

Joanna Kacperczyk-Bartnik\*  
Tomasz Ochowski\*\*

## Przyczynek do wykorzystania perspektywy narracyjnej w zarządzaniu ochroną zdrowia. Analiza opieki nad pacjentką podczas cięcia cesarskiego

### Streszczenie

Niniejszy rozdział stanowi propozycję wykorzystania medycyny narracyjnej na potrzeby zarządzania ochroną zdrowia. Medycyna narracyjna umożliwia uzupełnienie praktyki klinicznej opartej na faktach naukowych o dodatkową refleksję i empatię, pozwalające skuteczniej osiągnąć wyżyny profesjonalizmu.

W rozdziale prezentacja poznawczej perspektywy narracji osadzona jest w czterech konkretnych przykładach opowieści dotyczących sytuacji cięcia cesarskiego. Poruszane są kwestie dotyczące umiejętności pracy w zespole, roli przepływu informacji między członkami zespołu, hierarchizacji stanowisk, przydzielania zadań w zależności od posiadanej wiedzy i umiejętności, wzajemnego kontrolowania i wnikliwej oceny aktualnej sytuacji położniczej, oraz zapewnienia ciągłości opieki.

Analiza oparta na przykładach pozwala dokładnie prześledzić wydarzenia z perspektywy poszczególnych bohaterów, wraz z genezą możliwych niedociągnięć oraz sformułowaniem uniwersalnych wniosków. W efekcie możliwe jest dążenie do osiągnięcia jak najlepszego wykorzystania potencjału całego zespołu medycznego, optymalnego podziału zadań wedle kompetencji oraz podwyższenia jakości i efektywności świadczonej pracy. Wysokie kompetencje interpersonalne pomagają w odpowiedniej współpracy pomiędzy członkami zespołu będącymi przedstawicielami różnych zawodów medycznych.

**Słowa kluczowe:** cięcie cesarskie, medycyna narracyjna, zarządzanie zespołem medycznym.

**JEL:** M540, I190

### Abstract

This chapter proposes the use of narrative medicine for the purposes of health care management. Narrative medicine enables the supplementation of clinical evidence

\* Doktorantka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. ORCID: 0000-0003-2539-3894.

\*\* Katedra Psychologii i Socjologii Zarządzania WZ UW; Warszawska Grupa Historiografii Organizacji afiliowana do Polskiego Oddziału Sieci Zarządzania Humanistycznego (Humanistic Management Network). ORCID: 0000-0001-8343-4071.

DOI: 10.7172/978-83-235-5874-3.swwz.11.7

based medicine with additional reflection and empathy, which contributes to achieving higher levels of professionalism.

This part of the book presents the narrative perspective, established in four specific examples of stories on the Caesarean section. It addresses issues of teamwork, the role of information flow between team members, the hierarchy of positions, the assignment of tasks based on knowledge and skills, mutual control and an in-depth assessment of the current obstetric situation, as well as the affirmation of the continuity of care.

The analysis based on examples allows us to accurately trace the events from the perspective of individual characters, along with the genesis of possible shortcomings and the formulation of universal conclusions. As a result, efforts can be made to achieve the best use of the potential of the whole medical team, the optimal division of tasks according to competencies and the increase of the quality and efficiency of the provided work. High interpersonal skills assist in appropriate co-operation between team members representing various medical professions.

**Keywords:** cesarean section, narrative medicine, crew resource management, healthcare

## Wprowadzenie

Prezentowany rozdział stanowi wynik współpracy poznawczej dwojga przedstawicieli różnych pokoleń badaczy, reprezentujących różne dyscypliny, lekarza-praktyka, a zarazem doktorantki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Joanna Kacperczyk-Bartnik) oraz psychologa i historiografa organizacji (Tomasz Ochinowski). Elementem łączącym było wspólne zainteresowanie zarządzaniem ochroną zdrowia, praktykowane przez oboje wymienionych. Okazję do współpracy stworzyło seminarium z zakresu zarządzania ludźmi na studiach podyplomowych „Zarządzanie w ochronie zdrowia”, na Wydziale Zarządzania UW, w roku akademickim 2019–2020<sup>1</sup>.

Niniejszy rozdział stanowi propozycję wykorzystania medycyny narracyjnej dla potrzeb zarządzania ochroną zdrowia, szczególnie przez refleksyjnych praktyków oddziaływań medycznych. Prezentacja poznawczej perspektywy narracji osadzona jest w konkretnym przykładzie opowieści dotyczących sytuacji cięcia cesarskiego, która, według wiedzy autorów, nie doczekała się dotąd ujęcia narracyjnego. Ten innowacyjny aspekt naszego artykułu jest wyłączną zasługą pierwszej współautorki, co na tym miejscu z dumą podkreśla drugi autor.

<sup>1</sup> Podstawę niniejszego artykułu stanowi zmieniona wersja pracy dyplomowej autorstwa Joanny Kacperczyk-Bartnik, *Opieka nad pacjentką podczas cięcia cesarskiego: analiza organizacji pracy i podziału kompetencji zespołu sali porodowej w świetle story-tellingu*, WZ UW, 2020, napisanej pod kierunkiem Tomasza Ochinowskiego.

## **1. Nurt narracyjny na wybranych obszarach badań obejmujących relacje „człowiek–organizacja”. Przypomnienie podstawowych kwestii**

### **1.1. Narratywizm a konstrukcjonizm w zarządzaniu**

Pozwalając sobie na odrobinę metaforyki, którą, jak mam nadzieję, recenzenci niniejszego artykułu potraktują tolerancyjnie, proponujemy, by roboczo uznać, iż nurt narracyjnego badania relacji człowiek–organizacja przypomina trochę sagę. Skandynawską bądź germańską. Nie ma wprawdzie tak długiej historii ani takiej głębi jak one. Jednak podobnie do sagi dotyka surowego, archetypicznego poziomu ludzkich doświadczeń. Również podobnie jak saga czasami bardzo wyraźnie zaznacza swoją obecność w środowiskach badaczy, czasami rwie się i zanika. Dla jednych jest oczywistością, inni zupełnie o niej nie słyszeli lub słyszeli, ale zignorowali. Choć może właśnie tym drugim przydałaby się szczególnie.

Ponieważ niebezpieczeństwo wspomnianego ignorowania dość dotkliwie dotyka od czasu do czasu także starszego ze współautorów niniejszego rozdziału oraz jego współpracowników, to pozwalamy sobie zamieścić prezentowany paragraf, z całą świadomością narażania się na zarzut, iż nadużywamy cierpliwości P.T. Czytelników, przypominając oczywistości. Zarzut ten jednak uznajemy za lepszy od kolejnych nieporozumień<sup>2</sup>.

„O jego (chodzi o podejście narracyjne – uwaga T.O. i J.K.-B.) zastosowaniu w samych badaniach organizacji napisano już całe tomy”, zauważa Barbara Czarniawska (2015, p. 233) i wymienia przykłady prac Davida M. Boje, Yiannisa Gabriela oraz – co jest w pełni uzasadnione – swoje własne.

Podobnie rzecz przedstawia się na terenie psychologii. Dzięki publikacjom przede wszystkim Jerzego Trzebińskiego (2002), Urszuli Tokarskiej (2002; 2014), Marii Straś-Romanowskiej i jej środowiska naukowego (Straś-Romanowska i in., 2010a i b) oraz Elżbiety Dryll i Anny Cierpki (np. 2011) o nurcie narracyjnym sporo dowiedzieć się mogą także polscy czytelnicy prac psychologicznych.

Zresztą rolę zainicjowania omawianego podejścia na terenie nauk społecznych badacze organizacji bez żadnej wątpliwości przyznają psychologom. Zgodnie wskazują na podstawowe znaczenie prac Jeromego Brunera (1991),

---

<sup>2</sup> Niedawno redaktorzy podręcznika akademickiego z szeroko rozumianej dziedziny nauk o organizacji odrzucili zamówiony przez nich wcześniej rozdział *Organizacja jako opowieść*, gdy okazał się opisem perspektywy narratywistycznej.

który jako jeden z pierwszych zauważył, że „opowieść jest naturalnym sposobem organizowania doświadczenia, sposobem w jaki postrzegamy świat, a także najbardziej podstawową formą komunikacji” (Kostera, 2005, s. 172).

„Opowieść jest najbardziej naturalnym sposobem przekazywania wiedzy. Taka »**wiedza narracyjna**« przeciwstawiana jest wiedzy »**logiczno-naukowej**«, gdzie owe zdarzenia i działania są klasyfikowane, a potem liczone i porównywane, przede wszystkim w kategoriach wielkości i częstotliwości: wyższe – niższe, większe – mniejsze, rzadkie – częste” (streszczenie myśli Brunera według Czarniawskiej 2015, s. 225, nacisk w oryginale).

Wspomniane przeciwstawienie powoduje, iż skupienie się badaczy na jednym lub drugim rodzaju wiedzy zazwyczaj przynosi nie tylko odmienne decyzje metodologiczne (co można uzasadnić różnym charakterem określonych w ten sposób przedmiotów badań), ale także odmienne postrzeganie zwolenników drugiej opcji, jako aż tak zupełnie „Innych”, że nie ma szans ani potrzeby by zobaczyć ich „twarz”<sup>3</sup>. Są bowiem radykalnie „nie-rozumiejący” bądź radykanie „nie-naukowi”.

W obszarze nauk o zarządzaniu sygnalizowana – i oczywiście na potrzeby niniejszego tekstu nieco przerysowana – sytuacja skutkuje dwoma oddzielnymi nurtami badań:

- a) pozytywistycznym czy bardziej precyzyjnie rzecz ujmując, neopoztywistycznym, zwanym również funkcjonalistycznym oraz
- b) symbolicznym należącym do szerszego zbioru przekonań badawczych zwanym konstruktywizmem.

