



QSR – Edycja Polska

Przegląd Socjologii Jakościowej

Tom II, Numer 1 – Listopad 2006

Dominika Byczkowska
Uniwersytet Łódzki, Polska

Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza

Abstrakt

Artykuł ten prezentuje wnioski z badań przeprowadzonych w oparciu o metodologię teorii ugruntowanej z wykorzystaniem jakościowych technik badawczych. W artykule zaprezentowane zostały elementy i mechanizmy budowania i podtrzymywania solidarności zawodowej lekarzy, stosowane w trakcie edukacji na uczelni medycznej. Są nimi: przekazywane w procesie nauczania techniki neutralizacyjne, stechniczowany język, wiedza merytoryczna i tzw. *niby-wiedza*, monopolizacja czasu, wyznawane przez środowisko wartości, samokontrola, wspieranie członków swojego środowiska oraz występujące tu rytuały inicjacyjne i integracyjne.

Słowa kluczowe

Solidarność zawodowa, techniki neutralizacji, rytuały inicjacyjne, rytuały integracyjne, grupy profesjonalne, wartości grupowe, monopolizacja czasu.

Wstęp

Artykuł ten oparty jest na wynikach badań nad procesem stawania się lekarzem przeprowadzanych przez autorkę w okresie od grudnia 2003 do kwietnia 2005 roku na Uczelni Medycznej¹ w jednym z miast wojewódzkich, wśród jej studentów oraz wykładowców. Celem badania było poznanie procesu stawania się lekarzem. Temat ten wydał się autorce istotny, dlatego, że lekarze są tą grupą zawodową, która darzona jest dużym szacunkiem społecznym. Autorkę szczególnie interesowało czy istnieje specyficzna perspektywa poznawcza charakteryzująca to środowisko. Głównym celem było zatem poznanie elementów wyłonionego w trakcie badań habitusu lekarskiego. Kwestie dotyczące korupcji, jej usprawiedliwień, unormowań prawych, kontekstu organizacyjnego i korporacyjnego środowiska lekarskiego, świat społeczny medycyny interesowały autorkę wyłącznie z punktu widzenia ich wpływu na proces nabywania habitusu lekarskiego.

Zastosowane ujęcia teoretyczne

Teorie, które autorka zastosowała w trakcie badań do analizy zjawisk społecznych, wpisują się w paradygmat interpretacyjny. Zgodnie z założeniami tego ujęcia, rzeczywistość społeczna ma charakter procesualny, aktorzy społeczni w wyniku permanentnej interpretacji działań innych jednostek i grup stale wytwarzają, zarówno odgrywane przez siebie role, jak i rzeczywistość społeczną w ogóle. Społeczeństwo nie jest tu traktowane jak stały byt, ale jak nieustannie reprodukowany wytwór ludzkich działań.

Do wyjaśnienia elementów procesu stawania się lekarzem zastosowano teorię reprodukcji Pierre'a Bourdieu i Jean-Cleaud'a Passeron (1990). Zaproponowano tu koncepcję habitusu, dla wytłumaczenia różnic w przyswajaniu perspektywy poznawczej wśród studentów pochodzących i niepochodzących z rodzin lekarskich. Pojęcie habitusu zostało wyłonione w trakcie badań, gdy zauważono, że w wywiadach z osobami nie znającymi się nawzajem, z różnych lat studiów, pojawiają się identyczne uzasadnienia (techniki neutralizacyjne lub objaśnienia) korupcji i orzeczeń sądów lekarskich, a także podobne opisy zjawisk solidarności zawodowej, czy hierarchii opartej na wiedzy. O habitusie można mówić wówczas, gdy elementy perspektywy poznawczej są nieuświadomione. Tak było w tym wypadku. Pojęcie habitusu okazało się odpowiednie do opisu badanego zjawiska również dlatego, że umożliwia ono wskazanie elementów perspektywy poznawczej środowiska medycznego w procesie socjalizacji pierwotnej (np. w rodzinie). W trakcie badań wyłoniono bowiem dwie kategorie studentów – pochodzący z rodzin lekarskich i nie pochodzący z takich rodzin. Proces socjalizacji wtórnej pierwsza z tych grup przechodziła bardziej płynnie i łatwiej niż druga, właśnie ze względu na przekazanie już w domu rodzinnym niektórych nieuświadomianych elementów habitusu lekarza. Jednym z takich elementów jest, na przykład, konflikt pomiędzy wartością realizowaną (badania zlecane są istotne, bo pomagają rozwijać medycynę), a deklarowaną (pacjent jest zawsze najważniejszy). Wartości te kłócą się za sobą, gdy pacjenta traktuje się jak przedmiot nauk medycznych, a nie jako podmiot leczenia.

Inną koncepcją, zastosowaną w badaniu, była teoria technik neutralizacyjnych stworzona przez David'a Matza'ę i Gresham'a Sykes'a (1979) w oparciu o badania nad przestępcami. Głosi ona, iż przestępcy posiadają system wartości podobny do obywateli przestrzegających prawa, aczkolwiek stosują techniki, które pozwalają im czasowo zawieszać ogólnie wyznawane wartości, na rzecz takich, które usprawiedliwiająby zachowania przestępcze. W ten sposób zmniejszają także kontrolę, jaką ma nad nimi społeczeństwo. Sykes i Matza wyróżnili następujące rodzaje technik: zaprzeczenie szkody (*denial of injury*), zaprzeczenie ofiary (*denial of the victim*), zaprzeczenie odpowiedzialności (*denial of responsibility*), potępienie potępiających (*condemnation of the condemners*) oraz odwołanie do wyższych wartości (*appeal to higher loyalties*).

Koncepcja ta została poszerzona przez Nelson'a i Lambert'a (2001) o trzy kolejne rodzaje technik. Są nimi: szukanie usprawiedliwienia poprzez odwołanie się do emocjonalnej reakcji środowiska (*emotional obfuscation*), technika zamiany miejsc (*appropriation and inversion*) i definiowania prawdy (*evidentiary solipsism*).

Kolejną wykorzystaną w badaniach teorią była koncepcja rytuałów według Jean'a Maissoneuve (1995). Rytuał określa on jako skodyfikowany system praktyk, który posiada w danym miejscu i czasie subiektywne znaczenie i symboliczną wartość dla swych uczestników i świadków. Implikuje aktywizację ciała oraz posiada

związek z sacrum (Maisonneuve, 1995). W badanej uczelni wyróżniono dwa rodzaje rytuałów:

Rytuał przejścia, mający na celu wprowadzenie jednostki w nową rolę społeczną, danie jej nowej tożsamości. Dawne rytuały przejścia charakteryzował podział na trzy etapy: **rozłąka (separation)**, **oczekiwanie (limen, margin)**, **integracja (reagregation)**. Rytuały przejścia towarzyszą każdej ważnej zmianie statusu i pozycji społecznej (Turner, 1975; Maisonneuve, 1995).

Rytuały integracyjne mają miejsce w trakcie zabawy, ich celem jest zacieśnienie więzi wewnątrzgrupowych (Maisonneuve, 1995).

W badaniu wykorzystano także koncepcję Erving'a Goffman'a oraz porównano wyniki badań z publikacją "Boys in White. Student Culture in Medical School." (Becker, Geer, Hughes, Strauss: 1961), opisującą kulturę i proces stawania się lekarzem w Stanach Zjednoczonych w latach '50 XX wieku.

Dla wyjaśnienia, czym jest solidarność zawodowa oraz od czego zależna jest jej siła, zastosowano teorię Eliot'a Freidson'a (2004), przedstawioną w dalszej części artykułu. Przydatną dla wyjaśnienia kwestii nabywania tożsamości okazała się być koncepcja Evereth'a Hughes'a, dotycząca czasu i wysiłku poświęcanego na realizowanie zadań związanych ze studiowaniem. Zgodnie z tą teorią, czynność, na którą poświęcamy najwięcej czasu i wysiłku (*core activity*), określa i kształtuje naszą tożsamość (Hughes, 1997), natomiast czynnikiem wzmacniającym ten proces są czynności dodatkowe (*auxiliary*).

Zastosowane podejście metodologiczne

W badaniu wykorzystano metodologię teorii ugruntowanej. Jej główną zasadą jest wyłanianie się teorii z danych empirycznych, a zatem unika się formułowania szczegółowych pytań badawczych czy stawiania hipotez, dotyczących badanych zjawisk społecznych. W tej metodologii etapy badania (zbieranie danych, ich analiza, stawianie hipotez, konstruowanie teorii) przeplatają się. Zarówno cel badania, jak i pytania badawcze są tymczasowe, kolejne etapy badania uzależniają się od wcześniejszych wyników, a zebrane wcześniej dane można analizować powtórnie, w oparciu o odkryte później zjawiska. Próbkę empiryczną zbiera się tak długo, aż nie zaczną się powtarzać własności kategorii; na przykład, w przypadku obserwacji, będą się pojawiać te same zachowania, czyli dopóki nie nastąpi teoretyczne nasycenie. Badacz, na każdym etapie badania, w oparciu o dane empiryczne, może odkryć nowe zjawiska, znaleźć nowe, nieopisane wcześniej kategorie bądź ich własności.

W niniejszym badaniu analizowano dane o charakterze jakościowym. Przeprowadzono osiem wywiadów swobodnych. Po dwa wywiady zostały przeprowadzone ze studentkami pierwszego roku oraz ze studentami piątego roku, po jednym ze studentką drugiego roku, emerytowanym profesorem medycyny, z wykładowcą socjologii na UM oraz ze studentem czwartego roku. W badaniu zastosowano także analizę jednego numeru czasopisma studentów UM (w trakcie kilkunastomiesięcznego okresu prowadzenia badań dostępny był tylko jeden jego numer) oraz trzy obserwacje.

Pierwsza z nich odbyła się na samym początku procesu badawczego, w trakcie pobytu autorki w szpitalu w charakterze pacjentki. Większość notatek pochodzących z tej obserwacji zostało spisanych przed zabiegiem, a zatem wtedy, gdy autorka nie

odczuwała dolegliwości, które mogłyby wpłynąć na jej sposób postrzegania rzeczywistości.

Druga z obserwacji została przeprowadzona na spotkaniu studenckiego koła etyki; autorka nie ujawniła swej tożsamości oraz nie uczestniczyła w dyskusji.

