niepełnosprawnością fizyczną (na wózku), ze względu na podeszły wiek prawdopodobnie nie do końca sprawnej intelektualnie¹⁵. Osoba towarzysząca, jeśli już pojawia się w gabinecie, jest bardzo ważnym uczestnikiem procesu przyjmowania pacjenta i ma także swoją pracę do wykonania. Przez moich rozmówców szczególnie podkreślana była ważna rola rodziców obecnych przy przyjmowaniu dziecka.

Oprócz opisanych powyżej czynników należy oczywiście brać też pod uwagę płeć pacjenta i jego status społeczno-ekonomiczny. Poniżej znajduje się podsumowanie rozważań, które znalazły się w tym podrozdziale i dotyczyły wielości grup pacjentów.

¹⁵ Dla pacjentów moja obserwacja była obserwacją ukrytą, a poza tym i tak chyba była to dość drażliwa kwestia, więc nie zapytałem się osoby towarzyszącej o niepełnosprawność umysłową pacjenta. Nie wiem, co było tego przyczyną, ale kontakt z pacjentem był bardzo ograniczony.

Schemat 4. Podział kategorii pacjentów ze względu na istotne dla badania własności

lojalność: stali często zmieniający lekarzy	cel: „chorobowi” „estetyczni”	samodzielność: z osobą towarzyszącą bez osoby towarzyszącej
płacenie: prywatnie -z własnej kieszeni -z kieszeni rodziców refundowane -przez NFZ -przez prywatnego ubezpieczyciela -w ramach abonamentu	motywację: motywacja wewnętrzna -dbanie o zdrowie -chęć lepszego wyglądu motywacja zewnętrzna -nacisk ze strony innych -ból -utrudnienia w funkcjonowaniu	

źródło: opracowanie własne

7.2.3. Asystentka/higienistka stomatologiczna

Coraz częściej, nie tylko w większych przychodniach, ale też w gabinetach prywatnych, zatrudniana jest higienistka lub asystentka stomatologiczna. Te dwa zawody należy rozróżnić. W Polsce praca w charakterze higienistki wymaga ukończenia dwuletniej szkoły policealnej lub studiów licencjackich na tym kierunku, podczas gdy pracę asystentki wykonują często osoby bez kierunkowego wykształcenia. Chociaż od 1992 roku zawód asystentki po rocznej szkole jest prawnie zatwierdzony (Jańczuk, 2007: 25), to zdobycie uprawnień nie jest wymagane dla osób pełniących tę funkcję — „po prostu pomoce stomatologiczne szumnie i na wyrost nazywane przez swoich szefów «asystentkami»”). Ma to zmienić ustawa, z której projektem wystąpiło w 2009 roku Ministerstwo Zdrowia (*Ustawa o niektórych zawodach medycznych — projekt*), nakładająca na asystentki stomatologiczne wymóg ukończenia odpowiedniej szkoły. Projekt ten, wbrew intencjom Ministerstwa

Zdrowia, nie wszedł w życie od początku 2010 roku, ponieważ utknął gdzieś podczas procesu legislacyjnego.

Zakres obowiązków asystentki stomatologicznej powinien być następujący:

1. Przygotowanie gabinetu stomatologicznego do pracy.
2. Dezynfekowanie i sterylizacja sprzętu, narzędzi, materiałów opatrunkowych.
3. Przygotowanie pacjenta do zabiegu.
4. Czynne asystowanie podczas zabiegu.
5. Prowadzenie sprawozdawczości i dokumentacji w gabinecie (*ibidem*: 25).

Higienistka stomatologiczna ma teoretycznie znacznie szerszy zakres uprawnień i obowiązków:

[...] pracuje pod nadzorem lekarza, przede wszystkim w zakresie oświaty zdrowotnej, czyli edukacji prozdrowotnej i profilaktyki. Jej zakres działania powinien obejmować:

1. Prowadzenie działalności oświatowo-zdrowotnej w zakresie higieny jamy ustnej i diety, w tym szczególnie dla kobiet ciężarnych, matek karmiących, dzieci oraz młodzieży.
2. Organizowanie i nadzorowanie profilaktyki chorób zębów i przyzębia w żłobkach, przedszkolach i szkołach oraz współdziałanie w tym zakresie przede wszystkim z rodzicami i nauczycielami.
3. Wykonywanie zabiegów higieniczno-profilaktycznych w jamie ustnej pacjenta w zakresie tzw. profilaktyki profesjonalnej (oczyszczanie zębów ze złogów nazębnych, polerowanie zębów, stosowanie egzogenne środków profilaktycznych, lakowanie bruzd).
4. Wykonywanie niektórych zabiegów leczniczych zleconych przez stomatologa (np. polerowanie wypełnień, pobieranie wycisków orientacyjnych, zakładanie koferdamu oraz formówek, zakładanie i wyjmowanie opatrunków czasowych)(*ibidem*: 24).

Z reguły w gabinetach prywatnych i w mniejszych przychodniach ze względów organizacyjnych i finansowych zatrudnia się do pomocy tylko jedną asystentkę (z formalnym wykształceniem lub bez) albo higienistkę, w której zakres obowiązków wchodzi wiele niezbędnych dla funkcjonowania gabinetu stomatologicznego czynności. Większe przychodnie mogą sobie

pozwolić na zatrudnienie oddzielnie higienistki, asystentki, recepcjonistki, kasjerki, osoby do sprzątanania i innych w zależności od zapotrzebowania — w mniejszych gabinetach wszystkie te rodzaje pracy wykonuje asystentka/higienistka.

Jak w gabinecie jednostanowiskowym, do którego pacjenci przychodzą "do lekarza" , a nie "do przychodni" zatrudnić higienistkę do profilaktyki , asystentkę , rejestratorkę i sprzątaczkę ? Ja na to nie miałabym pacjentów i funduszy pomimo że uważam że gabinet prosperuje niezłe. [...] w praktykach jednostanowiskowych nie ma szans na zatrudnienie tylu osób i zazwyczaj potrzebujemy jednej osoby do wszystkiego. Najlepiej byłoby określić jej stanowisko jako pomoc stomatologiczna (wypowiedź stomatologa z forum internetowego).

W jednym gabinecie asysta robi wszystko ...w innym tylko pracuje na 4 ręce w jednym zajmuje się rejestracją ...w innym jest od tego rejestratorka nie chodzi o uwłaczanie ale o to, że lekarze myślą, że to NORMALNE - sprzątać, myć, asystować, zamawiać, rejestrować, telefonować i jeszcze znosić humory szefa :D za marne 1000zł! Są dziewczyny, które chętnie za tyle pracują (co mają zrobić?) zależy jaki region ...jakie bezrobocie ... jakie koszty przetrwania ALE czy to normalne, że asysta wykonuje kilka zawodów (często też księgowość) ...a ma płacone za jeden? Wiele asystentek będzie nadal wykonywało swoje obowiązki ...ale powinny mieć zapłacone za to. Praca asysty - czyli zakres obowiązków wg ustawy..... A poza tym - proszę bardzo - sprzątanie, pranie i prasowanie :) ale jako inny etat ... (wypowiedź higienistki stomatologicznej z forum internetowego).

Powyższy przykład ilustruje mało pozytywne reakcje wykwalifikowanego personelu pomocniczego na poszerzenie obowiązków. Z drugiej strony, dzięki szerokiemu zakresowi obowiązków, osoba pracująca jako pomoc stomatologiczna staje się niezwykle ważnym aktorem w procesie przyjmowania pacjenta — choć trzeba przyznać, że aktorem znajdującym się na uboczu, cały czas pozostającym w cieniu lekarza.

Higienistki i asystentki należą do średniego personelu medycznego, a ich pracą kieruje lekarz. Razem tworzą zespół stomatologiczny (Żernicka, 1999: 69). To one muszą dostosowywać się do wymagań i stylu pracy stomatologa, a nie na odwrót. Pracujący jako wykwalifikowana pomoc stomatologiczna podkreślają, jak ważne są wykształcenie i wiedza, podczas gdy dentyści kładą raczej nacisk na staż współpracy i dostosowanie się

asystentki do przyzwyczajenia lekarza — zgranie zespołu. Przy pracy „na cztery ręce” (lekarz plus asystentka/higienistka) osoba asystująca lekarzowi powinna umieć „czytać w jego myślach”, rozumieć wykonywane czynności, swoimi działaniami uprzedzać jego polecenia.

Mam podstawowe informacje z zakresu stomatologii, z zakresu anatomii, także mniej więcej, no..., mniej więcej wiem, czego lekarz w danym momencie będzie ode mnie oczekiwał. Także to jest tak troszeczkę na zasadzie instrumentariuszki, coś takiego, można to porównać. Znam wszystkie narzędzia, znam wszystkie metody, jakie lekarz zastosuje. Po prostu jak tylko lekarz powie nazwy, jakiegoś preparatu, coś, ja wiem, z czym połączyć. [...] Wiadomo, że każdy ma jakieś swoje przyzwyczajenia, ale to wtedy na zasadzie porozumienia można stworzyć tam jakiś wspólny duet. [...] Niektóry lekarz woli, jak na przykład, się bezpośrednio asystuje, czyli odsysa ślinę ślinociągiem pacjentowi, przytrzymuje się policzek, czy na przykład dziąsła, czy nawet chirurgowi się podcina nici przy zaszywaniu zębodołu, a niektóry woli, jak się trzyma tylko jakimiś hakami i tylko pomaga na zasadzie odślonięcia pola widzenia, a resztę już sobie sam wykonuje. To już zależy od preferencji danego lekarza (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

Asystentka, która rzeczywiście pracuje na tak zwane cztery ręce, to jest to osoba wykwalifikowana. Tworzy to zespół. Nie jest to osoba przypadkowa, nie może być osobą przypadkową. Musi to być osoba po odpowiednim przeszkoleniu, po odpowiednim doświadczeniu i najczęściej to taki zespół to się tworzy dopiero po pewny czasie współpracy. Nawet jeśli jest świetnie wyszkolona to te dwie osoby i tak muszą się do siebie dotrzeć (z wywiadu ze stomatologiem pracującym z asystą)¹⁶.

Asysta dobra bez słów zachowuje się tak, jak sytuacja tego wymaga. Da to narzędzie, które jest potrzebne, odchyli policzek czy płat, czy język, który jest potrzebny. Natomiast wtajemniczona czy nie, yyy [...]

A co jest ważniejsze. Kwalifikacje czy zgranie?

Zgranie. Co prawda to nie jest tak, że w ciągu tygodnia można ją nauczyć wszystkiego, ale zdecydowanie można. [...] Ostatnio, w ten czwartek ubiegły byłem w firmie X i nie było A, najlepszej dziewczyny na świecie. Była inna pani [bardzo doświadczona laborantka]. No to wiesz, ona zawsze tak stoi, jest bardzo miła, fajnie rozmawia o swoich wnuczkach, ale żeby się uaktywnić i jakoś pomóc sama z siebie to nie. Jak ja ją poproszę, to ona potrzyma. A z drugiej strony samo poproszenie jej o pomoc musi być rozwinięte o „załóż rękawiczki”, „nie dotykaj teraz tego”, to wszystko trzeba jej powiedzieć. A ktoś, kto z nami pracuje dłużej, jak na przykład A, to słyszy, że mamy zabieg i od razu wie, co robić (z wywiadu ze stomatologiem).

¹⁶ Rozmówcą moim był w tym przypadku wykładowca akademicki, nie jestem do końca pewien, na ile wygłoszone zdanie pochodziło z jego doświadczenia, a na ile było teorią.

O takie zgranie zespołu najłatwiej jest, kiedy lekarz z asystentką stanowią parę do pracy „na cztery ręce”, pracując razem przez dłuższy czas. Są też inne możliwości wspólnej pracy lekarza z asystą (zob. Jańczuk, 2007: 29). W swoich badaniach ograniczyłem się do dwóch z nich; opisanej już pracy „na cztery ręce” i pracy z „asystą dochodzącą” (oraz oczywiście wciąż bardzo popularne samodzielne przyjmowanie pacjenta przez lekarza). Przy asyście „dochodzącej” dużo trudniej jest o zgranie takie jak w przypadku asysty do pracy „na cztery ręce”. Z asystą „dochodzącą” mamy do czynienia w gabinetach wielostanowiskowych, w których jedna asystentka przypisana jest do pomocy kilku dentystom naraz. Taki podział pracy nie jest komfortowy ani dla lekarza, ani dla asystentki, co może odbijać się czasami na jakości i na pewno odbija się na szybkości wykonywanej pracy, ale jest często praktykowane ze względów ekonomicznych.

Gdybym ja mogła stanowić o tym, to uważałabym, że każdy powinien mieć swoją pielęgniarkę i swój gabinet.

Czyli byłoby lepiej, gdyby każdy miał swoją asystentkę?

To znaczy, mi się tak wydaje. Może ja się przyzwyczaiłam kiedyś. No, mi się wydaje, że taki kołchoz tu jest. A tu chodzi o to, żeby była jedna pielęgniarka, bo tu jest taniej (z wywiadu ze stomatologiem).

Czyli pracuje pani z pomocą stomatologiczną?

No, z pomocą, ale to jest pomoc dochodząca, którą się woła, bo ona przeważnie siedzi w socjalnym, a nie w dużym gabinecie, tak? [...] Bardzo często sama sobie biorę, bo wolę sobie wstać i wziąć niż ją wołać (z wywiadu ze stomatologiem).

Wielokrotnie byłem świadkiem sytuacji, gdy lekarz, pracując z asystą „dochodzącą”, wołał jakąś rzecz zrobić samemu. Asystentki „dochodzącej” nie można traktować jak indywidualnej asystentki do pracy „na cztery ręce” — ponieważ pomaga tylko w niektórych czynnościach i tylko przez krótki czas. Dla stomatologów, którzy są przyzwyczajani do przyjmowania pacjentów samemu, taka asystentka mogąca wyręczyć ich tylko w niektórych

czynnościach (jak np. przyniesienie jakiegoś narzędzia, wyjęcie z szafki jakiegoś preparatu, przygotowanie jakiejś mieszaniny) jest dużym udogodnieniem i pozwala na przyspieszenie pracy. Natomiast, jeśli lekarz przyzwyczajony jest do pracy „na cztery ręce”, praca z asystą „dochodzącą” może okazać się dla niego trudna i stresująca.

Czasami, zgodnie ze swoimi uprawnieniami, higienistki wykonują część prostszych zabiegów samodzielnie. Z moich rozmów z higienistkami oraz z analizy ich forum internetowego wynika, że higienistki chciałyby więcej czasu poświęcać na zabiegi, do których wykonywania mają prawo, a nie na pracę w charakterze recepcjonistki, kasjerki czy sprzątaczk. Lekarze mają przeważnie inne zdanie albo w ogóle nie zastanawiają się nad możliwością udostępnienia samodzielnego wykonywania części zabiegów przez higienistkę.

Wykształcenie higienistki stomatologicznej pozwala mi na wykonywanie pewnych profilaktycznych zabiegów u pacjentów, między innymi zdejmowanie kamienia nazębnego, robienie fluoryzacji, przeglądu podstawowych zębów. W pierwszym gabinecie wykonuje pracę laborantki [...] W drugim gabinecie mogę wykonywać te zabiegi, do których mam uprawnienia. Ale wiąże się to z planem pracy ustalonym przez pracodawcę. Jeśli pracodawca wyraża zgodę na moje usługi, że tak powiem, to wtedy je mogę wykonywać. [...]

A woli pani pracować „na cztery ręce” z lekarzem czy samemu wykonywać zabiegi, do wykonywania których ma pani uprawnienia.

Zdecydowanie wolę wykonywać sama zabiegi. Wtedy to ja decyduję co i jak, jestem prawie jak lekarz... (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

To, że ma prawo [do wykonywania niektórych zabiegów], to tak do końca nie wiadomo, to że uczą Was tego, to jeszcze nic z tego nie wynika. bo skoro uczą Was anatomii, to nie uprawnia to np. do ekstrakcji. Mnie uczono np. okulistyki albo laryngologii, czy robię to? Już pisałem. system uczenia Was jest zły, należy go zmienić. Zabiegi profilaktyczne i LECZNICZE, jak piszesz, to szerokie pojęcie. Tak. Ale ograniczone tylko do profilaktyki a nie do prowadzenia sanacji. Wybacz, ale przy pobieraniu wycisków, robieniu koron tymczasowych czy nawet polerowaniu wypełnień, można zrobić więcej szkody niż pożytku. Nie wychodźmy przed szereg z takimi pomysłami.

Ustaliliśmy już higienistka/asystentka ,wykwalifikowana, po szkole, jest niezbędna i powinna robić to co ją nauczono. ale nie przesadzajmy z tymi, dodatkowymi, medycznymi obowiązkami. Powinniście być docenione bez nich. One nie są do tego potrzebne, a jak ktoś chce się dowartościować to

trzeba naukę kontynuować dalej (wypowiedź stomatologa w dyskusji na forum).

Spór o granicę kompetencji higienistki stomatologicznej wydaje się niezwykle interesujący, ale jego wpływ na proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego nie jest na tyle znaczący, aby poświęcać więcej miejsca tej kwestii (choć na pewno warta jest ona dalszego zbadania).

Oprócz pracy czysto technicznej higienistki/asystentki mają stały kontakt z pacjentem — to przeważnie one umawiają pacjenta na wizytę, witają go, pobierają opłatę, kiedy trzeba, muszą „naprawiać” niewłaściwe zachowania lekarza (rozdział 7.8.4) lub pomagać pacjentom w radzeniu sobie z bólem (rozdział 7.10.1). Zatem pomoc stomatologiczna odgrywa ważną rolę i w pracy technicznej, i w pracy sentymentalnej¹⁷. Trzeba jednak przyznać, że, jak już zostało wcześniej wspomniane, asystentka/higienistka pozostaje przeważnie w cieniu stomatologa, a jej rola może być niedostrzegana przez pacjentów czy nawet przez lekarzy.

7.2.4. Aktorzy zakulisowi i inni

Powyżej, obok pacjenta stanowiącego publiczność, opisany został zespół w znaczeniu nadanym temu terminowi przez Goffmana (2000: 109), czyli każda grupa osób *„współpracujących ze sobą w inscenizacji jakiegokolwiek fragmentu przedstawienia”*. W przypadku procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego za część tak rozumianego zespołu można też uznać, obok stomatologa i jego asysty, recepcjonistki, kasjerki oraz inny niemedyczny personel pomocniczy mający kontakt z pacjentem. Jednak grono ludzi wykonujących pracę nie ogranicza się tylko do zespołu biorącego udział w inscenizacji. Według podręcznika Jańczuka (2007: 23-26)

¹⁷ Ciekawą kwestią, chociaż niezwiązaną ściśle z tematem książki, jest możliwość zaliczenia higienistek stomatologicznych do kategorii skromnych profesji Schütze’a (Granosik, 2006: 11, zob. Schütze, 1992). Skromne profesje, charakteryzowałaby, podobnie jak profesje „nieskromne”, dylematyczność działania; *„konieczność elastycznego i indywidualnego konstruowania planu pracy z każdym przypadkiem”*.

do zespołu stomatologicznego obok lekarza, asystentki, higienistki należy zaliczyć jeszcze technika stomatologicznego. Należy przyjąć, że:

technik dentystyczny współpracuje z lekarzem stomatologiem przede wszystkim w zakresie rehabilitacji narządu żucia, wykonując na jego zlecenie protezy zębowe stałe i ruchome, aparaty ortodontyczne, szyny, a także protezy odbudowujące braki tkanek miękkich i twardych w obrębie narządu żucia i części twarzowej czaszki (ibidem: 25).

Zawód technika dentystycznego jest oczywiście zawodem regulowanym; żeby móc go wykonywać trzeba ukończyć odpowiednią szkołę średnią lub ukończyć kierunek, lub specjalność technika dentystyczna w szkole wyższej. Po skończeniu tych szkół można wykonywać czynności „*techniczno-dentystyczne*”, z zaznaczeniem jednak, że „*stykanie się z pacjentami w związku z wykonywaniem tych robót jest technikom dentystycznym wzbronione*” (Zawody medyczne — technik dentystyczny, 2007)¹⁸. Praca technika dentystycznego nie jest po prostu wykonywaniem projektu lekarza — technik w swojej pracy musi wykazywać się samodzielnością, co czyni go współodpowiedzialnym za rezultat pracy.

Technik musi być artystą, bo każdy ząb, jak na przykład wykonujesz porcelanę, to nie jest to matryca, tylko każdy ząb jest rzeźbą, rozumiesz? Bo każdy człowiek ma inne zęby, więc technik musi mieć zmysł taki artystyczny, żeby to ładnie wyglądało. Musi sobie wyobrażać, że to ma być w ustach, że to ma gryźć, że ma pasować, wiesz... i kolorem, i kształtem. I dlatego jeden technik sobie bardzo żyje dobrze, a inny nie (z wywiadu ze stomatologiem).

Technik przeważnie nie ma kontaktu z pacjentem, o czym już była mowa, często więc technicy prowadzą własne pracownie oddalone od gabinetów, wykonując prace dla wielu stomatologów. Podobnie stomatolodzy najczęściej współpracują z kilkoma technikami naraz, w zależności od rodzaju potrzebnej pracy. Taka współpraca trwa często kilka lat, ale na linii stomatolog-technik bardzo często dochodzi do konfliktów spowodowanych

¹⁸ Istnieje problem nielegalnego wykonywania niektórych zabiegów dentystycznych przez techników. Jest to mocno potępiane przez stomatologów, a rezultaty takiej pracy są w wypowiedziach lekarzy traktowane z pobłażaniem. Z takim podejściem spotkałem się w wywiadach i podczas analizy forum dla stomatologów.

nieterminowością czy błędami technika. Niedociągnięcia ze strony technika nie tylko prowadzą do tarć na linii dentysta-technik, ale mogą też powodować nieporozumienia między lekarzem i jego pacjentem, co wywołuje irytację lekarzy. Oczywiście przed pacjentem to lekarz odpowiada za niedociągnięcia w pracy technika. Pojawia się też problem tego, jak ocenić, kto popełnia błąd w pracy — stomatolog czy technik.

Zawsze są konflikty z technikami.

A z czego się one biorą?

Z nieterminowości wykonanej pracy, ze źle wykonanej pracy i z tego, że są bardzo pewni siebie, że oni wszystko zrobili dobrze, natomiast zawsze wina leży ze strony lekarza. Trudno jest spotkać technika, z którym można się porozumieć i porozmawiać. Wymaga czasu, żeby taki zespół też się dograł (z wywiadu ze stomatologiem).

Jak było sknocone, to on [technik] twierdził, że to myśmy sknocili, a myśmy się później dowiedzieli, że daje [zlecone prace] młodym, a więc się wycofaliśmy. Kłopoty z nimi, zawsze. Doktor X. jakie ma... Bo my twarzą w twarz z pacjentem, a on tego pacjenta nie widzi, więc nie zdążył, nie przywiózł i koniec.

Zdarzało się pani tłumaczyć za technika?

No ja tłumaczyłam, miałam tu taką..., nie wiem, w ubiegłym roku to było, taką panią, gdzie najpierw się rozchorował, a potem wyjechał, a potem coś tam jeszcze, i ja przeproszałam, i przeproszałam, a ona dosyć była uprzejma i w końcu powiedziała, że ona to rozumie, ale ona potrzebuje protezy i co ją właściwie to obchodzi (z wywiadu ze stomatologiem).

Zatem można stwierdzić, że technik nie tylko odpowiada za techniczny aspekt pracy, ale też może wywierać wpływ na pozatechniczne aspekty relacji lekarz-pacjent.

Do grona aktorów zakulisowych można zaliczyć też specjalistów, z którymi współpracuje dany stomatolog. W sytuacjach, kiedy dentysta nie jest pewny, co do diagnozy i sposobu leczenia (a takie sytuacje zdarzają się każdemu dentyście), ma do wyboru trzy wyjścia; albo skonsultować się z innym lekarzem, albo odesłać pacjenta do innego specjalisty, albo samodzielnie wybrać jedną z możliwości. Konsultacje z innymi specjalistami

pozwalają poszerzyć wiedzę oraz często dają możliwość trafniejszego zdiagnozowania i dobrania bardziej odpowiedniego planu leczenia.

[...] mieć czas na spotkania branżowe, z lekarzami specjalistami z mojej branży, żeby porozmawiać o różnych przypadkach. Zresztą ja często korzystam z pomocy, tutaj to nie mogę powiedzieć, uważam, że mam kilka osób, z którymi się mogę skonsultować, powiedzieć, doradzić się, nawet telefonicznie, co by zrobiły na moim miejscu, czy mają podobne doświadczenia (z wywiadu ze stomatologiem).

Z kolei opisywany już wcześniej proces specjalizowania się stomatologów powoduje, że często wybierana jest opcja odsyłania pacjenta do innego lekarza. Do wybrania trzeciej opcji, samodzielnego podjęcia decyzji i udawania przed pacjentem pewności, mogą skłaniać niektórych dentystów posiadane wyobrażenia na temat potrzeb pacjentów (co zostanie szerzej opisane w rozdziale 7.7).

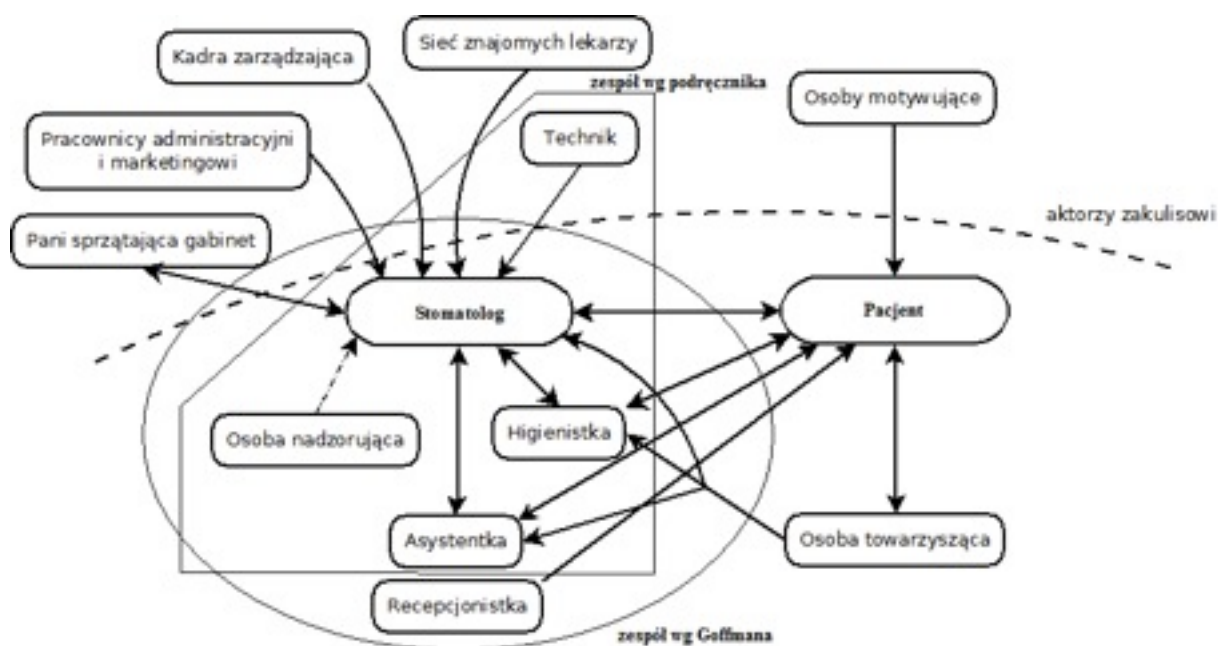
W przychodniach i większych gabinetach wpływ na proces przyjmowania pacjenta ma jeszcze właściciel i kadra zarządzająca. To właśnie te osoby decydują o zakresie obowiązków poszczególnych członków personelu medycznego, kształcie funkcjonowania przychodni czy ogólnej strategii przyjmowanej wobec pacjentów. To od nich zależy czy dany gabinet ma funkcjonować jako „kołchoz” lub „McDent”. Obok nich stomatolodzy muszą też brać pod uwagę oczekiwania pracowników administracyjnych i biurowych; na przykład w określony sposób prowadzić dokumentację czy w określonej formie przyjmować płatności. Pracownicy działu marketingu mogą nawet próbować kształtować relację dentysta-pacjent, wymagając od stomatologów określonych zachowań.

