

nr **16/2019**

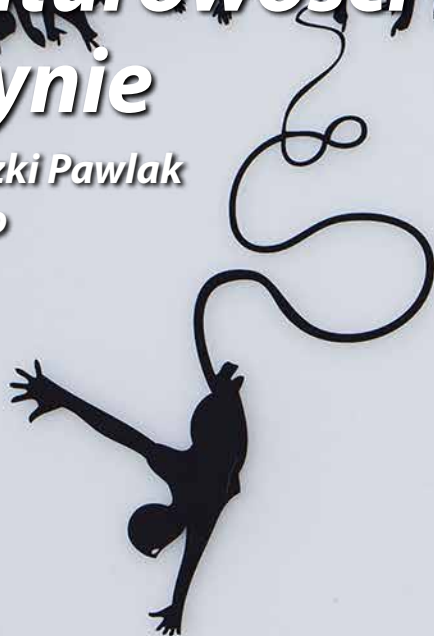
ISSN 2300-1690



władza sądzenia

Problemy różnorodności i wielokulturowości w medycynie

pod redakcją **Agnieszki Pawlak
i Pawła Przyłęckiego**



Problemy różnorodności i wielokulturowości w medycynie

AGNIESZKA PAWLAK
PAWEŁ PRZYŁĘCKI

wstęp

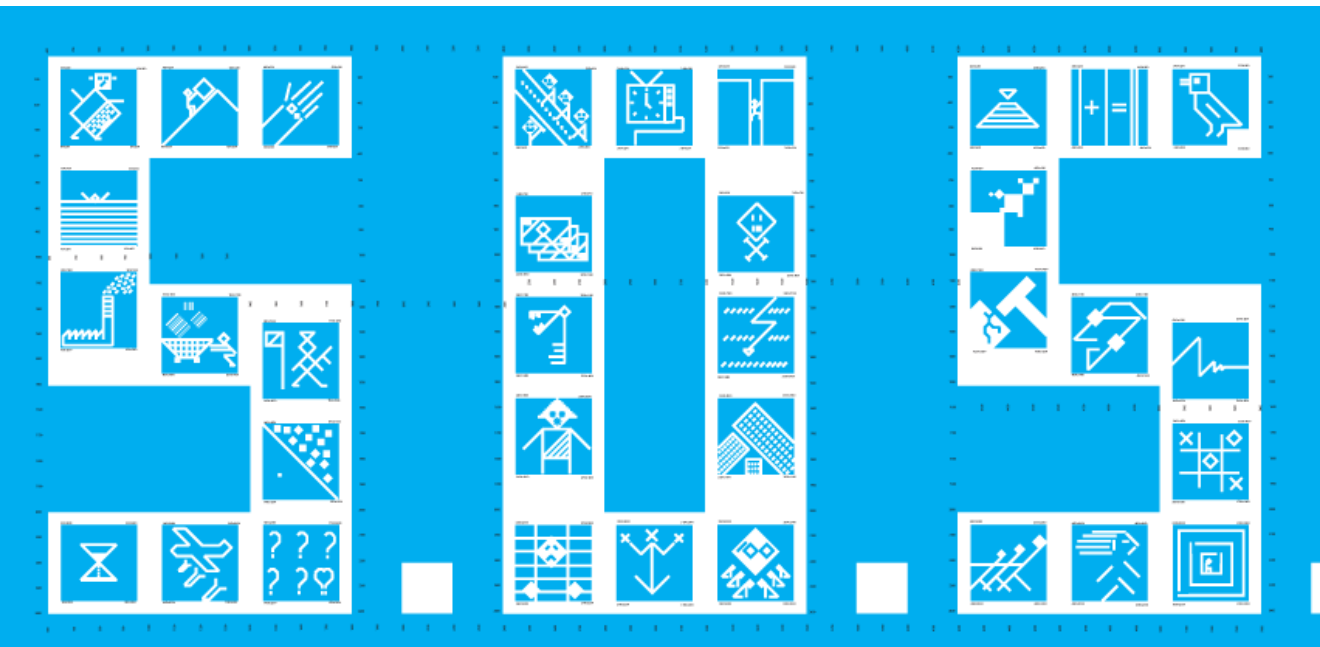
Polskie społeczeństwo doświadcza od czasów transformacji politycznej i gospodarczo-społecznej z końca lat 90. XX wieku szybko zachodzących zmian kulturowych. Jedną z nich jest przejście od społeczeństwa niemalże jednolitego kulturowo i religijnie do społeczeństwa coraz bardziej zróżnicowanego kulturowo. I choć wciąż nie możemy mówić, iż jesteśmy społeczeństwem wielokulturowym na wzór państw Europy Zachodniej, to jednak wzrost liczby różnych grup imigrantów przybywających do Polski w ostatniej dekadzie jest na tyle duży, że wpływa to na nasze funkcjonowanie w różnych sferach życia codziennego.

W polskiej literaturze, zwłaszcza z zakresu psychologii oraz zarządzania, problem wielokulturowości jest często dyskutowany, ostatnio między innymi w aspekcie zarządzania zróżnicowanym kulturowo zespołem pracowników. Wielokulturowość dotyczy jednak także innych sfer życia społecznego, a jedną z nich jest opieka medyczna. Relacje zachodzące pomiędzy przedstawicielami zawodów medycznych a pacjentami jest zagadnieniem, które dotychczas nie znajdowało większego zainteresowania w polskiej literaturze socjologicznej, pomimo że temat ten od dawna jest szeroko dyskutowany w literaturze zagranicznej z zakresu nauk społecznych i medycznych. W Polsce natomiast zagadnienie to jak dotąd

najszerzej było prezentowane przez przedstawicieli nauk medycznych, zwłaszcza środowisko pielęgniarskie.

Mając na uwadze ważność i przede wszystkim aktualność zagadnień związanych z opieką medyczną wrażliwą kulturowo, niniejszy tom *Władzy sądzania* poświęcono różnym aspektom teoretycznym i praktycznym szeroko rozumianej wielokulturowości w medycynie. Do przedstawienia swoich prac zaproszeni zostali przedstawiciele zarówno nauk społecznych, jak i medycznych, tak aby można było zaprezentować różne spojrzenia na ten sam problem. W numerze znajduje się osiem artykułów poruszających problem wielokulturowości z różnych perspektyw i w różnych kontekstach.

W artykule *Kompetencje kulturowe w opiece medycznej* Paweł Przyłęcki wprowadza odbiorców niniejszego tomu *Władzy Sądzania* w problematykę kompetentnej kulturowo opieki medycznej. Dokonuje on przeglądu literatury naukowej w zakresie rozwoju i oceny kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej, wymienia i omawia wybrane modele kształtowania, oceny i nauczania kompetencji kulturowych oraz wprowadza w terminologię związaną z rozwojem tzw. medycyny wielokulturowej. Ponadto wyjaśnia powody, dla których rozwój kompetencji kulturowych u pracowników opieki zdrowotnej



jest ważny w kontekście prowadzonej przez nich diagnostyki medycznej.

Kolejny artykuł zatytułowany *Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono – i wielokulturowym* autorstwa Agnieszki Pawlak i Magdaleny Wieczorkowskiej dotyczy nauczania polskich, jak i zagranicznych studentów medycyny kompetencji komunikacyjnych. Autorki na przykładzie literatury przedmiotu oraz własnych doświadczeń dydaktycznych opisują, jakie problemy i bariery napotyka wykładowcy chcący przekazać, jak ważne i potrzebne są umiejętności komunikacyjne w pracy przyszłego lekarza oraz nauczyć w praktyce, w jaki sposób powinna przebiegać prawidłowa komunikacja na linii lekarz – pacjent. Część problemów z nauczaniem kompetencji komunikacyjnych występuje zarówno podczas zajęć poświęconych komunikacji prowadzonych dla studentów polsko – i anglojęzycznych, natomiast część problemów jest specyficznych dla procesu nauczania studentów anglojęzycznych.

W tekście zatytułowanym *Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia* autorstwa Małgorzaty Zimny, Darii Schneider-Matyki oraz Justyny Kubiak zostały zaprezentowane wyniki badań kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia. Badanie zostało przeprowadzone w grupie 200 pracowników ochrony zdrowia pracujących w różnych placówkach na terenie województw zachodniopomorskiego i lubuskiego. Do realizacji badania posłużył standaryzowany kwestionariusz do oceny kompetencji kulturowych Cross-Cultural Competence Inventory. We wnioskach z badania jego autorki podkreślają, iż choć ogólny poziom kompetencji kulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia można określić jako dość zadawalający, to jednak ciągle wiele jest do zrobienia, jeśli chodzi o edukację pracowników placówek medycznych w tym zakresie.

Kolejny artykuł autorstwa Katarzyny Pawlak-Sobczak zatytułowany *Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery* opisuje proces odchodzenia od tradycyjnego, paternalistycznego modelu relacji lekarz – pacjent na rzecz modelu systemowo-partnerskiego, w którym pacjent ma większą autonomię i jest dla lekarza równorzędnym partnerem komunikacji, a lekarz zajmuje się nie tylko fizycznymi aspektami choroby, ale również psychospołecznym kontekstem, w jakim funkcjonuje chora jednostka. W dalszej części tekstu autorka analizuje, czy i w jakim zakresie model systemowo-partnerski jest realizowany przez lekarzy w komunikacji z pacjentem obcokrajowcem oraz jakie trudności i bariery zarówno po stronie lekarza, jak i po stronie pacjenta utrudniają partnerską relację.

Podobnych problemów dotyczy następny artykuł zatytułowany *Dostęp imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim – konstruowanie pola międzysektorowej współpracy* autorstwa Jacka Mianowskiego. Analizy prezentowane przez autora dotyczą województwa pomorskiego będącego jednym z najpopularniejszych regionów Polski, do którego przybywają cudzoziemcy z zamiarem podjęcia pracy zarobkowej. *Tekst jest próbą określenia pola międzysektorowej kooperacji pomorskich instytucji samorządowych, pozarządowych i prywatnych, które wspierają migrantów w dostępie do Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Na potrzebę takiej kooperacji wskazują badania własne autora. Na podstawie przeprowadzonych badań (wywiady z pracownikami organizacji pozarządowej zajmującej się wsparciem dla imigrantów, pielęgniarkami środowiskowymi i migrantami długoterminowymi z Ukrainy) autor z jednej strony identyfikuje przyczyny, dla których imigrant jako pacjent nie zawsze może otrzymać skuteczną pomoc medyczną, a z drugiej strony przyczyny, dla których placówki medyczne powiększają*

swoje zadłużenie, przyjmując pacjentów obcokrajowców niemających z rozmaitych powodów ubezpieczenia zdrowotnego.

Z kolei z artykułu autorstwa Wiolety Kubik pod tytułem *Niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej* czytelnik może się dowiedzieć, iż uświadomienie sobie własnej niewiedzy w zakresie komunikacji międzykulturowej jest pierwszym krokiem do nabycia kompetencji komunikacyjnych. Autorka opisuje różne obszary niewiedzy w zakresie różnic kulturowych, takie jak np. niewiedza w zakresie komunikacji werbalnej i komunikacji niewerbalnej. Ważnym obszarem niewiedzy jest także wpływ uwarunkowań kulturowych na kształtowanie zachowań wobec zdrowia i choroby. W tekście ukazano również rolę niewiedzy w tworzeniu uprzedzeń i dyskryminacji w stosunku do pacjentów obcego pochodzenia.

Następny tekst zatytułowany *Wpływ uwarunkowań kulturowych na kształtowanie zachowań wobec zdrowia i choroby* autorstwa Agnieszki Guligowskiej i Zuzanny Chrząstek jest poświęcony zagadnieniu pracy dietetyka z pacjentem pochodzących z odmiennego obszaru kulturowego. Autorki charakteryzują zwyczaje żywieniowe przedstawicieli różnych kultur i pokazują, iż ich nieznamość przez dietetyka oraz nieuwzględnianie całego kontekstu kulturowo-religijnego w pracy z pacjentem obcokrajowcem może mieć negatywne skutki w postaci nieskutecznej pomocy tym pacjentom. Warto zwrócić uwagę również na to, że wiele różnic w sposobie żywienia związanych jest nie tylko z przekonaniami religijnymi czy kulturowymi, ale także z różną częstością występowania w poszczególnych krajach niektórych chorób dietozależnych. Jak podkreślają autorki, ich przemyślenia są przyczynkiem do opracowania dogłębnych badań mających na celu analizę planów studiów na kierunku Dietetyka pod względem wielokulturowości w dietetyce.

W ostatnim nieco odmiennym od poprzednich tekście niniejszego tomu pt. *Medycyna odczarowana. Społeczno-kulturowe czynniki kryzysu zaufania do wiedzy medycznej* autorstwa Rafała Mielczarka znajdziemy rozważania na temat roli i znaczenia medycyny we współczesnym świecie. Autor uważa, iż obecnie medycyna weszła na drogę odczarowania i stała się przedmiotem społecznej krytyki. Źródła tej krytyki mają głównie społeczno-kulturowe podłoże. W artykule znajdziemy m.in. analizę pandemii COVID-19 jako przykładu kryzysu zaufania do medycyny. 🗨️

redakcja

Redaktor naczelny: Konrad Kubala

Redaktorzy prowadzący: Karolina Messyasz, Marcin Kotras

Redaktorzy tematyczni: Danuta Walczak-Duraj, Iza Desperak,
Barbara Ober-Domagalska, Alicja Łaska-Formejster, Łukasz Kutyla

Redaktorzy graficzni: Tomasz Ferenc, Mariusz Libel

Redaktor językowy: Barbara Fronczkowska

rada naukowa

Zbigniew Bokszański, Uniwersytet Łódzki

Janusz Mariański, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Yali Cong, Peking University, China

Kazimierz Kik, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Katarzyna Grzeszkiewicz-Radulska, Uniwersytet Łódzki

Andrew McKinnon, University of Aberdeen, UK

Tomasz Ferenc, Uniwersytet Łódzki

Krzysztof Konecki, Uniwersytet Łódzki

David Ost, Hobart and William Smith Colleges NY

Mikołaj Cześnik, ISP PAN

Anna Horolets, Uniwersytet Gdański

Adam Ostolski, Uniwersytet Warszawski

Krzysztof Kędziora, Uniwersytet Łódzki

Stanisław Kosmyńka, Uniwersytet Łódzki

Krzysztof Nawrotek, University of Plymouth, UK

Guglielmo Meardi, University of Warwick, UK

Hasan Hüseyin Akkaş, Univeristy of Usak, Turkey

Volodymyr Satsyk, Kyiv National Economy University

Lista recenzentów umieszczona jest na stronie internetowej
www.wladzasadzenia.pl

kontakt

Władza Sądownictwa

Katedra Socjologii Polityki i Moralności IS UŁ

ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź

e-mail: wladzasadzenia@gmail.com

tel.: +48 42 635 55 33

www.wladzasadzenia.pl

prawa autorskie

Artykuły zamieszczone w naszym czasopiśmie mogą zostać wykorzystane dla celów naukowych, edukacyjnych, poznawczych i niekomercyjnych z podaniem źródła. Pobieranie opłat za dostęp do informacji lub artykułów zawartych we „Władzy sądownictwa” lub ograniczanie do niego dostępu jest zabronione. Wykorzystywanie ogólnodostępnych zasobów zawartych we „Władzy sądownictwa” dla celów komercyjnych lub marketingowych wymaga uzyskania specjalnej zgody od wydawcy. Odpowiedzialność za uzyskanie zezwoleń na publikowanie materiałów, do których prawa autorskie są w posiadaniu osób trzecich ponosi autor nadanej pracy. Logotyp, szata graficzna strony znajdują się w wyłącznym posiadaniu wydawcy. Wszystkie pozostałe obiekty graficzne, znaki handlowe, nazwy czy logotypy zamieszczone na tej stronie stanowią własności ich poszczególnych posiadaczy.

skład, projekt okładki

Piotr Świderek

grafiki

Twożywo; Mariusz Libel – https://pragaleria.pl/wp-content/uploads/2020/06/mariusz_libel_katalog.pdf

finansowanie

Czasopismo finansowane ze środków Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego.