Trzecia obserwacja była przeprowadzona na zajęciach z filozofii. Tożsamość autorki była znana jedynie osobie prowadzącej, gdyż konieczne było uzyskanie zgody na uczestniczenie w zajęciach. Tożsamość autorki została studentom ujawniona po zajęciach.

Z każdej z obserwacji powstawały notatki, które, tak jak wywiady oraz treść czasopisma, zostały poddane analizie przy wykorzystaniu kodowania rzeczowego, otwartego i selektywnego. Wykorzystano również technikę kodowania teoretycznego w celu opisanego i wytłumaczenia związków pomiędzy kategoriami wyłonionymi w analizie. Podstawową procedurą budowania teorii była indukcja; na podstawie danych empirycznych budowano wyjaśnienia teoretyczne. Testem, który zastosowano w celu uzyskania wyników jak najbliższych intersubiektywności, była triangulacja: danych, metodologiczna oraz teoretyczna. Czwarty rodzaj triangulacji – triangulacja badacza, był niemożliwy do spełnienia, gdyż badaczka prowadziła badania samodzielnie. Pojęcia pojawiające się w artykule wyłonione zostały przez cały okres prowadzenia badań i ich wprowadzenie wynikało z wniosków dostarczonych przez zebrany i przeanalizowany materiał.

Solidarność zawodowa

W trakcie badań wyłonione zostały dwie kategorie centralne. Pierwsza z nich to *hierarchia oparta na wiedzy*. Wiąże się ona z przeświadczeniem, że im więcej dana grupa społeczna i jej członkowie posiadają wiedzy merytorycznej, także medycznej, tym wyższe zajmują miejsce w hierarchii społecznej. Przejawia się to, między innymi, w tych kontaktach lekarz-pacjent, kiedy lekarz traktujący pacjenta protekcyjnie, niechętnie tłumaczy istotę schorzenia, gdyż z góry zakłada, że ten jej nie zrozumie.

Druga kategoria centralna to opisywana tu *solidarność zawodowa*. Oba te zjawiska są ze sobą ściśle powiązane i zazwyczaj działania aktorów społecznych sprzyjające jednej z kategorii, służą także drugiej. Proces stawania się lekarzem jest procesem bardzo złożonym, wymagającym od nowicjuszy wielu wyrzeczeń. Jest to proces długotrwały, jako że trwa nie tylko sześć lat studiów plus siódmy rok stażu; permanentny proces stawania się lekarzem występuje również po dyplomie.

Środowisko lekarskie jest środowiskiem bardzo spójnym wewnątrz, dlatego także proces przekazywania habitusu lekarza w trakcie kształcenia w tym zawodzie jest bardzo spójny – wpajane normy, zasady, wartości, strategie działania, nauczany język czy umiejętności tworzą bardzo spójną perspektywę poznawczą. Elementem tej perspektywy, jednym z jej najistotniejszych elementów, jest solidarność zawodowa, której poświęcony jest ten artykuł.

Solidarność zawodowa jest to ten element bycia lekarzem, któremu służą wszystkie praktyki społeczne stosowane przez szeroko ujęte środowisko lekarskie w celu socjalizacji nowych członków. Solidarność zawodowa to innymi słowy poczucie wspólnoty z osobami wykonującymi ten sam zawód, przejawiające się poprzez działanie zmierzające do podtrzymania lub polepszenia sytuacji przedstawicieli danego zawodu. Jest to wspólnota świadomości (*consciousness community*) (Freidson, 2004), ponieważ formuje się na bazie wspólnych doświadczeń (np. studia medyczne, praca w szpitalu), zainteresowań (np. leczenie chorych i ratowanie życia

ludzkiego) i zasobów (np. praca lub perspektywa pracy w szpitalach i przychodniach, dostęp do specjalizacji, wysokość pensji lekarskich) (Freidson, ibidem). Jeżeli zatem wspólnota ta jest także w pewnym sensie wspólnotą interesów (zwłaszcza w sensie wspólnoty zasobów), korzystne dla jej członków jest dbanie o tę profesję, a co za tym idzie, o utrzymanie jej granic (czyli np. ograniczając do niej dostęp poprzez trudne studia). Gdyby medycyna przestała być dyscypliną zamkniętą (do podjęcia zawodu potrzebne są formalne kwalifikacje zdobyte w organizacji kontrolowanej przez członków tej grupy zawodowej) i wymagającą (wymagające studia oraz konieczność ciągłego dokształcania się w trakcie wykonywania zawodu), straciłaby swój szczególny status i jej reprezentanci straciliby swój prestiż. Howard Becker (za: Freidson, ibidem) tłumaczył solidarność zawodową w następujący sposób: im więcej wysiłku, czasu i energii (*commitment of time and energy*) wkłada się w daną działalność, tym bardziej doświadcza się związku z umiejętnościami i wiedzą konieczną do jej wykonywania, a zatem pojawia się pragnienie, by je zwiększać, ale także chronić ich integralność (czyli także bronić dostępu osób niewykwalifikowanych). Dlatego też, zawody wymagające dużo wysiłku, wiedzy i czasu koniecznego do ich zdobycia i wykonywania, dążą do zamykania się, bez czego niemożliwa jest formalizacja dostępu do tych zawodów. Jeśli natomiast pojawiają się już owe granice i profesja staje się rozpoznawalna i spójna, wówczas osobom myślącym podobnie i praktykującym dany zawód łatwiej jest utożsamiać się z nim, a co za tym idzie, postrzegać siebie i **innych** przedstawicieli zawodu przez jego pryzmat. Właśnie wówczas można mówić o solidarności zawodowej – poczuciu wspólnoty z osobami wykonującymi ten sam zawód.

Na ową solidarność ma wpływ sam proces kształcenia. Freidson (ibidem) podaje cztery powody takiego stanu rzeczy:

- Osoby, które aspirują do wykonywania danego zawodu i rozpoczęły starania o przyjęcie do niego, z góry zakładają, że przejdą każdy egzamin czy kurs potrzebny do jego uzyskania;
- Studenci kształceni są grupowo, nie indywidualnie, mogą zatem negocjować wspólne definicje sytuacji dotyczące zawodu;
- Studenci są odseparowani przez pewien okres czasu od studentów innych kierunków;
- Przechodzą te same kursy, znoszą te same wymagania swojego kierunku studiów, co owocuje wspólnotą doświadczeń.

Taki proces kształcenia powoduje większe zaangażowanie i identyfikację z zawodem, tworzy poczucie solidarności, bazujące na podobnym doświadczeniu i tożsamości wśród nowicjuszy oraz wzmacnia poczucie wspólnoty, poprzez dzielenie problemów i rozwiązywanie ich. Umożliwia to budowanie solidarności zawodowej lekarzy właściwie już od początku studiów. Jest ona tak istotna, że posiada nawet swoją instytucjonalną formę – Izbę Lekarską – która ma konkretne uprawnienia w kształceniu nowych członków społeczności: to ona wymaga stażu po studiach oraz daje prawo wykonywania zawodu, bez którego nie można pracować jako lekarz.

W procesie socjalizacji, również wtórnej, w toku interakcji “jednostka osiąga integrację z grupą społeczną przez uczenie się kultury tej grupy i własnej w niej roli” (Borowicz, 1998: 42). Proces socjalizacji ma też na celu przystosowanie człowieka do warunków, w jakich przyjdzie mu funkcjonować (Borowicz, ibidem). W wypadku środowiska medycznego jest to bardzo widoczne, choćby na przykładzie tworzonych neutralizacji czy objaśnień, a także *niby-wiedzy*¹¹. Socjalizacja wtórna ma na celu umiejscowienie jednostki w hierarchii społecznej, a wcześniej, przygotowanie jej do zajmowania tego miejsca. Jako że lekarz jest w naszym społeczeństwie szanowaną

profesją, socjalizacja ta musi zapewniać, że nowy członek środowiska będzie umiał odpowiednio grać rolę osoby na wysokim miejscu w hierarchii, a także, że nie wywoła niebezpieczeństwa utraty tej znakomitej pozycji przez całą grupę. Dlatego też środowisko stara się już od pierwszego roku studiów lekarskich socjalizować młodych lekarzy stosując system kar i nagród. Co jest ową najcenniejszą nagrodą, mówi sam rektor Uczelni Medycznej w swoim wystąpieniu:

Kształt dyplomu ukończenia studiów jest Waszą nagrodą za sumienność, wytrwałość, a przede wszystkim za mądre kierowanie swoim młodym życiem (z przemówienia Rektora UM z okazji uroczystości wręczenia dyplomów ukończenia studiów, *Asklepios*, 2004).

Stanowi ją możliwość zostania lekarzem, co objawia się poprzez zaliczanie kolejnych sesji; najgorszą karą jest zaś uniemożliwienie ukończenia studiów. W obawie przed nią, studenci tolerują czasem nawet łamanie prawa w kwestii zaliczeń czy egzaminów. Wiedzą oni, że za wyjawienie czegoś, co mogłoby zaszkodzić reputacji środowiska może im grozić kara, dlatego też tego nie robią. Nie tylko ten element, ale i wszystkie inne, składają się na utrzymywanie silnej solidarności zawodowej i spójności tego środowiska.

Opisane poniżej techniki neutralizacyjne, wiedza merytoryczna, *niby-wiedza* oraz rytuały powodują, że środowisko to ma wpływ na charakterystyczną dla niego perspektywę poznawczą, kształtowaną wśród nowych członków. Rytuały inicjacyjne i integracyjne mają konsolidować tę grupę, a *niby-wiedza* to kompetencje społeczne, potrzebne do właściwego funkcjonowania w społeczności lekarzy. Z kolei, im większa spójność grupy, im jej członkowie czują się ze sobą bardziej związani, tym łatwiej godzą się na normy panujące w grupie (Goodman, 1997). Wszystkie opisane poniżej zjawiska są elementami kultury tej grupy, a miejsce wchodzącej do niej jednostki określają również przyswajane w procesie socjalizacji wzory relacji student-wykładowca i lekarz-pacjent.