Do aktorów zakulisowych należy zaliczyć jeszcze osoby nalegające lub wymuszające na pacjencie przyjscie na wizytę (dotyczy to pacjentów z motywacją zewnętrzną) lub osoby pilnujące przestrzegania zaleceń lekarza przez pacjenta.

W sposób syntetyczny aktorów/wykonawców pracy starałem się przedstawić na poniższym schemacie (oczywiście występowanie wszystkich

osób poza stomatologiem i pacjentem nie jest konieczne, a osoba nadzorująca występuje jedynie, kiedy zabiegi wykonuje student lub osoba będąca na stażu podyplomowym).

Schemat 5. Wykonawcy pracy w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego



źródło: opracowanie własne

7.3. Scena — przestrzeń, w której przyjmowany jest pacjent

W terminologii Goffmana (2000: 135) scena to miejsce odbywania się występu, które można zdefiniować jako „każde miejsce ograniczone w jakimś stopniu przez bariery percepcji”. Tak zdefiniowana scena w przypadku leczenia stomatologicznego pokrywa się z przyjętym w badaniu rozumieniem sceny jako przestrzeni, w której przyjmowany jest pacjent. W małych

prywatnych gabinetach pojęcie sceny odnosi się do poczekalni i gabinetu, podczas gdy w większych przychodniach scenę stanowi znacznie większy obszar, do którego zaliczyć można recepcję oraz inne dostępne dla pacjentów pomieszczenia, hole czy klatki schodowe (zależnie od wielkości czy planu budynku).

Zasadniczą częścią sceny jest obszar samego gabinetu, a najważniejszym czynnikiem różnicującym jest wspomniany już podział gabinetów na jednostanowiskowe i wielostanowiskowe. Gabinet jednostanowiskowy to taki, w którym w jednym pomieszczeniu znajduje się jeden fotel, podczas gdy w przypadku gabinetu wielostanowiskowego w jednym pomieszczeniu znajduje się kilka/kilkanaście stanowisk („boksów”). To właśnie gabinety wielostanowiskowe, w których przeważnie dentyści pracują z asystą „dochodzącą”, określone zostały w przytoczonym już wcześniej wywiadzie mianem „kołchozu”. Takie rozwiązanie, choć korzystne ze względów ekonomicznych, bardzo obniża komfort pracy lekarza, a przede wszystkim komfort pacjenta.

Gdzie pan woli przyjmować pacjentów?

Oczywiście, że w gabinecie, który jest odizolowany od otoczenia, dlatego że zawsze pacjent jest przyjmowany w sposób bardziej intymny, w gabinecie czuje się jakby pewniej, że nie jest oglądany przez osoby przypadkowe [...] Ja już jestem przyzwyczajony do pracy w tego rodzaju gabinetach, natomiast nie uważam, żeby to były warunki dobre i komfortowe (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Ja wolę pracować osobno, także obecność studentów czasami jest krępująca. [...] W takich gabinetach, w których pracowałem, że fotele stały koło siebie... No to wiadomo, każdy się boi, takie zwracanie uwagi, nie wiem, „proszę otworzyć buzię”, „proszę nie uciekać”, co odruchowo pacjenci wykonują, też jest czasami dla nich krępujące albo może wprowadzić dyskomfort dla tego siedzącego obok, który może usłyszeć jakieś pojękiwania czy nie daj Boże krzyk (z wywiadu ze stomatologiem wykładowcą akademickim).

Także pacjenci, z którymi rozmawiałem podczas obserwacji w klinice uniwersyteckiej, zwracali uwagę na niezbyt wysoki komfort wielostanowiskowych gabinetów (choć w klinice uniwersyteckiej taka forma

gabinetu była podyktowana nie tylko względami ekonomicznymi, ale też koniecznością stałego dozoru prowadzących zajęcia nad przeprowadzającymi zabiegi studentami).

W wielostanowiskowym gabinecie sceną dla występu stomatologa staje się w większym stopniu jego „boks” niż całe pomieszczenie. Podczas przedstawienia małą rolę odgrywa też asysta „dochodząca”, która pełni w tym układzie funkcję zupełnie poboczną. W pomieszczeniu może znajdować się wiele osób takich jak: inni lekarze, pacjenci, pomoc stomatologiczna czy właściciel przychodni. Pomimo że stanowisko oddzielone od reszty pomieszczenia jedynie dwoma niezbyt wysokimi ściankami nie zapewnia potrzebnej w gabinecie stomatologicznym atmosfery intymności, dentyści starają się wprowadzić swoimi działaniami jej namiastkę. Najważniejszym i zarazem najskuteczniejszym sposobem pomagającym w osiągnięciu tego celu jest po prostu ciche mówienie, co pozwala na swobodniejszą rozmowę nieformalną i zachowanie prawa pacjenta do prywatności podczas poruszania tematów jego zdrowia. Takie ściszenie głosu przez lekarki zaobserwowałem wielokrotnie podczas obserwacji w gabinecie wielostanowiskowym w prywatnej przychodni. Część lekarzy nie zgadza się na przyjmowanie w gabinetach wielostanowiskowych i nie przyjmuje takich ofert.

Należy też zaznaczyć, że pacjent może być przyjmowany na dwa sposoby; w pozycji siedzącej i w pozycji leżącej. Lekarze starszego pokolenia uczeni byli przyjmowania pacjenta siedzącego, podczas gdy obecnie uczy się przede wszystkim przyjmowania pacjenta leżącego. Każdy z tych sposobów ma swoje wady i zalety, jednak według podręcznika ogólnie korzystniejszy dla lekarza oraz asystentki, ale i dla pacjenta jest drugi wariant. W poszczególnych przypadkach zaleca się, aby pozycję pacjenta dostosowywać do potrzeb konkretnego zabiegu (Jańczuk, 2007: 34). Z moich obserwacji wynika, że lekarzowi, nauczonemu i przyzwyczajonemu do przyjmowania pacjenta siedzącego, bardzo trudno przestawić się na

przyjmowanie pacjenta na leżąco (praca „na cztery ręce”). Przyjmowanie pacjenta leżącego jest też dużo korzystniejsze dla zdrowia dentysty, ponieważ pozwala uniknąć charakterystycznych dla tej profesji problemów z kręgosłupem.

Jednak dla pacjenta ten sposób nie zawsze jest najlepszy. U niektórych pacjentów może wywoływać poczucie traktowania przedmiotowego czy poczucie dyskomfortu, a czasami dla części starszych pacjentów taka pozycja jest niewskazana ze względów zdrowotnych.

Tak, kiedyś byłem przyjęty na leżąco. Nie podobało mi się to w ogóle. To była seria kilku długich wizyt, leczenie kanałowe. Nie dość, że strasznie bolało, to podczas zabiegu dentysta i jego pomocniczka, oprócz zadawania czasami pytań o ból, traktowali mnie jak powietrze. Leżałem sobie na tym fotelu, usta miałem przykryte kawałkiem materiału, w którym była tylko dziura na leczony ząb, czułem się trochę jak pacjent pod narkozą podczas operacji. Jakby mnie w ogóle nie zauważali (z rozmowy z pacjentem).

Myśli pani, że pacjentowi to [przyjmowanie na leżąco lub na siedząco] robi jakąś różnicę?

Trudno jest powiedzieć, na pewno młodsi pacjenci, wydaje mi się, są już bardziej uświadomieni z sytuacją, co panuje w gabinecie, tak, że wolą, no może nie wolą, ale nie robi im to różnicy, czy leżą, czy siedzą. Natomiast starsi pacjenci przyzwyczajeni do tradycyjnych usług wolą siedzieć. Zdecydowanie, nawet jeżeli się położy, to „Ojej, ja nie będę leżała, nie chcę, bo mi się w głowie kręci” czy coś. Wolą siedzieć, czują się bardziej bezpiecznie, jak siedzą. Natomiast młodszym to nie robi różnicy. [...] Dr X też głównie na siedząco przyjmuje. Ile razy chciał położyć pacjenta, to nie chciały, bo to były kobiety, leżeć. [...]

A jakie były powody, dla których nie chciały leżeć?

Bez powodów. Po prostu „Wolę siedzieć!” mówi (śmiech). Czuje się bezpiecznie, już tak słyszałam, że czuje się bezpiecznie jak siedzi (z wywiadu z higienistką).

Ja sama to miałabym jakiś lęk, bo jestem unieruchomiona na leżąco, a na siedząco to zawsze mogę się ruszyć, a tak to ja leżę i... (śmiech) (z wywiadu ze stomatologiem).

Powyższy cytat wskazuje, że pacjent w pozycji leżącej, czuje się też bardziej bierny i bezbronny, co może wpływać na jego poczucie bezpieczeństwa. Utrudniony jest też kontakt między lekarzem i pacjentem. Jedna z lekarek, wykładowców akademickich, powiedziała mi, że rzeczywiście

część pacjentów nie lubi być przyjmowana na leżąco i dlatego stara się uczulać studentów, aby do rozmowy czy do przyjrzenia się wynikom zawsze podnosili fotel. Przy dłuższych zabiegach zalecała też studentom robienie przerw i podniesienie pacjentom foteli, żeby dać im chwilę czasu na odpoczynek.

Jednak nie dla wszystkich pacjentów bycie przyjmowanym na leżąco stanowi problem. Niektóre osoby zauważają pozytywne aspekty praktyki przyjmowania na leżąco:

Dla części pacjentów jest to, to znaczy wydaje mi się, że tak uważają, nowoczesny sposób i im się to podoba i mówią „O, ale tam przyjmują na leżąco” [intonacja głosu wskazywała na zachwyt] (z wywiadu ze stomatologiem).

Nie, ja się z takim oporem [wobec przyjmowania na leżąco] nie spotkałem. Panie tutaj przychodzą i mówią, że to tak nowoczesnie, że im się to bardzo podoba (z wywiadu ze stomatologiem).

Widać więc, że przyjmowanie na leżąco może być postrzegane przez pacjentów w dwóch wymiarach; jako zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa, pogorszenie komfortu czy niechciana zmiana dotychczasowych przyzwyczajeń, która zniechęca do chodzenia do przyjmującego w ten sposób lekarza, ale z drugiej strony jako wskaźnik nowoczesności gabinetu może stanowić czynnik przyciągający pacjentów.

W warunkach rosnącej konkurencyjności coraz ważniejszy jest wygląd gabinetu, dla pacjentów staje się to bardzo istotną kwestią:

Te gabinety, które powstają teraz, młodzi lekarze otwierają, to są doskonałe wyposażone, eleganckie, a tu jest tak, jak jest. Nie jakoś bardzo źle, ale nie jakoś elegancko czy ... No, tak jest (z wywiadu ze stomatologiem, wyjaśnienie spadku popularności konkretnego gabinetu).

Nie wystarczy jednak, że gabinet jest nowoczesnie urządzony — pacjenci jeszcze bardziej niż na nowoczesność zwracają uwagę na czystość gabinetu. Jest to dość oczywiste, ponieważ brak schludności lekarza i niezbyt duża czystość gabinetu nie tylko sprawiają nie najlepsze wrażenie estetyczne, ale też wskazują na niespełnianie wymogów sanitarnych:

Zdarzyło mi się, że pacjent zwrócił uwagę, nie w moim gabinecie, ale tam, gdzie przyjmowałam, że nie jest za czysto. Wydaje mi się, że to nie była kwestia czystości, tylko był taki bałagan w gabinecie, tam kilku lekarzy przyjmuje, ale wydaje mi się, że pacjenci zwracają uwagę na czystość w gabinecie, czy jest sprzęt jednorazowego użytku. Ja w tej chwili wszystkie narzędzia mam pakietowane, także pakiet jest otwierany przy pacjencie. Myślę, że to też ma znaczenie. Zdarzyło mi się słyszeć, jak pacjenci opowiadali o innych gabinetach, że im się coś tam nie podobało, że było brudno, że lekarka nie umyła rąk, że, prawda, nie umyła rąk, że nie było tak świeżo w gabinecie, czysto (z wywiadu ze stomatologiem).

Byłam kiedyś u X i nie wspominam tych wizyt najlepiej. Tam nie było zbyt przyjemnie, ona była niemiła [...] Sama była zaniedbana, brudny fartuch, zabrudzone te takie duże okulary, ta osłona przezroczysta na twarz. W ogóle w całym gabinecie było niezbyt czysto, a to w końcu gabinet lekarski, gdzie jakieś normy powinny obowiązywać (z wywiadu z pacjentem).

Pacjenci zwracają uwagę, jak wygląda gabinet, jak jest wyposażony, czy jest czysto, czy jest brudno, czy jest nowoczesny sprzęt, czy powiedzmy, jest atmosfera sympatyczna. Na te wszystkie rzeczy zwracają uwagę.

Sympatyczna atmosfera, czyli?

Sympatyczna atmosfera, czyli powiedzmy, nie ma takiego typowego wyglądu gabinetowego; często pacjenci źle odbierają. Zimny, chłodny gabinet, wyłożony płytkami z lekko niebieskim światłem już im się źle kojarzy (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Powyższy cytat pokazuje też inne oczekiwanie części pacjentów — gabinet nie powinien pasować do wzorca gabinetu, do jakiego jesteście przyzwyczajani. Ciepłe kolory i oświetlenie, meble odbiegające wyglądem od tradycyjnych mebli gabinetowych pozwalają pacjentom poczuć się lepiej i pewniej, nie przywołując przeważnie złych wspomnień związanych z wizytami stomatologicznymi. Aby zapewnić większy komfort swoim pacjentom, dentysta powinien też zadbać w swoim gabinecie o neutralizację zapachu typowo „gabinetowego”. Taki zabieg bardzo dobrze uzupełnia starania wizualne:

I jeszcze moje spostrzeżenia. Wygląd gabinetu jest zupełnie inny niż kiedyś to wyglądało. O technikach dentystycznych nie wspomnę, chociaż niewiele o tym wiem. Ponadto w tym gabinecie nie ma zapachu specyficznego dla gabinetu dentystycznego!!! Nie wiem, jak oni to robią... Cuda jakieś, czy co? (wypowiedź pacjenta z forum internetowego).

W inny sposób gabinety przystosowuje się do przyjmowania dzieci. U dzieci jeszcze ważniejsze niż u dorosłych jest, aby gabinet nie wywoływał

złych skojarzeń i wydawał się terytorium znajomym i przyjaznym; stąd malunki na ścianach i zabawki na półkach.

Przy omawianiu sceny nie można nie wspomnieć o kulisach, czyli o miejscach dla aktorów, do których publiczność nie ma dostępu. W większości gabinetów i przychodni aktorzy, czyli personel medyczny, mają takie niedostępne dla publiczności (pacjentów) pomieszczenia. W pojedynczych gabinetach może to być małe zaplecze, a w przychodniach taką funkcję pełni pokój socjalny. W Polsce część prywatnych gabinetów znajduje się w domach dentystów, więc w takim przypadku kulisami jest po prostu dom. Ustalenia Goffmana (2000: 140-167) dotyczące zachowania się aktorów za kulisami w pewnym stopniu zgadzają się z tym, co zaobserwowałem w przychodniach. Trzeba jednak przyznać, że różnica w zachowaniu aktorów na scenie i za kulisami nie jest tak olbrzymia, jak w szetlandzkim hotelu (*ibidem*: 145-148) czy u kelnerów opisywanych przez Orwella (1992: 63 za: Goffman, 2000: 150). W obserwowanych przeze mnie miejscach rzeczywiście każdy lekarz lekko poprawiał ubranie i postawę przed wyjściem do gabinetu, a większość nieformalnych tematów, o których przeważnie rozprawiano za kulisami, nie była poruszana w obecności pacjenta. Jednak jeśli jakichś dwóch członków personelu było ze sobą na ty, to takiej formy używało też w obecności pacjentów. W samej postawie czy w używanym języku także nie było znaczącej różnicy ze względu na miejsce.

Na podstawie powyższych rozważań widać, że gabinet pełni bardzo ważną funkcję w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego, a do najważniejszych cech gabinetu należą: ilość stanowisk w jednym pomieszczeniu, sposób przyjmowania pacjenta oraz wygląd i zapach gabinetu. Należy też zwrócić uwagę na podział na scenę i kulisy.

7.4. Czasowa organizacja pracy

Opisując pracę personelu medycznego i pacjenta nie można nie odnieść się do aspektu temporalnego (Strauss i in., 1997: 276). Choć Strauss w swoich badaniach opisywał ten aspekt znacznie szerzej, bardziej szczegółowo przedstawiając porządek czasowy i strukturę czasową (*temporal order and temporal matrix*), w tym podrozdziale ograniczyłem się jedynie do czasowej organizacji pracy, czyli harmonogramów i dostosowywania się do nich przez personel i pacjentów. Niektóre wymieniane przez Straussa (*ibidem*: 276-283) kwestie z zakresu problematyki temporalnej opisane zostały w dalszych rozdziałach.

Na wstępie należy wyróżnić najważniejsze składowe harmonogramu. Po pierwsze, w harmonogramie wyznaczona jest godzina przyjęcia każdego pacjenta. Po drugie, harmonogram wyznacza odcinek czasu, w którym personel musi poradzić sobie z przyjęciem danego pacjenta. Po trzecie, w harmonogramie założony jest czas pracy personelu oraz dzienny limit przyjmowanych pacjentów. Należy zaznaczyć, że harmonogram nie zawsze ustalany jest przez lekarza; w niektórych „*McDentach*” czy „*kołchozach*” ustala się go odgórnie — w regulaminach organizacyjnych lub zarządzeniach. Jednak przeważnie osobą mającą największy wpływ na ustalanie harmonogramu jest stomatolog. To najczęściej lekarz określa ogólne ramy swojego planu pracy¹⁹, które dopiero później wypełniane są podczas negocjowania konkretnych terminów z pacjentami²⁰. Zatem pacjent ma możliwość umówienia się na konkretną godzinę, mając do wyboru jedynie określone wcześniej przez lekarza terminy. Jednak takie ogólne ramy, szczególnie w prywatnych gabinetach, także podlegają negocjacji z pacjentem. Zostało to już krótko opisane w podrozdziale dotyczącym fazy

¹⁹ Przez ogólne ramy rozumiem na przykład ustalenie godzin przyjmowania na 09.00-14.00 w dni robocze i rezerwowanie pół godziny na leczenie ubytku w zębie.

²⁰ Często zamiast lekarza konkretne godziny przyjęć negocjuje osoba zatrudniona na recepcji (oczywiście przestrzegając ogólnych zasad ustalonych przez lekarza).

przygotowawczej wizyty; jeśli pacjent bardzo nalega i ma ku temu powody stomatolog może przyjąć go poza swoimi standardowymi godzinami przyjmowania, na przykład w weekend czy wieczorem. Jednak, co oczywiste, lekarze niezbyt chętnie czynią odstępstwa od swoich ogólnych harmonogramów.

Podczas badań wyróżniłem dwie strategie układania harmonogramów. Pierwszą nazwałem strategią maksymalnego wykorzystania czasu, a drugą zachowaniem marginesu bezpieczeństwa. Głównym celem przy układaniu harmonogramu dla posługującego się pierwszą strategią jest zapisanie i przyjęcie jak największej liczby pacjentów w określonym czasie. Z kolei dla posługującego się drugą strategią, głównym celem jest przyjmowanie pacjentów zgodnie z harmonogramem i unikanie zbytniego pośpiechu. Ponadto z pierwszą strategią wiąże się mniejsza dbałość o swój komfort pracy (np. o przerwy czy o całkowity dzienny czas pracy), a z drugą większe zwracanie uwagi na te aspekty (wyznaczanie sobie przerw podczas pracy i próby ograniczania całkowitego dziennego czasu pracy). Większość stomatologów stara się korzystać po trochu z obu tych strategii, starając się w czasie pracy przyjąć jak najwięcej pacjentów z jak najmniejszą częstotliwością opóźnień i przesunięć. Poniżej znajdują się przykłady reprezentujące różne strategie:

Tych pacjentów [pacjentów nieprzychodzących na umówioną wizytę] jest najczęściej bardzo dużo, w dzisiejszych czasach to jest nawet tak, że ja się cieszę, jak pacjent nie przyjdzie, bo ja mam czas na wypicie herbaty, więc nie jest to dla mnie koniec świata. [...] u mnie są poślizgi i mi też się zdarza spóźniać, więc pacjent czasami na mnie czeka te pięć-dziesięć minut i czasami jest tak, że pracujemy do późna wieczorem, a potem idę na ósmą rano do pracy i czasami naprawdę jest mi ciężko na tą ósmą się wyrobić. Więc pacjentowi daję 5-10 minut fory. Ale nie zdarza mi się to nagminnie. Ja z tym walczę cały czas. Ale ja jestem wolna, ja nie jestem szybkim lekarzem, ja raczej wolno pracuję i to niestety są poślizgi (z wywiadu ze stomatologiem).

Wiesz, bo ja i tak na pacjenta rezerwuję zawsze troszkę więcej czasu niż potrzeba. Jeśli przewiduję, że zabieg będzie trwać czterdzieści minut, to rezerwuję godzinę. Zawsze pacjent może się spóźnić albo mogą nastąpić

komplikacje, które wydłużą zabieg. A nie chciałbym, żeby następni pacjenci musieli czekać (z wywiadu ze stomatologiem).

Pierwszy z cytatów wskazuje na to, że spóźniający się lub nieprzychodzący na wcześniej umówione wizyty pacjenci nie przeszkadzają za bardzo stomatologom korzystającym przede wszystkim ze strategii maksymalnego wykorzystania czasu. Jak pokazuje powyższy przykład taki „pacjent, którego nie było” może nawet pozwolić zabieganemu lekarzowi na zmniejszenie opóźnienia w pracy lub dać chwilę wytchnienia. Z kolei lekarzowi korzystającemu ze strategii zachowania marginesu bezpieczeństwa pacjenci nadmiernie spóźniający się lub nieprzychodzący na wcześniej umówione wizyty mogą poważnie rozregulować harmonogram. Jak już zostało wspomniane w rozdziale metodologicznym spóźnianie się, a często wręcz nieprzychodzenie pacjentów na umówione wizyty są powszechne w wielu gabinetach, czego wielokrotnie byłem świadkiem podczas obserwacji i na co uskarżali się moi rozmówcy. Podczas oczekiwania na pacjentów lekarze nie mogli wyjść na zakupy ani „załatwić swoich spraw na mieście”, ponieważ nigdy nie mieli pewności, czy pacjent po prostu się nie spóźnia. Takie siedzenie i czekanie na pacjenta jest często bardzo frustrujące dla lekarzy i zaburza organizację pracy:

Bo ja się z tobą umawiam na godzinę, to jeżeli nie mogę, to po to są telefony, znajomi, jeżeli nie możesz się zadzwonić, czy inne rzeczy porozumienia. Bo kiedyś może nie można było zadzwonić, a teraz są komórki. Więc można kogoś uprzedzić, bo ja wiem, że ja mam tą godzinę, na którą pacjent nie przyjdzie, wolną, i ja mogę w tym czasie przeczytać trzy artykuły, albo nie wiem, iść na spacer. Albo zjeść kanapkę, a nie siedzę i czekam, Dziesięć, piętnaście minut, pół godziny, ja siedzę i czekam na tego pacjenta. W związku z tym, nie zajmuje się czymś innym. Moim zdaniem to jest strata czasu (z wywiadu ze stomatologiem).

To jest powszechna dolegliwość w polskiej służbie zdrowia prywatnej, że pacjent albo zapomni, albo mu coś wypadnie i nie przyjdzie bez powiadomienia. No, a termin ten trzymamy do ostatniej i chwili i innych pacjentów nie przyjmujemy po to, żeby nie było tak zwanego kotła w poczekalni, no bo nieprzyjemnie się pracuje, wiedząc, że czekają następne osoby, a się dalej wykonuje komuś zabieg. W pośpiechu nie wolno niczego robić. Jak się nie może przyjść na wizytę, to wypadaloby zadzwonić

i powiedzieć „Przepraszam, coś mi tam wypadło” no i sprawa załatwiona (z wywiadu ze stomatologiem).

W powyższej wypowiedzi wymienione zostały jako niepożądane pośpiech przy pracy i „kocioł w poczekalni”, czyli zjawiska często towarzyszące lekarzom skupiającym się na stosowaniu strategii maksymalnego wykorzystania czasu. Poniżej przytoczona została wypowiedź lekarki stosującej tę strategię:

Jak taka praca powinna wyglądać? Chciałabym mieć dużo czasu dla każdego pacjenta, indywidualnie, mieć przerwy pomiędzy tymi pacjentami na odpoczynek. A zdarza mi się nie mieć przerwy na herbatę w przeciągu pięciu godzin pracy. I takie łapanie herbaty czy kawy w pracy, ponieważ jest bardzo dużo pacjentów. Natomiast ideałem byłoby to, żeby przyjmować pacjentów, yyy, kilkoro dosłownie w ciągu dnia, żeby mieć czas na to, żeby się dobrze nad tą pracą zastanowić, zaplanować, oczywiście starannie wszystkich przyjąć, tak jak starannie należałoby... (z wywiadu ze stomatologiem).

Ze względu na komfort i jakość pracy niezbędny jest „luźny” harmonogram, lecz czasami czynniki ekonomiczne powodują wybranie przez lekarza strategii maksymalnego wykorzystania czasu, co objawia się poprzez układanie „napiętego” harmonogramu²¹.

Na koniec tego rozdziału warto zwrócić uwagę na częściowe dopasowywanie się pacjentów do strategii przyjmowanej przez dentystę. Jeśli u danego lekarza zawsze można spodziewać się kolejki i opóźnień, to część pacjentów będzie przezornie się spóźniać, aby uniknąć czekania (co powoduje dalsze opóźnienia). Jednak jeżeli lekarz zawsze przyjmuje swoich pacjentów punktualnie, to pacjenci też będą przeważnie się do tego dostosowywać.

Moi pacjenci wiedzą, że mają być punktualnie, doskonale wiedzą. Jeżeli się ktoś spóźni, bo na przykład zdarza się tak, to albo dzwoni, albo po prostu się

²¹ Warto tu jednak zwrócić uwagę, że przyczyną wybrania strategii maksymalnego wykorzystania czasu może być nie tylko chęć zwiększenia zysku, ale także wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom pacjentów. Jeśli jakiś lekarz zdobędzie już pacjentów, którzy polecają go następnym osobom, to w pewnym momencie, oczywiście jeśli nie chce zatrudniać dodatkowych lekarzy i otwierać przychodni, musi albo wyznaczać następnym pacjentów na nieakceptowalnie dalekie terminy, albo odsyłać ich do innych lekarzy, albo zwiększyć liczbę pacjentów przyjmowanych w ciągu dnia lub zmniejszyć ilość czasu przeznaczoną na jednego pacjenta. Dwa ostatnie rozwiązania wiążą się właśnie ze strategią maksymalizacji wykorzystania czasu.

spóźni. No trudno, ale widzę, że jest bardzo skruszony, ponieważ u mnie zasada jest jedna; nie ma tłumu w gabinecie. Ja się umawiam z pacjentem na godzinę i on o tej godzinie jest przyjmowany. On nie czeka w poczekalni w nieskończoność, tylko o tej godzinie jest przyjmowany. Chyba, że na prawdę.... [...] Powiem ci, że najczęściej oni są bardzo punktualni. Może to wynika z tego, że ja jestem również bardzo punktualna. Bo jeżeli ci pacjenci by wiedzieli, że oni i tak muszą czekać godzinę na wizytę, to będą przychodzić, jak będą chcieli, ale to jest prywatny gabinet, to nie jest, yy, zbiorowe jakieś wiesz, leczenie. [...] Przypuszczam, że pacjenci wiedzą, że u mnie przychodzisz i siadasz. Dla mnie jest to też fajne, znaczy dla pacjenta uważam jest to też fajne, bo on nie siedzi i nie przeżywa w poczekalni, rozumiesz (z wywiadu ze stomatologiem).

Zatem harmonogram pracy odgrywa niezwykle ważną rolę w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego. Stosowana strategia ustalania harmonogramu wywiera przemożny wpływ na komfort i jakość pracy, a punktualność, i co za tym idzie, przestrzeganie harmonogramu, jest wynikiem dopasowywania się działań lekarza i pacjenta.