Spis treści

Problemy różnorodności i wielokulturowości w medycynie 3

AGNIESZKA PAWLAK, PAWEŁ PRZYŁĘCKI

Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej 9

PAWEŁ PRZYŁĘCKI

Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono- i wielokulturowym 29

MAGDALENA WIECZORKOWSKA, AGNIESZKA PAWLAK

Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia 51

MARŁGORZATA ŻIMNY, DARIA SCHNEIDER-MATYKA, JUSTYNA KUBIAK

Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery 69

KATARZYNA PAWLAK-SOBCZAK

Dostęp imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim – konstruowanie pola międzysektorowej współpracy 97

JACEK MIANOWSKI

Niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej 117

WIOLETA KUBIK

Wielokulturowość jako wyzwanie dla dietetyka 131

ZUZANNA CHRZAŚTEK, AGNIESZKA GULIGOWSKA

Horyzonty odczarowania i czynniki rozczarowania współczesną medycyną 141

RAFAŁ MIELCZAREK



Kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej

PAWEŁ PRZYŁĘCKI
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Polska, w związku z przystąpieniem do Unii Europejskiej, stała się państwem bardziej zróżnicowanym kulturowo. Ma to wpływ na wiele sfer życia społecznego, w tym na opiekę medyczną. Pacjenci pochodzący z grup mniejszościowych stanowią wyzwanie dla środowiska medycznego ze względu na z jednej strony problem językowy, a z drugiej strony na występujące różnice kulturowe mające wpływ na proces leczenia. W krajach zachodnich już w latach 50. XX w. wdrażano pierwsze działania mające na celu rozwój opieki medycznej wrażliwej kulturowo. Odbywało się to na wielu poziomach, a jednym z nich była edukacja studentów w zakresie kompetencji kulturowych. W Polsce dopiero od niedawna promuje się kształcenie studentów kierunków medycznych w tym zakresie, podobnie jak od niedawna prowadzone są szerzej badania w zakresie kompetencji kulturowych w opiece medycznej.

W związku z tym, iż tematyka ta wciąż jest w Polsce słabo rozwinięta, celem tego artykułu jest przybliżenie pojęć kultury i kompetencji kulturowej i ich rozumienia w kontekście opieki medycznej. Dodatkowo wskazane zostały główne powody dla których powinno się kształcić przyszłych pracowników opieki medycznej, wskazując bariery komunikacyjne, jakie pojawiają się w przypadku kontaktu lekarza/pielęgniarki z pacjentem pochodzącym z grupy mniejszościowej. Omówiono również wybrane modele kształtowania kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej.

Słowa kluczowe:

kultura, opieka zdrowotna, kompetencja kulturowa, inteligencja kulturowa, modele kompetencji kulturowej.

Wprowadzenie

Kompetencje kulturowe wymagane są w przypadku różnych grup pracowników w momencie, gdy mają oni kontakt w swojej pracy z osobami pochodzącymi z mniejszościowych grup etnicznych/narodowych i religijnych. Do grupy tej należą również pracownicy opieki medycznej, którzy coraz częściej w Polsce mają kontakt z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo. Są to z jednej strony osoby urodzone i wychowane w Polsce, jednak pochodzące z mniejszościowej grupy etnicznej, jak Romowie, czy religijnej, jak świadkowie Jehowy, a z drugiej strony jest to coraz liczniejsza grupa migrantów.

Problematyka kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej jest często podejmowana w badaniach dotyczących komunikacji z pacjentami w państwach, w których istnieje duża różnorodność kulturowa i religijna, głównie w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii. Jak twierdzą C. Jongen, J. McCalman, R. Bainbridge, Clifford (2018, s. 13–15), zauważono konieczność rozwoju kompetencji kulturowych wśród pracowników opieki medycznej ze względu na duże różnice kulturowe pomiędzy personelem medycznym a pacjentami. Te różnice przejawiają się nie tylko w zakresie języka, ale co istotniejsze w zakresie wyznawanego światopoglądu, postaw i wartości, przyczyniając się pośrednio do nierównego traktowania pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych. Chcąc przeciwdziałać powstawaniu nierówności zdrowotnych, jednym z elementów miało być rozwijanie kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej, a także wpływanie na system opieki medycznej jako całość.

W Polsce, w przeciwieństwie do państw zachodnich, tematyka kompetencji kulturowych w opiece medycznej nie znalazła w przeszłości większego zainteresowania wśród badaczy, co jednak łatwo zrozumieć, biorąc pod uwagę

to, iż Polska do momentu przystąpienia do Unii Europejskiej była jednym z najbardziej homogenicznych państw nie tylko w Europie, ale i na świecie. Znaczący wpływ na tę sytuację miały decyzje podjęte przez światowych przywódców w 1945 r. dotyczące kształtu nowych granic Polski, a także przymusowe przesiedlenia mniejszości narodowych i etnicznych oraz polityka migracyjna władz komunistycznych okresu Polskiej Republiki Ludowej. Taka sytuacja oznaczała, iż zwłaszcza w kontekście opieki medycznej nie widziano sensowności prowadzenia badań naukowych, czy realizowania zajęć dla studentów kierunków medycznych, których celem byłby rozwój kompetencji interkulturowych. Zamieszkiwanie na terenie Polski po II wojnie światowej nielicznych etnicznych, kulturowych i religijnych grup mniejszościowych traktowano w kontekście opieki medycznej raczej jako pewnego rodzaju „folklor kulturowy”, niemający większego znaczenia dla praktyki lekarskiej i pielęgniarstwa. Dodatkowo, przy dominującym założeniu modelu biomedycznego, nie zwracano większej uwagi na wpływ religii i kultury na zachowania pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych w systemie opieki medycznej. Ostatnia dekada przyniosła jednak zauważalne zmiany w polityce migracyjnej. Do Polski zaczęło przyjeżdżać coraz więcej cudzoziemców nie tylko w celach turystycznych, ale i zarobkowych oraz edukacyjnych (Główny Urząd Statystyczny, 2019, s. 22). Zmiany te zostały zauważone przez środowisko medyczne. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego już w 2012 r. wpisało do standardów kształcenia na kierunkach medycznych posiadanie wiedzy w zakresie kulturowych, etnicznych i narodowych uwarunkowań zachowań ludzkich (Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, 2012). Uczelnie medyczne zaczęły tym samym coraz częściej oferować studentom zajęcia, których celem jest rozwój kompetencji kulturowych. Dodatkowo prowadzonych

jest coraz więcej badań w zakresie kompetencji kulturowych pracowników medycznych oraz walidacji narzędzi do badania tych kompetencji (np. Szkup-Jabłońska, Schneider-Matyka, Kubiak, Grzywacz, Jurczak, Augustyniak, Grochans, 2013; Ozga, Dobrowolska, Gutysz-Wojnicka, Mędrzycka-Dąbrowska, Zdun, 2018; Barzykowski, Majda, Przyłęcki, Szkup, 2019a; Barzykowski, Majda, Szkup, Przyłęcki, 2019b). Dostępnych jest także wiele opracowań dotyczących teoretycznych i praktycznych aspektów komunikowania się z pacjentem zróżnicowanym kulturowo (Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza 2009; Majda, Zalewska-Puchała, 2011; Majda, Zalewska-Puchała, 2017; Majda, Zalewska-Puchała, 2018; Majda, Zalewska-Puchała, 2019a; Majda, Zalewska-Puchała, 2019b; Krajewska-Kułak, Wrońska, Kędziara-Kornatowska, 2010; Krajewska-Kułak, Guzowski, Bejda, Lankau, 2016; Mroczkowska, 2013; Przyłęcki, 2016a; Przyłęcki, 2016b; Przyłęcki, 2016c; Przyłęcki, 2017; Zalewska-Puchała, Majda, 2014; Zdziebło, Nowak-Starz, Makiela, Stępień, Wiraszka, 2014). Znajdziemy także opracowania, w których omawiane są różne modele komunikowania się z przedstawicielami innych kultur (np. Płaszewska – Żywko, 2010; Ślusarska, Zarzyca, Majda, Dobrowolska, 2017).

W związku ze zmianami w zakresie polityki migracyjnej w Polsce, a tym samym wzrostem liczby pacjentów zróżnicowanych kulturowo, wzrasta zainteresowanie nauczaniem, rozwijaniem oraz oceną kompetencji kulturowych studentów oraz pracowników opieki medycznej. W związku z powyższym artykuł ten ma na celu przybliżenie pojęcia kultury i kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej, przedstawienie definicji oraz modeli kształtowania kompetencji kulturowej, wyjaśnienie roli kultury w procesie diagnozowania oraz wskazanie barier komunikacyjnych w kontakcie lekarza/pielęgniarki z pacjentem odmiennym kulturowo.

Kultura i jej znaczenie w procesie diagnostycznym

Chcąc zrozumieć istotę i rolę kompetencji kulturowych w systemie opieki zdrowotnej, kluczowe wydaje się w pierwszej kolejności odnieść do samej kultury i jej wpływu na proces leczenia. W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji kultury, jednakże dla celu tego opracowania ograniczę się do wskazania dwóch wybranych przykładów, które nie tylko zwracają uwagę na podobne elementy tworzące kulturę, ale są też często przytaczane w kontekście badań nad komunikacją interkulturową w opiece medycznej. Cross, Bazron, Dennis, Isaacs (1989, s. 7) definiują kulturę jako wyuczony wzór ludzkiego postępowania obejmujący: myśli, sposoby komunikowania się, działania, zwyczaje, przekonania, wartości oraz organizację grup społecznych. Tymczasem w pracy *Diversity and Cultural Competence in Health Care. A Systems Approach* (Dreachslin, Gilbert, Malone, 2013, s. 109) można wskazać, iż kultura jest to wiedza oraz symbole, które są wyuczone i wspólnie podzielane przez daną grupę, służące wyjaśnianiu rzeczywistości społecznej i stanowiące drogowskaz tego, jak członkowie tej grupy powinni się zachowywać w sytuacjach życia codziennego.

Taki charakterystyczny sposób postrzegania świata i ludzi odnosi się zarówno do małych grup etnicznych, jak i dużych społeczeństw narodowych. Jednostka internalizuje daną kulturę w procesie socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Kultura, jak piszą Dreachslin i in. (2013, s. 110) jest *sui generis* oprogramowaniem umysłu. Jednostki zaprogramowane są przez kulturę grup społecznych, z których się wywodzą, po to, aby mogły oceniać sposób zachowania się, relacje i postępowanie innych osób z własnej grupy oraz procesy zachodzące poza światem własnej grupy społecznej. Należy jednak pamiętać, że kultury mają charakter w mniejszym bądź większym

stopniu dynamiczny i ulegają przeobrażeniom. Nawet tak spójna i trwała w czasie kultura romska ulega nieznacznym przemianom zwłaszcza w dobie szerokiego dostępu do Internetu (Talewicz-Kwiatkowska, 2013, s. 214). To wszystko oznacza, że w kontekście opieki medycznej wiedza na temat kultury, z której wywodzi się dany pacjent jest istotna, może bowiem pomóc w zrozumieniu stosunku pacjenta do własnego zdrowia i przyjętej strategii walki z chorobą. Jednakże właśnie ze względu na zmienność kultury rozumienie kultury obcej nie może oznaczać jedynie posiadania wiedzy na temat charakterystycznych cech danej kultury, ale powinno wiązać się również z rozumieniem tego, jak grupa lub jednostki komunikują się ze sobą w ramach swojego własnego środowiska społecznego, materialnego i duchowego (Draechslin, 2013, s. 111). Światopogląd kulturowy pacjenta wpływa bowiem na rozumiane przez niego pojęcie zdrowia, choroby i leczenia. Każda kultura definiuje pojęcie zdrowia, wskazuje, czym ono jest dla członków własnej grupy, określa etiologię choroby, a także właściwe społeczne i medyczne środki walki z chorobą. Zatem kultura stanowi klucz do zarządzania chorobą w każdym społeczeństwie, bowiem uczy swoich członków tego co robić, jak robić i dlaczego, aby przetrwać w sytuacji wystąpienia zagrożenia, w tym choroby (Kagawa-Singer, Kassim-Lakha, 2003, s. 578, 585).

Przywiązanie kulturowe do danej grupy społecznej uwidacznia się w zakresie między innymi wspólnie podzielanych norm religijnych, prawnych, moralnych i zwyczajowych, wartości i przekonań, strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W zakres tych wspólnie podzielanych wartości wpisują się również kategorie zdrowia i choroby oraz przyjętej strategii radzenia sobie z chorobą. Zdrowie i choroba w różnych społeczeństwach są definiowane odmiennie. Podczas gdy w świecie zachodnim dominuje od czasów Kartezjusza

podejście biomedyczne, według którego choroba jest wynikiem pojawienia się w organizmie różnych mikroorganizmów (Capra, 1987, s. 174, 178), tak w społeczeństwach niezachodnich dominują inne modele wyjaśniania choroby. W tak zwanej medycynie wschodniej obejmującej różne kraje azjatyckie (np. Chiny, Mongolię) za powód choroby podaje się brak harmonii i równowagi pomiędzy siłami ying i yang (Jaroszevska, 2013, s. 75). W innych regionach świata (Azja, Afryka, Ameryka Płd.) wciąż występuje traumatyczny stosunek do wyjaśniania choroby, która jest karą za grzechy.

Do ostatecznego usankcjonowania w naukach o zdrowiu roli kultury w zachowaniu zdrowia przyczynił się Marc Lalonde (1974), który w opracowanym modelu „mandali zdrowia” wymienił cztery kluczowe elementy warunkujące zdrowie: styl życia (w późniejszych wersjach określany jako środowisko społeczno-kulturowe), środowisko fizyczne, czynniki genetyczne oraz opiekę zdrowotną. Wśród tych elementów środowisko społeczno-kulturowe uznano za element dominujący. Usankcjonowano pogląd, według którego kultura może być albo czynnikiem patogenym (np. przebywanie w środowisku, w którym spożywanie alkoholu stanowi podstawę utrzymania dobrych kontaktów towarzyskich), albo czynnikiem terapeutycznym (np. przekonanie danej grupy społecznej o konieczności przeprowadzania badań przesiewowych) (Jaroszevska, 2013, s. 72). Kultura wywiera wpływ na wiele elementów warunkujących zdrowie, zaczynając od zachowań dietetycznych, skłonności do podejmowania ryzyka w życiu codziennym, sposobu spędzania wolnego czasu, higieny, a kończąc na podejściu do przestrzegania zaleceń lekarskich, prowadzenia badań profilaktycznych, zaufaniu do systemu opieki zdrowotnej.

Pracownicy opieki medycznej w Polsce spotykają się w swojej codziennej praktyce lekarskiej i pielęgniarskiej z różnymi grupami

zróżnicowanych kulturowo i religijnie pacjentów. Można jednak wskazać podstawowe rozróżnienie. Z jednej strony są to pacjenci urodzeni i wychowani w Polsce, znający lepiej bądź gorzej język polski, rozumiejący normy kulturowe obowiązujące w naszym społeczeństwie (np. Romowie, Żydzi, świadkowie Jehowy), a z drugiej strony pacjenci wychowani w całkowicie odmiennej kulturze, którzy niedawno przyjechali do Polski, często nieznający w stopniu zadowalającym języka polskiego (np. muzułmanie, buddyści, hinduiści). Wszyscy ci pacjenci mają wpojone przez rodzinę i własną kulturę różne wartości i przekonania, różnią się religią lub jedynie stopniem praktykowania przekonań religijnych, preferują różne zachowania zdrowotne/anty-zdrowotne, mają różny poziom wykształcenia, a w końcu różną wiedzę ogólną i medyczną. Pracownicy opieki medycznej starają się brać pod uwagę wszystkie te czynniki. Należy jednak zauważyć, iż komunikacja z pacjentem wychowanym w Polsce będzie jednak łatwiejsza chociażby ze względu na brak bariery językowej oraz znajomość norm obowiązujących w kulturze zachodniej.

