



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 Medycznej<sup>1</sup> 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*<sup>11</sup>. 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](http://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 zawodową<sup>iii</sup>. 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 śmieszną, 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<sup>iv</sup> (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



























