Michał Lesiak

# Brudna praca w zawodach medycznych

## Konteksty interakcji pacjent – personel medyczny w procesie leczenia



WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU ŁÓDZKIEGO

# Brudna praca w zawodach medycznych

## Konteksty interakcji
## pacjent – personel medyczny w procesie leczenia



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

**Michał Lesiak**

# Brudna praca w zawodach medycznych

## Konteksty interakcji pacjent – personel medyczny w procesie leczenia

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO
Łódź 2019

Michał Lesiak – Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny
Katedra Socjologii Organizacji i Zarządzania, 90-214 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 41/43

RECENZENT
*Elżbieta Zakrzewska-Manterys*

REDAKTOR INICJUJĄCY
*Iwona Gos*

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ
*Katarzyna Gorzkowska*

SKŁAD I ŁAMANIE
*AGENT PR*

PROJEKT OKŁADKI
*Katarzyna Turkowska*

Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Depositphotos.com/YAYImages

© Copyright by Michał Lesiak, Łódź 2019
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.09283.19.0.M

Ark. wyd. 11,0; ark. druk. 10,125

ISBN 978-83-8142-615-2
e-ISBN 978-83-8142-616-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

*Profesorowi Krzysztofowi Koneckiemu*
*za inspirację teoretyczną i metodologiczną*

*Mojej żonie Annie*
(*miłośniczce paradygmatu normatywnego*)
*za sceptycyzm, który mnie jeszcze bardziej motywował*

# Spis treści

Wprowadzenie 9

Część I
**Teoretyczne podstawy pracy** **13**
1. Historyczne ujęcie brudu 15
2. Praca 20
   2.1. Podział pracy 21
   2.2. Profesje 21
   2.3. Role społeczne i podział pracy 24
   2.4. Błędy/pomyłki w pracy 25
   2.5. Brudna praca (*dirty work*) 26
   2.6. Brudna praca a emocje 30
3. Widzialność brudnej pracy 31
4. Praca nad odczuciami 34
5. Docenianie i niedocenianie pracy 35
6. Zagrożenia związane z pracą medyczną – przykłady 37
7. Podsumowanie 40

Część II
**Wyniki badań** **43**
1. Charakterystyka zawodów medycznych 46
2. Codzienność pracy medycznej – rutyna brudnej pracy 52
3. Kontekst interakcji pomiędzy pacjentami a personelem medycznym
   (brud w interakcjach/brud interakcyjny) 56
   3.1. Interakcyjny wymiar brudnej pracy 65
   3.2. Operacja – szczególny rodzaj interakcji pacjenta i zespołu medycznego 69
   3.3. Interakcje z młodym pacjentem – proces leczenia dzieci – brudne staje się czyste 75
4. Praca z ciałem/praca nad ciałem 78
5. Rodzina w procesie leczenia – możliwość delegowania brudnej pracy 80
6. Praca nad odczuciami 82
7. Emocje, które brudzą 93

8. Praca nad czystością 98
9. Piętno związane z wykonywaniem zawodów medycznych 103
10. Podział pracy 104
11. Konteksty społeczno-organizacyjne związane z delegowaniem brudnej pracy 106
12. Praca niewidzialna 108
13. Choroby zawodowe 112
14. Brud szlachetny 113
15. Brudna praca – występowanie 116
16. Kontekst medyczny 122
17. Kontakt ze śmiercią – brudny element zawodów medycznych 124
18. Zespołowe zarządzanie wrażeniami dotyczącymi brudnej pracy. Konteksty, w których brudna praca jest widoczna dla publiczności 126
19. Stosunek do pracy 128
20. Drogi ku czystości 130

Zakończenie 133
Bibliografia 137
Aneksy 149
Spis tabel i rysunków 161

# Wprowadzenie

W książce dążę do zrozumienia koncepcji *brudnej pracy* oraz pracy osób związanych z medycyną poprzez pryzmat teorii interakcjonistycznych. Zawody medyczne zostały wybrane jako przedmiot badań, dzięki któremu możliwe jest rozwinięcie koncepcji brudnej pracy (Hughes 1994).