Rytuały

W procesie stawania się lekarzem wiele jest praktyk społecznych pełniących funkcję rytuału. Są one wykorzystywane w tworzeniu społecznego świata lekarzy i przystosowywaniu nowicjuszy do jego zasad i reguł. Generalną zasadą jest tu mechanizm zwany w psychologii racjonalizacją. Jego działanie można zrelacjonować następująco: wejście do tego środowiska oraz utrzymanie się w nim kosztuje tyle pracy i wyrzeczeń, że będąc jednostką racjonalną, nie inwestowałabym tyle wysiłku w wejście do nieatrakcyjnej grupy, zajmującej się nieciekawą aktywnością, zatem sama siebie przekonuję, że warto zostać w tym środowisku i nie porzucać studiów, a będąc lekarzem, nie warto ryzykować utratą swej pozycji wewnątrz środowiska.

Środowisko lekarskie charakteryzuje się dużą wiarą w możliwości nauki, wiedza opiera się tu na badaniach naukowych, nie ma miejsca na nieracjonalne zachowania. W środowisku profesjonalnym (np. lekarskim) funkcję rytuałów posiadają formalne zjawiska (np. otrzymanie indeksu studenckiego, zaliczanie kolejnych sesji, ukończenie stażu i otrzymanie dyplomu). Rytuały generalnie mają za zadanie konsolidację grupy społecznej (Maisonneuve, 1995). Jedną z podstawowych funkcji rytuału jest wzmocnienie więzi społecznej.

W kształceniu studentów medycyny występuje wiele **rytuałów przejścia**. Pierwszym z nich są egzaminy wstępne o legendarnej trudności. Jeśli uda się je

zdać wystarczająco dobrze, kandydat staje się studentem medycyny i w sposób oczywisty zmienia swój status. Ten moment przejścia podkreślany jest przez publikację wyników, a także przez uroczystość wręczenia indeksów i legitymacji. Wejście do społeczności studenckiej jest także uczczone *fuksówką*, czyli nieformalną imprezą organizowaną dla studentów pierwszego roku przez wyższe roczniki. Następnymi rytuałami przejścia są kolejne sesje:

Przełomowe momenty są co roku (...) przy zdawaniu egzaminów. Są egzaminy łatwiejsze i trudniejsze i ja miałem przełomowe momenty po pierwszym i po drugim roku jak była chemia i biochemia. To są najtrudniejsze przedmioty dla mnie i chyba dla wielu ludzi (student piątego roku).

Każda zaliczona sesja jest dla studentów kolejnym, jasno określonym i sformalizowanym etapem w stawaniu się lekarzem. Wymaga to wiele wysiłku, dlatego niewiele osób rezygnuje ze studiów lekarskich. Po pierwszym roku studiów zdarzają się takie przypadki, ale później są one już rzadkością. Tym bardziej, że jak wspomniano wyżej, jeśli już wejdzie się do środowiska lekarskiego, trudno z niego wyjść. Respondenci często mówili, że “z tych studiów się nie wylatuje”. O ile odpadnięcie po pierwszej sesji jest akceptowane przez studentów (twierdzą, że wykładowcy muszą “odsiąć”), o tyle po trzecim roku studiów, czyli po ich połowie, prawie się to nie zdarza. Studenci czują już korzyści płynące z solidarności opartej na wspólnych doświadczeniach – przejściu przez pierwsze trzy wymagające lata studiów.

Takie imprezy, jak *połowinki*, *fuksówka* oraz *bal absolwentów*, odbywający się po ukończeniu stażu, pełnią funkcje **rytuałów integracyjnych**. Podczas nich zawierane są nowe znajomości, zacieśnia się więzi wewnątrzgrupowe, jak to się zazwyczaj dzieje podczas zabawy, która może towarzyszyć zakończeniu rytuału inicjacyjnego (Maisonneuve, 1995). Na tych imprezach studenci rozmawiają o nauce i wykładowcach, a także biorą udział w zabawach “zawodowych”, jak wiązanie liny z rękawiczek lateksowych (Fortecka, 2004).

Innym rytuałem przejścia, jest odbywanie przez przyszłych lekarzy stażu. Ten rytuał w najlepszy sposób odpowiada etapom opisanym przez A. Van Gennepa (Turner, 1975; Maisonneuve, 1995). Po zakończeniu szóstego roku medycyny studenci są jakby w zawieszeniu, już nie są studentami, jeszcze nie są lekarzami. Jest to ten etap, który van Gennep nazywa **rozłąką (separation)**. Status nie jest jasny, jest się pomiędzy dwiema grupami, ale do żadnej nie należy się całkowicie. Jest to na tyle niekomfortowa sytuacja, że stażyści stworzyli własną organizację, która ma bronić ich interesów, zwłaszcza w kwestii Lekarskiego Egzaminu Państwowego (www.nfz-lublin.pl z 9.02.2005). Następnym etapem jest **oczekiwanie (limen, margin)**. W sytuacji stażysty jest to regularne odbywanie dyżurów i wdrażanie się do pracy lekarza. Stażyści są jednak bardzo kontrolowani, nie mogą, na przykład, sami zostawać na dyżurach, a każdą ich decyzję musi potwierdzić lekarz dyplomowany. Ten etap trwa czternaście miesięcy. Jest to etap nazwany **integracją (reaggregation)**. Jednostka ma już nowy status i należy do środowiska lekarskiego jako lekarz, a nie jako student.

Techniki neutralizacyjne

Techniki neutralizacyjne, wyłonione w wyniku badań wśród przestępców, a mające na celu chwilowe zawieszanie ogólnie przyjętego systemu wartości, stosowane są także przez lekarzy oraz studentów wyższych lat medycyny. Mają one usprawiedliwiać sprzeczność wynikającą z faktu, że chcą oni z jednej strony dobrze spełniać rolę przyszłego lekarza – osoby z powołaniem, chcącej pomagać ludziom, z drugiej natomiast, jakby z góry usprawiedliwiają się przed samymi sobą i przed innymi (w obronie jaźni subiektywnej). Techniki te pozwalają także na neutralizację poczucia winy wynikającego z czynów dokonanych przez praktyków medycyny, z którymi studenci się utożsamiają, a więc odczuwają solidarność zawodowąⁱⁱⁱ. Techniki neutralizacyjne pozwalają również na uniknięcie wewnętrznych sprzeczności w środowisku lekarskim, wynikających z bardziej lub mniej krytycznego podejścia do takich spraw jak korupcja czy błędy lekarskie.

Techniką wyróżnioną przez Sykes'a i Matza'ę (1979), a używaną najczęściej przez przyszłych lekarzy zdaje się być **zaprzeczenie odpowiedzialności**. Charakteryzuje się ona tym, że osoba, której czyny są niezgodne z ogólnym systemem wartości (lub która się utożsamia z osobami dokonującymi tych czynów), sama siebie uznaje za ofiarę warunków od niej absolutnie niezależnych, w tym przypadku systemu ochrony zdrowia. Oto przykład takiej neutralizacji:

[lekarze biorą łapówki – przyp. badaczki] bo ten **system** jest chory, ponieważ dajmy na to chirurg, który wykonuje dziennie jedną operację albo 3 operacje w tygodniu zarabia oficjalnie 2500 złotych, co jest pensją śmieszna, 3 razy w tygodniu ryzykuje ludzkie życie i ma małe możliwości zarobienia i to jest strasznie **chora sytuacja**. (...) dużo lepiej jakby weszły **prywatne kasy ubezpieczeń**, gdzie ludzie lepiej sytuowani by płacili większe pieniądze i taki chirurg by wiedział, że może oficjalnie w prywatnym szpitalu zarobić 5 razy więcej niż w tym państwowym i starałby się tam dostać i **wtedy już nie ma możliwości branie łapówki**, jeżeli to jest prywatne wszystko, musiałby...musi mieć alternatywę zarobienia wyższych pieniędzy i pracowania całkowicie legalnie, a jak takiej alternatywy nie ma to to rodzi łapówkarstwo^{iv} (student czwartego roku).

Inną techniką neutralizacyjną stosowaną w środowisku lekarskim jest **odwoływanie do wyższych wartości**, na przykład rodziny:

Jeżeli musisz patrzeć na aspekt lekarza, to musisz jeszcze patrzeć na aspekt, że lekarz jest człowiekiem i człowiek jest albo dobry, albo zły. A ci źli jeszcze są tacy, że albo **mają wyjście, albo nie mają wyjścia**, bo **mają trójkę dzieci na utrzymaniu**, prawda? I to, że często walczą ze swoim sumieniem i biorą łapówki tylko po to, żeby **dziecku wsadzić jedzenie do garnka**, bo zarabiają bardzo marne grosze i pracy nie ma. (student piątego roku medycyny).

Takie usprawiedliwienia łapówkarstwa są powszechne wśród studentów wyższych lat. O tym, że są one nabywane w trakcie edukacji świadczy fakt, iż studenci pierwszych lat nie pochodzący z rodzin lekarskich (czyli ci, którym nie wpojono tej perspektywy poznawczej w domu rodzinnym) nie umieją wyjaśnić zjawiska korupcji, a także uznają je za naganne i uznają lekarzy za odpowiedzialnych za taki stan rzeczy. Sam proces przekazywania gotowych wzorów neutralizacji ilustruje poniższy fragment:

Coraz więcej osób nas przestrzega przed błędami lekarskimi, przed sądami, że właśnie musimy czymś się podeprzeć w razie czego, dlaczego coś zrobiliśmy i dlaczego coś zrobiliśmy zgodnie ze standardami obowiązującymi, bo coraz silniejsza jest presja rodziny i społeczeństwa, żeby znaleźć błąd lekarza, dzięki temu wymagają od nas więcej (student czwartego roku).

Innym zjawiskiem wzmagającym solidarność zawodową jest neutralizacja dotycząca błędów lekarskich i orzecznictwa sądów lekarskich. Neutralizacją, jaka opisuje taki pogląd jest **technika zamiany miejsc** (Nelson, Lambert, 2001). Charakteryzuje się ona redefinicją sytuacji, której celem jest postawienie się przez (potencjalnego w tym przypadku) winnego w miejscu ofiary danej sytuacji. Pacjenci są tutaj agresorami, a lekarze ofiarami. Respondenci wyższych lat, zaawansowani w procesie socjalizacyjnym, odnoszą się negatywnie do opisywania w mediach przypadków błędów czy zaniedbań lekarskich, natomiast ci z niższych lat twierdzą, iż zarzuty te są słuszne.

