

Czynniki określające status społeczny pielęgniarek

Factors specifying social status of nurses

ARKADIUSZ KOŁODZIEJ

Instytut Socjologii, Uniwersytet Szczeciński w Szczecinie

W teorii społecznej podejmującej problematykę pielęgniarstwa widoczne są dwa aspekty normatywne. Wskazuje się na potrzebę „wzmacniania” zawodu poprzez zwiększenie zakresu autonomii pielęgniarek oraz powrotu do jego „pielęgniacyjnej” funkcji. Oba postulaty wiążą się z przeświadczeniem, że pielęgniarka powinna być nie tyle pracownikiem lekarza, ile osobą wspierającą pacjenta.

Z socjologicznego punktu widzenia wskazane postulaty istotne są dla zmian pozycji pielęgniarek w różnie definiowanej strukturze społecznej. W artykule przedstawione zostaną te i inne kluczowe czynniki określające status społeczny pielęgniarek. W tekście poruszona zostanie także problematyka wpływu zmian statusu na realizację zadań zawodowych.

Słowa kluczowe: pielęgniarstwo, status społeczny, zawody medyczne, struktura społeczna, relacja lekarz-pielęgniarka, relacja pielęgniarka-pacjent

The social theory on the issues of nursing presents two normative aspects. It indicates that the profession needs to be “strengthened” by increasing the range of nurses’ autonomy and that it should come back to its ‘nursing’ function. Both postulates are associated with the conviction that a nurse should be not the doctor’s assistant but the person supporting the patient.

From the sociological point of view these postulates are significant for the change of nurses’ position in a differently defined social structure. In the article these and other key factors specifying nurses’ social status are discussed. Also the problem of the influence of status change on the realization of professional duties is elaborated on.

Key words: nursing, social status, medical professions, social structure, doctor-nurse relation, nurse-patient relation

© Hygeia Public Health 2014, 49(1): 69-74

www.h-ph.pl

Nadesłano: 28.11.2013

Zakwalifikowano do druku: 06.02.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Arkadiusz Kołodziej

ul. Krakowska 71-79, 71-017 Szczecin

tel. 091 444 32 39, e-mail: kolodziej.socjologia@gmail.com

Wprowadzenie

Określenie pozycji jednostki, czy danej kategorii zawodowej w strukturze społecznej, stanowi wieloaspektową problematykę badawczą. Wskazana wieloaspektowość nie wiąże się jedynie z tym, iż jednostka zajmuje wiele różnych pozycji społecznych, a poszczególne zawody są wewnątrznie zróżnicowane. Wielopłaszczyznowość tego zagadnienia wyznaczona jest bowiem także przez różne rozumienie struktury społecznej, a więc tych ram, w obrębie których chcemy daną jednostkę czy kategorię scharakteryzować.

Z socjologicznego punktu widzenia najistotniejszy jest podział na relacyjny i dystrybucyjny [1] wymiar struktury społecznej. W rozumieniu relacyjnym interesują nas pozycje społeczne, przypisane do nich role, a co za tym idzie, stosunki społeczne (unormowane interakcje) między poszczególnymi jednostkami. Struktura społeczna wyznacza w ten sposób (wymusza na jednostce) właściwy sposób zachowania w określonych relacjach interpersonalnych. Gdy myślimy o czę-

sto podejmowanej w socjologii relacji pacjent – lekarz [2], albo lekarz – pielęgniarka [3, 4], to rozpatrujemy tu właśnie relacyjny wymiar struktury. Pozycje pielęgniarki można tu oczywiście rozpatrywać wielorako. Niebagatelne i także w obrębie nauk społecznych opisywane są np. relacje: pielęgniarka – pacjent [5], pielęgniarka – pielęgniarka oddziałowa [6, 7]. W niniejszym artykule podjęta zostanie podstawowa dla pozycji w strukturze społecznej pielęgniarek relacja: pielęgniarka – lekarz.