Przystępując do pisania monografii, wyznaczyłem sobie trzy główne cele: a) cel eksploracyjny – zbadanie i opisanie, czym jest brudna praca na przykładzie zawodów medycznych; b) cel teoretyczny – zrozumienie i wzbogacenie koncepcji brudnej pracy; c) cel aplikacyjny (dotyczący potencjału koncepcji brudnej pracy) – zaświadczenie o możliwościach aplikacyjnych tej koncepcji. Monografia jest również analizą pracy medycznej w kontekście obciążeń z nią związanych. Rozważania na temat brudnej pracy w zawodach medycznych mogą pomóc w zrozumieniu zjawiska *wypalenia zawodowego* wśród lekarzy (badania na ten temat podjęła np. Łódzka Izba Lekarska). Odkrycie, jakie czynności są dla lekarzy obciążające i postrzegane jako niechciane lub zbędne w ich pracy (np. nadmierna praca biurokratyczna), może sprzyjać znalezieniu przyczyny postrzegania przez nich swojej pracy jako niedającej satysfakcji lub mało rozwojowej.

Dokonałem przeglądu koncepcji związanych z pracą w rozumieniu Everetta Hughesa (Hughes 1994; Hughes 2009) oraz interakcjonistów (Strauss 1997 i in.). W polskiej literaturze trudno jest odnaleźć nawiązania do brudnej pracy:

> Zwykle w socjologii pracy podkreśla się rolę czynników zewnętrznych wobec sytuacji pracy i wewnętrznych (np. wewnątrzorganizacyjnych) w determinowaniu stosunku wobec pracy. Zapomina się najczęściej, że sposób, w jaki ludzie widzą siebie i swoją sytuację pracy, jest wynikiem trwającego procesu, nigdy w pełni nie zdeterminowanego przez ten lub inny zbiór strukturalnych ograniczeń. Zawsze jest to proces „stawania się" w sensie sukcesywnego kształtowania i przekształcania subiektywnej definicji siebie i społeczeństwa. Taką perspektywę dotyczącą człowieka, organizacji i pracy można w pełni dostrzec w pracach badaczy pracy ze szkoły chicagowskiej, tj. E. Hughesa, H. S. Beckera i A. L. Straussa (oraz innych socjologów związanych z A. L. Straussem) (Konecki 1988: 226).

W kolejnych rozdziałach opisywane są poszczególne aspekty brudnej pracy w kontekście zawodów medycznych, które mają bezpośredni kontakt z pacjen-

tem. Do analizy zostały włączone osoby pracujące w Centrum Powiadamiania Ratunkowego, ze względu na fakt, że wykonujący tę pracę muszą posiadać doświadczenie praktyczne w ratownictwie medycznym. Ustawodawca poprzez osobę wykonującą zawód medyczny rozumie „osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny" (art. 2, ust. 1, pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2015 r., nr 618). Jak zauważa Dorota Karkowska, „Definicja zawodu medycznego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 [ustawy o działalności leczniczej] jest bardzo ogólna, nie wymaga do jego wykonywania wykształcenia medycznego, natomiast umożliwia zaliczanie do grupy zawodów medycznych zarówno zawodów z ustaloną ścieżką formalnego kształcenia i nabywania umiejętności, jak i zawodów, dla których tryb uzyskiwania legitymacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w obszarze medycyny nie został sformalizowany w systemie kształcenia" (Karkowska 2012: 127). W monografii za osobę wykonującą zawód medyczny uznałem, podobnie jak czyni to Dorota Karkowska (2012), osobę „legitymującą się wykształceniem medycznym, która systematycznie i odpłatnie (w uzasadnionych przypadkach bezpłatnie) podejmuje i prowadzi działania medyczne stanowiące osobiste oddziaływanie na organizm pacjenta, odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, na podstawie kwalifikacji i umiejętności zdobytych w wyniku kształcenia i nabytych uprawnień" (Karkowska 2012: 129). Należy jednak poszerzyć to rozumienie. Poza osobistym oddziaływaniem na organizm pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny również zajmują się badaniem tkanek i płynów (np. krwi) oraz przeprowadzaniem sekcji zwłok. Definicja Karkowskiej (2012) nie uwzględnia również oddziaływania na umysł pacjenta (psychologowie i psychiatrzy).

Skupienie się na osobach wykonujących zawody medyczne i mających bezpośredni kontakt z pacjentem pozwoliło na uchwycenie nie tylko pracy medycznej (w znaczeniu *leczenie organizmu* – czynności instrumentalne), ale również skomplikowanej pracy interakcyjnej (kontakt z chorymi, tłumaczenie przyczyn choroby, informowanie o zbliżającej się śmierci pacjenta, uspokajanie go itp. – czynności ekspresywne). Umożliwiło to również analizę pracy emocjonalnej wykonywanej m.in. przez lekarzy i pielęgniarki (również brudnej pracy emocjonalnej (Rivera, Tracy 2014), która jest związana z pojawiającymi się emocjami nacechowanymi negatywnie, takimi jak strach, litość, podczas kontaktu z *brudem* społecznym, fizycznym, moralnym) oraz analizę kontekstów interakcji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem.

Lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki wykonują skomplikowaną pracę fizyczną, umysłową, interakcyjną, która wymaga wieloletniego kształcenia, przygotowania oraz predyspozycji. Osoby związane z medycyną są grupą zawodową, której czynności pracy można analizować na kilku poziomach: praca manualna, umysłowa, interakcyjna. Brudna praca w rozumieniu Hughesa opiera się m.in. na kontakcie z brudem fizycznym (Hughes 1994: 62) (w przypadku lekarzy, np. krew),

moralnym (dwuznaczność wykonywania zawodu, np. władza nad życiem drugiej osoby) oraz społecznym (kontakt z grupami naznaczonymi społecznie, np. z osobami chorymi na AIDS). W społeczeństwach zachodnich brudna praca, np. czyszczenie toalet, wykonywana jest przez najniżej opłacanych pracowników, jednak wiele osób uznaje konieczność wykonywania tej pracy. Praca osób związana ze śmiercią podlega podobnym, ambiwalentnym uczuciom – *przetwarzanie* śmierci jest czymś, co jest społecznie unikane (Twigg 2000: 391). Istnieje wiele zawodów, zarówno wysokiego, jak i niskiego prestiżu, w których osoby je wykonujące muszą zmagać się z brudem. Zmaganie się z utrzymaniem higieny ludzkiego ciała jest jednym z przykładów pracy, gdzie brud powoduje obrzydzenie. Jest to jednak praca częściej związana z kobiecymi niż męskimi zawodami (Wolkowitz 2007: 20).

W niniejszej monografii dążę do rozwinięcia i zrozumienia koncepcji brudnej pracy, która może stać się narzędziem wspomagającym analizę różnych zawodów, nie tylko tych, które wydają się brudne w oczywisty sposób (fizyczny). „Koncepcje są przede wszystkim narzędziami myślenia, które powinny być udoskonalane" (Hałas 2012: 9). Przystępując do prowadzenia badań terenowych, posiadałem ogólną wiedzę na temat tego, czym jest i czym może być *brudna praca* (*dirty work*). Po zebraniu materiału, analizie wywiadów oraz dostarczonych fotografii doszedłem do wniosku, że są to niewystarczające techniki zbierania danych, dlatego badania zostały uzupełnione o obserwację uczestniczącą w placówce medycznej (która *de facto* stała się drugą, po wywiadzie, wiodącą techniką zbierania materiału badawczego). W trakcie analizy uzyskanych danych zaczął wyłaniać się obraz tego, czym jest brudna praca i jak powinno się ją rozumieć w perspektywie uczestników danej kultury/subkultury pracowniczej.

Podczas zbierania materiału dokonałem przeglądu dostępnych publikacji na temat brudnej pracy. Do tej pory koncepcja ta była wykorzystywana w różny sposób; autorzy odwoływali się do konkretnych aspektów brudnej pracy, nie dokonując dokładnego przeglądu literatury. Powstające teksty dotykały selektywnych dziedzin. Skupiano się w nich na ograniczonym wykorzystaniu omawianego pojęcia do analizy zawodów. Starałem się uporządkować wiedzę, dokładnie opisać koncepcję i poddać krytycznej analizie część powstałych do tej pory prac na temat brudnej pracy oraz publikacji, które dotykały tej tematyki, lecz nie odwoływały się wprost do podejścia Hughesa.