Błędy lekarskie są dość drażliwym tematem w środowisku lekarskim. Jest tak, ponieważ z ich powodu mogłyby powstać wewnętrzne konflikty osłabiające solidarność i spójność grupy. Dlatego też konieczne jest wpojenie wzorców neutralizacji w trakcie przygotowania do zawodu. Studenci pierwszych lat z rodzin nielekarskich, są przekonani o konieczności karania lekarzy za błędy, nawet, gdyby były one skutkiem przypadku, studenci wyższych lat są bardziej skłonni zaakceptować błąd jako naturalny element wykonywania zawodu. Jednocześnie studenci ci godzą się ze skazującymi wyrokami sądowymi dla lekarzy, którzy popełnili błędy – jest to związane z bardzo istotną dla tego środowiska wiedzą. Zarówno merytoryczną, jak i *niby-wiedzą*.

Wiedza merytoryczna i *niby-wiedza*

Wspólne zainteresowania są jednym z trzech elementów współtworzących solidarność zawodową. Dlatego też, wiedza merytoryczna jest tak ważnym czynnikiem wzmagającym spójność grupy. Jest ona poza tym o tyle istotna, iż umożliwia wykonywanie zawodu oraz, co związane jest z hierarchią opartą na wiedzy, wyznacza zarówno miejsce jednostki w tym środowisku jak i miejsce grupy w społeczeństwie. Wiadomości merytoryczne, wiedza książkowa muszą zostać opanowane na pamięć, studenci muszą wiedzieć gdzie co zostało opisane, podeprzeć się literaturą fachową. Jeden z respondentów stwierdził, że jeżeli jakiejś wiedzy nie ma w książkach, to ona „nie istnieje”. Osoby wybierające się na studia lekarskie są już w pewien sposób bardziej skłonne do solidarności z lekarzami: albo ze względu na podobne zainteresowania (Freidson, 2004), takie jak biologia, chemia, fizyka, chęć pomagania ludziom, albo na tradycję rodzinną.

Innym, nie mniej potrzebnym rodzajem wiedzy jest wiedza pozamerytoryczna, dotycząca pozawarsztatowych elementów zawodu lekarza. Zawiera ona wiadomości dotyczące, między innymi, sprzedawania egzaminów wstępnych, kwalifikacji lekarzy, korupcji. Ten rodzaj wiedzy nazwany został *niby-wiedzą*, ponieważ studenci nie umieli powiedzieć skąd mają takie informacje, posługiwali się takimi sformułowaniami jak: *się wie*, *cicha umowa*, *powszechnie wiadomo*, *wszyscy wiedzą*. Wiedza dotycząca świata społecznego, w jakim znajdują się lekarze, nie ma konkretnego źródła, można powiedzieć, że uzyskuje się ją z ogólnej atmosfery studiowania. Informacje te są podawane w formie żartów przez studentów z rodzin lekarskich, w

rozmowach nieformalnych oraz pochodzą z obserwacji ogólnych stosunków w środowisku lekarskim, na przykład, o dziedziczeniu specjalizacji student dowiedział się poprzez obserwację nazwisk na pieczętkach lekarzy tej samej specjalności, z którymi miał styczność. Taka nieświadomiona wiedza, niezbędna do stania się pełnoprawnym członkiem grupy sprawia, że w środowisku pewne zachowania, zjawiska są oczywiste, jednostka nie zastanawia się lub też jest uczona, aby się nie zastanawiać nad ich sensem i słusnością. Przekazywanie *niby-wiedzy* wzmacnia solidarność zawodową, ponieważ wtajemnicza nowicjuszy w niedostępne osobom z zewnątrz aspekty pracy lekarza – jest to w pewnym sensie wspólnota doświadczeń (Freidson, 2004).

Język, jakim posługują się studenci medycyny dotyczący wiedzy merytorycznej, jest **stechniczowany**. Studenci uczą się go od pierwszego roku, na zajęciach z anatomii, gdzie często po raz pierwszy stykają się ze *zwłokami* i *preparatami organów* (np. *kończyny górnej*). Takie nazewnictwo ściśle przestrzegane przez prowadzących pełni nie tylko funkcję medyczną, ma ono także spowodować mniej osobiste podejście do ciała ludzkiego. Dlatego właśnie oglądany przez kilkanaście roczników nieżywy człowiek jest nazywany *zwłokami*, a jego ręce, nogi i inne organy stają się *preparatami*. Czym innym jest człowiek, czym innym zbiór organów. Takie podejście do człowieka, taki sposób opisywania świata konsoliduje społeczność lekarską, umożliwia bowiem wspólnotę zainteresowań poprzez tworzenie wspólnego sposobu patrzenia na chorego, bardzo charakterystycznego właśnie dla tej grupy.

Taki sposób patrzenia na ciało ludzkie jest w ogóle częścią perspektywy poznawczej lekarzy. Na przykład, podczas pobytu badaczki w szpitalu, lekarze skupiali się tylko na cielesnej stronie pacjenta. Chory był na tyle “ucieleśniony”, sprowadzony do swej cielesności, że nawet personel medyczny zwracał się do pacjentów poprzez pryzmat schorzenia, na przykład: “jak się czują wczorajsze migdałki”, albo “czy przegroda może jeść”. Język stosowany przez całe studia medyczne ma chronić lekarzy przed zbytnim utożsamieniem się z pacjentem i jego dolegliwościami, co na dłuższą metę mogłoby być zbyt dużym obciążeniem dla lekarza. Na zajęciach z anatomii studenci powinni oswoić się ze *zwłokami*. Robią to nie tylko w sposób naukowy. Zdarzają się, na przykład, żarty, wnoszenie aparatów fotograficznych, robienie sobie zdjęć pamiątkowych, jak nazwała to jedna z rozmówczyń. Takie zachowania, oczywiście, nie są dozwolone, bywają karane, ale brak także jasnego zakazu. Podczas zajęć z anatomii głównymi regułami są noszenie fartucha i nie siadanie na stołach prosektoryjnych, a nie, na przykład, szacunek dla *zwłok*. Takie podejście ma oswoić przyszłych lekarzy z ciałem ludzkim, zarówno żywym, jak i martwym. Może to powodować podejście, o jakim mówił student czwartego roku:

Anatomia jest dokładnie na pierwszym roku, w takim strasznie starym budynku, w którym ciągle pachnie formaliną i jak się wchodzi pierwszy raz, to człowieka wyrzuca na zewnątrz, ale potem idzie się przyzwyczaić do tych wszystkich *zwłok*, które tam się ogląda i jest to dosyć traumatyczne przeżycie, szczególnie jak potem trzeba coś zjeść. Ale po jakimś miesiącu ludzie się przyzwyczajają do tego wszystkiego. I pierwszy szok mija i podchodzi się do tego, jak, nie wiem, do kawałka mięsa, które trzeba obejrzeć, nauczyć się co jest co i koniec.

Taki sposób traktowania *zwłok* nie podoba się także samym studentom. Na pytanie, czy sami chcieliby oddać swoje ciało po śmierci do celów naukowych, stanowczo zaprzeczali.

Innym ciekawym zagadnieniem jest **monopolizacja czasu**. Ilość czasu, jaką zajmuje bieżące przygotowanie się do zajęć, a także ciągłe egzaminy i zaliczenia, powodują, że studenci nie mają właściwie czasu na pozauczelniane życie towarzyskie czy też realizację swych zainteresowań. Czas poza zajęciami, w związku z dużą ilością materiału merytorycznego, niektórzy spędzają także wspólnie z innymi studentami:

Są ludzie, którzy uczą się sami i nie uznają uczenia wspólnego, ale są ludzie, którzy tylko z drugą osobą, albo trzecią, w dwoje w troje się uczą i sobie nawzajem się odpytują, kontrolują i w ten sposób tą wiedzę posiadają (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

Taka sytuacja powoduje, że spotykają się oni głównie w swoim gronie i nie mają zbyt wielu przyjaciół i znajomych spoza uczelni. Jest to zatem czynnik hermetyzujący tę społeczność. Spędzanie czasu głównie na zdobywaniu wiedzy medycznej sprawia także, że studenci budują swoją tożsamość głównie jako studentów medycyny (Hughes, 1997). Ich *core activity*, głównym zajęciem jest zdobywanie wiedzy medycznej (uczęszczanie na wykłady i ćwiczenia, ale także uczenie się w domu), zaś inne działania (*auxiliary*), także związane są z tą aktywnością. Są nimi, na przykład, przebywanie wśród studentów medycyny, uczestniczenie w opisanych wyżej imprezach. Sprawia to, że główna, zasadnicza czynność, jakiej poświęcają oni większość swojego czasu i energii buduje ich tożsamość jako studenta medycyny, później lekarza, a czynności dodatkowe powodują, że studenci medycyny, nie tylko w sprawach merytorycznych, spotykają się z osobami ze swojego środowiska. Taki proces ciągłego potwierdzania swojej tożsamości trwa całe życie, o czym świadczą dwa przykłady:

Najwięcej mam (znajomych – przyp. badaczki) z kręgów związanych ze służbą zdrowia (...) mam zainteresowania, ale tryb, jaki mamy na studiach nie pozwala mi na poszerzanie moich zainteresowań i nie mam czasu na rozwijanie się pod tym względem (student piątego roku).

I oni (studenci – przyp. badaczki) przez całe swoje studia idą razem i razem w tych grupach mają ćwiczenia z poszczególnych specjalności, więc oni się niesłychanie żyją ze sobą, bo mają stały, codzienny kontakt z sobą, i na wszystkich ćwiczeniach są razem.

(opis społeczności studenckiej...i własnych doświadczeń)

Najwięcej mam (znajomych – przyp. badaczki) wśród lekarzy, bo na co dzień się z nimi widzę, spotykam się przy różnych okazjach, zebraniach naukowych, spotkań gdzieś tam jakiś uroczystości, konsultacji, telefonów, no głównie w środowisku medycznym. Wyjazdów powiedzmy na narty, to całe grupy się tworzą lekarzy, lekarskie i jadą (...). Poza tym, jak ci mówiłem, na przykład te, te, te ta integracja w tym środowisku nefrologicznym, no jedziemy na zjazd, ciężka, całe dni siedzenia, dwa, trzy, cztery dni, a potem firma organizuje, wiesz jakąś taką formę wypoczynku kilka dni gdzieś (...). I z tymi ludźmi potem, no bawisz się, no odprężasz się zapominasz o wszystkim, jest fantastyczna zabawa. No i

wracasz taki uradowany i później się dzwoni do nich, oni to, mimo, że nie są z tego miasta, to się spotykamy, to sobie wysyłamy na święta, to telefony i to, i to jest to. No jesteśmy troszeczkę skazani na to środowisko medyczne (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

Przebywanie głównie w środowisku medycznym nie tylko fizycznie ogranicza możliwość innych kontaktów, ale także powoduje natężenie wspólnych doświadczeń, tak ważnych dla powstania solidarności zawodowej (Freidson, 2004).