7.5. Negocjowanie

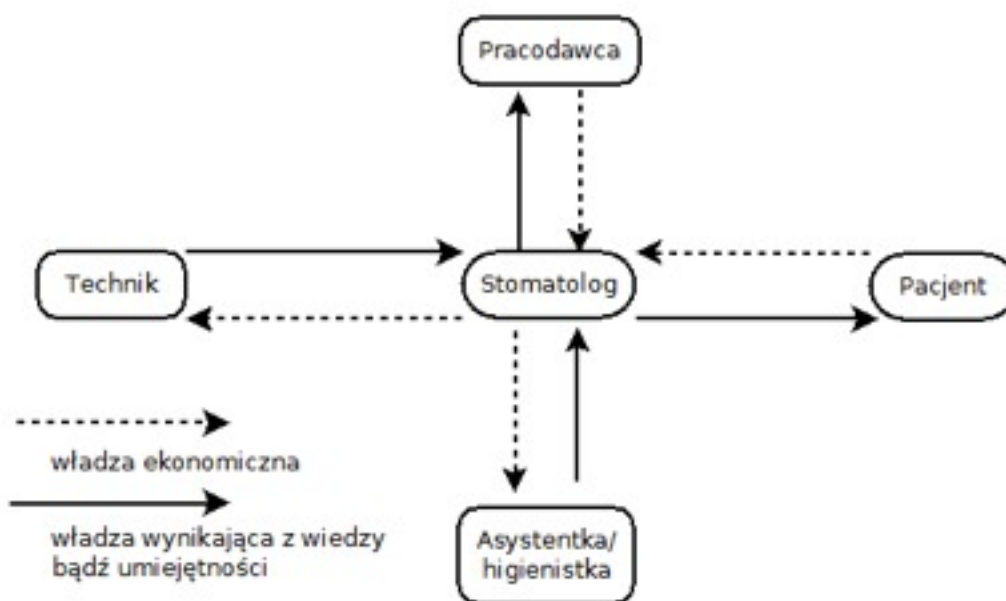
Ważność i powszechność negocjowania i w pracy medycznej podkreślał Strauss (i in., 1997: 267) i inni wspomniani w rozdziale teoretycznym autorzy — w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego negocjowanie także jest niezwykle istotne. Jak zostało zaznaczone w diachronicznym opisie procesu przyjmowania pacjenta, z negocjowaniem mamy do czynienia w każdej fazie tego procesu. Aby wizyta doszła do skutku lekarz i pacjent muszą ustalić termin wizyty, potem negocjują jej cel, ustalają plan leczenia, po realizacji planu próbują ustalić moment, w którym efekt pracy można uznać za zadowalający dla obydwu stron. Pacjent wraz z personelem medycznym próbują też znaleźć wspólną definicję interakcji lub narzucić drugiej stronie swoją. Negocjacje zachodzą także pomiędzy poszczególnymi członkami personelu; lekarz ustala z asystentkami/higienistkami zakres ich obowiązków, z technikiem negocjuje, kto popełnił błąd. Błędy w pracy także są przedmiotem negocjacji. Scheff (1999: 120) podkreśla negocjacyjny charakter samego badania, które przeze mnie zostało uznane za fazę, w której pacjent pozostaje

bierny. Różne rodzaje negocjacji opisywane są w wielu miejscach tej książki, jednak aby dobrze zrozumieć proces negocjacji, należy bliżej przyjrzeć się pozycjom zajmowanym przez negocjujących.

7.5.1. Relacje władzy

Pozycje w negocjacjach wyznaczane są w dużym stopniu przez relacje władzy, których próbą uchwycenia jest poniższy schemat:

Schemat 6. Relacje władzy pomiędzy najważniejszymi aktorami procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego



źródło: opracowanie własne

Na przedstawionym schemacie, oprócz najważniejszej w badaniu relacji lekarz-pacjent, umieszczone zostały jeszcze relacje władzy pomiędzy

stomatologiem a asystentką/higienistką, technikiem i pracodawcą²². Relacja pomiędzy dentystą a pracodawcą jest taka jak pomiędzy innymi profesjonalistami a ich pracodawcami. Stomatolog oferuje wykonywanie swoich usług w przychodni czy gabinecie pracodawcy, a w zamian dostaje pensję, procent od zysków lub kwotę otrzymaną od pacjenta, płacąc pracodawcy jedynie za czas korzystania z gabinetu. Zależnie od swojej wiedzy, umiejętności, liczby pacjentów — lekarz ma słabszą lub silniejszą pozycję w negocjacjach. Jeśli jego pozycja jest wystarczająco silna, może na przykład odmówić przyjmowania w gabinecie wielostanowiskowym z asystą „dochodzącą” czy zażądać większego udziału w zyskach.

W rozdziale 7.2.3 zasygnalizowana została różnica w postrzeganiu zakresu obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisku asystentki stomatologicznej przez stomatologa/pracodawcę i samą asystentkę; asystentki, z którymi miałem okazję rozmawiać, są raczej skłonne uważać, że powinno się im płacić za określone obowiązki, podczas gdy lekarze twierdzą, że asystentki mają płacone za czas pracy. Oczywiście pozycja lekarza w tych negocjacjach jest dużo mocniejsza, ponieważ lekarz ma nad asystentką władzę ekonomiczną, a wiedza i umiejętności asystentki nie są na tyle duże i unikalne na rynku pracy, aby mogła ona stawiać swoje warunki dotyczące charakteru wykonywanej pracy. Osoba technika, jeśli jest specjalistom dobrym w swoim zawodzie, ma silniejszą niż asystentka pozycję w negocjacjach i, jak wskazałem w rozdziale 7.2.4, często wykorzystuje ją w dyskusjach dotyczących błędów, starając się zrzucić winę na stomatologa.

Jednak chociaż powyżej opisane relacje są niezwykle interesujące i warte dalszego zbadania, to najważniejszą dla poruszanego przeze mnie tematu jest relacja władzy zachodząca pomiędzy lekarzem i pacjentem. Podobnie jak w innych relacjach profesjonalista-klient stomatolog ma władzę związaną z wiedzą, umiejętnościami i wyłącznymi uprawnieniami do

²² Na tym schemacie przez pracodawcę należy rozumieć właściciela przychodni, zarządzającego przychodnią lub lekarza wynajmującego swój gabinet innym stomatologom.

wykonywania niektórych czynności. Tym, co odróżnia stomatologów i pozostałych lekarzy od innych profesji, jest fakt, że przedmiotem ich pracy jest człowiek i jego zdrowie. Stomatolog posiada zatem dość znaczącą władzę, wynikającą z umiejętności i uprawnień do leczenia schorzeń zębów i jamy ustnej. Pacjent „chorobowy”, a szczególnie bólowy, zmuszony jest przez sytuację do wizyty u lekarza i poddania się zabiegom.

Z drugiej strony, biorąc pod uwagę prywatyzację usług stomatologicznych i dużą konkurencję wśród stomatologów, należy zwrócić uwagę na władzę ekonomiczną sprawowaną przez pacjenta. Jeśli pacjent płaci za zabieg, to on decyduje, do którego lekarza się udać (pacjenci, za których płaci NFZ czy posiadający abonamenty w firmach medycznych mają znacznie bardziej zawężone pole wyboru). Urynkowienie usług stomatologicznych i konkurencja wywarły ogromny wpływ na relację władzy w stosunkach stomatolog-pacjent, powodując, że niekiedy silniejszą pozycję ma pacjent. Podczas rozmów z personelem medycznym spotykałem się z podejściem, oddającym władzę pacjentowi:

I lekarze się bez problemu zgadzają? [na przyjmowanie pacjenta na siedząco, mimo że chcieli na leżąco]

Tak. Nie ma, że musi pan, nie, nie. Pacjent nasz pan, także różne życzenia spełniamy, nawet muzykę puszczamy, jak sobie zażyczą (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

Czasem jest tak na przykład, że pacjent ma dziesięć ubytków, ale trzeba zrobić ten z przodu, bo to widać. Pozostałe ubytki są znaczne, a on się upiera przy jakimś malutkim z przodu, no i wtedy robię to, co chce pacjent. [...] Pacjent płaci — pacjent wymaga (śmiech) (z wywiadu ze stomatologiem).

Podejście typu „Pacjent nasz pan” czy „Pacjent płaci — pacjent wymaga” może się wydawać dość naturalne niektórym pacjentom płacącym za wizyty, oczekującym po prostu świadczenia żądanych usług i dostosowywania się lekarza do płacącego pacjenta, co z drugiej strony może nie zostać zaakceptowane przez niektórych lekarzy:

Nie lubię pacjentów, którzy są, no, agresywnie nastawieni, bo żądają dostosowywania się do ich potrzeb. Chcą być przyjęci w dzień jakiś konkretny, w który lekarz nie może i oni wtedy argumentują, że jeśli przychodzą z pieniędzmi, to powinno się do nich dopasować, nawet jeśli to miałyby być niedziela, to też się powinno taki termin podjąć i ulec, że tak powiem (z wywiadu ze stomatologiem).

Zatem dla części lekarzy taka postawa jest nie do przyjęcia, gdyż całkowite poddanie się władzy ekonomicznej pacjenta nie byłoby zgodne z postrzeganiem siebie jako profesjonalisty i jak ujął to jeden z moich rozmówców „*to jest gabinet prywatny i nikt tu nikomu łaski nie robi*”.

Oczywiście poza relacją władzy, choć ważną, na przebieg negocjacji wpływają też inne czynniki, takie jak stopień znajomości pomiędzy lekarzem i pacjentem, umiejętność przekonywania do swoich racji czy osobowości osób negocjujących.

7.5.2. Paternalizm kontra partnerstwo

Należy też wyróżnić, ściśle powiązane z relacją władzy, trzy typy relacji pomiędzy stomatologiem i pacjentem — podejście „*pacjent nasz pan*”²³, paternalizm oraz partnerstwo, które należy traktować jako położone na jednym continuum. Podejście „*pacjent nasz pan*” zostało opisane powyżej. Paternalizm łączy się z władzą ze względu na wiedzę, odrzuca negocjacje z pacjentem. W tym ujęciu, ze względu na brak specjalistycznej wiedzy, pacjent nie może być partnerem dla lekarza; lekarz samodzielnie podejmuje wszystkie decyzje dotyczące leczenia, nie zawsze informuje pacjenta o planowanych zabiegach i przebiegu leczenia. Dobrym przykładem paternalizmu w stosunkach lekarz-pacjent są obserwacje z Japonii:

Jeśli chodzi o kontakt lekarz-pacjent, to jest bardzo taki, yy, system paternalistyczny. Znaczący lekarz jest świętością i to, co powie, to pacjent musi się zastosować. [...] Tutaj [w Polsce — przypis Ł.P.] się raczej dyskutuje z pacjentem na temat terapii, natomiast tam [w Japonii — przypis Ł.P.] często

²³ Podejście „*pacjent nasz pan*” jest bardzo trudne do zrealizowania w przypadku pacjentów chorobowych, za to może stawać się coraz bardziej popularne przy przyjmowaniu pacjentów estetycznych.

zdarzało się tak, jak rozmawiałem ze znajomymi i z pacjentami, że często lekarz stomatolog bez uprzedzenia brał kleszcze i usuwał ząb bez poinformowania pacjenta, że będzie to robił. Czyli tam często zdarza się tak, że podjęta decyzja przez lekarza nie wymaga zgody pacjenta. Dziwne to jest, ale tak często się zdarzało. U nas w momencie, kiedy decydujesz się na jakąkolwiek procedurę, to powinna być podpisana przez pacjenta oficjalnie zgoda. [...] Ja też byłem zaskoczony, ale w wielu przypadkach było tak, że procedura była wykonana bez poinformowania pacjenta o tym, co będzie robione. Ale to wynika z takiego podejścia; lekarz tam jest tym, który jest niemalże bożyszczem. Także on decyduje, pan i władca, podejmuje decyzje, łapie kleszcze i usuwa. (śmiech) (z wywiadu ze stomatologiem, który kilka lat spędził w Japonii).

W Polsce rozwiązania instytucjonalne sprzyjają raczej modelowi partnerskiemu. W rozdziale 6.1. przywołany został podręcznik do stomatologii i regulamin przyjmowania pacjentów, w których zaznaczona była konieczność uzyskiwania zgody pacjenta i przedstawiania mu alternatywnych planów leczenia. Informowanie pacjenta i uzyskiwanie jego zgody jest też usankcjonowane prawnie we wspomnianej już Karcie Praw Pacjenta. W praktyce jednak, o czym też już pisałem, lekarz nie zawsze wprost pyta o zgodę pacjenta czy informuje o alternatywnych planach leczenia. Chociaż od strony prawnej, przed każdym, nawet najmniejszym zabiegiem, najbezpieczniej dla stomatologa byłoby brać pisemną zgodę od pacjenta, to raczej w większości przypadków lekarze tego nie stosują.

Bierze pan pisemną zgodę pacjenta przed zabiegiem?

Nie.

Dlaczego?

Nie wiem, nikt nie bierze. Moje pokolenie do tego nie przywykło, pewnie mój syn będzie brał. [...] Może to zakłóca relację z pacjentem. Nie wiem (z wywiadu ze stomatologiem).

Oczywiście w przychodni uniwersyteckiej, w której prowadziłem obserwację, a zabiegi wykonywali studenci, wizyta odbywała się według zaleceń podręcznika, pacjent informowany był o alternatywnych planach leczenia i brano od niego pisemną zgodę na zabieg.

W tym miejscu warto odnieść się do kwestii alternatywnych planów leczenia; nie w każdym przypadku pacjent może być postawiony przed wyborem różnych sposobów wykonywania zabiegów — czasami istnieje tylko jedna opcja. W jednych specjalnościach pole wyboru jest szerokie (protetyka, ortodoncja), a w innych bywa zawężone do jednego sposobu (stomatologia zachowawcza).

Ma [pacjent — przypis Ł.P.] duże pole wyboru. Jeżeli chodzi o każdą dziedzinę. Jeżeli chodzi o zachowawczą, to właściwie nie ma dużego pola. No to, jeżeli ma ubytek i przychodzi do prywatnego gabinetu, wiadomo, że materiały muszą być dobre, bo przychodzi prywatnie, więc tu nie ma zbyt dużego wyboru. Może tylko powiedzieć, że tam go bardziej boli, a ja uznam, że tam ubytek jest mniejszy i zrobię inny punkt, po uzgodnieniu z nim oczywiście. Albo zrobię to, co on na prawdę, raczej często się skłaniam do tego, co pacjent sam sugeruje. Chyba że już przychodzi trzeci czy czwarty raz i ja się z nim w pewien sposób zaprzyjaźnię i powiem mu, że to w pewien sposób jest ważniejsze i się mi podporządkuje. Jeżeli chodzi o zachowawczą. Jeżeli chodzi o protetykę, jest bardzo dużo rozwiązań. Jeżeli chodzi o protetykę nie ma lepszego, gorszego. Można tę sprawę taniej lub drożej. Tak samo jest w periodontologii. Można ten zabieg zrobić, prosty zabieg, ale to zależy, rozumiesz, od rodzaju choroby przyzębia też. U jednego pacjenta wykonanie prostszego zabiegu wystarcza, a u innego to musi być bardziej specjalistyczny zabieg (z wywiadu ze stomatologiem).

Powyższy cytat wskazuje też na inny, często ważny przy negocjacjach czynnik, czyli aspekt finansowy. Nie chodzi tu o bardzo źle postrzegane przez stomatologów targowanie się o cenę usługi, lecz o wpływ czynników finansowych na podjęcie przez pacjenta decyzji o sposobie leczenia. Dla znacznej części pacjentów jest to jeden z kluczowych elementów decydujących o wyborze, któregoś z alternatywnych planów leczenia.

Zawsze przedstawiam pacjentom alternatywne plany leczenia. Na przykład mówię, że może pan zrobić most, co będzie kosztowało tysiąc dwieście albo może pan zrobić implant, co będzie kosztowało pięć-siedem tysięcy. Zastrzegam wtedy, że implantów nie robię, ale mogę skierować do dobrego lekarza, który to wykonuje. Jeszcze chyba nikt nie wybrał implantu, wszyscy zdecydowali się na mosty (śmiech). Ale to nie dlatego, że ja im odradzam implanty albo coś sugeruję (z wywiadu ze stomatologiem).

Podczas moich badań wpływ ceny na decyzję najlepiej widoczny był przy obserwacji przeprowadzanej w uniwersyteckiej przychodni protetycznej,

w której część zabiegów była refundowana przez NFZ, a której pacjentami byli przeważnie ludzie starsi i mało zamożni. Czasem ludzie ci byli bardzo podejrzliwi, a ze względu na podeszły wiek, kontakt z nimi był utrudniony. W takich sytuacjach negocjowanie nie należało do rzeczy łatwych dla młodego stomatologa. Tacy pacjenci koszty nierefundowane przez NFZ uznawali za próbę naciągnięcia ich i bardzo sceptycznie podchodzili do proponowanych im planów leczenia.

Czasami jednak podejrzliwe traktowanie propozycji droższych zabiegów może być uzasadnione. Chociaż podczas obserwacji i przeprowadzania wywiadów nie spotkałem się z dentystą próbującym w celu maksymalizacji zysku przekonać pacjenta do wykonania jakiegoś zabiegu, to jeden z lekarzy opowiedział mi o wykładzie, którego wysłuchał na jakimś zjeździe branżowym. Był to krótki darmowy wykład mający zachęcić uczestników do zapisania się na płatny kurs z zakresu psychologii konsumenta i marketingu stomatologicznego. Tym, co oburzyło mojego rozmówcę, był jeden z celów tego kursu, czyli nauczenie się, jak zmanipulować pacjenta tak, aby wolał wydać kilka tysięcy na naprawianie swojego zgryzu niż na wakacje czy jakiś inny cel. Nie jestem w stanie stwierdzić, czy i jakim stopniu dentyści stosują takie strategie w celu maksymalizacji swoich zysków, ale jeden z moich rozmówców podał mi wyjaśnienie takiego zachowania:

Jak są przyjmowane takie działania [kursy uczące jak przekonać pacjenta, aby zdecydował się na jakieś zabiegi, zamiast jechać na wakacje] w środowisku stomatologicznym?

Przez niektórych bardzo entuzjastycznie. No, bo zależy ci... Musisz, jak masz własny gabinet, opłacić te wszystkie czynsze, prąd, światło, te różne rzeczy. W związku z tym zależy ci na tym, żeby pacjent, który przychodzi płacić jak najwięcej i jeżeli masz taką możliwość, że... yy. Znaczy to nie jest tak, że namawiasz go na procedurę, która nie jest konieczna, ale jeżeli są pacjenci, którzy faktycznie wymagają leczenia to starasz się ich przekonać do tego, że lepiej zainwestować w siebie, bo... i jest bardzo dużo powodów, dla których można zrezygnować z wakacji a zrobić sobie piękny uśmiech. [...] Piękny uśmiech pięknym uśmiechem, ale jest jeszcze aspekt funkcjonalny. Jeżeli pacjent ma tak zwany krzywy zgryz... Bo to z kolei, jeśli masz zbyt duży ucisk jednych zębów na drugie, to to powoduje przeciążenia w uzębieniu — przeciążenia skutkujące zanikami kości i nasilaniu się choroby przyzębie.

Także tutaj też trzeba rozważyć, co pacjentowi się przyda i za co może korzystnie zapłacić (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim²⁴).

Jeśli abstrahuje się od dążenia do maksymalizacji zysków, to skuteczne wykorzystywanie technik manipulacji w negocjacjach z pacjentem jest po prostu stosowaniem modelu paternalistycznego w partnerskiej formie interakcji.

Jednak sprawa negocjacji może kształtować się zupełnie inaczej w przypadku pacjentów (szczególnie ze stomatologii zachowawczej) przychodzących na zabiegi w całości refundowane przez NFZ. Tacy pacjenci ze względu na brak władzy ekonomicznej i możliwości wyboru różnych planów leczenia mogą zostać potraktowani paternalistycznie, co u niektórych z nich wywołuje opór:

Byłam kiedyś u X i nie wspominam tych wizyt najlepiej. Tam nie było zbyt przyjemnie, ona była niemiła. Traktowała mnie trochę jak przedmiot. Posadziła mnie na fotelu, zbadała i coś tam zrobiła. Nie mówiła mi, co robi, nic mi nie wyjaśniła²⁵ (z wywiadu z pacjentką).

Niektórzy dentyści w rozmowach ze mną zwracali uwagę na fakt, że pacjenci leczeni w ramach umowy z NFZ czasem jeszcze przed rozpoczęciem wizyty żądają pełnoprawnego traktowania, podejrzewając, że mogą być traktowani gorzej niż pacjenci płacący za wizytę z własnej kieszeni. Taka postawa może wynikać ze świadomości swojej słabej pozycji w negocjacjach.

Wcześniej pracowałem w takiej normalnej, no, wrywalni zębów. No to, ci, którzy przychodzą na NFZ są bardziej nastawieni roszczeniowo niż ci, którzy są z pieniędzmi i chcą zapłacić za usługę.

Roszczeniowo, czyli?

²⁴ Stomatolog ten nie prowadzi prywatnego gabinetu. Mówił jedynie o sytuacji swoich kolegów, korzystających z takiej wiedzy marketingowej.

²⁵ W pełni zrozumiałem tę wypowiedź pacjentki dopiero w chwili, gdy sam zostałem w podobny sposób potraktowany przez laryngologa w publicznej służbie zdrowia.

No, wymagają większej uwagi od swojej osoby i jak gdyby na wstępie zaznaczają, że trzeba się nimi zająć sumiennie, w pierwszej kolejności. Mniej grzeczni są (z wywiadu ze stomatologiem).

Ten problem nie został przeze mnie głębiej przebadany i wymaga dalszych dociekań.

Jak pokazane zostało w rozdziale 7.2.2 udział pacjenta w procesie decyzyjnym, znajduje swoje odbicie także w warstwie językowej — część lekarzy nie mówi o „*pracy z pacjentem*” czy „*nad pacjentem*”, ale o „*współpracy z pacjentem*”.

Zatem ogólnie rzecz ujmując, obecnie w Polsce dominuje partnerski model relacji stomatolog-pacjent, a czasem nawet ze względu na władzę ekonomiczną to pacjent staje się stroną dominującą w negocjacjach. Jednak odejście od modelu paternalistycznego i przyjęcie „etyki zgody” powoduje w stomatologii, podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, istotne problemy (szerzej opisane zostały one w: Szewczyk, 1994: 34-41). Podstawowym problemem, który wyłonił się podczas moich badań, była pojawiająca się już we wcześniej przywoływanych wypowiedziach lekarzy kwestia nieracjonalnych z punktu widzenia medycyny decyzji pacjentów. Dobrym przykładem mogą być opisywane w rozdziale 7.2.2 przypadki młodych kobiet chcących naprawić niedostrzegalne dla innych defekty w swoim uzębieniu. Skutkiem drogiego leczenia ortodontycznego jest dla nich często wyleczenie z kompleksów i poprawa własnej samooceny, czyli podjęcie leczenia w tym przypadku może być uzasadnione dobrem pacjenta (choć jest wątpliwe z czysto medycznego punktu widzenia). Innym przykładem stanowi opisywana wcześniej pacjentka chcąca wyleczyć tylko jeden, jedyny widoczny, ubytek spośród innych większych, poważniejszych, ale niewidocznych.

Jak powinien postąpić stomatolog, jeśli ceną za poprawienie samooceny pacjenta ma być jego zdrowie? Jeden z moich rozmówców opowiedział mi taką historię, która pokazuje złożoność tego typu sytuacji:

Kiedys przyszedł chłopak do nas. Młody, no, dwudziestoparoletni. Miał bardzo ładne, białe zęby. Tyle tylko, że jak to w naturze bywa, coś tam..., nierówne były. Znaczący nierówne, no wiesz, jakieś tam mało znaczące zaburzenia, ale miał ładne te zęby. Pan profesor go przyjmował wtedy i on mówi, że on by chciał mieć wszystkie zęby oszlifowane i on by chciał żeby mieć zęby takie piękne, jak ma Oliwier Janiak. Y, pierwsza konsternacja nasza, kto to jest Oliwier Janiak? (śmiech) No, ale wiesz, poświęcić własne, zdrowe i ładne zęby, o prawie perfekcyjnym zabarwieniu po to, żeby uzyskać efekt białości i równości. Więc pacjent chce mieć równe i w odpowiednim kolorze zęby. Natomiast my bierzemy pod uwagę jeszcze odpowiednie wypukłości, no, bo ucząc się latami o zębach, to wiesz, gdzie te wypukłości powinny być a gdzie nie (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Stomatolog staje tu przed pytaniami, czy pacjent jest całkowicie świadomy konsekwencji zabiegu, o który prosi? Czy lekarz ma prawo decydować o tym, co jest ważniejsze dla pacjenta; zdrowie czy wygląd? Celem mojej książki nie jest jednak próba odpowiedzi na takie pytania, lecz jedynie opis problemu, dlatego pytania te pozwolę sobie zostawić bez odpowiedzi.

Lekarz w negocjacjach nie reprezentuje tylko swojego partykularnego stanowiska, ale też uniwersalne stanowisko medycyny. Musi je uzgodnić z partykularnym stanowiskiem pacjenta, który przeważnie większą uwagę zwraca na estetykę, aktualną wygodę i ograniczoność swoich zasobów finansowych. Wymaga to traktowania każdego wypadku indywidualnie i każdorazowego balansowania między uniwersalnymi zasadami medycznymi a partykularnymi potrzebami i ograniczeniami pacjenta, co jest jednym z wyróżników działania profesjonalnego w teoriach interakcjonistycznych (Granosik, 2006: 11).

Podsumowując informacje zawarte w tym podrozdziale: lekarz, mając silną pozycję ze względu na wiedzę i uprawnienia, reprezentuje uniwersalną perspektywę medycyny (choć nie można pominąć faktu, że reprezentuje też swoje partykularne interesy), podczas gdy pacjent, posiadając przeważnie władzę ekonomiczną, wyraża swoją perspektywę partykularną. Jeśli lekarz całkowicie dominuje w negocjacjach albo samodzielnie podejmuje decyzje,

mamy do czynienia z paternalizmem i narzuceniem uniwersalnej perspektywy medycznej (lub partykularnych interesów lekarza) pacjentowi bez uwzględnienia jego indywidualnych potrzeb. Jeśli z kolei w negocjacjach dominuje pacjent, może istnieć zagrożenie takiego dostosowania terapii i jej celu do indywidualnych życzeń pacjenta, że postępowanie może być niezgodne z zasadami medycyny. W modelu partnerskim te dwie perspektywy uniwersalna i partykularna są do siebie dopasowywane na drodze negocjacji.

7.5.3. Negocjowanie dostępności

Opisując fazę przygotowania się do wizyty, zasygnalizowany został problem negocjacji jej terminu. Wiąże się on z szerszym problemem dostępności lekarza dla pacjenta. Gdy pacjenta boli ząb, co potrafi być bardzo uciążliwe i nieprzyjemne, to szuka on kontaktu z lekarzem i chciałby być przyjęty jak najszybciej. Jeśli stomatolog ma prywatny gabinet przy domu, to pacjent może żądać bycia przyjętym o różnych, często bardzo niedogodnych dla stomatologa porach. Takie żądania prowadzą czasem do konfliktów i popsucia relacji. Z perspektywy stomatologa telefon pacjenta w sobotę wieczorem z prośbą o niezwłoczne przyjęcie jest naruszeniem prywatności, a z perspektywy pacjenta odmowa przyjęcia w nagłej sprawie, nawet o nietypowej porze, może się wiązać z utratą zaufania do stomatologa.

Ja mam swoje godziny pracy, ale czasami pacjenci chcą, żeby ich przyjąć o jakiś dziwnych porach, bo ich bardzo ząb boli. Ja rozumiem jakbym był jedynym lekarzem w promieniu stu kilometrów, czy bylibyśmy na wsi oddalonej od reszty świata, ale są szpitale dyżurujące, jest pogotowie. [...] Kiedyś, dawno temu, miałem jeden telefon – domowy i gabinetowy. Wtedy czasami było ciężko, teraz telefon gabinetowy mam włączony tylko o określonych godzinach (z wywiadu ze stomatologiem).

W powyższym cytacie zasygnalizowany został problem naruszania prywatności podczas umawiania się na wizyty (oczywiście pacjent nie interpretuje swojego działania w ten sposób). Ze względu na skłonność niektórych pacjentów do kontaktowania się z lekarzem w mało odpowiednich

dla niego porach, część lekarzy nie podaje pacjentom swojego prywatnego numeru telefonu:

Pacjenci mają do pana numer komórki?