W badaniach wykorzystałem koncepcję socjologii jakościowej, natomiast procedury do analizy danych czerpałem z teorii ugruntowanej. Rozmowy z pracownikami służby zdrowia były prowadzone bez wcześniej przyjętych założeń, tylko z ogólnym rozumieniem pojęcia *brudnej pracy*. Należy podkreślić, że pole badawcze stanowiła analiza koncepcji brudnej pracy, a nie zawody medyczne. Po wstępnej analizie wywiadów dokonałem przeglądu dostępnej literatury, która stała się również ważnym elementem monografii i pozwoliła na dokładniejsze zrozumienie koncepcji. Odwołanie się do prac innych badaczy (Ashforth i in. 2007; Dutton, Debebe, Wrzesniewski 2012 i in.) pozwoliło na poszerzenie horyzontu badań. Analizując dostępne artykuły

i opisane dane empiryczne, miałem możliwość dostrzec aspekty brudnej pracy, które dotyczą różnych zawodów, zarówno związanych, jak i niezwiązanych z zawodami medycznymi, a także z osobami, które wykonują pracę w jakiś sposób łączącą się z pracą lekarzy, pielęgniarek itp. (np. osoby sprzątające w szpitalach). Oczywiście sytuacji badawczej z innej kultury (anglosaskiej) nie można przełożyć wprost na funkcjonowanie polskiej opieki zdrowotnej, jednak, jak pisał Morgan (1997), przedstawiciele tych samych organizacji, niezależnie od miejsca, charakteryzują się podobnym podejściem do pracy i wyznają podobne wartości.

Tematyka monografii wpisuje się w socjologię medycyny. Badania były prowadzone w placówce medycznej, a wywiady przeprowadzono z osobami wykonującymi zawody medyczne. Analizie poddano również interakcje zachodzące między personelem medycznym a pacjentem oraz proces dochodzenia do zdrowia w instytucji medycznej. Jak zauważa Zofia Słońska: „Od początku powstania polska socjologia medycyny była pod silnym wpływem zainteresowań i osiągnięć socjologii medycyny rozwijanej w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej […] zainteresowania socjologii medycyny w krajach zachodnich skupiały się przede wszystkim na zagadnieniach choroby i instytucji medycznych" (Słońska 2015: 114). Ponadto należy podkreślić, że „system medyczny stanowi klasyczny obszar zainteresowań socjologii zdrowia i choroby. U podstaw prowadzonych na tym obszarze badań leży m.in. teoria strukturalno-funkcjonalna Talcotta Parsonsa, która na długo wyznaczyła sposoby myślenia o mechanizmach funkcjonowania instytucji medycznych, wzorach interakcji lekarz – pacjent oraz zinstytucjonalizowanych formach komunikacji między nimi" (Piątkowski, Nowakowska 2012: 12).

Celem moich badań było zrozumienie koncepcji brudnej pracy, a nie tylko wykorzystanie jej do analizy konkretnej grupy zawodów. Przyjąłem założenie, że poprzez sprawdzenie przydatności analitycznej koncepcji możliwy będzie dalszy jej rozwój, a tym samym stanie się ona pomocnym narzędziem służącym do badania różnych zawodów.

Przystępując do zbierania i analizy materiału, trudno było odnaleźć informacje na temat, czym jest brudna praca, dlatego rozpoczęcie pracy nad zgłębianiem tematyki *dirty work* należało zacząć od jej zrozumienia, a zatem od badań jakościowych.

Monografia rozpoczyna się od rozważań dotyczących interakcjonistycznego ujęcia tematyki pracy przede wszystkim przez autora koncepcji *brudnej pracy* – Everetta Hughesa (1962, 1964, 1994, 2009). W kolejnych rozdziałach opisane zostały zagadnienia związane z brudną pracą oraz zagrożenia łączące się z wykonywaniem określonych zawodów, które również wpisują się w zakres pracy *trudnej/brudnej*.

W części empirycznej zostały omówione poszczególne aspekty zawodu medycznego, przytoczyłem również informacje formalne na temat poszczególnych specjalizacji i zawodów medycznych. W podsumowaniu monografii uchwyciłem najważniejsze aspekty związane z odpowiedzią na pytanie, czym jest brudna praca, również w oderwaniu od medycznego kontekstu, który – jak zaznaczono na początku – jest źródłem danych niezbędnym do analizy czynności związanych z jej wykonywaniem.

# Część I
# **Teoretyczne podstawy pracy**

# 1. Historyczne ujęcie brudu

Zajmując się tematem, który jest związany z brudem, należy dokonać rekonstrukcji tego pojęcia i odpowiedzieć na pytanie, co ono oznacza. W zdroworozsądkowym rozumieniu wydaje się, że *brud* jest to coś, czego należy unikać, coś niewłaściwego, pojęcie to jest w jakimś stopniu wartościujące. Jednak samo wyobrażenie o tym, co jest „brudne", zmieniało się na przestrzeni wieków. To, co jest współcześnie uważane za „brudne", dawniej uchodziło za przejaw higieny. W kontekście rozważań na temat *dirty work* uzasadniona jest analiza pojęcia *brudu*, które łączy się z jego fizycznym aspektem oraz kwestią podejścia do higieny. W tym paragrafie staram się uchwycić, jak ewoluowało pojęcie *czystości* na przestrzeni wieków.