Bariery w komunikacji z pacjentem odmiennym kulturowo

W przypadku pacjentów odmiennych kulturowo skala trudności diagnostycznych i terapeutycznych jest o wiele większa. Podstawowym problemem jest komunikacja słowna. W przypadku cudzoziemców nieznających języka polskiego możliwości wyboru lekarza przez pacjenta są ograniczone. Alternatywą jest znalezienie lekarza mówiącego płynnie w języku angielskim pod warunkiem jednak, że pacjent również potrafi swobodnie komunikować się w tym języku. Inną możliwością jest znalezienie tłumacza. Jednakże nawet jeśli zniesiona zostanie bariera językowa w stopniu umożliwiającym komunikację na poziomie

lekarz/pielęgniarka-pacjent, to i tak brak wiedzy na temat innych kultur, niechęć wobec zrozumienia różnic kulturowych, własne uprzedzenia mogą stać się przyczyną błędnej diagnozy lub mogą wystąpić tak duże różnice w bezpośrednim kontakcie lekarza/pielęgniarki – pacjenta, że postawienie właściwego rozpoznania oraz dalsze prowadzenie pacjenta w procesie terapeutycznym może być niemożliwe do zrealizowania. Prowadzi to do dyskryminacji pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych, przejawiającej się w takich zachowaniach jak: pobieżne przeprowadzenie wywiadu medycznego, krótszy czas wizyty lekarskiej, brak chęci dogłębnego zrozumienia problemu, z którym przyszedł pacjent, proponowanie procedury leczenia niezgodnej z przekonaniami religijnymi/kulturowymi pacjenta, zignorowanie problemu pacjenta. Potraktowanie problemu pacjenta w sposób lekceważący jest na ogół wynikiem wzajemnego niezrozumienia się wynikającego ze zbyt dużych różnic w postrzeganiu i rozumieniu choroby, jak i również innych czynników mających wpływ na podejmowanie decyzji dotyczącej leczenia. Jako przykład można podać brak zgody świadków Jehowy na transfuzję krwi. Lekarze, ze względu na obowiązujące przepisy prawa dotyczące możliwości rezygnacji z leczenia ratującego życie, nie przeprowadzają transfuzji krwi gdy pacjent nie wyraża na to zgody, nie oznacza to jednak, iż personel medyczny akceptuje to i rozumie (Przyłęcki, 2016a). Innym problemem, często wymienianym przez środowisko medyczne w Polsce, jest brak porozumienia z Romami i ich rodzinami na oddziałach szpitalnych. Romscy pacjenci są tłumnie odwiedzani przez członków rodziny, czego personel medyczny na ogół nie rozumie i nie potrafi w sposób ugodowy rozwiązać rodzących się wówczas konfliktów. Tymczasem przyjazd do szpitala dużej liczby członków rodziny pacjenta romskiego spowodowane jest przekonaniem, że rodzina bliższa i dalsza musi

pożegnać się z pacjentem na wypadek jego ewentualnej śmierci. Niepożegnanie się może doprowadzić do przykrych konsekwencji, jaką będzie nawiedzanie przez ducha zmarłej osoby pozostałych członków rodziny (Sutherland, 1992; Przyłęcki, 2016b).

Jedną z grup, z którą może dochodzić do nieporozumień w procesie terapeutycznym są przedstawiciele kultur wschodnich, na przykład Chińczycy. W przypadku kultur wschodnich, w których dominuje konfucjański model wychowania, dominuje przekonanie o niemożliwości okazywania braku szacunku autorytetowi, którym w tym przypadku będzie lekarz. Taki pacjent będzie niewiele mówił, a w przypadku ewentualnych rozbieżności pomiędzy nim a lekarzem, taki pacjent może milczeć. Dodatkowo chińska koncepcja zdrowia oparta jest również na filozofii konfucjańskiej, według której ludzkie ciało składa się z pierwiastków yin i yang. Choroba pojawia się wówczas, gdy dochodzi do zachwiania równowagi pomiędzy tymi dwoma pierwiastkami, na co wpływ mogą mieć relacje społeczne, pogoda, siły nadprzyrodzone, zła dieta itd. (Matsumoto, Juang, 2007, s. 253). Problem może także pojawić się na poziomie nazewnictwa, gdyż Chińczycy nie posługują się na przykład słowem depresja, a zamiast tego używają określenia *xin qing bu hao*, które tłumaczy się jako „sercu nie jest dobrze” (Jaroszewska, 2013, s. 77).

Należy też wskazać, iż ze względu na dominujący model biomedyczny, wiele zaburzeń znanych i uważanych za poważne w krajach niezachodnich nie jest traktowanych jako choroba w krajach zachodnich. Należą do nich na przykład przedawkowanie medytacji, strach przez zmniejszaniem się i zanikaniem genitaliów, pogorszenie zdrowia w związku z przekonaniem, iż na chorego rzucono czary (Jaroszewska, 2013, s. 79). Problemem może być również komunikacja niewerbalna. W różnych kulturach można zaobserwować

inne sposoby komunikowania niewerbalnego. W wielu państwach, w tym w Polsce, połączenie kciuka i palca wskazującego w kręgu oraz trzymanie prosto pozostałych palców interpretuje się jako znak zgody, czyli ok, tymczasem w niektórych państwach, jak Turcja, Grecja czy kraje Ameryki Południowej odbierane to jest jako wulgaryzm (Pease, 2011, ss. 138–155). Warto również zwrócić uwagę na takie kwestie jak zachowanie dystansu przestrzennego, utrzymanie kontaktu wzrokowego czy dotyk.

Od świadomości kulturowej do kompetencji kulturowej w komunikacji z pacjentem

Pojęcie kompetencji kulturowej ma, jak twierdzą Dreachslin i in. (2013, s. 119), swoją dość długą i złożoną drogę rozwoju w kontekście opieki medycznej. Za prekursorkę badań w zakresie wpływu kultury na leczenie należy uznać Madeleine Leininger (1991) ze Stanów Zjednoczonych. Już w latach 50. XX wieku zwróciła ona uwagę na potrzebę rozwijania opieki pielęgniarskiej wrażliwej na potrzeby kulturowe poszczególnych grup mniejszościowych oraz rozwój kompetencji kulturowych, pomimo iż nie posługiwała się jeszcze wtedy tym terminem. Zanim pojęcie to na dobre zakorzeniło się w literaturze naukowej z zakresu komunikacji z pacjentami pochodzącymi z grup odmiennych kulturowo, wykorzystywano różne określenia mające na celu podkreślenie specyfiki tej formy komunikacji. Początkowa była to **świadomość kulturowa** (*cultural awareness*), czyli dążenie do tego, aby pracownicy opieki medycznej uświadomili sobie, że ludzie z różnych kultur rzeczywiście się różnią, a te niewidoczne czasami na pierwszy rzut oka różnice, zwłaszcza w przypadku osób urodzonych w Stanach Zjednoczonych, mogą wpływać na kontakt z lekarzem czy pielęgniarką. Bycie świadomym kulturowo to również bycie świadomym tego, jak własna kultura

kształtuje mnie jako osobę, bycie świadomym własnych ograniczeń wynikających z przynależności do danej kultury i grupy społecznej oraz bycie świadomym tego, że inne osoby mają inne wartości i poglądy od naszych ze względu na doświadczenie socjalizacji w innej kulturze (Dreachtlin i in., 2013, s. 119).

Zakorzenie się pojęcia świadomości kulturowej pozwoliło na zrobienie kroku na przód. W latach 80. XX wieku upowszechniło się pojęcie **wrażliwości kulturowej** (*cultural sensitivity*). Zbiegło się to z żądaniem grup mniejszościowych w Stanach Zjednoczonych (Latynosów, Azjatów, Afroamerykanów) o włączenie ich do systemu opieki zdrowotnej i zagwarantowania lepszej niż dotąd opieki zdrowotnej, na co rząd amerykański przystał. **Wrażliwość kulturowa** miała w tym kontekście oznaczać umiejętność rozpoznania specyficznych kulturowo potrzeb oraz otwartość na zaspokojenie tych potrzeb (Dreachtlin i in., 2013, s. 119–120). Na przełomie lat 80. i 90. XX w. rozpowszechniło się w Stanach Zjednoczonych pojęcie *cultural relevancy*, które tłumacząc dosłownie oznacza znaczenie kulturowe, jednak w kontekście opieki zdrowotnej chodziło o tworzenie usług medycznych, które odpowiadałyby na potrzeby osób pochodzących z grup mniejszościowych. Chodziło zatem o przejście od poziomu postaw na poziom rzeczywistych praktyk medycznych uwzględniających potrzeby grup mniejszościowych (Dreachtlin i in., 2013, s. 120), czyli na przykład zaprzestanie stosowania terapii czy leków, które są nieakceptowane przez członków danej religii/kultury. W 1988 r. psycholog Paul Pedersen użył pojęcia **kompetencja wielokulturowa** (*multicultural competency*), natomiast rok później w pracy poświęconej komunikacji z pacjentami odmiennymi kulturowo Cross i in. (1989) użyli pojęcia **kompetencja kulturowa** (*cultural competency*). Wprowadzenie do komunikacji medycznej tego określenia zbiegło się z przekonaniem, że same postawy pracowników

medycznych nie wpłyną na zmianę w realizacji konkretnych praktyk medycznych. W tym celu potrzebna jest również wiedza i umiejętności, które muszą być nauczane. Kompetencja kulturowa jest to zatem umiejętność współpracy z ludźmi pochodzącymi z różnych kultur. W kontekście opieki zdrowotnej można mówić o dążeniu do stworzenia opieki kompetentnej kulturowo. Taka opieka ma charakter holistyczny i dostosowany do wartości kulturowych pacjenta, jego przekonań, tradycji, stylu życia. Obejmuje ona pokonywanie barier językowych i kulturowych, gwarantując jednocześnie stworzenie takiego środowiska, w którym pacjenci zróżnicowani kulturowo będą czuć się komfortowo, w którym będą w stanie rozmawiać o swoich religijnie i kulturowo uwarunkowanych obawach i przekonaniach, a personel medyczny będzie podchodził do tych problemów z szacunkiem (Castillo, Guo, 2011, ss. 207–208).

W literaturze anglojęzycznej pojawiło się również pojęcie *cultural humility*, które można przetłumaczyć jako **pokora kulturowa**. Zostało ono wprowadzone przez Melanie Tervalon i Jann Murray-Garcia (1998) i było rozumiane jako pewien stały proces uczenia się komunikacji z pacjentami, a polegający na autorefleksji i samokrytyce w stosunku do własnych zachowań. Ma on na celu pracę z własnymi ograniczeniami i uprzedzeniami (Dreachtlin i in., 2013, s. 121).

Pojęciem, które ostatnio stało się modne i zaczęło być wykorzystywane również w badaniach z zakresu opieki medycznej, jest **inteligencja kulturowa** (*cultural intelligence*). Inteligencja kulturowa jest powiązana z kompetencją kulturową (Kwantes, 2017, s. 96). Jest definiowana jako umiejętność odnalezienia się w kulturowo różnych sytuacjach (Thomas 2006, s. 97), poprzez własną zdolność odczytania oraz przyswojenia zasad obowiązujących w obcej kulturze, a następnie umiejętność zastosowania się do tych zasad (Barzykowski,

Majda, Szkup, Przyłęcki, 2019a). Według Ang, Dyne i Koch (2006), w przypadku inteligencji kulturowej należy wskazać na jej cztery składniki: motywacyjny, poznawczy, metapoznawczy i behawioralny. Element motywacyjny zakłada autentyczne zainteresowanie innymi kulturami oraz kontakt z ich przedstawicielami, komponent poznawczy obejmuje wiedzę o innych kulturach w zakresie między innymi jej zasad, norm, wartości, rytuałów, poglądów na temat prawa, gospodarki i zdrowia. W przypadku składnika metapoznawczego podkreśla się świadomość na temat różnic występujących pomiędzy danymi kulturami oraz rozumienie przekonań mniejszości poprzez pryzmat ich kultury. Element behawioralny oznacza umiejętność zachowania się zgodnie z normami obowiązującymi w obcej kulturze.

Definiowanie kompetencji kulturowej

Jednym z podstawowych problemów wymagających analizy jest zdefiniowanie pojęcia kompetencja kulturowa w kontekście pracy z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo. Wpierw warto przybliżyć znaczenie pojęcia kompetencja, którą rozumie się jako poziom pewnej wiedzy i doskonałości w danej dziedzinie, dający przekonanie o możliwości profesjonalnego wykonywania zleconych zadań w pracy (Kwantes, Glazer, 2017, s. 95). Tymczasem kompetencję kulturową można zdefiniować za Cross i in. (1989), jako zbiór odpowiednich zachowań, postaw i sposobów działania umożliwiających całemu systemowi jak i pojedynczym pracownikom pracować efektywnie w sytuacji spotkania kulturowego. Ta definicja stanowiła punkt wyjścia do rozumienia kompetencji kulturowych w kontekście opieki medycznej. W późniejszych latach była ona jedynie korygowana i dopasowywana w zależności od potrzeb przez różnych badaczy (Brach, Fraser, 2000, s. 182). Kompetencja

kulturowa wykracza poza świadomość albo wrażliwość kulturową, obejmuje ona bowiem nie tylko wiedzę na temat danej kultury i szacunek dla różnych perspektyw kulturowych ale również oznacza zarówno posiadanie umiejętności, jak i zdolność wykorzystania ich w sytuacji rzeczywistego kontaktu interkulturowego (Brach, Fraser, 2000, s. 183).

Kompetencja kulturowa była od początku w literaturze przedmiotu opisywana jako zdolność pracowników opieki medycznej do świadczenia kompetentnej i właściwej opieki medycznej, dostosowanej do potrzeb osób wywodzących się z grup mniejszościowych pod względem kulturowym czy religijnym. Jednocześnie w aspekcie indywidualnym kompetencja kulturowa była opisywana jako zdolność skutecznego działania w kontekście różnic kulturowych, do czego potrzebna jest wiedza i zrozumienie innej kultury (Jongen i in., 2018, s. 2).

Obecnie pojęcie kompetencji kulturowej na dobre zakorzeniło się w badaniach z zakresu komunikacji medycznej, jak i w edukacji medycznej oraz praktyce klinicznej. W literaturze anglojęzycznej jest ono obecnie często stosowane z przedrostkami multi-, cross-, inter-, silnie podkreślającymi to, o jaki rodzaj kompetencji kulturowej chodzi danemu badaczowi. *Multicultural communication* tłumaczone jest jako komunikacja międzykulturowa, jest to pojęcie szerokie oznaczające komunikację między osobami pochodzącymi z różnych kultur. *Cross-cultural* tłumaczone jest w języku polskim jako komunikacja poprzekulturowa, dotyczy badania konkretnych kultur w kontekście charakterystycznych dla niej cech, np. sposobu komunikacji, wierzeń, diety itd. *Cross-cultural* oznacza w tym przypadku takie badanie, które pozwala na porównanie dwóch różnych grup i pokazanie różnic. W kontekście opieki medycznej ten typ komunikacji ma szczególne znaczenie. Pracownicy opieki medycznej są edukowani w zakresie podstawowej

wiedzy dotyczącej przedstawicieli innych kultur, aby wiedzieli np. jakie produkty żywieniowe nie powinny znaleźć się w diecie pacjentów będących wyznawcami innej religii. *Inter-cultural communication* podejmuje natomiast aspekt kontaktu dwóch różnych kultur, czyli co się dzieje, gdy osoby z różnych kultur wejdą ze sobą w interakcję. W obrębie komunikacji międzykulturowej wyróżnia się jeszcze *international communication* (komunikację międzynarodową) oraz *global communication* (komunikację globalną) (Mikułowski-Pomorski, 1999, s. 11). Te dwa rodzaje komunikacji nie są jednak wykorzystywane do badań w kontekście opieki zdrowotnej. Można się również spotkać, najczęściej w pielęgniarstwie, z określeniem opieki transkulturowej (transcultural) czyli opieki wrażliwej na potrzeby kulturowe pacjentów. Wszystkie powyższe określenia są dla laika niejasne. Autorzy zajmujący się badaniem kompetencji kulturowych zwracają uwagę na to, iż wielu badaczy stosuje powyższe terminy zamiennie (Kwantes, Glazer, 2017, s. 96), pomimo iż, jak zostało to pokazane, występują pomiędzy nimi delikatne różnice znaczeniowe. Darla Deardoff (2006), która przeprowadziła badania metodą Delphi wśród pracowników (wykładowcy, badacze, pracownicy administracyjni) zajmujących się szeroko rozumianą komunikacją z przedstawicielami różnych grup mniejszościowych na uczelniach wyższych w USA, Kanadzie i Wielkiej Brytanii, zauważyła brak spójności pomiędzy nimi w zakresie definiowania tych pojęć.