W drugim aspekcie (aspekcie dystrybucyjnym) rozważane jest położenie jednostki, czy danej kategorii zawodowej, ze względu na posiadanie określonego, i różnie w różnych koncepcjach definiowanego, kapitału. Zastanawiamy się tu więc np. czy dany zawód cieszy się wysokim prestiżem (godnością, poważaniem społecznym), jest dobrze płatny, daje władzę, wymaga szczególnych kwalifikacji, długich lat kształcenia, bądź z jakichś innych powodów jest bardziej lub mniej atrakcyjny, społecznie wyróżniony. Korzystamy tu tym samym z kategorii nadrzędności i podrzędności

[8] (wyższości i niższości pozycji w strukturze społecznej). Z racji podjętej problematyki w artykule zaprezentowane zostaną czynniki współokreślające (podlegający ciągłym zmianom) [9, 10] status pielęgniarek w społeczeństwie.

Wskazane aspekty struktury (dystrybucyjny i relacyjny) są często w naukach społecznych traktowane oddzielnie. Wymiar dystrybucyjny wiąże się częściej bowiem z analizami makrostrukturalnymi, wymiar relacyjny zaś z podejściem mikrostrukturalnym. Takie oddzielenie obu sfer ma zwykle swoje badawczo-analityczne uzasadnienie. W rzeczywistości jednak oba wymiary struktury społecznej są ze sobą ściśle związane, przenikają się i współokreślają. Skupienie się wyłącznie na jednej kategorii zawodowej (kategorii pielęgniarek) umożliwia zestawianie obu aspektów struktury. Zestawienie to, ukazujące relacje między dwoma opisanymi wyżej wymiarami struktury, daje szansę na głębsze zrozumienie pozycji społecznej pielęgniarek.

Relacje lekarz-pielęgniarka – od gry do negocjacji

Relacja lekarz-pielęgniarka jest interesująca nie tylko z organizacyjnego punktu widzenia. Jako zawody ściśle powiązane domagają się one oczywiście odpowiedniej organizacji pracy; zasad i reguł postępowania, które będą określać ramy ich współpracy. Szczególną wagę tej relacji wyznacza fakt, iż współokreśla ona skuteczność przywracania pacjenta do zdrowia, a więc dotyczy kwestii zarówno indywidualnie jak i społecznie kluczowej. Fakt ten sprawia, że zarówno analiza relacji lekarz – pacjent (istotnej z perspektywy procesu i skuteczności leczenia) [11], jak i relacji lekarz – pielęgniarka ma swoje wspólne, wyraźne i ogólnie zrozumiałe uzasadnienie.

Interesujący i klasyczny już dziś opis relacji lekarz-pielęgniarka, stosunku społecznego istotnego z punktu widzenia skuteczności leczenia pacjenta, został przedstawiony w 1967 roku w bardzo popularnym i często cytowanym artykule Leonarda Steina „The Doctor-Nurse Game” [3]. Znaczenie tego artykułu – poza wskazanym „funkcjonalno-organizacyjnym” wymiarem – wynika także z tego, iż przedstawione obowiązujące w szpitalu „reguł gry” współokreślały także pozycję pielęgniarki w strukturze szpitala.

Główne reguły gry, przedstawionej przez Steina, sprowadzają się do respektowania obowiązujących, choć nieformalnych, zasad komunikowania się lekarzy z pielęgniarkami. Zasady te odtwarzają niekwestionowaną (wyższą) pozycję lekarza oraz jego zawodowy autorytet. Są one zatem strukturo odtwórcze. W celu zaprezentowania i lepszego zrozumienia obowiązujących reguł komunikacji warto przytoczyć przykładową, zaprezentowaną w omawianym artykule, rozmowę telefoniczną między pielęgniarką i lekarzem:

„Tu doktor Jones. (Otwarta i bezpośrednia komunikacja)