Nie, staram się nie, natomiast niestety często jest tak, że koledzy, żeby skrócić drogę dotarcia, podają pacjentowi moją komórkę, i wtedy dzwoni pacjent, no i nie wypada odmówić. Ale nie, staram się nie dawać. W wyjątkowych sytuacjach, jak jest, no powiedzmy jakaś nagła sprawa, pacjent po zabiegu, z którym chciałbym być w kontakcie. Ale mu mówię, że na drodze wyjątku mu ten numer udostępniam, ale proszę, żeby nie był traktowany jako źródło umawiania wizyty następnej (z wywiadu ze stomatologiem).

Jeśli dentysta decyduje się na udostępnianie telefonu komórkowego pacjentom, musi być gotowy na telefony o każdej porze:

[...] to jest tak, że pacjenci mają moją komórkę. To nie jest tak, że ja ukrywam swoją komórkę. Do mnie pacjenci dzwonią w sobotę, w niedzielę, słuchaj, różnie, bo ja pracowałam bardzo długo bez laborantki. Więc ja wcześniej miałam komórkę, bo ja bardzo często zmieniałam gabinety. Więc często tym jedynym kontaktem była komórka, często pacjenci wiedzą, że jestem na urlopie i dzwonią. Dzwonią, chociaż ja im mówię, że jestem na urlopie, a oni „niech mi pani poradzi, co ja mam zrobić”, prawda? To jest na tej zasadzie.

Czyli teraz telefonami zajmuje się laborantka?

Tak, w tej chwili tak. Ale ja dalej mam tą komórkę i pacjent dzwoni, na przykład wypadnie mu coś, coś mu się złamie w sobotę i on potrafi zadzwonić. Zadzwoni, komórka jest absolutnie dostępna dla pacjentów moja (z wywiadu ze stomatologiem).

Jak zostało zaznaczone na sprawę dostępności stomatologa i pacjenta obie strony interakcji patrzą niekiedy z dwóch zupełnie różnych perspektyw, co może prowadzić do konfliktów.

7.5.4. Negocjowanie efektu — ocena pracy i błędy

Przy opisie ujęcia diachronicznego wyróżniona i pokrótce opisana została subfaza negocjacji efektu, na którą składa się współpraca przy poprawianiu i akceptacja efektu. Ponieważ negocjowanie w tej fazie dotyczy niezwykle istotnego problemu oceny pracy stomatologa, zostało ono umieszczone w oddzielnym podrozdziale. Współpraca przy poprawianiu

i wspólna akceptacja efektu wymagają wysiłku od obu stron interakcji, ponieważ, jak zostało to opisane wcześniej, lekarz i pacjent posługują się różnymi perspektywami postrzegania pracy.

Ty [stomatolog — przypis Ł.P.] wiesz, jak powinno być, a jak jest. To ty widzisz tę różnicę. Pacjentowi może się podobać, ale nie zawsze tobie musi się podobać. Póki nie wejdzie aspekt funkcjonalny w to wszystko, czyli ja nie oddałbym pracy, która podoba się pacjentowi, a wiedziałbym, że będzie działała krzywdząco, czyli na przykład będzie uciskać, będzie powodowała zaniki zębów, zaniki kości, to takiej pracy nie oddałbym pacjentowi. Natomiast jeśli aspekt funkcjonalny jest zadowalający, a pacjentowi się podoba, natomiast tobie kosmetycznie nie bardzo, to nie ma problemu (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Lekarz po prostu dzięki swojej wiedzy i doświadczeniu wie, jak powinna wyglądać poprawnie wykonana praca, jak wygląda stan pożądaný, a pacjent korzysta ze swoich aktualnych odczuć estetycznych i poczucia aktualnej wygody. Ponadto wiedza i doświadczenie dają lekarzowi świadomość tego, jak wyglądać będzie wykonana praca w innym oświetleniu i jak pasować będzie dana praca za jakiś czas. Niektórzy pacjenci nie są w stanie wyjść swoją wyobraźnią poza „tu i teraz”, co rodzi poważne problemy w komunikacji z lekarzem.

Stąd też, wspomniane już przy opisie ujęcia diachronicznego, nieporozumienia między lekarzem i pacjentem podczas prób akceptacji efektu, co miałem okazję wielokrotnie zaobserwować podczas pobytu w uniwersyteckiej klinice protetyki, kiedy studenci stomatologii próbowali wraz z pacjentami wprowadzać ostateczne poprawki do nowych protez. Pacjenci, przyzwyczajeni do swoich starych protez, oczekiwali, że ich nowe, dopiero co zrobione protezy będą od razu pasować tak samo, jak stare. Niekiedy na nic zdawały się tłumaczenia studentów i lekarzy, że aby osiągnąć dopasowanie, należy przez jakiś czas nosić protezę i pogodzić się z małą niewygodą. Jeden ze studentów opowiedział mi o starszej kobiecie, która nie dowierząc zapewnieniom lekarzy, sama w domu postanowiła lepiej mechanicznie dopasować protezę, upodobniając ją do starej, już zużytej, co było

niekorzystne dla jej zdrowia, całe szczęście wydało się to na następnej wizycie kontrolnej. Jeśli pacjent przyzwyczał się do jakiejś uszkodzonej protezy, może początkowo odczuwać niedogodności związane z noszeniem nowej, „dobrej”.

Pacjenci często marudzą, szczególnie na protetyce, pewnie zauważyłeś, jak tam byłeś. Że za duże, coś zalega [...] W bardzo wielu przypadkach, szczególnie jeśli chodzi o prace protetyczne, szczególnie starsze osoby, które mają protezy całościowe. [...] Część babć mówi, że dostały protezę, ale nie mogą nosić, bo coś tam, ale trzeba się przyzwycząć. [...] Protezy powinno się zmieniać co pięć lat, przynajmniej tak NFZ daje refundację, ale są pacjenci, którzy noszą swoje protezy po trzydzieści lat (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Z kolei przyzwyczajanie pacjentów do niektórych schorzeń i niechęć do leczenia ich może powodować pewien dyskomfort u stomatologów, którzy widzą w nich coś, co należy zgodnie z prawidłami sztuki lekarskiej naprawić:

Przy pomocy tej całej stomatologii estetycznej masz możliwość zmiany jakiegoś efektu kosmetycznego, który pacjent miał. Czyli jest, na przykład, coś takiego, jak uśmiech dziąsłowy, pewnie widziałeś kiedyś — jak pacjent się uśmiecha to pokazuje ci pół dziąsła górnego, a tak naprawdę, jak się uśmiechasz to powinieneś pokazywać tylko jedną trzecią dolną zębów górnych. Powiedzmy, jak jest taka sytuacja, że możesz ten uśmiech dziąsłowy zmienić, a pacjent wyrazi na to zgodę, to go zmieniasz. Ale czasami jest tak, że pacjent się do tego przyzwyczał i robisz fajną pracę z zębami, robisz piękne białe zęby wizualnie czy koronę, ale ten uśmiech dziąsłowy zostaje. Pacjentowi się on podoba, bo się przyzwyczał do tego i tak ma od zawsze, a ciebie po prostu roznosi, bo wiesz, że mogłeś zrobić coś fajniejszego, ten uśmiech dziąsłowy zlikwidować. Także w wielu przypadkach to właśnie na tym to niezadowolenie stomatologów polega, że mogli to jeszcze lepiej zrobić, a pacjentowi wystarczyło to, co zostało zrobione (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Podczas obserwacji w uniwersyteckiej klinice protetyki wielokrotnie widziałem też pacjentów akceptujących kształt protezy i sprzeciwiających się dalszym zmianom. Było to właśnie spowodowane faktem, że lekarz wie, jaki jest stan pożądany, a poza tym widzi więcej niż pacjent i jest w stanie uchwycić rzeczy dla pacjenta nieodczuwalne. Potwierdziły to moje wywiady ze stomatologami:

Wiesz, ja ci coś powiem, to jest tak, że, że tak na 100%, to znaczy ja to czytałem nawet i takie mam wrażenie, że gdzieś tylko z 10-20% prac, stomatolodzy są tak w 100% zadowoleni. Wiesz, naprawdę. To znaczy wiesz,

nie robi się źle, ale nie robi się idealnie, tak jakby to często miało być, jakby się chciało, żeby wyszło. To nie ze złej woli, to wina wypełnień, współpracuje się też z technikiem, to więc jest też jakiś inny człowiek, który, który, no też wykonuje i technik, no wiesz, technik też jakiś błąd może popełnić, coś zrobić nie tak (z wywiadu ze stomatologiem).

Przy realizacji planu leczenia jest tak wiele ciężkich do kontrolowania czynników interweniujących, że całkowite osiągnięcie pożądanego rezultatu jest trudne i niezbyt częste. Nie znaczy to oczywiście, że uzyskany efekt jest zły, ale że po prostu daleko mu do ideału, a lekarz widzi większość, nawet najmniejszych, niedociągnięć, co nie pozwala mu być w pełni usatysfakcjonowanym z wykonanej pracy.

Pomimo wysokiego stopnia krytycyzmu do własnej pracy, kwestia oceny jej poprawności wykonywanej przez stomatologów jest sprawą drażliwą. Profesjonaliści nie lubią, gdy ktoś ocenia ich pracę, a jeśli już ma ona być oceniana, to osoba oceniająca musi mieć wystarczające kompetencje (Hughes, Coser, 1994: 79-89), a stomatolodzy w tej kwestii nie różnią się od innych zawodów profesjonalnych („Jeżeli ktoś ma ze mną dyskutować, to żeby była to osoba co najmniej równa mi wykształceniu, że ona ma również jakąś praktykę w tej dziedzinie” — wypowiedź stomatologa). Stomatolodzy, podobnie jak inne środowiska profesjonalne, nie uznają kompetencji osób „z zewnątrz” do oceny ich pracy, ale sami ze względu na solidarność zawodową nie są zbyt skłonni do oceniania pracy innych lekarzy przy osobach spoza profesji (*ibidem*: 39):

Nieraz tak jest, że wypada wypełnienie, coś tam widzimy, co zrobił poprzednik, nigdy nie mówię pacjentowi, to jest dla mojej wiedzy, że coś tam było trochę inaczej albo nie, ale nie próbuję... Nigdy nie powiedziałam pacjentowi, że panu kolega czy koleżanka zatruł ząb na przykład, bo źle zrobił, absolutnie. Uważam, że to jest w ogóle... Nie powinno się tak robić (z wywiadu ze stomatologiem).

Proszę pana, ja nie oceniam innych. Jeżeli przychodzi pacjent i widzę, że jest coś źle zrobione, to ja mu po prostu mówię, że muszę to naprawić. Mnie nie interesuje, kto to robił. Zupełnie mnie to nie interesuje. Jeżeli pacjent ma nawet zamiar coś na ten temat mówić, to ja po prostu mówię, że mnie to nie interesuje. Ja panu czy pani w tym momencie mówię, że ten ząb jest do powtórnego leczenia kanałowego lub w tym zębie trzeba wymienić, tutaj

trzeba wymienić protezę, albo.... Ja mu mówię to, co uważam, że należy zrobić. Mnie naprawdę nie interesuje, kto to robił (z wywiadu ze stomatologiem).

Podczas swoich badań rozmawiałem też z jednym z zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, który zajmował się reprezentowaniem pacjentów stomatologicznych przed sądem lekarskim. Przyznał on, że część środowiska lekarskiego nie patrzy na takie działania zbyt przychylnie i traktuje je jako sprzeniewierzenie się solidarności zawodowej. Jednak według mojego rozmówcy większość skarg kierowanych do sądu lekarskiego przez pacjentów jest zasadna, ale niezadowoleni pacjenci często idą do sądu lekarskiego bez wcześniejszych prób porozumienia się z oskarżanym lekarzem, co umożliwiłoby osiągnięcie zadowalającego obydwie strony konsensusu bez wnikania się w czasochłonne i stresujące spory w sądzie korporacyjnym. Mój rozmówca uznawał postępowania przed sądem lekarskim za możliwość samooczyszczania środowiska i załatwiania spraw w jego obrębie, ale, jak zaznaczył, część pacjentów pomija tę możliwość i idzie od razu do sądu powszechnego.

Niechęć wobec oceniania pracy innych stomatologów nie jest spowodowana tylko i wyłącznie poczuciem solidarności zawodowej. Innym ważnym powodem jest opisywana już wcześniej złożoność czynników warunkujących powodzenie zabiegu. Trudno ocenić pracę nie wiedząc do końca, jaki był stan początkowy, jakie były warunki interweniujące, czy wszystkie materiały na pewno były wystarczająco dobrej jakości, czy inni, obok lekarza, wykonawcy pracy dobrze wywiązali się ze swoich zadań? Jak zostało napisane w rozdziale 7.2.2., za końcowy efekt pracy odpowiedzialny jest nie tylko lekarz, ale także technik i pacjent. Ciągłe spory lekarzy z technikami o to, kto jest winny błędowi, zostały opisane już wcześniej. Natomiast pacjenci nie zawsze zauważają swoje błędy, a za skutki własnych uchybień, winią lekarzy.

Zdarza się, żeby pacjent chciał sprawdzić u Pana pracę jakiegoś innego stomatologa?

Tak, zdarza się. To znaczy nie oceniam tej pracy, najczęściej mówię tak, że wie Pan, nie widziałem jak było wcześniej, jakie były warunki, teraz już jest zrobione, teraz trudno mi to jest ocenić. Chociaż, nawet jak widzę, że to jest źle zrobione, nie mówię, że to jest źle zrobione. No bo, co mi to da? (z wywiadu ze stomatologiem).

To ta poprzednia dentystka im [pacjentom] źle zrobiła, popsowała im zęby. Bo na przykład miał małą dziurkę, a ona mu tak rozwierciła, że na pół zęba, a potem ząb mu się złamał. Ale to, że dziurę miał, bo nie leczył zębów i była próchnica, to już do niego nie dociera. Że już była taka duża, że trzeba było tak wyczyścić mocno (z wywiadu ze stomatologiem).

Kolejnym powodem niezadowolenia pacjenta i skarg na lekarza może być różnica między uniwersalną perspektywą przyjmowaną przez lekarza a partykularną perspektywą pacjenta. Niektórych schorzeń nie da się po prostu wyleczyć bez skutków ubocznych, nie każdy efekt estetyczny da się uzyskać — jednak pacjent nie zawsze to rozumie i czasem za taki, nie do końca zgodny ze swoimi oczekiwaniami, stan wini nie czynniki obiektywne, ale konkretnego lekarza:

Ostatnio zdarzyło mi się zniechęcić pacjenta, bo pacjentka powiedziała mi, że ona nie jest zadowolona z planu. I ja uznałam, że to nie jest kwestia zadowolenia, bo po analizie zdjęć, modeli, które się robi specjalnie, żeby zaplanować leczenie, no to ja muszę być na 90% pewna, że to mam sens, że ja dobrze wykonałam tę analizę, że dobrze zaplanowałam leczenie. Jeżeli mi pacjent mówi trzy razy, że nie jest zadowolony z planu leczenia, to ja jej po prostu powiedziałam, że to nie jest kwestia zadowolenia, to jest kwestia tego, że tak wychodzi dla mnie po prostu z tych pomiarów, że tu trzeba usunąć po prostu cztery zęby. Gdyby ta osoba powiedziała mi, że po prostu martwi się, że trzeba usunąć aż cztery zęby, ale co innego jeżeli pacjent mówi, że nie jest zadowolony. To nie jest kwestia zadowolenia z planu, są pewne zasady i według standardu trzeba postępować. To jest bardzo bezpieczne w medycynie, że jeżeli ktoś postępuje według standardów postępowania, to... [wywiad przerwany] (z wywiadu ze stomatologiem).

Należy tutaj zaznaczyć, że stomatolodzy są świadomi tego, że popełnianie pomyłek i błędów jest nieodłączną częścią wykonywania każdego zawodu i często poświęcają wiele uwagi, aby tych błędów uniknąć,

wykryć je, zminimalizować ich skutki czy nie zrazić do siebie pacjenta²⁶ — niemile widziane jest jedynie negatywne ocenianie efektów pracy stomatologa przez pacjenta i próba narzucenia lekarzowi takiej perspektywy. Gdy jednak dentysta popełni błąd i zgadza się z pacjentem w negatywnej ocenie swojej pracy, wcale nie musi dojść do zakłóceń w interakcji i zakończenia współpracy, oczywiście, jeśli pacjent rozumie, że błędy są normalne w każdej pracy, a lekarz jest gotowy do wykonania pracy naprawczej.

Zdarzyło mi się, mam pacjenta, podczas zabiegu usuwania zębów, że wtłoczyłam korzeń do zatoki szczękowej i musiałam tego pacjenta kierować potem na operację. I już tak z sześć lat ten pacjent jest po zabiegu i cały czas jest moim pacjentem. Czyli on mi zaufał, on tę operację musiał mieć, z mojej winy, z mojego powodu, bo ten zabieg ekstrakcji skończył się tym, że ten zabieg ekstrakcji został wciągnięty, wciśnięty niemal, wessał go dosłownie do zatoki szczękowej, miał poważne powikłanie za skutek moich działań stomatologicznych, ale tacy pacjenci o dziwo, jeżeli oni czują, że są pod moją dobrą opieką, że mieli jakieś powikłanie, to oni jednak wracają. Sposób załatwienia sprawy do końca, czy ja im naprawiam, czy ja ich dobrze kieruję, to ma chyba znaczenie? (z wywiadu ze stomatologiem).

Nawet jeżeli pacjentom się zdarzały, no z przyczyn mojej pracy, jakieś powikłania, to najczęściej, ja się dość troszczę o tych ludzi, czasami chyba nadmiernie, także ja chyba nigdy nie miałam takiej sytuacji, że ja sobie źle z nimi radzę. Czasami mi się zdarzało słyszeć nawet słowa pociechy, jak ja mówiłam, że tu jest coś źle i że trzeba naprawić. I oni się pocieszali, żebym się nie martwiła, że to się poprawi i tyle. Tak więc mi się wydaje, że moje relacje z pacjentami, no nie są złe. Nawet, jeżeli mi się trafi powikłanie, bo każdemu się trafia, każdy może popełnić jakiś błąd, to do tej pory nie zdarzyło mi się, że by pacjent w stosunku do mnie w sposób agresywny do mnie się zachował. A jeżeli nawet, to ja tłumaczyłam, jak to powinno być albo jak powinno się postępować, to najczęściej, to wystarczało (z wywiadu ze stomatologiem).

Zatem, chociaż negocjacje efektu są utrudnione przez różnicę perspektyw, wiele czynników zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia błędu, odpowiedzialność za efekt pracy spoczywa na kilku osobach, stomatolodzy niechętnie poddają swoją pracę osądowi innych. Sukces

²⁶ Praca nad błędami (*error wok*) szerzej opisana została w *Social Organization of Medical Work* (Strauss i in., 1994: 242-246).

negocjacji zależy od dobrej woli obydwu stron i poprawnej komunikacji pomiędzy nimi.

7.6. Przedmiotowe i podmiotowe traktowanie pacjenta

Obok podziału na paternalizm i partnerstwo (plus „*klient nasz pan*”) w relacji lekarz pacjent należy jeszcze wyróżnić dychotomię traktowania podmiotowego i przedmiotowego. Właśnie do podobnego podziału odwoływali się organizatorzy akcji „*Leczyć po ludzku*”, wysuwając hasło „*zaczniemy leczyć ludzi, a nie choroby*” (Cichocka, 2009). Przed przejściem do wyjaśnienia tej dychotomii, należy wprowadzić dwie inspiracje teoretyczne tego podziału. Po pierwsze, jak już zostało wspomniane w rozdziale 6.1, wywiad ogólny, w którym znajdują się pytania o stan zdrowia i inne choroby, uznawany jest za badania podmiotowe, a badanie przedmiotowe dotyczy już tylko i wyłącznie schorzenia, z którym pacjent przyszedł do lekarza. Drugiej inspiracji dostarczył Anselm Strauss (i in., 1994: 262-265) swoim kontinuum pacjenta jako przedmiotu i uczestnika. Mamy więc pacjenta jako przedmiot nieistniejący, jako przedmiot wykonywanej pracy. Z kolei w drugim przypadku pacjent traktowany byłby jako pełnoprawny członek zespołu wykonującego pracę — współuczestnik.

Częściowo poprzez nałożenie na siebie dwóch powyżej opisanych podziałów, we własny sposób zdefiniowałem pojęcia podmiotowego i przedmiotowego traktowania pacjenta. Pacjent traktowany przedmiotowo jest, podobnie jak według definicji Straussa, obiektem zabiegu, nie jest postrzegany całościowo, lecz jedynie przez pryzmat swojego schorzenia. Przy podmiotowym traktowaniu pacjent postrzegany jest jako osoba, zwraca się uwagę na jego ogólny stan zdrowia fizycznego a nawet psychicznego. Warto dodać, że pacjent może być traktowany podmiotowo na dwóch poziomach. Po pierwsze może być traktowany nie tylko jako nośnik konkretnej choroby, ale jako cały organizm — lekarz zwraca więc uwagę na jego ogólny

stan zdrowia. Po drugie może być traktowany całościowo jako osoba, co bardzo ułatwia interakcję lekarz-pacjent. Te dwa poziomy mogą występować niezależnie od siebie. Podział na traktowanie przedmiotowe i podmiotowe nie jest tożsamy z podziałem na paternalizm i partnerstwo w relacji lekarz-pacjent. Stomatolog z paternalistycznym podejściem do pacjenta może za niego podejmować wszystkie decyzje, ale dostrzegać w nim osobę, troszczyć się o jego ogólny stan zdrowia i psychiczne samopoczucie. Z kolei inny dentysta może traktować pacjenta jako partnera, co teoretycznie wymuszane jest poprzez uregulowania prawne, przy jednoczesnym traktowaniu przedmiotowym. W takim wypadku pacjent jest dla lekarza po prostu reaktywnym przedmiotem, nośnikiem choroby, choć mającym udział w podejmowaniu decyzji i w podziale pracy. Trzeba zaznaczyć, że ten podział to kontinuum i większość z lekarzy mieściłaby się gdzieś pomiędzy dwoma skrajnymi punktami.

Kiedy lekarz postrzega pacjenta jako przedmiot może spowodować znaczne obniżenie komfortu wizyty:

Ale myślę, że mama jest taką lekarką, która... Jej znajomi powiedzieli, że dla niej się nie liczy człowiek tylko dla niej najważniejszy jest ząb. I koniec. Więc ona nie patrzy co się dzieje dookoła, czy ja cierpię czy mdleję, ale ona ma plan, żeby wyleczyć ten ząb (z wywiadu ze stomatologiem).

Obniżenie komfortu nie jest największym zagrożeniem traktowania przedmiotowego. Czasem lekarz w swoim działaniu może starać się ograniczyć badania podmiotowe, skupiając się jedynie na interesującym go schorzeniu i czynnikach mogących bezpośrednio przeszkodzić w zabiegu²⁷:

Chcieliby opowiedzieć w całości ich stan zdrowia. A tak naprawdę lekarz może zawęzić się do przejrzenia wyników badań ostatnich i pytania, jakie ostatnio leki są przyjmowane i ewentualnie zmierzyć ciśnienie. I wcale nie trzeba wysłuchać całej historii pacjenta od początku życia do chwili obecnej (z wywiadu ze stomatologiem).

²⁷ Chodzi tu m.in. o choroby mogące wchodzić w interakcje ze znieczuleniami.

Traktowanie przedmiotowe pacjenta, jeśli lekarz pomija jego ogólny stan zdrowia, może prowadzić do przeoczenia wielu niebezpiecznych chorób. Jak już zasygnalizowane zostało we wstępie, wiele chorób ogólnoustrojowych da się dostrzec dzięki zaobserwowanym zmianom w jamie ustnej.

Pacjent miał przyżeganą zmianę na wardze i były już powiększone węzły chłonne i zadzwoniłam do lekarza. Był to laryngolog i obawiając się, że on to po prostu robi nagminnie [nie zauważa takich zmian], skierowałam pacjenta w ogóle na onkologię. To już nie była kwestia tego, że ktoś już usunął coś tam, albo wypełnienie zrobił źle, albo źle wypełnił kanały. [...] Natomiast w tym wypadku zadzwoniłam, ponieważ bałam się, że ten lekarz, yyy, przegapia te zmiany na wardze u innych ludzi, a to już nie jest kwestia zęba, tylko życia tego pacjenta. On skończył na onkologii, nie wiem, co było dalej. Nie wiem. Ale mnie się już ta zmiana na wardze nie podobała (z wywiadu ze stomatologiem).

Zresztą, nam się też zdarza wykryć pewne rzeczy w buzi i na przykład sugerować, żeby pacjent udał się dalej i szukał przyczyny. Kilka razy zdarzyło mi się i potwierdziło mi się; na przykład niedawno, stosunkowo niedawno, miałam taką strasznie przykrą sytuację, że zgłosiła się do mnie, w innym gabinecie, poza moją praktyką, przyjmowałam pacjentów ortodontycznych i przyszła pacjentka z małym dzieckiem z bólem zęba. I ponieważ ja byłam wolna i nie było żadnego pacjenta do mnie, to ja powiedziałam, żeby nie odsyłać tego dziecka, że ja zobaczę, że ono cierpi. Dziecko chyba cztery-, pięcioletnie. I okazało się, że, ona sugerowała, że boli ząbek dziecko, a ja tego nie widziałam, a zauważyłam mnóstwo innych objawów. Ja do tego gabinetu jeżdżę raz w miesiącu. Pacjentka ode mnie dostała kartkę, to była bardzo prosta kobieta i według mnie niezamożna, kilka razy jej powtórzyłam, że według mnie ona ma tło ogólne, że ona musi iść do pediatry, że musi zgłosić się do lekarza jak najszybciej, bo ja podejrzewam jakąś ogólną, ustrojową chorobą. I po miesiącu czekała na mnie taka informacja bardzo smutna, że dziecko umiera na białaczkę w szpitalu. Ta kobieta widać posłuchała mnie, ta podkreślona kilka razy informacja, że ona musi zadziałać, że musi sprawdzić, że musi iść do tego pediatry, ona po prostu szybko zainterweniowała. Także tych chorób, z którymi my mamy kontakt, to nie są tylko choroby jamy ustnej, wiele chorób ogólnoustrojowych ma swój obraz, także mi się wydaje, że trzeba być coraz bardziej uczulonym na to (z wywiadu ze stomatologiem).

Dwa powyższe cytaty ilustrują, jak ważne dla stomatologa jest zwracania uwagi na całokształt stanu zdrowia pacjenta i objawy nie do końca związane z wykonywanym lub przewidywanym zabiegiem. Gdyby lekarka, będąca autorką pierwszej z powyższych wypowiedzi nie traktowała pacjenta podmiotowo, to jego życie mogłoby być poważnie zagrożone. Z drugiej jednak

strony traktowaniu przedmiotowemu, a co za tym zwiększeniu ryzyka niedostrzeżenia jakiejś choroby, sprzyja rutynizacja codziennej pracy, postępująca specjalizacja i względy czasowe.

Dla pacjenta ważne jest przeważnie nie tylko traktowanie przedmiotowe na poziomie zdrowia fizycznego, ale też dostrzeganie w nim osoby. W rozdziale 7.6 zostało wspomniane o dyskomforcie pacjenta mogącego mieć poczucie, że jest traktowany jedynie jako przedmiot leczenia. Prowadząc obserwację, wielokrotnie byłem świadkiem rozmów studentów nad przyjmowanym pacjentem. Raz nawet sam uczestniczyłem w takiej rozmowie z wykonującym właśnie zabieg młodym lekarzem. Pacjent biernie leżał, a lekarz, nie zwracając uwagi na pacjenta, rozmawiał ze mną na tematy zupełnie niezwiązane z leczeniem. W rozmowach wykładowcy przyznawali, że to zdarza się dość często.

Takie zachowanie wobec pacjenta może świadczyć o postrzeganiu go jako jedynie przedmiotu swojej pracy, ale z drugiej strony zaobserwowałem też przechodzenie między podmiotowym i przedmiotowym traktowaniem pacjenta podczas tej samej wizyty. Fazą najbardziej sprzyjającą przedmiotowemu traktowaniu jest zabieg, szczególnie gdy pacjent przyjmowany jest na leżąco. W tej fazie, jak wyjaśnił mi jeden, z wykładowców *„często się to zdarza. My też się łapiemy na tym, że wymieniamy jakieś tam opinie. Ale to wynika z tego, że grzebiesz temu pacjentowi w zębach i...”*. Raz byłem świadkiem olbrzymiego kontrastu w traktowaniu pacjenta podczas wizyty. W czasie trwania zabiegu lekarka i jej studenci ani razu nie zwrócili uwagi na pacjentkę, rozmawiając o niej, ale ani razu z nią. Zdawało się, że całkowicie ignorują przyjmowaną osobę, skupiając się jedynie na jej schorzeniu. Po skończeniu zabiegu pacjentka usiadła, a jej wygląd wskazywał na nie najlepszy stan zdrowia. Zaczęła też narzekać na swoje dolegliwości. W tym momencie podejście lekarki zmieniło się diametralnie — zaczęła rozmawiać z pacjentką, wyrażać współczucie, próbowała dawać dobre rady, czyli zaczęła wykonywać pracę

nad tożsamością²⁸. Potem studenci odprowadzili pacjentkę do wyjścia z budynku²⁹.