Modele kompetencji kulturowej

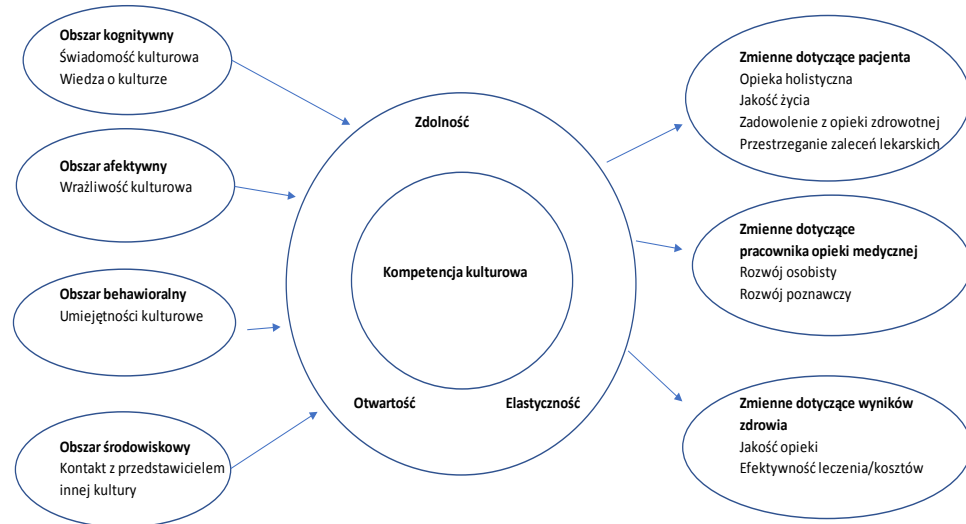
Jak już wspomniano powyżej, w literaturze przedmiotu można spotkać się z wieloma modelami kompetencji kulturowych. W tym miejscu zostaną przedstawione wybrane dwa modele, które odnoszą się szczególnie do opieki transkulturowej.

Eunyoung Suh (2004) dokonała analizy definicji kompetencji kulturowych i na tej podstawie opracowała model kompetencji

kulturowej (schemat 1). Model ten może stanowić rodzaj przewodnika, jak rozwinąć strategię opieki wrażliwej kulturowo w praktyce. Suh wskazała, iż w przypadku definiowania pojęcia kompetencji kulturowej podkreśla się jej 3 główne cechy:

- ▶ **umiejętności** (*abilities*) – rozumiane jako umiejętność skutecznej opieki nad pacjentem w środowisku zróżnicowanym kulturowo; dotyczy to umiejętności radzenia sobie z różnicami kulturowymi jakie występują pomiędzy pracownikami opieki medycznej a pacjentem;
- ▶ **otwartość** (*openess*) – dotyczy postawy pracowników opieki medycznej w stosunku do pacjentów, która charakteryzuje się pełnym szacunkiem i akceptacją drugiej osoby bez względu na jej pochodzenie;
- ▶ **elastyczność** (*flexibility*) – oznacza umiejętność odnalezienia się w różnych sytuacjach spotkania wielokulturowego, wiąże się z perspektywą relatywizmu kulturowego, intersubiektywności i otwartości na inne kultury (Suh, 2004, s. 97).

Schemat 1. Model kompetencji kulturowej



Źródło: Suh, 2004, s. 97.

Suh (2004), na podstawie analizy różnych definicji kompetencji kulturowej wskazała na przypadki, które muszą nastąpić aby kompetencja kulturowa mogła wystąpić. Pogrupowała je w cztery obszary: kognitywny, afektywny, behawioralny i środowiskowy. Obszar kognitywny obejmuje świadomość kulturową oraz wiedzę o innych kulturach. Świadomość kulturowa oznacza potrzebę rozwoju własnej kompetencji kulturowej, co możliwe jest wówczas, gdy zrozumie się, że przekonania, wartości i różnice kulturowe pacjentów mają wpływ na proces leczenia. Świadomość kulturowa wiąże się także z poznaniem własnych ograniczeń, jak i uprzedzeń występujących we własnej kulturze w stosunku do przedstawicieli innych kultur. Wiedza o innych kulturach oznacza zdobywanie wiedzy o historii, polityce, kwestiach społecznych i ekonomicznych innych kultur. Jest to wiedza, którą najlepiej zdobywa się wówczas, gdy ma się kontakt z przedstawicielem innej kultury (Suh, 2004, ss. 97–98). Obszar afektywny wiąże

się z wrażliwością kulturową i, w przeciwieństwie do atrybutów poznawczych, zwraca się tutaj uwagę na afektywne postrzeganie różnic kulturowych z podkreśleniem poszanowania i akceptacji dla tych różnic. W przypadku obszaru behawioralnego wyróżnia się te kompetencje, które zostały nabyte i mogą być wykorzystane w sytuacji rzeczywistego kontaktu międzykulturowego. Należą do nich zatem umiejętność komunikacji, ale także umiejętność właściwej oceny pacjenta pochodzącego z innej kultury. Ostatnim wyróżnionym obszarem jest obszar środowiskowy, który zawiera w sobie wystąpienie każdej sytuacji spotkania międzykulturowego. Za takie spotkanie można uznać już samą rozmowę z osobą pochodzącą z innej kultury. Każde takie spotkanie przyczynia się w drobnym stopniu do rozwoju kompetencji kulturowej (Suh, 2004, s. 98).

Oprócz cech i obszarów kompetencji kulturowych Suh wyróżniła również tzw. konsekwencje (*consequences*) kompetencji

kulturowej, do których zaliczyła trzy kategorie zmiennych dotyczących: a) pacjenta; b) pracownika opieki medycznej jako osoby świadczącej usługę medyczną; c) efektów leczenia. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z subiektywną oceną pacjenta dotyczącą udzielonej mu opieki medycznej, stopnia jego zadowolenia, poprawy stanu zdrowia, przestrzegania zaleceń lekarskich, zrozumienia przyczyny choroby itd. W przypadku personelu medycznego, jak wynika z badań analizowanych przez Suh (2004), te osoby, które rozwinęły swoje kompetencje kulturowe, głównie poprzez udział w różnych przedsięwzięciach, na przykład wymiana międzynarodowa, szkolenia, nie tylko lepiej radzą sobie podczas kontaktu z pacjentem pochodzącym z innej kultury ale również są otwarci na dalszy rozwój swoich kompetencji kulturowych. Ostatnią zmienną opisującą konsekwencje prowadzenia kompetentnej kulturowo opieki medycznej jest zmienna dotycząca wyników leczenia. W tym przypadku wskazuje się z jednej strony na większą efektywność leczenia, w tym również efektywność finansową, a z drugiej strony na ograniczenie nierówności zdrowotnych pomiędzy przedstawicielami różnych grup etnicznych (Suh, 2004, s. 98).

Można stwierdzić jednoznacznie, zgodnie z tym co zostało przedstawione w schemacie modelu kompetencji kulturowej, że wiedza o innych kulturach/religiach nie wystarcza do tego, aby stać się kompetentnym kulturowo. Nabycie kompetencji kulturowej następuje w wyniku długiej praktyki medycznej, jest procesem ciągłym, w którym mogą zachodzić różne etapy rozwoju. Nabycie kompetencji kulturowej wymaga nabycia właściwej świadomości związanej z szerszym patrzeniem na kwestie kontaktów interkulturowych. Jeśli chce się być kompetentnym kulturowo, nie jest możliwy bezrefleksyjny kontakt z pacjentem pochodzącym z grupy mniejszościowej. Każdy kontakt jest inny, wymaga to

przemyslenia własnego podejścia i analizy każdej interakcji, w sytuacji gdyby była ona związana z zaistnieniem nowego nieznanego dotąd zdarzenia międzykulturowego.

Innym modelem znanym w kontekście opieki medycznej jest model Josephy Campinha-Bacote (2002), który zgodnie z założeniami autorki może znaleźć zastosowanie w świadczeniu usług medycznych kompetentnych kulturowo. W modelu tym zwraca się uwagę na ciągły proces rozwijania kompetencji kulturowej. Pracownik opieki medycznej, bez względu na posiadaną wiedzę i umiejętności, nie jest, jak podkreśla autorka tego modelu, w pełni kompetentny kulturowo (proces zakończony), tylko cały czas się rozwija i **staje się** coraz bardziej kompetentny kulturowo (Campinha-Bacote, 2002, s. 181). W modelu tym wyróżnionych zostało pięć założeń, tj.:

- ▶ uznanie, iż kompetencja kulturowa i jej nabywanie jest procesem ciągłym;
- ▶ kompetencja kulturowa składa się z pięciu konstruktorów: świadomości kulturowej, wiedzy kulturowej, umiejętności kulturowej, pragnienia nabycia kompetencji kulturowych oraz rzeczywistego wchodzenia w kontakty interkulturowe;
- ▶ istnieje większe zróżnicowanie w obrębie grup etnicznych niż pomiędzy grupami etnicznymi;
- ▶ istnieje bezpośredni związek pomiędzy poziomem posiadanych przez pracowników opieki medycznej kompetencji kulturowych a świadczeniem usług medycznych;
- ▶ kompetencja kulturowa jest kluczowym składnikiem w świadczeniu opieki medycznej kompetentnej kulturowo w stosunku do pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych (Campinha-Bacoste, 2002, s. 181).

W modelu tym podkreśla się, iż wszystkie konstrukty kompetencji kulturowej, tj. świadomość, wiedza, umiejętności, kontakty

kulturowe i pragnienie nabycia kompetencji kulturowych muszą być doświadczane przez pracownika opieki medycznej, wszystkie te elementy muszą być rozwijane, a jednocześnie większa własna praca nad jednym z nich przyczynia się do rozwoju innych składników kompetencji (Campinha-Bacoste, 2002, s. 183).

Kształtowanie kompetencji kulturowych

Skala trudności związanych z leczeniem pacjentów pochodzących z grup mniejszościowych jest ogromna, a wskazanie wszystkich problemów, jakie mogą zaistnieć w kontakcie międzykulturowym nie jest możliwe, co przekłada się na trudności związane z rozwojem kompetencji kulturowych. Okazuje się zatem, że wiedza, pomimo iż jest istotnym elementem nauczania, nie jest wystarczająca do osiągnięcia sukcesu komunikacyjnego i terapeutycznego. Dlatego w kształtowaniu kompetencji kulturowych zwraca się dodatkowo szczególną rolę na budowanie postaw i rozwój świadomości. Jest to proces ciągły, który można zobrazować na kontinuum, na którym znajdują się cztery etapy rozwoju: a) nieświadoma niekompetencja (brak świadomości, że nie posiada się wiedzy na temat innych kultur); b) uświadomiona niekompetencja (posiadanie świadomości, że nie posiada się wiedzy o innych kulturach); c) świadoma kompetencja (uczenie się innych kultur, weryfikacja stereotypów na temat innych kultur, dostarczanie usług kompetentnych kulturowo); d) nieświadoma kompetencja (bezrefleksyjne dostarczanie właściwych kulturowo usług medycznych pacjentom pochodzącym z różnych kultur) (Purnell, 2005, s. 9). Bez względu na to, na jakim etapie na wskazanym kontinuum jest pracownik opieki medycznej, kluczowe wydaje się, w przypadku pracy z pacjentami zróżnicowanymi kulturowo, bycie świadomym posiadania niedoborów kompetencyjnych i otwartość

na własny rozwój. Nie musi to być uczestnictwo w kolejnych kursach. Umiejętność zastanowienia się i przemyślenia nowego spotkania międzykulturowego, w sytuacji gdy zaistniała nowa nieznana dla danej osoby okoliczność, również przyczynia się do rozwoju własnych kompetencji.

Thomas Bein (2017, s. 230) zwerbalizował główne bariery, z jakimi stykają się pracownicy opieki medycznej w kontakcie z pacjentem zróżnicowanym kulturowo i pogrupował je w szersze kategorie, dając tym samym propozycję tego, jakie zagadnienia szczególnie powinny być podejmowane podczas szkoleń z zakresu komunikacji interkulturowej.

Wskazane przez niego obszary to:

- ▶ brak zrozumienia perspektywy pacjenta;
- ▶ różnica w ocenie danej sytuacji np. w sytuacji końca życia;
- ▶ dyskryminacja pacjentów czyli ich gorsze traktowanie ze względu na posiadanie określonej cechy, np. innego koloru skóry;
- ▶ różnica w zakresie wyznawanych wartości.

Jednocześnie Bein zaproponował określone strategie, jakie można zastosować w celu rozwiązania tych trudności. Strategie te mogą być realizowane zarówno na poziomie organizacyjnym danej placówki medycznej, jak i na poziomie jednostkowym. Realizacja tych strategii może być jednak poprzedzona przyjęciem określonych działań edukacyjno-szkoleniowych, które wspomogą realizację tych strategii, do których należą:

- ▶ wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej na trzech poziomach: przywódczym, praktycznym (procedury dotyczące leczenia) oraz klinicznym (kontakt lekarz-pacjent);
- ▶ posiadanie wiedzy na temat wpływu czynników kulturowych i społecznych na zdrowie i chorobę;
- ▶ nabycie umiejętności oddzielenia własnych przekonań i głoszonych wartości w sytuacji

kontakcie z pacjentem zróżnicowanym kulturowo;

- ▶ szacunek i akceptacja dla innych kultur oraz wierzeń skutkująca kompetentną komunikacją z pacjentem;
- ▶ ostrożne a zarazem otwarte podejście dla zrozumienia perspektyw zarówno pacjenta, jak i jego rodziny (Bein, 2017, s. 230).

Poza szczegółowymi zagadnieniami, które mogą znaleźć się w zakresie kształtowania kompetencji kulturowych pracowników opieki medycznej, w literaturze przedmiotu pojawiło się również wiele modeli rozwoju kompetencji kulturowych, które są obecnie stosowane w edukacji medycznej. Poniżej wskazane zostaną dwa przykładowe modele. Pierwszym z nich jest model LEARN opracowany przez Berlina i Fowkesa (1983). Opiera się on na pięciu celach do których powinien dążyć pracownik opieki medycznej podczas kontaktu z przedstawicielem innej kultury, tj.:

- ▶ listen – słuchaj swojego pacjenta, biorąc pod uwagę jego perspektywę kulturową (pacjent, w przeciwieństwie do lekarza reprezentującego medycynę zachodnią, może inaczej interpretować przyczynę swojej choroby, wpływ na to mają przekonania religijne i kulturowe);
- ▶ explain – wyjaśnij jak rozumiesz, jako lekarz reprezentujący podejście biomedyczne, przyczynę choroby;
- ▶ acknowledge – przyjmij a jednocześnie omów podobieństwa i różnice, które mogą pojawić się w zakresie zrozumienia przyczyny choroby lub procesu leczenia;
- ▶ recommend – przedstaw plan leczenia, szanując odmienne przekonania pacjenta;
- ▶ negotiate – przedyskutuj z pacjentem plan leczenia, który będzie zawierał elementy kultury pacjenta oraz stylu jego życia (Berlin, Fowkes, 1983, ss. 934–938).

Model Berlina i Fowkesa jest jednym z pierwszych modeli komunikacji z pacjentem odmiennym kulturowo, który został szerzej rozpropagowany w krajach zachodnich. Jego zaletą jest prostota. Autorzy zwracają bowiem uwagę na podstawowe elementy takiej komunikacji, które jednak mogą uczynić ją bardziej efektywną. Przyjmuje się w tym modelu, że otwartość na różnice kulturowe oraz świadomość wpływu różnic kulturowych na wzajemną komunikację i postępowanie terapeutyczne jest w stanie przynieść wymierne efekty, nawet przy braku posiadania rozległej wiedzy na temat innych kultur/religii.