Doktorze Jones, tu Panna Smith z drugiego oddziału – Pani Brown, która dowiedziała się dzisiaj o śmierci swojego ojca nie może usnąć. (Ten komunikat ma dwa poziomy. Otwarty – opisuje sytuację tzn. kobietę, która nie może usnąć i która rano otrzymała wiadomość o śmierci swojego ojca. Mniej otwarcie, choć także bezpośrednio – jest to diagnoza i rekomendacja wskazująca, że Pani Brown nie może spać z powodu żalu i powinno jej się dać środek uspokajający. Dr Jones zaakceptował diagnozę i formułuje zgodne z nią pytanie)

Jakie środki nasenne były pomocne Pani Brown w przeszłości? (Dr Jones, nie znając Pani Brown pyta pielęgniarkę, znającą pacjentkę, o zarekomendowanie właściwego środka nasennego. Zauważmy, że mimo tego, iż jego pytanie nie wygląda jak prośba o zarekomendowanie leku, Panna Smith odpowiada)

Pentobarbital 100 mg – przed wczorajszą nocą był całkiem skutecznym środkiem. (Jest to ukryta rekomendacja. Dr Jones odpowiada z powagą (*authority*) w głosie)

Pentobarbital 100 mg w razie potrzeby przed snem, macie ten lek? (Panna Smith kończy rozmowę z wdzięcznością w głosie)

Tak mamy, dziękuję bardzo Panie Doktorze.” [3] (tłum. A.K.).

Przytoczony wyżej cytat obrazuje podstawowe reguły komunikacji w grze lekarz-pielęgniarka. Pielęgniarka znając pacjenta (dysponując niezbędną w procesie leczenia wiedzą) musi udzielić informacji (rekomendacji) lekarzowi. Rekomendacja ta nie może być jednak przedstawiona wprost; sam lekarz nie może także o nią wprost zapytać. Dobrze rozegrana gra pozwala mu zatem pozyskać niezbędne informacje bez podważania swojego (lekarskiego) zawodowego autorytetu.

Co ciekawe, umiejętność rozegrania „gry” zdaniem Steina nie tylko pozwala zachować autorytet lekarza, ale także buduje szacunek do pielęgniarek. Pielęgniarka biegła w „zasadach gry” zajmuje w strukturze nieformalnej szpitala wysoką, opartą na szacunku, pozycję. „Szacunek do dobrej pielęgniarki jest nie mniejszy niż szacunek do dobrego lekarza” [3] (tłum. A.K.). Przestrzeganie zasad gry nie jest tu oczywiście jedynym, ale na pewno bardzo istotnym elementem oceny pracy pielęgniarek. Narzucona w zasadach komunikacji struktura nie tylko zatem utrzymuje wysoką pozycję lekarza, ale także zmusza lekarzy do doceniania dobrych (dobrze poruszających się w tej strukturze) pielęgniarek. To od ich umiejętności zależy sprawność (profesjonalizm) funkcjonowania samego lekarza.

Jak każdy model opisujący rzeczywistość społeczną, tak i model gry lekarz-pielęgniarka został po czasie zakwestionowany i zastąpiony bardziej adekwatnym narzędziem analitycznym. Modyfikacja ta była spowodowana zarówno samą zmianą opisywanej rzeczywistości (zmianą relacji pielęgniarka-lekarz), jak i zmianami w samych naukach społecznych (ograniczenie znaczenie szeroko rozumianego podejścia strukturalnego w socjologii).

Dostrzegając zmiany w omawianej relacji Roland Svensson [4] krytykuje stare podejście (opisany wyżej model Steina). Zgodnie z jego argumentacją gra lekarz-pielęgniarka w słabym stopniu umożliwia zrozumienie współczesnych relacji interpersonalnych w omawianym stosunku społecznym. Proponowany przez Svenssona alternatywny model podkreśla znaczenie negocjacji w trakcie budowania/odtworzenia porządku społecznego w ramach poszczególnych oddziałów szpitala. Wcześniej określona sztywna struktura relacji (manifestująca się w konieczności przestrzegania zasad gry) ulega tym samym wyraźnemu uelastycznieniu przenosząc mechanizmy tworzące porozumienie ze struktury na negocjujące podmioty (lekarza i pielęgniarkę). Identyfikacja tego procesu ma świadczyć o polepszeniu pozycji pielęgniarki w relacji z lekarzem.