Reasumując, pacjenci preferują, co oczywiste, bycie traktowanymi w sposób podmiotowy, chcą żeby stomatolog zwrócił uwagę zarówno na ich ogólny stan zdrowia, jak i na nich jako osoby. Lekarze jednak nie zawsze traktują pacjentów w ten sposób, co spowodowane jest rutyną i/lub oszczędnością czasu.

7.7. Wyobrażenia o potrzebach pacjentów — fachowcy czy mistrzowie interakcji?

Przed przejściem do opisu innych aspektów procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego warto bliżej zapoznać się z wyobrażeniami stomatologów na temat potrzeb i oczekiwań pacjentów. Wyobrażenia te wyrastają z doświadczenia w pracy stomatologa i wpływają na kształt tej pracy, ponieważ lekarze przeważnie próbują w pewnym stopniu dostosować się do potrzeb pacjentów. Kwestia ta pojawiała się nie tylko podczas wywiadów i rozmów z lekarzami, ale stała się jednym z głównych tematów wywiadu grupowego.

Jako podstawowe rozróżnienie wyłonił się podział na pracę czysto medyczną i „pracę nad ludźmi” (*people work*) (Konecki, 1988: 4-5). Dentyści zwracali uwagę na fakt, że czynnikiem decydującym o sukcesie

²⁸ Praca nad tożsamością szerzej opisana zostanie w rozdziale 7.8.3.

²⁹ Nie wiem, czy mój opis jest w stanie oddać kontrast w zachowaniu lekarki wobec pacjentki, ale pamiętam, że wywarł na mnie wtedy ogromne wrażenie.

(popularności)³⁰ stomatologa nie są umiejętności techniczne, ale interpersonalne.

Jacy dentyści mają największe powodzenie u pacjentów?

Myślę, że nie ci, co najwięcej potrafią, tylko ci, co mają najlepsze relacje z pacjentem. [...] Dla mnie najważniejsze to mi się wydawało, że są ich umiejętności, ale ludzie się łapią na... Kiedyś pracowałam w takim zespole, gdzie największe powodzenie miała najłabsza. Ale ona miała jakiś urok i potrafiła mówić do pacjentów.

Czyli jak z nimi rozmawiała?

No nie wiem. Była taka... przyjaźniła się, klepała, śmiała się. Byli tacy, którzy mówili, że za dużo mówi, czy tam coś, ale to były jednostki. Generalnie ją bardzo lubili (z wywiadu ze stomatologiem).

Opowieści podobne do powyższej, o lekarzach słabych w swoim fachu, ale popularnych wśród pacjentów ze względu na umiejętności interpersonalne i komunikacyjne pojawiają się u stomatologów częściej:

Pracowałam kiedyś z takim jednym lekarzem. Był bardzo komunikatywny, ale jednocześnie był naprawdę kiepski, jego prace nie były dobre. Ale miał mnóstwo pacjentów, był cały czas zabiegany, a przyjmował tylko bogatych. Potrafił znaleźć wspólny język z pacjentem.

Wspólny język, czyli?

Wytłumaczę ci na przykładzie. Przyszedł kiedyś do niego pacjent z bólem zęba, a on się pyta „W jaki sposób pana boli? Czy bardzo boli?”. Pacjent za bardzo nie umiał tego wytłumaczyć, aż wreszcie on [dentysta] zapytał się „Po prostu napierdala?”. I wtedy zaczęła się zupełnie inna rozmowa (z notatek z wywiadu grupowego).

Znałam takich, a tępi byli, do których się pacjenci pchali i odwrotnie. Są tacy dentyści, którzy są słabi manualnie, ale się dobrze dogadują z pacjentem (z notatek z wywiadu grupowego).

³⁰ Początkowo podczas wywiadów mówiąc o sukcesie, miałem na myśli dużą liczbę przyjmowanych pacjentów, ale niektórzy moi rozmówcy sprzeciwiali się takiej interpretacji terminu sukces, więc zacząłem pytać o popularność. Opór wobec rozumienia terminu sukces jako posiadania dużej liczby pacjentów jest dobrze wyjaśniany przez niechęć niektórych stomatologów do bycia ocenianym przez osoby spoza środowiska. Według takiego myślenia, pacjenci nie są w stanie właściwie ocenić wykonanej pracy, więc popularność wśród nich nie może być miernikiem sukcesu (trzeba zaznaczyć, że taki sposób myślenia nie dotyczy wszystkich stomatologów).

Moi rozmówcy zaznaczali, że stomatolog, pomimo dobrej komunikacji z pacjentem, nie może oferować zbyt niskiej jakości swojej pracy. Lekarz przywoływany w pierwszym z powyższych cytatów musiał porzucić to dochodowe dla siebie zajęcie, ponieważ za błędy lekarskie został ukarany przez sąd korporacyjny zakazem wykonywania zawodu. Stomatolodzy zwracali też uwagę na inne, wspomniane już wcześniej czynniki, takie jak: pamiętanie informacji o pacjencie, nowoczesny, ładny i czysty gabinet. Podczas wywiadu grupowego pojawiło się też stwierdzenie, że pacjent może negatywnie odbierać niepewność i wahanie się dentysty. Jeden ze studentów stomatologii powiedział mi też, że na studiach uczony był, aby w razie wątpliwości, grać przed pacjentem pewnością.

Zatem stomatolodzy doceniają rolę, jaką w ich zawodzie odgrywają „miękkie” aspekty pracy z pacjentem i przyznają, że większą popularnością u pacjentów cieszą się „mistrzowie interakcji”, ale sami lekarze za bardziej wartościową cechę uznają fachowość (umiejętności medyczne).

7.8. Praca sentymentalna

Podczas przeprowadzania badań okazało się, że zaproponowana przez Straussa (i in., 1997: 129, Konecki, 1988: 5) koncepcja pracy sentymentalnej (*sentimental work*) jest po nielicznych modyfikacjach bardzo dobrze dopasowana do badanego przeze mnie obszaru rzeczowego. Praca sentymentalna to „ważny, zróżnicowany, często subtelny i trudny do zauważenia typ pracy. Praca sentymentalna, jak została ona przez nas określona, jest składnikiem każdego rodzaju pracy, której przedmiotem jest żywy, czujący i reagujący obiekt”. Lekarze traktujący pacjenta przedmiotowo raczej ignorują ten rodzaj pracy, a zgodnie z ustaleniami z poprzedniego rozdziału to właśnie dobre wykonywanie pracy sentymentalnej w znacznej mierze decyduje o popularności lekarza wśród pacjentów.

Strauss (i in., 1997: 131) wymienia cztery główne czynniki, powodujące potrzebę wykonywania pracy sentymentalnej przez personel medyczny. Te czynniki to zawsze obecne poczucie „klinicznego zagrożenia” (*clinical danger*), wykonywanie pracy przez relatywnie obcych, pierwszeństwo medycznych aspektów pracy oraz długotrwałe leczenie. Czynniki te w stomatologii występują w dużo mniejszym stopniu niż w obszarach opisywanych przez Straussa. Po pierwsze „kliniczne zagrożenie” jest mniejsze, po drugie pacjenci często przyzwyczajeni są do swojego stomatologa, więc nie jest on dla nich kimś obcym i po trzecie zabiegi stomatologiczne rzadko wiążą się z dłuższym pobytem w szpitalu. W zamian za to ból wywoływany zabiegami i strach przed nimi są często większe niż w innych dziedzinach medycyny (choć nie dotyczy to stomatologii estetycznej).

7.8.1. Reguły moralne

Pojęcie reguł moralnych (*moral rules*) odnosi się do najbardziej elementarnego interakcyjnego poziomu, a ponieważ reguły te są czymś domniemanym, bardzo rzadko się je dostrzega. Leżą u podstaw interakcji, są *implicite* zakładane przez jej uczestników. Przestrzeganie tych reguł pozwala danej osobie być postrzeganym przez innych jako ktoś miły, sympatyczny, grzeczny i rozsądny. Strauss wymienia takie reguły moralne jak obowiązek traktowania innych jak osobę, a nie jak przedmiot, „prawdziwe” słuchanie drugiej osoby i powinność uzupełnienia formalnego kontaktu nieformalną rozmową (*ibidem*: 132-133).

Problem ten poruszony został już przy omawianiu kwestii traktowania podmiotowego i przedmiotowego. Podany był tam też przykład lekarza skarżącego się na pacjentów usiłujących opowiedzieć mu o wszystkich swoich problemach zdrowotnych, podczas gdy do wykonania zabiegu tak naprawdę potrzebne były jedynie niektóre informacje. W tej sytuacji i stomatolog, i pacjent podczas interakcji odczuwali niedogodności. Pacjent mógł być

niezadowolony, ponieważ lekarz nie przestrzegał przytoczonych przez Straussa reguł, czyli nie potraktował pacjenta w pełni podmiotowo i nie chciał wysłuchać go do końca. Z kolei lekarz oczekiwał od pacjenta przestrzegania innych reguł. Za regułę, którą lekarz w tym wypadku *implicite* przyjmował za obowiązującą, uznać można opisaną przez filozofa języka, Paula Grice'a (1980: 97), maksymę „*Niech twój wkład w konwersację zawiera tyle informacji, ile jej potrzeba (dla aktualnych celów wymiany)*” (a więc także należy unikać podawania zbędnych informacji). Próbując prowadzić nieformalną konwersację w gabinecie, podczas poruszania niektórych tematów, pacjent czy stomatolog mogą naruszyć czyjąś prywatność, co także uznać można za złamanie reguł interakcyjnych³¹ (szerzej zostanie to opisane w rozdziale 7.9).

Dla Goffmana (2006: 12) podstawowym warunkiem każdej interakcji jest zachowanie twarzy³² przez wszystkich jej uczestników, zatem główną regułą jest ochrona twarzy swojej i parterów. Przykładem takiego nastawienia na ochronę twarzy może być unikanie zwracania uwagi pacjentom, szczególnie widoczne w dwóch sytuacjach.

Po pierwsze, jak już zostało kilkakrotnie wspomniane, spóźnianie się pacjentów lub nieprzychodzenia na wizyty bez wcześniejszego uprzedzenia jest dość częste. Część stomatologów, mimo że spóźnianie się i nieprzychodzenie powoduje duże niedogodności, nie zwraca takim pacjentom uwagi, gdyż grozi to utratą twarzy przez pacjenta, co mogłoby skończyć się odejściem pacjenta od danego lekarza.

Nie przychodzą i potrafią w ogóle nie zawiadomić. Siedzi się i się czeka.

A coś im pani później mówi?

Nie, ja nigdy. Jak mówi [pacjent o spóźnieniu] w ogóle, bo najczęściej nie mówi, jak mówi, że przeprasza, to ja mówię, że nic się nie stało. [...] A czasami dzieje

³¹ O regułach dotyczących prywatności bardziej szczegółowo pisał Erving Goffman (2006: 68-72).

³² Według Goffmana „*pojęcie twarzy można zdefiniować jako pozytywną wartość społeczną przypisywaną osobie w danej sytuacji spotkania, gdy inni przyjmą, że trzyma się ona określonej roli*” (ibidem: 5).

się tak, że w jakiś dzień jest sześciu pacjentów zapisanych a czterech nie przychodzi. Nawet żaden nie zadzwoni.

A dlaczego nie zwraca im pani uwagi?

Bo uważam, że byłoby im nieprzyjemnie i może nie chcieliby więcej przychodzić (z wywiadu ze stomatologiem).

W powyższym przypadku stomatolog i pacjent zastosowali jedną z podstawowych technik twarzy, technikę uniku, zachowując się tak, jakby grożące utratą twarzy zdarzenie w ogóle nie nastąpiło. Jest to sytuacja analogiczna do przytaczanej przez Goffmana (*ibidem*: 18) sytuacji, kiedy komuś burczy w brzuchu, ale i ten ktoś, i jego partner w interakcji udają, że nic nie słyszeli.

Drugą dość powszechną sytuacją zagrażającą twarzy pacjenta jest zwrócenie mu uwagi na kiepski stan higieny jamy ustnej. W tej sytuacji można oczywiście powiedzieć pacjentowi wprost o zaniedbaniu jego zębów albo zastosować technikę uniku nic mu o tym nie wspominając:

Kiedyś miałam taką zaprzyjaźnioną pacjentkę, która zawsze do mnie chodziła, ale wysłałam ją raz do X [inny lekarz], aby zrobił jej jakiś specjalistyczny zabieg, którego ja nie chciałam robić. Ona miała strasznie zaniedbane zęby, ale jej nigdy o tym nie mówiłam. I ona do niego poszła, a on czasami nie jest zbyt delikatny. Potem ona do mnie przyszła i powiedziała, że już więcej do niego nie pójdzie, bo on jej powiedział, że ona ma strasznie zaniedbane zęby. Ja też jej już nic nigdy o tym nie wspominałam (z wywiadu ze stomatologiem).

Podczas tych 3 dni ochłonęłam i stwierdziłam, że facet potraktował mnie nieodpowiednio: Po pierwsze od razu po obejrzeniu moich zębów (mimo że naświetliłam mu sytuację mojej fobii) zniżył głos do teatralnego szeptu i zapytał "no i co pani najlepszego zrobiła?", "czy pani wie w jakim stanie ma pani zęby?". A potem ząb po zębie pokazywał mi na wielkim ekranie efekty mojej nieodpowiedzialności:/ Czy może być coś gorszego dla osoby w moim stanie?? Przecież doskonale wiedziałam w jakim stanie mam zęby i że jednym z czynników zwlekania z wizytą był ogromny wstyd. [...] Poszperałam w internecie i postanowiłam pójść do innego gabinetu (wypowiedź pacjentki na forum internetowym).

Jak widać powiedzenie wprost o niskim poziomie higieny, spowodowało zrażenie do siebie pacjenta, a strategia uniku w przypadku złego stanu higieny jamy ustnej także jest niewskazana. Podręcznik do stomatologii (Buczkowska-

Radlińska, 2007: 17) podkreśla, że lekarz powinien nie tylko leczyć, ale i edukować pacjentów. Perspektywa uznająca personel medyczny za nauczycieli została też przedstawiona krytycznie przez Straussa (i in., 1997: 206-208). Lekarz, który nie zwróci pacjentowi uwagi na zły stan higieny jamy ustnej, pozwala pacjentowi na zachowanie twarzy, ale nie wywiązuje się z zadania edukowania pacjenta. Dlatego, aby pozwolić zachować pacjentowi twarz i jednocześnie wpłynąć na lepsze dbanie o higienę jamy ustnej, personel medyczny musi znaleźć jakiś delikatny sposób zwrócenia uwagi na problem higieny:

Nie krytykuję stanu uzębienia pacjentów ani higieny tylko staram się, wskazując po prostu na jakieś tam odpowiednie środki czyszczące, że ten jest lepszy czy ten jest gorszy, żeby tam trochę pacjenci sobie, co bardziej inteligentni, wzięli do serca i pomyśleli, że na przykład ta pasta jest nieprawidłowa czy może ta szczoteczka niedobra, większą uwagę zwrócić na czyszczenie. Na przykład mówię, że lepsze szczoteczki są, yyy... Akurat dla pani wskazane są miękkie, czy średnie, czy twarde i wtedy pani lepiej domyje tą okolice, bo tutaj ma pani złogi założmy, trochę nie doczyszczają pani. Ale to delikatnie mówię, że właśnie trudne warunki są do czyszczenia, że musi pani zwrócić szczególną uwagę w tych okolicach, żeby pacjent nie poczuł się dotknięty (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

Strauss (i in., 1997: 133-134) podaje jeszcze jedną regułę, której lekarze powinni przestrzegać. Chodzi o wyjaśnianie pacjentom wykonywanych na nich czynności. Jak już zostało zaznaczone, uregulowania prawne wymagają od dentystów udzielania pacjentom informacji na temat planowanych zabiegów, choć trzeba przyznać, że niektórzy lekarze mogą traktować pacjenta przedmiotowo i nie spełniać tego wymagania. Jednak stomatolodzy, z którymi rozmawiałem, podkreślali, że tłumaczą i wyjaśniają pacjentom przebieg i cel wykonywanych zabiegów.

Takich ukrytych i nieuświadomianych sobie przez nas reguł dotyczących interakcji jest znacznie więcej i można się z nimi spotkać przy każdym rodzaju „pracy nad ludźmi”. Reguły te zostały dogłębniej przebadane i szerzej opisane przez Ervinga Goffmana (2006) i Harolda Garfinkla (1967 za Strauss i in., 1997: 132).

7.8.2. Zaufanie i autoprezentacja — praca nad zaufaniem

Następnym niezwykle ważnym rodzajem pracy sentymentalnej opisywanym przez Straussa (*ibidem*: 135-136) jest praca nad zaufaniem (*trust work*). Pacjent powinien ufać, że lekarz ma wystarczające kompetencje do wykonania zabiegu i że chce działać przede wszystkim dla dobra pacjenta³³. Zaufanie bardzo ułatwia pracę stomatologa i zwiększa komfort pacjenta:

No bo to jest zupełnie inaczej. Mam ten komfort, że ktoś znajomy mi robi, to mi krzywd nie robi i robi to jak najlepiej, że nie będzie mnie bolało. No a pacjent tego komfortu nie ma, bo przychodzi do gabinetu i nie wie, jak zostanie potraktowany. Dlatego bardzo ważne jest, żeby pacjent miał jakieś do nas zaufanie i żeby rozluźnić tą atmosferę pierwszego kontaktu i wtedy pacjent, no, nabiera troszeczkę zaufania i no, wtedy mu jest różnie (z wywiadu z higienistką).

Często zaufanie lekarz dostaje na wstępie, ponieważ, duża część pacjentów to pacjenci, którym danego lekarza polecili ich znajomi. W takim wypadku większość pracy przy budowaniu zaufania dla lekarza jest wykonywana przez osoby polecające.

Aby zaprezentować się jako osoby kompetentne w swoim zawodzie, stomatolodzy stosują rozmaite techniki. Prostym sposobem takiej autoprezentacji jest poinformowanie pacjentów o wykształceniu czy ciągłym doksztalcaniu się. Może to przybierać formę skrótu „dr n. med.” przed nazwiskiem na tabliczce od gabinetu lub mogą to być wywieszane w poczekalni dyplomy świadczące o ukończonych kursach zawodowych:

Ja powiesiłam certyfikaty, w związku z tym, że do ortodonty trafiają pacjenci, którzy mnie nie znają. To nie są pacjenci od wielu lat się leczący, przychodzą pacjenci z polecenia. Jeżeli przychodzą pierwszy raz, to myślę, że zwracają uwagę, z resztą sami mnie pytają. Teraz po remoncie są zdjęte, pytają co się

³³ Przez chęć działania dla dobra pacjenta rozumiem kierowanie się zasadami medycznymi, a nie chęcią dążenia do zysku. Oczywiście przytłaczająca większość stomatologów (jak i wszystkich ludzi) pracuje, aby zarobić pieniądze, ale na pierwszym miejscu powinno być dobro pacjenta. Pacjent na pewno nie chciałby, aby stomatolog doradzał mu bardziej zyskowe dla siebie, czasami zbędne rozwiązania. Przez działanie dla dobra pacjenta rozumiem też niepodejmowanie się zabiegów, do wykonania których nie ma się wystarczających kompetencji oraz staranie się o zapewnienie jak największego komfortu i zmniejszenie bólu.

z nimi stało. Oni to czytają, pytają co ja za kursy kończyłam, pytają mnie czasami co to znaczy i to też ma istotne znaczenie. Oni muszą wiedzieć, że trafili na osobę, która zna się na tej branży, prawda, zna się na rzeczy. Słuchają chętnie, że ja na jakieś kursy jeżdżę, że jakąś ciekawą informację z nich przywiozłam [...] (z wywiadu ze stomatologiem).

Następną techniką mającą utwierdzić pacjenta w przekonaniu o wysokim poziomie kompetencji lekarza jest udawanie pewności. Stomatolog jest dzięki temu w stanie trzymać pacjenta w przeświadczeniu, że jest w dobrych rękach i nie musi się martwić o efekt pracy. Z jednej strony takie udawanie pewności pozwala oszczędzić pacjentowi stresu, ale z drugiej nie jest wobec niego do końca uczciwe.

Relatywnie nową formą autoprezentacji jest dla stomatologów internet. Na stronach gabinetów prywatnych umieszczone są zdjęcia gabinetu (nowoczesnego i czystego) oraz informacje o wykształceniu, przebytych kursach oraz o doświadczeniu w pracy. Strony przychodni stomatologicznych wyglądają przeważnie podobnie, z tym że można na nich przeczytać o wykształceniu i doświadczeniu wszystkich pracujących tam lekarzy.

O ile pacjenta o swoich kompetencjach można przekonać, prezentując mu informacje o sobie, o tyle wzbudzić zaufanie do swoich intencji trzeba na poziomie interakcyjnym. Na tym poziomie lekarz zdobywa zaufanie pacjenta poprzez przestrzeganie reguł moralnych; traktowanie go podmiotowo, tworzenie nieformalnej atmosfery, tłumaczenie i wyjaśnianie przeprowadzanych zabiegów.

Dwa poziomy pracy nad zaufaniem, prezentowanie siebie jako osoby kompetentnej i jako osoby o dobrych intencjach, nie zawsze muszą się uzupełniać. Kiedy lekarz nie jest pewny co do diagnozy czy planu leczenia, może udawać pewność, aby podkreślić swoją kompetencję lub przyznać się przed pacjentem do niewiedzy i skonsultować się z innym lekarzem. Gdy wybierze tę drugą drogę, pokazuje pacjentowi, że jest w swoich działaniach szczery i że zależy mu na dobru pacjenta. W takich sytuacjach swój sposób działania dentyści dostosowują do stopnia niepewności i konkretnej osoby.

Z jednej strony pacjenci nie lubią zbyt niepewnych w swoich działaniach dentystów, ale z drugiej szczere przyznanie się do niewiedzy może w znacznym stopniu zwiększyć zaufanie do lekarza.

Kiedyś moja koleżanka mi powiedziała, że ty zapunktowałaś u mnie, że powiedziałaś, że nie wiesz, co z moim zębem zrobić i że musisz się skonsultować, że nie za bardzo wiesz jak go leczyć, że pokazałaś, że nie jesteś taka nieomylna i że ty wszystko wiesz (z wywiadu ze stomatologiem).

Podczas wywiadów i rozmów z personelem medycznym o konieczności zdobywania zaufania pacjenta wprost powiedziała mi tylko jedna osoba — higienistka. Lekarze oczywiście opowiadali o sposobach wzbudzaniem zaufania pacjenta, ale nigdy nie nazwali tego „zdobywaniem zaufania”. To zjawisko na pewno warte jest odnotowania, lecz nie powinno się na jego podstawie wysuwać jakiś daleko idących wniosków.

Natomiast faktem jest, że stomatolodzy wymagają zaufania od pacjenta. Niechętnie odnoszą się do pacjentów, których podejrzewają o brak zaufania, a nawet spotkałem się z sytuacją, kiedy zachowania pacjenta, które zostały zinterpretowane jako objawy braku zaufania, skłoniły lekarza do zakończenia współpracy. Jeśli pacjent nie powstrzymuje zachowań dających się zinterpretować jako okazywanie braku zaufania, może to zostać bardzo źle odebrane przez lekarza i doprowadzić do zaburzeń relacji lekarz-pacjent:

I tak się wtedy stało, pacjentka postanowiła odebrać swoje zdjęcia i modele z planem leczenia. I jest to dla mnie bardzo korzystna sytuacja, ponieważ ja nie podejmuję się leczenia w stosunku do pacjentów, którzy są do mnie jakoś bardzo wątpliwie nastawieni. [...] zdarza mi się poddać w wątpliwość to, czy to dobry pomysł, żebyśmy podjęli współpracę. Jeżeli mam wątpliwości, to mówię „Proszę pana, jest na każdym..., jest naprawdę bardzo dużo stomatologów, proszę zasięgnąć innej opinii, może pan będzie bardziej usatysfakcjonowany, może pan chce zasięgnąć innej opinii, proszę bardzo przyjść i mi o tym powiedzieć”. Nie odmawiam leczenia.

Jakim pacjentom tak pani mówi?

Takim, którzy już w rozmowie..., już z rozmowy wynika, że mają wątpliwość, że ja im dobrze życzę. Czy ja po prostu, oni mają wątpliwości czy ja mam rację, w planie leczenia, w podjęciu jakiś określonych działań (z wywiadu ze stomatologiem).

Jest grupa pacjentów, która chodzi i nic więcej, zwiedza wszystkie gabinety, ja takiego człowieka wyłowię. I od razu mu mówię, albo ma do mnie zaufanie, albo wprost przeciwnie. I jeżeli nie ma do mnie zaufania, niech idzie gdzie indziej i to [diagnozę, plan leczenia] potwierdzi. Więc albo ma do mnie zaufanie i zostanie, albo nie (z wywiadu ze stomatologiem).

Są pacjenci tacy, którzy na przykład, tak jakby podejrzliwie cały czas na ciebie patrzą, jakbyś chciał ich oszukać, jak wiesz, tacy są, no nie mają do ciebie zaufanie. [...] No, ale muszą mieć, tak sobie myślę, może wcześniej zostali przez jakiś lekarzy źle potraktowani, źle... No bo często ci pacjenci przychodzą do mnie od lat, ale zawsze zachowują się tak samo. Tak jakbym chciał po prostu im coś, jakbym chciał ich oszukać. [...] Denerwujące jest, jak ci tak cały czas na ręce patrzy, siedzi na fotelu, a głowę tak [rozmówca demonstruje kręcenie głową i patrzenie dookoła] co ty tam robisz, czy tam czas czegoś na niego nie szykujesz, co by mu zaszkodziło (z wywiadu ze stomatologiem).

W powyżej opisanych sytuacjach lekarze nie tylko podejrzewają brak zaufania u pacjenta, ale też zastanawiają się nad jego prawdziwymi intencjami. Stomatologa, którego słowa przytoczone zostały w ostatnim cytacie, zastanawiają intencje i motywy takich pacjentów. Z jednej strony pacjent daje oznaki braku zaufania, ale z drugiej jest od dawna przychodzącym pacjentem, więc musi w pewnym stopniu ufać lekarzowi³⁴. Dla lekarki przywoływanej w drugim cytacie taka niepewność, co do intencji pacjenta jest bardzo uciążliwa i dąży ona do otwarcia kontekstu świadomości³⁵, a co za tym idzie do wyjaśnienia sytuacji.

W jakikolwiek sposób przebiegać będzie praca nad zaufaniem, to brak zaufania u którejkolwiek ze stron wywiera bardzo negatywny wpływ na proces przyjmowania pacjenta stomatologicznego.

³⁴ Niektóre zachowania pacjentów odbierane przez stomatologów jako brak zaufania, mogą być po prostu spowodowane strachem towarzyszącym wizycie.

³⁵ Szerzej problematykę kontekstów świadomości, choć w zupełnie innym otoczeniu, opisywali Glaser i Strauss (2006).

7.8.3. Stomatolog jako psychoterapeuta — praca nad tożsamością i nad biografią

Strauss (i in., 1997: 137-139) wyróżnił jeszcze dwa związane ze sobą rodzaje pracy sentymentalnej — pracę nad biografią (*biographical work*) i pracę nad tożsamością (*identity work*). Pierwotnym celem pracy nad biografią jest cel diagnostyczny, ale rozmowy na temat historii choroby i życia pacjenta mogą zmienić swoje ukierunkowanie na problemy psychologiczne. Z kolei praca nad tożsamością skupia się właśnie na tych problemach psychologicznych i jak zaznacza Strauss, normalnie ten rodzaj pracy wykonywany jest przez bliskich przyjaciół lub psychoterapeutę. „Rozmowy te uświadamiają pacjentowi jego stan i przygotowują do dalszego życia, pozwalają pacjentowi uwierzyć, że jest odważny, odpowiedzialny itp.” (Konecki, 1988: 5). Chociaż Strauss uważał analityczne rozdzielenie tych dwóch rodzajów pracy za użyteczne, zdecydowałem na umieszczenie ich w jednym podrozdziale. Trzeba też zaznaczyć różnicę między zastosowaniem tych pojęć w badaniach dotyczących między innymi oddziałów onkologicznych i w badaniach dotyczących stomatologii. Leczenie schorzeń stomatologicznych (czy czasami wręcz przeprowadzanie zabiegów estetycznych) nie ma takiego wpływu na życie pacjenta jak leczenie onkologiczne. Ponadto w stomatologii jest dużo mniej czasu na rozmowy pacjentów z personelem niż podczas leczenia szpitalnego.