Innym modelem, o wiele bardziej rozbudowanym, jest model Purnella (2005). Model ten został zobrazowany za pomocą koła, w obrębie którego znajduje się 12 obszarów, nazwanych konstruktami kulturowymi, które są uniwersalne dla wszystkich kultur i mają wpływ na zachowania kulturowe jednostki. Są to:

- ▶ dziedzictwo kulturowe (*overview/heritage*) – dotyczy takich aspektów jak gospodarka, kultura czy polityka regionu, z którego pochodzi dana jednostka, a które to elementy mają wpływ na postrzeganie świata i wyjaśnianie różnych zjawisk społeczno-politycznych;
- ▶ komunikacja (*communication*) – kulturowe wzorce werbalnego i niewerbalnego komunikowania się;
- ▶ role rodzinne (*family roles and organization*) – oznacza preferowany typ rodziny, dominujące wzorce rodzinne;
- ▶ pracownicy – (*workforce issues*) – dotyczy takich pojęć jak autonomia, akulturacja, asymilacja, style komunikacji w miejscu pracy;
- ▶ ekologia biokulturowa (*biocultural ecology*) – odnosi się do biologicznych cech człowieka, jak geny oraz środowiskowych, jak miejsce zamieszkania, które to cechy mogą świadczyć o podatności na daną chorobę; ponadto leki mogą być inaczej

- metabolizowane przez osoby pochodzące z różnych stref klimatycznych;
- ▶ zachowania ryzykowne (*high-risk behaviors*) – dotyczy różnych zachowań antyzdrowotnych jak używki, brak aktywności fizycznej, nawyki żywieniowe, praktyki seksualne;
 - ▶ praktyki żywieniowe (*nutrition*) – oznacza nakazy i zakazy żywieniowe, promocję zdrowego żywienia;
 - ▶ ciąża i poród (*pregnancy and childbearing practises*) – dotyczy kulturowo usankcjonowanych i nieusankcjonowanych metod kontroli urodzeń, stosunku do okresu ciąży (np. stosowanie używek w tym okresie), metod porodu (szpital, dom);
 - ▶ rytuały śmierci (*death rituals*) – stosunek do śmierci, przygotowania do pogrzebu, praktyki związane z przeżywaniem żałoby;
 - ▶ duchowość (*spirituality*) – obejmuje praktyki religijne;
 - ▶ praktyki zdrowotne (*healthcare practices*) – dotyczy przekonań zdrowotnych, sposobów wyjaśniania choroby, stosowanych praktyk medycznych, stosunku do transplantacji;
 - ▶ personel medyczny (*healthcare practitioners*) – dotyczy postrzegania w danej grupie osób zajmujących się leczeniem i rozumienia choroby (stosunek do szamanów i profesjonalnych lekarzy), a także różnic płciowych (leczenie u osoby odmiennej płci) (Purnell, 2005, ss. 13–14).

Model Purnella znalazł szerokie zastosowanie nie tylko do szkoleń z zakresu komunikacji interkulturowej, ale również do oceny kompetencji kulturowych, czy organizacji i zarządzania miejscem pracy. Ponadto odwołują się do niego przedstawiciele różnych branż, pomimo że pierwotnie był stworzony na potrzeby opieki medycznej, gdyż pomagał wyjaśniać różne zachowania i zdarzenia, które miały wpływ na zachowania jednostek z innej kultury.

Model ten zakłada, że zachowania jednostki należy interpretować w szerszym zakresie, to znaczy rodziny, społeczności i globalnego społeczeństwa, którego jednostka jest częścią. Jednocześnie wyróżnione konstrukty kulturowe są dla poszczególnych kultur zarówno podobne, jak i odmienne w niektórych szczegółach, mają jednak duży wpływ na komunikację, postrzeganie roli lekarza, rozumienie choroby, podejmowane wzorce walki z chorobą, styl życia pacjenta.

Podsumowanie

Rozwój gospodarczy Polski i związany z tym popyt na pracowników zagranicznych jest jedną z głównych przyczyn zwiększonej migracji do Polski i tym samym postępującej różnorodności kulturowej społeczeństwa polskiego. Dodatkowo Polska staje się również coraz bardziej popularnym kierunkiem edukacyjnym dla studentów spoza Polski. Wszystkie te zmiany będą przyczyniały się do powolnej, jednak postępującej zmiany struktury narodowościowej społeczeństwa polskiego, co znajdzie odzwierciedlenie w różnych sferach życia. Polacy coraz częściej komunikują się z cudzoziemcami nie tylko na ulicy, ale w miejscu pracy, szkole, podczas spotkań towarzyskich. Każde takie spotkanie z przedstawicielem innej kultury wymaga posiadania w mniejszym bądź większym stopniu kompetencji kulturowych. Opieka medyczna jest jednym z tych obszarów życia publicznego, w którym kontakt z przedstawicielem grupy mniejszościowej jest szczególnie i wymaga posiadania przez personel medyczny rozwiniętych kompetencji kulturowych, które mają ułatwić kontakt z takim pacjentem, lepiej zrozumieć sposób myślenia i zachowania takiego pacjenta oraz stosunek do choroby, zaproponować adekwatny do przekonań religijnych pacjenta sposób leczenia.

Posiadanie kompetencji kulturowych oznacza nabycie odpowiedniej wiedzy,

umiejętności i bycia świadomym istniejących różnic kulturowych. Należy jednak podkreślić, iż nabywanie kompetencji kulturowych jest procesem ciągłym. Spotkanie z każdym nowym pacjentem może stanowić pewnego rodzaju lekcję dla pracownika opieki medycznej. Dlatego też kluczowym czynnikiem w rozwoju tych kompetencji wydaje się być przede wszystkim otwartość na rozwój. Szkolenia w zakresie komunikacji interkulturowej są ważne i gwarantują nabycie określonej wiedzy i umiejętności, ale nie gwarantują, że wiedza ta i umiejętności będą stosowane w praktyce, jeśli zabraknie wewnętrznej chęci i otwartości na kontakt z przedstawicielem grupy mniejszościowej. 🗨️

Dr n. hum. Paweł Przyłęcki – doktor nauk humanistycznych, socjolog, historyk, pracownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autor publikacji z zakresu socjologii polityki oraz socjologii medycyny oraz kompetencji kulturowych. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

Afiliacja:

Zakład Socjologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: pawel.przylecki@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Ang, S., Van Dyne, L., Koh, C. (2006). Personality Correlates of the Four-Factor Model of Cultural Intelligence, *Group and Organization Management*, 31(1)/2006, 100–123, DOI: [org/10.1177/1059601105275267](https://doi.org/10.1177/1059601105275267).
- Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019a). The Polish Version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of Its Reliability and Validity among Healthcare Professionals and Medical Faculty Students, *PLoS ONE* 14(11)/2019, e0225240, DOI.org/10.1371/journal.pone.0225240.

- Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019b). The Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and Psychometric Properties of the Polish Adaptation, *PLoS ONE* 14(3)/2019, e0212730, DOI.org/10.1371/journal.pone.0212730.
- Bein, T. (2017). Understanding Intercultural Competence in Intensive Care Medicine, *Intensive Care Medicine*, 43(2)/2017, 229–231, DOI: 10.1007/s00134-016-4432-2.
- Berlin, E. A. (1983). A Teaching Framework for Cross-Cultural Health Care – Application in Family Practice, *Western Journal of Medicine*, 139(6)/1983, 934–938.
- Brach, C., Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model, *Medical Care Research and Review*, 57, Supplement 1/2000, 181–217, DOI: 10.1177/1077558700057001S09.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care, *Journal of Transcultural Nursing*, 13(2)/2002, 181–184.
- Capra, F. (1987). *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Castillo, R., J., Guo, K., L. (2011). A Framework for Cultural Competence in Health Care Organizations, *The Health Care Manager*, 30(3)/2011, 205–214, DOI: 10.1097/HCM.0b013e318225dfe6
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., Isaacs, M. R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care. A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington: Georgetown University Child Development Center.
- Deardoff, D., K. (2006). Identification and Assessment of Intercultural Competence as A Student Outcome of Internationalization, *Journal of Studies in International Education*, 10(3)/2006, 241–266.
- Dreachslin, J. L., Gilbert, M. J., Malone, B. (2013). *Diversity and Cultural Competence in Health Care. A Systems Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Główny Urząd Statystyczny (2019). *Szkoły wyższe i ich finanse w 2018 r.*, <https://stat.gov.pl/>

- [obszary-tematyczne/edukacja/edukacja/szkoly-wyzsze-i-ich-finanse-w-2018-roku,2,15.html](#)
- Jaroszewska, E. (2013). Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie, *Problemy Polityki Społecznej. Studia i dyskusje*, 21(2)/2013, 71–84.
- Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., Clifford A. (2018). *Cultural Competence in Health. A Review of the Evidence*. Singapore: Springer.
- Kagawa-Singer, M., Kassim-Lakha, S. (2003). A Strategy to Reduce Cross-cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. *Academic Medicine*, 78(6)/2003, 577–587, DOI: 10.1097/00001888-200306000-00006
- Krajewska-Kułał, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (2016). *Pacjent „Inny” wyzwaniem opieki medycznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe SLIVA RERUM.
- Krajewska-Kułał, E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska, K. (red.). (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: PZWL.
- Kwantes, C., Glazer, S. (2017). *Culture, Organizations and Work*. Claryfying Concepts. Cham: Springer.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document*. Ottawa. <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: John Wiley&Sons.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2018). Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie, *Pielęgniarstwo Polskie*, 68(2)/2018, 196–203.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2019a). Kompetencje kulturowe pielęgniarzek. W: D. Zarzycka, W. Ciechaniewicz (red.), *Osiągnięcia naukowe pielęgniarstwa polskiego*, (s. 68–84). Lublin: Wydawnictwo „Gaudium”.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2017). Kulturowe odrębności w pielęgniarstwie. W: D. Zarzycka, B. Ślusarska (red.), *Podstawy pielęgniarstwa. Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwiej, T. 1*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2019b). *Uwarunkowania kulturowe opieki pielęgniarstwiej w rodzinie*. W: B. Ślusarska, L. Marcinowicz, K. Kocka (red.), *Pielęgniarstwo rodzinne i opieka środowiskowa*, (s. 111–122). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J. (2011). Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarstwiej. *Problemy Pielęgniarstwa*, 19(2)/2011, 253–258.
- Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B. (red.). (2009). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL.
- Mikułowski-Pomorski, J. (1999). *Komunikacja międzykulturowa. Wprowadzenie*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie.
- Mroczkowska, R. (2013). Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarki i położnej, *Pielęgniarstwo Specjalistyczne*, 1/2013, 27–31.
- Ozga, D., Dobrowolska, B., Gutysz-Wojnicka, A., Mędrzycka-Dąbrowka, W., Zdun, A. (2018). Multicultural Care in European Intensive Care Units (MICE-IC) – International project for ICU nurses, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 62(1)/2018, 50–52.
- Pease, A., Pease, B. (2011). *Mowa ciała*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pedersen, P. (1988). *A Handbook for Developing Multicultural Awareness*. Alexandria: American Counseling Association.
- Płaszewska-Żywko, L. (2010). Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare. W: E. Krajewska-Kułał, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie* (s. 206–213). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Przyłęcki, P. (2016a). Świadcowie Jehowy u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(4)/2016, 58–63.
- Przyłęcki, P. (2016b). Romowie u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(6)/2016, 93–99.
- Przyłęcki, P. (2016c). Muzułmanie u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 25(11)/2016, 102–109.
- Przyłęcki, P. (2017). Żydzi u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 26(6)/2017, 73–82.
- Purnell, L. (2005). The Purnell Model for Cultural Competence, *The Journal of Multicultural Nursing and Health*, 11(2)/2005, 7–15, DOI: 10.1177/10459602013003006
- 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.
- Suh, E., E. (2004). The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis, *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2)/2004, 93–102, DOI: 10.1177/1043659603262488
- Sutherland, A. (1992). Cross-Cultural Medicine. A Decade Later: Gypsies and Health Care, *Western Journal Medicine*, 157(3)/1992, 276–280.
- Szkup-Jabłońska, M., Schneider-Matyka, D., Kubiak, J., Grzywacz, A., Jurczak, A., Augustyniak, K., Grochans, E. (2013). Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników opieki zdrowia, *Family Medicine and Primary Care Review*, 15(3)/2013, 394–396.
- Ślusarska, B., Zarzycka, D., Majda, A., Dobrowolska, B. (2017). Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie – podstawy konceptualizacji i narzędzia pomiaru naukowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4(61)/2017: 1–6.
- Talewicz-Kwiatkowska, J. (2013). *Wpływ aktywności finansowej Unii Europejskiej na położenie społeczne Romów w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tervalon, M., Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility vs. cultural competency: A critical distinction in defining physician training in cultural competency, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2)/1998, 119–125, DOI: 10.1353/hpu.2010.0233
- Thomas, D., C. (2006). Domain and Development of Cultural Intelligence: The Importance of Mindfulness. *Group and Organization Management*, 31(1)/2006, 78–99, DOI: org/10.1177/1059601105275266
- Zalewska-Puchała, J., Majda, A. (red.) (2014). *Zróżnicowanie kulturowe w opiece pielęgniarstwiej*. Kraków: Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- Zdziebło, K., Nowak-Starz, G., Makiela, E., Stępień, R., Wiraszka, G. (2014). Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie, *Problemy Pielęgniarstwa*, 22(2)/2014, 367–372.

Cultural competences in health care

Abstract

Poland, due to accession to the European Union, is becoming a country that is more and more culturally diverse. This has an impact on many spheres of social life, including medical care. Patients from minority groups pose a challenge to the medical community due to, on the one hand, language problems and, on the other hand, cultural differences that affect the treatment process. In Western countries, already in the 1950s, measures were implemented to develop culturally sensitive medical care. It took place on many levels, one of which was educating students in the field of cultural competences. In Poland, the education of medical students in this field has only recently been promoted, as has recently been conducted more widely research in the field of cultural competences in medical care.

Due to the fact that this topic is still underdeveloped, especially in the context of medical care, the aim of this article was to present the very concept of cultural competence and its understanding in the context of medical care. In addition, the main reasons for educating future healthcare workers were indicated, showing cultural problems that arise in the case of contact between practitioners and a patient from a minority group. Models of shaping cultural competences were also discussed.

Keywords: culture, health care, cultural competence, cultural intelligence, cultural competence models.



Nauczanie kompetencji komunikacyjnych w naukach medycznych w środowisku mono- i wielokulturowym

MAGDALENA WIECZORKOWSKA, AGNIESZKA PAWLAK
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Efektywna komunikacja między pacjentem a personelem medycznym warunkuje powodzenie procesu diagnozowania i leczenia chorego. Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. We współczesnej medycynie istotnym składnikiem procesu komunikacji z pacjentem jest również komunikacja z jego rodziną. Nabycie kompetencji miękkich w zakresie komunikacji jest zatem równie ważnym elementem edukacji medycznej, co gruntowna wiedza o strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego.

Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie roli umiejętności komunikacyjnych oraz ukazanie trudności w nauczaniu kompetencji komunikacyjnych w środowisku mono – i wielokulturowym na przykładzie kierunku lekarskiego dla studentów polskich oraz anglojęzycznych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Jak wykazała analiza, część problemów w nauczaniu ma charakter ogólny i uniwersalny, istnieją jednak różnice silnie uwarunkowane kulturowo mające wpływ na trudności w nauczaniu kompetencji miękkich, w tym umiejętności komunikacyjnych w środowisku wielokulturowym.

Słowa kluczowe:

kompetencje komunikacyjne, wielokulturowość, medycyna, studenci, nauczanie.

Wprowadzenie

W ciągu swej kariery zawodowej lekarz przeprowadza od 160 000 do 300 000 wywiadów z pacjentami, co czyni tę formę komunikacji najczęściej stosowaną procedurą w medycynie klinicznej (Lipkin 1996, za: Rider, Hinrichs, Lown, 2006, s. e127). Efektywna komunikacja między pacjentem a personelem medycznym warunkuje powodzenie procesu diagnozowania i leczenia chorego. Doniesienia naukowe potwierdzają pozytywny wpływ dobrej komunikacji na zdrowie pacjentów. We współczesnej medycynie istotnym składnikiem procesu komunikacji z pacjentem jest również komunikacja z jego rodziną. Nabycie kompetencji miękkich w zakresie komunikacji jest zatem równie ważnym elementem edukacji medycznej, co gruntowna wiedza o strukturze i funkcjonowaniu organizmu ludzkiego.