Ramy teoretyczne tej nowej relacji zostają zdefiniowane w następujący sposób: „Należy zwrócić uwagę na to, że ta teoretyczna podstawa nie oznacza, iż wszystko w organizacji jest stale przedmiotem negocjacji. Mimo że negocjacje są kluczową cechą porządku społecznego, to inne ważne procesy są tu także obecne. Przymus, perswazja i manipulacja są metodami wykorzystywanymi w służbie zdrowia do uzyskania oczekiwanego (właściwego) zachowania. [...] W zasadzie negocjacje mają miejsce we wszystkich obszarach działania oddziału (szpitalnego – A.K.). Negocjacje między aktorami wyznaczają decyzje: jak powinno się zorganizować pracę, kto powinien się czymś zająć, kiedy dana praca powinna zostać wykonana, ile różnych czynności powinno być wykonanych. Formalne wyznaczniki organizacji opieki wraz z systemem reguł, regulaminami, przepisami, regulacjami i innymi instrukcjami określającymi to, jak codzienne obowiązki powinny być realizowane, są oczywiście istotne dla zrozumienia tego, co się dzieje, ale mogą one wyjaśnić tylko część interakcji i norm społecznych ustanowionych na oddziale” (tłum. A.K.) [4]. Zmiana relacji (od sztywnej struktury do negocjacji) rozpatrywana jest tu w sposób pozytywny. Dzięki nowym (otwartym) relacjom poprawie uległa zarówno sama pozycja pielęgniarzek, ich zaangażowanie w pracę, jak i ich subiektywna ocena relacji lekarz-pielęgniarka. Zmiany te zdaniem Svenssona były możliwe dzięki takim czynnikom jak:

- Zmiany wartości i „stylu” interakcji w całym społeczeństwie.
- Wzrost liczby kobiet lekarzy.
- Zmiany w systemach szkoleń pielęgniarzek kładące nacisk na ich niezależność.
- Wzrost znaczenia leczenia chorób przewlekłych. Opieka nad ludźmi przewlekle chorymi poza zwykłym (klasycznie medycznym) podejściem musi zawierać w sobie także „aspekt społeczny”. Ten społeczny aspekt (perspektywa holistyczna) stał się domeną pielęgniarzek, co także miało wpływ na ich pozycję.
- Zmiana organizacja pracy – zwiększenie zakresu obowiązków [4].

Przedstawiona przez Svenssona zmiana, objawiająca się między innymi we wzroście autonomii pielęgniarzek, widoczna jest także w obrębie wielu innych zawodów. Wzrost autonomii pracowników jest następstwem zmian w obrębie całej sfery pracy. Pracowników zachęca się do innowacyjności, podejmowania decyzji, nastawienia na zmiany, inicjowania zmian, brania na siebie odpowiedzialności gdyż takie nastawienie pracownika w coraz większym stopniu decyduje o przewadze konkurencyjnej danej firmy. W ślad za tymi zmianami idzie oczywiście teoria zarządzania starająca się tłumaczyć konieczność brania odpowiedzialności i wysokiego zaangażowania w kategoriach rozwoju i realizacji samego pracownika [12]. Wskazane podejście (widoczne np. w tzw. harwardzkim modelu zarządzania zasobami ludzkimi) łączące potrzeby jednostki z potrzebami organizacji bywa jednak (także na gruncie teorii zarządzania) krytykowane. Podkreśla się, że bezkonfliktowa relacja pracownik-organizacja jest utopią powołaną dla legitymizacji nowych (wyższych) oczekiwań stawianych przed pracownikami [13]. Oczekiwanie brania na siebie odpowiedzialności, czy wykazywania zaangażowania łatwiej jest formułować, gdy uzasadnimy to rozwojem samego pracownika. Uznanie wyrażone w autonomii niesie za sobą nie tylko wyższe zaangażowanie, ale także zwalnianie menadżerów z pracochłonnej konieczności kontrolowania i co za tym idzie ograniczania ich odpowiedzialność [14].

