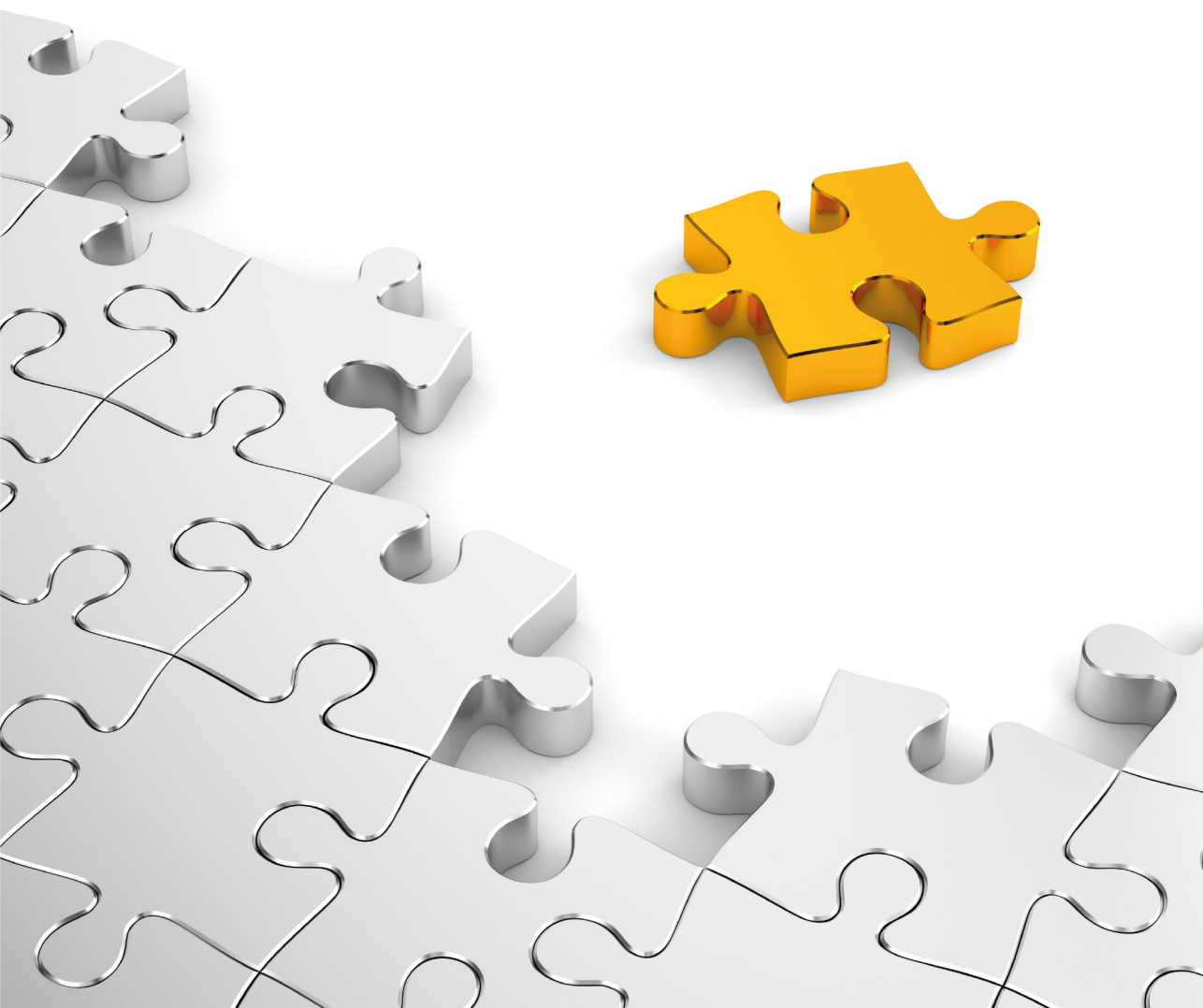


PACJENT „INNY” WYZWANIEM OPIEKI MEDYCZNEJ

pod redakcją

prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak, dr. n. o zdrowiu Andrzeja Guzowskiego,
mgr. teologii Grzegorza Bejdy, dr n. o zdrowiu Agnieszki Lankau



PACJENT „INNY”
WYZWANIEM
OPIEKI MEDYCZNEJ

PACJENT „INNY” WYZWANIEM OPIEKI MEDYCZNEJ

pod redakcją
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk
dr. n. o zdrowiu Andrzeja Guzowskiego
mgr. teologii Grzegorza Bejdy
dr n. o zdrowiu Agnieszki Lankau



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
Poznań 2016

Recenzja naukowa
prof. dr hab. n. med. Jerzy Marcinkowski Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego
w Poznaniu
dr hab. Adam Sawicki prof. Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie

© 2016 by Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
© 2016 by Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
All rights reserved

ISBN
978-83-64447-82-2 /druk/
978-83-64447-83-9 /e-book/

Wydanie I: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
www.wydawnictwo-silvarerum.eu
Poznań 2016

Redakcja naukowa – prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
dr n. o zdr. Andrzej Guzowski
mgr Grzegorz Bejda
dr n. o zdr. Agnieszka Lankau

Redaktor prowadzący – Magdalena Zdrowicka-Wawrzyniak
Korekta – Paulina Wiśniewska, Katarzyna Strzyż
Projekt okładki – Agnieszka Kułak-Bejda
Skład i łamanie – Studio StrefaDTP
Ilustracja na I stronie okładki: © Palto/Canstockphoto.com

Druk i oprawa – Zakład Poligraficzny Moś i Łuczak spółka jawna
ul. Piwna 1, 61-065 Poznań
tel./fax 0-61 6337165
www.mos.pl
Druk ukończono w październiku 2016

Redaktorzy monografii dziękują wszystkim Autorom oraz Wydawnictwu Naukowemu SILVA RERUM za pracę *non profit* przy jej powstawaniu. Wszystkie zyski, zarówno Autorów, jak i Wydawnictwa, w całości przekazane będą Fundacji „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku

SPISTREŚCI

Wstęp	11
CZĘŚĆ I	
PODSTAWY TEORETYCZNE	15
Krzysztof Korotkich	
Obcy – owoc innego?	17
Elżbieta Czykwin	
Stereotypizacja i stygmatyzacja – podstawy teoretyczne	27
Magdalena Grassmann	
Stygmatyzacja pacjenta i choroby w aspekcie historycznym	47
Elżbieta Krajewska-Kułak, Agnieszka Kułak-Bejda, Mateusz Cybulski, Andrzej Guzowski	
Pacjent „inny” w opiniach Polaków – na podstawie literatury i badań własnych	63
Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Łukaszuk, Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Agnieszka Lankau, Mateusz Cybulski	
Pacjent odmienny kulturowo w opiece zdrowotnej	97
Emilia Sarnacka	
Prawa pacjenta odmiennego kulturowo	113
Emilia Sarnacka	
Prawo do świadczeń zdrowotnych osób niepełnosprawnych	133
Anna Jacek	
Status prawny pacjenta – nosiciela choroby zakaźnej	147

Marta Bleharczyk, Grzegorz Bejda, Emilia Sarnacka	
Dylematy etyczne pracowników ochrony zdrowia	159
Mateusz Cybulski	
Społeczeństwo wielokulturowe w Polsce	185
Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Elżbieta Krajewska-Kułąk	
Chrześcijaństwo – powstanie, przemiany.....	199
Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kułąk, Grzegorz Bejda, Katarzyna Krajewska-Ferishah	
Judaizm, Islam i Tatarzy polscy.....	213
Katarzyna Van Damme-Ostapowicz	
Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie.....	229
Mateusz Cybulski	
Bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia	241
Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułąk-Bejda, Agnieszka Lankau	
Wpływ religijności na zdrowie	255
Agnieszka Lankau	
Rola przekonanych religijnych w sprawowaniu opieki medycznej	273
Jolanta Lewko	
Holistyczny model opieki nad chorym	289
Cecylia R. Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułąk	
Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem	301
Jacek Sobczak	
Medycyna defensywna i jej paradoksy.....	315
CZĘŚĆ II	
BARIERY KOMUNIKACYJNE	329
Anna Ślifirczyk	
Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia	331
Emilia Jaroszevska	
Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem.....	353
Józef Binnebesel, Zbigniew Formella, Halyna Katolyk	
Specyfika funkcjonowania i komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym.....	371

Dorota Podgórska-Jachnik	
Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością sensoryczną	397
Anna Wojnarska, Renata Zubrzycka	
Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną.....	415
Monika Banaszczyk, Błażej Kmiecik	
Komunikacja z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych	431
Szymon Murawski, Julita Zawadzka	
Komunikacja z pacjentem z różnymi zaburzeniami świadomości	451
Józef Binnebesel, Zbigniew Formella	
Komunikacja z dzieckiem doświadczającym śmierci	457
Agnieszka Hamerlińska-Latecka	
Komunikacja z „ozdrowieńcem” – pacjentem po chorobie nowotworowej	471
Dariusz Kuć	
Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia.....	483
CZĘŚĆ III	
WYBRANE ASPEKTY OPIEKI MEDYCZNEJ	495
Agnieszka Kułak-Bejda, Piotr Kułak, Grzegorz Bejda, Wojciech Kułak	
Kulturowe uwarunkowania wybranych jednostek chorobowych.....	497
Elżbieta Maciorkowska, Magdalena Zalewska, Magdalena Maciorkowska, Magdalena Malesińska, Piotr Musiałowski	
Uwarunkowania kulturowe żywienia w zdrowiu i chorobie	531
Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda	
Pacjent-katolik wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej.....	543
ks. mitrat mgr Jan Fiedorczuk, Irena Fiedorczuk,	
Justyna Fiedorczuk-Fidziukiewicz	
Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej	559
Jerzy Sojka, ks. Adrian Korczago	
Pacjent protestant wobec zagadnień choroby i ochrony zdrowia.....	573
Joanna Auron-Górska	
Oczekiwania pacjenta wyznającego Judaizm	591
Zbigniew Igielski	
Pacjent Buddysta i Hinduista wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej	609

Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach	
Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy.....	615
Artur Konopacki, Monika Ryszewska	
Pacjent muzułmański w Polsce	629
Jacek Tabisz	
Pacjent niewierzący, pacjent ateista.....	643
Andrzej Guzowski	
Wyznawcy wybranych nowych ruchów religijnych i parareligijnych jako potencjalni odbiorcy usług medycznych w Polsce.....	647
Grażyna Dytrych, Wojciech Kułak	
Specyfika hospitalizacji dziecka z autyzmem i zaburzeniami ze spektrum autyzmu	669
Katarzyna Simonienko, Karolina Wilczyńska, Mikołaj Kwiatkowski, Natalia Wygnał, Beata Galińska-Skok, Napoleon Waszkiewicz	
Specyfika hospitalizacji chorego psychicznie.....	681
Karolina Wilczyńska, Katarzyna Simonienko, Mikołaj Kwiatkowski, Natalia Wygnał, Joanna Łazarczyk, Napoleon Waszkiewicz	
Specyfika hospitalizacji chorego uzależnionego	695
Emilia Mikołajewska	
Specyfika hospitalizacji pacjenta niepełnosprawnego ruchowo.....	717
Krystyna Kowalczyk	
Specyfika hospitalizacji pacjenta niewidomego	733
Dorota Koncewicz	
Specyfika hospitalizacji pacjenta z wadą słuchu.....	743
Dorota Rogowska-Szadkowska	
Specyfika hospitalizacji pacjenta zakażonego HIV	757
Mateusz Cybulski	
Specyfika hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku.....	771
Katarzyna Beata Głodowska, Aleksandra Bendowska	
Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na Uniwersytetach Medycznych w Polsce	791
Autorzy	799

WSTĘP

*Najgorszą chorobą nie jest trąd, czy gruźlica,
ale świadomość, że jest się nikomu niepotrzebnym,
przez nikogo niekochanym, przez wszystkich opuszczonym*
Bł. Matka Teresa z Kalkuty

W praktyce medycznej mamy do czynienia z różnymi pacjentami – chorymi psychicznie, niepełnosprawnymi ruchowo i intelektualnie, niewidomymi, niesłyszącymi, z upośledzeniami genetycznymi, będącymi nosicielami wirusa HIV, chorymi na AIDS, homoseksualistami, osobami starszymi, alkoholikami czy też bezdomnymi, którzy często już za życia są traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. Antoni Kępiński uważał, że *wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej*.

Różne kultury, różne narody i różne społeczności mogą mieć odmienne wizje zdrowia, choroby i śmierci, terapii i zachowań zdrowotnych, ale – jak mówił Leonardo da Vinci – *Doktorzy, którzy zajmują się chorymi, powinni koniecznie zrozumieć, czym jest człowiek, czym jest życie i czym jest zdrowie, i w jaki sposób równowaga i harmonia tych elementów je podtrzymuje*.

Jednym z problemów, który w Polsce przez szereg lat nie był dostrzegany, stanowi miejsce pacjenta odmiennego kulturowo w opiece medycznej, a obecnie, przy różnorodności wyznaniowej i ze względu na znaczny napływ emigrantów z różnych krajów, staje się on ogromnym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia.

W latach 50. i 60. XX wieku amerykańska pielęgniarka Madeleine Leninger, uważając człowieka za istotę kulturową i odwołując się do założeń antropologii kulturowej, sugerowała, by w sprawowaniu codziennej opieki nad pacjentem uwzględniać jego społeczną strukturę, światopogląd, wartości kulturowe, środowiskowy kontekst, a także naturalne (ludowe) i zawodowe systemy opieki.

W zależności od uwarunkowań kulturowych wyróżnia się różne rodzaje reakcji na chorobę np. religijną, magiczną, opiekuńczo-pielęgniacyjną czy medyczną.

Obecnie pracownicy ochrony zdrowia stają wobec konsekwencji zróżnicowania kulturowego, gdzie istotną rolę odgrywa zrozumienie, iż różnice kulturowe występują w postawach w stosunku do zdrowia oraz sposobach reagowania na chorobę i śmierć. Przedstawiciele różnych religii mają bowiem odmienne potrzeby podczas choroby oraz pobytu w szpitalu i w związku z tym osoby zajmujące się opieką nad nimi i ich leczeniem powinny być odpowiednio przygotowane do udzielania wsparcia, szczególnie potrzebnego w tym okresie.

Przekonania, praktyki i różnice kulturowe dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami, ale w znaczy sposób wpływają na przebieg leczenia oraz kształtują definicje i interpretacje problemu, formułowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarkę i położną.

Carl Gustaw Jung, jeden z najznajmniejszych psychoanalityków, podkreślał znaczenie doświadczenia religijnego w procesie terapii, pisząc: *Od 30 lat mam pacjentów z całego świata, różnych kultur... w wieku około 35. roku życia nie było ani jednego pacjenta, u którego nie znalazłoby się problemów religijnych. Każdy z nich chorował dlatego, bo brakło mu tego, co od wieków daje religia. Nikt nie wyzdrowiał, o ile nie wróciło u niego jakieś odnowienie zaniedbanego życia religijnego.*

Kulturę zdrowotną kształtuje wiele czynników, takich jak między innymi ogólny poziom życia członków danej zbiorowości, wierzenia i wiedza na temat przyczyn chorób, postawy i zachowania chorego wobec leczenia oraz postawy pracowników sektora opieki zdrowotnej wobec pacjentów, sposób odczuwania, postrzegania, opisywania i interpretowania objawów choroby, definiowanie zdrowia i postrzeganie choroby oraz styl życia.

Postawy i zachowania zdrowotne wobec choroby uwarunkowane są także religią, magią, działaniami medycznymi, opiekuńczo-pielęgniacyjnymi, udzielanym wsparciem społecznym.

Pracownicy ochrony zdrowia oraz studenci muszą mieć możliwość zapoznania się i przedyskutowania problemów wynikających z różnic kulturowych swoich podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z ich etyką zawodową. Brak wrażliwości pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe pacjentów powoduje bowiem zagrożenie dla poszanowania godności osoby pacjenta.

Podręcznik ma się przyczynić do zrozumienia, iż jednym z filarów opieki całego zespołu terapeutycznego jest zrozumienie, że pacjenci różnią się między sobą nie tylko rodzajem schorzenia, ale także przynależnością kulturową, statusem społecznym oraz że istnieje ścisły związek między różnorodnością między ludźmi a etyką zawodową.

W związku z powyższym stworzenie podręcznika poruszającego problemy związane z terapią pacjenta „innego” wydaje się jak najbardziej słuszne.

W naszym odczuciu, jako autorów podręcznika, kwestie różnic kulturowych oraz społecznych, a także ich znaczenie dla praktyki, powinny stanowić podstawowy element programów nauczania profesjonalistów medycznych, zarówno na poziomie przeddyplomowym, jak i podyplomowym. Muszą oni zrozumieć, że szpital, przychodnia, hospicjum czy inna placówka medyczna, to nie miejsce szkolenia, nie zwykły warsztat pracy, a pacjent to nie jest obojętny obiekt czy model do wykonania ćwiczeń. To cierpiący człowiek, który liczy na pomoc i jej potrzebuje bez względu na chorobę, wiek, płeć, kolor skóry, pochodzenie. Od tego bowiem, w jaki sposób ta pomoc będzie udzielana, będzie zależał jego dalszy los i powrót do zdrowia.

We współczesnym społeczeństwie, w tym także w ochronie zdrowia, bardzo ważną rolę musi odgrywać przekazywanie wiedzy o innych kulturach zamieszkujących Polskę, kwestionowanie wszelkich stereotypów, uwrażliwianie na różnice kulturowe i społeczne oraz wzmacnianie postawy szacunku wobec drugiego człowieka i jego kultury oraz pozycji.

Podopieczni placówek medycznych i pomocy społecznej wywodzą się z różnych środowisk, które są w szczególny sposób narażone na dyskryminację i negatywną schematyzację ich wizerunku ze strony personelu medycznego i innych pacjentów.

Pracownicy ochrony powinni znać i rozumieć wszystkie czynniki kulturowe czy społeczne danej grupy ludności i odpowiednio je uwzględniać w procesach planowania, a także realizowania opieki. Istotne jest, aby systematycznie uzupełniając swoją wiedzę, mogli w swej codziennej pracy uwzględniać poszanowanie różnicowania kulturowego i religijnego i społecznego.

Celem podręcznika jest więc rozbudzenie zainteresowania czytelników wielokulturowością, „innością”, w kontekście medycznym, zapoznanie ich ze zwyczajami osób będących wyznawcami różnych religii, należących do różnych społeczności, mających różny status społeczny, którzy są i będą potencjalnymi podopiecznymi placówek ochrony zdrowia oraz uwrażliwienie na ich potrzeby.

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012 poz. 631, umożliwia studentom kierunków medycznych także zdobycie wiedzy z wpływu nierówności społecznych na stan zdrowia, społeczno-kulturowych różnic, kulturowych, etnicznych i narodowych uwarunkowań zachowań ludzkich, zapoznania się z wybranymi obszarami odrębności kulturowych i religijnych, kulturowymi, społecznymi i ekonomicznymi uwarunkowaniami zdrowia publicznego, ale – niestety – wiele uczelni z powyższego nie korzysta.

Uważamy, iż wiedza o określonych oczekiwaniach pacjentów innych kulturowo i o innym statusie społecznym wobec pracowników ochrony zdrowia jest kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej. W naszej opinii przyczyni się to do umocnienia terapeutycznych związków pomiędzy personelem medycznym a pacjentem i uzmysłowi pracownikom ochrony zdrowia znaczenie wzajemnego szacunku i tolerancji wobec „innych”.

Mamy także nadzieję, iż zespół redaktorów podręcznika, wywodzących się ze środowisk reprezentujących różne religie i kultury oraz pracowników naukowych, posiadających ogromne doświadczenie zawodowe i dydaktyczne stanowi gwarancję, że będzie to cenna pozycja, mogąca z powodzeniem znaleźć zastosowanie nie tylko w procesie dydaktycznym, ale także w codziennej praktyce wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

Niech jego przesłaniem będą słowa Elizabeth Kübler-Ross *Największym darem, jaki otrzymałam od swych pacjentów, było zrozumienie, że istnieje coś więcej niż same lekarstwa. Coś poza ścisłą wiedzą medyczną. Troską i miłością można uzdrowić wielu cierpiących ludzi. Nie chcę przez to powiedzieć, że wiedza medyczna nie jest potrzebna, lecz sama tylko wiedza nikomu nie pomoże. Nie pomożecie ani jednemu człowiekowi, jeśli nie zaangażujecie przy tym głowy, serca i duszy. W mojej pracy z pacjentami nauczyłam się że niezależnie od tego, czy są to schizofrenicy, czy niedorozwinięci umysłowo, czy po prostu umierający, że ich życie ma swój cel. Wszyscy oni nie tylko mogą się od Was uczyć, od Was otrzymywać pomoc, ale mogą też stać się Waszymi nauczycielami.*

Polska tradycja językowa nakazuje narodowości pisać wielką literą, wyznanie zaś małą, my – jako autorzy podręcznika, z szacunku dla wszystkich religii oraz ich wyznawców, postanowiliśmy zarówno narodowość, jak i wyznanie pisać wielką literą.

Chcielibyśmy także, jako redaktorzy podręcznika, podziękować wszystkim Autorom oraz Wydawnictwu Naukowemu SILVA RERUM za pracę *non profit* przy powstawaniu tego podręcznika, ponieważ wszystkie zyski, zarówno Autorów, jak i Wydawnictwa, w całości będą przeznaczone na potrzeby Fundacji „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku.

*prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski
mgr teologii Grzegorz Bejda
dr n. o zdrowiu Agnieszka Lankau*

STEREOTYPIZACJA I STYGMATYZACJA – PODSTAWY TEORETYCZNE

Stereotyp – rozumienie pojęcia

Pojęcie „stereotyp” wywodzi się z języka greckiego, gdzie oznacza *stereos* – stężyły, *typos* – znak [1]. Termin ten ma swoje techniczne proweniencje. W XVIII wieku stereotypem określano robione z masy papierowej kopie czcionki drukarskiej. Amerykański intelektualista Walter Lippman w książce *Public opinion* (1922) nadał temu pojęciu znaczenie społeczne, nazywając je zespołem trwałych opinii pozyskiwanych przez jednostki w trakcie społecznych interakcji, a nie w wyniku obserwacji rzeczywistości. Stereotyp jest *obrazem drugiego w głowie*, obrazem względnie trwałym, który na ogół ma wydźwięk pejoratywny. Do definicji Lippmana warto dodać, że stereotypy nie są indywidualnymi wyobrażeniami rzeczywistości społecznej, ale są zasadniczo podzielanymi społecznie przekonaniem o cechach osobowości, oczekiwanych zachowaniach czy uznawanych wartościach. Kobiety są w takim ujęciu mniej odporne na ból niż mężczyźni, osoby starsze bardziej bezradne i intelektualnie ograniczone, pacjenci ze wsi biedniejsi i bardziej submisywni etc. Problem ze stereotypami i ich prawdziwością jest taki, że mogą być one generalnie prawdziwe. Kiedy np. mówimy, iż obywatele Szwajcarii są bogatsi niż Zimbabwe, możemy znaleźć wiele potwierdzeń tego faktu. Jednak problem tkwi w tym, że skłonni jesteśmy przenosić sądy stereotypowe na poszczególne, jednostkowe przypadki ludzkie. Wówczas stereotypy nie muszą być prawdziwe. Stwierdzenie, iż statystyczny Polak zużywa kostkę mydła rocznie nie odnosi się z pewnością do czytającego te słowa.