Pierwszy z wymienionych nurtów krytycy nazywają też fundamentalistycznym. Kontynuuje on, przedstawione przez nas na kartach pierwszego rozdziału, „zapatrzanie w nauki ścisłe”, które leżało u genezy wyodrębnienia się między innymi współczesnej psychologii. Jego dość niespodziewanym wyrazem stało się „w naukach zarządzania (...) nieustanne poszukiwanie magicznych formuł sukcesu i lansowanie takich chwytliwych haseł, jak: »continuous improvement«, »reengineering«, »benchmarking«, czy »best practices«” – pisał przed ponad dwudziestu laty Andrzej K. Koźmiński, wyraźnie wymieniając kategorie interesujące także dla psychologa organizacji (Koźmiński, 1996, s. 10). I kontynuował:

---

<sup>3</sup> Nawiązuję tu oczywiście do kategorii filozoficznych zapożyczonych z myśli Emmanuela Levinasa.

„Podejście to, redukujące niepewność przez radykalne uproszczenie rzeczywistości, jest coraz powszechniej akceptowane w naszej nauce, praktyce i w kształceniu menedżerów”.

Końcówka przytoczonego zadania do dziś nic nie straciła na aktualności, a raczej znacznie zyskała. Wspomniane podejście obecnie konstytuuje tak zwany główny nurt nauk o zarządzaniu (zob. np. Zimmewicz, 2014).

Z kolei konstruktywizm (czasami opisywany jako „konstrukcjonizm”) to pogląd, przedstawiony przed laty przede wszystkim na kartach, fundamentalnej dla tego sposobu myślenia, pracy amerykańskiego – niemieckiego tandemu socjologów Petera Ludwiga Bergera i Thomasa Luckmanna (1966) *The Social Construction of Reality* 1966 (wyd. pol. *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, wyd. I 1983, wyd. II 2010). Przywołany pogląd proponuje, by rozumieć społeczeństwo jako część ludzkiego świata, stworzonego i zamieszkałego przez ludzi. Konsekwentnie „percepcja rzeczywistości (jawi się badaczowi jako – uwaga T.O.) oparta na subiektywnych doświadczeniach komunikacyjnych jednostki, która buduje swój koncept rzeczywistości społecznej na podstawie wielokrotnych aktów komunikacji. Interakcje oparte są na istniejącym i wciąż redefiniowanym systemie struktur społecznych, a tym samym są w swej istocie zinstytucjonalizowane” (Maj, 2009).

Z perspektywy nauk o organizacji „ideę konstruktywizmu bardzo trafnie oddał Kleppstó<sup>4</sup>, mówiąc, że nasz świat nie ma żadnego sensu, to my musimy nadać mu sens. Świat jest konstruowany i dekonstruowany społecznie przez używanie symboli, za pomocą których ludzie tworzą sens i znaczenia (Kostera, 1996, s. 43)”.

## 1.2. Krótka glosa do problemu „idealizm–realizm” poznania narracyjnego

Dość powszechnym uproszczeniem, pojawiającym się wśród badaczy zarządzania, nawet (czy może przede wszystkim) podczas dyskusji przy okazji obron prac doktorskich, jest utożsamianie konstruktywizmu i będącego jego konsekwencją narratywizmu z idealizmem. Trudno zaprzeczyć, iż takie interpretacje omawianej perspektywy poznawczej występują. Ale nie są wcale jedynym, uprawnionym naukowo rozwiązaniem. W Polsce wspomniane wcześniej uproszczenie powinno być obce już osobom mającym na studiach styczność z naukami społecznymi, nie tylko dzięki przekładom przytoczonej wcześniej klasycznej pracy Bergera i Luckmanna, ale choćby

<sup>4</sup> Opinia Steina Kleppstó za prywatną komunikacją tegoż z M. Kostera, Lund, Szwecja, czerwiec 1993.

dzięki znanemu podręcznikowi Jerzego Szackiego *Historia myśli socjologicznej*. Wydanie z 2004 roku (i następne) tej publikacji zawiera następującą refleksję, naszym zdaniem kluczową nie tylko dla studentów, jeśli chodzi o perspektywę poznawczą niniejszego rozdziału:

„(...) Teza, że rzeczywistość społeczna nie jest dla ludzi czymś danym, lecz jest przez nich *tworzona* nie powinna być brana tak dosłownie, jak zdarza się to krytykom „nowego idealizmu”<sup>5</sup>. Najmocniejsze bodaj argumenty przeciwko takiemu jej odczytaniu można znaleźć w głośnej książce Petera L. Bergera i Thomasa Luckmana *Spoleczne tworzenie rzeczywistości (...)*. W książce tej (...) znajdujemy obszerny wykład przekonania, że „tworzenie rzeczywistości społecznej” (a więc także organizacyjnej – uwaga T.O.) nie powinno być rozumiane na sposób woluntarystyczny, a ona sama nie istnieje wyłącznie w sferze wyobrażeń” (Szacki, 2004, s. 879).

Następnie przytacza myśl Davida Walsh (1972, s. 18), która jego zdaniem trafnie streszcza stanowisko poznawcze cytowanego wcześniej Luckmana:

„(...) Durheim nie całkowicie się mylił, dowodząc obiektywności (faktyczności) świata społecznego. Zabrakło mu jednak zrozumienia, że ta faktyczność świata społecznego zależy od tego, jak jest rozumiany przez swoich członków. Jest bowiem nie tak, że obiektywny świat społeczny istnieje gdzieś poza nimi (*out there*), a oni są mu poddani, lecz tak, że oni sami w procesie jego rozumienia (tj. wyjaśniania, definiowania, postrzegania) dokonują eksternalizacji i obiektywizacji swojego świata za pomocą dostępnego sobie środka swego rozumienia. Tym środkiem jest przede wszystkim język naturalny” (cyt. za Szackim 2004, s. 880).

Język, pozwolimy sobie dodać w kontekście problematyki niniejszego rozdziału, stanowi podstawowe „tworzywo” narracji. Ostatnio interesujące idee na ten temat rozwija Charles Taylor, który apeluje o etnograficzne podejście do języka:

„Chodzi mi o językową zdolność zrozumienia tego, że ludzie bardzo się od siebie różnią. Ten sposób posługiwania się językiem nazywam właśnie podejściem etnograficznym. Jest on pewnego rodzaju talentem, oczywiście nie w dosłownym tego słowa znaczeniu. Chodzi o odnajdywanie drogi, odnajdywanie języka, który daje dostęp do języka innych ludzi. W ten sposób zbliżamy się jakoś do tego, w jaki sposób oni rozu-

<sup>5</sup> Termin używany przez autorów krytykujących, ogólnie rzecz biorąc, te tendencje w socjologii szerzej w naukach społecznych, które nie wywodzą się z pozytywizmu.

mieją swój język. (...) Przede wszystkim musimy zrozumieć, czym jest inne rozumienie rzeczywistości niż nasze własne – bez tego nie zrobimy niczego dobrego (Taylor i in., 2019).

Przyjęcie postulowanej przez nurt narracyjny perspektywy poznawczej niekoniecznie musi więc oznaczać uznanie ontologicznych założeń relatywizmu. Symbole tworzone i wykorzystywane przez uczestników życia organizacyjnego (i oczywiście szerzej, społecznego) można traktować metaforycznie jako „okna”, przez które wspomniani uczestnicy „dotykają” tego życia, przy pomocy różnorodnych prób jego rozumienia (czyli, za cytowanym wcześniej Walshem, postrzegania, wyjaśniania i definiowania). Badacz stara się zaś zrozumieć owo rozumienie, używając do tego celu racjonalnych sposobów, które także, choć w inny sposób, niż ma to miejsce przy poznaniu potocznym, są narracyjne.

Na zjawisko zasygnalizowane przez nas w ostatniej części poprzedniego zdania, już wiele lat temu, zwrócił uwagę Bernard Lonergan (1976), którego analizy ujawniły narracyjny charakter czynności poznawczych podejmowanych przez każdego naukowca, niezależnie od dziedziny wiedzy. Ta cecha wysiłków badacza „skazuje” go na świadomość, iż działa on nie w świecie dziecięcych wyobrażeń, gdzie rzeczywistość da się dotknąć bezpośrednio, ale „w zapośredniczonym przez znaczenie świecie ludzi dorosłych”. „Obiektywne ludzkie poznanie (...) to nie jest tylko widzenie, lecz również doświadczenie, rozumienie, osądzanie i wierzenie”. Zaś skrajny empirysta „myli kryteria poznania świata zapośredniczone przez znaczenie z kryteriami świata bezpośredniości – to, co można poznać jedynie przez uczucia, dotyk i widzenie”. Tymczasem – z perspektywy lonerganowskiego krytycznego realizmu – „obiektywne ludzkie poznanie dokonuje się nie przez samo doświadczenie, lecz przez doświadczenie dopełnione ludzkim rozumieniem i poprawnym sądem” (Kerr, 2011, s. 135).

Świadomie przytoczyliśmy ustalenia zwolenników krytycznego realizmu (zob. także Polkinghorne, 1998; 2008; Polkinghorne i Jałowiecki, 2019), które byłyby zapewne odrzucone przez niejednego przedstawiciela nurtu konstruktywistycznego. Jesteśmy jednak przekonani, iż perspektywa wyznaczona przez konstruktywizm jest na tyle otwarta i z „z natury nieortodoksyjna”, że pozwala na przyjęcie również takich ram epistemologicznych<sup>6</sup>.