Uelastycznienie struktury w aspekcie relacyjnym (otwarcie relacji na negocjacje) nie oznacza osłabienia struktury. Mniej jasna struktura (struktura, którą należy interakcyjnie odtworzyć) nie jest ani słabszą, ani mniej obowiązującą. To, że porządek, przynajmniej w pewnych aspektach nie jest zastany, lecz musi być zrekonstruowany, nie oznacza jeszcze, że jest mniej obowiązujący czy represyjny. Efektem takiego uelastycznienia ma być wzrost zaangażowania jednostki; w omawianym przez nas przypadku, zmotywowanie pielęgniarzek.

Determinanty statusu społecznego pielęgniarek

Próba określenia pozycji społecznej pielęgniarek wymaga przedstawienia kilku podstawowych, wyznaczających ją, czynników. Współokreślają one zarówno subiektywnie określany prestiż zawodu pielęgniarki (przypisywany temu zawodowi szacunek społeczny) jak i ogólną (wieloaspektową i bardziej obiektywną) pozycję stratyfikacyjną.

Pierwszym czynnikiem, na który należy tu zwrócić uwagę, jest ściśle, historyczne powiązanie pielęgniarstwa, jako odrębnego zawodu, z pracą kobiet. George Devereux i Florance Weiner opisując początki nowoczesnego pielęgniarstwa zaznaczają, iż „Lata 1860-1930 to okres, w którym pielęgniarstwo rozwija się jako odrębny i świecki zawód, angażujący kobiety, a dokładniej niezamężne kobiety” (tłum A.K.) [9]. Niezależnie od tego, jaki okres rozwoju społeczeństwa poddamy analizie, spodziewać się można, iż praca kobiet będzie niżej ceniona od pracy mężczyzn [15]. Ta historyczna zasada nierówności płci w sferze pracy widoczna jest oczywiście także i dzisiaj. Proste porównanie zarobków na równorzędnych stanowiskach wskazuje na ciągłą obecność dysproporcji w omawianym zakresie. Fakt ten sprawia, iż scharakteryzowanie zawodu pielęgniarki, jako zawodu typowo kobiecego, jest jednym z podstawowych czynników wyznaczających, „zanizających” status pielęgniarki. Chorymi mogli wprowadzić także zajmować się mnisi (mężczyźni), ale tylko dlatego, że zrzekli się oni swoich „męskich” (w rozumieniu związanych z męską seksualnością) ról [9].

Drugim czynnikiem istotnym dla (genetycznego) wyjaśnienia statusu pielęgniarek jest negatywna ocena pracy fizycznej. W okresie, w którym za sprawą charyzmatycznej Florencji Nightingale zaczęło rozwijać się nowoczesne pielęgniarstwo (uznaje się, iż w 1860 r. powstaje pierwsza nowoczesna szkoła dla pielęgniarek), praca fizyczna jest wyznacznikiem niskiego statusu społecznego. Ciekawym przykładem obrazującym ten fakt jest sposób, w jaki wykluczone zostały z grona „amatorów” (sportowców) osoby z niższych warstw społecznych. Zarówno w statusie londyńskiego Amateur Athletic Club z 1866 r. jak i w zasadach przynależności do stowarzyszenia sportowego Deutscher Ruderverein z 1883 r. zaznacza się, iż członkami nie mogą być osoby pracujące fizycznie [16]. Praca fizyczna była więc czymś społecznie degradującym, czymś co wykluczało jednostki z uprawiania „szlachetnego” sportu.