Najczęściej stereotypy odnoszą się do szerokich kategorii społecznych takich jak: płeć, rasa, narodowość czy wiek, ale mogą też odnosić się do węższych kategorii społecznych takich jak: lekarze, bibliotekarki, homoseksualiści.

Stereotypy stanowią więc społecznie ukształtowane reprezentacje społecznych kategorii, stanowiących społeczne prototypy przekonań kojarzonych z etykietką tej kategorii. Np. Włosi są romantyczni; kobiety są złymi kierowcami; starzy są jak dzieci; chorzy umysłowo są nieprzewidywalni; chorzy na AIDS są niebezpieczni etc. Stereotypowe reprezentacje innych są przechowywane w pamięci trwałej z etykietką grupy i mogą być aktywizowane w sytuacjach kontaktu z taką grupą/osobą w zależności od stopnia przystępności. Personel medyczny w taki sposób stereotypizuje pacjentów na określone kategorie np. według kryteriów wieku, nasilenia choroby, rokowań wyleczenia, długotrwałości terapii, jej kosztów etc. Chorzy jako kategoria społeczna chronicznie dostępna, a nie tylko przystępna – wpływają na sposób ich postrzegania i oceniania przez personel medyczny, szczególnie kiedy bodźce nie są zbyt intensywne i niejednoznaczne [2].

Jeśli Czytelnik zastanowiłby się nad faktem, skąd wie, iż nowopoznany amerykański pacjent medyczny jest zamożny, a rosyjski – przeciwnie, albo: że choroba serca nie jest wstydliva, a choroba jajników taką jest, to wie to właśnie ze stereotypów. Co więcej, jeśli osoba znajduje się w sytuacji dysonansu poznawczego, a więc która wie ze stereotypu coś całkowicie odmiennego niż z danych o rzeczywistości – często skłonna jest przydawać większe znaczenie wiedzy tej ze stereotypu. Tak np. jeśli kobieta ma dobre doświadczenia z domu odnoszące się do osoby ojca, które pozwalają na ukształtowanie się zgeneralizowanego przekonania, iż mężczyźni są serdeczni, użyteczni i pracowici, może mimo to chętniej dawać wiarę potocznym przekazom społecznym, iż mężczyźni są egoistyczni, mało empatyczni i leniwi. Siła stereotypów jest więc ważnym czynnikiem konstruującym nasz potoczny ogląd rzeczywistości.

Geneza i trwałość stereotypów

W języku znajdują się często nie do końca uświadamiane symbole, sensy i znaczenia [3] konstruujące obszar naszej wyobraźni. Tak np. funkcjonuje stereotyp „przyjaciela Węgra” (*Polak Węgier dwa bratanki...*) i wrogię Niemca (*Jak świat światem nie był Niemiec Polakowi bratem*). W języku polskim mamy także czasowniki „judzić”, „ocyganić” czy „oszwabić” a powszechnie opowiadane kawały o blondynkach, Żydach, Ruskich etc. są mieszkańcami potocznej, masowej wyobraźni.

Analizy językowe dotyczące stereotypów płci wskazują na nazwy funkcji związanych z władzą i prestiżem jako prawie wyłącznie męskoosobowe: (por. prezydent, premier, wojewoda, poseł, minister, dyrektor, ordynator, profesor i inne), co więcej, kiedy funkcje te zostają obsadzone przez kobiety, trudno jest znaleźć żeńskoosobowe odpowiedniki dla tych funkcji. Język stwarza coś w rodzaju oporu przeciwko przyjmowaniu kobiet na te stanowiska, kreując sytuację swoistej nienaturalności czy obcości. Podobnie zawody o niskim prestiżu i władzy są najczęściej żeńskoosobowe (por. babcia klozetowa, sprzątaczką, kosmetyczką, manicurzystką, gospodyni domowa, etc.).

Stereotypy dezawuuujące kobiety częściej są też obecne w takich obrazach drugiego jak blondynka, laska, babskie gadanie, aż po terminy obraźliwe i niecenzuralne.

Już dzieci przedszkolne są świadome swojej genderowej proveniencji oraz rzekomej wyższości niektórych narodów np. Amerykanów, Włochów i Francuzów nad „Ruskimi” czy Żydami. W zabawach polegających na wybieraniu i identyfikacji z narodami te wybory świadczą o wyraźnej hierarchii ważności oraz stereotypowych wyobrażeniach innych narodowo [4, 5].

W języku angielskim określenie *men* oznacza zarówno *człowieka*, jak i *mężczyznę*, co wyklucza z przestrzeni bycia człowiekiem – kobietę. Znane zawołanie Goethego *Aby ludzie byli sobie braćmi* czy stwierdzenie *O braterstwie ludzi pracy* niekoniecznie dokonuje tu inkluzji sióstr.

Warto zauważyć, że stereotypy odnoszą się przeważnie do kategorii społecznych mniej znanych, a w związku z tym rzadko do grupy własnej. Gdyby zapytać Polaka o stereotyp Polaka, odpowiedź byłaby trudna. Wynika to z wysokiego stopnia świadomości różnicowań Polaków i Polek. Natomiast stereotyp Chińczyka stosunkowo łatwo przedstawić, gdyż wiedza Polaka na temat Chińczyka jest zwykle skromna, a jej źródłem staje się przede wszystkim właśnie stereotyp.

Stereotyp grupy własnej jest zazwyczaj widziany bardziej pozytywnie niż stereotyp grup obcych, który jest bardziej *jednorodny*, nieodróżnicowany, jak z drukarskiej sztancy. Poszczególne egzemplarze kategorii widziane są w mało zindywidualizowany sposób.

Obok jednorodności pojedynczych egzemplarzy kategorii na uwagę zasługują te kategorie, które są społecznie widoczne, a więc *wyraziste*. To one w większym stopniu ulegają stereotypizacji (np. Cyganie, ciemnoskórzy, kobiety, odmienni rasowo, osoby na wózku czy stare).

Stereotypizowane, łatwo wyróżnialne kategorie społeczne w sytuacji gdy ich reprezentanci zachowują się w jakiś szczególnie wyrazisty, charakterystyczny sposób np. kobiety głośno krzyczą w połogu (rys histeryczny) albo nie stosują się do zalecanej terapii (nieroztropność) – konserwują stereotypowe wyobrażenia o ich

kategorii nieproporcjonalnie mocno. Taka tzw. iluzoryczna korelacja konstruuje i konserwuje stereotypowe przekonania.

Mechanizmy stereotypizacji są konserwowane przez oczekiwania. Ludzie przejawiają skłonność do selektywnego poszukiwania danych raczej potwierdzających niż podważających ich dotychczasowe sądy. Daje im to poczucie, że ich osobista percepcja i analiza rzeczywistości jest uprawniona, zasadniczo słuszna i mogą jej zaufać.

Stereotypy ukierunkowują też uwagę na dane zgodne z oczekiwaniami, co więcej, takie zgodne ze stereotypami dane są też lepiej zapamiętywane i włączane w sieć wiedzy na temat wizerunku stereotypizowanej grupy [6].

Stereotypy są podtrzymywane także w wyniku tendencji do pewnych reakcji w sytuacji, kiedy ludzie odbierają dane sprzeczne z stereotypowymi wyobrażeniami. W takich sytuacjach przejawiają skłonność do:

- ignorowania danych sprzecznych ze stereotypowymi wyobrażeniami, np. kiedy pacjent o naturalnie-ekologicznej orientacji umniejsza znaczenie leczenia farmakologicznego na rzecz naturalnej diety;
- przypisywania decydującej roli czynnikom sytuacyjnym, np. zaskakujące wyniki skutecznego leczenia przypisywane są genom czy szczęśliwym zbiegom okoliczności;
- unikanie sytuacji, w których stereotypy mogłyby zostać podważone lub obalone, np. lekarze nie mają ochoty na ogół na spotkania z osobami reprezentującymi odmienne paradygmaty terapeutyczne, jakimi są np. homeopaci.

Teoria dysonansu poznawczego [7] zakłada, że rozbieżność między przekonaniami i postawami z jednej strony a zachowaniami z drugiej, tworzy stan dysonansu, który zawiera potencjał motywacyjny ukierunkowany na zmianę dotychczasowych przekonań. Zmiana ta dokonuje się poprzez transformację dotychczasowych przekonań bądź też taką zmianę interpretacji sytuacji, która pozwala na utrzymanie poznawczego konsonansu. Podtrzymywanie zgodności poznawczej pozwala jednostce na osiąganie ważnych dla niej celów oraz daje jej poczucie sprawstwa i wiary, iż jej aparat poznawczy jest na tyle sprawny, że może mu zaufać, podejmując się realizacji codziennych wyzwań.

Funkcje stereotypów

Funkcje stereotypów stanowią też ważne źródło wskazujące na ich trwałość.

Wysoce zróżnicowany świat ludzki byłby dla nas chaotyczny, niezrozumiały i obcy gdybyśmy nie potrafili nadać mu jakiegoś porządku. Wiąże się z tym

zjawisko *kategoryzacji*. Takimi fundamentalnymi kategoriami jest podział na „swoich” i „obcych” związany z tendencją do podkreślania różnic między własną grupą a grupą obcą, co z kolei skutkuje tendencją do faworyzowania swoich (lepszego ich traktowania, łatwiejszego usprawiedliwiania niepowodzeń); postrzegania swoich jako bardziej podobnych do siebie, egzageracji różnic na wielu innych, nie związanych z zasadniczą różnicą polach w przypadku obcych, co w efekcie prowadzi do większego dystansu społecznego wobec obcych niż swoich. Inne kategorie, to np.: płeć, kolor skóry, narodowość, wyznanie, wiek, i wiele innych.

Kategoryzacje stanowią podstawę do budowania stereotypów oraz konserwują ich trwałość. Z tego faktu wynika ważna funkcja stereotypów: stanowią one użyteczne i przydatne *źródło informacji* w warunkach ich niedoboru. Ich łatwa aktualizacja pozwala na częste sięganie do ważnych danych, co pozwala na kreowanie całościowej, jakkolwiek uproszczonej, świadomościowej reprezentacji rzeczywistości. Stereotyp stanowi więc ważne odniesienie umożliwiające orientację w społecznej rzeczywistości.

Inną ważną funkcją stereotypów jest *budowanie tożsamości społecznych*, a więc poczucia przynależności do grupy. Tożsamość osoby ma dwa ważne odniesienia: indywidualne i społeczne. Kiedy mówimy o własnej osobowej tożsamości, o naszym „ja”, skłonni jesteśmy akcentować różnicę w stosunku do innych ludzi i wyodrębniać siebie ze społecznego świata (tożsamość indywidualna). W przypadku tożsamości społecznej/grupowej, podkreślamy podobieństwa „ja” do innych z „naszej” grupy. Te dwie przestrzenie: „ja” i „my” odnoszą się do stereotypów, ale szczególnie tożsamość społeczna (my: Polacy, katolicy, artyści, mieszczenie etc.) stanowi osnowę przynależności grupowej/kategorialnej.

Tożsamość społeczna zakreślająca rezerwuar treści związanych z podzielanymi przez jej członków ważnymi kwestiami, pozwala na utrzymanie wyższej wartości „ja” poprzez przydawanie grupie własnej cech pozytywnych i obniżanie wartości innych, szczególnie konkurencyjnych grup. Zarządzanie przynależnością grupową w celu podniesienia poczucia własnej wartości osoby jest częstą praktyką społeczną (por. np. posiadacze złotej karty w jakimś banku, przynależność do ekskluzywnego klubu towarzyskiego, status studenta ekskluzywnej uczelni, przynależność do grona celebrytów etc.). Poczucie własnej wartości wynikające z przynależności do prestiżowego gremium może być też wzmacniane dystansem w stosunku do konkurencyjnych grup traktowanych jako „gorsze”. Np. kadra profesorska uczelni może mieć poczucie wyższości w stosunku do pracowników administracji tejże uczelni.

Przynależność i identyfikacja z grupą własną, a więc dzielącą wspólne stereotypy, stanowi też rodzaj ochrony i obrony przed ewentualnymi próbami

podważenia wartości jej członków ze strony innych grup. Solidarność zawodowa czy klanowa stanowi rodzaj gwarancji bezpieczeństwa na wypadek zagrożenia ze strony innych.

Podzielanie stereotypów i identyfikacja z grupą stanowią też ważne czynniki *konstruowania i wzmacniania więzi wewnątrzgrupowych*. Szczególnie wymiana opinii na temat innych konkurencyjnych grup społecznych sprzyja umocnieniu więzi grupowych. Tak np. kobiety, będąc we własnym gronie, chętnie podkpiwają sobie z mężczyzn i przedstawiają ich sobie wzajemnie w niekorzystnym świetle. Podobnie zachowują się przedstawiciele mniejszości narodowych wobec większości czy zwolennicy liberalnych partii wobec przedstawicieli innych, o konserwatywnym programie.

Stereotypy stanowią też dogodny środek do *podkreślania granic między My i Oni*, wspomagając tym samym spójność i wyrazistość tożsamości grupowej. Można zauważyć tendencję do podkreślania różnic w sytuacji, kiedy dwie konkurujące grupy/kategorie społeczne są stosunkowo mało odmienne od siebie. Zachowanie takie ma na celu uwypuklenie wyrazistości tożsamościowej każdej z nich (np. partii politycznych czy opozycji katolicy vs. prawosławni w Polsce). Silne, negatywne emocje części społeczeństwa towarzyszące rozmyciu jednoznacznego podziału świata ludzkiego na kategorie mężczyzn i kobiet np. w stosunku do transseksualistów, stanowią też rodzaj obrony „czystości” kategorii społecznych.

Komunikacja społeczna przebiegająca w grupie jest znacznie bardziej płynna w sytuacji dzielenia stereotypów. Stereotypowe stwierdzenia np. „trudny pacjent”, „blondynka”, „moher” czy „luzak”, są w teatrze życia codziennego natychmiast i dość jasno pojmowane. Sprzyjają one bliskości więzi i płynności interakcyjnej w ramach konkretnej kategorii społecznej. Umacniają one też, jak już wspomniałam, jednorodność grupy i pozwalają na jej odróżnienie od innych grup, gdzie dominują nieco odmienne stereotypy.

Istniejący porządek społeczny, zakładający nierówność statusów przyjmuje istnienie uprzywilejowanych pozycji jednych, a dyskryminujący status innych. Stereotypy mogą ułatwiać usprawiedliwianie czy racjonalizację praktyk dyskryminacyjnych. Wspomniany porządek jest gwarantem ładu tworzącego swoisty ochronny bufor umożliwiający względnie komfortowe przetrwanie (zachowanie stabilnej samooceny i światopoglądu) w obliczu egzystencjalnego lęku związanego z faktem przemijania oraz nieuchronności śmierci [8]. Tendencja do ochrony i obrony społecznego ładu przyczyniają się do społecznej inercji ergo konserwowania stereotypów społecznych.

Zmianianie stereotypów

Omówienie funkcji stereotypów i wcześniejsze wskazanie na czynniki je konserwujące, ujawnia trudności i znaczący opór w próbach ich zmieniania. Generalnie jednak trudno jest wywołać zamierzone zmiany poprzez intencjonalną interwencję. Jeśli nawet się to udaje, uzyskana zmiana nie jest trwała i stereotypy na powrót ulegają powrotnemu „odkształceniu”, co w świetle powyższych rozważań dotyczących trwałości stereotypów wydaje się zrozumiałe.

Ważną wskazówką w sytuacji konfliktów grupowych, a więc w konflikcie stereotypów dwóch grup, jest stawianie celu nadrzędnego dla nich obu [9]. Zmiana stereotypu może też nastąpić w wyniku bezpośredniego kontaktu z przedstawicielem stereotypizowanej grupy/kategorii, którego wizerunek stanowi radykalne zaprzeczenie dotychczasowego obrazu grupy. W takich przypadkach może jednak nastąpić, jak zostało już wspomniane, powrót po pewnym czasie do stereotypu, a także wykluczenie tej osoby poza stereotyp jako jej nietypowego, wyjątkowego przedstawiciela [por. subtylizacja 10]. Ludzie ochraniają podzielane stereotypy, unikając kontaktu z przedstawicielami stereotypowanych grup oraz przejawiają tendencje do potwierdzania oczekiwań.

Nie do końca rozstrzygniętą pozostaje kwestia związana z tzw. hipotezą kontaktu stwierdzającą, iż pozostawanie w dłuższym kontakcie z przedstawicielami stereotypizowanych grup redukuje wzajemne stereotypy i uprzedzenia [1, 12, 13]. Najnowsze badania pozwalają na formułowanie ostrożnych nadziei w tym zakresie [14].

Zostały wyróżnione dwie drogi zmiany stereotypów: stopniowy, dokonujący się na zasadzie „księgowania” czy bilansowania pozytywnych i negatywnych danych o stereotypizowanej grupie albo nagły, skokowy, na zasadzie „nawrócenia się” na odmienne poglądy. Obie drogi wymagają bezpośredniego kontaktu z reprezentantem stygmatyzowanej grupy, co nie zawsze jest możliwe. Także bezpośrednie kontakty mogą raczej umacniać stereotypy niż je redukować, np. wtedy kiedy stygmatyzowana grupa jest niżej usytuowana albo wtedy kiedy kontakt nie jest traktowany jako istotny z perspektywy interakcji międzygrupowych.

Ważną perspektywą obok hipotezy kontaktu w projektach zmiany stereotypów jest indywidualna perspektywa osłabiania ich roli w jednostkowej percepcji rzeczywistości. Jeśli, jak stwierdzono wyżej, stereotypy aktualizują się automatycznie i szczególnie łatwo w sytuacji niedostatku danych, to można zapytać: które z nich? Reprezentacje innych są bowiem kategoryzowane w wielu aspektach (pacjent z zaawansowanym schorzeniem, chory na określoną chorobę, nieleczony, stary, mężczyzna, wykształcony etc.). Ludzie wykazują daleko posuniętą elastyczność

w aplikacji wybranych przez siebie kategorii. Z tego powodu mogą wychodzić poza stereotypy poprzez :

- zastosowanie zindywidualizowanej charakterystyki obiektu;
- dzięki stosowaniu mniej opresyjnych kategorii, np. „doświadczony” w miejsce „stary”;
- świadome i aktywne przeciwstawianie się stereotypowej kategoryzacji.

Ograniczanie roli stereotypów w postrzeganiu szczególnie charakterystycznych osób, ale też grup i kategorii społecznych staje się szczególnie produktywne w przypadku osób nastawionych egalitarystycznie.

Efektywną, pośrednią drogą w redukcji stereotypów jest podnoszenie samooceny postrzegającego, redukcja poziomu frustracji i lęku, a także podnoszenie wiedzy związanej ze zróżnicowaniem społecznego świata.

Publiczność telewizyjna na całym świecie mogła oglądać takie seriale jak amerykański *Bill Cosby Show* czy francuski *'Allo 'Allo*, które w zmniejszającej napięcie drodze emisji humorystycznej formuły przekazu osłabiały stereotyp *black americans* czy stereotypów wzajemnych Niemców i Francuzów. Podobnie film amerykański *Piękny umysł* stanowiący ekranizację biografii chorego na schizofrenię genialnego matematyka, noblisty Johna Forbese Nasha Jr. był próbą „rozmontowania” stereotypowego wizerunku chorych psychicznie, szczególnie na schizofrenię.

Mówiąc o stereotypach, należy podkreślić w kontekście ich zmieniania, iż bardzo często w pracach wymienia się je łącznie z uprzedzeniami. *Stereotypes and prejudices* mają ze sobą wiele wspólnego jako lippmanowskie „obrazy drugiego w głowie”, jednak rozróżnienie między tymi pojęciami jest ważne i produktywne pedagogicznie. O ile stereotypy mogą mieć (rzadko) pozytywne konotacje (por. *lekarz, artysta*) bądź neutralne (np. *rybak*), to uprzedzenia mają nie tylko jednoznacznie negatywne konotacje, ale stanowią wręcz impuls do wrogich działań wobec stereotypizowanego obiektu (np. *Żydzi do gazu*). Stereotypowe wyobrażenia upraszczają postrzeganie, ułatwiają organizację społecznego świata i komunikację oraz wzmacniają tożsamość grupową. O ile niemożliwe jest zdrowe funkcjonowanie pozbawione stereotypów, o tyle z uprzedzeń można i należy rezygnować. Warto też dodać, że stosowanie uprzedzeń zostało w Polsce objęte systemem kar.

Stygmat – wkład Ervinga Goffmana

Pojęcie „stygmat” ma starożytną genealogię wywodzącą się z języka greckiego, kiedy był on znakiem, znamieniem, piętnem wypalonym na ciele niewolnika,

złoczyńcy lub zdrajcy jako jego charakterystyka. W późniejszym okresie „stygmat” był rozumiany teologicznie, w Chrześcijaństwie i Islamie jako znak na ciele, najczęściej rana, zaświadczająca o boskim jej pochodzeniu (por. stygmaty ojca Pio). W medycynie „stygmat” stanowi jednostkę chorobową, jaką jest trudno gojąca się rana [15].

Wybitny socjolog Erving Goffman nawiązał do starożytnego rozumienia tego pojęcia i wprowadził różnicę między „normalsami” a stygmatyzowanymi, czyli osobami społecznie definiowanymi jako inne, gorsze czy upośledzone. *Osoby stygmatyzowane, to takie – stwierdza Goffman – które posiadają społeczny atrybut głęboko je dyskredytujący i które są postrzegane jako niepełnowartościowe z tego właśnie powodu* [16].

Osoby stygmatyzowane z tego powodu mają „zranioną tożsamość” (*spoiled identity*), a ich relacje z innymi znamionuje takie zarządzanie stygmatem, aby możliwie efektywnie minimalizować destruktywne dla „ja” skutki społecznego odium. Stygmat staje się ich osobowym czy grupowym „logo”, poprzez który są one postrzegane (np. osoba na wózku, o odmiennym fenotypie niż większość, leczona psychiatrycznie, stara etc.). Stygmat pełni „oślepiającą funkcję”, w wyniku czego inne charakterystyki osoby stają się społecznie mniej widoczne, np. osoba niewidoma staje się jedynie „tą niewidomą” a nie osobą, powiedzmy introwertywną, z ładnym głosem etc.