Narracyjne podejście do rzeczywistości organizacyjnej (czyli podzbioru rzeczywistości społecznej) jako czegoś, co da się ująć jedynie za pośrednic-

<sup>6</sup> W kontekście niniejszego rozdziału chodzi o ramy poznania naukowego zidentyfikowane przez analityków tego procesu takich jak cytowany Bernard Lonergan.

twem wysiłków jej zrozumienia podejmowanych przez jej uczestników, nie wyklucza tezy o istnieniu horyzontu prawdy dotyczącej tej rzeczywistości. Dążenie do tego horyzontu, naszym zdaniem, odgrywa sensotwórczą rolę w wysiłkach poznawczych profesjonalnych badaczy zarządzania (tak jak przedstawiciele innych dyscyplin społecznych i humanistycznych).

Jak wskazują choćby międzykulturowe badania nad mistyką (a więc należące do szeroko rozumianych obszarów historii idei i socjologii kultury; zob. Gannon i Traub, 1999) prowadzone z perspektywy relacyjnej: „niezależnie od tego, jaki jest subiektywny odbiór rzeczywistości, w której żyjemy i która nas otacza, (...) sama rzeczywistość nie zmienia się” (Waldenfels, 2011, s. 76).

Oczywiście stwierdzenie to nie stanowi deklaracji, iż rzeczywistość jest niezmienna. Wyraża jedynie przekonanie (które dzielimy również), iż zmiany rzeczywistości (lub ich brak) nie zależą od postrzegania tej rzeczywistości przez podmiot poznający. I idąc dalej tym tropem myślenia, że gdzieś istnieje pewna rzeczywistość obiektywna, która konstruuje ostateczną jedność ludzkości.

Empirycznie jedność ta przejawia się na przykład w fakcie naukowym (oczywiście podlegającym dyskusji), iż można mówić o wspólnym rdzeniu doświadczeń mistycznych, będącym czymś bardziej podstawowym niż różnice między tradycjami religijnymi. **„Wszyscy jednak znajdujemy się w tej samej »łodzi« i na dobre i złe dzielimy ten sam los”** (Waldenfels, 2014, s. 76, nacisk T.O. i J.K.-B.; Ochowski, 2017). Konstruktivism zaś szczególnie uczy pokory, by z tych założeń nie wyciągać zbyt daleko idących wniosków co do poziomu pewności, a więc i emocjonalnego przywiązywania się do wyników własnych badań.

Podsumowując, konstruktivism „koncentruje się na symbolach i leżących u ich podstaw znaczeniach w procesie konstrukcji zjawisk organizacyjnych. W centrum uwagi znajdują się procesy tworzenia i nadawania sensu rzeczywistości. Nośnikami sensu są symbole, nie tylko te specyficzne dla organizacji (poziom mikro/mezo), ale obejmujące swym zasięgiem cały kontekst społeczny (poziom mezo/makro), i to zarówno te całkiem świadome, jak i nieświadome” (Kostera, 1996, s. 77).

W przeciwieństwie do „głównego nurtu zarządzania”, który traktuje polskich naukowców głównie jako „klientów” wzorcowych rozwiązań zachodnich, a szczególnie amerykańskich, badaczki z naszego kraju należą do uznanych kreatorów konstrukcjonizmu dla potrzeb badania organizacji na skalę międzynarodową, a szczególnie jego metodologicznej konsekwencji,



czyli podejścia narracyjnego. Chodzi przede wszystkim o prace Barbary Czarniawskiej i Moniki Kostery.

Warto więc, na koniec niniejszego paragrafu, mającego charakter wprowadzenia do perspektywy narracyjnej, przypomnieć ich głos, z czasów inicjowania narratywizmu w zarządzaniu

„Czym byłoby przedsiębiorstwo, gdyby nagle wszyscy ludzie zdecydowali się nie przyjść do pracy?” – zastanawia się Czarniawska-Joerges (...) i odpowiada – „starym budynkiem fabrycznym”. Straciłoby wówczas swoje znaczenie jako przedsiębiorstwo, przestałoby być organizacją. „Być organizacją” oznacza zatem raczej „dziać się organizacją”, czyli ma sens tylko w kontekście tego, co robią ludzie” (Kostera 1996, s. 43; autorka wykorzystuje pracę Czarniawskiej-Joerges, 1992).

### 1.3. Medycyna narracyjna

Perspektywa narracyjna coraz śmielej znajduje swoje miejsce także w ochronie zdrowia, czyli obszarze łączącym zagadnienia ściśle medyczne z organizacyjnymi. Na terenie zarówno praktyki medycznej, jak i naukowej refleksji jej dotyczącej, od pewnego już czasu pojawia się termin „medycyna narracyjna” (bądź „narracja choroby”, ang. *illness narrative*). Wprowadzony on został przez Ritę Charon, która rozwija omawiane podejście przynajmniej od przełomu lat 80. i 90. ubiegłego stulecia (zob. np. Charon, 1986; 1993; 2001). Pod pojęciem „medycyna narracyjna” kryje się nie tylko metodologia poznawania poszczególnych aspektów ochrony zdrowia, ale przede wszystkim swoista koncepcja relacji osoby reprezentującej personel medyczny z drugim człowiekiem, zwłaszcza, choć nie tylko, z człowiekiem cierpiącym, uczestniczącym w tej relacji jako pacjent. Istotą perspektywy, zapoczątkowanej przez Charon, stanowi wysiłek, by docenić rolę indywidualnych historii różnych ludzi tak, czy inaczej „zanurzonych” w różnorodne procesy związane ze zdrowiem, by słuchać tych opowieści i samemu je tworzyć oraz konsekwentnie uznać narracje za istotne elementy procesu niesienia pomocy.

„W medycynie narracyjnej – ujmują rzecz lapidarnie Patrycja Zurzycka i Teresa Radzik (2015, s. 429) za Johanną Shapiro (2012) – personel, słuchając opowieści pacjentów, próbuje je rozumieć i interpretować, tak by móc oferować jak najlepszą i odpowiadającą zapotrzebowaniom holistyczną opiekę”.

Problematyka organizacyjna wnosi jeszcze, co konsekwentnie podkreślamy na kartach niniejszego rozdziału, znaczenie opowieści pracowników ochrony zdrowia.

Medycyna narracyjna umożliwia uzupełnienie praktyki klinicznej opartej na faktach naukowych, o dodatkową refleksję i empatię, pozwalające skuteczniej osiągnąć wyżyny profesjonalizmu (Charon, 1993). Zwolennicy medycyny narracyjnej uważają, że wiele wymiarów badań medycznych, nauczania medycyny i praktyki klinicznej jest przesiąkniętych podejściem narracyjnym i można je uczynić bardziej efektywnymi dzięki dalszemu zastosowaniu metodyki narracyjnej. Zainteresowanie medycyną narracyjną w licznych ośrodkach naukowych na całym świecie potwierdza jej zasadność i zastosowanie w zawodach związanych z opieką zdrowotną (Heliker, 1999; Harden, 2000; Hurwitz, 2000).

Warto raz jeszcze podkreślić, iż analiza narracyjna może dotyczyć różnych wymiarów relacji obecnych w medycynie, na przykład relacji lekarz–pacjent, relacji między pracownikami ochrony zdrowia, relacji lekarza ze społeczeństwem, a także lekarza z samym sobą (Charon, 2001). Rozwój medycyny narracyjnej ma między innymi związek z nurtem medycyny zorientowanej na pacjenta, w opozycji do medycyny paternalistycznej, relacji zdominowanej przez personel medyczny (Laine i Davidoff, 1996), a obecnie również – w opozycji do rosnącej liczby procedur i wytycznych, mogących przysłonić realne potrzeby pacjentów. Narracyjne pojmowanie medycyny proponuje między innymi sposób jej nauczania, prowadzenia procesu diagnostycznego, a także rozumienia i stosowania zasad etyki (Jones, 1997; Anderson, 1998;). Już teraz pisanie tekstów narracyjnych włączono do programu nauczania w wielu szkołach medycznych i szpitalach, by wzmocnić refleksję oraz samoświadomość pracowników ochrony zdrowia, a także zrozumienie przez nich perspektywy pacjentów (Charon, 1986; Branchi i in., 1993). Podobnie, niektórzy bioetycy przyjęli perspektywę narracyjną, aby wyjść poza legalistyczne podejście oparte na sztywnych regułach w kierunku zindywidualizowanej praktyki (Thompson, 2009).

W kontekście zarządzania w ochronie zdrowia medycyna narracyjna umożliwia wykorzystanie przykładowych historii w celu dogłębnej analizy poszczególnych elementów psychologicznych i społecznych zaistniałych sytuacji (Ochinowski i Radowska, 2019). Analiza oparta na przykładach pozwala dokładnie prześledzić wydarzenia z perspektywy poszczególnych bohaterów, wraz z genezą ewentualnych niedociągnięć oraz wyciąganiem mniej lub bardziej uniwersalnych wniosków. W efekcie możliwe jest dążenie do osiągnięcia jak najlepszego wykorzystania potencjału całego zespołu

medycznego, optymalnego podziału zadań wedle kompetencji oraz podwyższenia jakości i efektywności świadczonej pracy.

## **2. „Wielka narracja” dotycząca pracy w bloku porodowym**

Zastosowanie perspektywy narracyjnej do tak specyficznej sytuacji, jaką wyznacza cesarskie cięcie, wymaga szczegółowego opisu kontekstu, którym niewątpliwie jest charakterystyka działań medycznych w bloku porodowym. Zgodnie z konwencją językową przyniesioną przez dyskusje epoki postmodernizmu, ale przydatną do porządkowania analiz narracyjnych także poza ściśle postmodernistycznymi ramami, wspomnianą charakterystykę uważamy za wielką narrację stwarzającą konieczny kontekst rekonstrukcji historii osobistych. Dlatego też poświęcamy im dużo miejsca, nawet za cenę zaburzenia proporcji tradycyjnie rozumianego tekstu naukowego. Jest to konieczne, by prezentowane później opowieści dotyczące poszczególnych grup i pojedynczych osób, czyli „mikronarracje” były zrozumiałe kontekstualnie, a nie zawieszane w poznawczej próżni.