Pojęcie *higiena*, zgodnie z definicją WHO, odnosi się do warunków i praktyk, które pomagają w utrzymaniu zdrowia i zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób. Higiena medyczna obejmuje zatem określony zestaw praktyk związanych z ochroną zdrowia, np. oczyszczanie środowiska, sterylizację sprzętu, higienę rąk, wody i kanalizacji oraz bezpieczne usuwanie odpadów medycznych (WHO): „*Higiena* – oto słowo, które weszło do użytku na początku XIX wieku […]. Higiena nie jest już przymiotnikiem określającym zdrowie (*hygeinos* znaczy po grecku to, co zdrowe), ale ogółem środków i umiejętności sprzyjających jego utrzymaniu. Jest to obecnie osobna dyscyplina medycyny, korpus wiedzy, a nie określenie stanu fizycznego" (Vigarello 2012: 208). Higiena oznacza warunki lub praktyki związane z utrzymywaniem lub promocją zdrowia (utrzymaniem siebie i swojego otoczenia w czystości). „Nawet w naszym współczesnym społeczeństwie dobre praktyki higieniczne nadal są podstawową strategią zapobiegania chorobom […], higiena jest jednym z cichych zwycięstw zdrowia publicznego" (Aiello, Larson, Sedlak 2007: 84).

W podejściu zdroworozsądkowym nie zmienił się na pewno fakt, że

> czystość dopasowana jest ściśle do wyobrażeń ciała, do mniej lub bardziej niejasnych wyobrażeń związanych z okrywaniem ciała, do jeszcze bardziej niejasnych wyobrażeń środowiska fizycznego. A to dlatego, że na przykład wodę postrzega się w XVI i XVII wieku jako substancję, która może wniknąć w ciała, […] kąpiel ma bardzo szcze-

> gólny status – zwłaszcza gorąca woda ma jakoby wydelikacać narządy, otwierać szeroko pory na niezdrowe powietrze (Vigarello 2012: 9).

O ile woda obecnie kojarzona jest bardziej z czymś, co jest zdrowe, co oczyszcza, o tyle kilka wieków temu takie podejście nie było do końca oczywiste. Wodę traktowano jako substancję, która może wniknąć w ciało i narazić je na choroby. „Wyobrażenie wody nie zawsze było takie jak dzisiaj. Może musiało przebyć szczególną, długą drogę, zanim osiągnęło »przejrzystość« właściwą dzisiejszej higienie?" (Vigarello 2012: 38). W XV i XVI wieku kąpiele były łączone z zabawami, obrzędami, nie zawsze chodziło o umycie ciała. Łaźnie były miejscami, w których odbywały się nielegalne procedery, m.in. uprawianie prostytucji. „Czynniki, jakie odegrały rolę w zanikaniu łaźni, mają zatem logikę co najmniej podwójną: rosnący brak tolerancji otoczenia na miejsce postrzegane jako niespokojne, burzliwe i demoralizujące oraz obawa o osłabnięcie ciała postrzeganego jako otwarte na niebezpieczne przepływy" (Vigarello 2012: 46). Wiemy, że starożytni Rzymianie rozwinęli sieć publicznych łaźni, Grecy opowiadali się za fizycznym pięknem, czystą skórą i zdrową dietą, zaś Talmud (około 2000 r. p.n.e.) promował czystość fizyczną jako warunek zdrowia fizycznego i duchowego. Jednak Europa przeszła przez średniowiecze (ponad 1000 lat) bez wanny i kanalizacji (Aiello, Larson, Sedlak 2007: 2).

Ważny jest również fakt, że czystość/higiena osobista utożsamiana jest z ciałem, z tym, co widoczne. Mówiąc, że coś jest czyste, ma się na myśli czyste w znaczeniu fizycznym.

Kulturowe rozumienie pojęcia zależy zarówno od czasu, jak i miejsca. Zwyczaje, które dawniej mogły uchodzić za higieniczne, dziś wydawałoby się, że nie mają większego znaczenia dla utrzymania czystości ciała:

> „sucha" toaleta dworzanina, który na przykład wycierał twarz białym płótnem, zamiast ją umyć, jest zgodna z normą czystości, zupełnie „rozsądną" w XVII wieku. Jest przemyślana i zasadna. Dziś wszakże nie miałaby raczej sensu – uległ zmianie sposób doznawania i wyjaśniania (Vigarello 2012: 9).