Stygmat jako dyskredytujący atrybut osoby jest społecznie definiowany. W okresie PRL stygmatyzowane były osoby prowadzące własną działalność gospodarczą („prywaciarze”), obecnie stygmatyzowani są palacze tytoniu, destygmatyzacji ulegają (w jakimś stopniu) osoby cierpiące na depresję czy żyjące w konkubinacie. Goffman stwierdza: *Manipulowanie stygmatem jest ogólną właściwością społeczeństwa, jest to proces pojawiający się wszędzie tam, gdzie istnieją normy odnoszące się do tożsamości (...). Można w związku z tym sądzić, że rola normalisa i rola stygmatyka są częściami tego samego układu* [17]. W jego ujęciu (por. tamże, s. 164) stygmat odnosił się niekoniecznie do konkretnych osób czy grup, ale był też traktowany jako „perspektywa”, w której każdy z nas się znajduje lub potencjalnie znajdzie (jako chory, bezrobotny czy stary).

Goffman wyróżnił trzy grupy stygmatów:

1. Uszkodzenie fizyczne (np. bielactwo, choroba polio, porażenie mózgowie, głuchota, jąkanie, ślepotą i inne);
2. Skazy charakteru (wybuchowość, despotyzm, nieuczciwość, nieodpowiedzialność), które wyprowadza się z takich zdarzeń z biografii osoby jak odbycie wyroku w zakładzie karnym, próby samobójcze, leczenie psychiatryczne, przeszłe uzależnienie, radykalizm polityczny etc. [18];

3. Stygmat plemienny, wynikający z przynależności rasowej, narodowej i/lub religijnej. Stygmat ten jest „społecznie dziedziczny” i odnosi się np. do uchodźców, Żydów, Cyganów czy Świadków Jehowy.

Jak widać, to nie tyle samo zachowanie człowieka jest źródłem jego dyskredytacji przez społeczeństwo, co przede wszystkim jego przynależność do określonej społecznie dezaprobowanej kategorii. Kiedy nie wiemy, że miły mężczyzna z sąsiedztwa jest chory na AIDS, skłonni jesteśmy myśleć o nim inaczej niż kiedy się o tym dowiadujemy.

Stygmatyzacja przybiera często charakter „piętrowy”, co oznacza, iż osoba jest stygmatyzowana z tytułu niedoskonałości fizycznej, jaką jest np. otyłość, ale też z racji skazy charakteru odnoszącej się do braku umiarkowania w jedzeniu.

Goffman mówi też o stygmacie „przeniesionym” (*courtesy stigma*), jakim jest projekcja negatywnych konotacji na „normalsów” z tytułu bliskości ze stygmatyzowanymi, np. psychiatrów postrzegano się jako podobnych mentalnie do ich pacjentów.

Prawidłowości stygmatyzacji

Można wskazać na kilka ważnych charakterystyk stygmatyzującego ujęcia, które pozwalają na lepsze zrozumienie tego społecznego procesu. Stygmatyzacja ma charakter moralny w dwojakim sensie. Wskazuje na dwuznaczność pejoratywnego naznaczenia osoby czy grupy, ale także na fakt, iż jej ewaluacja jest przyjęta *a priori*, a nie wynika z jej zachowań czy dokonań, np. sukcesy zawodowe kobiet zazwyczaj są cenione niżej niż mężczyzn, szczególnie na polach społecznie postrzeganych jako męskie, np. w polityce czy chirurgii.

Stygmat charakteryzuje się także swoistą inercją czasową. Tak np. percepcja osób sądownie skazanych ulega radykalnemu przeobrażeniu w wyniku informacji o ich skazaniu, *uprzednia tożsamość wydaje się przypadkowa, nowa tożsamość stanowi, <prawdziwą rzeczywistość>. Tym kim jest teraz, ta osoba była <w sumie> zawsze* [19]. Problem z inercją stygmatu polega na tym, iż istnieje szereg ceremonii podniesienia statusu osoby (np. awans na wyższe stanowisko, uzyskanie wyższego stopnia naukowego, wojskowego, kapłańskiego czy ceremonia ślubna), podobnie istnieją też ceremonie obniżenia statusu (np. skazujący wyrok sądowy, degradacja wojskowa, nieotrzymanie promocji do następnej klasy, odebranie praw rodzicielskich). Problem polega na tym, że w przypadku utraty pozycji zasadniczo nie istnieją ceremonie powrotu do dawnego, wyższego statusu. Obecnie w terapii uzależnień stosuje się, na coraz szerszą skalę publiczne obchodzenie corocznych

ceremonii podniesienia statusu związanych z kolejnym rokiem życia w „czystości” osoby uzależnionej.

Społeczeństwo jest na ogół nie do końca świadome albo wręcz nieświadome stygmatyzowania innych. Tak np. śmiech pełni taką „znieczulającą” funkcję: kawały o blondynkach, Żydach, Szkotach są dobrze społecznie przyjmowane, podobnie jak uporczywe przyglądanie się niepełnosprawnym czy odmiennym rasowo. Okazywanie litości zamiast współczucia, wścibstwo, nieoczekiwane radzenie otłym jak schudnąć, samotnym – jak wyjść za mąż, brak dyskrecji etc. ujawniają nieświadomiany i pozaintencjonalny charakter stygmatyzacji.

Stygmatyzacja ma charakter w znacznym stopniu irracjonalny. Osoby adoptujące dziecko często zmieniają miejsce zamieszkania, aby nie narazić zaadoptowanego dziecka na stygmat „cudzego”, a siebie na stygmat „tych, którzy nie mogą mieć dziecka”. Podobnie ofiary gwałtu czy dziecięce ofiary molestowania seksualnego mają często niższy status moralny niż sami sprawcy. Irracjonalny charakter stygmatu jest spektakularnie widoczny, jeśli chodzi o choroby. Niektóre z nich mogą być wręcz nobilitujące (migrena, podagra, choroby serca), inne znów obojętne (złamanie nogi, ból gardła) inne zaś są „wstydlive” jak zapalenie jajników, hemoroidy, choroby prostaty czy weneryczne.

Stygmatyzacja z uwagi na jej nie do końca uświadomiany i irracjonalny charakter jest widziana przede wszystkim z perspektywy samego podmiotu. Oznacza to, iż stygmat nie jest wyraźnie widziany ze strony społeczeństwa. „Normalsom” trudno jest empatycznie „wejść w buty” człowieka starego, kogoś w depresji, zgwałconej kobiety, bezdomnego etc. Stąd język interakcjonizmu symbolicznego w swojej relacyjności wydaje się tu być bardziej produktywny niż język psychologii.

Centralną kategorią pojęciową w stygmatyzującej analizie jest poczucie własnej godności (*self-esteem*) oraz samoocena osób stygmatyzowanych [20]. Proces internalizowania negatywnych ocen o sobie przebiega według następującego schematu: (1) świadomościowe reprezentacje osób stygmatyzowanych mają pejoratywne konotacje. W związku z tym, (2) ludzie oczekują czegoś złego czy niewłaściwego, co może ich spotkać ze strony stygmatyzowanych. (3) Zwrotne komunikowanie tych oczekiwań stygmatyzowanym jest przez nich (4) internalizowane w postaci kalek wizerunku własnej osoby (*self-concept*). W taki sposób oczekiwania społeczeństwa stają się (5) samosprawdzającymi się przepowiedniami. Mechanizm ten zwany efektem Pigmaliona [21] odnosi się do oczekiwań i ilustruje generalną zależność między postrzeganiem osoby a jej obrazem siebie, upraszcza jednak samo zagadnienie [22]. Okazuje się paradoksalnie, że *self-esteem* stygmatyzowanych dzięki wsparciu udzielanemu przez innych, w szczególności tzw. znaczących innych oraz wsparciu grupy własnej bywa często wręcz wyższy niż „normalsów”.

Ważną zmienną pośredniczącą w ukształtowaniu się poczucia własnej godności stygmatyzowanych ma też fakt, iż percepcja takich osób nie jest jednoznaczna. Osoby chore mogą np. budzić lęk, wstręt lub odrazę, ale też współczucie czy sympatię i to u jednego i tego samego obserwatora. Prowadzi to do wewnętrznych konfliktów i niejednoznaczności w komunikowaniu zwrotnych danych o stygmatyzowanym.

Jednym ze sposobów „wyłączania” zniekształcającej funkcji stygmatu jest nadanie mu ważnej i społecznie cennej rangi. Tak np. Robert Biedroń uczynił ze swojej gejowskiej, stygmatyzowanej orientacji rodzaj intrygującego znaku rozpoznawczego. Jeszcze innym sposobem jest zastąpienie centralnego stygmatu inną, pozytywnie ewaluowaną charakterystyką jak w przypadku Andrea Bocelli, niewidomego śpiewaka klasycznego.

Można dostrzec, że osoby stygmatyzowane przejawiają tendencję do integrowania się w grupy osób z podobnym stygmatem, stanowiące tzw. grupy wsparcia. Enklawy mniejszości narodowych zamieszkujące dzielnice wielkich metropolii, stowarzyszenia osób np. z zajęczą wargą, chorych na dystonię, nadciśnienie płucne, celiakię, otyłość, padaczkę i inne choroby – są tego przykładem. W grupach takich rodzi się ideologia grupy własnej, faworyzująca własnych członków i dająca im symboliczny oręż do obrony i ochrony poczucia własnej wartości. Stwarzają one też podstawy do niezwykle ważnych dla ukształtowania się obrazu własnej osoby porównań społecznych, porównań wykluczających stygmat wraz z jego funkcjami.

Somatyzacja stygmatu ma na celu pogłębienie negatywnych konsekwencji stygmatyzacji. Przypisywanie osobom ze stygmatyzowanych kategorii takich przymiotów jak: przykry zapach ciała, czarne podniebienie, nadnormalna wielkość penisa, nieświeży oddech czyni stygmatyzację jeszcze bardziej jednoznaczną, widoczną i przykrą.

Stygmatyzacja jest natomiast osłabiana w wyniku wiary religijnej. Zdaniem Melvina Lerner [23] osoby cierpiące z tytułu ubóstwa czy niepełnosprawności, przeżywają je mniej dotkliwie, jeśli są wierzące niż kiedy są niewierzące. Autorka uważa, że następuje tu odmiennosc atrybucyjna: osoby wierzące odpowiedzialność za swój los składają na czynniki zewnętrzne (Boga), co pozwala im uchronić poczucie własnej wartości.

Szczególną rolę w stygmatyzacji odgrywa jej behawioralny wyraz. Zachowanie jest znacznie bardziej niszczące dla relacji międzyludzkich niż nawet największe cierpienie, ale niemające swojego behawioralnego ekwiwalentu, skrywane jak w przypadku depresji. Z tego powodu osoby chore psychicznie czują w większym stopniu ciężar naznaczenia, jeśli zachowują się agresywnie niż wtedy kiedy przejawiają tendencję do wycofywania się. Kwestia ta prowadzi do problemu ukrywania stygmatu.

Ukrywanie stygmatu

Może się wydawać, że umieszczenie w jednej kategorii „stygmatyzowani” tak odmiennych charakterystyk jak: mniejszości narodowe, chorzy na AIDS, schizofrenicy, leczeni psychiatrycznie czy byli skazani, jest metodologicznym błędem. Tymczasem dzięki różnorodności stygmatyzowanych kategorii możliwym stało się stworzenie ważnych i produktywnych kategorii analitycznych, wymiarów umożliwiających lepsze zrozumienie społecznych mechanizmów funkcjonowania stygmatyzacji. Omówię je kolejno szczególnie koncentrując uwagę na kategorii jawności vs. niejawności stygmatu.

Już Goffman wprowadził to ważne rozróżnienie wskazując na stygmaty jawne (wiadome) w opozycji do ukrywanych. Jest rodzajem prawa socjologicznego, iż stygmat jeśli może być ukryty, będzie skrywany przez jego nosiciela w celu uniknięcia dyskredytujących skutków napiętnowania. Osoby, które mogą ukryć stygmat jak: leczone psychiatrycznie, chore wenerycznie, dzieci poczęte drogą *in vitro*, byli skazani etc., będą się uciekały do tego sposobu zarządzania stygmatem, jakim jest nieujawnianie go. Nawet częściowe ukrycie stygmatu ogranicza jego destruktywny wpływ.

Normalnie funkcjonujący epileptycy byli znacząco lepiej postrzegani przez otoczenie społeczne, które nie wiedziało o ich chorobie niż wówczas kiedy było one tego świadome. Pacjenci chorzy na widoczne i rażąco nieestetyczne choroby dermatologiczne przeżywają znacznie większe frustracje niż ci, którzy mogą je ukryć [24]. Osoby doznające chwilowego załamania nerwowego i leczone psychiatrycznie lub psychologicznie inwestują wiele wysiłku w celu ukrycia faktu, iż takie leczenie miało miejsce, np. poprzez zabiegi, aby ich dokument hospitalizacji nie zawierał nadruku „psychiatra” czy „psycholog”, a np. okulista [25, 26]. Badano reakcje ludzi, którzy roztaczali w publicznych miejscach przykry zapach. Jedni z nich byli tego świadomi, a inni – nie. W obu przypadkach reakcje ludzi były wyraźnie negatywne, ale wpływ tych reakcji na badanych był nieporównanie większy w odniesieniu do tych, którzy byli tego świadomi niż nieświadomi. Jak więc widać, istnieje wiele argumentów zaświadczających o kluczowej roli społecznego lustra w zwiększaniu/zmniejszaniu opresyjności stygmatu.

Współcześnie mamy wiele przykładów spektakularnego ujawniania stygmatu np. alkoholizmu, molestowania seksualnego w dzieciństwie, homoseksualizmu, nerwicy, choroby psychicznej, AIDS i innych. Ukrywanie stygmatu związane jest z dyskomfortem psychicznym [27] polegającym na konieczności stałej, gorliwej, zaangażowanej kontroli przed demistyfikacją. Wszyscy „dajemy występy”

(Goffman) przed społeczną publicznością, ale osoby z skrywanym stygmatem reżyserują swoje występy tak, aby nie ujawnić stygmatu. Długotrwałe ukrywanie stygmatu uniemożliwia (1) podjęcie skutecznej pomocy medycznej i psychologicznej, np. osobom z padaczką, nerwicą, ofiarom gwałtu, dokonującym aborcji. Osoby pozbawione pomocy i wsparcia niejednokrotnie (2) dokonują atrybucji swojego problemu na „ja”, uznając, że nie są ofiarami, ale winnymi czy współwinnymi, np. molestowania seksualnego w dzieciństwie, gwałtu, przemocy etc. Skrywany stygmat plemienny (3) uniemożliwia rozwinięcie ważnej i godnej części własnej tożsamości społecznej np. „jestem prawosławna”, „jestem Żydem”. Ujawnianie stygmatu przez aktorów pozwala (4) widowni społecznej wiedzieć i rozumieć więcej, a przez to otrzymywać nowe kategorie analizy własnego „ja”, pozwalające na rozumienie choćby swojej seksualności, ale także uwrażliwia na sytuację społeczną „gorszych innych”, np. transseksualistów, transwestytów, osób androginicznych. Brak wiedzy skłaniał jeszcze do niedawna do stygmatyzacji osób leworęcznych czy z depresją. Niezrozumienie omawianych problemów może prowadzić do nieadekwatnych, urażających ich godność zachowań, może też prowadzić do praktyk szantażu przez osoby znające ich „tajemnicę”.

Zachodzi zasadnicza różnica między osobami, których stygmat może być ukryty i osobami, których stygmat ukrytym być (zasadniczo) nie może. Te drugie, to np. osoby na wózkach inwalidzkich, chrome, z asymetriami ciała, otyłe, z zespołem Downa, rozległym atopowym zapaleniem skóry czy widoczną łuszczycą. W takich przypadkach osoby posługują się technikami znanymi zawodowym aktorom. Mogą aranżować spotkania tak, aby ich stygmat był mniej destruktywny dla interakcji, np. komunikować się przez Internet, telefonicznie, spotykać w miejscach przez nich oswojonych. Można mówić o swoistej geografii stygmatyzowanych miejsc: osoby cierpiące na inkontynencję trzymają się bliżej toalet, osoby na wózkach unikają plaży i wybierają znane sobie miejsca etc.

Charakterystyczne są też rekwizyty używane przez nosicieli stygmatu widocznego: kobiety na wózkach przykrywają nogi szarym kocem, za to eksponują makijaż, fryzurę czy biżuterię. Podobnie osoby ociemniałe czy niedowidzące częściej wybierają zawód masażysty, a osoby z niedosłuchem wybierają zawody wymagające szczególnej sprawności manualnej.

Ujawnienie stygmatu aktora, szczególnie przed najbliższymi stanowi wyzwanie niezwykle trudne i ryzykowne. Kwestia „czy, komu, kiedy gdzie i jak?” (Goffman) stanowi zazwyczaj punkt zwrotny w trajektorii osobistego życia jednostki.

BARIERY W KOMUNIKACJI Z ZAGRANICZNYM PACJENTEM

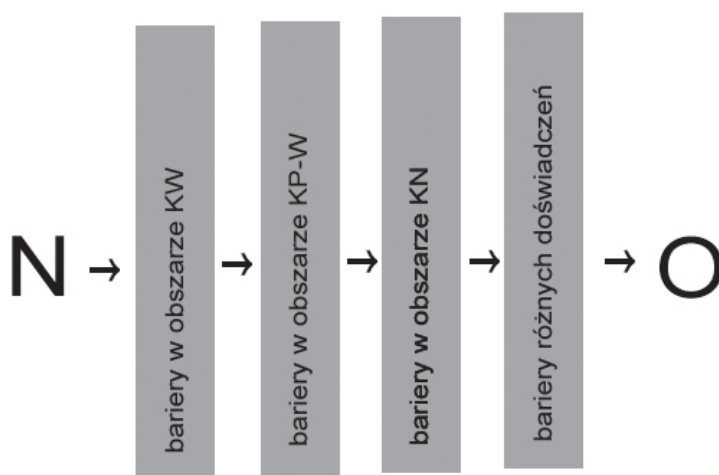
Wprowadzenie

Charakterystyczny dla ostatnich dziesięcioleci wzrost przestrzennej mobilności ludności od dwóch dekad obserwowany jest również w Polsce, która coraz częściej staje się krajem docelowym dla imigrantów. Zgodnie z danymi Urzędu do Spraw Cudzoziemców, liczba obcokrajowców mieszkających na terytorium RP systematycznie rośnie (np. w ciągu ostatnich pięciu lat liczba wniosków o osiedlenie się wzrosła o 19%, a liczba osób mających ważne karty pobytu o 50%) [1].

Oficjalne statystyki nie uwzględniają przy tym osób z korzeniami migracyjnymi (drugie pokolenie) oraz napływu nielegalnych migrantów, których odsetek może być całkiem duży (np. Departament Polityki Migracyjnej przy MSW szacuje, że w grupie Ormian aż 80% stanowią osoby mieszkające w Polsce nielegalnie). Szczególnie szybko rośnie skala migracji edukacyjnych – od początku lat 90. XX wieku liczba studiujących w Polsce cudzoziemców zwiększyła się czteropółkrotnie [2], można zarazem przypuszczać, że w związku z uruchomieniem nowej edycji programu Erasmus oraz aktywnością uczelni w poszukiwaniu studentów za granicą wzrost ten będzie się nasilał. Warto jednocześnie zauważyć, że coraz częściej mamy do czynienia z imigrantami z regionów bardziej oddalonych kulturowo – wśród uchodźców dominują wyznający Islam przybysze z Czeczenii [3], a w pierwszej dziesiątce krajów pochodzenia imigrantów jest siedem państw azjatyckich (liczba wniosków o zamieszkanie na czas określony złożonych przez obywateli Chin wzrosła w latach 2002-2012 aż ośmiokrotnie!) [1].

Możliwość, że w gabinecie lekarskim pojawi się pacjent wychowany w innym kraju i w innej kulturze nadal jest w Polsce relatywnie niska (w porównaniu

z innymi państwami Unii Europejskiej), jednak sukcesywnie rośnie, a odpowiednie przygotowanie kadr medycznych do komunikacji z takim pacjentem powinno mieć miejsce, zanim napływ cudzoziemców do polskich placówek medycznych osiągnie większą skalę. Kluczowe znaczenie w komunikacji międzykulturowej ma znajomość barier, na jakie natrafić możemy rozmawiając z cudzoziemcem (pojawiać się one mogą w relacji lekarz – zagraniczny pacjent, ale również lekarz – rodzina zagranicznego pacjenta, zagraniczny pacjent/jego rodzina – inni pacjenci). Bariery te podzielić można na kilka grup (patrz rys. 1). Proponuję przyjrzeć się bliżej każdej z nich w kolejnych podrozdziałach.



Rysunek 1. Model 4xB – Bariery utrudniające komunikowanie międzykulturowe (opracowanie własne) KW – komunikowanie werbalne, KP-W – komunikowanie parawerbalne, KN – komunikowanie niewerbalne.

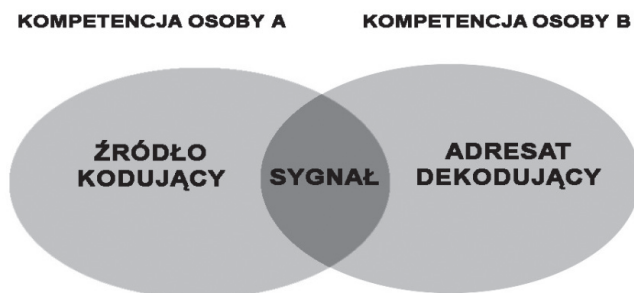
Bariery różnych doświadczeń

Komunikowanie to proces złożony i wielopłaszczyznowy. Rozmawiając próbujemy powstające w naszej głowie myśli przełożyć na konkretne gesty i słowa, siłą rzeczy dokonując pewnego uproszczenia. Komunikat w takiej formie dociera do odbiorcy, wywołując w jego umyśle obrazy. Nie są jednak one tożsame z tymi, które powstały w głowie nadawcy.

Problemy ze zrozumieniem przekazu i intencji nadawcy dotyczą, rzecz jasna, również osób wychowanych w tym samym kraju czy nawet w tej samej rodzinie.

W przypadku rozmówcy wywodzącego się z innego kręgu kulturowego ryzyko błędu jest jednak znacznie wyższe.

Kluczowe znaczenie ma tutaj tzw. obszar doświadczeń, który zależy od czynników socjo-demograficznych (np. wieku, płci, typu rodziny pochodzenia, miejsca zamieszkania), czynników edukacyjno-zawodowych (wykształcenia i doświadczenia zawodowego), ale także kultury charakterystycznej dla danego regionu. Każdy człowiek ma swój własny i niepowtarzalny obszar doświadczeń (w pewnym stopniu zależny jest on też od cech wrodzonych i czynników losowych), nie ma więc możliwości, aby pola nadawcy i odbiorcy się pokryły (patrz rys. 2).



Rysunek 2. Obszar wspólnoty doświadczeń w drugim modelu Schramma (opracowanie własne na podstawie literatury [4])

Obszar wspólnoty doświadczeń to przestrzeń, w której koła się pokrywają. Fragmenty pól pozostające poza obszarem wspólnoty doświadczeń to przestrzeń nieznaną, której możemy się jedynie domyślać. Warunkiem skutecznej komunikacji jest umiejętność zrozumienia drugiej osoby, nawet w sytuacji, kiedy duże wycinki jej obszaru doświadczeń zupełnie nie pokrywają się z naszymi doświadczeniami. W tym celu niezbędne są trzy elementy: wiedza, wyobraźnia i empatia. Znaczenie modelu Schramma dla komunikacji międzykulturowej pokazuje rys. 3.