### **2.1. Ogólna charakterystyka pracy w bloku porodowym**

Praca w bloku porodowym charakteryzuje się wysokim narażeniem na stres, niską przewidywalnością, dużym zróżnicowaniem intensywności w ciągu kolejnych dni oraz koniecznością pracy w zróżnicowanym zespole (Beck i in., 2015; Sheen i in., 2015; Leinweber i in., 2017). Ponadto wymaga wysokiej czujności i skupienia przez większość czasu trwania zmiany, która wynosi od 7 h 35 min. do 24 h. Przyjmując do szpitala jedną pacjentkę, sprawuje się najczęściej opiekę nad dwiema osobami – matką i nienarodzonym dzieckiem (dziećmi), odpowiadając za ich zdrowie w danym momencie, a także, w przypadku dzieci, za dalsze rokowanie do końca życia. Zmiany w planie postępowania nad pacjentką mogą zachodzić bardzo dynamicznie, wymagając wczesnego reagowania na stwierdzone nieprawidłowości, szybkiego podejmowania decyzji oraz sprawnej i efektywnej komunikacji z całym zespołem. Taki tryb pracy sprzyja hierarchizacji poszczególnych stanowisk, na ogół w zależności od doświadczenia i wykształcenia. Jak każda praca w środowisku medycznym, wiąże się również z obowiązkiem ciągłego samokształcenia w czasie wolnym od pracy, aktualizowania wiedzy i dostosowywania postępowania do nowych wytycznych oraz aktów legislacyjnych.

Przy wszystkich poruszonych powyżej obciążeniach fizycznych i psychicznych osoby pracujące w bloku porodowym powinny wykazywać się wysokim stopniem empatii wobec pacjentek, które znajdują się w wyjątkowej sytuacji życiowej, są na ogół pełne obaw związanych z porodem oraz, ze względu na fizjologicznie występujące zmiany hormonalne, bardziej narażone na przeżywanie wszelkiego rodzaju emocji.

Nie bez znaczenia dla organizacji oraz stopnia zadowolenia z wykonywanej pracy, jest otrzymywane wynagrodzenie, które może odbiegać od stawek ambulatoryjnych w prywatnym sektorze ochrony zdrowia za znacznie spokojniejszą pracę bez konieczności dyżurowania w godzinach nocnych.

Celem niniejszej analizy jest przedstawienie organizacji pracy oraz podziału kompetencji poszczególnych członków zespołu opiekującego się pacjentkami rodzącymi metodą cięcia cesarskiego z perspektywy osób pełniących różne stanowiska w szpitalu położniczym.

## **2.2. Skład zespołu pracującego w bloku porodowym**

### **2.2.1. Personel medyczny**

#### *Lekarze*

Personel medyczny pracujący w szpitalu/oddziale położniczym składa się przede wszystkim z zespołu lekarskiego i zespołu położniczego. Wśród lekarzy znajdują się przedstawiciele m.in. trzech specjalizacji – położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz neonatologii. Są to zarówno lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, jak i osoby, które uzyskały tytuł specjalisty. Znaczną większość zespołu stanowią stali pracownicy danej jednostki. Oprócz nich w danym miejscu pracują również lekarze realizujący staż częstkowy w ramach szkolenia specjalizacyjnego, lekarze w trakcie szkolenia w ramach stażu podyplomowego oraz lekarze pracujący wyłącznie w trybie dyżurowym. Osoby pracujące w obrębie jednej jednostki ochrony zdrowia mogą pracować na bardzo różnych zasadach – różnych rodzajach umowy (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna), różnych wynegocjowanych stawkach, różnym wymiarze czasowym oraz w różnych godzinach pracy i pełnią różną liczbę dyżurów w ciągu miesiąca.

#### *Położne*

Jeszcze liczniejszą od lekarzy grupę stanowią położne. Są obecne na każdym etapie opieki nad pacjentką – od przyjęcia w izbie przyjęć do wypisu ze szpitala. Pełnią obowiązki, bez których nie byłoby możliwe funkcjonowanie

żadnego oddziały. W bloku porodowym przyjmują porody fizjologiczne, ale także pełnią liczne obowiązki administracyjne, organizacyjne i pielęgnacyjne. Dbają o realizację zleceń lekarskich oraz prowadzą nadzór medyczny nad pacjentkami i noworodkami. Położne są także obecne przy znieczuleniach oraz przy zabiegach operacyjnych. Są absolwentkami studiów wyższych na uczelniach medycznych oraz realizują kształcenie podyplomowe podczas zdobywania specjalizacji. Są zrzeszone w Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych. Wykonują samodzielny zawód medyczny.

#### *Inny personel medyczny*

Oprócz lekarzy i położnych w szpitalu położniczym pracują m.in. pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy i diagnostki laboratoryjni. Każde z pełnionych stanowisk jest niezbędne dla kompleksowej opieki nad ciężarnymi, rodzącymi, położnicami i noworodkami.

### **2.3. Sytuacje położnicze i pozapołożnicze wymagające rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego**

#### **2.3.1. Wskazania położnicze**

Poród drogami i siłami natury, przy braku przeciwwskazań, stanowi najbardziej fizjologiczny i najlepszy z medycznego punktu widzenia sposób zakończenia ciąży. Noworodek po porodzie siłami natury jest lepiej zaadaptowany do funkcjonowania w nowym środowisku. Regeneracja organizmu matki po porodzie siłami natury zachodzi o wiele szybciej niż po cięciu cesarskim, dzięki czemu możliwe jest szybsze przywrócenie sprawności i samodzielna opieka nad dzieckiem. Ból po porodzie jest znacznie mniejszy. Procesy zmierzające do rozwinięcia laktacji zachodzą sprawniej. Poród siłami natury wiąże się także z mniejszym ryzykiem powikłań podczas kolejnych ciąż i porodów, które są obecne w przypadku posiadania blizny po wcześniejszym cięciu cesarskim (np. implantacja zarodka w bliźnie, nieprawidłowa lokalizacja łożyska, rozejście się blizny w zaawansowanej ciąży, zrosty stanowiące dodatkową barierę podczas kolejnego cięcia cesarskiego).

Nie zawsze jednak poród siłami natury jest najlepszym rozwiązaniem i w przypadku obecności wskazań do cięcia cesarskiego konieczne jest rozwiązanie ciąży przez poród operacyjny (Wielgoś i in., 2018). Dzieje się tak np. przy nieprawidłowym zapisie tętna płodu, które świadczy o ryzyku wystąpienia zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej i niedotlenienia okołoporodowego. Wówczas konieczne jest jak naj-

szybsze zakończenie ciąży, możliwe poprzez poród zabiegowy lub cięcie cesarskie.

Kolejnym ze wskazań położniczych do cięcia cesarskiego jest nieprawidłowe położenie płodu. W przypadku położenia niegłówkowego nie jest możliwy wystarczająco bezpieczny poród drogami natury. Położenie poprzeczne bezwzględnie wymaga zakończenia ciąży poprzez cięcie cesarskie. Poród drogami natury przy położeniu miednicowym także wiąże się ze zwiększonym ryzykiem dla matki i dziecka, jednak jest możliwy. Ze względu na to, że jest wskazaniem do cięcia cesarskiego u kobiet rodzących po raz pierwszy, najczęściej pacjentki z dziećmi w położeniu miednicowym mają wykonywane cięcie cesarskie.

Nieprawidłowe wstawianie się główki płodu w kanale rodny oraz przedłużający się czas trwania porodu stanowią kolejne wskazania do cięcia cesarskiego, które stwierdza się w trakcie próby porodu drogami natury.

Zagrażająca infekcja wewnątrzmaciczna, dysproporcja płodowo-miednicowa, podejrzenie dużej masy płodu w badaniu ultrasonograficznym, stan po dwóch i więcej cięciach cesarskich, rozejście blizny po poprzednim cięciu cesarskim to kolejne przykłady wskazań położniczych do cięcia cesarskiego. Wraz z rozwojem medycyny możliwe jest wczesne wykrycie coraz większej liczby nieprawidłowości, a także coraz więcej wskazań do cięcia cesarskiego.

### **2.3.2. Wskazania pozapołożnicze**

Oprócz wskazań typowo położniczych cięcia cesarskie wykonywane są w przypadku pozapołożniczych przeciwwskazań do porodu siłami natury. Należą do nich m.in. wskazania okulistyczne, ortopedyczne, neurologiczne, kardiologiczne, a nawet psychiatryczne. W każdej sytuacji, gdy czynne parcie może stanowić zagrożenie dla stanu zdrowia matki i operacja brzuszna wiąże się z mniejszym ryzykiem, może być wskazane zakończenie ciąży metodą cięcia cesarskiego.

### **2.3.3. Profil pacjentek wymagających wykonania cięcia cesarskiego**

Każda pacjentka i każde cięcie cesarskie jest inne. Z tego powodu konieczna jest indywidualizacja opieki położniczej w zależności od danej sytuacji klinicznej. Jedną z podstawowych cech w momencie porodu jest stopień jego zaawansowania oraz to, czy ciąża jest donoszona (ukończone pełne 37 tygodni ciąży), czy też trwała krócej i mamy do czynienia z porodem przedwczesnym.