Podczas rozmów ze studentami medycyny często pojawiał się temat łapówek. Częściowo zjawisko to opisane zostało już wcześniej. W tym miejscu podjęty zostanie inny aspekt problemu – “cicha umowa”. Dotyczy ona nie brania łapówek od ludzi ze **swojego środowiska**. Oto cytat opisujący ten zwyczaj oraz stosunek studentów do niego:

Generalnie nikt o tym nie rozmawia, ponieważ my chyba nie mieliśmy z tym kontaktu, jako studenci medycyny, bo po pierwsze nie dajemy, bo jesteśmy studentami medycyny, a chyba jeszcze nie bierzemy, bo nie jesteśmy lekarzami i nie mamy z tym kontaktu.(...) Powszechnie wiadomo [niby wiedza – przyp. badaczki] i o tym się pisze, to zdarzają się takie przypadki, że daje się łapówkę za dane rzeczy, ale myślę, że **nawet najgorsi ci lekarze zupełnie inaczej traktują studentów medycyny i lekarzy, czyli ludzi ze swojego środowiska**, niż nie wiem, szarych postronnych.(...) Myślę, że to jest naturalne, że każdy przeszedł przez te studia, wie ile one wysiłku kosztują i tak jak nie wiem, wspierają się poszczególne grupy zawodowe, tak lekarze też się wspierają. Na zasadzie solidarności zawodowej (student czwartego roku).

Jak widać, studenci medycyny nie są negatywnie nastawieni do tego zjawiska. Starają się je raczej wytłumaczyć. Rysuje się tutaj jednak różnica w podejściu studentów z rodzin lekarskich i nielekarskich. Ci pierwsi podejmują temat swobodniej, próbują usprawiedliwić takie praktyki, znajdują wytłumaczenia (trudność studiów, praktyka powszechna). Studenci z rodzin nielekarskich raczej opisują takie zachowania i nie próbują ich usprawiedliwiać.

Ciekawe, że o takiej sytuacji wiedzą już studenci, którzy nie pracowali jeszcze w zawodzie. Z każdym rokiem studiów, z każdym kolejnym kontaktem z pacjentem, podział na ludzi z zewnątrz i wewnątrz środowiska staje się coraz bardziej ostry. Dla lekarza z wieloletnią praktyką do środowiska lekarskiego należą tylko lekarze, dla studentów wyższych lat są to lekarze, pielęgniarki, laboranci oraz studenci medycyny, osoby z pierwszego roku w ogóle nie wiedzą, kto do tego środowiska mógłby należeć. Jest to element *niby-wiedzy* zdobywany przez obserwację i w nieformalnych rozmowach, na przykład, podczas zajęć w szpitalu.

Wydaje się, że środowisko lekarskie przekazuje także swoim adeptom przekonanie o **wyjątkowości profesji** i o **elitarności** tego **zawodu** opartych na umiejętnościach i wiedzy specjalistycznej. Oba te elementy wiążą się z dwiema głównymi kategoriami badania. Z hierarchią opartą na wiedzy – ponieważ to wiedza jest podstawą przynależności do tego elitarnego środowiska oraz z solidarnością zawodową, jako że taka perspektywa różnicuje ludzi na członków elity i tych poza nią. Fragmenty wypowiedzi, które to ilustrują, zostały przedstawione w części dotyczącej stosunków lekarz-pacjent. O powszechności takiej perspektywy wśród wykładowców świadczy, między innymi, przemowa rektora UM z okazji wręczenia dyplomów. Pojawiają się w niej takie sformułowania jak *elitarnie*, *najszlachetniejsza z*

nauk, duma, pewność siebie oraz porównanie możliwości lekarza z boskimi. Jest to zapewne wynikiem obrazu, jaki istnieje w całym społeczeństwie, a nie tylko w tym środowisku. Według badań z 2000 roku^v lekarze uważani są za osoby pełniące zawód najtrudniejszy (30%), najbardziej stresujący (22%), najbardziej odpowiedzialny (56%), najbardziej interesujący (14%) oraz najbardziej szanowany (54%). Wynika z tego, że ta profesja jest uznawana za wyjątkową i szczególnie wymagającą. Potwierdza to wypowiedź jednej ze studentek pierwszego roku na pytanie, czy ktoś w jej rodzinie studiuje medycynę: "tylko ja się tak wybiłam". Studenci pierwszych lat są przekonani o wyjątkowości tego zawodu, dlatego, że:

Wydaje mi się, że oni tam są wszyscy, że właśnie lekarze odznaczają się jakąś taką uczciwością, jakimś takim, no nie wiem, umięją tak nawiązać jakoś kontakty z tymi pacjentami (studenta pierwszego roku).

Studenci starszych lat, którzy nabyli już *niby-wiedzę* i bardziej utożsamiają się z zawodem, jego wyjątkowość uzasadniają, między innymi, trudnością studiów. Ten pogląd potwierdza się w wypowiedzi rektora UM:

Każdy wielki sukces jest triumfem uporczywości (...). Sigmunda Grafa (...) celnie opisuje wybrukowaną medycznymi podręcznikami i skryptami – drogę studenta uczelni medycznej do dyplomu (*Asklepios*, 2004).

Innym interesującym zagadnieniem jest kwestia wartości przekazywanych w trakcie edukacji medycznej. Wspólne wartości są jednym z najistotniejszych czynników pozwalających wyróżnić grupę społeczną, a ponadto w znacznym stopniu wzmagają solidarność tej grupy poprzez nadawanie wspólnego sensu doświadczeniom różnych jej członków. Jedną z **wartości** propagowanych podczas studiów medycznych, wartością, która zdaje się w dużym stopniu określać sposób patrzenia na chorego, jest **walka ze śmiercią**. Studenci uczą się przez cały czas, że zadaniem lekarza jest odsuwanie śmierci, leczenie i ewentualne zmniejszanie bólu pacjenta, ale nie pogodzenie się ze śmiercią. Śmierć przestaje być zatem naturalną kolejną rzeczą, jest ona wrogiem lekarza, który, jeśli z nią przegra, czuje się pokonany:

Także to są chyba te najtrudniejsze momenty, gdzie człowiek jest bezradny wobec jakiejś sytuacji medycznej, a zwłaszcza jeśli to jest młody człowiek i ci młody człowiek ginie i nie jesteś w stanie pomóc. To jest dramat straszny, naprawdę (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

Taki pogląd przekazuje się studentom przy okazji zajęć *stricte medycznych*, a także na zajęciach *mniejszych*^{vi}, jak socjologia, filozofia czy psychologia. Podejmuje się temat eutanazji w sposób, który ukazuje, że jest ona zbyt odpowiedzialnym zadaniem dla lekarza oraz że jest to wbrew jego społecznej roli. Takie podejście do tego zagadnienia jest charakterystyczne dla studentów wyższych lat medycyny. W sytuacji porażki bardzo istotne są reakcje znaczących innych, jak, na przykład, przełożonego:

Jeżeli dostaniesz akceptację (zostanie przywrócone poczucie bezpieczeństwa w grupie – przyp. badaczki) przełożonego, że zrobiłeś wszystko w porządku, że nie było siły, to jakoś jest lżej z tym, wiesz, to jakoś człowiek się rozgrzesza, bo zawsze ma wątpliwości, a może jeszcze czegoś nie zrobiłem, a może to i wtedy najczęściej właśnie ocena przełożonego pozytywna, że zrobiło się wszystko, jest tym najlepszym

sposobem i lekarstwem (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

Inną wartością, jaką wpaja się adeptom sztuki lekarskiej, jest to, że w pracy lekarza zawsze **najistotniejszy jest pacjent**. Z wypowiedzi wynika, że jest to wartość, która przechodzi aktualnie swoistą przemianę. Z jednej strony jest to wartość propagowana przez starszych lekarzy z “żelaznymi zasadami”, jak to określił jeden z rozmówców. Dla tych przedstawicieli medycyny jest ona przede wszystkim sposobem na pomoc choremu, możliwością realizacji podstawowego obowiązku lekarza – niesienia ulgi cierpiącym. Jako wartość przekazywana młodym adeptom sztuki – ciągle istnieje. Z drugiej jednak strony:

Spotykam się coraz częściej z odwróceniem tej sprawy, gdzie pacjent ginie i to coraz częściej się zdarza. Pacjent zupełnie gdzieś niewidoczny jest, a ważniejsze są wyniki uzyskanych badań, i to troszkę mnie przeraża (...) przychodzą młodzi, których to (pomoc choremu – przyp. badaczki) mało interesuje, najważniejsze to badania za które są pieniądze i to bardzo duże pieniądze (...) są sponsorowane przez różne firmy, nie firmy i tracą z pola widzenia chorego, chory jest tylko przedmiotem do wykonania tych badań, po to jest im potrzebny a więcej ich nie interesuje. Więc wiesz, no to mnie przeraża. Że medycyna właściwie ta przez lata uprawiana przez nas, przez naszych poprzedników zupełnie zanika, a w to miejsce powstaje coś bardzo dziwnego (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

Studenci oprócz deklarowanej zasady, że najważniejszy jest zawsze pacjent, uczą się także strategii przekazywanych im przez młodszą kadre dydaktyczną i lekarzy, z którymi mają styczność podczas praktyk w szpitalach. Strategia ta jest w pewnym stopniu sprzeczna z tą wartością. Tutaj najbardziej fascynujący jest techniczny rozwój medycyny, który umożliwia przeprowadzenie dokładniejszych badań. Pacjent staje się drugorzędny i studenci to widzą:

I się powinno mówić, chory, (...) Nie powinno się mówić pacjent lat tyle i tyle. Tak niektórzy lekarze, szczególnie ci starej daty, tego przestrzegają. (...) Może oni mają rację, to oni są z tej starej takiej **dobrej prawdziwej medycyny**. (...) ja mam bardzo duży szacunek do starych lekarzy. Którzy potrafią leczyć ludzi, chorych bez nowoczesnej aparatury i bardzo duży szacunek przykładają do rozmowy, do badania przedmiotowego chorego, bo teraz wszystko idzie w kierunku jakiejś takiej robotyzacji (student piątego roku).