Rysunek 3. Znaczenie braku wspólnoty doświadczeń w komunikowaniu międzykulturowym, (opracowanie własne na podstawie literatury [5]).

Jak widać na powyższym diagramie, zależnie od sytuacji różnice pomiędzy nadawcą i odbiorcą mogą być większe lub mniejsze. W przypadku osób odmiennych kulturowo obszar wspólnoty doświadczeń będzie nieduży, natomiast przestrzeń nieznaną – znacznie większą niż podczas kontaktu z osobą wychowaną w tym samym kraju, przy czym im bardziej odległe kultury, tym mniej elementów wspólnych. Sytuacja będzie szczególnie trudna, jeśli na różnice kulturowe nałożą się specyficzne cechy socio-demograficzne (np. lekarzem jest młody mężczyzna z Polski, a pacjentką starsza kobieta z Wietnamu).

Problemy wynikające z rozbieżności obszaru doświadczeń dobrze ilustruje historia czarnoskórej pacjentki. Podczas warsztatów zdenerwowana kobieta opowiada o przypadku rasizmu, z jakim się zetknęła w przychodni ginekologicznej. W rejestracji poinformowano ją, że lekarza zatrzymano w szpitalu w związku z nagłą operacją, w związku z czym cała kolejka się przesunie, można zatem wyjść i wrócić za jakieś dwie godziny. Podobne informacje otrzymali inni pacjenci, ich celem była troska, aby ludzie nie tracili czasu na bezproduktywne siedzenie pod gabinetem. Pacjentka imigrantka odebrała jednak komunikat jako próbę usunięcia jej z poczekalni, ponieważ obsługa kliniki nie życzy sobie, żeby siedziała tam zbyt długo na widoku, rzucając się w oczy swoim ciemnym kolorem skóry. Istotne znaczenie przy takiej interpretacji miały dwa czynniki wynikające z dotychczasowego doświadczenia życiowego. 1) Stosunek do czasu – pacjentka z Afryki nie postrzega czasu spędzonego w poczekalni jako „stracony”, funkcjonowanie w kraju pochodzenia przyzwyczało ją do czekania, spokojnie jest w stanie zaakceptować (o ile ma poczucie, że jest uzasadnione). 2) rasizm doświadczany w przeszłości – w nowym kraju pobytu pacjentka niejednokrotnie padła ofiarą rasistowskich komentarzy lub wykluczenia z powodu ciemnego koloru skóry [6]. Efektem tych przeżyć jest przewrażliwienie, prowadzące do doszukiwania się wrogości w komunikacie, który nie miał rasistowskiego podłoża.

W przypadku leczenia cudzoziemca obszary doświadczeń lekarza i pacjenta będą się pokrywały w znikomym stopniu. Tego typu interakcja wymaga od rozmówcy szczególnej mobilizacji wyobraźni oraz empatii, gdyż doświadczenia życiowe lekarza i pacjentki będą pokrywały się w znikomym stopniu. Jednocześnie konieczna jest wzmożona czujności, żeby nie wpaść w pułapkę etnocentryzmu, zgodnie z którym zakładamy, że osoby wychowane w innej kulturze postrzegają i interpretują świat tak samo jak my (pojęcia etnocentryzmu nie będą szerzej rozwijać, gdyż szczegółowo wyjaśniono je w innym rozdziale).

Bariery w komunikowaniu werbalnym

W sytuacji gdy pacjent posługuje się językiem używanym przez lekarza, trzeba pamiętać, że zdaniem lingwistów, osoby, które nauczyły się języka obcego po dwunastym roku życia, nigdy nie opanują go w takim stopniu jak język ojczysty. Nawet przy pozornie bezproblemowym przebiegu rozmowy, występuje znacznie większe ryzyko błędnego zrozumienia komunikatu. Głównym utrudnieniem są wszelkie wyrażenia wieloznaczne czy abstrakcyjne, słowa rzadziej używane i skomplikowana gramatyka. Dlatego zalecane jest budowanie wypowiedzi w sposób jak najbardziej prosty i przejrzysty. Zamiast powiedzieć: „Czy cierpi pan na bezsenność?” albo „Czy ma pan problemy ze snem?”, lepiej zapytać „Czy często się pan budzi...?, Czy często nie może Pan zasnąć?” (w nawiązaniu do przykładu podanego przez Z. Rejner-Ronowicz [7]). Należy mówić konkretnie, wolno i wyraźnie, bez skomplikowanych konstrukcji gramatycznych i wyszukanego słownictwa, ilustrując wypowiedź gestami (a nawet dostępnymi w otoczeniu przedmiotami – idealnym rozwiązaniem byłaby możliwość skorzystania z piktogramów). Jednocześnie jednak trzeba wyrażać się gramatycznie i nie zwracać się do pacjenta jak do dziecka czy osoby upośledzonej umysłowo (negatywny przykład z niemieckiego szpitala: *Witam! Dziś jedzenie bardzo dobrze, super, super, kotlet, ryż, warzywa. Wszystko ładnie zjeść, bo chory i zawsze zostać w szpitalu*) [8].

Pułapkę w komunikacji werbalnej stanowić mogą też tzw. „fałszywi przyjaciele”, czyli słowa brzmiące identycznie/bardzo podobnie, które jednak w różnych językach mają odmienne (czasem wręcz odwrotne!) znaczenie. Przykładowo polskie „nieprzytomny” do złudzenia przypomina słowo oznaczające po czesku „nieobecny”, a polskie „bezcenny” – Czech zrozumie jako „bezwartościowy”. Różnica między pacjentem nieobecnym a nieprzytomnym to jedna z wielu możliwości pomylek wynikających z takich rozbieżności.

Podobnym problemem są nieznane idiomy i metafory, które wydają się zawierać inną treść, niż ma na myśli nadawca. W przypadku relacji lekarz-pacjent szczególnie mylące mogą być metafory odwołujące się do części ciała i organów. Przykładowo w języku tureckim określenie „wątroba płonie” odnosi się do silnego bólu psychicznego (np. strata bliskiej osoby), „przeziębiona głowa” oznacza, że pacjent jest psychicznie wykończony (np. przytłoczony problemami/obowiązkami), „złamane ramię” to poczucie braku wsparcia, a „pęknięty woreczek żółciowy” jest wyrazem przestraszenia [9].

Innego typu pułapką może być odmienna konotacja słów (np. w Indiach „wąż” jest pozytywnym symbolem płodności i regeneracji) [10] albo pozornie tożsamy,

a jednak nieco inny zakres znaczeniowy (np. słowo „ciąża” odnosi się w Hiszpanii tylko do przypadków, gdy została ona donoszona, nie do przypadków, gdy nastąpiło poronienie) [11]. Warto wspomnieć, że w poszczególnych krajach/językach wykształciły się określone nawyki mówienia o ciele i schorzeniach – przykładowo Polak i Francuz raczej powie: „boli mnie noga”, podczas gdy Niemiec, Szwed i Anglik od razu dokładnie sprecyzuje miejsce mówiąc np. „boli mnie udo” (szpitale skandynawskie przygotowały dla swojego personelu specjalne informatory wyjaśniające różnice w nazewnictwie części ciała) [12].

Innym utrudnieniem są wyrazy nieprzetłumaczalne. W poszczególnych regionach świata występują nazwy chorób, które nie mają swojego odpowiednika. Przykładem schorzeń, których nazwy niekoniecznie będzie znać polski personel medyczny, może być np. *zar*, *avanga*, *latah* czy *susto*. Podobnie dla imigranta spoza Europy niejasne może być znaczenie ADHD, kryzysu wieku średniego, demencji starczej czy depresji poporodowej (w języku chińskim nie istnieje nawet samo słowo „depresja”, które tłumaczyć trzeba opisowo – np. *xin qing bu hao* = sercu nie jest dobrze) [13].

Oprócz wspomnianych pułapek językowych istotną barierą w komunikacji międzykulturowej może być nieznanomość kontekstu, a więc nieznanomość kanonu wiedzy (sztuka, literatura, film, znane osoby, znane wydarzenia, znane miejsca...), który poznajemy, mieszkając od urodzenia w danym kraju. Nieznanomość kontekstu kulturowego utrudnia (lub uniemożliwia) zrozumienie komunikatu, a jednocześnie zwiększa ryzyko powiedzenia czegoś, co dla naszego rozmówcy będzie nieprzyjemne albo obraźliwe (dobrym przykładem błędu wynikającego z nieznanomości kontekstu może być kampania reklamowa Nokii w Niemczech, w której hasło reklamowe dla wymiennej obudowy do telefonu przetłumaczono jako *Jedem das Seine*, co brzmiało identycznie jak napis nad bramą do obozu koncentracyjnego w Buchenwaldzie) [14].

Ważnym elementem utrudniającym komunikację z zagranicznym pacjentem może być też nieznanomość form i zasad regulujących międzyludzkie interakcje (takich jak obowiązujące w danej kulturze wzory powitań, pożegnań, podziękowań, odmowy itp.). Istotnym elementem komunikowania międzykulturowego jest bowiem nie tylko dobre opanowanie języka, ale również wiedza na temat tego z kim, kiedy, jak i na jaki temat wolno rozmawiać. W przypadku pacjenta z kraju islamskiego może być przykładowo konieczne zwracanie się do męża pacjentki [15], w innej sytuacji matka może nie udzielać odpowiedzi na pytania o stan dziecka, jeśli nie zwrócimy się najpierw z zapytaniem do ojca.

Problemy w zrozumieniu cudzoziemca mogą wynikać z odmienności stylów komunikowania. Przykładowo w kulturach ceremonialnych (najsilniej: kraje

arabskie, Azja środkowo-wschodnia, płd. Europa) istotne jest podkreślanie pozycji rozmówcy, bardzo duże znaczenie mają tytuły i etykieta, a przejście na „ty” następuje stosunkowo późno. Jednocześnie w kulturach nieceremonialnych (np. USA, Holandia, Skandynawia) relacje są bardziej bezpośrednie i egalitarne, a konwenanse nie odgrywają tak istotnej roli. Różnice w sposobie rozmowy zauważymy też między rozmówcami z kultury protransakcyjnej (np. USA; pewni siebie, otwarci na obcych, szybko przechodzą do meritum, próbują precyzyjnie wszystko ustalić) i propartnerskiej (Azja, Ameryka Płd., kraje arabskie; nieufni wobec obcych, kluczowe są więzi, lepiej unikać konfrontacji, trzeba najpierw zbudować zaufanie) [16] (kategorie z typologii Richarda Geestelanda, poza wspomnianymi wyodrębnił on też podział na kultury powściągliwe i ekspresyjne oraz podział oparty na stosunku do czasu, które omawiane są w innej części tekstu).

W najbardziej znanej typologii stylów komunikowania stworzonej przez Edwarda Halla występuje z kolei podział na kultury wysoko- i niskokontekstowe [17]. W kulturach niskokontekstowych każde słowo jest rozumiane wprost, a przekaz jest dosłowny i cechuje go precyzja oraz logika. W kulturach wysokokontekstowych treść jest zazwyczaj ukryta między słowami, a odbiorca musi przedzierać się przez gąszcz aluzji, sugestii, niedomówień i wieloznaczności. Za bardzo nieuprzejme uznaje się w tym stylu słowo „nie” rozumiane jako odmowę, rozmówcy go zatem unikają stosując zamiast tego takie zwroty jak: „nie wiem”, „to może być trudne”, „spróbuję” czy nawet „raczej tak”. W przypadku odbiorcy z kultury niskokontekstowej takie odpowiedzi mogą być mylące, lekarz rozmawiający z pacjentem obcokrajowcem powinien się zatem upewnić, czy pozorne potwierdzenie rzeczywiście jest potwierdzeniem. Jednocześnie warto pamiętać, że zbyt dosłowny przekaz odebrany może zostać przez wysokokontekstowego pacjenta jako brak szacunku, agresja i bezceremonialność. W związku z tym (w miarę możliwości) warto budować swoje wypowiedzi jako prośby i częściej stosować aluzje, sugestie, pytania oraz tryb przypuszczający.

W ekstremalnym przypadku może się zdarzyć, że pacjent zupełnie nie zna języka, którym posługuje się lekarz. W takiej sytuacji konieczny jest tłumacz. W przypadku Muzułmanów trzeba pamiętać, aby był on tej samej płci co chory. Jeśli przekładem zajmuje się cudzoziemiec, warto uwzględnić różnego typu podziały (kasty, sekty, skłócone narody, klany). W polskich warunkach nie jest łatwe znalezienie jakiegokolwiek tłumacza, gdyż placówki medycznie nie dysponują odpowiednim zapleczem. Usługi w tym zakresie oferują niektóre organizacje pozarządowe (np. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Fundacja Ocalenie, Helsińska Fundacja Praw Człowieka), nie zawsze jednak jest możliwe skorzystanie z ich pomocy. Aby wypełnić istniejącą lukę, Koło Lekarzy Cudzoziemców przy Dolnośląskiej Izbie

Lekarskiej planuje uruchomienie swoistej „gorącej linii” z dyżurami tłumaczy, projekt ten jednak na razie nie został zrealizowany. Z konieczności najczęściej rolę tłumacza przejmują członkowie rodziny, czasem ktoś z personelu pomocniczego (np. sprzątaczką imigrantką). Korzystając z pomocy tych osób należy mieć świadomość, że ich pośrednictwo może wpłynąć na przekaz informacji, szczególnie jeśli tematem rozmowy są informacje o charakterze intymnym czy osobistym.

W przypadku tłumaczenia przez członka rodziny, pojawia się ryzyko, że pacjent nie mówi szczerze ze względu na poczucie wstydu, a czasem też strach (np. z kobietą maltretowaną przez męża rozmawiano za pośrednictwem bliskich członków rodziny męża, których chora również się obawiała). Dodatkowy problem stanowić może sytuacja, gdy spokrewnieni tłumacze – ze względów kulturowych albo nie chcąc niepokoić pacjenta – nie przekazują złych wiadomości i zmieniają treść informacji, przy czym nie wspominają o tym lekarzowi, który sądzi, że pacjent o wszystkim wie [18].

Tłumaczenia świadczone przez personel pomocniczy są z tego punktu widzenia lepszym rozwiązaniem. Nadal jednak nie ma pewności, na ile prawidłowo przekazano komunikat. Analiza poprawności tłumaczeń w placówkach medycznych przeprowadzona w Niemczech (Bischoff i Steinauer 2007) wykazała, że poziom błędów u *ad-hoc*-tłumaczy waha się od 23% do 52%. Najczęstszymi błędami było: opuszczanie informacji (52%), źle zinterpretowane zdania (16%), „kreatywne zastępowanie treści” (13%), inne formułowanie treści (10%), dodawanie własnych treści (8%) [19].

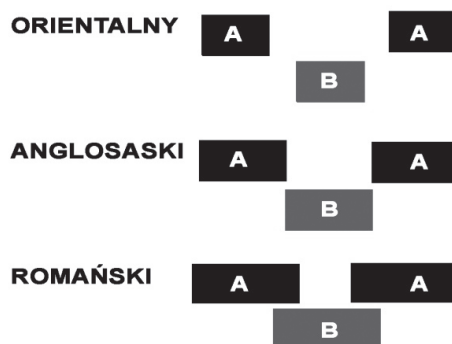
Zatrudnienie prawdziwego tłumacza wiąże się oczywiście z kosztami, z drugiej jednak strony może oznaczać ich oszczędność, jeśli weźmiemy pod uwagę potencjalne finansowe konsekwencje złej komunikacji – błędne diagnozy, niestosowanie się do zaleceń lekarza, konieczność powtórzenia badania, konieczność powtórzenia terapii, wydłużenie czasu wizyty (np. z analizy przeprowadzonej przez Instytut Roberta Kocha wynika, że rozmowy z seropozytywnymi imigrantami zajmują lekarzom dwukrotnie więcej czasu niż w przypadku innych pacjentów) [20]. Wszystkie te elementy generują wyższe koszty leczenia. Dodatkowym ryzykiem mogą być koszty odszkodowań i procesów sądowych w wyniku oskarżenia lekarza/placówki o wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta (z takim oskarżeniem spotkał się np. lekarz, który błędnie interpretując podczas porodu wypowiedź pacjentki, przeprowadził jej sterylizację) [21].

Tańszym wyjściem może być odpowiednie przeszkolenie pracujących na terenie placówki cudzoziemców, którzy mogliby (odpłatnie) świadczyć tego typu usługi. Kluczowe znaczenie ma tu przygotowanie osoby tłumaczącej. Przed rozmową należy wyjaśnić, jaki jest cel rozmowy i dlaczego jest istotne, żeby dokładnie

przekazać każdy „szczegół”. Istotne jest uprzedzenie tłumacza, żeby przekładał wszystko (nawet jeśli wypowiedź pacjenta wydaje mu się nieprzyjemna, nielogiczna, czy pozbawiona sensu) z zachowaniem specyficznych wyrażen i zabarwienia emocjonalnego. Następnie warto zachęcić osobę tłumaczącą do dopytywania, jeśli cokolwiek jest niejasne i (o ile jest taka możliwość) podać wcześniej specjalistyczne słownictwo, które może pojawić się w trakcie spotkania. A wreszcie poprosić tłumacza o krótki *Feedback* na temat sytuacji i rozmowy [18, 22].

Bariery w komunikowaniu parawerbalnym

Ważnym obszarem potencjalnych barier komunikacyjnych związanych z komunikowaniem werbalnych jest komunikowanie parawerbalne, czyli sposób mówienia (zawierający m.in. takie elementy jak głośność, tempo, ton czy akcent). Różnice pomiędzy poszczególnymi kulturami sprowadzają się w tym przypadku głównie do preferowanego poziomu ekspresji. Przykładem odmienności w tym zakresie mogą być cechujące się różnym rytmem i dynamiką style prowadzenia rozmowy przedstawione na poniższym rysunku.



* wypowiedzi dwóch rozmówców (A i B)

Rysunek 4. Odmienne style rozmowy, (opracowanie własne na podstawie literatury [23]).

Różnice w zakresie komunikowania parawerbalnego mogą być przyczyną błędnej interpretacji przekazu, intencji czy emocji rozmówcy (np. pacjent mówi szybko i podniesionym głosem, choć nie jest na lekarza zdenerwowany). Mogą też wywoływać irytację (sposób mówienia inny od preferowanego w danej kulturze

odbierany jest zazwyczaj jako denerwujący) albo zwiększać ryzyko stygmatyzacji (obcy akcent „innego”).

Niezależnie od różnic pomiędzy nawykami w zakresie komunikowania parawerbalnego należy pamiętać o jednym – niewskazane jest mówienie do zagranicznego pacjenta głośniejszym głosem niż do pozostałych chorych oraz przesadne akcentowanie wyrazów. Nie ułatwi to zrozumienia komunikatu, a może być odebrane jako agresja. Wskazane jest natomiast zwolnienie tempa i wyraźna artykulacja.

Bariery w komunikowaniu niewerbalnym

Problemy z interpretacją intencji rozmówcy i wysyłanego przez niego komunikatu dotyczą również komunikowania niewerbalnego, przy czym paradoksalnie właśnie ten obszar może być powodem większych nieporozumień, bo wiele osób nie zdaje sobie sprawy lub też nie przywiązuje wagi do występujących w nim różnic.

Największym problemem w przekazie niewerbalnym są emblematy, czyli gesty zastępujące słowa, które z reguły mają bardzo ograniczone przestrzenne znaczenie i już w sąsiednim kraju mogą być zupełnie inaczej interpretowane. Słynnym przykładem nieprzyjemności wynikających z nieprawidłowego użycia emblematy jest historia prezydenta Nixona – podczas swojej wizyty w Ameryce Południowej pokazał słuchającym go gościom znak „O.K” [5], który w tym regionie stanowi bardzo obraźliwy, wulgarny symbol (podobnie interpretowany jest ten symbol również w Grecji, natomiast np. w Japonii oznacza pieniądze) [24]. Badania porównawcze prowadzone w 20 krajach wykazały, że np. Amerykanie rozumieją jedynie dwa z dwudziestu najpopularniejszych gestów japońskich [5]. Odmienności mogą też dotyczyć różnych grup etnicznych mieszkających w tym samym kraju (np. badania prowadzone w RPA udowodniły, że czarni i biali mieszkańcy zupełnie inaczej interpretują poszczególne symbole) [25]. Mając kontakt z cudzoziemcami lepiej zatem ograniczać użycie emblematów.

Innym zagrożeniem jest sytuacja, gdy jakiś gest postrzegany przez nas jako zupełnie neutralny, w kulturze rozmówcy ma określone znaczenie. Przykładem takiej sytuacji może być historia brytyjskiego wykładowcy, który miał zwyczaj siadać z nogami na stole. Podczas wizyty na uczelni w Kairze to zachowanie spowodowało poważny konflikt (doszło nawet do studenckich protestów) [26], gdyż w kulturze islamskiej pokazanie drugiej osobie podeszwy buta uchodzi za ogromną obrażę. Tego typu zagrożenia nie jesteśmy w stanie do końca przewidzieć, na wszelki

wypadek jednak lepiej powstrzymać się od wszelkich zachowań, które w naszej kulturze akceptowane są raczej w sytuacjach nieformalnych.

Pewnym utrudnieniem w praktyce medycznej mogą być odmienności gestów używanych do ilustrowania bólu. Przykładowo turecki pacjent na pytanie „Gdzie Pana boli?” nie wskaże lekarzowi palcem konkretnego miejsca na ciele, tylko wykona okrężny ruch ręką np. na wysokości piersi lub brzucha [27]. Wynika to z odmiennego podejścia do ciała i choroby, które w kulturach niezachodnich postrzegane są holistycznie.

Ważnym elementem, o którym należy pamiętać, jest proksemika – czyli relacje przestrzenne. Zgodnie z teorią zaproponowaną przez Edwarda Halla poszczególne kultury różnią się m.in. podejściem do przestrzeni, preferując albo przestrzeń zamkniętą/dzieloną albo otwartą/wspólną [28]. Odmienne w różnych regionach świata są też nawyki dotyczące preferowanej odległości, w jakiej znajdować powinien się rozmówca. Generalnie osoby wychowane w przestrzeniach zamkniętych/podzielonych mają szerszą strefę osobistą i wolą, gdy dystans między rozmówcami jest większy. Należy też pamiętać, że wynikające z naszego postrzegania przestrzeni „ulepszenia” przez osoby wychowane w innej kulturze, niekoniecznie muszą być postrzegane pozytywnie. Dobrą ilustracją takiej rozbieżności może być reakcja osoby pochodzącej z kraju arabskiego wizytującej pewien niemiecki dom starców. Osoba ta nie mogła pojąć, jak można kazać pensjonariuszom mieszkać w pojedynczych pokojach, zamiast w kilkuosobowych salach, w których przecież „czuliby się mniej samotnie”. Dla niemieckiego personelu placówki taka ocena uznawanych za luksus „jedynek” była zdumiewająca (relacja pracowników placówki prowadzonej w Kolonii).