Wskazane „historycznej natury” czynniki zderzają się obecnie z czynnikami zbliżającymi zawód pielęgniarki do pozycji tzw. „profesji”. Klasycznie rzecz ujmując do „profesji” zaliczyć możemy lekarzy, prawników, duchownych czy nauczycieli akademickich. Cechami charakterystycznymi dla profesji

była wymagająca wieloletniego szkolenia wiedza oraz kolektywistyczna (prospołeczna, etyczna) orientacja ich przedstawicieli [17]. Kategorie zawodowe określone mianem profesji (np. lekarze, prawnicy) cieszą się w społeczeństwie wysokim prestiżem społecznym i zajmują wysokie pozycje stratyfikacyjne wynikające z kombinacji takich czynników, jak: wysoki poziom wiedzy, wysokie wynagrodzenie, duża niezależność działania, itp. Coraz wyższe wykształcenie i lepsze przygotowanie pielęgniarek (zobiektywizowane w postaci prowadzenia studiów pielęgniarskich [18]) oraz rozwój medycyny (stawiający nowe wyzwania zadania w pracy pielęgniarek) [10] zbliża omawianą kategorię do pozycji „profesjonalnych”.

Siła tych czynników, będących dźwignią pomagającą podnieść społeczny i zawodowy status pielęgniarek, ograniczona jest przez wcześniej wskazane charakterystyki „obniżające” ten status. Anna Bojtor opisuje wskazane zjawisko w sposób następujący: „Pielęgniarki są coraz bardziej wykwalifikowane i jednocześnie mają coraz więcej zadań zawodowych. Toczą one ciągłą walkę o osiągnięcie odpowiedniej pozycji i adekwatnego statusu w hierarchii zawodów medycznych. Mimo to nie są uznawane ani szanowane zarówno na gruncie zawodowym jak i w szerszych kręgach społecznych (opinii publicznej). Status pielęgniarek – ich miejsce, rola i pozycja w podziale pracy – nie zmienia się także znacząco przez uzyskanie wykształcenia wyższego” [10] (tłum A.K.). Powodem tej „walki o pozycję” może być brak uznania (wyróżniania, dostrzegania) w społeczeństwie kategorii pośrednich (tzw. semi-profesji), do których zalicza się w teorii czasami także pielęgniarki. Amitai Etzioni podkreśla w tym kontekście, że w świadomości społecznej wyróżniony jest jedynie status profesjonalisty i nieprofesjonalisty [17]. Taki dychotomiczny podział bez pozycji pośrednich zmusza pielęgniarki do walki o „wszystko albo nic”, o nadrzędne albo podrzędne miejsce w strukturze społecznej.

Rozbieżności w określeniu pozycji społecznej pielęgniarek

Wskazane wyżej czynniki określające pozycję społeczną pielęgniarek mają często przeciwstawny wpływ. Część z nich jak wykształcenie, coraz wyższa złożoność pracy, odpowiedzialność czy społeczne znaczenie wykonywanej pracy wpływa pozytywnie na omawianą tu pozycję. Inne czynniki, jak chociażby zdefiniowanie zawodu pielęgniarki, jako zawodu pomocniczego (nieautonomicznego), uznawane są w literaturze za deprecjonujące. Przeciwność tych czynników może, choć nie musi, prowadzić do ich znoszenia się (co mogłoby się wyrażać np. w uznaniu tej kategorii zawodowej za tzw. semi-profesję). Poszczególne metodologie badawcze mogą bowiem