Następną ważną kwestią przy wykonywaniu cięcia cesarskiego jest to, czy jest ono wykonywane śródporodowo, zwłaszcza podczas drugiego okresu

porodu, czy też wykonywane bez rozwiniętej czynności skurczowej i bez zaawansowania porodu (Kominiarek i in., 2015). Cięcia cesarskie wykonywane w drugim okresie porodu wiąże się z niższym umiejscowieniem płodu w kanale rodnym, a przez to możliwym trudniejszym wydobyciem i zwiększonym ryzykiem pęknięcia macicy.

Kolejną podstawową kwestią jest liczba płodów. W przypadku ciąży bliźniaczej ważne jest wydobycie obojga dzieci w krótkim odstępie czasu, przy czym położenie drugiego dziecka może się zmienić podczas wydobywania pierwszego i być zupełnie inne niż opisane w badaniu ultrasonograficznym przed porodem (Blickstein, 2000). Z tego powodu położnik wykonujący cięcia cesarskie pacjentki w ciąży mnogiej powinien mieć pewne doświadczenie w wykonywaniu cięć cesarskich, a nie być na początku krzywej uczenia się.

Pacjentki, które miały w przeszłości wykonywane cięcia cesarskie lub inne operacje brzuszne, mogą mieć zrosty w jamie brzusznej i z tego powodu ich operacje mogą być trudniejsze (Nisenblat i in., 2006). Stan po dwóch cięciach cesarskich stanowi wskazanie do porodu operacyjnego. Z tego powodu zarówno pierwsze, jak i drugie cięcia cesarskie powinno być wykonywane wyłącznie z powodu wskazań medycznych. Tak zwane cięcia cesarskie na życzenie zwiększają ryzyko powikłań matczyńskich i noworodkowych zarówno przy obecnym, jak i przy następnych porodach.

Kolejnym aspektem ważnym ze względu na stopień trudności cięcia cesarskiego, jest lokalizacja łożyska (Nielsen i in., 1989). W przypadku nisko osadzonego łożyska, które zachodzi na przednią ścianę macicy, stanowi ono przeszkodę podczas operacji i konieczne jest wydobycie dziecka przez łożysko. Dochodzi wówczas do przecięcia łożyska jednocześnie z przecięciem mięśnia macicy. Ze względu na bogate unaczynienie łożyska oraz funkcje, które pełni (dostarczanie m.in. tlenu od matki do dziecka), konieczne jest szybkie wydobycie i odpępnienie. Z tego powodu ważny jest odpowiedni wybór operatora, a także szczegółowa ocena lokalizacji łożyska podczas badania ultrasonograficznego poprzedzającego cięcia cesarskie. Dodatkowym ryzykiem obciążone są przypadki, w których podejrzewane jest łożysko wrastające/przerastające mięsień macicy. Podczas cięcia cesarskiego u takich pacjentek należy być przygotowanym na okoliczność wystąpienia krwotoku okołoporodowego oraz konieczność usunięcia macicy.

Następną grupą pacjentek, które stanowią wyzwanie dla położnika podczas cięcia cesarskiego, są pacjentki otyłe (Perlow i Morgan, 1994). Ze względu na coraz większy odsetek otyłości wśród społeczeństwa, a także ryzyko przybrania na masie podczas ciąży pacjentki otyłe są przyjmowane do porodu coraz częściej. Coraz częściej mamy także do czynienia z tzw. oty-

łością olbrzymią. W przypadku skrajnie otyłych pacjentek każdy element opieki wiąże się z dodatkowymi aspektami wymagającymi odpowiedniej interwencji – od bezpiecznego ułożenia pacjentki na stole operacyjnym, poprzez technikę cięcia cesarskiego i następnie zszywania powłok, na pielęgnacji rany kończąc.

Bez wątpienia, ważny jest także podział pacjentek na podstawie warunków „logistycznych”. Znaczna większość pacjentek jest przyjmowana do szpitala w sposób planowy lub na początku rozwinięcia czynności skurczowej. Jest wówczas wystarczająco dużo czasu na odpowiednie i bezpieczne przygotowanie pacjentki do operacji. Znamy wynik badania grupy krwi, który jest obligatoryjnie wykonywany w ciąży i niezbędny w przypadku leczenia zaawansowanej niedokrwistości poporodowej lub krwotoku okołoporodowego. Można wykonać inne badania w celu monitorowania parametrów niezbędnych do bezpiecznego znieczulenia i przeprowadzenia operacji. Możliwe jest wykonanie badania ultrasonograficznego w celu szczegółowej oceny położenia oraz szacowanej masy płodu i lokalizacji łożyska. Jest również zebrany szczegółowy wywiad na temat stanu zdrowia pacjentki, wszelkich obciążeń medycznych, przebiegu poprzednich ciąż i porodów. Sytuacja wygląda zupełnie inaczej w przypadku pilnego przyjmowania pacjentki z nieprawidłowym zapisem tętna płodu w izbie przyjęć lub pacjentek przyjmowanych ze względu na krwawienie, wypadnięcie pępowiny i z innych przyczyn wymagających wykonania natychmiastowego cięcia cesarskiego. Nie ma wówczas czasu na dokładne zebranie wywiadu, pacjentki mogą nie mieć przy sobie żadnej dokumentacji medycznej, może nie być znana grupa krwi ani wyniki badań w kierunku zakażeń wirusowych, które są istotne zarówno ze względu na bezpieczeństwo personelu medycznego, jak i dla monitorowania stanu zdrowia oraz profilaktyki zakażeń u noworodka.

#### **2.3.4. Podział cięć cesarskich ze względu na stopień pilności**

Cięcie cesarskie, które należy wykonać natychmiast, różni się od planowego cięcia cesarskiego. Jest wykonywane w celu ratowania życia, np. przy nieprawidłowym zapisie tętna płodu, przedwczesnym oddzieleniu się łożyska, rozległym krwawieniu, wypadnięciu pępowiny, napadzie rzucawki (Hillemanns i in., 2005). Jednym z najważniejszych składowych wpływających na rokowanie dla matki i noworodka jest czas pomiędzy wystąpieniem wskazań do natychmiastowego cięcia cesarskiego a wydobyciem dziecka (dzieci) (Kotarski i Bobiński, 2014). W celu maksymalnego skrócenia tego czasu organizacja i przebieg operacji różnią się od sytuacji planowych. Kluczowe jest szybkie poinformowanie wszystkich członków zespołu o orga-



nizowanym cięciu cesarskim oraz o stopniu jego pilności, rezygnacja z wszelkich czynności, które nie są absolutnie niezbędne oraz pomoc pozostałych pracowników w czynnościach, które może wykonać osoba spoza głównego zespołu zaangażowanego w wykonanie cięcia cesarskiego (np. cewnikowanie pęcherza moczowego pacjentki, powiadomienie zespołu neonatologicznego, rozpakowanie elementów zestawu, sprawne umycie powierzchni brzucha pacjentki). Kolejną ważną kwestią jest wybór takiej metody znieczulenia, która zadziała jak najszybciej. Często natychmiastowe cięcie cesarskie jest wykonywane w znieczuleniu ogólnym, a nie tak jak większość porodów operacyjnych, w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Ze względu na zastosowanie sterylizacji skróconej konieczne jest włączenie szerokospektralnej antybiotykoterapii okołoperacyjnej.

#### **2.4. Szczegółowe elementy opieki nad pacjentką i noworodkiem**

Podczas przygotowania pacjentki do planowego cięcia cesarskiego ważne są poszczególne elementy, ich kolejność, podział obowiązków oraz przepływ informacji w zespole, jak również czas wykonania czynności. W przypadku sprawniejszego przygotowania możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie planu operacyjnego i wykonanie większej liczby cięć cesarskich w ciągu dnia.

Pierwszym z elementów jest weryfikacja wskazań do cięcia cesarskiego (Wielgoś i in., 2018). W przypadku wskazań pozapołożniczych konieczne jest ich stwierdzenie przez lekarza specjalistę w danej dziedzinie. Weryfikacja wskazań położniczych jest wykonywana przez specjalistę położnictwa i ginekologii w izbie przyjęć oraz w bloku porodowym.

Po zapoznaniu się z dokumentacją oraz zleceniu wykonania badań lekarz powinien przekazać informacje położnym o zleceniu pobrania krwi, założenia wkłucia obwodowego oraz nawodnienia dożylnego. Zaburzenie dotychczasowej kolejności lub brak przekazania informacji o wykonanych zleceniach przyczyniają się w najlepszym wypadku do wydłużenia czasu przygotowania pacjentek. W gorszych przypadkach mogą doprowadzić do konfliktu między poszczególnymi członkami zespołu, niepotrzebnych spięć i pretensji, oskarżeń o niewłaściwe wywiązywanie się ze swoich obowiązków, niechęci do dalszej współpracy itd.

Zebranie dokładnego wywiadu, wykonanie badania ultrasonograficznego oraz staranne wypełnienie dokumentacji medycznej stanowią następne elementy przygotowania pacjentki do cięcia cesarskiego. Po wykonanym w ten sposób badaniu w bloku porodowym istotne informacje nt. pacjentki powinny zostać przekazane lekarzowi nadzorującemu w danym dniu przebieg

pracy w oddziale. Informacje zebrane w jednym miejscu w historii choroby powinny być łatwo i szybko dostępne dla lekarza, który nie miał wcześniej styczności z pacjentką. Dzięki temu zapewniona jest ciągłość opieki przez lekarzy dyżurnych, dostęp do informacji dla operatora, asysty, położnych, anestezjologa, neonatologa, lekarzy oraz położnych w sali pooperacyjnej i w oddziale położowym oraz dla każdej innej osoby zaangażowanej w opiekę nad pacjentką i noworodkiem.