Ważnym elementem tworzenia solidarności grupowej jest ustalenie **stosunków międzygrupowych** (Mazur, 1998), w tym wypadku stosunków wykładowca-student, oraz lekarz-pacjent. W tej drugiej sytuacji, student, stając się na chwilę pacjentem, korzysta z usług lekarza. Może on wówczas, i robi to, obserwować i oceniać pracę lekarza pod kątem merytorycznym, jak i uczyć się strategii interakcyjnych w kontaktach **lekarz-pacjent**, które być może wykorzysta, gdy będzie już po drugiej stronie tej relacji. Relacji, która za swój wzorzec przyjmuje hierarchię opartą na wiedzy. Ustala się w ten sposób wewnętrzny porządek wzajemnych relacji, w których każdy zna swoje miejsce i które, dzięki temu, nie są powodem zakłócających wewnętrzną spójność konfliktów.

Wydaje się, że głównym motywem, jaki wyłania się z wypowiedzi studentów oraz przemowy rektora UM (*Asklepios*, 2004), jest wyjątkowość lekarzy względem innych zawodów:

O tym, że studia w uczelni medycznej należą do najtrudniejszych kierunków kształcenia, uważane są przez wielu za **elitarne**, nie trzeba Was nasi Najmłodszy Absolwenci przekonywać. (...) Zawodów (lekarza, lekarza-dentysty oraz pielęgniarki – przyp. badaczki), których społecznego znaczenia nie można nie doceniać, gdyż, jak powiedział Simonides z Keos, „Największym skarbem dla człowieka jest zdrowie”. Będziecie przez pacjentów postrzegani jako **strażnicy** tego **skarbu** (...) jak powiedział Hipokrates „Ze wszystkich nauk medycyna jest **najszlachetniejsza**”(...) Pamiętajcie o swoim Uniwersytecie Medycznym, którego ukończenie upoważnia Was do **dumy** i zawodowej **pewności siebie** (z przemówienia Rektora UM z okazji uroczystości wręczenia dyplomów ukończenia studiów; Asklepios, 2004).

Młodzi ludzie, jeśli nie natrafili na swojej drodze na wrażliwych na cierpienie lekarzy, którzy realizują opisaną wartość „najważniejszy jest pacjent”, mogą zacząć pracę w przekonaniu o swojej wyższości nad pacjentem, który jest słabiej wykształcony. Potwierdzają to zresztą wypowiedzi studentów na temat wizyt u lekarza już po rozpoczęciu studiów:

Byłam u lekarza, który nie chciał mi wyjaśnić problemu, na czym polega moje schorzenie, znaczy schorzenie, problem kardiologiczny i stwierdził, a co ja tam będę pani tłumaczył i tak pani nic z tego nie zrozumie. Oczywiście pomylił się, (...) wiedziałam o co chodzi, no w czym jest problem (studentka drugiego roku).

Nie jest to jednak zależność tylko jednostronna. Sukces w tym zawodzie zależy w dużym stopniu od opinii chorych na temat danego lekarza. Rozmówcy zgodnie twierdzą, że uznają siebie za dobrych lekarzy wówczas, gdy będą tak oceniani przez swoich pacjentów. Za najważniejsze cechy dobrego lekarza uznają umiejętność stosowania nabytej wiedzy w kontakcie z pacjentem, a więc połączenie wiedzy merytorycznej i umiejętności słuchania, nawet w sytuacji, gdy pacjent nie chce być dalej ratowany i leczony, a chce spokojnie umrzeć^{vii}. W oparciu o obraz w oczach pacjenta student, a później lekarz, buduje swą tożsamość, a ma to początek już na praktykach po pierwszym roku. Studenci wykonują zadania najpierw pielęgniarek, później lekarzy i oczekują, że pacjenci będą ich traktować przez pryzmat grupy, do której chcą należeć. Uznają, zapewne w wyniku obserwacji lekarzy w pracy (lub w przypadku rodziny lekarskiej, znając stosunek lekarzy do pacjentów z opowiadań w domu), że obowiązkiem chorego jest podległość poleceniom lekarza:

My ich (pacjentów – przyp. badaczki) badamy, zbieramy wywiad, rozmawiamy nimi o wszystkim i oni powinni nam odpowiadać na każde pytanie, które my im zadamy łącznie ze strasznie intymnymi, szczegółowymi i...i rozbierają się przy nas, wszystko z nimi robimy jak już prawdziwi lekarze (student czwartego roku).

Student, szczególnie pochodzący z rodziny lekarskiej, gdzie wiara w możliwości medycyny jest duża, zafascynowany wiedzą, jaką zdobywa i swoim potencjałem jako lekarza, może widzieć swoją przyszłą rolę w dosyć skrajnej formie, która jednak nie stoi w sprzeczności z generalnym wzorcem stosunków międzygrupowych, gdzie pacjenta traktuje się jako mniej świadomego, podporządkowanego badającemu:

W żadnym innym zawodzie nie widzisz takiej poprawy w ludzkim zachowaniu, w ludzkim charakterze i takiej wdzięczności pacjenta. Nigdzie

nie masz takiego daru praktycznie jak Bóg, że możesz przywracać życie i je odbierać (student czwartego roku).

Dlatego też, dla lekarzy, którzy niejednokrotnie wybrali zawód z powołania i chcą pomagać chorym, odwrócenie ról, kiedy to pacjent wymaga, żąda lub podaje do sądu (a więc narzuca swoją definicję sytuacji), jest nie do pomyślenia. Z tej perspektywy łatwiej jest wyjaśnić opisany wyżej stosunek studentów starszych lat do orzecznictwa sądów lekarskich.

Na interakcje pomiędzy studentem a lekarzem, który nie jest jego wykładowcą, ale, na przykład, opiekuje się nim na praktykach w szpitalu, wpływa opisany poniżej wzorzec zachowań wykładowca-student, ze względu na posiadaną przez lekarza wiedzę (w związku z generalną zasadą hierarchii opartej na wiedzy).

Stosunki **wykładowca-student** są dosyć skomplikowane. Rozmówcy nie umieli ująć, a nawet buntowali się przed określaniem ogółu wykładowców. Z wywiadów wynika, że wykładowców można podzielić na trzy grupy: tych, którzy **chętnie przekazują wiedzę studentom**, wyjaśniają zawiłości tematu i pomagają; na tych, którzy **traktują studentów niechętnie**, wręcz jak potencjalną konkurencję, nie dzielą się wiadomościami, mówiąc, że są to "tajemnice kliniki". Wykładowcy ci, jak określił emerytowany profesor:

tego (nauczania – przyp. badaczki) nienawidzą traktują to wiesz, jak piątę koło u wozu, ich interesuje jakieś badania naukowe, nad którymi siedzi i tam wiesz, robi te badania pisze, a student go denerwuje, że mu zawraca tylko głowę, on to musi zrobić, to wie, ale robi to byle jak.

Ten rodzaj wykładowców jest czasami określany przez studentów, jako ci, którzy nic nie robią. Trzeci typ, to osoby, które **nie są zainteresowane przekazywaniem wiedzy**, ale jedynie jej egzekwowaniem:

Są też tacy, którzy pytają, na przykład, całe tam dwie i pół godziny, trzy, nie pamiętam już ile trwają zajęcia i moim zdaniem to nie jest dobry system, bo studenci tylko się stresują i praktycznie na pewno nic nowego się nie uczą (studentka pierwszego roku).

Oczywiście, w zależności od tego, jak bardzo dany nauczyciel odpowiada któremuś z opisanych typów, tak różnicują się interakcje ze studentami. Istnieje jednak jeden wzorzec tych relacji. Jest to zazwyczaj relacja oparta na hierarchii, która wynika z posiadanej przez każdego z aktorów społecznych wiedzy oraz z jej instytucjonalnych symboli, czyli tytułów naukowych. Inną kwestią jest to, że jeżeli wewnątrz grupy wzorce wzajemnych relacji są jasno ustalone, stosunki wewnątrz grupy rzadziej są zakłócone poprzez konflikty dotyczące statusu konkretnych członków – każdy zna swoje miejsce. Wiedza jest w tych interakcjach istotna, także z innego powodu: wykładowcy posiadają władzę, opartą na prawie do egzekwowania wiedzy. Materiału do opanowania od pierwszego roku jest tak wiele, że studenci pomimo, iż cały swój wolny czas spędzają na nauce, nie są w stanie opanować wszystkiego, obmyślają strategie, jak uczyć się tylko "ważnych" rzeczy. Z wypowiedzi rozmówców wynika, że w razie jakiegoś konfliktu na linii student-nauczyciel, ten drugi może co najmniej utrudnić zaliczenie sesji, a więc w skrajnych przypadkach ukończenie studiów. Poniższy cytat ilustruje tworzenie opowiadań na temat tych trudności oraz strategie wypracowane dla ich uniknięcia, będące elementami *niby-wiedzy*:

Chodzą plotki, że, na przykład, na egzamin z biofizyki trzeba iść z krzyżykiem, trzeba iść, bo on niby jest pobożny, że trzeba iść przed kolacją, albo po obiedzie, bo tak to nie jest głodny i (...) wszystkich przepuści (studentka pierwszego roku).

Wiedza ta buduje także hierarchię w tym sensie, że jest ona przekazywana tylko jednostronnie. Z obserwacji przeprowadzonej na zajęciach na UM, wynika, że studenci są bardzo zdyscyplinowani i nawet na zajęciach, które opierają się nie tylko na wiedzy merytorycznej, ale także na dyskusji (filozofia, etyka), niechętnie wyjawiają swoje opinie. Tematy są realizowane raczej w formie monologu prowadzącego, tylko niekiedy przerywanego na wyraźną zachętę wykładowcy krótką wypowiedzią studenta.