Obecnie to, co jest higieniczne oraz to, jakie praktyki należą do higienicznych ustalają lekarze, higieniści, osoby wykształcone. Zasady higieny propaguje i określa specjalnie powołana do tego instytucja – Światowa Organizacja Zdrowia. Dawniej zachowania higieniczne należały do sfery dobrego wychowania: „to nie higieniści w XVII wieku dyktują kryteria czystości, ale autorzy książek o dobrym wychowaniu, praktycy obyczajów, a nie uczeni" (Vigarello 2012: 9). Proces ucywilizowania ustanowił sposób myślenia o wymaganiach związanych z ciałem, początkowo dla dworzan, a następnie dla reszty społeczeństwa (Bushmann 1995: 39).

Współcześnie każda organizacja musi przestrzegać określonych przepisów BHP, które regulowane są odgórnie przez państwo. Instrukcje mycia rąk, zmiany odzieży są narzucane i należy się do nich dostosować. Dawniej decyzje dotyczą-

ce higieny, czystości i zachowań zdrowotnych były wydawane przez władze tylko w określonych, wyjątkowych sytuacjach (np. podczas rozprzestrzeniających się chorób śmiertelnych). Częste kąpiele, szczególnie w ciepłej wodzie, również były uznawane za niebezpieczne, kiedy odkryto, że skóra jest porowata (możliwość powstania niezliczonej ilości otworów) – myślano, że ciepło i woda sprzyjają powstawaniu szczelin, a choroby (np. dżuma) wślizgują się poprzez nie (Vigarello 2012: 15). Podczas epidemii dżumy w Europie podobne przekonania były powszechne, masowo zakazywano kąpieli i zamykano publiczne łaźnie. W XVI i XVII wieku uważano, że kąpiele grożą naruszeniem równowagi, wystawiają ciało na niebezpieczeństwa. Lęk przed zarazami spowodował, że kąpiele były dozwolone tylko wtedy, kiedy przepisał je lekarz.

Na początku XIX wieku w pracach na temat higieny podkreślano, że należy używać mydła, które usuwa brud (Vigarello 2012: 209). W latach 30. XIX w. woda stała się substancją oczyszczającą – dostrzeżono, że zatkane pory na ciele mogą uniemożliwić wydalanie dwutlenku węgla przez skórę (Vigarello 2012: 211). W ciągu ostatnich 150 lat wprowadzono wiele niezwykłych innowacji do naszego środowiska, diety, stylu życia i do naszych zdolności radzenia sobie z chorobą (Aiello, Larson, Sedlak 2007: 17). Wprowadzono innowacje medyczne, takie jak szczepionki, antybiotyki (i inne środki przeciwbakteryjne), środki znieczulające, testy diagnostyczne (np. rentgen). Odnotowano postęp w technikach medycznych (udoskonalone narzędzia, sposoby operowania), w zaawansowaniu środków farmakologicznych, protetyce, stosowaniu implantów; postęp w hematologii (transfuzje krwi) itp. Zmieniły się również urządzenia sanitarne – zaczęto je dezynfekować, wprowadzono oczyszczanie ścieków, oczyszczanie wody, kontrolę zanieczyszczeń itp., nastąpiły też zmiany społeczne i technologiczne, np. zmiana świadomości dotycząca odżywiania (Aiello, Larson, Sedlak 2007: 18).

Na przestrzeni kilku wieków higiena i czystość zaczęły obejmować kolejne elementy, zarówno ciała, jak i tego, co wokół (przestrzeni). Dostrzeżono, że w zanieczyszczonych, zatłoczonych miastach mogą powstawać choroby. Urbanizacja, rozrastające się miasta i fabryki, przenoszenie się ludności do miast przemysłowych – spowodowały, że ogniska chorób i brudu stały się bardziej powszechne, a ich konsekwencje o wiele poważniejsze (Dant, Bowels 2003: 4). Dlatego wprowadzenie norm dotyczących higieny stało się obowiązkiem władz. Miasta, które ciągle się rozrastały, musiały w jakiś sposób poradzić sobie z problemem chorób. Istotne stało się, jak i gdzie budować cmentarze czy szpitale.