Po odpowiednim przygotowaniu pacjentki, przy gotowości zespołu operacyjnego oraz gotowości bloku operacyjnego pacjentka może zostać przekazana do sali cięciowej. W tym celu konieczne jest wezwanie pełnego zespołu – lekarzy trzech specjalności, instrumentariuszek, anestetyczki.

W sali operacyjnej pacjentka jest znieczulana, następnie ma cewnikowany pęcherz moczowy i dezynfekowaną skórę brzucha. Jednocześnie trwają przygotowania zespołu medycznego. Neonatolog zapoznaje się z historią choroby oraz pyta o zgodę pacjentki na opiekę nad noworodkiem. Instrumentariuszka i operatorzy myją i ubierają się do operacji. Rozkłada się cały potrzebny sprzęt oraz sterylne obłożenie. Po zakończeniu czynności przygotowawczych można przystąpić do operacji.

### **3. „Mirkonarracje” dotyczące sytuacji cesarskiego cięcia.**

#### **Przykład wykorzystania perspektywy medycyny narracyjnej do analizy problemów organizacyjnych dotyczących sytuacji krytycznych w oddziale położniczym**

##### **3.1. Wprowadzenie do mikronarracji**

Dotąd na łamach niniejszego rozdziału zajmowaliśmy się prezentacją narracyjności jako „oferty poznawczej” dla ochrony zdrowia na poziomie ogólnym, stopniowo zawężając problematykę do kwestii oddziału położniczego, a dokładnie bloku porodowego i sytuacji cesarskiego cięcia. Te szczegółowe zagadnienia zajęły najwięcej miejsca. Były to jednak cały czas „wielkie narracje”, oparte na uogólnieniach literaturowych.

Teraz proponujemy PT. Czytelnikom konkretny przykład wykorzystania wspomnianej perspektywy przez refleksyjnego praktyka oddziaływań medycznych. Chodzi o poznawcze „zejście” na poziom mikronarracji dotyczących poszczególnych grup i pojedynczych osób. Przypadek ten pochodzi z doświadczenia współautorki niniejszego tekstu Joanny Kacperczyk-Bartnik. Jak już wspominaliśmy, łączy ona pracę lekarza i pracę uniwersytecką. Na

łamach prezentowanego rozdziału występuje w obydwu rolach. Poprzednie części tekstu współtworzyła przede wszystkim jako członkini społeczności akademickiej. Część następną, a szczególnie fragment prezentowany na tym miejscu, jest w znacznym stopniu relacją z jej doświadczenia zawodowego, poddanego refleksji o charakterze narracyjnym. Chodzi więc, co warto raz jeszcze podkreślić, o zastosowanie perspektywy narracyjnej przez refleksyjnego praktyka, bez odwoływania się do szczegółowych technik analizy narracji, których wykorzystanie zostawiamy na przyszłość. W obecnym kształcie prezentujemy PT. Czytelnikom przykład mający poznawaczy status przyczynku. Mamy nadzieję, iż ośmieli on praktyków ochrony zdrowia do sięgnięcia po medycynę narracyjną, a badaczy do pogłębienia sygnalizowanej przez nas problematyki.

W dostępnej nam literaturze przedmiotu nie spotkaliśmy dotąd zastosowania perspektywy narracyjnej przy analizie sytuacji cesarskiego cięcia.

Nasz przykład nawiązuje też do tej części medycyny narracyjnej, która przekracza, wspomnianą na początku niniejszego rozdziału „narrację choroby”. Starszy ze współautorów rozdziału, Tomasz Ochowski, miał jeszcze zaszczyt nieco współpracować w przestrzeni działań społecznych z profesorem Włodzimierzem Fijałkowskim, współtworzącym przed laty nowoczesne, a zarazem humanistyczne rozwiązania dla polskiego położnictwa. Wspomniany lekarz zwykł podkreślać, iż ciąża nie jest stanem chorobowym, co uważał za ważne wyzwanie dla mentalności potocznej zarówno, twórców jak i odbiorców ochrony zdrowia.

Prezentowany przez nas przyczynek, obejmując zagadnienia pracy w oddziale położniczym, przekracza więc „narrację choroby”, jednocześnie jednak pozostając na jej granicy poprzez analizę zjawiska cesarskiego cięcia, które często, choć nie zawsze, realizowane jest wobec zagrożeń zdrowia czy nawet życia płodu lub matki.

Przedstawione dalej historie są, ze zrozumiałych względów, zanonimizowane i pozbawione jakakolwiek danych pozwalających na identyfikację, choćby tylko organizacyjną. W uzasadnianych przypadkach służymy danymi szczegółowymi z zachowaniem ochrony danych osobowych i godności bohaterów.

### **3.2. Historia pierwsza: „Rola komunikacji w zespole bloku porodowego”**

Rozpoczął się typowy dzień powszedni w bloku porodowym. Do oddziału zostały przyjęte pacjentki do planowych cięć cesarskich. Młodszy lekarz sali porodowej rozpoczął przyjmowanie i opisywanie pacjentek. Po zakończeniu

opisywania dwóch z trzech przyjętych pacjentek został wezwany do pilnego cięcia cesarskiego u pacjentki rodzącej. Szybko wybiegł z sali i udał się na cięcie cesarskie. W tym czasie położne przyjmowały nową pacjentkę, były obecne w czasie obchodu oraz przy innym porodzie siłami natury. Nikt nie przekazał informacji o gotowych zleceniach dla pacjentek przyjętych na planowe cięcia cesarskie ani też nie skontrolował, czy zlecenia są już wpisane.

Po godzinie zakończyło się pilne cięcie cesarskie. Lekarz wraca do wykonywania obowiązków w oddziale. W tym samym czasie lekarz nadzorujący pracę sprawdza, na jakim etapie są aktualnie przygotowania pacjentek przyjętych do planowych cięć cesarskich. Ze względu na brak wyników aktualnych badań oraz brak nawodnienia dożylnego żadna z pacjentek nie jest gotowa. Sala operacyjna stoi pusta. Zespół anestezjologiczny oraz bloku operacyjnego oczekuje w gotowości. Ze względu na konieczność wykonania nieplanowego cięcia cesarskiego oraz na nieefektywną komunikację w zespole, planowe cięcia cesarskie rozpoczęto o godzinie 10:30. Jedna z przyjętych pacjentek nie miała wykonanego planowego cięcia cesarskiego w ciągu dnia – będzie je miała wykonane następnego dnia rano. Dochodzi do spięć pomiędzy położnymi i lekarzami, w obrębie zespołu lekarskiego, a także między pacjentką domagającą się wykonania cięcia cesarskiego a lekarzami dyżurnymi.

Sytuacji tej można było uniknąć na kilka sposobów – 1) przekazując informacje o wykonanych zleceniach bezpośrednio po ich zleceniu u pierwszej pacjentki, przed rozpoczęciem opisywania drugiej pacjentki; 2) przekazując informacje na temat zleconych badań położnej, która pojechała na blok operacyjny w celu wykonania odpowiednich czynności przygotowawczych u pacjentki mającej pilne śródporodowe cięcie cesarskie; 3) sprawdzając, czy wypełniono dokumentację pacjentek oraz zlecono pobranie badań lub podłączenie nawodnienia.

Umiejętność pracy w zespole, przepływ informacji między członkami zespołu oraz chęć współpracy zwiększają efektywność działalności całego oddziału. Wysokie kompetencje interpersonalne pomagają w odpowiedniej współpracy pomiędzy członkami zespołu będącymi przedstawicielami różnych zawodów medycznych (Watkins i in., 2017; Wang i in., 2018; Abd Hamid i Rasid, 2019).

### **3.2.1. Natychmiastowe i pilne cięcia cesarskie**

W przypadku natychmiastowego cięcia cesarskiego wiele elementów wykonywanych w trakcie przygotowania do planowego cięcia cesarskiego jest pomijanych. Są np. wykonywane w sterylizacji skróconej i znieczuleniu ogólnym. Nie oczekuje się również na wyniki badań laboratoryjnych (zleco-

nych na cito). Konieczna jest jednak obecność kompletnego zespołu. Czas od wjazdu na salę do wydobycia dziecka może trwać minutę lub krócej. W przypadku braku powiadomienia neonatologów na sali nie ma części zespołu, odpowiadającej za dalszą opiekę nad noworodkiem. Przy wydobyciu zdrowego noworodka w dobrym stanie ogólnym oczekiwanie kilka minut na zespół neonatologiczny nie ma znaczenia dla dalszego rokowania. Jednak w przypadku konieczności podjęcia czynności resuscytacyjnych w pierwszej kolejności podejmą się ich osoby niezajmujące się na co dzień resuscytacją noworodków, co stanowi zwiększone ryzyko dla zdrowia dziecka. Z pozoru prosta rzecz – wcisnięcie guzika i wezwanie części zespołu – przy braku wykonania w odpowiednim momencie może stanowić zagrożenie dla dziecka. Z tego powodu ważne jest nie tylko dbanie o własne, przydzielone obowiązki, ale także kontrola nad czynnościami wykonywanymi przez innych członków zespołu (Roemer i Heger-Römermann, 1993; Hillemanns i in., 1996).