Na kontakty student-wykładowca, wpływa również fakt, że ze względu na dużą ilość studentów i krótki okres czasu, jaki wykładowcy z nimi pracują, nie ma właściwie możliwości nawiązania bliższych kontaktów opartych na osobie studenta czy wykładowcy. Trudno nawiązać bliską znajomość w sytuacji, gdy na roku jest 200 studentów, natomiast:

Ja ich mam krótko, studentów, no powiedzmy w klinice naszej to były 10-dniowe ćwiczenia. Trudno się zorientować, jest grupa 5 osób, czy 8 osób, no jak nie zapytasz, to się nie odezwie (śmiech) i trudno się zorientować, kto co prezentuje (emerytowany lekarz, profesor medycyny, wykładowca).

W sytuacji, gdy kontakt jest krótki, a zarówno studentów, jak i wykładowców jest wielu, tworzą się pewne schematy wzajemnych kontaktów, oparte na hierarchii związanej z wiedzą. Należy tu zaznaczyć, że nie jest to reguła bez wyjątku. Osoba wykładająca przedmiot pozamedyczny podała przykład dość zaangażowanego kontaktu student-wykładowca. Po zajęciach dotyczących uzależnień, zgłosił się do niej student z prośbą o pomoc w rozwiązaniu problemu alkoholowego w domu rodzinnym i pomoc ta została mu udzielona (poprzez podanie potrzebnych informacji). Taka relacja, pomimo iż nieczęsta, dowodzi, że w niektórych wypadkach dystans ten może być skrócony bez szkody dla statusu żadnej ze stron.

Innym zjawiskiem sprawiającym, że grupa jest wewnętrznie spójna, jest **niedopuszczanie do wybuchu konfliktów**. Polega ono na **samokontroli** studentów, dotyczącej nie ujawniania faktów, mogących zaszkodzić reputacji UM. Jedna z rozmówczyń opowiedziała następującą sytuację: zaliczenie z pewnego przedmiotu miało formę testu, który następnie był sprawdzany przez losowo wybranych asystentów, którzy prowadzili wcześniej grupy na ćwiczeniach z tego przedmiotu. Jeden z asystentów, zapewne w trosce o wyniki swojej grupy, czyli także swoje, poprawiał odpowiedzi studentów tak, aby jak największa ich liczba zdała. Mimo, że testy były przydzielane losowo, jeśli zauważył on, że dana praca należy do jego studenta, poprawiał ją do poziomu zaliczenia. Okazało się, że nikt ze zdających nie zgłosił tego faktu czy podejrzenia osobom uprawnionym. Jedni byli zadowoleni, że nie muszą poprawiać testu, inni bali się, że mogą mieć później problemy z tego powodu, choć teoretycznie nie było takiej możliwości. Do podobnych zachowań dochodzi już na samym początku drogi formalnej, przy egzaminach wstępnym:

Tutaj się ktoś dostał za pieniądze no i jakieś dziewczyny to podobno wykryły, no i na tym się skończyło, że te dziewczyny też się dostały a sprawa dalej nie wyszła na jaw w sumie (...) została między studentami, w ogóle. Nie wiem, myślę, że tego się nie da wyeliminować, dlatego, że to już tak musi być (studentka pierwszego roku).

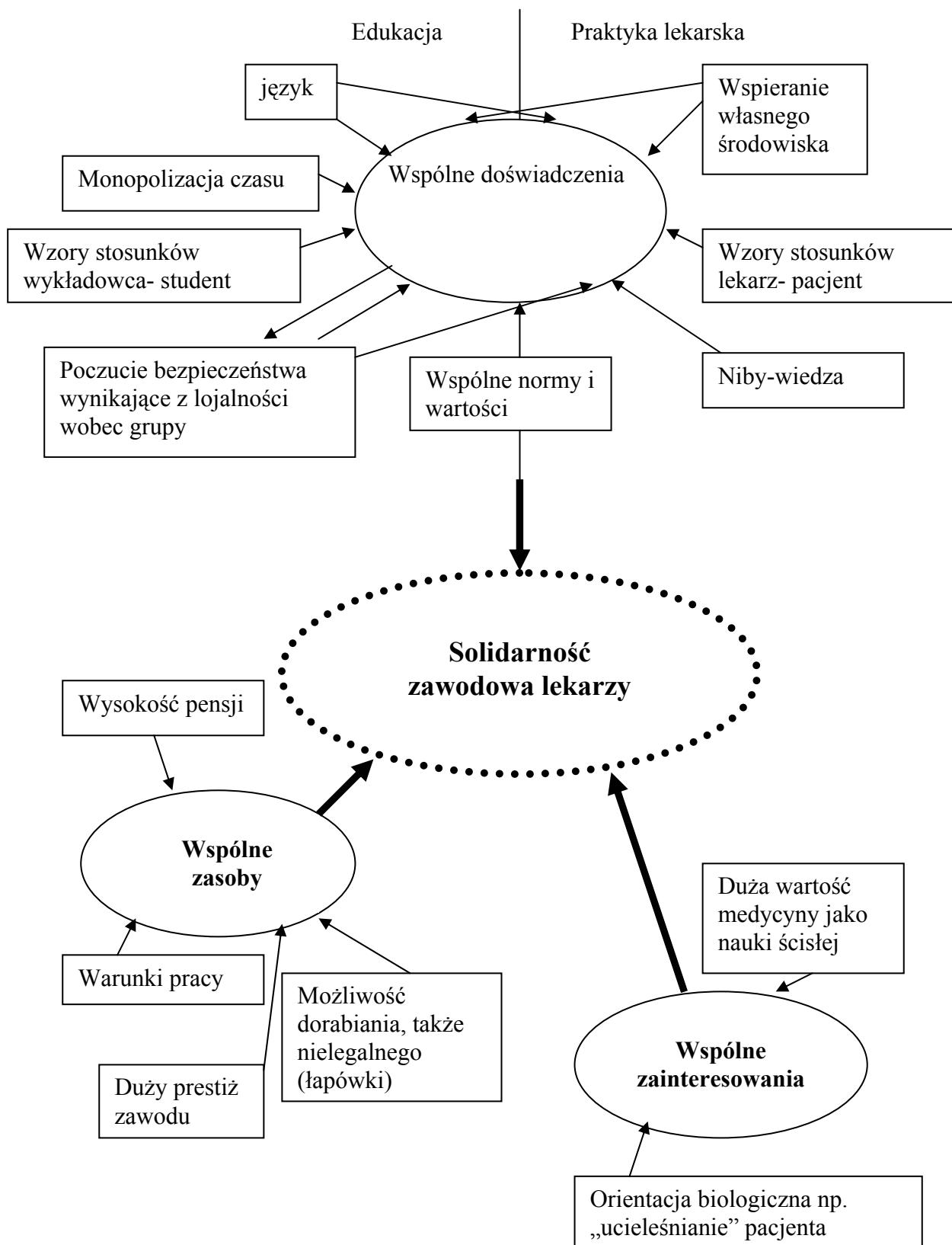
Zgoda na takie praktyki, choć najpierw może wymuszona, utwierdza studentów już od samego początku studiów w przekonaniu, że we własnym środowisku mogą się oni czuć bezpiecznie i że nie należy donosić na innych, mimo, że nie zachowują się uczciwie.

Spójność grupy, jej solidarność, wynika z dążenia do przedłużania jej trwania, za czym idzie uzyskiwanie korzyści z tego wynikających. Oto czynniki, jakie ją wzmagają (Mazur, 1998), na przykładzie badanego środowiska.

- Grupa daje jednostce **poczucie bezpieczeństwa**, które jest potrzebne, zwłaszcza w tak odpowiedzialnych zawodach, jak lekarz – działalność sądów lekarskich, tak zwana zmowa milczenia, dotycząca błędów lekarskich, nie wyrzucanie ze studiów;
- **Kultura grupowa**, czyli normy grupowe – dopuszczanie możliwości korupcji, stosunek do eutanazji, “ucieleśnienie pacjenta”, powoływanie się na literaturę, stosunek do zwłok;
- Sposoby **komunikowania się** – stechnicyzowany język;
- **Wartości i etyka grupy** – wartość ujęta w stwierdzeniu “to zawsze chodzi o pacjenta i jego dobro”;
- **Wzory stosunków międzygrupowych** – relacje wykładowca-student, lekarz-pacjent.

W podejściu Ervinga Goffmana (2000) takie zachowanie można by określić następująco: student biorący udział w przedstawieniach odczuwa silną presję ze strony innych uczestników; wie, że sukces lub porażka występu zależy także od niego i obawia się, że zostanie wykluczony przez zespół, czego nie chce, ze względu na trudności, jakie miał, by wziąć w nim udział (egzamin y wstępne). Dlatego też zaczyna wierzyć we własną kreację roli. Nawet, jeśli jednostki biorące udział w przedstawieniu, nie są zgodne, co do niektórych jego fragmentów, muszą pamiętać, że istnieje zależność, która je łączy – przedstawienie – od powodzenia którego zależy utrzymanie przez nich swej roli studenta lub lekarza. Współpraca jest też konieczna dla utrzymania definicji sytuacji wobec osób spoza środowiska lekarskiego. Aby utrzymać tę definicję konieczne jest jej uzgodnienie, czemu mają służyć zajęcia socjologii, psychologii, filozofii, a także, a może przede wszystkim *niby-wiedza*.

W opisanej na wstępie koncepcji Eliot’a Freidson’a (2004) solidarność zawodowa została określona jako poczucie wspólnoty z osobami wykonującymi ten sam zawód. Przytaczając wyniki badań autorka starała się udowodnić, iż jest to wspólnota świadomości, formułowana na bazie wspólnych doświadczeń, zainteresowań i zasobów. Wzajemne relacje pomiędzy tymi trzema aspektami zawodu lekarza, wzmagającymi solidarność zawodową oraz ich elementami opisanymi powyżej została przedstawiona na **rysunku nr 1**.