Pacjent to nie tylko organizm biologiczny, ale także istota społeczna, zatem przedmioty „humanistyczne” (kompetencje generyczne) w medycynie powinny mieć ten sam status, co przedmioty „medyczne”. Nauka komunikowania to nie kształtowanie umiejętności technicznych, w procesie komunikacji dochodzi bowiem do interakcji między osobami o różnych charakterystykach socjodemograficznych i kulturowych. Znajomość tych uwarunkowań jest koniecznym wstępem do nauki komunikacji interpersonalnej i interkulturowej. Niniejszy artykuł ma na celu ukazanie procesu dydaktycznego w zakresie komunikacji, systematyzację głównych problemów z nim związanych i porównanie doświadczeń w nauczaniu tych kompetencji w środowisku mono – i wielokulturowym. Jako przykład empiryczny posłużyło nauczanie przedmiotu „socjologia w medycynie” wśród studentów kierunku lekarskiego w języku polskim oraz angielskim (dla studentów-obcokrajowców).

Znaczenie nauczania kompetencji „miękkich” dla przyszłych lekarzy

Narodzinom nowożytnej medycyny towarzyszyło powstanie biomedycznego modelu zdrowia i choroby. Obecnie model ten jest coraz częściej zastępowany holistycznym podejściem do pacjenta. Wraz ze zmianą modelu ewoluowała relacja lekarza z pacjentem z relacji paternalistycznej, w której dominującą osobą był lekarz, do relacji partnerskiej, w której chory postrzegany jest jako jedność biopsychospołeczna. W holistycznym modelu pacjent zyskał podmiotowość i prawo do podejmowania decyzji o ścieżce leczenia. Posiłkując się inną koncepcją, można ująć to również w ten sposób, że komunikacja na linii lekarz – pacjent – rodzina pacjenta częściej odbywa się z wykorzystaniem modeli: dwukierunkowego – kooperacyjnego (dwustronny przekaz informacji między lekarzem a pacjentem oraz między lekarzem a rodziną pacjenta) czy modelu systemowego – partnerskiego (systematyczne współdziałanie między lekarzem, pacjentem i rodziną w stawianiu diagnozy i planowaniu leczenia) niż za pomocą modeli: jednokierunkowego – autorytarnego (jednostronny przekaz informacji od lekarza do pacjenta, rodzina nie jest traktowana jako ogniwo komunikacji i istotny element leczenia) czy dwukierunkowego – paternalistycznego (przekaz informacji odbywa się w obie strony, czyli od lekarza do pacjenta i od pacjenta do lekarza, rodzina ciągle znajduje się na dalszym planie). Dwa ostatnie modele są wykorzystywane w sytuacji zagrożenia życia pacjenta i konieczności szybkiego działania zespołu medycznego, zwłaszcza kiedy kontakt z pacjentem jest utrudniony (brak przytomności), a rodzina nie jest obecna (Deręgowska, 2015, ss. 354–358; Kosowicz, Kulpa, Świstak-Sawa, 2014, s. 43–44). Justyna Deręgowska w jednym z artykułów zauważa również, że:

(...) Co istotne, pod koniec XX wieku paternalizm zaczął wzbudzać wiele polemik i kontrowersji nie tylko w środowiskach naukowych, ale też wśród samych pacjentów, którzy dążąc do partnerstwa i podmiotowości w relacji z lekarzem, coraz częściej zaczęli zwracać uwagę na prawa osobowe i respektowanie ich własnej godności (Deręgowska, 2015, s. 355). Można więc uznać, że prawidłowa komunikacja z pacjentem jest podstawą skutecznego leczenia. Coraz częściej pacjent nie chce jedynie biernie uczestniczyć w terapii zaleconej przez lekarza, ale chce brać czynny udział w procesie decyzyjnym dotyczącym sposobu leczenia. Oprócz fachowej porady czy zrozumiałej informacji pacjenci oczekują również szacunku, zrozumienia i empatii. Choroba nierzadko oznacza dla pacjenta ogromny stres związany z poczuciem bezsilności i utratą niezależności, dlatego lekarz powinien okazać mu dostateczne wsparcie, co bezpośrednio przekłada się na zadowolenie pacjenta z opieki medycznej oraz wpływa na wzrost efektywności leczenia (Czerw i in., 2012, s. 248). Szczególnego znaczenia komunikacja nabiera w odniesieniu do chorób przewlekłych, których rosnąca liczba powoduje powstawanie nowych oczekiwań po stronie pacjentów oraz nowych wyzwań po stronie lekarzy. W chorobach przewlekłych kluczowe staje się efektywne komunikowanie, by promować zaangażowanie pacjentów w proces leczenia oraz wspierać ich tak, by stawali się oni bardziej świadomi swojego stanu zdrowia i właściwie reagowali na niepokojące symptomy (Gucciardi, Chan, Manuel, Sidani, 2013, s. 235–245).

Nowe podejście do sposobu komunikacji między lekarzem a pacjentem i jego rodziną sprawia, że pacjent jest aktywną stroną komunikacji, co z jednej strony sprzyja szybkiemu postawieniu adekwatnej diagnozy i większej dyscyplinie w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, z drugiej strony jednak może

powodować, iż proces komunikacji może z różnych przyczyn być trudny dla obu stron, co potęguje liczbę potencjalnych przeszkód w przekazie informacji. Pacjenci różnią się pod względem posiadanej wiedzy medycznej, zasobów poznawczych, którymi dysponują oraz sposobów przetwarzania informacji czy też umiejętności klarownego komunikowania zaobserwowanych objawów (Deręgowska, 2015, s. 361). Lekarze mogą nie posiadać umiejętności komunikacyjnych i/lub posiadać złe nawyki komunikacyjne nabyte w procesie socjalizacji do zawodu poprzez obserwację sposobu komunikacji bardziej doświadczonych medyków. Ważne jest zatem, aby lekarz oprócz wiedzy i umiejętności związanych z diagnozowaniem i leczeniem posiadał umiejętność dostosowania sposobu rozmowy do zasobów poznawczych rozmówcy. Im większe umiejętności komunikacyjne lekarza, tym większe szanse, że komunikacja z pacjentem będzie poprawna i skuteczna (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012, ss. 215–217; Kosowicz i in., 2014, ss. 43–44).

W coraz bogatszej literaturze przedmiotu na ten temat umiejętności komunikacyjne wymagane od przyszłych lekarzy są określane jako kompetencje „miękkie” lub kompetencje generyczne w odróżnieniu od kompetencji „twardych” związanych z wiedzą fachową (Czerw i in., 2012, s. 248). Można też spotkać się z określaniem komunikacji między lekarzem i ogólnie personelem medycznym a pacjentem i/lub rodziną pacjenta jako komunikacji terapeutycznej. W kontaktach z pacjentem lekarz wykorzystuje bowiem dwa kanały oddziaływania: oddziaływanie poprzez czynności instrumentalne ściśle wiążące się z leczeniem oraz czynności ekspresywne, czyli czynności zaspokajające potrzeby psychologiczne (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Komunikacja terapeutyczna to – według definicji Marka Motyki z Zakładu Psychologii

Zdrowia UJ CM – (...) *świadome i zamierzone oddziaływania psychologiczne stosowane przez nie psychologów (a więc lekarzy, pielęgniarki i położne, fizjoterapeutów i ratowników medycznych), w celu wspomagania terapii medycznej środkami psychologicznymi zintegrowanymi z prowadzoną terapią lub innymi formami opieki medycznej* (Motyka, 2013). Aby zrealizować cele komunikacji terapeutycznej konieczne jest wytworzenie relacji terapeutycznej, a do tego niezbędne są m. in. takie kompetencje społeczne jak: asertywność, empatia czy aktywne słuchanie. Opanowanie zasad aktywnego słuchania stanowi, zdaniem M. Motyki, podstawowy element profesjonalnego przygotowania każdego lekarza, gdyż znaczny procent skarg, jakie składają pacjenci, wynika bardziej ze złej komunikacji z lekarzem niż z błędów natury czysto medycznej. (Motyka, 2013; Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Prawidłowa komunikacja lekarza z pacjentem daje również inne korzyści. Są to m.in.: spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta pozwalający na dalszą komunikację i wymianę informacji, uzyskiwanie bardziej precyzyjnych danych umożliwiających skuteczniejsze rozpoznawanie choroby, zwiększenie poziomu zaufania pacjenta wobec lekarza, wzrost aktywności pacjenta w terapii, wzrost satysfakcji z wykonywanego zawodu oraz podniesienie się samooceny lekarza (Nowina-Konopka, 2016, s. 32). Pacjentom, którzy w większości nie mają profesjonalnej wiedzy medycznej, łatwiej jest dostrzec i ocenić właśnie kompetencje komunikacyjne niż wiedzę i umiejętności medyczne. Ponadto w obecnych czasach, kiedy dostęp do rozmaitych stron internetowych i forów internetowych poświęconych objawom chorób i sposobom ich leczenia jest relatywnie łatwy, pacjenci są dużo bardziej wyczuleni na to, czy lekarz wyjaśnił im, dlaczego zleca określone badania, dlaczego proponuje określony sposób leczenia i dlaczego zapisuje takie a nie inne leki (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007).

Komunikacja lekarza z pacjentem powinna prowadzić do realizacji trzech podstawowych celów: stworzenia dobrej relacji interpersonalnej opartej na wzajemnym szacunku, zrozumieniu i zaufaniu, wymiany informacji w sposób jasny i zrozumiały dla odbiorców oraz umiejętnego podejmowania wspólnej decyzji o leczeniu (Kosowicz i in., 2014, s. 45).

Według ustaleń Izabeli Stangierskiej i Wandy Horst-Sikorskiej z Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu: (...) *Wyniki badań pilotażowych prowadzonych w krajach Unii Europejskiej wykazały bardzo niski poziom poprawności komunikowania się lekarzy z pacjentami, jakby w kontakcie z chorymi zanikały nawyki z życia codziennego. Lekarze nie odpowiadali na pytania, nie nawiązywali kontaktu wzrokowego, demonstrowali pośpiech i zniecierpliwienie, wyrażali się nieprecyzyjnie* (Stangierska i Horst-Sikorska, 2007). Z drugiej strony warto mieć na uwadze, że zalecenie aby komunikat kierowany przez lekarza do pacjenta był zrozumiały, nie jest proste do zrealizowania. Jak trafnie zauważa Agnieszka Olchowska-Kotala z Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, ludzie myślą za pomocą pojęć, które przechowują w umyśle. Chcąc przekazać komuś własne myśli, posługujemy się pojęciami, na których dokonujemy operacji myślowych. W związku z powyższym lekarz często spontanicznie posługuje się nazwami chorób czy procedur medycznych, które mogą być niezrozumiałe dla pacjenta. Warto też pamiętać o jeszcze jednym problemie. Czasem odpowiedź na pytania pacjenta wymaga dużego uproszczenia, które zwykle wiąże się z utratą informacji, co również może mieć negatywne konsekwencje (Olchowska-Kotala, 2012, ss. 215–216).

Łatwo ulec błędnemu przekonaniu, że komunikacja z drugim człowiekiem jest czymś naturalnym, niewymagającym uczenia się, bo przecież wszyscy na co dzień jakoś

komunikujemy się z innymi ludźmi. W przypadku komunikacji lekarza z pacjentem takie przekonanie może nieść ze sobą niebezpieczne skutki w postaci pogorszenia stanu zdrowia chorego, który nie zastosuje się do zaleceń lekarskich, bo np. ich nie zrozumiał czy nie zapamiętał. Dlatego zwłaszcza w odniesieniu do przyszłych lekarzy komunikowanie się, jak zresztą każda inna umiejętność, wymaga doskonalenia i treningu (Kaczor i Michalak, 2010). Marta Makara-Studzińska we wstępie do książki *Komunikacja z pacjentem* opisuje dwie drogi nabywania umiejętności komunikacyjnych. Pierwsza droga to wzbogacenie i rozwój osobowości studentów w trakcie studiów medycznych, która opiera się na doświadczeniach gromadzonych podczas edukacji medycznej i we wczesnym etapie działalności zawodowej. Studenci świadomie lub podświadomie naśladują postawy i zachowania lekarzy, których mają okazję obserwować. Druga droga to przyswajanie profesjonalnej wiedzy z zakresu nauk behawioralnych, psychologii ogólnej, psychologii klinicznej, socjologii ogólnej i socjologii medycyny (Makara-Studzińska, 2012, ss. 5–6). Z pewnością ważną rolę w komunikacji odgrywają predyspozycje osobowościowe lekarza, ale – jak słusznie zauważa cytowana już J. Deręgowska: (...) *istnieje całe spektrum umiejętności i kompetencji społecznych, które powinny bazować na określonej wiedzy i powinny być nabyte w procesie edukacji, w związku z czym umiejętności prowadzenia konstruktywnej rozmowy z pacjentem i tworzenia odpowiednich dla takiej rozmowy warunków pracownik medyczny powinien się po prostu nauczyć. To jednak wymaga rozwiązań systemowych, w tym wypracowania dobrych i konkretnych praktyk, a także konsekwentnego włączania elementu edukacji z komunikacji klinicznej do procesu edukacji medycznej* (Deręgowska, 2015, s. 362).

Programy polskich i zagranicznych uczelni medycznych są w dużej mierze zbieżne, jednak na polskich uczelniach studenci mają mniejszą

możliwość nabywania kompetencji komunikacyjnych niż ich zagraniczni koledzy. Różnica dotyczy ilości i rodzaju zajęć z komunikacji. W Polsce wciąż powszechne jest nauczanie w ramach określonego przedmiotu, podczas gdy na uczelniach zagranicznych od lat uczy się problemowo i aspektowo, dając studentom możliwość łączenia wiedzy z wielu przedmiotów w rozwiązywaniu konkretnego przypadku klinicznego. Na zachodnich uczelniach medycznych nauczanie umiejętności komunikacyjnych stało się przedmiotem wielu regulacji, jest także przedmiotem egzaminowania (np. amerykański USMLE – United States Medical Licensing Examination). Wiele stowarzyszeń i organizacji medycznych, dostrzegając wagę umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych, wymaga obecnie udokumentowanych kompetencji w tym zakresie (Rider, Hinrichs, Lown, 2006, s. e127 e127-e128). Takie formalne wymogi są bodźcem do kładzenia większego nacisku na edukację w tym zakresie w ramach studiów medycznych. Niektóre uczelnie idą o krok dalej i wprowadzają autorskie programy komunikacji interprofesjonalnej, gdyż brak umiejętności komunikacyjnych w pracy w zespole medycznym (np. lekarze, pielęgniarki, personel techniczny) negatywnie wpływa na efektywność leczenia pacjenta (Seung Jae, Oh Deog, Kyaee Hyung, Ji Eun, Seung-Hee, Jwa-Seop, Sang Min 2019, 135–145).

Również na wielu polskich uczelniach medycznych od pewnego czasu zwraca się większą uwagę na nauczanie studentów umiejętności komunikacyjnych oraz pojawiają się badania na ten temat, z których wynikają ciekawe wnioski, mogące być podstawą rekomendacji do nauczania umiejętności komunikacyjnych przyszłych lekarzy. Na przełomie 2010 i 2011 roku wśród 72 lekarzy reprezentujących różne specjalizacje zatrudnionych w szpitalach i przychodniach w województwach śląskim i dolnośląskim przeprowadzono badanie, w którym wykorzystano trzy

narzędzia – skalę do pomiaru kompetencji społecznych w zawodzie lekarza (S1), skalę mierzącą samoocenę lekarzy odnoszącą się do posiadanych kompetencji społecznych (S2) oraz skalę do pomiaru potrzeb lekarzy w zakresie kształtowania i doskonalenia profesjonalnych kompetencji społecznych (S3). Respondenci uzyskali lepsze wyniki na skali odnoszącej się do posiadanych kompetencji społecznych (niemal 67% badanych uzyskało wynik powyżej 47 punktów na 54 możliwe) niż na skali mierzącej samoocenę lekarzy odnoszącą się do kompetencji społecznych (ponad 50% badanych uzyskało wynik w przedziale 166–225 punktów na 390 możliwych). Porównując wyniki na obu skalach, badacze doszli do wniosku, że albo lekarze nie są świadomi własnych możliwości w zakresie skutecznego radzenia sobie z trudnościami natury interpersonalnej w kontaktach z pacjentami (a wówczas ich skuteczne i efektywne komunikowanie się z pacjentami wynikałoby raczej z intuicji, wiedzy potocznej, ogólnego życiowego doświadczenia czy zdrowego rozsądku), co utrudnia im dokonanie trafnej oceny, albo lekarze są wyposażeni w profesjonalną wiedzę i umiejętności odnoszące się do komunikacji z pacjentami, jednak nie wykorzystują ich w codziennej pracy, z uwagi na brak czasu, stres czy wypalenie zawodowe, co utrudnia z kolei dokonanie trafnej samooceny. Jednocześnie większość badanych stwierdziła, że polskie uczelnie medyczne nie przygotowują studentów do skutecznego radzenia sobie w sytuacjach trudnych, z jakimi spotykają się lekarze w kontaktach z pacjentami lub ich rodzinami. Jeśli chodzi o potrzeby lekarzy w zakresie kształtowania i doskonalenia profesjonalnych kompetencji społecznych, to większość wskazała kształcenie kompetencji jasnego przekazywania i odbioru informacji, kompetencji asertywnej oraz rozwój umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami pojawiającymi

się w codziennej pracy (Hulewska i Kozłowski, 2012, ss. 187–196).