### **3.3. Historia druga: „Elastyczność procedur i podziału zadań”**

U pacjentki rodzącej stwierdzono obniżenie wartości tętna płodu i ryzyko niedotlenienia okołoporodowego. Zdecydowano o wykonaniu natychmiastowego cięcia cesarskiego. Zespół bloku porodowego błyskawicznie przetransportował pacjentkę do sali operacyjnej i przystąpił do dalszych czynności. Położne poinformowały o zaistniałej sytuacji zespół anestezyjologiczny oraz instrumentariuszki. W odpowiednim momencie wezwano również zespół neonatologiczny. Na sali zebrał się tłum skupionych lekarzy i położnych, szybko przystąpiono do operacji. Po wydobyciu krzyczącego dziecka wszyscy odetchnęli z ulgą. Dziecko urodziło się w stanie ogólnym dobrym i zostało ocenione na 10 pkt Apgar. Gdyby jednak było inaczej i noworodek wymagałby zaawansowanego leczenia, a osoba spiesząca do wykonania cięcia cesarskiego ze wskazań życiowych ani nikt inny nie wezwałby neonatologów, mogłoby dojść do poważnych konsekwencji dla zdrowia. Z tego powodu obowiązujące procedury powinny uwzględniać zapewnienie kompletności zespołu położniczego, anestezyjologicznego i neonatologicznego.

### **3.4. Historia trzecia: „Kontrola wskazań do wykonania danego zadania przed jego wykonaniem: wybór metody znieczulenia”.**

Kolejna opowieść przedstawia dynamikę postępującego porodu, wskazując na możliwość szybkiej zmiany stanu matki i dziecka (dzieci) oraz obrazuje znaczenie weryfikacji wskazań do natychmiastowego/pilnego

cięcia cesarskiego tuż przed jego rozpoczęciem. W opisywanej sytuacji pacjentkę zakwalifikowano do cięcia cesarskiego z powodu nieprawidłowego zapisu KTG i zwolnienia tętna płodu w trakcie porodu siłami natury. Pacjentkę szybko przetransportowano do sali operacyjnej, wezwano pełen zespół, zacewnikowano pęcherz moczowy pacjentki oraz przygotowano się do operacji, stosując sterylizację skróconą. Podczas kontrolnego słuchania tętna płodu w sali operacyjnej stwierdzono wyrównanie tętna płodu do wartości prawidłowych.

Dzięki zaistniałej sytuacji możliwe było zastosowanie bardziej korzystnego dla matki i dziecka znieczulenia podpajęczynówkowego, którego zastosowanie może wymagać więcej czasu niż znieczulenie ogólne (Mercier i in., 1996).

#### **3.4.1. Opieka nad pacjentką w trakcie trwania cięcia cesarskiego**

W większości przypadków pacjentki mają wykonywane cięcia cesarskie w trybie planowym lub przyspieszonym, lecz niewymagającym znieczulenia ogólnego ani sterylizacji skróconej. Są w pełni przytomne i świadome sytuacji panującej w sali operacyjnej. W trakcie cięcia cesarskiego obecny jest zespół odpowiedzialny za przebieg znieczulenia (lekarz anestezjolog i położna lub pielęgniarska anestetyczna), zespół odpowiedzialny za przebieg operacji (dwóch lekarzy ginekologów wykonujących cięcie cesarskie, trzeci lekarz ginekolog nadzorujący operację, dwie instrumetariuszki) oraz zespół odpowiedzialny za opiekę nad noworodkiem (lekarz neonatolog oraz położne lub pielęgniarki neonatologiczne). Oprócz tego, podczas cięcia cesarskiego mogą być obecni lekarze stażyści i studenci uczący się od każdego z wymienionych wcześniej zespołów.

Ze względu na to, że grupa lekarzy pracujących w bloku porodowym jest bardzo zróżnicowana pod wieloma względami, znajdują się w niej osoby o różnym doświadczeniu i różnych umiejętnościach. Część zespołu lekarskiego stanowią lekarze uczący się zawodu w ramach specjalizacji z położnictwa i ginekologii. Celem programu specjalizacyjnego jest przygotowanie specjalistów, którzy potrafią zająć się pacjentkami w większości możliwych sytuacji położniczych. Aby osiągnąć ten cel, powinni zdobywać doświadczenie pod czujnym okiem specjalistów. Nie zawsze jednak w ciągu dnia pracy w bloku porodowym priorytetem jest rozwój szkolącej się kadry lekarskiej. Niekiedy dokonuje się wyboru między szybciej wykonanym cięciem cesarskim przez doświadczonego operatora a dłużej trwającą operacją w wykonaniu młodszego lekarza.

### **3.5. Historia czwarta: „Rozwój członków zespołu”**

Jednego dnia przyjęto do bloku porodowego trzy pacjentki skierowane w celu wykonania planowych cięć cesarskich. Każda z pacjentek miała inne wskazanie do cięcia cesarskiego. Miały jednak pewną wspólną cechę – każda z nich miała już jedno cięcie cesarskie w przeszłości.

Lekarz koordynujący tego dnia pracę bloku porodowego zdecydował o wyznaczeniu specjalistów do wykonania operacji. Wszystkie trzy cięcia cesarskie wykonano jako operacje planowe; nie wymagały pośpiechu ze strony zespołu ani nie charakteryzowały się dodatkowymi cechami zwiększającymi stopień trudności zabiegu. Lekarze w trakcie specjalizacji wzięli udział w planowych cięciach cesarskich wykonywanych w ciągu dnia przy pełnym zespole lekarskim w roli asysty.

Plusem zaistniałej sytuacji była bardziej sprawna praca w sali cięciowej. Z kolei minusem była utrata możliwości szkolenia pomimo zaistniałych optymalnych warunków. Ze względu na rosnący odsetek wykonywanych cięć cesarskich, a w efekcie coraz większą liczbę pacjentek ze wskazaniami do cięcia cesarskiego oraz jednocześnie historią co najmniej jednego porodu operacyjnego w przeszłości, jest to obecnie jedna z częściej występujących sytuacji położniczych, wymagająca umiejętności wykonania cięcia cesarskiego u takiej pacjentki przez każdą osobę, która uzyskała tytuł specjalisty (Mandel i in., 2000).

## **4. Wnioski wynikające z analizy przytoczonych historii**

### **4.1. Podział kompetencji**

Podział kompetencji w zespole położniczo-neonatologicznym wymaga przejrzystości i dbałości o szczegóły. Jednocześnie konieczna jest pewna doza elastyczności i wzajemnego uzupełniania wykonywanych zadań w obliczu nieprzewidzianych okoliczności. W przypadku, gdy ważnym czynnikiem jest jak najbardziej skrócony czas działań, zadania niewymagające specjalistycznych umiejętności powinny być wykonane przez osoby, które znajdują się w danym momencie najbliżej i mogą je wykonać najszybciej. To przenikanie zadań i uzupełnianie brakujących elementów procedur nie może prowadzić do wkraczania w obszar cudzych kompetencji w przypadku zadań, których wykonanie przez niewystarczająco doświadczoną osobę lub osobę bez odpowiednich kwalifikacji, może doprowadzić do zagrożenia

dla pacjentów lub zbędnego zamieszania organizacyjnego czy nieścisłości informacyjnej.

Ze względu na dużą odpowiedzialność za zdrowie i życie kobiety i jej dziecka (dzieci) poziom kompetencji uzyskanych i wymaganych do pracy w bloku porodowym skutkuje hierarchizacją stanowisk oraz przydzielaniem zadań w zależności od posiadanej wiedzy i umiejętności.

#### **4.2. Medyczne uzasadnienie obranego postępowania**

Pomimo pilności wykonywanych procedur oraz dbałości o czas ich wykonania, należy mieć również na uwadze jakość oraz wskazania medyczne. W pracy zespołowej konieczne jest wzajemne kontrolowanie i uzupełnianie w nadzorowaniu aktualnej sytuacji położniczej, która może być bardzo zmienna w czasie i drastycznie zmieniać rodzaj wymaganego postępowania.

#### **4.3. Skuteczna komunikacja**

Skuteczna komunikacja odgrywa kluczową rolę zarówno w podziale wykonywanych zadań, jak i w przekazywaniu informacji na temat obecnych wskazań medycznych przed wykonaniem odpowiednich w danej sytuacji procedur. Przepływ informacji w bloku porodowym powinien być wielokierunkowy, klarowny i sprawny, a sytuacje wymagające szybkiej reakcji powinny mieć określone krótkie i głośne komunikaty, np. głośne wypowiedzenie słowa „Jodyna!” w przypadku organizowania natychmiastowego cięcia cesarskiego ze wskazań życiowych.

#### **4.4. Zapewnienie ciągłości opieki**

Zapewnienie ciągłości opieki wymaga organizacji zasobów ludzkich w taki sposób, aby osoby o wszystkich wymaganych kompetencjach były obecne przez cały czas funkcjonowania oddziału (24h na dobę, 7 dni w tygodniu). Drugą równie ważną kwestią jest szkolenie przyszłej kadry medycznej, m.in. przez prowadzenie kształcenia studentów, lekarzy stażystów, lekarzy w trakcie specjalizacji. Jednym z celów działania jednostek prowadzących szkolenia jest zapewnienie ciągłości opieki w kolejnych latach trwania ich działalności.



## Podsumowanie

Dzięki perspektywie narracyjnej możliwe jest pogłębienie analizy sytuacji występujących – by ograniczyć się do naszego przypadku – w oddziale położniczym na podstawie osobistych doświadczeń personelu i pacjentek. Każda osoba ocenia daną sytuację ze swojej perspektywy i oceny te mogą się różnić między sobą. Dogłębna analiza historii *post factum* może pomóc wskazać na niedociągnięcia organizacyjne nie zawsze dostrzegane przez osoby zaangażowane w daną sytuację. Analiza historii skłania także do refleksji nad aktualnie obowiązującymi procedurami i umożliwia poszukiwanie lepszych rozwiązań. Opisane przez nas historie zwracają uwagę na potrzebę skutecznej komunikacji w zespole, konieczność odpowiedniego podziału zadań w zależności od kompetencji i doświadczenia, dostosowania postępowania medycznego do aktualnych wskazań oraz zapewnienie ciągłości pracy zespołu poprzez ciągłe kształcenie i wdrażanie nowych osób. Poziom tych wniosków jest oczywiście wyłącznie przyczynkarski, sygnalizujący problemy do dalszego zbadania i krytycznej analizy. Tak właśnie rola medycyny narracyjnej – jako „sygnalizatora” istotnych zagadnień – również tej uprawianej przy pomocy zaawansowanych technik analizy narracji, jest autorom niniejszego rozdziału szczególnie bliska. Pozwala dostrzec problemy, które umykają innym perspektywom poznawczym – zarówno w medycynie, jak i w zarządzaniu.