Opis zmieniającego się podejścia do brudu jest dowodem na to, że pojęcie to wiąże się z kontekstem społecznym i jest społecznie wytwarzane. Każdy z nas wie, czym jest brud i stara się go unikać lub eliminować każdego dnia (Campkin, Cox 2007: 1). Naukowa definicja „brudu" i „czystości" powstała raczej na podstawie kontekstu historycznego i kulturowego, a nie jako obiektywna prawda (Campkin, Cox 2007: 2). Trudno byłoby naukowo wyznaczyć granicę między tym, co jest brudne a tym, co czyste. Najprostszy sposób rozumienia pojęcia *brud* to pojmo-

wanie go jako tego wszystkiego, co jest odbierane przez receptory (zapach, dotyk, wzrok) jako odpychające i powinno być unikane (Wolkowitz 2007: 16). Unikanie określonych substancji łączy się z ochroną ciała, strachem przed narażeniem go na to, co „nieczyste". Jednak znaczenie pojęcia *brud* nie wynika tylko i wyłącznie z jego fizycznego aspektu – z zapachu, dotyku czy widoku, lecz także jest zakorzenione w pracy i hierarchii społecznej (Wolkowitz 2007: 19).

Brud związany jest również ze śmiercią (Ashforth, Kreiner 1999), z kontaktami z osobami umierającymi. Można dostrzec, że zmiana nastąpiła również w podejściu do tej dziedziny ludzkiej egzystencji. Dawniej umierano we własnych domach, w otoczeniu najbliższych, zaś obecnie osoby umierające oddawane są do wyspecjalizowanych instytucji, które mają przejąć obowiązki rodziny. „Cywilizacja techniczna odebrała śmierci charakter osobowy. Śmierć oznacza tabu. Nie ma miejsca na jej oswajanie w życiu publicznym. Człowiek już nie umiera wśród najbliższych, ale poza miejscem zamieszkania" (Ogryzko-Wiewiórowska 2010: 112). W XIX w. proces umierania odbywał się w domu, obecnie jest to nie do pomyślenia. Osobę umierającą oddaje się do wyspecjalizowanych instytucji, które mają oddzielić to, co brudne (śmierć) od tego, co czyste (życie) (Kyro 2012).

W Stanach Zjednoczonych popularne są domy pogrzebowe, w których odbywa się msza za osobę zmarłą i kremacja. Układ pomieszczeń jest ściśle określony. To, co brudne (krematorium, garaż, kostnica) jest oddzielone od tego, co czyste (kaplica, biuro, pokoje) (Kyro 2012: 55). Symbolizuje to istnienie wyraźnych granic między tym, co czyste, co może być oglądane a tym, co powinno pozostać w ukryciu.

Brud jest też elementem, który stygmatyzuje. Brudni ludzie stają się wyłączeni (Bushmann 1995: 40). Brud należy rozważać zarówno na poziomie fizycznym, jak i moralnym. W kontekście oczyszczania istotne jest oczyszczanie moralne, które związane jest z obrzędami religijnymi, np. spowiedzią (Janes 2007). Historycy i antropolodzy podkreślają, że moralność i higiena są ze sobą powiązane w rytualnych praktykach regulowanych zewnętrznie – są to rozwiązania instytucjonalne, prawne i religijne. Radzenie sobie z brudem nie może być (jak sugerują) zredukowane do kwestii pragmatycznych decyzji na podstawie znajomości konsekwencji brudu (Dant, Bowels 2003: 10).

Zawierająca analizę zmieniającego się podejścia do brudu i rezultaty badań nad zawodami medycznymi publikacja Jürgena Thorwalda (2010) rzuca światło na drogę, jaką przeszła medycyna – drogę ku aseptyce i czystości. Jest to fabularyzowana opowieść o zmianach zachodzących w medycynie w XIX w. Autor na podstawie zapisków swojego dziadka Henry'ego Stevena Hartmanna (praktykującego medycynę), który podróżował po Stanach Zjednoczonych i Europie, przyglądając się najnowszym osiągnięciom medycznym, przedstawia historię medycyny, a zarazem zmieniające się podejście do czystości zabiegów medycznych. Oczywiście w opowieści elementy fikcji literackiej mieszają się z faktami historycznymi, jednak praca Thorwalda pozwala uchwycić, w jaki sposób praktykowano medycynę i jakie znaczenie miała czystość.