preferować bądź to pozytywne, bądź to negatywne wyznaczniki, co w konsekwencji będzie skutkowało wysoką lub niską pozycją zawodu pielęgniarki w różnych rankingach. I tak np. powołując się na ranking określający satysfakcję z wykonywanego zawodu z 2011 r. [19] warto wskazać, iż pielęgniarka (pracująca na sali operacyjnej) zajmuje w nim pierwsze miejsce (81% respondentów zadowolonych z pracy). Źródłem satysfakcji związanej z wykonywaniem tego zawodu należy się dopatrywać między innymi w społecznej doniosłości „sensie, znaczeniu” realizowanych zadań. Częste zjawisko kwestionowana (obecne w innych zawodach, np. wśród pracowników biurowych) sensowności-celowości wykonywania określonych zadań jest tu (w pracy pielęgniarek) znacznie ograniczone. Świadomość znaczenia nadrzędnego celu pracy, jakim jest ratowanie zdrowia i życia ludzkiego, nadaje jej bowiem jasny i wyraźny sens. Praca jest satysfakcjonująca między innymi właśnie dlatego, że komuś w sposób bezpośredni i znaczący służy.

Z drugiej jednak strony możemy wskazać i takie rankingi (pozycjonujące zawody w szeroko rozumianej strukturze społecznej) jak ranking atrakcyjności zawodu z 2009 r. zaprezentowany przez Wall Street Journal [20], w których pielęgniarki zajmują bardzo niskie pozycje. W omawianym rankingu (stosującym dosyć złożoną metodologię) po wykorzystaniu wielu czynników składających się na atrakcyjność pracy (od płacy po perspektywę rozwoju i natężenie stresu), zawód pielęgniarki zajął dopiero 184 miejsce (na 200 sklasyfikowanych). Zawód ten został zatem, w przeciwieństwie do wcześniej przedstawionego zestawienia, uznany za jeden z mniej atrakcyjnych. Wskazane różnice w ocenie są manifestacją przedstawionych wcześniej, często przeciwstawnych, czynników określających pozycję pielęgniarki w społeczeństwie.

Podsumowanie – w stronę uznania społecznego

Pozycja pielęgniarki i lekarza w społeczeństwie wpływa bezpośrednio na ich relację z pacjentem, co współokreśla skuteczność samego procesu leczenia. Struktura w rozumieniu dystrybucyjnym (wyższa niższa pozycja w społeczeństwie, posiadanie określonego i różnie rozumianego w teorii społecznej kapitału) wpływa tym samym na strukturę rozpatrywaną z perspektywy relacyjnej.

Magdalena Sokołowska w swojej klasycznej już pracy „Socjologia medycyny” nakreśliła przedstawiony wyżej aspekt (wpływ omawianej relacji na skuteczność leczenia) w sposób następujący: „Stosunek między lekarzem a pacjentem ma też wpływ na przekazywanie informacji przez chorego. Ma to duże znaczenie dla postawienia diagnozy i właściwego wyboru odpowiedniej metody leczenia. Wykazano, że pacjenci często dlatego nie mówią lekarzowi o swoich problemach i obawach, ponieważ postrzegają go (albo w ogóle lekarzy) jako oschłego i niechętnego rozmowie” [2]. To oczywiście tylko jeden z wielu problemów łączących relację lekarz-pacjent ze skutecznością leczenia.