Istotnym problemem w komunikowaniu międzykulturowym może być też haptyka, czyli dotyk. Poszczególne kraje i regiony charakteryzują się innym poziomem akceptacji dotyku, przy czym istotna jest zarówno charakterystyczna dla danej kultury częstotliwość dotyku, jak i wiedza: kogo, gdzie i w jakiej sytuacji można dotykać. Analizując materiał porównawczy, zauważono, że osoby wychowane w krajach śródziemnomorskich podczas godzinnej rozmowy dotknęły się około 100 razy (w przypadku Amerykanów było to 3-5 razy, a Skandynawowie nie dotknęli się wcale) [12]. Oczekiwania pacjentów w tym zakresie będą zależeć od kraju pochodzenia, przy czym dodatkowo mogą obowiązywać ograniczenia dotyczące poszczególnych części ciała (np. Wietnamczycy unikają dotykania barków) [11]. Relacja lekarz-pacjent jest specyficzną sytuacją, w której przyzwolenie na dotyk jest znacznie większe, jednak i tutaj mogą się pojawić problemy w przypadku naruszenia jakiegoś tabu – np. badanie kobiety przeprowadzane przez mężczyznę (problemy takie od lat sygnalizowane są w publikacjach i raportach na

temat uchodźców z Czeczenii). Warto też pamiętać, że osoby przyzwyczajone do większej częstotliwości dotyku mogą mieć zwiększoną jego potrzebę, a jego brak odbiorą jako chłód czy brak troski/zainteresowania (w rozmowach z migrantami powtarzają się często zarzuty zbyt sterylnej i zdehumanizowanej służby zdrowia, brak dotyku może być jednym z elementów przyczyniających się do takiej oceny). Zarzuty nadmiernej sterylności wynikają też, rzecz jasna, z różnic związanych z percepcją przyczyn chorób. Charakterystyczne dla kultury Zachodu przypisywanie kluczowego znaczenia patogenom (bakterie, wirusy, szkodliwe substancje), nie jest oczywiste w innych kulturach.

Potencjalnym źródłem nieporozumień jest też kontakt wzrokowy. Podobnie jak w przypadku haptyki ważna jest wiedza dotycząca jego stosowania (kto, komu, jak długo, w jakiej sytuacji może patrzeć w oczy). Niedostateczny kontakt wzrokowy może zostać oceniony jako nieśmiałość czy fałsz, nadmierny zaś jako beczelność i agresja. W państwach islamskich funkcjonuje nawet pojęcie „cudzołóstwa oczu”, jeśli niepołączeni relacją rodzinną mężczyzna i kobieta patrzą sobie w oczy dłużej niż dwie sekundy [12]. Z tego powodu polskie pielęgniarki pracujące w Arabii Saudyjskiej otrzymały zalecenie, aby podczas rozmowy z lekarzem czy pacjentem opuszczać wzrok [15].

Sporym problemem w relacjach z zagranicznym pacjentem może być chromemika, czyli stosunek do czasu. Osoby wychowane w kulturach polichromicznych/synchronicznych bardziej od czasu cenią sobie międzyludzkie relacje. Wynika z tego trudność z przystosowaniem się do charakterystycznego dla kultury monochromicznej/synchronicznej przywiązania do punktualności oraz harmonogramów [29]. Ta różnica jest, zdaniem Andrzeja Szyrwińskiego, koordynatora świadczeń dla uchodźców, jednym z istotniejszych utrudnień w leczeniu migrantów z Afryki i Czeczenii, którzy często pojawiają się u lekarza w innym terminie (odmowę wykonania badania traktując jako niechęć) i nie przestrzegają zaleceń odnośnie pór zażywania leków (na podstawie wywiadu autorki z Andrzejem Szyrwińskim, koordynatorem opieki medycznej dla uchodźców przy szpitalu CSK MSWiA. Wy tłumaczenie zagranicznemu pacjentowi, dlaczego ważne jest przestrzeganie terminów, stanowi istotny warunek skutecznej terapii.

Podobnie jak podczas komunikowania werbalnego również w przypadku komunikowania niewerbalnego pojawić się mogą różnice dotyczące poziomu ekspresji. Jeśli imigrant pochodzi z kultury ekspresyjnej [16] mamy do czynienia z pacjentem o bogatej gestykulacji, żywej mimice, ruchliwości, częstym dotyku, głośnym i egzaltowanym sposobem mówienia oraz tendencją do wyolbrzymiania (np. kraje romańskie). Dobrze wówczas również pokazać emocje, bo chłodny profesjonalizm odebrany zostanie jako niechęć lub brak zainteresowania.

Warto pamiętać, że podczas rozmowy tłumaczonej należy używać bardziej wyrazistej mimiki i gestykulacji, aby komunikat przechodził też kanałem niewerbalnym, co zwiększy szanse na jego prawidłowe zrozumienie. W trakcie takiej rozmowy lekarz nie powinien zwracać się do tłumacza, ale bezpośrednio do pacjenta, z którym cały czas utrzymuje kontakt wzrokowy.

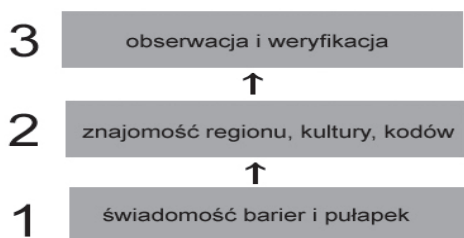
W miarę możliwości dobrze dodatkowo wizualizować swoje wypowiedzi przy pomocy grafik. W ramach projektu „Fit for Diversity Skills” dofinansowano w Niemczech przygotowanie materiałów pomocniczych, które mogą być użyte jako materiał podczas rozmowy z zagranicznym pacjentem. Materiały są dostępne na stronie www.fit-for-diversity-skills.de, w dużym stopniu bazują na rysunkach, choć przeważnie zawierają też tekst, który przetłumaczono na kilka języków (różne języki przy różnych kategoriach materiałów). W wielu przypadkach dostępna jest wersja polska, przeważnie jest też wersja angielska i rosyjska, w związku z czym materiały te mogą być w dużym stopniu wykorzystywane również przez polskie służby medyczne (w bibliografii linki do pobrania poszczególnych materiałów). Online dostępne są np. piktogramy ułatwiające komunikację z uchodźcami [30], formularz na temat stanu zdrowia pacjenta, przebytych chorób i dotychczasowym przebiegu leczenia przygotowany w 17 językach [31], kalendarz szczepień w 20 językach [32] oraz instrukcja przyjmowania leków – w 24 językach z czytelnymi ilustracjami, które w zrozumiały sposób pokazują np., czy dany lek należy wziąć przed, w trakcie czy po posiłku [33]. Uzupełnieniem tego typu opracowań są bogato ilustrowane wydawane zazwyczaj w 4 lub 6 wersjach językowych materiały na temat poszczególnych zagadnień – np. komiksowy poradnik z zakresu pielęgnacji niemowląt [34] oraz informatory na temat konkretnych chorób, np.: gruźlicy [35], wirusowego zapalenia wątroby typu B [36] czy zakażenia wirusem HIV [37].

Podsumowanie

Istotnym elementem diagnozy jest wywiad z pacjentem, co w przypadku chorego cudzoziemca może być trudne – szczególnie gdy mamy do czynienia z zaburzeniami psychicznymi, ale nie tylko. Od jakości międzykulturowego komunikowania zależy też stosunek pacjenta do lekarza oraz zaleconej przez niego terapii. W związku z tym dobre rozumienie pacjenta przez lekarza i lekarza przez pacjenta w dużym stopniu decyduje o skuteczności leczenia.

Świadomość omówionych powyżej barier i pułapek jest podstawą dobrego komunikowania. Kolejnym krokiem będzie pogłębiona wiedza na temat specyfiki

określonych krajów czy regionów (przyswajana zależnie od prawdopodobieństwa spotkania pacjenta z danej kultury). Trzecim krokiem powinna być obserwacja rozmówcy i weryfikacja wskazówek teoretycznych w oparciu o jego zachowanie (patrz rys. 5).



Rysunek 5. Trzy kroki do podniesienia międzykulturowych kompetencji komunikacyjnych, źródło: opracowanie własne.

Badania na temat kultur dostarczają istotnych informacji i pozwalają wychwycić pewne tendencje, mogą być jednak pewnym uproszczeniem, gdyż charakter i preferencje człowieka stanowią wypadkową różnych czynników. W związku z tym, doceniając wyniki badań i teorii tworzonych przez antropologów kulturowych, warto zachować czujność. Najskuteczniejszym narzędziem takiej wytężonej uwagi będzie obserwacja zachowania pacjenta oraz wysyłanych przez niego informacji zwrotnych. Jeśli osoba, z którą rozmawiamy, cofa się, zwiększając dystans, to widocznie taki zwiększony dystans preferuje, choćby teoria mówiła nam, że w danym kraju powinien być skrócony. Wynik obserwacji pozwala nam na wprowadzenie modyfikacji do własnego zachowania – nie przesuwamy się bliżej „goniąc” rozmówcę, tylko staramy się na przyszłość utrzymać większą odległość.

Rozmawiając z cudzoziemskim pacjentem, warto w miarę możliwości unikać sytuacji, w której rozmowie przysłuchują się postronne osoby. Z badań prowadzonych wśród migrantów wynika, że szczególnie stresujące jest dla nich komunikowanie się w miejscach publicznych. Podniesiony poziom stresu zwiększa ryzyko popełnienia błędu, każdy kolejny błąd jeszcze bardziej podnosi poziom stresu, a ten ponownie zwiększa ryzyko błędu... Mamy w tym przypadku do czynienia ze swoistą spiralą prowadzącą do znacznego obniżenia się kompetencji komunikacyjnych rozmówcy [38].

W związku z tym duże znaczenie dla skutecznej komunikacji z zagranicznym pacjentem ma zbudowanie pozytywnej relacji. Może się do niej przyczynić nawet taki szczegół jak poprawne wymawianie nazwiska zagranicznego pacjenta (w zorganizowanym przez niemieckich badaczy fokusie na temat relacji z lekarzami zwracano uwagę na ten element) [39]. Elementem niwelującym bariery na linii

lekarz-pacjent może być też deklaracja lekarza, że postara się mówić jak najbardziej zrozumiale, co przesuwa ciężar problemów komunikacyjnych z pacjenta na lekarza i w jakimś sensie odciąża pacjenta psychicznie. Istotne znaczenie z punktu widzenia poziomu stresu badanego ma również unikanie tematów tabu. Np. w przypadku pacjentów z krajów muzułmańskich, źle widziane jest rozmawianie o problemach rodzinnych i intymnych (szczególnie gdy lekarz jest innej płci), negatywnie odbierane jest pytanie o stan cywilny – ze względu na ewentualne „piętno niezamężności”, a pytanie niezamężnej Muzułmanki o posiadanie dzieci uchodzi za obraźliwe [40]. Oczywiście nie zawsze możliwe jest unikanie wszystkich tego typu obszarów. Przykładowo jeśli pacjent za wstydlive uważa procesy fizjologiczne dotyczące ludzkiego ciała (np. Turczynka niechętnie będzie mówić o takich elementach jak odejście wód u ciężarnej, wypróżnienie, wymioty) i sam o nich nie wspomni, to brak pytania ze strony lekarza może utrudnić diagnozę. Problemem może być odmienne podejście do choroby i śmierci. W kulturach nastawionych na harmonię źle postrzegane jest informowanie pacjenta o prawdopodobieństwie szybkiego zgonu czy zdiagnozowaniu nieuleczalnej choroby. Rodziny nie przekazują/nie tłumaczą chorym złych wiadomości i mogą mieć pretensje do lekarza, który takiej informacji udzielił (zdarzają się nawet sprawy sądowe, np. w Niemczech rodzice oskarżyli szpital, ponieważ lekarze wbrew ich woli poinformowali syna o zaawansowanej chorobie nowotworowej, co – ich zdaniem – przyczyniło się do jego śmierci) [21].

W celu zminimalizowania ryzyka pomyłki warto upewnić się, czy dobrze zrozumieliśmy pacjenta poprzez parafrazowanie jego wypowiedzi i zadawanie pytań sprawdzających, a także zachęcanie pacjenta do zadawania pytań i powtórzenia najważniejszych konkluzji własnymi słowami (szczególnie duże znaczenie ma to w przypadku pacjentów z kultur wysokokontekstowych, gdyż – jak już wspomnieliśmy – unikają oni konfrontacji oraz kultur kolektywistycznych, gdyż z reguły stawiają oni mniej pytań

O ile to możliwe, lepiej nie stawiać pytań zamkniętych typu „Bierze pan eutirox?”, bo trzeba na nie odpowiadać „tak/nie”, co dla osób wychowanych w kulturach wysokokontekstowych (gdzie należy unikać „nie”), może być trudne. Przy tego typu pytaniach większe jest też prawdopodobieństwo, że nie zauważymy, kiedy pacjent nas źle zrozumiał.

Zabiegiem zwiększającym szanse na wzajemne zrozumienie może być zastosowanie stylu komunikowania lekarza do stylu komunikowania pacjenta. Istotnym elementem jest tu również odpowiedni styl narracji, w którym nawiązujemy do języka i pojęć zrozumiałych dla odbiorcy.

Przygotowując się do kontaktu z zagranicznym pacjentem, warto pamiętać, że wysiłek musi być obustronny. Również imigranci i przedstawiciele mniejszości

powinni dostosować się do istotnych dla nas zasad. W tym celu jednak muszą je zrozumieć, a przede wszystkim uświadomić sobie, dlaczego takie, a nie inne zachowanie jest istotne. Dlatego ważne jest cierpliwe objaśnianie obowiązujących u nas norm – np. osobie wychowanej w kulturze polichronicznej warto wytłumaczyć, dlaczego punktualność jest w polskich placówkach medycznych warunkiem wizyty, a romskiemu pacjentowi uświadomić, dlaczego przyście z wizytą całej rodziny, może być źle widziane przez innych leżących na sali pacjentów.

O powodzeniu międzykulturowej komunikacji/relacji zadecyduje ostatecznie (zarówno u lekarza jak i u pacjenta) gotowość wyjścia poza wspomniany własny obszar doświadczeń oraz umiejętność wyobrażenia sobie, jak myśli i co czuje nasz rozmówca.

Piśmiennictwo

1. www.udsc.gov.pl, data pobrania 14.05.2015.
2. www.stat.gov.pl, data pobrania 14.05.2015.
3. *Polityka migracyjna Polski – stan obecny i postulowane działania*, Departament Polityki Migracyjnej MWiA, Warszawa 2011.
4. Goban-Klas T., *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy prasy, radia, telewizji i Internetu*, PWN, Warszawa 2005.
5. Szopski M., *Komunikowanie międzykulturowe*, WSiP, Warszawa 2005.
6. Dietrich A., *Praxis interkulturell. So klappt's auch mit Migranten*, <http://www.allgemeinarzt-online.de/a/1586255>.
7. Rejmer-Ronowicz Z., *Prowadzenie rozmowy doradczej*, (w:) *Podejście wielokulturowe w doradztwie zawodowym*, Piegat-Kaczmarczyk M., Rejmer-Ronowicz Z., Smoter B., Kownacka E. (red.), Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Kraków 2007, 73-75.
8. von Schlippe A., El Hachimi M., Jürgens G., *Multikulturelle systemische Praxis. Ein „Reiseführer“ für Beratung, Therapie und Supervision*, Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2008.
9. Daniela Bröhl, *Meine Leber brennt*, Schmerztherapie nr 1/2010, 3
10. Zaśko-Zielińska M., *Polska i Indie – działalność stowarzyszenia Sataya Sai Baby*, (w:) *Wielokulturowość w języku*, „Język a Kultura”, Dąbrowska A., Burzyńska-Kamieniecka A. (red.), Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2006, t. 18, 111-112.
11. Płaszewska-Żywko J., *Model Joyce Newman Giger i Ruth Eleine Davidhizare*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułał E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 206-207.
12. Kubitsky J., *Psychologia migracji*, Difin, Warszawa 2012.
13. Schumacher J. F., Ward T., *Cultural Cognition and Psychopathology*, Prager, Westport 2001.

14. Skulski P., *Uwarunkowania komunikacji werbalnej i niewerbalnej w marketingu międzynarodowym*, (w:) *Kultura jako wyzwanie i uwarunkowanie procesu komunikacji*, Matysiak A., Borys T., Lichtarski J., Nowicki A., i wsp. (red.), Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2008, 126.
15. Marcinkowski J. T., *Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kula E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red), Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 170.
16. Gesteland R. R., *Różnice kulturowe a zachowania w biznesie*, PWN, Warszawa 2000.
17. Hall E.T., *Poza kulturą*, PWN, Warszawa 1984.
18. *Kommunikation im medizinischen Alltag, Ein Leitfaden für die Praxis*, Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf 2015, <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf>, 58.
19. *Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung* (Praxisratgeber erstellt vom bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, Unterrarbeitsgruppe Krankenhaus), https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Das_kultursensible_Krankenhaus_09-02-2015.pdf?__blob=publicationFile&v=17, 42.
20. *Die Sprache steht am Anfang vieler Schwierigkeiten*, http://www.gemeindedolmetschendienstberlin.de/fileadmin/user_upload/pdf/Forum_2007-3_Carsten_Direske.pdf.
21. Ilkic I., *Medizinethische Aspekte im Umgang mit muslimischen Patienten*, http://uni-medizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/kultur_gesundheit/Dokumente/ilkic_medizinethische_aspekte.pdf.
22. *Kultursensible Kommunikation mit DocCards Taschenkarten gegen Sprachbarrieren*, Westfälisches Aerzteblatt07/14Fortbildung, http://fit-for-diversity-skills.de/uploads/media/Artikel_Aerzteblatt.pdf.
23. Hampden-Turner Ch., Trompenaars F., *Siedem wymiarów kultury. Znaczenie różnic kulturowych z działalności gospodarczej*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2012.
24. Wołowik W., *Język ciała międzynarodowy*, Atlas III, Kraków 1998.
25. Brits K., Cichocka A., *Zróznicowanie przekazów niewerbalnych w społeczeństwie wielokulturowym – przykład Afryki Południowej*, (w:) *Komunikowanie międzykulturowe – szanse i wyzwania*, Isański J. (red.), Wyd. Naukowe UAM, Poznań 2009, 53-55.
26. Głodowski W., *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2001.
27. *Interkulturelle Kompetenz In Kliniken*, Schrifreihe, Migration und Arbeitswelt, nr 83/2011, 20.
28. Hall E.T., *Ukryty wymiar*, PIW, Warszawa 1978.
29. Hall E.T., *Bezgrośny język*, PIW, Warszawa 1987.
30. http://www.medi-bild.de/pdf/asyl/Gesundheitsheft_Asyl.pdf.
31. <http://www.medknowledge.de/migration/tipdoc/anamnesebogen.htm>.
32. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/Downloads-Impfkalender/Impfkalender_Alle.pdf?__blob=publicationFile.
33. http://www.medi-bild.de/pdf/tipdoc_Therapie3.pdf.
34. <http://www.medi-bild.de/hauptseiten/baby-tip.html>.
35. <http://www.pneumologie.de/dzk/patientenservice.html>.

36. http://www.medi-bild.de/pdf/hepatitis/Hep_B_Webseite.pdf.
37. http://www.medi-bild.de/pdf/hiv/HIV%20ESP_Webseite.pdf.
38. Jaroszevska E., *Migracje i zdrowie – uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej*, Aspra-Jr, Warszawa 2013.
39. Gerlach H., Abholz H-H., Koc G., Yilmaz M., Becker N., *Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden*, *Zeitschrift fuer Allgemeinmedizin*, <https://www.online-zfa.de/article/ich-moechte-als-migrant-auch-nicht-anders-behandelt-werden/originalarbeit-original-papers/y/m/1144>.
40. May S., *Kulturelle Vielfalt. Das Gleiche muss nicht dasselbe sein*, <http://www.allgemeinarzt-online.de/a/1733685>.

Monika Banaszczyk, Błażej Kmieciak

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM DOŚWIADCZAJĄCYM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Podstawową decyzją emocjonalną w stosunku do drugiego człowieka jest decyzja zbliżenia się do niego lub oddalenia.

Prof. Antoni Kępiński

W pracy pracowników ochrony zdrowia pojawiają się różnego rodzaju trudności utrudniające proces komunikacji z pacjentem. Mogą one wynikać z jego zaburzeń psychicznych i jest to poważna bariera w efektywności działań pomocowych i terapeutycznych. Dlatego w poniższym rozdziale będzie można odnaleźć informacje na temat tego, czym są zaburzenia psychiczne i jak wpływają na komunikację, na co powinno się zwrócić uwagę w kontakcie z osobą z tego typu problemami. Przedstawione zostaną także aspekty prawne ważne dla zawodu lekarza, ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii. To istotne, gdyż wyobrażenia o kontaktowaniu się z osobami z zaburzeniami i chorobami psychicznymi są często mitologizowane, nasycone lękiem, przesadnie eksponuje się zagrożenia i anegdotyczne historie nasycone obrazem szaleństwa, w końcu w ogóle poddaje się w wątpliwość możliwość porozumiewania się z osobą „nie w pełni władz umysłowych”. Nieśluszenie, gdyż efektywna komunikacja – choć trudna – jest nie tylko możliwa, ale także po prostu niezbędna. Istotne jest tylko zachowanie pewnych zasad i świadomość istniejących barier, z czego powinien sobie zdawać personel medyczny, jednocześnie pamiętając, że już na etapie leczenia ważne jest (...) *promowanie pozytywnego wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi, zapobiegające ich stygmatyzacji i marginalizacji* [1].

Zaburzenia psychiczne

Zajmując się aspektem komunikacji z pacjentem szpitala psychiatrycznego, trzeba na początku wiedzieć, czym są zaburzenia psychiczne i w jaki sposób się dzielą. Na użytek praktyki pracowników służby zdrowia można przyjąć, że zaburzenia psychiczne to *ogół zaburzeń czynności psychicznych i zachowania, które są przedmiotem zainteresowania (...) psychiatrii klinicznej* [2]. Dzieli się je na zaburzenia psychotyczne, tzw. psychozy: stany chorobowe związane z występowaniem omamów, urojeń, zaburzeń świadomości, emocji, nastroju i myślenia, oraz zaburzenia niepsychotyczne: nerwice, upośledzenie umysłowe, zaburzenia osobowości, uzależnienia, część dewiacji seksualnych i zaburzeń psychotycznych. Warto jednak podkreślić, że podział ten nie jest ścisły, gdyż mogą niekiedy pojawić się objawy psychotyczne w przebiegu niektórych zaburzeń niepsychotycznych [2].