Rysunek nr 1. Budowanie solidarności zawodowej lekarzy w trakcie edukacji.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej czynniki, tworzące i podtrzymujące solidarność zawodową, są nieodłącznymi elementami procesu stawania się lekarzem. Oznacza to, iż elementy perspektywy poznawczej nabywanej w procesie socjalizacji wtórnej, tworzą spójną całość, którą można określić jako habitus tej grupy, jako że znaczna ich część jest nieuświadomiona. Bez nabycia tego habitusu nie można stać się pełnoprawnym członkiem grupy. Lekarze praktycy oraz wykładowcy uczelni medycznej przekazują elementy habitusu w codziennych kontaktach. Proces kształcenia merytorycznego jest tworzony i kontrolowany przez lekarzy praktyków, a przekazywanie perspektywy poznawczej, tak istotnej dla przetrwania tej grupy, odbywa się w trakcie interakcji z wykładowcami, innymi lekarzami oraz pacjentami. Poznanie owego znaczenia i jego wpływu na nowicjusza w zawodzie lekarza, który jest poddawany tym mechanizmom, jest kluczem do opisu i wyjaśnienia procesu stawania się lekarzem. Solidarność zawodowa gra tu, obok hierarchii opartej na wiedzy, jedną z głównych ról. Silna solidarność daje członkom grupy poczucie bezpieczeństwa, potrzebne w tak wymagającym i odpowiedzialnym zawodzie, ale jednocześnie wymaga od nich bardzo silnej samokontroli. Zarówno korzyści jak i wymagania wynikające z takiego stanu rzeczy są, być może, równie ważną, co wiedza merytoryczna, częścią procesu stawania się lekarzem, zarówno w trakcie studiów, jak i po dyplomie.

Badanie zostało przeprowadzone w tylko jednej uczelni medycznej, jednak sądząc z wypowiedzi lekarzy czy też osób z wykształceniem medycznym pełniących wysokie funkcje publiczne, udało się odtworzyć charakterystyczną dla tego środowiska perspektywę poznawczą. Dla uszczegółowienia wniosków i ich pełniejszego opracowania należałoby przeprowadzić podobne badania wśród wykładowców i studentów innych uczelni medycznych w Polsce. Autorka porównała wyniki swoich badań z publikacją "Boys in White..." (Becker i in., 1961), przedstawiającą rezultat długoletnich i bardzo szczegółowych badań nad kulturą studencką szkoły medycznej w Kansas przeprowadzonych w latach 1956-1961. Znalezione bardzo wiele podobieństw dotyczących perspektywy poznawczej obu grup. Różnice wynikały głównie z ogólnych warunków gospodarczo-społecznych obu państw. Oznacza to, że wzajemne stosunki lekarz-pacjent, lekarz-student medycyny czy też inne relacje wewnątrz środowiska mogą zależeć od warunków społecznych, ekonomicznego kontekstu społecznego, w jakim dane środowisko funkcjonuje. Jest to hipoteza, która wyłonila się w trakcie badań i która może być sprawdzona w dalszym badaniu tej tematyki na poziomie międzynarodowym. Nie oznacza to jednak, że można wyciągać daleko idące wnioski dotyczące uniwersalnej kultury świata medycznego. Należałoby zweryfikować je jako hipotezy w kolejnych badaniach. Zagadnienie dotyczące stawania się lekarzem (lub przedstawicielem innego szanowanego zawodu np. prawnikiem) jest jednak istotne, gdyż od tych profesji zależy w dużej mierze standard życia dzisiejszych społeczeństw.

Wnioski przedstawione w niniejszym artykule mogłyby być również uzupełnione przez przeprowadzenie badań na temat procesów stawania się przedstawicielem innego szanowanego zawodu lub porównaniem socjalizacji wtórnej w zawodach o niskim i wysokim prestiżu społecznym. Z badań prezentowanych w niniejszym artykule wyłoniona została następująca hipoteza: im trudniejszy i bardziej szanowany zawód, tym dłuższy i bardziej skomplikowany jest proces socjalizacji wtórnej w środowisku profesjonalnym i tym silniejsze są mechanizmy społeczne, które

wzmagające wytworzenie się solidarności zawodowej (por. Konecki; 1992). Ta hipoteza może być podstawą dalszych badań w środowiskach zawodowych.

Dostępna literatura nie porusza, za wyjątkiem publikacji "Boys in White..." (Becker i in., 1961), problemu stawania się lekarzem, kultury środowiska medycznego. Polska socjologia medycyny, w tym prace profesor Magdaleny Sokołowskiej (m.in. 1980, 1986), pełni raczej funkcję wspierającą pracę lekarzy, pomagającą zrozumieć związek zjawisk społecznych ze zdrowiem. Wnioski z prezentowanych tu badań dotyczą zjawisk wcześniej nieopisanych i dlatego mogą być wstępem do skąpo zbadanej jeszcze tematyki.

Intencją autorki nie było tu ocenianie środowiska medycznego oraz technik i mechanizmów społecznych stosowanych w trakcie socjalizacji wtórnej. Już w pierwszych fazach badania pojawiły się bowiem problemy etyczne związane z wartościującym podejściem badaczki do badanych zjawisk. Jedynym, właściwym wyjściem okazało się tu zdystansowanie się od ocen i pozostanie przy opisie i wyjaśnianiu zjawisk.

Bibliografia

Asklepios. Nasze Sprawy. Pismo Studentów Uniwersytetu Medycznego 1.

Borowicz, Ryszard (1998) "Socjalizacja." S. 42-46 w *Encyklopedia Socjologii*, tom 4, (Red.) W. Kwaśniewicz i In. Warszawa: Oficyna Naukowa.

Bourdieu, Pierre i Jean-Claude Passeron (1990) *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*. Warszawa: PWN.

Becker Howard S., Blanche Geer, Everett C. Hughes, Anselm Strauss (1961) *Boys in White. Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press.

Domachowski, Waldemar (1998) *Przewodnik po psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ecarius, Jutta (2001) "Jakościowe metody badań nad socjalizacją w naukach o wychowaniu." S. 93-110 w *Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały*, (Red.) D. Urbaniak-Zajac, J. Piekarski. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Freidson Eliot (2004) *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.

Goffman, Erving (2000) *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: Wydawnictwo KR.

Goodman, Norman (1997) *Wstęp do Socjologii*. Poznań: Zysk i S-ka.

Hammersley, Martyn i Paul Atkinson (2000) *Metody badań terenowych*. Poznań: Zysk i S-ka.

Hughes, Everett (1997) "Careers." *Qualitative Sociology* 20(3): 389-397.

Konecki, Krzysztof (1992) *Nowi pracownicy a kultura organizacyjna. Studium folkloru fabrycznego*. Folia Sociologica 24.

-----, (2000) *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Maisonneuve, Jean (1995) *Rytuały dawne i współczesne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mazur, Joanna (1998) "Grupa Społeczna." S. 260-267 w *Encyklopedia Socjologii*, tom 1, (Red.) W. Kwaśniewicz i In. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Miles, Mathew B. i Michael A. Huberman (2000) *Analiza danych jakościowych*. Białystok: Trans Humana.
- Nelson, E.D. i R. D Lambert,. (2001) "Sticks, stones and semantics: The Ivory Tower Bully's Vocabulary of Motives." *Qualitative Sociology* 24(1): 83-106.
- Sokołowska, Magdalena (1980) *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- , (1986) *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sykes, Gresham i David Matza (1979) "Techniques of Neutralization: A theory of Delinquency." S. 497-504 w *Social Interaction. Introductory Readings in Sociology*, (Red.) H. Robboy, S. Greenblatt, C. Clark. New York: St. Martin Press.
- Szczepański, Jan (1970) *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Turner, Victor (1975) *Dramas, Fields and Metaphors. Symbolic Action in Human Society*. Londyn: Cornell University Press.
- Urbaniak-Zajac, Danuta i Jacek Piekarski (2001) "Badania jakościowe-uwagi wprowadzające." S. 13-31 w *Jakościowe orientacje w badaniach pedagogicznych. Studia i materiały*, (Red.) D. Urbaniak-Zajac, J. Piekarski. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- www.nfz-lublin.pl z 9 lutego 2005
- Zimbardo, Philip G. i Floyd L. Ruch (1988) *Psychologia i życie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe

Cytowanie

- Byczkowska, Dominika (2006) "Solidarność zawodowa jako wynik socjalizacji wtórnej. Na przykładzie zawodu lekarza." *Qualitative Sociology Review*, Tom II Numer 1. Pobrano Miesiąc, Rok (http://www.qualitativesociologyreview.org/PL/archive_pl.php)

Przypisy

ⁱ Jako że w artykule przedstawione są wyniki badań dotyczące tylko jednej uczelni medycznej, a autorka pragnie zachować jej anonimowość, w dalszej części tekstu będzie stosowany skrót UM i będzie on zawsze dotyczył badanej uczelni.

ⁱⁱ *Niby-wiedza* jest kategorią wyłonioną w badaniu. Jest to ogół pozamerytorycznych umiejętności oraz wiedzy, bez których nie można stać się pełnoprawnym członkiem

środowiska lekarskiego-lekarzem. *Niby-wiedza* pochodzi od innych członków grupy, jest dla nich oczywista, często pojawia się ze stwierdzeniami *powszechnie wiadomo, wszyscy wiedzą, cicha umowa, się wie*. Jest ona kategorią przeciwną wiedzy merytorycznej, tak istotnej w środowisku lekarskim, a pochodzącej z podręczników, wykładów, literatury naukowej.

ⁱⁱⁱ Nelson i Lambert (2001) stawiają tezę, że techniki neutralizacyjne mogą także pomagać “zachować twarz” nie tylko w bezpośrednim kontekście konkretnego czynu, ale także wtedy, gdy nie odczuwa się poczucia winy. Być może w tym wypadku mamy do czynienia z chęcią obrony wizerunku środowiska, z jakim studenci się utożsamiają, pomimo, że nie mają poczucia winy.

^{iv} Wzmocnienie akcentu na dane słowo przez respondenta jest we wszystkich cytatach zaznaczone przez podkreślenie, natomiast zwrócenie uwagi na konkretne sformułowanie przez autorkę przez pogrubienie.

^v Badanie TNS-OBOP z lutego 2000 nt. *Polacy o zawodach*.

^{vi} Terminologia dotycząca zajęć o różnej tematyce obrazuje hierarchię ważności tych przedmiotów w oczach studentów oraz wykładowców, przedmioty pozamedyczne są bowiem wykładane w blokach kilkutygodniowych, a nie jak inne semestr lub dwa.

^{vii} Nie kłóci się to z zasadą walki ze śmiercią. Chodzi tu o niestosowanie ciągle nowych metod terapii, gdy pacjent jest bardzo zmęczony chorobą i dalsze leczenie przynosi mu więcej, a nie mniej, cierpienia.