W innym badaniu z udziałem 251 studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi sprawdzano, czy istnieje związek między poziomem inteligencji emocjonalnej (mierzonej za pomocą Skali Inteligencji Emocjonalnej – Twarze <SIET> Matczak, Piekarskiej i Studniarek, zwalidowanej i znormalizowanej na populacji polskiej) a preferowaną specjalizacją medyczną. W przeprowadzonym badaniu mężczyźni istotnie częściej wybierali specjalizację zabiegową (58,11%) niż kobiety (28,21%). Nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach SIET pomiędzy kobietami i mężczyznami studiującymi na VI roku Wydziału Lekarskiego. Nie odnotowano także różnic pomiędzy studentami preferującymi specjalizacje zabiegowe i niezabiegowe. Z punktu widzenia poruszanej w niniejszym artykule problematyki ciekawsze są jednak inne wnioski. Zdaniem autorów badania podobny poziom inteligencji emocjonalnej u studentów kobiet i mężczyzn może być związany z niższą niż w populacji ogólnej studentów inteligencją emocjonalną kobiet bądź odwrotnie – wyższą inteligencją emocjonalną mężczyzn, co może wynikać z wpływu edukacji bądź być cechą osób wybierających studia medyczne. Jeśli prawdziwy okazałby się pierwszy wniosek odnośnie do braku różnic między poziomem inteligencji emocjonalnej studentek i studentów medycyny, to stanowi to kolejny powód do położenia większego nacisku na nauczanie kompetencji „miękkich” studentów medycyny (Pawełczyk i in., 2012, ss. 96–100).

Jak zostało przedstawione powyżej, umiejętności komunikacyjne personelu medycznego odgrywają kluczową rolę w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta. Rosnący nacisk na autonomię pacjenta, jego wyższy poziom edukacji oraz większa świadomość zdrowotna, organizacja opieki medycznej zorientowana na pacjenta oraz rosnący

konsumeryzm w obszarze ochrony zdrowia powodują, że rośnie także znaczenie kompetencji miękkich, w tym umiejętności komunikacyjnych. Z modelu paternalistycznego i autorytarnego lekarze przechodzą do modeli partnerskich, holistycznych, systemowych, gdzie rolę odgrywa nie tylko sam pacjent postrzegany jako całość biopsychospołeczna, lecz także jego rodzina, która może odgrywać znaczącą rolę w procesie opieki, rehabilitacji i zdrowienia pacjenta. Wiedza o pacjencie, umiejętność rozumienia przyczyn określonych zachowań oraz świadomość ograniczeń pacjenta, niebędącego przecież ekspertem równym lekarzowi, mogą znacząco poprawić efektywność komunikacji w układzie lekarz – pacjent.

Socjologia w medycynie dla studentów polskojęzycznych

Miejsce przedmiotu w siatce zajęć i jego charakterystyka

Na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, zajęcia z socjologii w medycynie dla kierunku lekarskiego są prowadzone w semestrze zimowym na II roku w wymiarze 20 godzin wykładu i 10 godzin seminariów. Od roku akademickiego 2019/2020 kurs ten stał się częścią modułu pn. Kompetencje generyczne w medycynie obejmującego m.in. takie przedmioty jak: zdrowie publiczne, psychologia lekarska, historia medycyny i realizowany jest w semestrze zimowym w takim samym wymiarze godzinowym i z wykorzystaniem tych samych treści programowych. Do roku akademickiego 2018/2019 studenci uzyskiwali 1 ECTS za przedmiot. Obecnie za cały moduł *Kompetencje generyczne w medycynie*, studenci uzyskują 12 ECTS, przy czym liczba punktów przypisana pierwotnie do autonomicznych przedmiotów nie uległa zmianie. Treści programowe zajęć przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Treści programowe zajęć z socjologii w medycynie dla studentów polskojęzycznych

Treści wykładów	L. godzin	Treści seminariów	L. godzin
Socjologia – przedmiot, teorie, subdyscypliny	2	Zdrowie i choroba jako kategorie społeczne	2
Proces badawczy i jego zastosowanie w naukach medycznych i praktyce klinicznej	2	Struktura i dynamika rodziny, modele rodziny, zdrowie rodziny	2
Socjologia zdrowia, choroby i medycyny	2	Wybrane patologie społeczne	2
Socjologia ciała	2	Komunikacja w układzie lekarz-pacjent	2
Kultura jako system aksjonormatywny	2	Socjologiczne aspekty starości, umierania i śmierci	2
Społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby	2		
Niepełnosprawność jako problem społeczny	2		
Medycyna jako instytucja. Społeczna rola lekarza	2		
Komunikacja społeczna w systemie opieki zdrowotnej	2		
Medykalizacja i demedykalizacja społeczeństwa	2		

Źródło: Oprac. własne

Jak łatwo zauważyć, analizując powyższą tabelę, w ramach przedmiotu studenci nabywają wiedzę socjologiczną związaną z tematami medycznymi. Dowiadują się, czym jest socjologia, a w szczególności socjologia zdrowia, choroby i medycyny, a także uczą się o tym, czym jest społeczna rola lekarza, w jaki sposób zdrowie i choroba są warunkowane społecznie i kulturowo oraz czym jest proces medykalizacji dotyczący coraz więcej dziedzin życia społecznego. Jeśli chodzi o wiedzę i umiejętności komunikacyjne to w zasadzie w trakcie całego kursu podkreślana jest ich waga i znaczenie dla pracy przyszłego lekarza, natomiast *stricte* tym zagadnieniom poświęcony jest jeden temat w ramach wykładów oraz jeden temat w ramach seminariów. Jednak także na zajęciach z takich tematów jak wybrane patologie

społeczne czy socjologiczne aspekty starości, śmierci i umierania omawiane są zagadnienia dotyczące komunikacji z wybranymi grupami pacjentów, których te zjawiska dotyczą, np. z pacjentami z ryzykiem samobójczym lub po próbie samobójczej, z pacjentami podejmującymi ryzykowne zachowania zdrowotne, z pacjentami w wieku senioralnym oraz z pacjentami terminalnie chorymi i rodzinami pacjentów terminalnie chorych. Warto zdawać sobie jednak sprawę, że z powodu ograniczonej liczby godzin, dużej liczebności grup (grupa seminaryjna liczy 24 osoby, czyli są to dwie grupy dziekańskie) oraz mnogości zagadnień, które trzeba poruszyć w ramach danego tematu nawet w części seminaryjnej pozostaje niewiele czasu na to, aby praktycznie ćwiczyć umiejętności komunikacyjne. Oprócz

tego studenci mogą pogłębiać swoją wiedzę z zakresu komunikacji z pacjentem na zajęciach z psychologii lekarskiej czy wybranych fakultetach poświęconych komunikacji lekarza z pacjentem. Liczba miejsc na fakultetach jest jednak ograniczona i nie każdy student ma szansę dalej poszerzać swoją wiedzę i umiejętności w tym zakresie.

Po ukończonym kursie student osiąga określony poziom efektów uczenia się w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji. Zakłada się, że w tym pierwszym zakresie zna aktualny stan wiedzy na temat 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, zna przyczyny, formy i konsekwencje przemocy w rodzinie i instytucjach oraz rolę lekarza w jej rozpoznawaniu, potrafi opisać znaczenie zdrowia, jego braku oraz niepełnosprawności dla funkcjonowania jednostek oraz zbiorowości, a także określić relacje i problemy między zdrowymi i chorymi, **rozumie znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w aktach komunikacji z pacjentami, a także rolę zaufania w interakcji z pacjentem**, rozumie i potrafi scharakteryzować funkcjonowanie instytucji medycznych, wie na czym polega społeczna rola lekarza, zna znaczenie rodziny dla zdrowia i choroby poszczególnych członków oraz rozumie rolę rodziny w procesie leczenia, rozumie społeczny wymiar choroby i niepełnosprawności, jako sytuacji wymagającej przystosowania, potrafi scharakteryzować społeczne aspekty procesu umierania oraz proces żałoby i jej konsekwencje dla zdrowia rodziny, a także rozumie kulturowe uwarunkowania zachowań jednostek, w tym zachowań zdrowotnych. W zakresie umiejętności student uwzględnia w procesie postępowania terapeutycznego subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta wynikające z uwarunkowań

społeczno-kulturowych, poprawnie identyfikuje przejawy zachowań antyzdrowotnych i autodestrukcyjnych oraz właściwie na nie reaguje, umiejętnie buduje atmosferę zaufania w relacji z pacjentem oraz jego rodziną, poprawnie identyfikuje przejawy przemocy i odpowiednio na nie reaguje, a także efektywnie komunikuje się ze swoim zespołem, usprawniając proces postępowania terapeutycznego. Student kończący kurs nabywa także określone kompetencje społeczne: potrafi wykorzystać modele pojęciowe opisujące wzajemne zależności zdrowia i struktury społecznej: od nierówności w dostępie do zdrowia poprzez analizę czynników socjoekonomicznych, stylu życia i kapitału społecznego, **rozumie znaczenie efektywnej komunikacji – zna zasady poprawnej komunikacji z pacjentem, umie rozmawiać z pacjentem i doskonalić swój warsztat komunikacji interpersonalnej, posiada umiejętność budowania partnerskich relacji z pacjentem**, rozumie, na czym polega władza medycyny w społeczeństwie ryzyka biomedycznego i wskazuje procedury jej ograniczania zgodnie z zasadami poszerzania autonomii pacjenta i dialogowej koncepcji komunikacji lekarz – pacjent, jest świadomy i odpowiednio reaguje na przejawy korupcji, a także umie opisać przemiany dokonujące się w profesji lekarskiej pod wpływem procesów cywilizacyjnych i rozwoju wiedzy społeczeństwa, rozumie na czym polega zawodowa wiedza lekarska, zawodowe umiejętności i kwalifikacje.

Jak widać z powyższej charakterystyki efekty uczenia w sposób bezpośredni zwracają uwagę na rolę efektywnej komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Wiele z wymienionych wyżej efektów *implicite* zakłada konieczność umiejętnego komunikowania się z pacjentem (np. w odniesieniu do identyfikacji przejawów przemocy domowej, przyczyn zachowań antyzdrowotnych lub autodestrukcyjnych wśród pacjentów). Zatem wiedza i umiejętności komunikacyjne stają się niejako osią

konstrukcyjną zajęć oraz stosowanych metod dydaktycznych. Zarówno w czasie wykładów, jak i w treściach seminariów podkreśla się aspekty budowania poprawnej interakcji i relacji lekarz – pacjent.

W odniesieniu do zagadnień komunikacji, na zajęciach wykorzystywane są następujące metody dydaktyczne: metoda przypadków, gry dydaktyczne, inscenizacje, analiza dokumentów audiowizualnych, dyskusja moderowana. Studenci:

- ▶ nabywają wiedzę o podstawach procesu komunikacji oraz źródłach zakłóceń;
- ▶ dowiadują się o podstawowych stylach komunikacji werbalnej oraz sygnałach komunikacji niewerbalnej;
- ▶ dowiadują się o podstawowych modelach komunikacji w układzie lekarz – pacjent – rodzina, ich zastosowaniu w określonych przypadkach i sytuacjach klinicznych, a także o roli efektywnej komunikacji dla pacjenta i personelu medycznego oraz całego systemu ochrony zdrowia;
- ▶ oglądają materiały audiowizualne (scenki sytuacyjne, fragmenty filmów) i analizują prawidłowość przebiegu aktów komunikacyjnych (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ oglądają materiały treningowe przygotowane dla studentów medycyny dotyczące błędów komunikacyjnych i wskazują poprawne sposoby reagowania, odpowiadania, udzielania informacji pacjentom i ich bliskim (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ zapoznają się ze studiami przypadków sytuacji komunikacyjnych i analizują je, wskazując błędy komunikacyjne oraz właściwe postępowanie komunikacyjne;
- ▶ sami odgrywają scenki (na podstawie wcześniej przydzielonych ról), a grupa ocenia przebieg i efektywność komunikacji (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych).

Analizowany okres obejmuje grupy studentów studiujących pomiędzy rokiem 2004 a 2020, łącznie 16 roczników. Po restrukturyzacji jednostek Wydziału Nauk o Zdrowiu zajęcia z socjologii medycyny są prowadzone przez Zakład Socjologii od roku akademickiego 2004/2005.

Problem ogólny – nauczanie socjologii w medycynie w środowisku monokulturowym

- ▶ **Stereotyp przedmiotów humanistycznych** – panuje przekonanie, że przedmioty te są „lekkie, łatwe i przyjemne”, niewymagające dla studenta; konsekwencją jest mniejsze zaangażowanie studentów na początku zajęć. Problem tego stereotypu dotyczy w ogóle środowiska medycznego. Padają opinie (wśród wykładowców o proweniencjach medycznych), że lekarz może prowadzić zajęcia z socjologii. Wbrew obiegowej opinii, przedmioty humanistyczne, takie jak socjologia w medycynie, nie są przedmiotami „lekkimi” a wręcz przeciwnie – wymagają wysiłku intelektualnego od słuchaczy oraz odpowiedniego przygotowania i przekazu treści, które często należą do sfery zagadnień delikatnych, intymnych, drażliwych. Omawianie różnic kulturowych i społecznych w postrzeganiu zdrowia i choroby, reagowaniu na symptomy choroby, czy wreszcie relacji chorego z personelem medycznym wymaga nie tylko profesjonalizmu od przekazującego, lecz także odpowiedniej postawy słuchacza. Nieliczni studenci widzą potrzebę uczenia się przedmiotów humanistycznych, angażują się i traktują tę wiedzę jako wiedzę równie praktyczną jak wiedzę z przedmiotów *stricte* medycznych.
- ▶ **Duża liczebność grupy studenckiej** – grupa studencka liczy 24 osoby. Jest to tzw. grupa seminaryjna powstająca z połączenia

dwóch grup dziekańskich liczących po 12 osób. Ma to swoje konsekwencje. Po pierwsze tak liczna grupa utrudnia nawiązanie relacji ze studentami i przeprowadzanie zajęć o charakterze warsztatowym, w których mogą uczestniczyć wszyscy studenci. W praktyce często wygląda to w ten sposób, że w zajęciach warsztatowych uczestniczą chętni studenci i są im za to przyznawane dodatkowe punkty. Po drugie grupa składająca się z dwóch grup dziekańskich nie jest wystarczająco zintegrowana, studenci często nie chcą brać udziału w zespołach z osobami z drugiej grupy, a czasu jest zbyt mało i materiału do realizacji zbyt dużo, aby grupy te zdążyły się poznać i nawiązać porozumienie. Tymczasem umiejętność pracy w zespole jest także ważna z punktu widzenia przyszłego lekarza.