W medycynie funkcjonuje wiele klasyfikacji chorób i zaburzeń, przy czym aktualnie w praktyce w Polsce w odniesieniu do zaburzeń psychicznych wykorzystuje się przede wszystkim dwie. Pierwszą z nich jest klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – obecnie w użyciu jest jeszcze wersja czwarta DSM-IV, choć aktualnie wchodzi w życie wersja piąta – DSM-V) [3], która jest wykorzystywana przede wszystkim przez klinicystów w Stanach Zjednoczonych, ale jej kryteria diagnostyczne uwzględnia się także w Europie, ze względu na jej specyficzne przeznaczenie dla celów psychiatrycznych. Kryteria opisu chorób i zaburzeń obejmują pięć wymiarów diagnostycznych, zwanych osiami: I – zaburzenia kliniczne, II – zaburzenia osobowości, zaburzenia rozwojowe, III – stany ogólnomedyczne, IV – problemy psychospołeczne i środowiskowe, V – poziom przystosowania [4].

W Polsce w opisie zaburzeń psychicznych istnieją odwołania do DSM-IV (a obecnie także do DSM-V), zaś obowiązującą klasyfikacją chorobową dla celów epidemiologicznych, statystycznych i klinicznych jest klasyfikacja WHO ICD (*International Classification of Diseases* – obecnie jeszcze ICD-10, choć został uruchomiony proces implementacji ICD-11). To druga z najbardziej użytecznych dla celów psychiatrycznych klasyfikacji.

Klasyfikacja ICD-10 dzieli zaburzenia psychiczne na jedenaście kategorii:

- F00-F09 – organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi;
- F10-F19 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych;
- F20-F29 – schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe;

- F30-F39 – zaburzenia nastroju (afektywne);
- F40-F48 – zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną;
- F50-F59 – zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi;
- F60-F69 – zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych;
- F70-F79 – upośledzenie umysłowe;
- F80-F89 – zaburzenia rozwoju psychicznego;
- F90-F98 – zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym;
- F99 – nieokreślone zaburzenia psychiczne.

Należy również wspomnieć, że klasyfikacja ICD-10 obejmuje również dwa aneksy: pierwszy dotyczy tymczasowych kryteriów dla wybranych zaburzeń, drugi zaś zaburzeń specyficznych kulturowo [5].

Komunikowanie się

Pojęcie komunikacji jest znane każdemu człowiekowi. Instynktownie można wyczuć czym jest, jednak warto zapoznać się z naukową definicją, która powstała na podstawie analizy znaczenia komunikacji. *Komunikowanie jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki* [6]. Trzeba jednak dodać, że proces nabywania każdej umiejętności, w tym również komunikacji, wiąże się nie tylko z poznaniem tego, jak powinna wyglądać, co jest celem, ale również świadomością trudności, jakie możemy spotkać. Marta Makara-Studzińska wyróżniła pięć płaszczyzn, które mogą być powodem problemów w komunikowaniu się:

1. Zakłócenia w nadawaniu informacji – trudność występuje po stronie nadawcy. Przekazywane informacje są niejasne, niekiedy sprzeczne. Nadawca dokonuje selekcji przekazywanych treści. Powodem takiego zachowania może być lęk przed odrzuceniem, związany z informacjami nieakceptowanymi społecznie. Jednocześnie warto pamiętać, że zbytńia wylewność nadawcy może wywołać poczucie zagrożenia u odbiorcy, co może skutkować wycofaniem z kontaktu;
2. Przekazywanie komunikatów sprzecznych wewnętrznie – ponownie trudność jest związana z nadawcą komunikatu. Polega ona na braku spójności między komunikatem werbalnym a niewerbalnym;

3. Zakłócenia w odbiorze informacji – tym razem trudności pojawiają się u odbiorcy komunikatu. Mogą być one związane z brakiem koncentracji, jak również wybiórczą uwagą i słyszeniem tego, co jest zgodne z oczekiwaniami;
4. Sytuacyjne zniekształcenia informacji – trudność związana z warunkami czasowymi i przestrzennymi. Hałas, pośpiech oraz emocje mogą wpływać na przekazywanie oraz odbiór informacji, co prowadzi do jej zniekształcenia i niezrozumienia się rozmówców;
5. Niepartnerski styl porozumiewania się – związany z nadmierną koncentracją na sobie lub na współrozmówcy. Pierwsze skutkuje lekceważeniem partnera rozmowy, drugie zaś rezygnacją z siebie, brakiem możliwości wyrażania własnych emocji i uzyskiwania informacji zwrotnych [7].

Podsumowując, aby rozmowa z pacjentem była jak najbardziej efektywna, musimy pamiętać o sprzyjających warunkach, jak również o własnych oczekiwaniach – nie mogą one przesłaniać przekazu, jaki do nas dociera. Niezwykle ważne jest również to, że pacjent może czuć się niesymetrycznie w relacji. Konieczne do uwzględnienia, w szczególności podczas rozmów z pacjentami szpitali psychiatrycznych, są zaburzenia, jakie u nich mogą występować.

Zaburzenia psychiczne i ich wpływ na komunikację

Wśród pacjentów możemy spotkać się z różnymi rodzajami zaburzeń, które mogą skutkować utrudnieniami w komunikacji, są to zaburzenia: spostrzegania, myślenia, uwagi, pamięci, aktywności ruchowej, woli i aktywności złożonej, uczuć, świadomości, nawyków i popędów oraz podstawowe zespoły psychopatologiczne. Poniżej pokrótce omówimy każde z nich wraz z podkreśleniem, jakie problemy mogą wystąpić w komunikacji z pacjentem.

Zaburzenia spostrzegania możemy podzielić na dwie grupy: złudzenia oraz omamy. Pierwsze, zwane również iluzjami [10], to błędne rozumienie [8] lub zniekształcenia związane z postrzeganiem zewnętrznego bodźca, który jest konieczny do ich zaistnienia. Omamy, czyli inaczej halucynacje, to fałszywe spostrzeganie zewnętrznego bodźca. Dotyczy ono wszystkich zmysłów. Wyróżniamy również omamy rzekome, pseudohalucynacje. Bodźce nie pochodzą z zewnątrz, chory uważa je za obecne wewnątrz umysłu [9].

Wpływ zaburzeń spostrzegania na komunikację może dotyczyć przede wszystkim zgłaszania problemów lub zdarzeń, które nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Może zająć konieczność weryfikacji prawdy poprzez zadawanie pytań

nie tylko pacjentowi, ale również jego rodzinie lub innym osobom, które się nim opiekują.

Zaburzenia myślenia dotyczą trzech aspektów: treści, toku, logicznego charakteru. Na zaburzenia treści składają się urojenia, idee nadwartościowe, myśli natrętne. Urojenia dotyczą silnego przekonania o prawdziwości jakiegoś zdarzenia, odczucia. Są one nieprawdziwe, pacjenci zaś nie reagują na perswazję. Idee nadwartościowe to tzw. przekonania nieakceptowane w kulturze [10], pewne wzorce myślenia [8], które mają nadmierny wpływ na zachowanie danej osoby. Obsesje, czyli myśli natrętne, dotyczą powracających myśli, wyobrażeń i obaw. Często współwystępują z zachowaniami kompulsywnymi. Zaburzenia logicznego charakteru myśli mogą przyjmować cztery postaci. Pierwsza z nich to paralogika, czyli posługiwanie się własnymi, specyficznymi zasadami logicznymi. Kolejna to myślenie dereistyczne – myśli nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości, często są absurdalne. Myślenie magiczne dotyczy związków przyczynowo skutkowych. Związki między zjawiskami nie są realne. Ostatni, czwarty rodzaj zaburzeń, to ambivalencja myślenia, czyli współwystępowanie myśli, które są sprzeczne [9].

Zaburzenia toku myślenia dzielą się ze względu na: ilość, tempo, strukturę. Zaburzenia ilości dotyczą: mutyzmu, czyli całkowitego braku komunikacji, alogii – ubóstwa ilości i treści, słowotoku – znaczna ilość słów i chaotyczna, zmienna tematyka wypowiedzi. Przy omawianiu tempa myślenia możemy wyróżnić dwa jego rodzaje. Pierwszy to spowolnienie myśli. Najczęściej występuje u osób chorujących na schizofrenię, choroby organiczne, zaburzenia świadomości. Jest związane z alogią. Jego przeciwieństwem jest goniłwa myśli, związana ze słowotokiem. Wśród zaburzeń struktury myślenia wstępuje: rozkojarzenie myślenia (wypowiedzi) – utrata spójności związana z nielogiczną zmianą wątków wypowiedzi, drobiazgowość, czyli wtrącanie nieistotnych szczegółów i dygresji; perseweracje – wielokrotne powtarzanie tych samych słów i zdań, werbigeracje, związane z powtarzaniem słów o podobnym brzmieniu, bez logicznego powiązania; inkoherencję myślenia – brak spójności; echolalia, czyli bezwiedne powtarzanie słów i zdań [9].

Wpływ zaburzeń myślenia na komunikację jest oczywisty. Przede wszystkim w przypadku zaburzeń tempa i ilości myślenia – podobne tempo i ilość będą przedstawiały wypowiedzi pacjenta. Również struktura, sposób myślenia będą wpływały na wszelkie komunikaty. Podobnie jak w przypadku złudzeń i omamów, przy występowaniu urojeń, idei nadwartościowych może być konieczny szerszy wywiad, aby móc skonfrontować z prawdą to, co mówi pacjent. Wielokrotnie może się okazać konieczne: zadawanie tych samych pytań, łączenie zdawkowych odpowiedzi w całość, dokonywanie selekcji wypowiedzi. Niewątpliwą pomocą jest wcześniejsza znajomość historii choroby pacjenta, jak również jego samego.

Kolejna grupa zaburzeń dotyczy uwagi. Możemy wśród nich wyróżnić zaburzenia koncentracji uwagi, która wiąże się z mniejszą zdolnością do skupienia na określonym zadaniu. Również należą do nich zaburzenia przerzutności uwagi. Może być ona nadmierna, powodująca chaotyczne zmienianie obiektu uwagi lub niedostateczna, związana z trudnościami ze zmianą, nawet gdy zaistnieje taka potrzeba [9].

W przypadku pacjentów z zaburzeniami uwagi powinno się przede wszystkim pamiętać o tym, że mogą wystąpić dwa rodzaje problemów: pacjent sam będzie zmieniał temat rozmowy lub będzie miał trudności w jego zmianie. W pierwszym przypadku konieczne jest dbanie o powrót do pierwotnego wątku, przykładowo stosując parafrazę, co najprościej oznacza powtórzenie tego, co powiedział pacjent, używając innych słów. W przypadku trudności ze zmianą tematu ponownie można posłużyć się parafrazą, która pomoże pacjentowi w zamknięciu wątku i odpowiedzi na kolejne pytanie.

Na komunikację z pacjentem psychiatrycznym mają również wpływ zaburzenia pamięci. Mogą być ilościowe – dysmnezje oraz jakościowe – paramnezje. Wśród ilościowych zaburzeń pamięci wyróżniamy hiperamnezję – nadczynność pamięci – oznacza większą niż przeciętnie zdolność do zapamiętywania i odtwarzania informacji. Choć w praktyce klinicznej bywa rzadko spotykana, to warto o niej pamiętać. Niekiedy występuje w efekcie wzburzenia emocjonalnego, przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz u osób z autyzmem dziecięcym lub upośledzeniem umysłowym. Kolejnym zaburzeniem jest hipomnezja, czyli niedoczynność pamięci. Może dotyczyć pamięci świeżej oraz dawnej. Ostatnim zaburzeniem ilościowym pamięci jest amnezja. Dzieli się na amnezję pełną, częściową lub fragmentaryczną. Jest efektem wystąpienia czynnika stresogennego lub biologicznego. Luka pamięciowa jest wypełniana przez pacjentów konfabulacjami, które zostaną omówione. Jakościowe zaburzenia pamięci dotyczą dwóch grup. Na alloamnezje, czyli zniekształcone wspomnienia, iluzje, składają się: złudzenia pamięciowe – wspomnienia zniekształcone w efekcie silnych emocji lub choroby; kryptomnezje – nieuświadomione wspomnienia, które są postrzegane jako aktualne; złudzenia pamięciowe utożsamiające – sytuacje, które nie miały miejsca, są postrzegane jako realne lub wydarzenia znane uznawane jako nowe. Drugą grupą są pseudoamnezje, zwane wspomnieniami rzekomymi: konfabulacje – wypełnianie fałszywymi wspomnieniami luk w pamięci, są one niezwykle barwne i zazwyczaj mało prawdopodobne, dlatego łatwo je rozpoznać; omamy pamięciowe – urojenia rzutowane w przeszłość, czyli jako realne postrzeżenie, które nie miały miejsca [9].

Zaburzenia pamięci pacjenta mogą znacznie utrudnić komunikację i rzutować negatywnie na proces diagnozy. Trudności oczywiście nie wynikają z braku chęci czy oporu, a niemożności dostępu do treści. W wielu przypadkach konieczna

będzie pomoc: osób bliskich, innych lekarzy, pielęgniarek. Warto pamiętać, że jeśli przedmiot zainteresowania lekarza nie jest objęty niepamięcią, jak również nie ma do czynienia z współzaburzeniami, to pacjent będzie w pełni komunikatywny.

Wśród zaburzeń wyróżniamy również te, które dotyczą aktywności ruchowej. Ponownie wyróżniamy wśród nich dwie grupy: ilościowe i jakościowe. Na zaburzenia ilościowe składają się: pobudzenie – chaotyczna, zbyt duża aktywność ruchowa, związana z uczuciem wewnętrznego napięcia; spowolnienie, czyli zmniejszone tempo i ilość aktywności, zaś jego skrajna postać to osłupienie, stupor – bezruch współlistniejący z mutyzmem [9] – znieruchomieniem [8]. Wśród jakościowych rozróżniamy następujące zaburzenia: katapleksja – upadki wywołane nagłą utratą napięcia mięśniowego; katatonia związana z wzrostem spoczynkowego napięcia mięśni, może skutkować zahamowaniem lub pobudzeniem ruchowym; katalepsja – utrzymywanie pozycji ciała nadanej przez inną osobę [9].

Zaburzenia aktywności ruchowej wpływają na komunikację przede wszystkim w sytuacji, kiedy ich efektem jest brak kontaktu z pacjentem: stupor, mutyzm, katatonia, katalepsja.

Kolejną grupą zaburzeń są te, które dotyczą woli i aktywności złożonej. Możemy rozróżnić dwa rodzaje zaburzeń woli. Pierwsze z nich to abolicja [9]. Jest związana z niemożnością rozpoczęcia lub zakończenia czynności [8] celowych, obejmujących codzienne aktywności. Kolejne zaś to ambitendencja, czyli niemożność podjęcia decyzji lub przejawianie sprzecznych zachowań. Zaburzenia aktywności złożonej, jak w kilku poprzednich przypadkach, możemy podzielić na ilościowe i jakościowe. Wśród pierwszych z nich znajdują się: obniżenie aktywności polegające na zmniejszeniu ilości, zakresu i tempa podejmowanych działań; podwyższenie aktywności, czyli podejmowanie zbyt licznych działań, niekiedy również zbyt trudnych; osłupienie. Wyróżniamy pięć zaburzeń jakościowych aktywności złożonej. Pierwsze z nich to odhamowanie, zwane rozhamowaniem. To pojawianie się zachowań nieakceptowanych społecznie w wyniku utraty zdolności do dostosowywania się do norm. Kompulsje [10], czyli natręctwa związane są z wewnętrznym przymusem dotyczącym wykonywania tych samych czynności [6]. Kolejnym zaburzeniem jest negatywizm [10], który może m.in. występować w katatonii [6]. Może być: bierny – niespełnianie poleceń, brak reakcji na oddziaływanie otoczenia; czynny – przeciwstawianie się lub czynienie rzeczy przeciwnych względem prośby, polecenia. Przeciwnieństwem negatywizmu jest automatyzm nakazowy, czyli bezwiedne poddawanie się poleceniom. Ostatnie zaburzenie z tej grupy to dezorganizacja zachowania – utrata umiejętności podejmowania i doprowadzania do końca celowych działań [9].

Wśród zaburzeń woli i aktywności złożonej znajdziemy takie, które mogą mieć podobny wpływ na komunikację, jak zaburzenia myślenia. Dotyczy to przede wszystkim tych, które należą do zaburzeń ilościowych. Jednakże w przypadku występowania negatywizmu pacjent może nie chcieć się komunikować, mimo takiej możliwości. Warto w takim przypadku ponownie skorzystać z pomocy. Mogą również pojawiać się trudności ze spójnością i kończeniem wypowiedzi. Zadawanie kolejnych pytań, w tym uszczegóławiających, powinno być pomocne.

Równie ważne w komunikacji z pacjentem są zaburzenia uczuć. Warto zacząć od tego, że są one związane z nastrojem, który może być obniżony – negatywne postrzeganie rzeczywistości, obniżona samoocena, przygnębienie; lub podwyższone – przesadnie dobre samopoczucie. Pierwszy z nich występuje w depresji, drugi zaś w manii. Również wśród zaburzeń związanych z emocjami znajduje się strach i lęk. Strach jest związany z poczuciem zagrożenia, które może wystąpić realnie [9]. Natomiast lęk to stan niepokoju z powodu przewidywania negatywnych zdarzeń [8]. Zawiera komponent psychiczny i somatyczny. Do zaburzeń związanych z uczuciami należą również zaburzenia afektu. Może być on: spłycony – wypowiedzi oraz ekspresja są zredukowane; stępiony – głębokie zmniejszenie wypowiedzi oraz ekspresji, a nawet jej brak; niedostosowanie, czyli niespójność ekspresji i wypowiedzi z bodźcami pochodzącymi z zewnątrz; chwiejność – zbyt częste zmiany afektu [9].

W przypadku zaburzeń uczuć trzeba zwracać szczególną uwagę na zabarwienie emocjonalne wypowiedzi pacjenta. Pomaga tutaj znajomość historii choroby oraz samego chorego. Kiedy pacjent przejawia negatywne nastawienie w wypowiedziach, warto znaleźć jakiś pozytywny aspekt. U pacjentów z chwiejnością emocjonalną ponownie przydatna może się okazać parafraza, która pozwoli lekarzowi na uporządkowanie aspektu emocjonalnego wypowiedzi.

Zaburzenia świadomości, mimo podziału na jakościowe i ilościowe, bardzo często współwystępują ze sobą. Wyróżniamy trzy rodzaje ilościowych zaburzeń świadomości: senność patologiczna – nadmierna senność występująca bez względu na rytm dobowy, towarzyszą jej spowolnienie oraz problemy z rozpoznawaniem otoczenia; stan przedśpiączkowy, czyli patologicznie głęboki sen, ale przy zachowaniu reakcji na silne bodźce; śpiączka – wyłączenie przytomności. Wśród jakościowych zaburzeń świadomości znajduje się przymglenie świadomości, zwane zmąceniem świadomości. To zaburzenie w orientowaniu się, co do czasu i miejsca, a niekiedy własnej osoby. Mogą mu towarzyszyć omamy, iluzje i urojenia [9].

W przypadku zaburzeń świadomości komunikacja z pacjentem jest zwykle na tyle utrudniona, że informacje ważne dla procesu leczenia powinny pochodzić od rodziny, bliskich, lekarzy i pielęgniarek.

Omawiając zaburzenia nawyków i popędów, trzeba podkreślić, że popędy są potrzebami wrodzonymi, nawyki zaś nabytymi, jednakże mogą mieć siłę motywacyjną równie dużą jak biologiczne. Ich nieprawidłowości objawiają się w podejmowaniu nieracjonalnych działań. Tego typu zachowania mają negatywny wpływ na daną osobę. Szczególną formą tych zaburzeń są impulsy natrętne. Postrzegane są jako niechciane, wywołują lęk i napięcie, lecz nie zawsze prowadzą do podjęcia zachowania [9].

W komunikacji z pacjentem z zaburzeniami nawyków i popędów możemy spotkać się ze zgłaszaniem obaw, które nie będą racjonalne. Celem komunikacji z pacjentem wielokrotnie może być uświadomienie mu negatywnych konsekwencji niektórych działań, co może wspomóc pacjenta w walce z nimi.

Jednakże nie tylko zaburzenia, jakie można zdiagnozować u pacjenta, wpływają na proces komunikacji. Ważne jest również obowiązujące prawo.

Perspektywa prawna

Podjmując temat komunikacji z pacjentem doświadczającym szeroko rozumianych zaburzeń psychicznych, koniecznym jest odniesienie się do kontekstów o charakterze prawno-etycznym. Konteksty te niejednokrotnie kierują nas w stronę wyzwań oraz dylematów dotyczących diagnozy, terapii lub opieki i pielęgnacji nad pacjenta oddziału psychiatrycznego. Stanisław Pużyński, analizujący z perspektywy psychiatry współczesne problemy prawno-etyczne w codziennej praktyce klinicznej, zwracał uwagę, iż aktualnie to właśnie podobne zagadnienia są elementem, który winien być poddany szczególnej refleksji [10]. W tym kontekście w sposób bezpośredni natrafiamy na wątek komunikacji o charakterze terapeutycznym. Wątek ten z jednej strony dostrzeżony jest przez osoby na co dzień podejmujące się leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W tym miejscu nie można jednak pominąć drugiej, aktualnie cennej płaszczyzny. W Polsce od 10 lat na terenie oddziałów psychiatrycznych wypełniają swoją funkcję niezależni Rzecznicy Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego. Są to w istocie jedyni obecnie ombudsmeni – tj. strażnicy praw człowieka – którzy realizują swoje obowiązki bezpośrednio na terenie konkretnego oddziału [11]. To właśnie perspektywa ukazywana przez wspomnianych urzędników pozwala zwrócić uwagę na kluczowe w obecnym czasie zagadnienia związane z prawnymi oraz etycznymi aspektami komunikacji na linii pacjent – personel medyczny. Aspekty te odnoszą się m in. do zjawisk takich, jak:

- problem informowania pacjenta o jego stanie zdrowia oraz przysługujących mu w szpitalu prawach: Czy podobne uprawnienie może być w pewnych sytuacjach ograniczane? Co bowiem, jeśli przekazanie np. pacjentowi w manii informacji o tym, iż ma prawo żądać wypisu, skutkować będzie działaniem szkodliwym dla pacjenta? Co, jeśli pacjent doświadczający silnych urojeń, uzyska informację, iż jest osobą, która winna się w sposób intensywny leczyć? Co ponadto, jeśli w wyniku powyższego, wystąpią u niego zachowania agresywne?
 - problem informowania pacjenta o szeroko rozumianych działaniach przymusowych: Czy osobę, u której stwierdzono występowanie poważnych zakłóceń funkcjonowania intelektualnego, należy informować o przyczynach przyjęcia jej do szpitala bez zgody? Czy agresywnego pacjenta ze zdiagnozowanymi schorzeniami ze spektrum autyzmu należy uprzedzić o zamiarze zastosowania przymusu bezpośredniego?
 - problem sposobu zwracania się do pacjenta: W jaki sposób personel winien zwracać się do pacjenta? Czy istnieją sytuacje, w których uzasadnione jest formułowanie komunikatów typu *per „ty”*?
 - dylematy tajemnicy psychiatrycznej: Czy w trakcie diagnozy i terapii danej osoby mogą być obecne osoby trzecie? Czy są sytuacje, w których personel ma prawo ujawnić informacje komunikowane mu przez pacjenta w trakcie rozmowy?
- Warto zapoznać personel medyczny z podstawowymi wskazówkami prawnymi i pragmatycznymi obowiązującymi w tych obszarach, gdyż niektóre sytuacje mogą się zdarzyć podczas każdej wizyty, u każdego specjalisty, nie tylko na oddziale psychiatrycznym.