Wskazanej problematyce (funkcjonalnej relacji lekarz-pacjent) poświęcił także sporo uwagi klasyk socjologii Talcott Parsons [21]. Wskazywał on, iż szczególna „orientacja” lekarza (jego nastawienie do pacjenta) ułatwia leczenie w rozumieniu sposobności i skuteczności wydawania zaleceń. Rozwijając tą funkcjonalną perspektywę należy wskazać, że „wysoka” pozycja lekarza ułatwia zarówno lekarzowi wydawanie wiążących pacjenta zaleceń, jak i pacjentowi podporządkowanie się nim. Z drugiej jednak strony wysoki status lekarza może utrudniać komunikację. Ten komunikacyjnej natury problem potęguje jeszcze rozwój nowoczesnych technik medycznych, który z jednej strony ułatwia (wspomaga) leczenie, a z drugiej „w znacznym stopniu oddala pacjenta od lekarza” [22]. Co gorsze podobny proces dostrzega się także w innych zawodach medycznych: „Powszechna instrumentalność w medycynie pojawiła się także w pracy pielęgniarki, która przede wszystkim zobowiązana była do realizacji zaleceń, mniej uwagi poświęcając czynnościom pielęgnacyjnym. Jest to sprzeczne z klasyczną ideą pielęgniarstwa, którego cel widziano w opiece i pomocy człowiekowi choremu” [22]. W ten sposób „humanistyczna jakość” kontaktu pielęgniarka-pacjent ulega także pogorszeniu. Należy zatem zadbać o to, aby w obrębie szeroko rozumianego procesu profesjonalizacja zawodu pielęgniarki, procesu związanego z ich awansem społecznym, nie stracił tej ważnej relacji między pielęgniarką a pacjentem, która sprzyjając otwartej komunikacji ułatwiała opiekę i wspomagała leczenie.

Piśmiennictwo / References

1. Wnuk-Lipiński E. Socjologia życia publicznego. Scholar, Warszawa 2008.
2. Sokołowska M. Socjologia medycyny. PZWL, Warszawa 1986.
3. Stein L. The Doctor-Nurse Game. Arch Gen Psychiatry 1967, 16(6): 699-703.
4. Svensson R. The interplay between doctors and nurses – a negotiated order perspective. Sociol Health Illness 1996, 18(3): 379-398.
5. Goban-Klas T. Komunikacja społeczna między pacjentem a pielęgniarką i położną. [w:] Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Rogala-Pawelczyk G, Kubajka-Piotrowska J (red). Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009: 19-23.
6. Ksykiewicz-Dorota A. Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym a nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim i europejskim. [w:] Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim. Rogala-Pawelczyk G, Kubajka-Piotrowska J (red). Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2009: 9-17.
7. Poznańska S. Pielęgniarstwo wczoraj i dzisiaj. PZWL, Warszawa 1988.
8. Domański H. Struktura społeczna. Scholar, Warszawa 2007.
9. Devereux G, Weiner F. The Occupational Status of Nurses. Ame Sociol Rev 1950, 15(5): 628-634.
10. Bojtor A. The importance of social and cultural factors to nursing status. Int J Nurs Pract 2003, 9: 328-335.
11. Parsons T. System społeczny. NOMOS, Kraków 2009.
12. Armstrong M. Zarządzanie zasobami ludzkimi. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
13. Król H. Podstawy koncepcji zarządzania zasobami ludzkimi [w:] Zarządzanie zasobami ludzkimi. Król H, Ludwiczynski A (red). PWN, Warszawa 2006: 50-91.
14. Bauman Z. Wspólnota. Wyd Literackie, Kraków 2008.
15. Szacka B. Wprowadzenie do socjologii. Oficyna Naukowa, Warszawa 2003.
16. Lenartowicz M. Klasowe uwarunkowania sportu i rekreacji ruchowej z perspektywy teorii Pierre’a Bourdieu. AWF, Warszawa 2012.
17. Czarkowska L. Nowy profesjonalizm. Wyd Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010.
18. Gramlewicz M. Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia. Śląsk, Katowice 2006.
19. http://finance.yahoo.com/news/pf_article_113620.html;_ylt=A2KLOzIS8JFSjXoAdMuTmYlQ
20. <http://online.wsj.com/news/articles/SB123119236117055127>
21. Kołodziej A. Choroba jako dewiacja i „profesjonalna” rola lekarza; relacja pacjent-lekarz w funkcjonalnej teorii Talcotta Parsonsa. Hygeia Public Health 2012, 47(4): 398-402.
22. Wiewiórowska M. Niektóre problemy społecznej roli pielęgniarki. [w:] Socjologia zawodów medycznych. Sokołowska M, Kosiński S (red). IFiS PAN, Warszawa 1978: 31-38.