W stomatologii praca biograficzna też jest częściowo sformalizowana w postaci wywiadu ogólnego (badania podmiotowego). Taki wywiad pozwala zebrać nie tylko ogólne informacje o stanie zdrowia, ale też i o stylu życia czy innych elementach umożliwiających lepsze postawienie diagnozy, czy przygotowanie planu leczenia. O próbach przemienienia przez pacjenta wywiadu ogólnego, mającego instrumentalny charakter, w możliwość opowiedzenia o swoich chorobach i cierpieniu opowiada jeden z lekarzy w przytoczonej przeze mnie w rozdziale 7.6 wypowiedzi. Jeśli w takiej sytuacji

lekarz zgadza się wysłuchać opowieści pacjenta, praca biograficzna staje się pracą nad tożsamością.

W gabinecie czy przychodni stomatologicznej praca nad tożsamością może zaczynać się w dowolnym momencie wizyty i wcale nie musi dotyczyć tematu zdrowia pacjenta. W uniwersyteckiej klinice protetyki wielokrotnie miałem możliwość zaobserwowania takiej pracy nad tożsamością pacjentów. Niektórzy z pacjentów, szczególnie ci starsi, podejmowali nurtujące ich tematy: złego stanu zdrowia, problemów z dziećmi, wnukami, swojej samotności. Studenci i lekarze do takich zwierających się ludzi odnosili się z życzliwością, pocieszali czy czasami dawali jakieś rady.

Jak wynikało z moich rozmów ze stomatologami, zwieranie się na fotelu dentystycznym, nie jest domeną tylko starszych i uboższych pacjentów, ale też ma miejsce w gabinetach prywatnych.

Szczerze mówiąc wiele osób uważa, że pójście do kogoś i otwarcie buzi, i pokazanie co tam się ma, a często stan jest, no, zaniedbany, wiąże się z nawiązaniem jakiś intymnych układów i nie każdy, mówiąc kolokwialnie rozdziawia się przed drugim człowiekiem i pokazuje to, co ma. To chyba to samo, co z badaniem ginekologicznym u kobiet — nie każda kobieta do każdego ginekologa się uda. [...] Jeżeli masz wystarczająco cierpliwe podejście i można wysłuchać tych osób z ich problemami albo udzielić porady odnośnie jakiegoś innego elementu stanu zdrowia, to ci pacjenci wyraźnie zachowują się inaczej, więcej uśmiechu jest z ich strony (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Tak, to jest normalne, że się tak żalą. Trzeba wysłuchać pocieszyć.

A w gabinecie prywatnym też?

Też, może nawet więcej. Jakie rzeczy mi mówią. Przychodzą i opowiadają mi swoje problemy; że za gruba jestem, że mężowi się nie podobam, że żona nie daje (śmiech). Wszystko (z rozmowy ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

I one właściwie przychodzą głównie z takimi objawami jak suchość w jamie ustnej, jakieś lęki, jakieś takie dziwne uczucie, poza tą suchością, pieczenia, swędzenia błony śluzowej jamy ustnej. Często zdarza się tak, że samo wysłuchanie pacjenta daje poprawę. Taki zespół chorobowy, który leczymy, jest dosyć dobrze opisany. Nazywa się stomatodynią. Są to urojone dolegliwości, które są wynikiem, no, takiego osamotnienia, depresji, i wtedy takiego postępowania leczniczego, terapeutycznego, poza wysłuchaniem i udzieleniem odpowiednich rad nie ma. (...) Wielokrotnie ci pacjenci są.., idą

gdzieś po poradę, bo coś się dzieje i nie znajdują jej, nie dostają po prostu pomocy, więc oni są odsyłani, odsyłani, i jak do nas trafiają przychodzą czasami z takim nastawieniem i znowu będzie to samo. Znowu nic im nie zrobią i gdzieś mnie odeślą. Ale często się przekonują, że my im... Chociażby tak jak mówię, już samo wysłuchanie i przepisanie recepty pacjentowi, który był odsyłany w nieskończoność, daje mu jakąś szansę na wyleczenie (z wywiadu ze stomatologiem, wykładowcą akademickim).

Pacjentowi, który wymaga wsparcia psychicznego, często wystarczy bycie w pełni wysłuchanym, potraktowanie podmiotowe. Nie wymagają od lekarza jakichś porad na temat życia czy skomplikowanych zabiegów psychoterapeutycznych, potrzebują po prostu wysłuchania, czasem współczucia. Jednak konieczność wykonywania takiej prostej, ale niekiedy czasochłonnej, pracy nad tożsamością pacjenta, bywa dla niektórych stomatologów uciążliwa (co jest uzasadnione, nie leży to w zakresie ich obowiązków):

Rozmawiałem z innymi stomatologami i oni mówili, że niektórzy pacjenci traktują ich jak psychoterapeutów i opowiadają o swoich problemach?

Aha, no są tacy. Ale to są męczący pacjenci. Także stanie i zacznie mówić, także mówi wszystko, co się da. Albo o jednym zębie opowiada cały czas.

Dużo ma pani takich pacjentów?

Nie, ja myślę, że tacy pacjenci to często zmieniają... Tacy marudni to często zmieniają lekarzy, bo to są często tacy marudni, roszczeniowi i jak widzą, że ma się ich dosyć, to idą do następnego (z wywiadu ze stomatologiem).

Jak widać na powyższym przykładzie zbyt natarczywość pacjenta i domaganie się bycia wysłuchanym działa niekorzystnie na dalszy przebieg relacji lekarz-pacjent — nie każdy stomatolog ma cierpliwość i chęć, aby wykonywać pracę nad tożsamością pacjenta.

Zatem na podstawie powyższych rozważań można stwierdzić, że praca nad tożsamością bywa przez stomatologów wykonywana bardzo często. Należy jednak zaznaczyć, że przeważnie ogranicza się ona do uważnego wysłuchania i okazania współczucia, co okazuje się całkowicie wystarczające dla pacjentów.

7.8.4. Praca oczyszczająca

Kolejnym ważnym rodzajem pracy sentymentalnej wprowadzonym przez Straussa (i in., *ibidem*: 139-140) jest praca oczyszczająca (*rectification work*). Ten rodzaj pracy wykonuje jakiś członek personelu medycznego po złamaniu reguł moralnych przez innych członków personelu, po zdarzeniu, które doprowadziło do urażenia lub poniżenia pacjenta. Strauss podaje przykład pielęgniarki naprawiającej uprzedmiotawiające pacjenta i odbierające pacjentowi godność zachowanie lekarza.

Bardzo podobnie wygląda sytuacja podczas wizyt w gabinecie stomatologicznym, w którym to przeważnie osobą odpowiedzialną za wykonanie pracy oczyszczającej jest asystentka/higienistka.

Na tej chirurgii pacjent jest faktycznie nieraz taki podenerwowany, że nie panuje nad swoimi odruchami, to lekarz musi tam troszeczkę zareagować tak, żeby się pacjent trochę uspokoił, oczywiście dla jego dobra. No to ja potem jakoś miło i sympatycznie wszystko pacjentowi tłumaczę. Ale to rzadko, lekarze też naprawdę są cierpliwi i wyrozumiali (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

Czasem, kiedy któryś z lekarzy jest niemiły dla pacjenta, a potem widać, że pacjent jest zdenerwowany, to w rozmowie z pacjentem możemy tłumaczyć, że „pan doktor ma zły dzień” albo „proszę się nie przejmować, pan doktor już taki jest” (z rozmowy z asystentką stomatologiczną).

W przypadku asystentki stomatologicznej pojawia się jeszcze inny aspekt pracy oczyszczającej, który, podobnie jak w przypadku pracy nad tożsamością w stomatologii, polega głównie na wysłuchaniu pacjenta:

Widzi pan, czasami jest tak, że lekarz się spóźnia, pacjent się denerwuje, ma do nas pretensje, bywa, że jest naprawdę niegrzeczny w stosunku, ale przychodzi spóźniony dentysta i od razu ten pacjent do niego „dzień dobry panie doktorze”, staje się bardzo miły, nie ma już śladu po zdenerwowaniu (z rozmowy z asystentką stomatologiczną).

No tak, tak. Bo oczywiście stomatolog wykonuje tę usługę, na której pacjentowi najbardziej zależy, niekiedy się boi, boi się bólu. No więc zawsze swoje frustracje wyładowuje na pomocy — tak, miałam kilka takich przypadków (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

W tych sytuacjach pacjent był niezadowolony z niewłaściwego potraktowania, ale zwracania uwagi lekarzowi nie uważał za zachowanie stosowne czy rozsądne, więc swoją złość wyładowywał na zajmującej niższą pozycję higienistce/asystentce, która tym samym wykonywała pracę oczyszczającą. Jeden z moich rozmówców podkreślał, że *„asystentka musi taką sytuację umieć załagodzić i że jest to bardzo ważne w komunikacji między pacjentem a gabinetem”*.

7.9. Zaprzyjaźnianie się z pacjentem, nieformalne rozmowy — ustanawianie i utrzymywanie relacji nieformalnych

W opisie ujęcia diachronicznego zaznaczone zostało, że pacjenci mają często swoich stałych stomatologów, a zdarza się, że chodzą do nich po kilkadziesiąt lat. Jeśli wizyta nie jest wizytą pierwszorazową, to w fazie rozpoczęcia wizyty ważne jest, aby pamiętać imię i nazwisko pacjenta oraz podstawowe informacje o nim, a przeprowadzenie jakiejś rozmowy podczas przyjmowania pacjenta, chociażby błahej i niezobowiązującej, jest wymagane przez reguły moralne. Niekiedy u jednego lekarza leczą się całe rodziny (*„leczyłam babcię, leczę jej dzieci, a teraz wnuki”*, *„że jak przychodzą, to są całe rodziny nieraz”*), co jeszcze bardziej sprzyja powstawaniu, czasem bardzo bliskiej, relacji nieformalnej.

Poza tym bardzo często pacjenci w prywatnych gabinetach leczą się całymi rodzinami, także tutaj pytania dotyczące ich dzieci, czy problemów, które pojawiły się w ich życiu prywatnym bardzo często... (z wywiadu ze stomatologiem).

Nawiązywaniu bliższych kontaktów między lekarzem a pacjentem sprzyja też, jak to określali moi rozmówcy, *„intymna atmosfera”* gabinetu stomatologicznego, którą kilku z nich przyrównało do tej panującej w gabinecie ginekologicznym:

Wcześniej wspomniała Pani, że w gabinecie stomatologicznym jest taka intymna atmosfera jak w ginekologicznym... [nawiązanie do spontanicznej wypowiedzi rozmówczyni przed włączeniem dyktafonu]

Tak, intymna. Staram się zachować takie wrażenie. To znaczy, jeżeli wiem, że pacjent ma takie [hałas uniemożliwia zrozumienie] protetyczne, może się krępować asystentki czy nawet mnie, to staram się żeby nie było osób trzecich, żeby się te osoby nie kręciły. A nawet zdarza mi się czasami przeprosić, jak jest bardzo intymna atmosfera, mimo że ten gabinet jest dość intymny, ale obecność jakiejś osoby, która chce porozmawiać ze mną mimo, że ja przyjmuję pacjenta, to zdarza mi się wypraszać, poprosić, że by poczekał w poczekalni na swoją kolej i żeby nie wchodził do gabinetu w tym czasie. Są tacy pacjenci, którzy zdecydowanie życzą sobie, swoim zachowaniem dają znać, a poza tym ja sama uważam, że są takie sytuacje, kiedy pacjent powinien poczuć, że jest pod ochroną i nikt specjalnie nie będzie jego intymności naruszał (z wywiadu ze stomatologiem).

Lekarz cytowany przy opisie pracy nad tożsamością pacjenta wspominał też, że dla niektórych pokazanie komuś swojej jamy ustnej „wiąże się z nawiązaniem jakiś intymnych układów” i powoduje „rozdziawianie się przed drugim człowiekiem”. Takie otwarcie przed stomatologiem to czasem żalenie się i nadzieja na bycie wysłuchanym, a czasem po prostu chęć bardziej otwartej rozmowy na prywatne czy „luźne” tematy.

Wspominała pani o zaprzyjaźnianiu się z pacjentem, jak to wygląda?

Bardzo fajnie, bardzo często tak jest.

Jakieś nieformalne rozmowy?

Tak. Bardzo często. [...]. Jest bardzo często rozmowa, właśnie na zasadzie zaprzyjaźniania się. Bardzo często ci pacjenci po pewnym czasie bardzo dużo też mówią o sobie, jeśli mogą, oczywiście. Jak nie, to piszą sms-y, bo i takich miałam pacjentów. Miałam pacjenta barmana, który mi pisał bardzo dobre przepisy na drinki w komórce, bo nie mógł mówić, nie? Ogólnie ta..., to wszystko zależy od pacjenta (z wywiadu ze stomatologiem).

Nie można jednak stwierdzić, że chęć nieformalnej rozmowy zawsze wychodzi od pacjenta, przeważnie jest wynikiem działań obydwu stron. Lekarz zadaje jakieś ogólne pytanie, na które pacjent ma możliwość odpowiedzieć krótko i rytualnie lub bardziej zaangażować się w konwersację.

I to [zaprzyjaźnianie się, nieformalna rozmowa] przeważnie wychodzi od pacjenta czy od stomatologa?

Ja ci coś powiem. I w jedną, i w drugą stronę. Są pacjenci, z którymi trudniej jest nawiązać kontakt i po pewnym czasie się go nawiązuje. Tylko trzeba zrozumieć jaki ten pacjent jest. Bo jest pacjent pogodny, wiesz, taki no, sympatyczny i jest pacjent, który jest, raczej trudny. Nie ze względu na zęby, tylko ze względu na jego zachowanie, prawda? (z wywiadu ze stomatologiem).

Sami do tego nawiązują, sami się próbują zwierzać, bo przecież tych pytań z mojej strony nie jest aż tak wiele, bo trudno żeby było intymne pytanie jak się pytam, co tam słychać. Więc można powiedzieć, że wszystko w porządku w pracy, wszystko w porządku w domu, itd. Więc to nie jest jakieś bardzo... To jest ogólne pytanie. A czasami opowiadają, że córka zachorowała i... (z wywiadu ze stomatologiem).

Poniżej zamieszczam przykład nagranej rozmowy między lekarzem a pacjentką, w której pacjent inicjuje rozmowę zaczynając od błałego pytania o kwiatek, przechodząc do bardziej osobistego tematu posiadanych dzieci:

P: Ale widzę, że pan ma tą, no, [nazwa jakiegoś kwiatka]

S: Tak.

P: Ale sam pan ją wyhodował?

S: W domu, tak. A pani wyrosła?

P: Tak, (niewyraźne), takie mniejsze były te. No bo mnie się otwiera, się zrobiła kuleczka taka, taka i w ogóle się otworzyła, ale (niewyraźne) mniejsze były.

S: Tak, tak.

P: Kiedyś to się dużo rzeczy chciało, a teraz to już się nie chce, no ale już, muszę. Muszę bo mam dzieci do wychowania.

S: No to już, proszę bardzo. Ej, ale pani ma dwóch chłopaków dużych!

P: Dużych, tylko wie pan, ten jeden się jeszcze uczy cały czas, no przecież ten starszy zaczął pracować, ale ten to jeszcze nie. A pan iluletnie ma te dzieci?

S: Też dwóch chłopaków. Mniej więcej w wieku pani dzieci są, 19 i 22 lata. A ile pani mają?

P: No troszkę młodszych. Też mam dwóch chłopaków (nagranie rozmowy stomatologa z pacjentem).

Po prostu konwersacja w gabinecie rozwija się w sposób naturalny, a po iluś wizytach/latach przychodzenia lekarz i pacjent w pewien sposób zaprzyjaźniają się ze sobą. Oczywiście nie dotyczy to wszystkich stomatologów i ich pacjentów, wiele zależy od ich osobowości i sposobu życia:

Zaprzyjaźnia się pani z pacjentami?

A to zależy którzy, bo pacjenci są tacy na przykład, no są różni. Są tacy otwarci, którzy usiądą, opowiadają o rodzinie, o dziecku, gdzie jadą na wakacje. No i z takimi można się zaprzyjaźnić. A są tacy, którzy nie mówią nic, czasem ze strachu, przeważnie ze strachu. No, ale taki mają charakter. Są tacy na dystans (z wywiadu ze stomatologiem).

Raczej jest to wyłącznie strona zawodowa. Natomiast rzeczywiście, jeśli są to pacjenci, którzy przychodzą od dwudziestu paru lat, których..., ich znam, ich dzieci. Trudno tu mówić o zaprzyjaźnianiu się.

A jakieś nieformalne rozmowy w gabinecie?

Czasami, ale to bardzo rzadko.

Ale widziałem, że teraz rozmawiał pan z pacjentami na luźniejszej stopie? [przed wywiadem byłem świadkiem przyjmowania dwóch pacjentów, których lekarz ten potraktował bardzo serdecznie i ciepło, rozmawiał też z nimi o różnych prywatnych sprawach]

Z tym panem to akurat dwadzieścia parę lat się znamy, także...

A z tymi poprzednimi ludźmi?

To też są pacjenci z polecenia i to jest kolega mojej córki (z wywiadu ze stomatologiem).

Choć z drugiej strony muszę przyznać, że w przypadku przyjmowania pacjentów stałych (tj. niezmiwiających stomatologa) prawie zawsze byłem świadkiem ciepłego przyjęcia i nieformalnych rozmów. A trzeba zaznaczyć, że obserwację prowadziłem przede wszystkim w gabinetach wielostanowiskowych, które nie sprzyjają otwartości i szczerości, ale jak już wspomniałem, poprzez ściszenie głosu lekarze starali się zachować w pewnym stopniu intymną atmosferę.

Zdarza się nawet, że lekarz z pacjentem mogą się zaprzyjaźnić na tyle, że ich znajomość wychodzi poza ramy gabinetu:

Myślę, że mam dobry kontakt z pacjentami. Ja jestem przez te lata z wieloma pacjentami zaprzyjaźniona. Nawet powiem, że u takich pacjentów, mam takie małżeństwo, u których byłem w Anglii, bo oni na stałe mieszkają. Oni, jak przylatują, to zawsze do mnie przychodzą do domu. Tutaj mam też takich, że z jakąś tam pacjentką byłem na kawie, a z inną sobie opowiadamy jakieś tam, ona mi swoje różne małżeńskie sekrety opowiada, albo o ciuchach rozmawiamy. No, nie wszyscy, dr Y też jest taka, że ma dużo pacjentów,

z którym jest w bliskich stosunkach i sobie jakoś tam szepczą, opowiadaj i tak dalej. To jest właściwie dobre mieć taką relację z pacjentami.

A ma pani taką relację z większością pacjentów?

Może nie z większością, ale ze znaczną ilością (z wywiadu ze stomatologiem).

Takie zaprzyjaźnianie się z pacjentami wywiera korzystny wpływ na proces przyjmowania pacjenta; obie strony mają do siebie zaufanie, a pacjent traktowany jest podmiotowo. Jednak nie dla wszystkich lekarzy zaprzyjaźnianie się z pacjentami ma jedynie pozytywne aspekty. Podczas swoich badań spotkałem się ze zwracaniem uwagi na negatywne dla pracy stomatologa skutki zaprzyjaźniania się z pacjentami:

Także mam bardzo dużą skłonność do zaprzyjaźniania się, uważam, że nie jest to tak bardzo korzystne... Uważam, że nie jest to tak bardzo korzystne, ponieważ bardzo ciężko przychodzi mi egzekwowanie pewnych rzeczy.

Jakich konkretnie?

Nie tylko finansowych, bo ciężko jest wtedy pacjentowi z górnej półki widełek zaproponować sumę pieniędzy, a druga sprawa, że takie zaprzyjaźnienie z pacjentem, czasami jest tak, że czegoś się unika. Jeżeli jest tak na przykład, że przyjmuję dziecko, i dziecko jest do mnie bardzo pozytywnie nastawione, a ja muszę wykonać zabieg, który się będzie wiązał z jakimś, może się wiązać z urazem dla dziecka, czy to będzie jakiś bólowy uraz, i dziecko jest bardzo bojaźliwe wobec pewnych zabiegów, a ja muszę to wykonać, to jest to często albo odraczane, prawda, no w jakiś sposób ciężko mi jest wykonać taką procedurę, jak pacjent jest zaprzyjaźniony jest mi ciężej niż jak pacjent przyjdzie z ulicy. To wtedy trochę to utrudnia takie patrzeć na pacjenta bardziej przyjaźnie. [...] i muszę wykonać pewne zabiegi, które mnie ani jej [córce — przypis Ł.P.] nie pasują...

Przez to, że są tak nieprzyjemne?

No, ona jest bardzo wrażliwa i niektóre zabiegi dla niektórych pacjentów nie są takie bolesne i ona na nie reaguje bólem, czy naprawdę niezadowoleniem i też się boi tych zabiegów i też jest problem, ale bronię się przed tym, już świadomie traktuję jakby to był pacjent z ulicy, tak jakby to przyszła pierwszorazowa osoba, zupełnie obca. To trzeba się niestety pilnować, nie jest to takie proste.

Czyli ma Pani jakieś opory żeby nie sprawić bólu?

No bólu i żeby nie zrazić tych ludzi do siebie (z wywiadu ze stomatologiem).

Powyższy fragment pokazuje dwie ważne kwestie związane z przyjmowaniem „zaprzyjaźnionych pacjentów”. Po pierwsze czasem lekarzowi trudno ustalić cenę dla takiego pacjenta. W przychodniach ze stałymi cennikami taki problem nie występuje, ale w gabinetach prywatnych lekarze często mają ustalone jedynie widełki cenowe:

Nie, nie, jest pewien podstawowy cennik, którego nie można przekraczać, ale ja na przykład, jeśli wiem, że dana osoba jest emerytką, i nie jest to osoba zamożna, i mam taką wiedzę, no to na pewno przy każdej wizycie, są takie widełki, i to są z dolnej granicy brana. [...] Myślę, że na każdym rynku za każdą usługę można wziąć troszkę więcej lub troszkę mniej, więc myślę, że to jest na całym świecie tak. Ten sam artykuł może w różnych sklepach kosztować różnie w różnych sklepach, na przykład w aptekach (z wywiadu ze stomatologiem).

Część lekarzy dostosowuje ceny nie tylko do poziomu znajomości czy pokrewieństwa z danym pacjentem, ale także do sytuacji materialnej pacjenta. Ustalanie cen, przynajmniej na początku kariery, na pewno nie jest dla lekarzy łatwe.

Po drugie poprzednia wypowiedź pokazywała, że wykonywanie zabiegów na ludziach, z którymi wiązą stomatologa bliższe relacje, bywa trudne³⁶. Taki problem jest też charakterystyczny dla innych profesji, ponieważ działanie profesjonalne wymaga patrzenia na sprawy potencjalnie bolesne czy związane z dużymi emocjami obiektywnie i chłodnym okiem (Hughes, Coser, 1994: 38). Takie obiektywne spojrzenie staje się dla lekarza trudniejsze, jeśli pacjent jest osobą bliżej poznaną.

Są jednak pewne granice spoufalania się z pacjentami, zależne oczywiście od stomatologa i pacjenta. Część lekarzy może dążyć do zachowania dystansu z pacjentem o niższej pozycji społecznej, nie dając się wciągnąć za bardzo w rozmowę i odpowiadając tylko „tak”, „mhm” na dłuższe pytania pacjentów. Pomimo że atmosfera w gabinecie stomatologicznym jest często dość sympatyczna, a pacjenci i lekarze rozmawiają na prywatne,

³⁶ Dlatego część stomatologów nie wykonuje bardziej skomplikowanych zabiegów na swoich dzieciach.

czasem nawet bardzo osobiste tematy, to jednak na ogół nie przechodzą z pacjentami na „ty” — pomimo zaprzyjaźniania się pewien dystans cały czas pozostaje.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden bardzo ważny aspekt nieformalnych rozmów stomatologów i pacjentów. Zostały wspomniane sytuacje, kiedy rozmowa może naturalnie wyłaniać się z zainteresowania obu stron lub być po prostu wynikiem przestrzegania reguł moralnych („*Jak oni mówią, to ja też mówię. [...] Jestem dobrze wychowany i nieładnie byłoby nie odpowiadać lub nie uczestniczyć w rozmowie*”). W tym drugim przypadku mamy do czynienia z udawanym zaangażowaniem którejś ze stron (Goffman, 2004: 127-130). Trzecią możliwością jest traktowanie zaprzyjaźniania się z pacjentem i nieformalnych rozmów jako działania marketingowego, mającego na celu zadowolenie pacjenta jako klienta i przywiązanie go do danego gabinetu/przychodni:

Rozsądne korzystanie z bazy danych o pacjentach i jej wykorzystywanie jest jednym z bardziej efektywnych rodzajów REKLAMY gabinetu (zaliczone do tzw. reklamy wewnętrznej). Ale zacznijmy od początku [...]

Pacjenci uwielbiają kiedy się o nich pamięta, telefonuje do nich, przypomina się o terminach wizyt, kontrolach itd., kiedy dostają kartki świąteczne, informacje o funkcjonowaniu gabinetu. Kochają też kiedy się pamięta ich nazwiska, szczegóły z ich życia, powiązania pomiędzy pacjentami, ich indywidualne upodobania. I taką bazę danych należy tworzyć od początku funkcjonowania.

Przykład : Pacjentka X I.44 trafiła do nas pierwszy raz 1.07.2005. Miała 8 wizyt przez okres 2 miesięcy(wynika to z karty) . poleciała nam pacjentkę Y i Z, sama powiedziała, że trafiła z polecenia A. Ma psa Zyzia, ostatni urlop spędziła w Turcji w 2006 roku. Ma syna Grzegorza lat 23, który ma problemy z uzębieniem, myśli o mostach. Wydała u nas 2450 PLN, wie o wizytach kontrolnych co 1/2 roku.

To są informacje, o których dowiedziałem się podczas 8 wizyt u nas, są one umieszczone na karcie w postaci zapisek i na przyklejonych Post-It.(żółtych karteczek) Co wynika z tych informacji:

a) Trzeba wysłać kartę rabatowa 10 % do pacjentki A z podziękowaniem ze poleciała nam pacjentkę X i że bardzo jej dziękujemy, i że jesteśmy dozgonnie wdzięczni, i że czekamy na jej wizytę

b) Wysłać kartę 10 % do X z podziękowaniem za Y i Z.

c) *Gdy ona zadzwoni do nas, umówić się na wizytę i recepcja będzie miała jej kartę w reku; recepcjonistka zapyta się, jak tam po urlopie i czy w tym roku znowu była w Turcji*

d) *Jeśli nie zadzwoni, recepcjonistka ma obowiązek zadzwonić do niej co 6 miesięcy i zaprosić ją na skaling i wizytę kontrolną*

Po wykonaniu tych wszystkich czynności pacjentka będzie miała wrażenie że jest jedyna, najważniejsza pacjentka gabinetu. Co więcej, ja muszę sobie przypomnieć te informacje przed ew. kontaktem z nią (jak wpada na kontrole, ale nawet wtedy gdy wpada na skaling do higienistki- mogą ja przecież spotkać na korytarzu). Co muszę wtedy powiedzieć: OOoo , p X, właśnie o Pani myślałem!! A co tam u Grzegorza, kiedy wpadnie do mnie ?? Prawda jest niestety taka, że bez tej bazy danych mógłbym się o nią zabić na ulicy i bym nie poznał, że to moja pacjentka. Niby przykre, ale niestety konieczne (wypowiedź na temat użyteczności baz danych w dyskusji o ekonomii w stomatologii na forum stomatologicznym).