Informowanie pacjenta o stanie zdrowia i przysługujących mu prawach

Prawo pacjenta do informacji uznawane jest za jeden z kluczowych elementów relacji terapeutycznej. W istocie to jego realizacja umożliwia pojawienie się wspomnianej unikalnej relacji, jaką pacjent nawiązuje z medycznym specjalistą [12]. Na temat wspomnianego prawa wypowiadają się podstawowe krajowe dokumenty prawno-medyczne. Z perspektywy pacjenta dostrzegamy zapisy art. 9 ustawy o prawach pacjenta, w której wskazano, że *1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. 2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich*

zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu [13]. Podobne uprawnienie wyrażone zostało również w art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zgodnie z jego treścią *Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu* [14]. W tym miejscu kluczowe znaczenie posiada sformułowanie „przystępnej informacji”. Należy bowiem pamiętać, że lekarze oraz pozostały personel medyczny dysponują wiedzą o charakterze szczególnym. Charakter ten wyraża się m.in. w specyficznym słownictwie, które najczęściej może być niezrozumiałe dla pacjenta i jego bliskich. Udzielenie pacjentowi informacji w sposób zrozumiały dla niego jest podstawą uznania, iż wyrażona przez niego zgoda, posiada kompetentny charakter [15]. Wyobraźmy sobie bowiem sytuację, w której to lekarz informuje pacjenta o działaniu określonego leku, używając przy tym zwrotów z zakresu nauk biochemicznych, po czym stwierdza, iż koniecznym jest, by przyjmował on dany preparat w sposób regularny. Należy jednak w tym miejscu dostrzec, iż zgoda pacjenta na zażycie podobnego specyfiku będzie posiadała wadliwy charakter. Pacjent bowiem w istocie nie wiedział, jakich np. negatywnych skutków może się spodziewać [16].

Informowanie pacjenta o stanie zdrowia niejednokrotnie powodować może pojawienie się dylematów wprost związanych z obawą o stan osoby hospitalizowanej. Jak stanowi art. 31 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry *W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.* [14]. Podobne uprawnienie, częstokroć określane w literaturze mianem „przywileju terapeutycznego”, odnoszone jest głównie do praktyki onkologicznej. Dotyka ono problemu informowania pacjentów w stanie terminalnym o spodziewanych, niepomysłnych rokowaniach, najczęściej prowadzących do zbliżającej się śmierci. W pewnych sytuacjach lekarze decydują się na ograniczenie szczegółowych informacji, mając w tym przypadku na względzie dobro chorego, ergo obawiając się, iż dojdzie u wspomnianej osoby do np. załamania nerwowego [17]. W psychiatrii podobny problem posiada nieco inne oblicze. Mimo tego, że (...) *oddział / szpital psychiatryczny jest jedyną placówką medyczną, do której pacjent może być przyjęty nawet bez swojej zgody (...)* [18], to jak stanowi art. 23 ust. 3 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego lekarz obowiązany jest zawiadomić pacjenta o przyczynach

przymusowego przyjęcia go do szpitala bez zgody oraz o przysługujących mu w podobnej sytuacji prawach [19]. Podobne przyjęcie możliwe jest w przypadku pacjentów, u których z powodu zaburzeń psychotycznych stwierdzono występowanie zachowań zagrażających ich życiu lub życiu i zdrowiu innych osób [20]. W podobnej sytuacji lekarz nigdy nie może być pewien reakcji pacjenta na informację, zgodnie z którą lekarz podejmuje decyzję o przyjęciu bądź zatrzymaniu w szpitalu danej osoby bez jej zgody. Odwołując się w tym miejscu m.in. do koncepcji frustracji i agresji J. Dollarda i N. A. Millera, można się spodziewać pojawienia się u pacjenta zachowań agresywnych, skierowanych wprost w stronę personelu medycznego jako postrzeganego źródła owej frustracji [21]. W tym miejscu należy jednakże zaznaczyć, że przymusowa hospitalizacja jest działaniem o charakterze wyjątkowym – podlega ona dokładnej kontroli sądu opiekuńczego. Informowanie pacjenta o podobnych, nieprzyjemnych dla niego faktach, stanowi w istocie realizację jego prawa do poszanowania godności [22]. Obawy dotyczące potencjalnego zachowania się pacjenta nie mogą być w tym momencie uzasadnieniem do pozostawienia pacjenta w swoistej „próżni informacyjnej”.

Nieco inna ocena pojawia się w chwili, w której mamy do czynienia z pacjentem już na terenie szpitala psychiatrycznego. Zgodnie z art. 11 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta *Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta* [13]. W praktyce psychiatrycznej pojawić się może w tym kontekście istotny problem związany m.in. z leczeniem pacjentów w stanach maniakalnych. Szczegółowe informowanie o prawach, wskazywanie na konkretne procedury, a nierzadko motywowanie do składania skarg, powodować może *de facto* pogorszenie się stanu zdrowia pacjenta. W podobnej konstelacji działań, pacjent skupia się bowiem wyłącznie na swoim – subiektywnie uznanym – złym położeniu, które wymaga od niego natychmiastowych działań, pogłębiających niestety stan maniakalny [23]. Ograniczenie informacji w podobnym stanie wydaje się uzasadnione jedynie w wyjątkowych przypadkach, w których lekarz (ewentualnie psycholog) dostrzeże, iż uzyskiwanie przez pacjenta wiedzy z zakresu należnych mu praw posiada dla niego charakter stymulujący, w sposób istotny pogarszający jego codzienne funkcjonowanie. Podobne działanie jest zbieżne z zasadą tzw. najmniejszej uciążliwości leczenia szpitalnego. Stanowi o niej art. 12 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym: *Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy* [19]. W tym miejscu należy jednakże pamiętać, że w momencie, w którym pacjent zażąda pełni informacji, powinny one być mu udzielone [24].

Informowanie o działaniach przymusowych

Stosowanie przymusu bezpośredniego to działanie, które nieuchronnie wzbudza silne emocje. Naturalnie bowiem pojawiają się pytania: na jakiej podstawie dana osoba, w majestacie prawa może stosować działania siłowe wobec człowieka, który doświadcza określonego schorzenia lub zaburzenia? [25]. W pierwszym rzędzie należy zaznaczyć, iż działań przymusowych podejmowanych przez personel medyczny nie można automatycznie identyfikować jako aktywności o charakterze przemocowym [26]. Przymus fizyczny wobec np. agresywnego z powodu doświadczanych urojeń pacjenta można podjąć wyłącznie w momencie, w którym: zagraża on bezpieczeństwu własnemu lub też innych osób, niszczy przedmioty szpitalne bądź wykazując zachowania agresywne lub autoagresyjne, chce opuścić oddział. W podobnej trudnej sytuacji pacjent posiada istotne prawa. Po pierwsze, zastosować można jedynie takie formy działań przymusowych, jak: przytrzymanie, unieruchomienie, przymusowe podanie leków oraz izolacja. W trakcie trwania podobnego przymusu stan pacjenta jest nieustannie monitorowany. Przymus z kolei zastosować może wyłącznie personel medyczny bądź też np. ochrona pod bezpośrednim nadzorem lekarza lub pielęgniarki [27].

W ramach podobnego zabezpieczenia pacjenta przed nim samym pojawia się istotny dla omawianych rozważań kontekst komunikacji z pacjentem. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 8 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: *Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty* [28]. Odpowiadając na zaproponowane powyżej pytania, należy w sposób jednoznaczny podkreślić, że podobne uprzedzenie jest obowiązkiem personelu medycznego bez względu na stan pacjenta, w jakim aktualnie się znajduje. Informacja ta posiada dwojaką funkcję. Po pierwsze wskazuje, iż intencją personelu nie jest skrzywdzenie danej osoby. Jak podkreślono, lekarze oraz pielęgniarki np. unieruchamiając pacjenta, mają przede wszystkim na celu uniknięcie podejmowania przez niego działań niebezpiecznych dla niego lub innych osób. Po drugie jednak, wypowiedzenie podobnego werbalnego komunikatu w sposób bezpośredni odnosi się do idei poszanowania godności każdego człowieka. Warto bowiem podkreślić, że podobne prawo należne jest każdemu człowiekowi, bez względu na jego kondycję psychofizyczną oraz posiadane zdolności intelektualne [29]. Ponadto, pomimo dynamicznego rozwoju nauk biomedycznych, w tym psychiatrii i neurologii, nie potrafimy aktualnie stwierdzić, co chory myśli w danym momencie. Bez względu zatem, czy dana osoba doświadcza silnych omamów, stanów pobudzenia psychoruchowego lub odwrotnie – drastycznego spowolnienia

oraz stanów depresyjnych, obowiązkiem personelu jest powiadomienie pacjenta, iż rozważane jest podjęcie wobec niej określonych działań przymusowych.

Sposób zwracania się do pacjenta

Odpowiadając na wątpliwości dotyczące form przyjętych przez personel medyczny w trakcie nawiązywania kontaktu z pacjentem, należy dostrzec, iż nadal w oddziałach psychiatrycznych spotykane są praktyki, w których to lekarze i/lub pielęgniarki mówią do pacjentów „po imieniu” [30]. Podobne praktyki spotykają się z krytyczną oceną. Po pierwsze, powodują one utrwalanie postawy tzw. twardego paternalizmu. Jedną z jego charakterystycznych cech jest budowanie relacji terapeutycznej opartej na istotnej różnicy pozycji zajmowanych przez lekarza i pacjenta. To medyk jest w podobnym ujęciu ekspertem, który komunikuje. Pacjent jest jednostką zobowiązaną do słuchania i wypełniania terapeutycznych poleceń [31]. Po drugie, odnosząc się do powyższego spostrzeżenia, należy podkreślić, że imię oraz nazwisko pacjenta należą do kategorii dóbr osobistych [32]. Zwracanie się do pacjenta używając wyłącznie jego imienia jest przykładem braku szacunku dla drugiej osoby. Warto jednak w tym miejscu podkreślić, iż są sytuacje w praktyce psychiatrycznej, w której wydaje się uzasadnionym zwracanie się do pacjenta *per „ty”*. Podobna forma wydaje się możliwa do zastosowania wobec:

1. Pacjentów, u których zdiagnozowano znaczną oraz głęboką niepełnosprawność intelektualną. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których do pacjenta w podobnym stanie zawsze zwracano się np. Stasiu. W momencie, w którym personel niespodziewanie zacznie do niego mówić „panie Stanisławie”, dojść może do sytuacji, w której pacjent nie zrozumie kierowanego do niego komunikatu. Należy to jednak interpretować jako sytuację szczególną, a nie nazywanie po imieniu każdej osoby z tego rodzaju niepełnosprawnością.
2. Pacjentów, którzy na podobną formę wyrazili zgodę.
3. Pacjentów uczestniczących w zajęciach/zebraniach społeczności terapeutycznej. W podobnym ujęciu najczęściej wszyscy uczestnicy spotkania mówią do siebie po imieniu. Tym samym nie tylko terapeuta w oddziale mówi do pacjenta używając jego imienia. Działanie to wygląda tak samo w odwrotnym kierunku – uczestnicy społeczności terapeutycznej zwracają się po imieniu do terapeuty czy innych członków personelu [33].

Problem tajemnicy

Zagadnienie tajemnicy w medycynie posiada szczególnie charakter. Już bowiem Hipokrates nauczał, iż obowiązkiem lekarza jest zachowanie poufności informacji, które w trakcie leczenia przekazuje mu pacjent [34]. Na temat tajemnicy lekarskiej wypowiada się przede wszystkim art. 40 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Lekarz jest z niej zwolniony tylko w kilku przypadkach, w których: na powyższe zgodę wyrazi sam pacjent, określony organ (sąd lub prokuratura) oczekuje od niego przedstawienia informacji istotnych dla procesu sądowego, zachodzi realne podejrzenie, iż zachowanie tajemnicy może doprowadzić do pojawienia się niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi lub innym osobom [35]. Np. lekarz posiada pełne prawo, by zawiadomić inspektora sanitarnego, iż dana osoba choruje na gruźlicę, a jednocześnie nie chce poddać się terapii [36]. W kontekście psychiatrycznym pojawić się mogą w tym względzie istotne wyzwania. Po pierwsze, w trakcie badania niejednokrotnie oprócz pacjenta obecne są mu osoby bliskie. Czy lekarz może informować wspomniane osoby o stanie pacjenta? Odpowiedź na powyższe pytanie jest pozytywna w dwóch przypadkach. Po pierwsze, na powyższe zgodę wyraził pacjent. Po drugie, z pacjentem nie ma możliwości nawiązania kontaktu, a osoba bliska – udowadniając swoją relację z pacjentem – wykazuje troskę o jego stan [36]. W drugim jednak przypadku uzasadnione wydaje się, by lekarz ograniczył się do przekazania jedynie podstawowych informacji, np. świadczących o tym, iż pacjent jest leczony w danym oddziale.

Tajemnica psychiatryczna w literaturze przedmiotu ukazywana jest jednak nieco szerzej niż wyżej wspomniana tajemnica lekarska. Dotyczy ona bowiem nie tylko personelu medycznego, ale również innych osób, które realizują zadania związane z realizacją ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Mowa tutaj np. o pracownikach administracyjnych szpitala, pracownikach ochrony, ratownikach medycznych, kapelanie itd. Osoby te również zobowiązane są do zachowania tajemnicy informacji, które przekazał pacjent [37]. Podobna tajemnica jest istotna także z racji na treść komunikatów przekazywanych przez część pacjentów. Zdarzają się bowiem sytuacje, w których to osoby leczone z racji na doświadczane zaburzenia psychiczne (w tym psychotyczne), informują o zagadnieniach wprost związanych z treścią doświadczanych omamów lub urojeń. W tym kontekście lekarz niejednokrotnie może zostać poinformowany, iż pacjent dokonał czynności, które są karalne, np. zabił daną osobę – co bezpośrednio związane może być z treścią doświadczanych omamów oraz urojeń. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w sposób jednoznaczny wskazuje, iż personel medyczny nie może

udokumentować podobnych informacji. Mowa w tym miejscu o komunikatach, w których pacjenci przyznają się do winy. Ponadto sąd nie ma prawa przesłuchiwać osób realizujących wspomnianą ustawę w zakresie wspomnianego przyznania się do winy [38]. Zdaniem wspomnianego powyżej Stanisława Pużyńskiego, nadal zdarzają się sytuacje, w których udział psychiatry w procedurze sądowej, prowadzi *de facto* do ujawnienia treści przekazywanych przez pacjenta [10]. Z perspektywy prawnej należy również wskazać treść art. 50 cytowanej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym: 2. *Od obowiązku zachowania tajemnicy osoba wymieniona w ust. 1 jest zwolniona w stosunku do:*

- 1) *lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi,*
- 2) *właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej,*
- 3) *osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne,*
- 4) *Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Biura Ochrony Rządu i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych,*
- 5) *policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób [38].*

W tym miejscu należy jednakże podkreślić, iż w omawianych kontekstach związanych z ujawnieniem tajemnicy, personel psychiatryczny może przekazywać wyłącznie informacje, które są istotne w danej sprawie. Tym samym zgłaszający się do lekarza funkcjonariusz policji poszukujący daną osobę, w chwili, w której dowie się, iż jest ona pacjentem szpitala, nie może oczekiwać od personelu przekazania mu informacji dotyczących rozpoznania wspomnianej, uprzednio poszukiwanej osoby.

Podsumowanie

Zamiast tradycyjnego podsumowania proponujemy kilkanaście rad, wskazówek dotyczących komunikacji, które są wynikiem wiedzy i obserwacji pracy z pacjentami szpitali psychiatrycznych oraz poradni zdrowia psychicznego:

- używany język powinien być dostosowany do możliwości pacjenta oraz osób bliskich;
- otoczenie, w jakim odbywa się rozmowa, powinno być sprzyjające;
- do pacjenta, czy to w poradni czy szpitalu, trzeba odnosić się z poszanowaniem, używając zwrotów: pan, pani. Wyjątki od tej reguły są omówione w tekście;
- wszelkie wątpliwości co do sposobu traktowania pacjenta najłatwiej rozwiązać, zadając sobie pytanie: jak ja bym chciał(a) być potraktowany/a w podobnej sytuacji?
- podczas rozmowy warto zapomnieć o własnych oczekiwaniach – trzeba słuchać i słyszeć;
- zawsze można poprosić pacjenta o powtórzenie zaleceń lub zapisać je na kartce;
- warto współpracować z innymi lekarzami i pielęgniarkami. To nie jest świadectwo braku wiedzy, a jedynie troska o dobro pacjenta. Jako lekarz/pielęgniarka posiadasz pełne prawo do konsultowania, zwłaszcza trudnych problemów. W podobnych sytuacjach nie jesteś związany/a tajemnicą zawodową;
- W przypadku uzasadnionych podejrzeń co do konieczności pomocy, można prosić, aby rodzina była obecna przy badaniu pacjenta (w szczególności w poradni). Pacjent na powyższe musi jednak wyrazić zgodę;
- Znajomość historii choroby i pacjenta pozwala na lepsze rozpoznawanie jego aktualnego stanu. Pamiętać należy, iż informacje w niej zawarte podlegają ochronie i nie mogą być ujawniane, poza sytuacjami opisanymi w tekście;
- W przypadku trudności z rozumieniem komunikatów pacjenta (nie są logiczne, pacjent jest wycofany) warto używać parafraz i podsumowań;
- Ograniczanie informacji o aktualnym stanie zdrowia może nastąpić tylko w wyjątkowych sytuacjach, które zostały omówione;
- W procesie leczenia pacjenta warto pamiętać nie tylko o wiedzy, trudnościach, prawie, ale również o szacunku.

Piśmiennictwo

1. Witusik A., Leszto S., Podgórska-Jachnik D., Pietras T., *Schizofrenia w kontekście nauk społecznych: Osoba chora na schizofrenię w obszarze zainteresowań pedagogiki specjalnej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2015.
2. Pużyński S., *Leksykon psychiatrii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1993, 526.
3. *American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition*, American Psychiatric Association, Washington, DC, London, England 2013.
4. *American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition.*, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
5. Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków 2000, 29-46.
6. Dobek-Ostrowska B., *Podstawy komunikowania społecznego*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław 1999.
7. Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2012.
8. Colman A. M., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
9. Jarema M., Rabe-Jabłońska J., *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
10. Pużyński S., *Dylematy współczesnej psychiatrii. Problemy kliniczne, etyczne, prawne*, Wydawnictwo Eneteia, Warszawa 2015, 11-13.
11. Kmieciak B., *Rzecznik praw czy interesów*, „Psychiatria – pismo dla praktyków”, 2015, 9, 29-30.
12. Karkowska D., *Prawa pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004, 65-66.
13. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. nr 111 poz. 535 z późn. zm.).
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).
15. Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa 1986, 112-114.
16. Nasiłowski W., *Zgoda na leczenie w rozwoju lekarskiej myśli etycznej*, „Wiadomości Lekarskie”, 2007, 3-4.
17. Kmieciak B., *Dyskusja wokół godnego umierania: między pytaniem a odpowiedzią*, (w:) Kaczkowski J., Jabłońska K., *Szału nie ma, jest rak. Z ks. Janem Kaczkowskim rozmawia Katarzyna Jabłońska*, „Społeczeństwo i Rodzina”, 2015, 42, 157- 165.
18. Podgórska-Jachnik D., Pietras T., *Praca socjalna z osobami z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzinami*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
19. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 11 1 poz. 535 z późn. zm.).
20. Gruszczyńska-Młodożeniec A., Pierzgańska K., *Wybrane zagadnienia prawne w psychiatrii. Wywiad z prof. S. Dąbrowskim*, „Wiadomości Psychiatryczne”, 2004, 7, 4, 296-297.
21. Jaworska A., *Leksykon Resocjalizacji*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2012.

22. Langiewicz W., Pasiorowska M., *Przymusowe hospitalizacje oraz przymus bezpośredni w oddziałach psychiatrycznych w 2006 roku na tle lat wcześniejszych*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2008, 17, 2, 130.
23. Łoza B., Wójcik R., *Rzecznik praw pacjenta szpitala psychiatrycznego: nowe doświadczenia, stare błędy*, „Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny”, 2010, 1, 38.
24. Art. 31 ust. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
25. Rzepliński A., Kremplewski A., *Prawo do godnego traktowania w instytucjach izolacyjnych*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 1996, 112-127.
26. Kmieciak B., *Przemoc totalna*, „Niebieska linia”, 2014, 3, 3-6.
27. Art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
28. Art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
29. Biesaga T., *Europejska Konwencja Bioetyczna*, „Medycyna Praktyczna”, 2006, 11, 12, 24-28.
30. Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011, 14-15.
31. Bujny J., *Prawa pacjenta – między autonomią a paternalizmem*, Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2007.
32. Art. 23 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93).
33. Kmieciak B., *Dobre imię pacjenta*, „Medycyna Praktyczna – Psychiatria”, 2015, 5, 84-88.
33. Biesaga T., *Przysięga Hipokratesa a etyka medyczna*, „Medycyna Praktyczna”, 2006, 7-8 20-24.
34. Art. 40 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.
35. Art. 34 ust 1 c Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2013 poz. 947).
36. Kmieciak B., *Problem tajemnicy psychiatrycznej w kontekście dostępu pracowników nie-medycznych do informacji o prawach pacjenta*, „Psychiatria i psychologia kliniczna”, 2014, 1, 50- 55.
37. Art. 50, 51 i 52 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

TRANSKULTUROWA OPIEKA MEDYCZNA NIEZBĘDNYM ELEMENTEM W PROGRAMACH NAUCZANIA NA UNIWERSYTETACH MEDYCZNYCH W POLSCE

Autorzy w swoim artykule przedstawiają problematykę wprowadzenia do programów nauczania na uczelniach medycznych tematyki transkulturowej opieki medycznej. Zarysowują uwarunkowania związane z powstaniem i realizacją zajęć dotyczących wyżej wymienionych kwestii na medycznych uczelniach wyższych i wskazują zalety wprowadzenia tego zagadnienia do programu kształcenia na kierunkach lekarskim, pielęgniarstwo, położnictwo i innych kierunkach medycznych.

W związku z wyzwaniami, jakie przed zespołem interdyscyplinarnym stawia proces migracji ludności bardzo ważnym elementem staje się odpowiednie przygotowanie pracowników ochrony zdrowia do nabycia kompetencji kulturowych [1, 2]. Konieczne w tym celu jest odpowiednie kształcenie, które pozwoli uniknąć lekarzom, pielęgniarkom czy położnym problemów związanych z możliwością błędnie postawionej diagnozy, a co za tym idzie dobrania nieadekwatnego sposobu leczenia czy pielęgnacji pacjenta pochodzącego z innego kręgu kulturowego. Warunkiem efektywnej pracy z pacjentami pochodzącymi z innych kultur jest zbudowanie przez osoby podejmujące opiekę samoświadomości i zrozumienia zaplecza kulturowego jak również dostrzeżenia, jaki wpływ będzie miała postawa personelu medycznego na zachowanie w stosunku do innych kultur i grup społecznych [2, 3].