## Bibliografia

- Abd Hamid, N.Z. i Rasid, S.A. (2019). The relationship between collaborative competencies and interprofessional collaboration among professionals in maternal care. *International Journal of Social Science Research*, 1(2), 60–68.
- Anderson, C.M. (1998). „Forty acres of cotton waiting to be picked”: Medical Students, Storytelling, and the Rhetoric of Healing. *Literature and Medicine*, 17(2), 280–297.
- Berger, P.L. i Luckmann, T. (2010). *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*, tłum. J. Niżnik, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Beck, C.T., LoGiudice, J. i Gable, R.K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 16–23.
- Blickstein, I. (2000). Cesarean section for all twins? *Journal of Perinatal Medicine*, 28(3), 169–174.
- Branch, W., Pels, R.J., Lawrence, R.S. i Arky, R. (1993). Becoming a doctor-critical-incident reports from third-year medical students. *The New England Journal of Medicine*, 29(15), 1130–1132.

- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality, *Critical Inquiry*, 18, 1–21.
- Charon, R. (1986). To render the lives of patients. *Literature and Medicine*, 5(1), 58–74.
- Charon, R. (1993). The narrative road to empathy. W: Spiro, H., Peschel, E., St. James, D. (red.), *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Polls and the Scalpel* (s. 147–159). New Haven, Conn: Yale University Press.
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
- Czarniawska, B. (2015). Podejście narratologiczne w badaniach organizacji i zarządzania. W: M. Kostera (red.), *Metody badawcze w zarządzaniu humanistycznym* (s. 225–233). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno Spółka z o.o.
- Czarniawska-Joerges, B. (1992). Exploring Complex Organizations: A Cultural Perspective, *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), 609–610.
- Dryll, E. i Cierpki, A. (2011). *Psychologia narracyjna. Tożsamość, dialogowość, pogranicza*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEIA.
- Gannon, T.M. i Traub, G.W. (1999). *Pustynia i miasto*, tłum. P. Wilczek, Kraków: Wyd. WAM.
- Harden, J. (2000). Language, discourse and the chronotope: applying literary theory to the narratives in health care. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 506–512.
- Heliker, D. (1999). Transformation of story to practice: an innovative approach to long-term care. *Issues in Mental Health Nursing*, 20(6), 513–525.
- Hillemanns, P., Hepp, H., Rebhan, H. i Knitza, R. (1996). Emergency cesarean section-organization and decision-delivery time. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 56(8), 423.
- Hillemanns, P., Strauss, A., Hasbargen, U., Schulze, A., Genzel-Boroviczeny, O., Weninger, E. i Hepp, H. (2005). Crash emergency cesarean section: decision-to-delivery interval under 30 min and its effect on Apgar and umbilical artery pH. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273(3), 161–165.
- Hurwitz, B. (2000). Narrative and the practice of medicine. *The Lancet*, 356(9247), 2086–2089.
- Jones, A.H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *The Lancet*, 349(9060), 1243–1246.
- Kerr, F. (2011). *Katolicycy teolodzy XX wieku. Od neoscholastyki do mistyki oblubieńczej*, tłum. A. Wojtasik. Kraków: Wyd. WAM.
- Kominiarek, M.A., VanVeldhuisen, P., Gregory, K., Fridman, M., Kim, H. i Hibbard, J.U. (2015). Intrapartum cesarean delivery in nulliparas: risk factors compared by two analytical approaches. *Journal of Perinatology*, 35(3), 167–172.
- Kostera, M. (1996). *Postmodernizm w zarządzaniu*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Kostera, M. (2005). *Antropologia organizacji. Metoda badań terenowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kotarski, J. i Bobiński, M. (2014). Decision-to-delivery interval (DDI) for emergency cesarean sections in Polish healthcare system. *Ginekologia Polska*, 85(6).
- Koźmiński, A.K. (1996). Przedmowa. W: M. Kostera, *Postmodernizm w zarządzaniu* (s. 9–10). Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Laine, C. i Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*, 275(2), 152–156.

- Leinweber, J., Creedy, D.K., Rowe, H. i Gamble, J. (2017). Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth*, 30(1), 40–45.
- Loneragan, B.J.F. (1976). *Metoda w teologii*, tłum. A. Bronk, Warszawa: IW PAX.
- Maj, A. (2009). *Konstruktywizm społeczny jako ideologia społeczeństwa sieciowego*. Pozyskano z: <https://annamaj.wordpress.com/2009/03/31/konstruktywizm-spoeczny-jako-ideologia-spoeczna-sieciowego> (dostęp: 27.04.2020).
- Mandel, L.P., Lentz, G.M. i Goff, B.A. (2000). Teaching and evaluating surgical skills. *Obstetrics & Gynecology*, 95(5), 783–785.
- Mercier, F.J., Bouaziz, H. i Benhamou, D. (1996). Transition from intrathecal analgesia to epidural anesthesia for emergency cesarean section using a combined spinal epidural technique. *Anesthesia & Analgesia*, 83(2), 434.
- Nielsen, T.F., Hagberg, H. i Ljungblad, U. (1989). Placenta previa and antepartum hemorrhage after previous cesarean section. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 27(2), 88–90.
- Nisenblat, V., Barak, S., Grinss, O.B., Degani, S., Ohel, G. i Gonen, R. (2006). Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 21–26.
- Ochowski, T. i Radowska, M. (2019). *Organizacja jako opowieść*. Wydział Zarządzania. Uniwersytet Warszawski, manuskrypt niepublikowany.
- Perlow, J.H. i Morgan, M.A. (1994). Massive maternal obesity and perioperative cesarean morbidity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 170(2), 560–565.
- Polkinghorne, J.C. (1998). *Poza nauką. Kulturowy kontekst współczesnej nauki*, tłum. D. Czyżewska, Warszawa: Wyd. Amber.
- Polkinghorne, J.C. (2008). *Jeden świat. Wzajemne relacje nauki i teologii*, tłum. M. Chojnacki. Kraków: Wyd. WAM.
- Polkinghorne, J.C. i Jałochowski, K. (2019). Upadek w górę. O stworzeniu Wszechświata, gadających węzłach i cudach w nauce. W: K. Jałochowski (red.), *Heretycy, buntownicy, wizjonerzy. 22 podróże z największymi umysłami naszych czasów* (s. 333–348). Kraków: Copernicus Center Press.
- Roemer, V. i Heger-Römermann, G. (1993). Clinic structure and timely management of emergency cesarean section – reference values and recommendations. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*, 197(4), 153.
- Shapiro, J. (2012). Narrative medicine and narrative writing. *Family Medicine*, 44(5), 309–311.
- Sheen, K., Spiby, H. i Slade, P. (2015). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 57–587.
- Straś-Romanowska, M., Bartosz, B. i Żurko, M. (red.) (2010). *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo ENETEA.
- Szacki, J. (2004). *Historia myśli socjologicznej. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Taylor, Ch., Puczyłowski, M. i Saniewicka, M. (2019). Świat jest mową Boga. *Tygodnik Powszechny*, 17.12.2019. Pozyskano z: <https://www.tygodnikpowszechny.pl/swiat-jest-mowa-boga-161522> (dostęp: 27.04.2020).

- Thompson, T.L. (2009). The applicability of narrative ethics. *Journal of Applied Communication Research*, 37(2), 188–195.
- Tokarska, U. (2006). Narracyjne strategie wspomagania rozwoju osobowego, *Psychologia Rozwojowa*, 1, 55–68.
- Tokarska, U. (2014). Status podejścia narracyjnego we współczesnej psychologii, *Czasopismo Psychologiczne*, 20(1), 65–71.
- Tokarska, U., Dryll, E. i Cierpka, A. (2019). Letter to a grandchild as a narrative tool of older adults' biographical experience exploration, *Narrative Inquiry*, 29(1), 29–49.
- Trzebiński, J. (2002). *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: GWP.
- Waldenfels, H. (2014). *Na imię mu Franciszek. Papież ubogich*, tłum. K. Markiewicz, Poznań: Wydawnictwo św. Wojciecha.
- Wang, Y., Wan, Q., Guo, J., Jin, X., Zhou, W., Feng, X. i Shang, S. (2018). The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse–physician collaboration in China. *Applied Nursing Research*, 41, 73–79.
- Walsh, D. (1972). *Sociology and the Social World*. W: P. Filmer, M. Phillipson, D. Silverman i D. Walsh, *New Direction in Social Theory*. London: Collier-Macmillan
- Watkins, V., Nagle, C., Kent, B. i Hutchinson, A.M. (2017). Labouring Together: collaborative alliances in maternity care in Victoria, Australia – protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open*, 7(3), e014262.
- Wielgoś, M., Bomba-Opoń, D., Bręborowicz, G.H., Czajkowski, K., Dębski, R., Leszczyńska-Gorzela, B. i Zimmer, M. (2018). Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące cięcia cesarskiego. *Ginekologia i Perinatologia Praktyczna*, 3(4), 159–174.
- Zimmewicz, K. (2014). *Teoria i praktyka zarządzania. Analiza krytyczna*. Warszawa: PWE.
- Zurzycka, P. i Radzik, T. (2015). Medycyna narracyjna – zarys problematyki. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), 428–432.