Działanie zaprezentowane powyżej pewnie zostałoby uznane przez Goffmana (2000: 48-50) za cyniczne odegranie roli interesującego się swoim pacjentami lekarza. Powyżej opisana inscenizacja stara się idealnie wpasować w oczekiwania pacjenta, naśladując model lubianego przez pacjentów lekarza, pamiętającego rozmowy z poprzednich wizyt, dostrzegającego w pacjencie nie tylko klienta czy chorego, ale podmiot, osobę. Posługując się terminologią Goffmana (*ibidem*: 70-75) należy stwierdzić, że lekarz podczas swojego występu chce przekazać publiczności idealne wzorce, ukrywając rozbieżność między nimi a swoją prawdziwą działalnością. Jak pokazują ostatnie zdania autor wypowiedzi doskonale zdaje on sobie sprawę z przepaści, jaka oddziela wrażenie wywołane występem od rzeczywistości. Jednak muszę przyznać, że w swoich badaniach, oprócz dyskusji na forum, ani razu nie spotkałem się z takim podejściem.

Przy opisywaniu procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego nie można pominąć wpływu zaprzyjaźniania się z pacjentem, lecz należy zauważyć, że najczęściej to zaprzyjaźnianie ma miejsce w ograniczonym stopniu. Takie zaprzyjaźnianie się, oprócz tego, że pozwala zbudować wzajemne zaufanie i polepsza komfort pacjenta, może też mieć dla lekarza

skutek negatywny — problem z „chłodnym”, profesjonalnym podejściem do swojej pracy.

7.10. Ból i strach

Ból i strach są powszechnie kojarzone z gabinetem stomatologicznym. Jeden z moich rozmówców po serii zabiegów związanych z wyrzynającymi się ósemkami powiedział o swoim dentyście, którego lubił jako osobę, że „on mógłby spokojnie w SS pracować”. Istnieje dentofobia, czyli paniczny strach przed stomatologiem i leczeniem stomatologicznym, która doczekała się wielu opracowań, poradników, a także specjalistów zajmujących się jej leczeniem³⁷. Zatem przy opisie procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego nie można pominąć tematów bólu i strachu.

7.10.1. Ból i praca nad nim

Personel często wykonuje, mającą na celu minimalizację i łagodzenie bólu, pracę nad bólem (*pain work*). Jednak ten rodzaj pracy boryka się z problemem, że ból jest czymś subiektywnym, niedostępnym bezpośrednio lekarzowi (Stauss i in., 1997: 95). Pracujący nad bólem personel, musi opierać się na relacjach pacjenta, które są zniekształcane przez różne czynniki (*ibidem*: 96-97). Czasem dentyści mogą zyskać częściowe zrozumienie bólu, poddając się zabiegom, które normalnie sami wykonują:

Miał pan kiedyś zęba wyrywanego?

Tak, miałem, i to chyba niewiele lekarzy się na to zdecydowało, z ciekawości. Miałem dyżur z kolegą i ponownie rozleciał mi się ząb, ósemka, wypadło wypełnienie, ona była trochę nieprawidłowo ustawiona i mama, która jest stomatologiem łatała mi go parę razy. No i zapytałem mojego kolegę, czy mógłby mi go usunąć i przy okazji będę wiedział, czy to rzeczywiście boli. I okazało się, że to rzeczywiście nie boli, co mogę mówić pacjentom, gdyż do tej pory nigdy nie miałem znieczulenia robionego i była to wiedza książkowa albo zasłyszana. I po usunięciu u siebie zęba rzeczywiście wiem, o czym mówić (z wywiadu ze stomatologiem).

³⁷ Przykładem może być oferta stomatologa-terapeuty NLP i EFT z www.dentofobia.pl

Jakoś niedawno miałam leczonego zęba i musiałam mieć borowane. Straszne uczucie, już nawet nie pamiętałam jakie to jest nieprzyjemne. I potem musiałam borować zęba jakiemuś dziecku. Ale mi było ciężko, stałam nad nim i tak mi było żal tego dzieciątka, że taki ból mu sprawiam (z notatek z wywiadu grupowego).

Jak widać na powyższych przykładach takie próby przekraczania subiektywności mogą mieć zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki. Z jednej strony doświadczenia zdobyte przez stomatologa jako pacjenta pomagają mu poszerzyć i pogłębić swoją wiedzę, sprawiają, że lekarz naprawdę wie, o czym mówi pacjentowi. Z drugiej strony samodzielne doświadczanie bólu może spowodować, że empatyczny lekarz zbyt współczuje pacjentowi, co przeszkadza w wykonaniu zabiegu.

Niezwracanie uwagi na subiektywne odczucie bólu pacjenta i skupienie się stomatologa na wiedzy teoretycznej dotyczącej występowania bólu może prowadzić do nieporozumień między pacjentem i lekarzem, a w konsekwencji do zrażenia pacjenta:

Jeszcze jedna rzecz mnie u niego zdenerwowała [u stomatologa przeprowadzającego leczenie kanałowe]. Raz, podczas wykonywania jakiejś czynności, zapytał się czy mnie boli, chyba dlatego, że się zacząłem trochę kręcić. Ja skinąłem głową, że tak. On na to, niemiłym głosem, że mnie nie boli, bo mnie nie może teraz boleć. A mnie naprawdę bolało (z wywiadu z pacjentem).

Co mnie denerwuje? No na przykład wiesz, niektórzy się panicznie boją, że nawet jak są znieczuleni, to y(.) yy, to nie może ich boleć, a zachowują się jakby ich bolało (z wywiadu ze stomatologiem).

Dzięki rozwojowi technologii ból towarzyszący zabiegom stomatologicznym można w coraz większym stopniu minimalizować i łagodzić. Jednak część bólu zależy od sposobu działania personelu. Strauss (*ibidem*: 125-128) wyróżnił dwa rodzaje bólu — konieczny i niekonieczny (*necessary and unnecessary pain*). Pierwszy jest po prostu koniecznym skutkiem ubocznym przeprowadzanych zabiegów, a informacje o nim mogą okazać się bardzo pomocne dla lekarza:

Czasami pacjenci się śmieją, bo jak czasami ich zaboli, to ja mówię, „o, bardzo dobrze!”. Ale to chodzi o to, że to jest prawidłowa reakcja, że ząb na przykład reaguje bólem, bo jest żywy i jest to prawidłowa reakcja, natomiast mniej mnie cieszy, że pacjent cierpi (z wywiadu ze stomatologiem).

Natomiast ból niekonieczny wywoływany może być przez trzy czynniki; brak umiejętności lekarza, przestarzałą technologię (czynnik nieobecny u Straussa, dołożony przeze mnie) albo przez niedbalstwo (*negligence*). Pacjentom trudno określić, czym spowodowany jest ból i mogą ból konieczny klasyfikować jako niekonieczny. Na przykład mogą uważać, że ich lekarz jest zbyt mało delikatny i nie stara się oszczędzić im bólu, lub reklamy „*bezbolesnego leczenia laserem*” mogą wywoływać u pacjentów poczucie, że przyczyną bólu jest używanie przestarzałego sprzętu przez ich lekarza.

7.10.2. Strach i metody radzenia sobie z nim

Strach jest dość powszechnym odczuciem związanym z wizytą stomatologiczną³⁸, czasami uniemożliwiającą wręcz przyjęcie pacjenta. Często wywoływany jest jakimiś nieprzyjemnymi wydarzeniami z biografii pacjenta. Szczególnie znanym wśród stomatologów wydarzeniem powodującym uraz do stomatologii są bardzo złe wspomnienia dotyczące wizyty u szkolnej dentystki, która nie przebiegała w środkach przy leczeniu zębów, przyjmując czasami na siłę. W przypadku małych dzieci do dzisiaj czasem niezbędne jest przyjmowanie dzieci na siłę (więcej miejsca poświęcę temu zagadnieniu w rozdziale 7.11).

Aby zminimalizować strach lekarze i pacjenci stosują różne metody. Strauss (*ibidem*: 136) za jeden z najbardziej widocznych rodzajów pracy sentymentalnej uznał pracę uspokajającą (*composure work*), która miała wynikać nie tylko z umożliwienia sprawnego przeprowadzenia zabiegu, ale i ze współczucia. W stomatologii taka praca też jest wykonywana bardzo

³⁸ Oczywiście występowanie strachu różni się ze względu na specjalizację. Pacjenci ortodontyczni prawie w ogóle się nie boją, podczas gdy chirurgiczni czasem mdleją z przerażenia.

często, może nawet jest powszechniejsza niż w innych dziedzinach medycyny. Jako elementy tego rodzaju pracy Strauss wymieniał trzymanie za rękę czy wypowiedzi wyrażające empatię. Obok wypowiedzi uspokajających — „proszę się nie bać”, „nie będzie bolało”, „wiem, że bardzo boli, ale musi pan wytrzymać” — przy przyjmowaniu pacjenta stomatologicznego, szczególnie w chirurgii stomatologicznej, pojawia się uspokajanie dotykiem. Podczas jednej z obserwacji byłem świadkiem zabiegu chirurgicznego — usuwania zęba (opis ten pokazuje też chyba, jak nieprzyjemne mogą być niektóre zabiegi stomatologiczne):

Miało to miejsce w prywatnej przychodni, w gabinecie jednostanowiskowym, a lekarzowi asystowała higienistka stomatologiczna, ja stałem obok w białym uniformie. Pacjentem był przyprowadzony przez matkę, przerażony kilkunastoletni chłopak. Matka nie weszła do gabinetu, tylko czekała w poczekalni. Pacjent został posadzony na fotelu, znieczulony, po czym nastąpiło oczekiwanie na moment, kiedy znieczulenie zacznie działać. Przez jakiś czas (nie miałem zegarka) staliśmy w czwórkę w milczeniu – wydawało mi się, że chłopak psychicznie czuje się coraz gorzej. Gdy lekarz upewnił się, że znieczulenie zaczęło działać, dał sygnał do rozpoczęcia zabiegu. Poprosił chłopaka o szerokie otworenie ust, wziął szczypce do wrywania zębów i polecił asystentce przytrzymanie głowy chłopaka, po czym zabrał się za wykonywanie zabiegu. Widać było, że w wrywanie zęba wkłada dość dużo siły, asystentka też dość mocno trzymała pacjenta za głowę. W pewnym momencie można było usłyszeć bardzo nieprzyjemny trzask łamanej kości i lekarz wyjął kawałek zęba. Polała się też krew. Lekarz nie dał rady wyrwać całego zęba za pierwszym razem, zrobił to dopiero po dwóch czy trzech próbach. Ja zastanawiałem się, co musi odczuwać ten chłopak, słysząc dźwięk łamanego zęba, czując lejącą krew i widząc, że lekarz wrywa jego zęba na raty. Wydawało mi się, że bycie trzymanym przez asystentkę działa na pacjenta uspokajająco (z notatek z obserwacji).

Moje podejrzenia dotyczące pozytywnego wpływu bycia trzymanym na emocje pacjenta potwierdziły się podczas dalszych badań:

Pacjenci nieraz często mi dziękują, mówią, że „bardzo dziękuję, że pani mnie przytrzymała, że w ogóle.” Tacy się czują jak dzieci nieraz zagubieni, bo się boją, no. Bo niestety to się z dużym stresem wiąże, jak kogoś boli i jeszcze ma mieć usunięte. Jakby lekarz był opryskliwy i jeszcze ta laborantka, to by pacjent nie wiem, zemdłał (śmiech). (...) Trzymam głowę [pacjenta] z kilku powodów. Głowa jest unieruchomiona, lekarzowi jest łatwiej wykonać jakiś manewr (...) A drugi powód to dla pacjenta, czuje się właśnie taki bardziej bezpieczny (z wywiadu z higienistką stomatologiczną).

Jak już zostało wspomniane w poprzednich rozdziałach, innym czynnikiem wpływającym na uspokojenie się pacjenta jest zaufanie do lekarza, swobodniejsza atmosfera, dokładne tłumaczenie wykonywanych zabiegów. Jednak z drugiej strony niektórzy pacjenci nad luźniejszą atmosferę i ciepłe słowa przedkładają „zimny profesjonalizm” lekarza:

Co do różnych typów stomatologów - ja miałam na myśli, że właśnie ten typ mojej pani dr działa na mnie najlepiej - przy ciepłych słowach tracę odwagę, rozklejam się, pojawiają się wątpliwości, przy konkretach, fachowym słownictwie i atmosferze miłej, aczkolwiek nie wylewnej, jestem sobą - pewnie siadam na fotel i czuje się w silnych, kompetentnych rękach - to najlepszy sposób na zabicie strachu we mnie, więc się jakoś "zgrałyśmy" z moją dr (wypowiedź z wątku na temat strachu przed wizytą na forum stomatologicznym).

Stomatolodzy przyjmują też inną strategię radzenia sobie z bardzo bojącymi się wizyty pacjentami. Zgadniają się, że podczas pierwszej wizyty po długiej przerwie nie powinno robić się żadnych bolesnych zabiegów. Jednak jedni takiemu pacjentowi, na początku chcąc go oswoić z gabinetem i fotelem, robią jedynie przegląd i układają plan leczenia, podczas gdy inni stoją na stanowisku, że takiemu pacjentowi trzeba koniecznie zrobić jakiś, choćby najmniejszy, zabieg. Strategia warunkowania może być stosowana do „wychowywania” sobie pacjenta. Ciekawy przykład zastosowanie tej strategii podała mi jedna z rozmówczyń:

Jeszcze raz ci powtarzam, jeśli ja mam taką sytuację, że leczę, leczyłam dziewczynę, poznała chłopaka, leczę chłopaka, później oni są małżeństwem, później rodzi im się dziecko i oni mówią „pani doktor my byśmy chcieli”. I oni przychodzą z tym dzieckiem, i to dziecko przychodzi, słuchaj, na pierwszą wizytę na zabawę, ono przychodzi tutaj, jedno lecę, drugie siedzi z dzieckiem. Na drugą wizytę jest już jakiś przegląd, ono samo się pcha, ono też by chciało. Na czwartej wizycie już jest, jeśli jest wskazanie, jakies malowanie zębów, albo już jest robienie ubytków, czyli to dziecko przychodzi, jeszcze raz powtarzam, nie dlatego, że rodzice i ja tych rodziców proszę. Jeżeli ja ich lecę i znam ich od lat, że jeżeli oni chcą, żebym ja to dziecko leczyła, żeby to dziecko się przyzwyczajało do gabinetu, rozumiesz? Żeby ono nie traktowało... I te dzieci przychodzą, słuchaj, i te dzieci przychodzą naprawdę, yyy, spokojnie. Kiedyś takiego dzieciaka straciłam prawie, bo wyjechałam na wakacje i poszli na rejon i do narodowego funduszu i usunięto temu dzieciakowi ząb. W momencie, kiedy ja wzięłam pęsetę, ten dzieciak już krzyczał. Bo ta pęseta kojarzyła mu się. I ja to musiałam znowu odkręcać

przez miesiąc, rozumiesz? I teraz przychodzi i znowu jest normalnie (z wywiadu ze stomatologiem).

Pacjenci także mają swoje metody na walkę ze strachem przed wizytą stomatologiczną (choć dużo mniej skomplikowane). Jedną z tych strategii jest przyjście na zabieg z osobą towarzyszącą, która nawet nie musi być bezpośrednio obecna w gabinecie, może czekać w poczekalni. Czasem ważna jest nie tylko świadomość obecności tej drugiej osoby, ale też fakt, że powstrzyma ona przed próbami wycofania się w ostatniej chwili („*Oczywiście znowu poprosiłam towarzyszkę, mamę, bo zbyt dobrze siebie znam*”). Inne osoby muszą/wolą brać leki uspokajające, niekiedy już kilka dni przed wizytą, bo strach uniemożliwia im normalne funkcjonowanie.

U pacjentów, którzy przez długi okres nie chodzili do stomatologa, występuje też jeszcze inny rodzaj strachu — strach przed byciem ocenianym. Tacy pacjenci po prostu wstydzą się swojego stanu uzębienia, przez co boją się pokazać swoje schorzenia lekarzowi:

Jak o tym pomyślę to po prostu zaczynam płakać, bo to dla mnie bardzo ważne mieć zdrowy i ładny uśmiech, ale strach wygrywa. Może wyda Wam się to śmieszne, ale ja nie potrafię przekroczyć progu gabinetu dentystycznego, a do tego jeszcze ten ogromny wstyd. Chyba bym się pod ziemię zapadła jakbym miała pokazać moje uzębienie. Pewnie by sobie pomyślał, że taka elegantka a do takiego stanu doprowadziła swoje zęby. Wstyd!!! Wiem, że im dłużej będę zwlekać tym będzie gorzej... (wypowiedź na temat strachu przed dentystą na forum stomatologicznym).

Taki strach przed oceną ze strony lekarza mija po pierwszych wizytach i poprawieniu stanu uzębienia. Na inne rodzaje strachu niekiedy nie działają żadne strategie czy ilość wizyt (choć w opisywanym niżej wypadku mimo olbrzymiego strachu i stresu pacjent przychodził):

Ale jest grupa pacjentów, która się boi niezależnie od wszystkiego, ale oni się nie dają zwieść, oni wychodzą oblani zimnym potem, niezależnie od wszystkiego, to na nich nie ma [nie słyhać przez wiertarkę]. To znaczy przychodzą, bo chcą się leczyć, bo są świadomi tego, że jest to potrzebne, ale kilka osób mogłabym wymienić... Teraz taki starszy pan przychodzi do mnie, sam mówi, że on bardzo nie lubi tu przychodzić, on lubi ten gabinet, lubi nas, ale on bardzo nie lubi przychodzić, ale to jest dla niego ogromny stres, no i wtedy żartujemy głównie z nim (z wywiadu ze stomatologiem).

Na podstawie powyższych rozważań można stwierdzić, że strach jest czynnikiem negatywnie wpływającym na proces przyjmowania pacjenta, a członkowie personelu medycznego i pacjenci stosują wiele metod radzenia sobie z nim. Te metody nie zawsze okazują się do końca skuteczne, ale ważne jest, aby wizyta doszła do skutku, a potrzebne zabiegi zostały przeprowadzone — nawet przy stresie i niskim komforcie pacjenta.

7.11. Praca niechciana

Everett Hughes wprowadził do socjologii pojęcie „brudnej roboty” (*dirty work*)³⁹, ograniczając je do pracy odpychającej fizycznie (np. zbieranie śmieci) lub pracy prowadzącej do symbolicznej degradacji czy naruszenia godności (Strauss i in., 1997: 246). Strauss rozwinął pojęcie Hughesa, zaznaczając, że każda praca ma potencjalnie „brudne” aspekty ze względu na nudę, rutynę, poziom stresu i zmęczenia. Prace „brudne” fizycznie i symbolicznie, do których Hughes ograniczał swoją definicję „brudnej roboty”, stały się u Straussa tylko jednym z jej rodzajów. Podkreślona też została względność tego, co uważane jest za „brudne”. To, co dla początkującej pielęgniarki jest wyzwaniem, dla doświadczonej jest nudnym, rutynowym zadaniem, które można zaliczyć do kategorii „brudnej roboty” (*ibidem*: 247-251).

Z moich badań wyłoniło się pojęcie pracy niechcianej, mniej więcej tożsame z pojęciem „brudnej roboty” w rozumieniu Straussa (choć w żadnym wypadku nie jest tożsame z pojęciem „brudnej roboty” w rozumieniu Hughesa). Jednak w kontekście moich badań sformułowanie „brudna robota” nie brzmi najlepiej, więc będę się posługiwał terminem praca niechciana. Należy zaznaczyć, że podobnie jak u Straussa, praca niechciana jest czymś względnym — coś, co jednemu lekarzowi nie przeszkadza, drugiemu może wydać się nie do zaakceptowania. Podanym już wcześniej (rozdział 7.3)

³⁹ Pierwotnie swoją koncepcję Hughes odniósł do bezpośrednich wykonawców niemieckiego ludobójstwa Żydów, Słowian i Cyganów w eseju „*Good People and Dirty Work*” (Hughes, 2009: 87-97).

przykładem takiej pracy w stomatologii może być przyjmowanie pacjentów w gabinecie wielostanowiskowym. Niektórzy lekarze, jeśli mogą sobie na to pozwolić, odmawiają pracy w takim gabinecie, a innym taki gabinet w ogóle nie przeszkadza. Niezbyt atrakcyjna dla części stomatologów jest też praca dla NFZ, ze względu na niską zapłatę i problemy zdarzające się przy rozliczeniach:

*Jak traktować takie przypadki, jeśli pracuje się "na NFZ"? Słyszałem już o przypadkach, że oficjele z NFZ się przypiepi**ali, czemu dany lekarz nie połączył ubytku kl. II M z kl. II OD w jeden ubytek MOD i czemu nie wypisał tego jako jednej procedury. Wie ktoś jak bardzo trzeba się "kontrolować" w tym zakresie, żeby się nie czepiali? (wypowiedź z dyskusji na forum internetowym).*

Wytyczne NFZ-tu niewiele mają wspólnego ze zdrowym rozsądkiem i medycyną - współczuję, że musisz z nimi się liczyć. NFZ kombinuje jak wam najmniej zapłacić, a nie jak zrobić dobrze pacjentom- to jest oczywiste. Powinni koniecznie zmienić nazwę, bo NARODOWY w nazwie jest tu zupełnie nieuprawnionym sformułowaniem (wypowiedź z dyskusji na forum).

Innym przykładem pracy niechcianej może być praca z dziećmi — część stomatologów stara się unikać przyjmowania bardzo młodych pacjentów, z którymi bywają problemy.

Nie, nie, ja raczej dzieci nie. Ja przyjmuję raczej rodziny, które leczę. [...], natomiast ja przed dziećmi się szczerze mówiąc bronię. [...] Nie umiem przyjmować, nie przyjmę ci dziecka krzyczącego. Nie przyjmę. Nie będę stosować żadnych palców metalowych ani nic. To ci od razu mówię. (...)Były kiedyś takie palce metalowe⁴⁰, które się wkładało, żeby nie ugryzł dzieciak. Nigdy tego nie stosowałam i ... Jeżeli dziecko absolutnie się nie godzi, z resztą nie da się tego, nie przyjmę takiego dziecka. Yyy. Mam małżeństwo, które ma dziecko, słuchaj, z rozszczepem. I ten dzieciak wszedł do przedpokoju i nie dało dalej. I ten dzieciak tyle już w życiu przeżył, i on miał już tyle do czynienia z tym, że on praktycznie..., ta cała wizyta skończyła się przy drzwiach. I nie byłam w stanie... I niestety oni wiedzą, że ja tego dziecka leczyć nie będę. Ich leczę od lat. [pauza] Koleżanka też próbowała, nie dała rady. [...] zostawiam sytuację specjalistom. Ja od razu ci mówię, nie przyjmę dzieciaka, który się broni. Nie przyjmę go, nie przyjmę go na siłę. Owszem, jako studentka pracowałam na pedodoncji i przyjmowaliśmy dzieci na siłę, ale ja tego nie robię (z wywiadu ze stomatologiem).

⁴⁰ Te metalowe palce, nie tylko były, ale i cały czas są dosyć często używane wobec dzieci, które bronią się przed wykonaniem zabiegu.

A potem zaczęłam na rejonie pracować i już mi się nie chciało z dziećmi pracować, bo to jest ciężka praca.

A dlaczego?

Z dziećmi? No bo dzieci nie chcą na fotelu siedzieć, albo płaczą, albo się kręcą, albo się ślinią, plują. No bo to nie jest łatwo, X [lekarka specjalizująca się w przyjmowaniu dzieci] jak ma ciężko.

A jak pani sobie wtedy radziła z dziećmi?

Byłam nastawiona psychicznie wtedy, tak myślę. Koleżankę taką miałam wtedy, która mówiła „Nie mogę do ciebie do gabinetu przychodzić, bo jak patrzę jak dziecko kopie, opluwa cię, a ty mówisz rybko, żabko, ptaszku, to ja dostaję szału.” A faktycznie miałam wtedy cierpliwość do tego. A potem już mi się nie chciało. Potem miałam już taką różnicę, jak jest spokojnie i bezstresowo z dorosłym, a jak jest z tym dzieckiem (z wywiadu ze stomatologiem).

Jednak przez innych lekarzy praca z dzieckiem może wcale nie być postrzegana jako niechciana, „brudna”; może sprawiać wiele satysfakcji, pod warunkiem, że lekarz lubi dzieci. W poniższej wypowiedzi warto też zwrócić uwagę na język, którego używa lekarka, mówiąc o dzieciach:

Pracuję z dziećmi, no jestem lekarzem stomatologiem, pracuje z dziećmi, moi pacjenci to są albo takie maluszki, od... Już mam półtoraroczne dzieciaczki nawet, dwuletnie, trzyletnie, wiek przedszkolny, i później druga grupa dzieci są to dzieci w wieku szkolnym do..., licealistów też mam. yyy praca jest o tyle specyficzna, że wiąże się to z dużym stresem, [westchnięcie] i moim, nie ukrywam, i pacjentów też. Bo z reguły przychodzą dzieci nastawione negatywnie, znaczy, albo opowieściami rodziców, rodziców niestety zniechęcającymi, albo opowieściami rówieśników jak tu jest strasznie. [...] o, chodzi o to, żeby to dziecko było kiedyś tym pacjentem, żeby chętnie przychodziło, żeby pokazywało zęby, żeby myło zęby, żeby dbało o higienę, żeby rozumiało, po co to wszystko robi. Więc to trzeba bardzo dużo mówić z tymi dziećmi... Ja lubię generalnie dzieci, więc mnie to jakoś tam nie sprawia straszego kłopotu. Bywają wyjątki, że są dzieci, do których jest strasznie trudno podejść. Ja tu mam takie dzieci, które jeden gabinet nie, drugi gabinet nie, trzeci nie, przeszły wszystkie gabinety i trafiają do mnie, to są w ogóle jakoś tak nastawione, że tu będzie fatalnie i tu będzie źle, a nieraz mi się udaje, że mnie polubią. Bo to dużo zależy, czy nie wiem, polubią, uśmiechnie się do mnie, ja mu mówię, „Ale masz buciki ładne”, czy ładną laleczkę, bo mają jakiegoś misia. „A jak ma misiu na imię?” Czyli trzeba sobie porozmawiać o zupełnie innych rzeczach, później o tych zębach troszeczkę, i to jest tak, że pierwsza wizyta jest taka, że dziecko tylko siada i nic nie mogę zrobić, bo właściwie się tylko zapoznaje i ze mną, i z fotelem, i z gabinetem, a dopiero na kolejnych wizytach można coś zrobić. Czyli to jest specyficzne zupełnie (z wywiadu ze stomatologiem).

Powyższe przykłady pokazują, że w pracy stomatologa znaleźć można wiele „brudnych”, niechcianych aspektów, ale trzeba zaznaczyć, że zakwalifikowanie tych aspektów jako brudnych jest względne i zależy od konkretnego lekarza.

V.

**Podsumowanie
i wnioski końcowe**

Mam nadzieję, że chociaż częściowo udało mi się osiągnąć przedstawione we wstępie cele — skonstruować teorię odnoszącą się do procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego, opracować i zaprezentować bogaty materiał opisowy oraz umożliwić wyciągnięcie praktycznych implikacji z wyników moich badań.

Podsumowując, w badaniu wyróżnionych zostało sześć faz procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego, z których pierwsza i ostatnia odbywają się poza czasem trwania wizyty, ale bez wątplenia muszą zostać uwzględniane w analizie socjologicznej. Tych sześć faz to przygotowania do wizyty, rozpoczęcie wizyty, część właściwa, zabieg, zakończenie wizyty i dalsza praca. Każda z tych faz charakteryzuje się własną dynamiką i różnymi subprocesami zachodzącymi podczas jej trwania. Trzeba też zaznaczyć, że fazy te zachodzą na siebie i w większości wypadków trudno mówić o ich jednoznacznym rozgraniczeniu.

W procesie przyjmowania pacjenta swoją pracę wykonuje często wielu aktorów, z których każdy ma jakieś określone zadania, istotne dla badanego procesu. Dlatego błędem byłoby redukcja procesu przyjmowania pacjenta do interakcji stomatolog-pacjent. Zatem konieczne jest zwrócenie uwagi nie tylko na interakcje pomiędzy zespołem medycznym a pacjentem (i ewentualnie osobą towarzyszącą), ale też na interakcje zachodzące wewnątrz zespołu, czego przykładem mogą być relacje między lekarzami a osobami im asystującymi.