Ustawa o szkolnictwie wyższym z 2011 roku umożliwiła uniwersytetom samodzielne kreowanie programów nauczania [4]. Także Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012 poz. 631 [5] dało sposobność Uniwersytetom Medycznym – kształcącym adeptów sztuk medycznych – do wprowadzenia treści związanych z wielokulturowością w medycynie („*absolwent kierunku*

lekarskiego, w zakresie wiedzy posiędzie aktualną wiedzę z zakresu społecznego wymiaru zdrowia i choroby, wpływu środowiska społecznego (rodziny, sieci relacji społecznych) i nierówności społecznych na stan zdrowia oraz społeczno-kulturowych różnic i roli stresu społecznego w zachowaniach zdrowotnych i autodestrukcyjnych, rozumie znaczenie zdrowia, choroby, niepełnosprawności i starości w relacji do postaw, rozumie kulturowe, etniczne i narodowe uwarunkowania zachowań ludzkich; w zakresie umiejętności absolwent: uwzględnia w procesie postępowania terapeutycznego subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta wynikające z uwarunkowań społeczno-kulturowych; absolwent kierunku pielęgniarstwo w zakresie wiedzy: omawia wybrane obszary odrębności kulturowych i religijnych; wskazuje kulturowe, społeczne i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia publicznego; w zakresie kompetencji społecznych: krytycznie ocenia własne i cudze działania, przy zachowaniu szacunku dla różnic światopoglądowych i kulturowych).

Pomimo możliwości, jakie daje prawo, problem transkulturowości wydaje się być często pomijany w zakresie programów nauczania wyższych uczelni medycznych. W związku z tym autorzy uznali za celowe podjęcie tegoż zagadnienia. Jako metodę weryfikacji obecności omawianych treści programowych autorzy dokonali analizy dostępnych na stronach internetowych programów kształcenia dla trzech kierunków studiów: pielęgniarstwo, położnictwo i lekarski.

Na potrzeby przygotowywanego artykułu autorzy dokonali analizy dostępnych na stronach internetowych sylabusów przedmiotów przeznaczonych do realizacji w roku akademickim 2015/2016 w ramach trzech wyżej wymienionych kierunków studiów (wybrano jedenaście największych uczelni medycznych w Polsce mieszczących się w miastach: Białystok, Bydgoszcz, Katowice, Kraków, Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawa, Wrocław. Brano również pod uwagę Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, jednak ze względu na brak dostępności do sylabusów online, nie było możliwości dokonania analizy programowej). Dokonana weryfikacja zebranego materiału pozwala na wysnucie wniosku, iż realizacja tematyki wielokulturowości realizowana jest na uniwersytetach medycznych w trójstopniowej skali – w zależności od trybu kształcenia i złożoności omawianego problemu.

Pierwszy stopień – jako zajęcia obligatoryjne dedykowane tylko wyżej wymienionym zagadnieniom, drugi – jako przedmioty fakultatywne, w końcu trzeci: w ramach innych zajęć odbywających się na uniwersytetach, a wchodzących w skład programu nauczania dla danego kierunku.

Wielokulturowość w ramach obowiązkowych modułów nauczania

Problematyka opieki w obszarze innych kultur i religii weszła w skład programu nauczania przedmiotów obowiązkowych, realizowanych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i zawarta jest w ramach modułu zajęciowego „Problemy wielokulturowości w medycynie”, dedykowanego kierunkom pielęgniarstwo i położnictwo (dla studentów II stopnia studiów stacjonarnych i niestacjonarnych). Ponadto białostocka jednostka jako jedyny Uniwersytet Medyczny w Polsce posiada platformę e-learningową do nauczania tego przedmiotu.

Drugą medyczną uczelnią wyższą, która może poszczycić się prowadzeniem obowiązkowego przedmiotu zawierającego treści z zakresu innych kultur i religii jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. W ramach zajęć z przedmiotów: „Pielęgniarstwo wielokulturowe” (dedykowany studentom studiów II stopnia kierunku pielęgniarstwo) i „Wielokulturowe aspekty opieki nad kobietą i dzieckiem” (dla studentów studiów II stopnia kierunku położnictwo). W ramach zajęć poruszane są treści i zagadnienia związane z głównymi założeniami najważniejszych religii świata. W czasie odbywania kursu student ma za zadanie zdobyć umiejętność swobodnego posługiwania się przekazywaną wiedzą i dobór odpowiedniej opieki zdrowotnej w ramach danej kultury. Interującym jest fakt, iż przedmiot ten kończy się egzaminem, co potwierdza jego wagę [6].

Stacjonarne zajęcia fakultatywne z zakresu wielokulturowości

Jak już wcześniej wspomniano, drugą wyodrębnioną formą zajęć, w ramach których omawiane jest zagadnienie związane z innymi kulturami i religiami, są zajęcia fakultatywne (nieobligatoryjne), realizowane w ramach następujących przedmiotów: „Położnictwo wielokulturowe” na kierunku położnictwo studia II stopnia [7] i „Wielokulturowość w medycynie” na kierunku lekarski (dedykowany studentom czwartego roku studiów) [8]. Oba moduły prowadzone są przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi. W Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie prowadzone są natomiast zajęcia zarówno dla studentów kierunku lekarski jak i położnictwo (studia II stopnia) w ramach modułu „Cierpienie i fenomen troski w perspektywie bioetyki transkulturowej” [9, 10] i drugi przedmiot „Śmierć i umieranie w różnych kulturach” [11] – skierowany jedynie do studentów kierunku lekarski (I rok studiów) i pielęgniarstwo (studia II stopnia) [12].

Niestety podobnie jak w przypadku zajęć obligatoryjnych zaledwie dwa uniwersytety wprowadziły w ramach swoich programów kształcenia zajęcia dodatkowe, w ramach których omawiane są zagadnienia dotyczące odmiennych kultur i religii. Odmiennie w stosunku do podejścia w przypadku przedmiotów obligatoryjnych – zajęcia fakultatywne zaprojektowane zostały do szerszej grupy odbiorców (nie tylko kierunek pielęgniarstwo i położnictwo, ale także dla studentów kierunku lekarski).

Zajęcia obligatoryjne z elementami zagadnień wielokulturowości

Trzecią spotkaną formą kształcenia w zakresie medycyny wielokulturowej są zajęcia dedykowane danym kierunkom w ramach innych obowiązkowych modułów (przedmiotów), w czasie których omawiane są zagadnienia wielokulturowości. Zakres tematyczny przedmiotowych zagadnień jest szeroki, ponieważ temat wielokulturowości poruszany jest w treściach programowych takich przedmiotów jak: pielęgniarstwo europejskie, socjologia, socjologia zdrowia, socjologia medyczna, psychologia kliniczna, psychologia lekarska, filozofia i teoria opieki położniczej, antropologia kulturowa, historia medycyny, psychiatria, psychiatria dziecięca, pediatria i okulistyka. W ramach wyżej wymienionych przedmiotów omawiane są zagadnienia z zakresu świadczenia opieki i prowadzenia procesu leczenia pacjenta pochodzącego z innej kultury czy też wyznającego religię odmienną w stosunku do osoby podejmującej proces leczenia i pielęgnacji.

Na podstawie przeprowadzonej analizy trudno jest jednoznacznie stwierdzić jakie treści programowe i jak dogłębnie poruszane są przez prowadzących w ramach wyżej wymienionych modułów (przedmiotów). Wiadomym jest, iż ze względu na ograniczenia czasowe w ramach zajęć obowiązkowych możliwe jest poruszenie jedynie wybranych zagadnień w zakresie modułu podstawowego danego przedmiotu. Przykładem może tu być całość modułu psychologia kliniczna dla kierunku lekarski na Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Przedmiot ten realizowany jest w wymiarze pięćdziesięciu godzin dydaktycznych z podziałem na dwadzieścia godzin wykładowych i trzydzieści godzin seminaryjnych [13].

Innym przykładem, który autorzy chcieliby przytoczyć, jest przedmiot psychiatria dziecięca (realizowany na IV roku medycyny) na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, gdzie w sylabusie prowadzący wyróżnił w obszarze efektów kształcenia: wypracowanie umiejętności odpowiedniego postępowania terapeutycznego, subiektywnego wobec potrzeb i oczekiwań pacjenta wynikających z uwarunkowań społeczno-kulturowych [14, 15, 16].

Autorzy zastanawiają się nad wymiarem godzinowym poświęconym przez wykładowców na omówienie problemów pacjenta wyznającego odmienną religię. Przyjmując założenie, że w każdym module prowadzący przeznaczyłby około dziesięciu procent realizowanego przedmiotu, nasuwa się pytanie – czy czas ten jest wystarczający, aby w wyczerpujący sposób omówić zagadnienie pacjenta wielokulturowego?

Analiza dostępnych programów nauczania pozwala autorom na wskazanie, iż brak jest jednorodnego standardu umiejscowienia omawianego zakresu tematycznego w ramach przedmiotu kierunków kształcenia. Tym samym trudno jest wskazać przedmiot, którego zawartość merytoryczna pozwalałaby na poruszenie problemów, z którymi personel medyczny może spotkać się w ramach procesu leczenia i pielęgnacji pacjenta wyznającego inną religię niż osoba lecząca lub opiekująca się pacjentem.

W związku z tym autorzy wskazują na potrzebę stworzenia w ramach kształcenia uniwersyteckiego na kierunkach medycznych zajęć, które umożliwiłyby kompleksowe omówienie wyżej wskazanego zakresu tematycznego. Wydaje się konieczne ujednoczenie tego zagadnienia na trzech omawianych kierunkach. Nabycie kompetencji wielokulturowych umożliwiłoby rozwiązywanie problemów w kontakcie z pacjentem odmiennym kulturowo, usprawniło proces leczenia i świadczenie czynności pielęgnacyjnych [2].

Pożądaną sytuacją byłoby przynajmniej wprowadzenie zajęć fakultatywnych z zakresu omawianej tematyki na pozostałych dziewięciu uniwersytetach medycznych – rekomendacją docelową natomiast byłoby wprowadzenie obowiązkowych zajęć z tematyki transkultowości. Zastosowanie choćby jednego z przedstawionych rozwiązań pozwoliłoby na ujednoczenie kształcenia w tym zakresie na uniwersytetach medycznych w Polsce. Co więcej sytuacja ta umożliwiłaby zwiększenie poszanowania godności i uwrażliwienie na problemy pacjenta wynikające z pochodzenia z innej kultury, wyznającego inną religię, niż przedstawiciele zespołu terapeutycznego sprawujący nad nim opiekę.

Podsumowanie

Autorzy zauważyli istnienie różnorodnych form zajęć, w ramach których wyższe uczelnie medyczne w Polsce realizują zakres tematyczny związany z nauczaniem transkultowości. Jedynie dwa z jedenastu uniwersytetów medycznych w Polsce zdecydowały się na wprowadzenie zajęć obowiązkowych z zakresu nauczania

tego zagadnienia – Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. Zauważalnym jest fakt, iż kierunkiem dla którego najczęściej dedykowane są zajęcia z zakresu opieki nad pacjentem pochodzącym z różnych kultur i religii na wszystkich jedenastu uniwersytetach jest kierunek pielęgniarstwo i położnictwo. Ciekawą jest także sytuacja w której trzy uczelnie, pomimo iż poruszają kwestie wielokulturowości dla kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, nie wprowadziły zajęć z tożsamej tematyki na kierunku lekarskim, by realizować treści programowe chociażby w minimalnym zakresie godzinowym. Analiza sylabusów nie wykazała zauważalnych efektów kształcenia (standardowo rozpatrywanych w perspektywach: wiedzy, umiejętności i postawy studentów) odnoszących się do omawianej tematyki.

Autorzy zastanawiają się, co może być przyczyną tego faktu. Standard nauczania na kierunku lekarski daje taką możliwość, a przytoczone przykłady ukazują, iż można wpleść treści w różne przedmioty i realizować je choćby w minimalnym stopniu.

Modelowym przykładem na wprowadzenie treści z zakresu wielokulturowości jest Warszawski Uniwersytet Medyczny, w której to jednostce mimo braku przedmiotu dedykowanego omawianemu zagadnieniu, udało się umiejscowić treści programów w ramach realizacji innych przedmiotów kierunkowych (3 przedmioty kliniczne).

Jednym z aspektów, który powinien być podnoszony na wszystkich zajęciach bez względu na tryb oraz formę, jest zwiększenie odczucia odpowiedzialności za podejmowane decyzje w zakresie pracy z pacjentem wielokulturowym. Studenci jak również pracownicy ochrony zdrowia z większą rozważą powinni podchodzić do otrzymywanych poleceń oraz zastanowić się przed wykonaniem danej czynności, ponieważ ich decyzja ma bezpośredni wpływ na jakość i życie pacjentów. Dlatego też niewątpliwie postawić można wniosek, iż taka forma zajęć i tematyka umożliwia uwrażliwienie młodego pokolenia lekarzy, pielęgniarek, położnych czy innych adeptów sztuki medycznej na ludzkie życie. Tym samym pozwala na prawidłowe kształtowanie postawy moralnej, niezmiernie istotnej w przyszłej pracy kadry medycznej. Autorzy mają nadzieję, że przedstawione formy realizacji tego tematu na wybranych przykładach umożliwią przekonanie innych nauczycieli akademickich do budowania i umiejscowienia treści programowych z zakresu medycyny wielokulturowej w programy nauczania. Być może będą stanowiły też głos w dyskusji nad celowością opracowania materiałów dydaktycznych przeznaczonych dla kadry akademickiej pracującej na uniwersytetach medycznych. Autorzy definiują liczbę takich opracowań jako niewystarczającą.

Zauważalnym jest fakt, iż niestety przytoczone efekty kształcenia odnoszą się jedynie do nauk społecznych, brakuje natomiast modułów, które wskazywałyby na

praktyczne wykorzystanie wiedzy. Student wie, że kultura wpływa na definiowanie zdrowia i choroby, jednak nie posiada wiedzy profesjonalnej dotyczącej postępowania z pacjentem z innego kręgu kulturowego. Nie wie, jakie procedury są zabronione, jak również nie wie, jakie i czy istnieją alternatywy dla wykluczających się procedur. Dlatego też należałoby stworzyć kompleksowy program nauczania tego zagadnienia, który pomógłby przyszłej kadrze medycznej w zdobyciu nie tylko wiedzy, ale także umiejętności w tym zakresie. Najlepszym modułem, który odpowiadać mógłby na potrzeby środowiska medycznego, jest moduł opracowany przez zespół Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ponieważ w ramach zajęć student ma możliwość pracy na platformie e-learningowej, która pozwala na nabywanie wiedzy, umiejętności i kształtowanie odpowiedniej postawy w omawianym zakresie.

Pismiennictwo

1. Jabłońska-Szkup M., Schneider-Matyka D., Kubiak J., Grzywacz A., Jurczak A., Augustyniak K., Grochans E., *Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia*, „Family Medicine&Primary Care Review”, 2013, 15, 394-396.
2. Zdziebło K., Starz-Nowak G., Makięła E., Stępień R., Wiraszka G., *Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie*, „Nursig Topics”, 2014, 22, 367-272.
3. Papadopoulos I., Tilki M., Lees S., *Promoting cultural competence in health care through a research based intervention in the UK*, „Diversity in Health and Social Care” 2004, 1, 107-115.
4. Ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawy o stopniach naukowych i tytułach naukowych oraz o stopniach I tytuł w zakresie sztuki oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. 2011 nr 84 poz. 455, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20110840455>, data pobrania 14.02.2016.
5. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, Dz. U. 2012 poz. 631., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000631>, data pobrania 14.02.2016.
6. *Sylabus z pielęgniarstwa wielokulturowego*, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, <https://www.pum.edu.pl/wydzialy/wydzial-nauk-o-zdrowiu/zaklad-pielęgniarstwa/programy/kierunek-pielęgniarstwo-studia-drugiego-stopniastacjonarne/pielęgniarstwo-wielokulturowe>, data pobrania 14.02.2016.
7. *Standard kształcenia dla kierunku położnictwo*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, <http://pielęgniarstwo.umed.lodz.pl/wp-content/uploads/2014/10/PO%C5%81O%C5%BBNICTWO-efekty.pdf>, data pobrania 14.02.2016.

8. *Program studiów dla kierunku lekarskiego*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, http://lekarSKI.umed.lodz.pl/?page_id=1624, data pobrania 14.02.2016.
9. *Sylabus zajęć fakultatywnych „Cierpienie i fenomen troski w perspektywie bioetyki transkulturowej” prowadzonych w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie*, https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=WOZ.POMS.CieI2, data pobrania 07.02.2015.
10. *Sylabus zajęć fakultatywnych „Cierpienie i fenomen troski w perspektywie bioetyki transkulturowej” prowadzonych w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie na kierunku lekarskim*, https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=WL-DN1.F3, data pobrania 08.02.2016.
11. *Sylabus zajęć fakultatywnych „Śmierć i umieranie w różnych kulturach” dla studentów kierunku lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie*, https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=WL-DN1.F9, data pobrania 15.02.2016.
12. *Sylabus zajęć fakultatywnych „Śmierć i umieranie w różnych kulturach” dla studentów kierunku pielęgniarstwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie*, https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&prz_kod=WOZ.PLU-Smkul, data pobrania 15.02.2016
13. *Elektroniczny przewodnik programowy Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach Wydział Lekarski*, <http://www.sum.edu.pl/elektroniczny-przewodnik-programowy/file>, data pobrania 10.02.2016.
14. *Przewodnik dydaktyczny dla studentów kierunku lekarskiego Warszawski Uniwersytet Medyczny*, http://1wl.wum.edu.pl/sites/1wl.wum.edu.pl/files/przew_4-rok_i-wl_kier_lekarski_2015_003.pdf, data pobrania 12.02.2016.
15. *Przewodnik dydaktyczny dla studentów kierunku lekarskiego Warszawski Uniwersytet Medyczny*, http://1wl.wum.edu.pl/sites/1wl.wum.edu.pl/files/przew_4-rok_i-wl_kier_lekarski_2015_003.pdf, data pobrania 14.02.2016.

Fundacja „Pomóż Im”

niezrównani w troskliwej opiece nad cierpiącymi maluchami.



Od 9 lat prowadzimy jedyne w regionie Domowe Hospicjum dla Dzieci. Pod naszymi bezpiecznymi skrzydłami znajduje się 30 maluchów cierpiących na nieuleczalne choroby. Otrzymują wsparcie medyczne, materialne i duchowe. Nasi podopieczni na co dzień przebywają tam, gdzie czują się najbezpieczniej – we własnych domach, wśród bliskich, otoczeni ich miłością. Codziennie, przez cały rok objęci są opieką lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów i kapłanów. Kupujemy leki i środki pielęgnacyjne, dostarczamy aparaturę medyczną, wspomagamy hospicyjne rodziny finansując zakup opału, podręczników, ubrań, środków czystości, itp. Remontujemy też pomieszczenia, z których korzystają.



W imieniu podopiecznych Fundacji prosimy każdego kto ma piękne i szlachetne serce o wsparcie naszej działalności. Numer konta:

Bank Millennium 44 1160 2202 0000 0000 9776 5536.

DZIĘKUJEMY !

Bo pełna opieka nad naszymi podopiecznymi hospicyjnymi, jest możliwa tylko wtedy, gdy obejmiemy nią całą rodzinę. Prowadzimy grupy wsparcia dla rodzin podopiecznych, organizując cykliczne spotkania dla rodziców i rodzeństwa. W 2015 roku uruchomiliśmy jedyne w tej części kraju hospicjum perinatalne. Opiekę w nim znajdują ciężarne mamy, u których zdiagnozowano letalne wady płodu. Otrzymują niedostępne w żadnym innym miejscu wsparcie, w tym także trudnym momencie swojego życia. Fundacja opiekuje się również dziećmi walczącymi z nowotworami, podczas leczenia w Klinice Onkologii i Hematologii UDSK w Białymstoku. Remontujemy pomieszczenia oddziału, finansujemy zakup wyposażenia, leków, środków czystości. Dzięki nam rodzice mogą wreszcie towarzyszyć swoim dzieciom przez całą dobę, przebywając w godnych warunkach. Pracownicy i wolontariusze Fundacji są na oddziale niemal codziennie. Organizują czas, zabawy i liczne atrakcje. Nasza działalność jest możliwa dzięki wpływom z 1% podatku oraz wsparciu darczyńców i sponsorów. W tym roku uruchomiliśmy Familijne Centrum Medyczne, w którym nasi podopieczni otrzymują za darmo specjalistyczną opiekę lekarską i diagnostyczną. Dochód z działalności FCMed w całości przeznaczony jest na prowadzenie Hospicjum dla Dzieci.

W praktyce medycznej mamy do czynienia z różnymi pacjentami – chorymi psychicznie, niepełnosprawnymi ruchowo i intelektualnie, niewidomymi, niesłyszącymi, z upośledzeniami genetycznymi, będącymi nosicielami wirusa HIV, chorymi na AIDS, homoseksualistami, osobami starszymi, alkoholikami czy też bezdomnymi, którzy często już za życia są traktowani jako nieobecni, usunięci na margines, tak jakby nie żyli. Antoni Kępiński uważał, że *wykluczenie ze świata społecznego, śmierć społeczna równa się dla człowieka śmierci biologicznej*.

Obecnie pracownicy ochrony zdrowia stają wobec konsekwencji zróżnicowania kulturowego, gdzie istotną rolę odgrywa zrozumienie, iż różnice kulturowe występują w postawach w stosunku do zdrowia oraz sposobach reagowania na chorobę i śmierć. Przedstawiciele różnych religii mają bowiem odmienne potrzeby podczas choroby oraz pobytu w szpitalu i w związku z tym osoby zajmujące się opieką nad nimi i ich leczeniem powinny być odpowiednio przygotowane do udzielania wsparcia, szczególnie potrzebnego w tym okresie.

Uważamy, iż wiedza o określonych oczekiwaniach pacjentów innych kulturowo i o innym statusie społecznym wobec pracowników ochrony zdrowia jest kluczowa w świadczeniu opieki zdrowotnej. W naszej opinii przyczyni się to do umocnienia terapeutycznych związków pomiędzy personelem medycznym a pacjentem i uzmysłowi pracownikom ochrony zdrowia znaczenie wzajemnego szacunku i tolerancji wobec „innych”.

Chcielibyśmy także, jako redaktorzy podręcznika, podziękować wszystkim Autorom oraz Wydawnictwu Naukowemu SILVA RERUM za pracę *non profit* przy powstawaniu tego podręcznika, ponieważ wszystkie zyski, zarówno Autorów, jak i Wydawnictwa, w całości będą przeznaczone na potrzeby Fundacji „Pomóż Im” na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku.

[ze Wstępu]

prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kulak
dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski
mgr teologii Grzegorz Bejda
dr n. o zdrowiu Agnieszka Lankau