Bardzo duży wpływ na proces przyjmowania pacjenta mają też uwarunkowania organizacyjne, takie jak ilość stanowisk w jednym pomieszczeniu czy czasowa organizacja pracy stomatologa. Przy kwestii formy organizacyjnej gabinetów i przychodni pojawił się też niezwykle ciekawy i warty dalszego zbadania problem „*McDentów*”, które przez niektórych lekarzy postrzegane są bardzo negatywnie, jako utrudniające właściwą relację lekarz-pacjent.

Warto w tym miejscu wspomnieć o zasygnalizowanych w książce różnych możliwych modelach interakcji pomiędzy stomatologiem i pacjentem. Ta interakcja może przybierać formę relacji lekarz-pacjent lub profesjonalista-klient. W obu tych przypadkach dentysta reprezentuje uniwersalistyczną perspektywę medycyny oraz ma wiedzę i umiejętności, które mogą pomóc pacjentowi. W tym modelu główną motywacją lekarza-profesjonalisty jest chęć służenia innym, a pacjent jest zmuszony do całkowitego zaufania stomatologowi i oddania się w jego ręce. Z kolei w modelu usługodawca-klient dentysta po prostu ma umiejętności pożądanego przez klienta, który jest gotów zapłacić za wykonanie usługi. Ten model może być trudny do zaakceptowania przez wielu stomatologów (i innych profesjonalistów), ponieważ władzę w takiej interakcji sprawuje pacjent-klient, który wymaga dostosowania się do swoich wymagań pod groźbą zmiany stomatologa-usługodawcy. Innym modelem interakcji stomatolog-pacjent jest uznanie lekarza i jego pacjenta za znajomych, wśród których kwestia władzy wcale nie jest taka istotna. Wyniki moich badań wskazują, że w większości przypadków w procesie przyjmowania pacjenta mamy do czynienia ze współwystępowaniem tych trzech modeli.

Model dentysty i pacjenta jako znajomych wiąże się z nawiązywaniem nieformalnych więzi między stomatologami i ich pacjentami. Takie nawiązywanie cieplejszych niż standardowe relacji jest stosunkowo częste w relacjach stomatolog-pacjent — niektórzy moi rozmówcy mówili nawet o intymnej atmosferze gabinetu stomatologicznego. Aby przyciągać pacjentów dentysta, musi być nie tylko świetnym fachowcem w swojej dziedzinie, ale też musi stawać się „mistrzem interakcji”, przestrzegającym reguł moralnych i zwracającym dużą uwagę na pracę sentymentalną, w której wykonywaniu lekarzowi pomaga przede wszystkim asysta stomatologiczna.

Należy podkreślić, że proces przyjmowania pacjenta ma charakter prawie w całości negocjacyjny, a negocjacjom podlegają prawie wszystkie jego

aspekty; od dopasowywania pasujących terminów wizyty, przez negocjowanie charakteru interakcji, po negocjowanie efektu. W każdym z tych procesów negocjacyjnych tkwi potencjalny konflikt, czego przykładem może być sytuacja, gdy pacjent uważa lekarza po prostu za usługodawcę realizującego wizję klienta, a stomatolog postrzega siebie jako profesjonalistę, natomiast klienta jako laika, który nie powinien decydować o sprawach, na których się nie zna. W takich wypadkach próby narzucenia swojej definicji sytuacji partnerowi interakcji w większości sytuacji kończą się konfliktem lub nieporozumieniami.

Zatem proces przyjmowania pacjenta jawi się jako proces niezwykle złożony, często z dużą liczbą aktorów, którego większość elementów jest negocjowana, a jeden z najważniejszych wykonywanych rodzajów pracy stanowi praca sentymentalna.

Książki:

- (1) Aronson, Elliot; Akert Robin M.; Wilson Timothy D., (1997) *Psychologia społeczne. Serce i umysł*, Poznań: Zysk i S-ka.
- (2) Babbie, Earl (2003) *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (3) Blackburn, Simon (1997) *Oksfordzki słownik filozoficzny*, Warszawa: Książka i Wiedza.
- (4) Blumer, Herbert (2007) *Interakcjonizm symboliczny*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- (5) Bryman, Alan (2001) *Social Research Methods*, London: Oxford University.
- (6) Buczyńska-Garewicz, Hanna (2001) *James*, Warszawa: Wiedza Powszechna.
- (7) Charmaz, Kathy (2009) *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (8) Clarke, Adele E. (2005) *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- (9) Dunn, Elizabeth (2008) *Prywatyzując Polskę*, Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- (10) Gadacz, Tadeusz (2009) *Historia filozofii XX wieku. Nurty*, tom I, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- (11) Garfinkel, Harold (1967) *Studies in ethnomethodology*, Englewood Cliff: Prentice Hall.
- (12) Glaser, Barney (1978) *Theoretical Sensitivity*, Mill Valley: Sociology Press.
- (13) Glaser, Barney.; Strauss, Anselm (1967) *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine [tłumaczenie polskie: Glaser, Barney.; Strauss, Anselm (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, tłum. Marek Gorzko. Kraków: Wydawnictwo Nomos].
- (14) Głuchowska, Alina (2007) *Warunki życia ludności Polski w latach 2004-2005*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- (15) Götz, Katja (2005) *Die Begegnung zwischen Arzt und Patient — eine ethnographische Analyse*, Herdecke: GCA-Verlag.

- (16) Goffman, Erving (1974) *Frame Analysis. An Essays on the Organization of Experience*, New York: Harper and Row.
- (17) Goffman, Erving (2000) *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- (18) Goffman, Erving (2006) *Rytuał interakcyjny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (19) Gorczyński, Marek (1996) *Psychostomatologia dziecięca*, Warszawa: Wydawnictwo Medyczne Sanmedia.
- (20) Gorzko, Marek (2008) *Procedury i emergencja. O metodologii klasycznych odmian metodologii teorii ugruntowanej*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- (21) Goulding, Christiana (2002) *Grounded Theory: a Practical Guide for Management, Business and Market Researchers*, London: Sage.
- (22) Granosik, Mariusz (2006) *Profesjonalny wymiar pracy socjalnej*, Katowice: Śląsk Wydawnictwo Naukowe.
- (23) Grobler, Adam (2006) *Metodologia nauk*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- (24) Hałas, Elżbieta (2006) *Interakcjonizm symboliczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (25) Hammersley, Martyn; Atkinson, Paul (2000) *Metody badań terenowych*, Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- (26) Hughes, Everett C. (2009) *The Sociological Eye: Selected Papers*, New Brunswick, Transaction Books.
- (27) Hughes, Everett C.; Coser, Lewis A. (1994) *On Work, Race, and the Sociological Imagination*, Chicago: Chicago University Press.
- (28) Jodkowski, Kazimierz (1990) *Wspólnoty uczonych, paradygmaty i rewolucje naukowe. Realizm. Racjonalność. Relatywizm, tom 22*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- (29) Konecki, Krzysztof (1998) *Łowcy Główn. Analiza pracy rekrutacyjnej w agencjach doradztwa personalnego*, Warszawa: Wydawnictwo Normalizacyjne Alfa – Wero.
- (30) Konecki, Krzysztof (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa: PWN.

- (31) Konecki, Krzysztof (2005a) *Ludzie i ich zwierzęta. Interakcjonistyczno — symboliczna analiza społecznego świata właścicieli zwierząt domowych*, Warszawa: Scholar.
- (32) Korsch, Barbara; Harding, Carolyne (1999) *Świadomy pacjent. Jak mówić, żeby lekarz cię słuchał*, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- (33) Kostera, Monika (2005) *Antropologia organizacji. Metodologia badań terenowych*, Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
- (34) Krzemiński, Ireneusz (1986) *Interakcjonizm symboliczny i socjologia*, Warszawa: PWN.
- (35) Kuhn, Thomas (2001) *Struktura rewolucji naukowych*, Warszawa: Fundacja Aletheia.
- (36) Kuhn, Thomas (2003) *Droga po strukturze*, Warszawa: Sic!
- (37) Kvale, Steinar (2004) *Interviews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*, Białystok: Trans Humana.
- (38) Leicht, Kevin T.; Fennel, Mary L. (2001) *Professional Work. A Sociological Approach*, London: Blackwell Publishers.
- (39) Lutyński, Jan (1994) *Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia*, Łódź: Łódzkie Towarzystwo Naukowe.
- (40) Mayerscough, Philip R; Ford, Michael (2001) *Jak rozmawiać z pacjentem*, Gdańsk: GWP.
- (41) Nowaczyk, Adam (2008) *Filozofia analityczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (42) Parsons, Talcott (1991) *The Social System*, London: Routledge.
- (43) Piotrowski, Andrzej (1999) *Ład interakcji. Studia z socjologii interpretatywnej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- (44) Ritzer, George (2009) *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, Warszawa: Wydawnictwo Muza.
- (45) Rużyłło, Edward (2006) *Lekarz — przyjaciel człowieka*, Łomża: Oficyna Wydawnicza Stopka.
- (46) Scheff, Thomas J. (1999) *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*, New York: Aldine de Gruyter.

- (47) Shaughnessy, John J.; Zeichmeister, Eugene B.; Zeichmeister, Jeanne S. (2002) *Metody badawcze w psychologii*, Gdańsk: GWP.
- (48) Silverman, David (2007) *Interpretacja danych jakościowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (49) Silverman, David (2008) *Prowadzenia badań jakościowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (50) Sokal, Alan; Bricmont, Jean (2004) *Modne bzdury. O nadużywaniu pojęć z zakresu nauk ścisłych przez postmodernistycznych intelektualistów*, Warszawa: Prószyński i S-ka.
- (51) Strauss, Anselm (1993) *Continual Permutations of Action*, B.D.
- (52) Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1990) *Basics of Qualitative Research*, London: Sage Publications.
- (53) Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (1998) *Basics of Qualitative Research*, London: Sage Publications.
- (54) Strauss, Anselm; Fagerhaugh Shizuko; Suczek, Barbara; Wiener, Carolyn (1997) *Social Organization of Medical Work*, London: Transaction Publishers.
- (55) Szacki, Jerzy (2002) *Historia myśli socjologicznej*, Warszawa: PWN.
- (56) Szewczyk, Kazimierz (1994) *Etyka i deontologia lekarska*, Kraków: Polska Akademia Umiejętności.
- (57) Tobiasz-Adamczyk, Beata; Bajka, Jadwiga; Marmon, Grażyna (1996) *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Kraków: Collegium Medicum UJ.
- (58) Turner, Jonathan H. (2004) *Struktura teorii socjologicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (59) Welsch, Wolfgang (1998) *Nasza postmodernistyczna moderna*, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- (60) Zimbardo, Philip G. (1999) *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Rozdziały w pracach zbiorowych:

- (1) Angrosino, Michael V.; Mays de Perez, Kimberly A. (2000) *Rethinking Observation. From Method to Context*, [w:] Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (red.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage.
- (2) Bowers, Barbara; Schatzmann, Leonard (2009) *Dimensional Analysis*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (3) Bunge, Mario (1996) *In Praise of Intolerance to Charlatanism in Academia*, [w:] Gross, P.R.; Levitt, N.; Lewis, M.W. (red.) *The Flight from Science and Reason*, New York: New York Academy of Sciences.
- (4) Buczkowska-Radlińska, Jadwiga (2007) *Postępowanie lekarsko-stomatologiczne*, [w:] Jańczuk, Zbigniew (red.) *Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- (5) Charmaz, Kathy (2000) *Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Method*, [w:] Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (red.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage.
- (6) Charmaz, Kathy (2009a) *Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (7) Clarke, Adele E. (2009) *From Grounded Theory to Situational Analysis: What's New? Why? How?*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (8) Cockerham, William C. (2001) *Medical Sociology and Sociological Theory*, [w:] Cockerham, William C. (red.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Malden: Blackwell Publishers.
- (9) Corbin, Juliet (2009) *Taking an Analytic Journey*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.

- (10) Denzin, Norman K.; Lincoln, Yvonna S. (2000) *Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research*, [w:] Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (red.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage.
- (11) Glaser, Barney; Strauss, Anselm (2006) *Konteksty świadomości a interakcja społeczna*, [w:] Jasińska-Kania, Aleksandra; Nijakowski, Lech M.; Szacki, Jerzy; Ziółkowski, Marek (red.) *Współczesne teorie socjologiczne*, tom1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- (12) Goffman, Erving (2006a) *Porządek interakcyjny*, [w:] Jasińska-Kania, Aleksandra; Nijakowski, Lech M.; Szacki, Jerzy; Ziółkowski, Marek (red.) *Współczesne teorie socjologiczne*, tom1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- (13) Grice, Paul H. (1980) *Logika a konwersacja*, [w:] Stanosz, Barbara (red.) *Język w świetle nauki*, Warszawa: Czytelnik.
- (14) Fontana, Andrea; Frey, James H. (2000) *The Interview. From Structured Questions to negotiated Text*, [w:] Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (red.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage.
- (15) Hałas, Elżbieta (2007) *Herbert Blumer. Socjolog negocjowalnego ładu w społeczeństwie demokratycznym*, [w:] Blumer, Herbert, *Interakcjonizm symboliczny*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- (16) Jańczuk, Zbigniew (2007) *Zasady ergonomii pracy w stomatologii zachowawczej*, [w:] Jańczuk, Zbigniew (red.) *Stomatologia zachowawcza. Zarys kliniczny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- (17) Konecki, Krzysztof (2005b) *Problem interakcji symbolicznej a konstruowanej jaźni*, [w:] Hałas, Elżbieta; Konecki, Krzysztof (red.) *Konstruowanie jaźni i społeczeństwa. Europejskie warianty interakcjonizmu symbolicznego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- (18) Konecki, Krzysztof (2007) *Wprowadzenie do wydania polskiego*, [w:] Silverman, David, *Interpretacja danych jakościowych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- (19) Konecki, Krzysztof (2009) *Przedmowa do wydania polskiego*, [w:] Charmaz, Kathy, *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- (20) Kubczak, Anna (2002) *Cybersocjologia. Internet jako przedmiot zainteresowania socjologów*, [w:] Haber, Leszek (red.) *Polskie doświadczenia w kształtowaniu społeczeństwa informacyjnego*, Kraków: Wydział Nauk Społecznych Stosowanych, AGH.
- (21) Lincoln, Yvonna S.; Guba, Egon G. (2000) *Paradigmatic Controversies, Contradictions, and Emerging Confluences*, [w:] Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (red.) *Handbook of Qualitative Research*, London: Sage.
- (22) Lowton, Karen (2004) *Practitioner-Client Relationships*, [w:] Gabe, Jonathan; Bury, Mike; Elston, Mary Ann (red.) *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage.
- (23) Riska, Rianne (2001) *Health Professions and Occupations*, [w:] Cockerham, William C. (red.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Malden: Blackwell Publishers.
- (24) Morse, Janice M. (2001) *Situating Grounded Theory within Qualitative Inquiry*, [w:] Schreiber, Rita S.; Stern, Phyllis N. (red.) *Using Grounded Theory in Nursing*, New York: Springer Publishing Company.
- (25) Morse, Janice M. (2009) *Tussles, Tensions, and Resolutions*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (26) Morse, Janice M.; Clarke, Adele E.; Bowers, Barbara; Charmaz, Kathy; Corbin, Juliet; Stern, Phyllis N. (2009) *Grounded Theories: On Solid Ground*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (27) Schütze, Friedrich (1992) *Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession*, [w:] Dewe, Bernd; Ferschhof, Wilfried; Olaf-Radtke, Frank (red.) *Erziehen als Profession: Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*, Opladen: Leske u. Budrich.
- (28) Schütze, Friedrich (1996) *Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingunge im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns*, [w:] Combe, Arno; Helsper, Werner (red.) *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- (29) Stern, Phyllis N. (2009a) *Glaserian Grounded Theory*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (30) Stern, Phyllis N. (2009b) *In the Beginning Glaser and Strauss Created Grounded Theory*, [w:] Morse, Janice M. (red.) *Developing Grounded Theory. The Second Generation*, Walnut Creek: Left Coast Press.
- (31) Szacki, Jerzy (2000) *Słowo wstępne*, [w:] Goffman, Erving, *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- (32) Wilson, Thomas P. (1973) *Normative and Interpretive Paradigms in Sociology*, [w:] Douglas, Jack D. (red.) *Understanding Everyday Life*, London: Routledge & Kegan Paul.
- (33) Woroniecka, Grażyna (2007) *Interakcja a świat społeczny. O programie metodologicznym Herberta Blumera*, [w:] Blumer, Herbert. *Interakcjonizm symboliczny*, Kraków: Wydawnictwo Nomos.
- (34) Ziółkowski, Marek (2006) *Interakcjonizm symboliczny i teorie interakcji. Wstęp*, [w:] Jasińska-Kania, Aleksandra; Nijakowski, Lech M.; Szacki, Jerzy; Ziółkowski, Marek (red.) *Współczesne teorie socjologiczne*, tom1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- (35) Ziółkowski, Marek (2006a) *Teoria socjologiczna początku XXI wieku*, [w:] Jasińska-Kania, Aleksandra; Nijakowski, Lech M.; Szacki, Jerzy; Ziółkowski, Marek (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, tom1, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- (36) Żernicka, Danuta (1999) *Organizacja pracy zespołu stomatologicznego*, [w:] Jańczuk, Zbigniew (red.) *Podręcznik dla asystentek i higienistek stomatologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo lekarskie PZWL.

Artykuły:

- (1) Charmaz, Kathy (2004) „Premises, Principles, and Practices in Qualitative Research: Revisiting the Foundations”, *Qualitative Health Research*, vol. 14, no. 7: 976-993.
- (2) Chomczyński, Piotr (2006) „Wybrane problemy etyczne w badaniach. Obserwacja uczestnicząca ukryta”, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom II, nr 1: 68-87.
- (3) Clarke, Patsy (2000) „The Internet as a medium for qualitative research”, [na:] <http://www.und.ac.za/users/clarke/web2000/pc.pdf> , z 3.02.2007.
- (4) Czyżewski, Marek (1984) „Socjolog i życie potoczne. Studium z etnometodologii i współczesnej socjologii interakcji”, *Acta Universitas Lodziensis. Folia Sociologica, nr 8*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- (5) Gallego, Javier Callejo (2002) „Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación”, *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76, no. 5: 409-422.
- (6) Glaser, Barney (1999) „The Future of Grounded Theory”, *Qualitative Health Research*, vol. 9, no. 6: 836-845.
- (7) Glaser, Barney (2002a) „Constructivist Grounded Theory?”, *Forum: Qualitative Social Research*, vol. 3, no. 3, Art. 12.
- (8) Glaser, Barney (2002b) „Conceptualization: On Theory and Theorizing Using Grounded Theory”, *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 1, no. 2: 23-38.
- (9) Glaser, Barney (2004) „Naturalist Inquiry and Grounded Theory”, *Forum: Qualitative Social Research*, vol. 5, no. 1, art. 7.
- (10) Glaser, Barney; Holton Judith (2004) “Remodeling Grounded Theory”, *The Grounded Theory Review*, vol. 4 no. 1: 1-24.
- (11) James, William (1896) *The Will to Believe*, [na:] <http://falcon.jmu.edu/~omearawm/ph101willtobelieve.html> (dostęp 14.01.2008).
- (12) Jociles Rubio, María Isabel (1999) „Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico”, *Gazeta de*

- Antropología*, no. 15, [na:] http://www.ugr.es/~pwlac/G15_01Marialsabel_Jociles_Rubio.html (dostęp 20.01.2007).
- (13) Kacperczyk, Anna (2007) „Badacz i jego poszukiwania w świetle „Analizy Sytuacyjnej” Adele E. Clarke”, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom III, nr 2: 5-32.
- (14) Kołakowski, Leszek (b.d.) „Głos bardzo krótki i nieoświecony do postmodernistycznej debaty”, *Tygodnik Powszechny*, [na:] <http://www.tygodnik.com.pl/kontrapunkt/52-53/kolak.html> (dostęp 20.01.2007).
- (15) Konecki, Krzysztof (1988) „Praca w koncepcji socjologii interakcjonistycznej”, *Studia Socjologiczne*, nr 1: 225-245.
- (16) Konecki, Krzysztof (2005c) „Analiza danych jakościowych. Procesy i procedury”, *Przegląd Socjologiczny*, nr 4: 267 – 282.
- (17) Konecki, Krzysztof (2008) “Grounded Theory and Serendipity. Natural History of a Research”, *Qualitative Sociology Review*. Vol. IV Issue 1.
- (18) Marciniak, Łukasz T. (2008) „Symboliczno — interakcjonistyczna analiza procesu stawania się nauczycielem akademickim”, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom IV, nr 2.
- (19) Miller, Piotr (2010) „Konstruowanie tożsamości ratownika górskiego”, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom VI, nr 1.
- (20) Larsen, Denise; Flesaker, Keri; Steger, Rachel (1999) „Qualitative Interviewing Using Interpersonal Process Recall: Investigating Internal Experiences during Professional-Client Conversations”, *International Journal of Qualitative Methods*, vol. 7, no. 1: 18-37.
- (21) Puddephatt, Antony J. (2006) „An Interview with Kathy Charmaz: On Constructing Grounded Theory”, *Qualitative Sociology Review*, vol. 2, issue 3.
- (22) Richardson, Rudy; Kramer, Eric H. (2006) „Abduction as the type of inference that characterizes the development of a grounded theory”, *Qualitative Research*, vol. 6, no. 4: 497-513.
- (23) Scheff, Thomas J.; Retzinger, Suzanne M. (2000) „Shame As The Master Emotion Of Everyday Life”, *Journal of Mundane Behavior*, [na:] <http://www.mundanebehavior.org/issues/v1n3/scheff-retzinger.htm> (dostęp 15.08.2009).

- (24) Ślęzak, Izabela (2009) „Stawanie się poetą. Analiza interakcjonistyczno-symboliczna”, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom V nr 1.
- (25) Wagner, Izabela (2005) „Sprzężenie Karier. Konstrukcja karier w środowiskach artystycznych i intelektualnych“, *Przegląd Socjologii Jakościowej*, tom 1, nr 1: 20-41.
- (26) Bez autora (2009) „Będzie więcej kar dla lekarzy”. *Dziennik Gazeta Prawna*, [na:] http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/382661.bedzie_wiecej_kar_dla_lekarzy.html (dostęp 1.01.2009).

Inne:

- (1) Cichocka, Elżbieta (2009) *Debata „Gazety” o prawach pacjenta*, [na:] [http://wyborcza.pl/leczyc/1,102641,7350179.Zaczniemy_leczyc_ludzi_a_nie_tylko_choroby.html](http://wyborcza.pl/leczyc/1,102641,7350179,Zaczniemy_leczyc_ludzi_a_nie_tylko_choroby.html) (dostęp 3.01.2010).
- (2) Lynn, Jonathan (reż.) (2000) *Jak ugryźć 10 milionów*. Morgan Creek Productions.
- (3) Kędzierski, Bartosz (reż.) (2009) *1000 złych uczynków*. RMG.
- (4) Kędzierski, Marcin (2009) *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg województwa miejsca zameldowania i tytułu zawodowego*, [na:] <http://www.nil.org.pl/doc/489/Zestawienie%20nr%2002.pdf> (dostęp 26.12.2009).
- (5) Koterski, Marek (reż.) (1995) *Nic śmiesznego*. Kinoplex-Silesia.
- (6) Philips, Todd (reż.) (2009) *Kac Vegas*. Warner Bros Entertainment.
- (7) Szwedzik, Krzysztof (2008) *Rynek medyczny w Polsce*. Warszawa: Agencja Dziennikarska Raport.
- (8) Yuzna, Brian (reż.) (1996) *The Dentist*. Trimark Pictures.
- (9) *Karta Praw Pacjenta*, [na:] <http://www.bpp.gov.pl/kartapraw.html> (dostęp 27.11.2009).
- (10) *Regulamin przyjmowania pacjentów*, Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna UJ, [na:] http://www.uks.com.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=158 (dostęp 01.10.2009).

- (11) „Ustawa o izbach lekarskich” (2004) *Dziennik Ustaw* nr 89, poz. 158, [na:] <http://www.portalmed.pl/xml/prawo/medycyna/medycyna/r2004/040885u1> (dostęp 27.11.2009).
- (12) „Ustawa o izbach lekarskich”. (2009) *Dziennik Ustaw* nr 219, poz. 1708, [na:] http://www.cokprm.gov.pl/files/baza_wydawnictw/dziennik/2009/pozycje/p1708.pdf (dostęp 1.01.2009).
- (13) *Ustawa o niektórych zawodach medycznych — projekt* (2009), [na:] http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_zawod_10022009.pdf (dostęp 2.12.2010).
- (14) „Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity)”. (2008) *Dziennik Ustaw*, nr 136, poz. 857, [na:] <http://www.mp.pl/prawo/index.php?aid=40167> (dostęp 27.11.2009).
- (15) Bez autora, *Wydatki na stomatologów rosną* (2009) Portal dentystyczny, [na:] http://www.portaldentystyczny.pl/pacjent/warto_wiedziec/art542.html (dostęp 26.11.2009).
- (16) Bez autora, *Zawody medyczne — technik dentystyczny* (2007), [na:] <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&mt=&my=0&ma=6006> (dostęp 27.11.2009).

Załącznik 1. Przykładowa karta choroby

Strona 1

Karta choroby Nr 200 r.

Nazwisko i imię wiek.....
Adres Zawód (charakter pracy)
Ubezpieczony, nieubezpieczony, rencista Nr renty
Data Nazwisko lekarza

WYWIAD

Skargi chorego, początek choroby, czas trwania i dotychczasowy przebieg, dotychczasowe leczenie i jego wyniki:

Inne choroby obecne:
Inne choroby przebyte:
Nałogi:
Miesiączkowanie:
Ciężce:
Wywiad rodzinny:

Strona2

BADANIA PRZEDMIOTOWE

Powłoki zewnętrzne:

Ujście nerwów:

Staw skroniowy-żuchwowy:

Węzły chłonne:

Wargi:

Kąty ust:

Policzki:

Podniebienie:

Cieśń gardła:

Język:

Dno jamy ustnej:

Przyzębie: (konfiguracja, zabarwienie, spoistość, kieszonki patologiczne, wysięk)

Zęby: (obnażone, ruchomość, przesunięcia, starcia, ubytki klinowe, punkty styczne, wadliwe wypełnienia i uzupełnienia protetyczne)

Szczęka:

Żuchwa:

Zgryz:

Higiena jamy ustnej:

Przykry zapach z ust:

8 7 6 5 4 3 2 1 - 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 - 1 2 3 4 5 6 7 8

Strona 3

Badania dodatkowe:

Badania specjalistyczne:

Rozpoznanie:

Plan leczenia:

Data	Leczenie i spostrzeganie choroby	Zalecenia i podpis lekarza

Strona 4

Data	Leczenie i spostrzeganie choroby	Zalecenia i podpis lekarza

Załącznik 2. Komiks z paski.org



źródło: www.paski.org

Schemat 1. Rozwój GT i jej różne odmiany _____	32
Schemat 2. Model przyjmowania pacjenta stomatologicznego (ujęcie diachroniczne) _____	71
Schemat 3. Uproszczony schemat przyjmowania pacjenta stomatologicznego (ujęcie synchroniczne) _____	81
Schemat 4. Podział kategorii pacjentów ze względu na istotne dla badania własności _____	96
Schemat 5. Wykonawcy pracy w procesie przyjmowania pacjenta stomatologicznego _____	106
Schemat 6. Relacje władzy pomiędzy najważniejszym aktorami procesu przyjmowania pacjenta stomatologicznego _____	118

„Największą wartość książki Łukasza Pyfla dostrzegam w precyzji raportowania, będącej wizytówką prac symboliczno-interakcjonistycznych. Dzięki niej właśnie czytelnik może podążać za konstrukcją analityczną, jaką badacz generuje z uzyskanych materiałów tekstowych i wizualnych. Takie konstrukcje układają się w efekcie pracy analitycznej w kilka warstw, z których wyłania się wielowymiarowy model badanego zjawiska jako procesu, w który zaangażowane są elementy ludzkiego świata w rozmaitych konfiguracjach i stopniach zinstytucjonalizowania. Tak właśnie stało się z pozornie nieproblematiczną wizytą u dentysty; okazała się ona procesem osadzonym w rozbudowanym kontekście poprzedzającym (profesjonalizacja, otoczenie socjo-ekonomiczne itp.), zogniskowanym w samym zabiegu (o ile do niego dochodzi) i rozwijającym się w dalszych sekwencjach postępowania kontekstującego zdarzenie post factum”.

[z recenzji dr hab. Grażyna Romańczuk-Wroniecka, prof. UW]