- ▶ **Miejsce przedmiotu w siatce zajęć** – to, że zajęcia odbywają się na początkowym etapie kształcenia powoduje, że studenci nie dostrzegają znaczenia przekazywanych im treści i wielu omawianych kwestii nie rozumieją, gdyż nie zetknęli się jeszcze z nimi w czasie praktyk czy zajęć przy łóżku pacjenta.
- ▶ **Trudności wynikające z omawiania tematów drażliwych społecznie** – na zajęciach poruszane są kwestie związane z komunikacją z takimi grupami społecznymi jak: osoby z ryzykiem samobójczym, osoby z problemem alkoholowym, osoby uzależnione od narkotyków, osoby trudniące się prostytutką. W trakcie omawiania tych zagadnień pojawiają się w dyskusjach studentów opinie będące pochodną wyznawania różnych systemów wartości. Wówczas dyskusja z tematu jak nawiązać dialog z np. osobą prostytutką się przegradza się w dyskusję na temat prostitucji jako zjawiska moralnie nagannego.
- ▶ **Trudności wynikające z omawiania tematów „trudnych” dla studentów** – po części

ma to związek z wcześniejszym punktem, gdyż chodzi o te same zagadnienia. Problem, który często rodzi się, gdy na zajęciach omawiane są zagadnienia dotyczące samobójstw czy przemocy domowej, wynika z indywidualnych traumatycznych doświadczeń uczestniczących w nich studentów. Gdy na sali pojawia się student, który doświadczył traumy przemocy psychicznej lub fizycznej lub też aktu autodestrukcji wśród swoich bliskich, prowadzący zajęcia muszą umiejętnie przekazać niezbędną wiedzę i jednocześnie udzielić wsparcia studentowi.

- ▶ **Problem „wiary” w wiedzę socjologiczną** – często studenci kwestionują przekazywane informacje, gdyż stoją one w sprzeczności z ich własnymi doświadczeniami – np. gdy są informowani, że w świetle badań Polacy mają trudności z prawidłową lokalizacją podstawowych narządów, kwestionują to, gdyż ich wiedza w tym zakresie jest właściwa. Bardzo często w trakcie zajęć dokonują konfrontacji swoich doświadczeń z badaniami opartymi na dużych próbach i próbują podważyć wiarygodność wiedzy socjologicznej.

Socjologia w medycynie dla studentów anglojęzycznych

Miejsce przedmiotu w siatce zajęć i jego charakterystyka

Zajęcia z socjologii w medycynie są prowadzone w semestrze letnim na I roku kursu 6-letniego (program prawie w całości pokrywa się ze studiami medycznymi w języku polskim, oprócz tego uczelnia prowadzi jeszcze kurs 4-letni oraz kurs MD Advanced). Kurs prowadzony jest od roku akademickiego 2005/2006 w wymiarze 20 godzin wykładu i 10 godzin seminariów. Treści programowe zajęć przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Treści programowe zajęć z socjologii w medycynie dla studentów anglojęzycznych

Treści wykładów	L. godzin	Treści seminariów	L. godzin
Socjologia jako nauka	2	Zdowie i choroba jako konstrukty społeczne	2
Proces badawczy i jego zastosowanie w obszarze socjologii medycznej	2	Rodzina i jej rola w zdrowiu i chorobie	2
Socjologia medycyny – socjologia z medycyną – przedmiot, charakterystyka, podejścia teoretyczne i obszary badawcze	2	Rola efektywnej komunikacji w relacji lekarz – pacjent	2
Kultura – społeczeństwo – zdrowie	2	Wybrane patologie społeczne i problemy społeczne – perspektywa międzykulturowa	4
Społeczne uwarunkowania zdrowia i choroby	2		
Niepełnosprawność jako problem społeczny	2		
Starzenie się i umieranie w kontekście społeczno-kulturowym	2		
Socjologia zawodów i instytucjach medycznych	2		
Modele ochrony zdrowia	2		
Medykalizacja i farmaceutyzacja życia	2		

Źródło: Oprac. własne

Studenci uzyskują 2 ECTS za przedmiot. Celem zajęć jest przekazanie wiedzy o społeczno-kulturowych uwarunkowaniach zdrowia, choroby i leczenia oraz wykształcenie kompetencji miękkich potrzebnych w pracy lekarza w relacjach z pacjentem, jego rodziną, a także współpracownikami. Jednym z bloków tematycznych jest problematyka komunikacji, która realizowana jest w formie warsztatowej, jednak cały kurs uczy umiejętności i kompetencji społecznych (w tym komunikacyjnych) potrzebnych w relacjach lekarz – pacjent – rodzina.

Efekty uczenia nabywane przez studenta po zakończonym kursie są zbliżone do tych, które osiągają polscy studenci. W zakresie wiedzy student identyfikuje główne teorie

i koncepcje socjologiczne oraz możliwość ich zastosowania w odniesieniu do problematyki zdrowia i choroby, rozpoznaje i opisuje patologie społeczne oraz problemy społeczne (tj. uzależnienia, przemoc domowa, samobójstwa, bieda, bezrobocie), w perspektywie regionalnej i globalnej wskazując przyczyny, przejawy, dokonując charakterystyk porównawczych oraz opisując z uwzględnieniem zmiennych społeczno-kulturowych, rozumie społeczno-kulturowe uwarunkowania ludzkich zachowań, w tym zachowań w zdrowiu i chorobie, rozumie społeczno-kulturowy kontekst niepełnosprawności, starzenia się i starości, **zna znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w relacjach lekarz pacjent (potrafi zdefiniować i wyjaśnić różnice**

między komunikacją werbalną i niewerbalną, wskazać poziomy komunikacji i jej funkcje, także w układzie lekarz – pacjent, wymienić wyjaśnić oraz porównać modele relacji lekarz – pacjent, uwzględniając stan zdrowia pacjenta i jego możliwości komunikacyjne, porównać socjolekty z uwzględnieniem wieku, płci i poziomu wykształcenia, a także wskazać podstawowe bariery w komunikacji między lekarzem a pacjentem z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych). Dodatkowo student rozumie psychospołeczne skutki hospitalizacji i chorób przewlekłych, znaczenie rodziny dla procesu zdrowienia, a także dla procesu adaptacji do życia z chorobą i/lub niepełnosprawnością, rozumie społeczny wymiar funkcjonowania instytucji medycznych oraz społeczną rolę lekarza, rozumie społeczno-kulturowy kontekst śmierci i umierania. W zakresie umiejętności student respektuje subiektywne potrzeby i oczekiwania pacjenta uwarunkowane społecznie i kulturowo, prawidłowo rozpoznaje przejawy zachowań antyzdrowotnych, jest empatyczny w stosunku do pacjentów i posiada umiejętność zdobywania od pacjentów informacji istotnych z punktu widzenia terapeutycznego (analizuje społeczno-kulturowe czynniki wpływające na efektywność diagnozowania i terapii, **aktywnie słucha, zdobywa informacje, wpływa na postawy pacjenta** kształtując prozdrowotne i minimalizując antyzdrowotne), jest **doradcą pacjenta**, identyfikuje czynniki ryzyka i symptomy patologii oraz problemów społecznych, efektywnie komunikuje się z pacjentem oraz ze współpracownikami (deleguje zadania, zarządza małą grupą, ocenia pracę kolegów). W zakresie kompetencji społecznych student rozwija świadomość znaczenia czynników społecznych w praktyce lekarskiej, w tym norm i wartości społeczno-kulturowych dla wykonywania zawodu lekarza, a także dla relacji z pacjentem, **posiada świadomość roli wysokiego standardu kompetencji**

komunikacyjnych w diagnozowaniu pacjenta i doradzaniu mu (w tym rolę empatii w relacjach doktor – pacjent, a także umiejętności komunikacyjnych uwzględniających determinanty społeczno-kulturowe stojące za zachowaniami w zdrowiu i chorobie, mające wpływ na dobrostan jednostki i ryzyko rozwoju określonych chorób).

Jak zatem widać, podobnie jak w przypadku kursu dla studentów polskich, na zajęciach w języku angielskim aspekty komunikacyjne odgrywają kluczową rolę w programie zajęć. Dodatkowo należy pamiętać, że z uwagi na fakt, iż zajęcia prowadzone są w języku angielskim (który dla większości studentów oraz prowadzących jest językiem obcym) w środowisku wielokulturowym, pojawić się mogą bariery utrudniające przekazanie zarówno uniwersalnych zasad komunikacji, jak i specyficznych, uwzględniających różnicowanie etniczne, religijne, społeczne i kulturowe uczestników. Ze względu na specyfikę tej grupy studentów stosuje się tu nieco inną formułę zajęć seminaryjnych, dając studentom więcej możliwości wzajemnej wymiany poglądów i doświadczeń, a także integrując ich w grupach międzykulturowych przy przygotowywaniu projektów grupowych tak, by maksymalnie umożliwić im naukę różnorodności i czerpanie z niej.

Jeśli chodzi o zagadnienie komunikacji w układzie lekarz – pacjent to w planie kursu przewidziane są na to jedno zajęcia o charakterze warsztatowym w części seminaryjnej. Treści teoretyczne dotyczące zagadnień komunikacji pojawiają się podczas omawiania konkretnych tematów (np. modele relacji omawiane są w kontekście roli zawodowej lekarza, a także w kontekście zdrowia i choroby jako kategorii społecznych). Na zajęciach wykorzystywane są następujące metody dydaktyczne: metoda przypadków, gry dydaktyczne, inscenizacje, analiza dokumentów audiowizualnych, dyskusja moderowana. Studenci:

- ▶ zdobywają podstawową wiedzę o procesach komunikacji, głównych modelach komunikacji, uwarunkowaniach kulturowych posługiwania się sygnałami werbalnymi i niewerbalnymi oraz o znaczeniu tych dwóch kanałów komunikacji w życiu codziennym oraz w relacjach lekarz – pacjent;
- ▶ dowiadują się o podstawowych problemach komunikacyjnych w układzie lekarz – pacjent – rodzina oraz możliwych źródłach tych zakłóceń;
- ▶ oglądają materiały audiowizualne (scenki sytuacyjne, fragmenty filmów) i analizują przebieg aktów komunikacyjnych, wskazując dobre i złe strony (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ oglądają materiały treningowe przygotowane dla studentów medycyny dotyczące przekazywania informacji trudnych i odpowiadają na pytania, jakie powinno być prawidłowe postępowanie lekarza (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych);
- ▶ zapoznają się ze studiami przypadków sytuacji komunikacyjnych i omawiają je, odpowiadając na pytania, jakie błędy komunikacyjne zostały popełnione/jakie postępowanie komunikacyjne powinno zostać podjęte;
- ▶ sami odgrywają scenki (dostają kartki z ogólnie scharakteryzowaną postacią, problemem medycznym i rolą, jaką mają odegrać, np. przewrażliwiona matka dziecka) a grupa ocenia przebieg i efektywność komunikacji (analiza sygnałów werbalnych i niewerbalnych).

Wnioski z obserwacji procesu nauczania kompetencji komunikacyjnych w grupach studentów anglojęzycznych

Analizowany okres obejmuje grupy studentów studiujących pomiędzy rokiem 2005 a 2020, łącznie 15 roczników. Zajęcia

są prowadzone od roku akademickiego 2005/2006. Początkowo grupa studentów była nieliczna (ok. 12 osób), ale z każdym kolejnym rocznikiem ich liczba się zwiększała. Największy wzrost liczby studentów odnotowano od roku akademickiego 2013/2014. Obecnie mamy ok. 120 studentów na pierwszym roku. Pierwsi studenci byli głównie pochodzenia azjatyckiego (głównie Tajwan), w kolejnych latach można mówić o wielonarodowości. Od roku 2012 główną grupę studentów stanowili studenci pochodzenia arabskiego (ponad 90%). Od roku 2015 można znów mówić o wielokulturowości, gdyż studenci reprezentują międzynarodowe pochodzenie (Arabia Saudyjska, Malezja, Iran, Brazylia, kraje afrykańskie, kraje europejskie, Stany Zjednoczone, Kanada). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, iż obce obywatelstwo często nie idzie w parze z przynależnością etniczną (np. dużą grupę studentów stanowią Hindusi mieszkający na stałe w krajach skandynawskich).

Wyzwania dla procesu dydaktycznego wynikające z wielokulturowości

Można tu mówić o dwóch kwestiach:

- ▶ prowadzenie dydaktyki w ramach przedmiotu socjologia w medycynie z poszanowaniem wartości społecznych, kulturowych, religijnych i etnicznych studentów – problem ogólny;
- ▶ prowadzenie zajęć z komunikacji w wielokulturowym środowisku studenckim – problem szczegółowy;

Problem ogólny – nauczanie socjologii w medycynie w środowisku wielokulturowym

- ▶ **Stereotyp przedmiotów humanistycznych** – podobnie jak w przypadku polskich studentów, panuje przekonanie,

że przedmioty te są „lekkie, łatwe i przyjemne”, niewymagające dla studenta, mniej angażujące. Na szczęście na przestrzeni lat obserwuje się zmniejszenie się liczby studentów myślących w ten sposób, zaś z drugiej strony rośnie liczba tych, którzy dostrzegają rolę kompetencji miękkich, co przekłada się na większe zainteresowanie kursem i uczestnictwem w poszczególnych formach zajęć. Raz jeszcze należy tu podkreślić, że przekazanie treści o kulturowych i społecznych uwarunkowaniach zdrowia, choroby i medycyny wymaga nie tylko profesjonalizmu od przekazującego, lecz także odpowiedniej postawy słuchacza. W środowisku wielokulturowym trudno o konsensus co do podstawowych wartości. Religia czy kultura nie wpływa na anatomię człowieka, ale już na stan zdrowia, zachowania w chorobie i nierówności zdrowotne – jak najbardziej, mimo iż anatomia jest znacznie bardziej skomplikowana, wiedzę z tego zakresu przekazuje się paradoksalnie łatwiej, niż z socjologii.

- ▶ **Liczebność grup studenckich** – podobnie jak w przypadku studentów polskich, czynnik ilościowy odgrywa tu również duże znaczenie – im większa grupa, tym trudniejsza komunikacja, możliwość utrzymania skupienia i uwagi, co w grupie wielokulturowej, nabiera szczególnego znaczenia.
- ▶ **Miejsce przedmiotu w siatce zajęć** – to, że zajęcia odbywają się na początkowym etapie kształcenia powoduje, że studenci nie dostrzegają znaczenia przekazywanych im treści i wielu omawianych kwestii nie rozumieją, gdyż nie zetknęli się jeszcze z nimi w czasie praktyk, czy zajęć przy łóżku pacjenta.
- ▶ **Roszczeniowość studentów zagranicznych** – niektórzy studenci zagraniczni oczekują swego rodzaju „taryfy ulgowej” z tego powodu, że studiują w obcym kraju i często narzekają oni na wymagania

stawiane na zajęciach, niechętnie włączając się w aktywne uczestnictwo na zajęciach i oczekując inicjatywy ze strony prowadzącego. Na szczęście są to sytuacje incydentalne, ale mogą mieć demotywujący wpływ na pozostałych uczestników zajęć.

- ▶ **Różnorodność językowa, społeczna, kulturowa, etniczna, religijna** – postawy wobec przedmiotu, prowadzącego i samych treści są efektem dziedzictwa kulturowego, jakie reprezentują studenci. Problem ten dotyczy całego kursu, jak również samych zajęć poświęconych komunikacji, dlatego poniżej zagadnienie to zostanie omówione łącznie. Należy zauważyć, że występują pewne wspólne dla polskich i zagranicznych studentów kwestie (np. spóźnianie się, ściąganie na zajęciach). Poniżej charakterystyka dotycząca problemów typowych dla studentów zagranicznych.

1. Pierwszy problem to **bariera językowa**. Studenci przyjeżdżający w pierwszych latach uruchomienia kształcenia w języku angielskim odznaczali się niską znajomością języka, co stanowiło ogromną barierę w prowadzeniu zajęć. Studenci mieli trudności w zrozumieniu prowadzącego, pytań, treści materiałów pisanych, testu zaliczeniowego. W przypadku zajęć dotyczących komunikacji problem ten powodował niemożność uczestnictwa w zajęciach, gdyż studenci nie mogli odgrywać scenek i swobodnie komunikować się między sobą. Technika zaradczą było zezwolenie na korzystanie z translatorów i słowników, co jednak dezorganizowało pracę na zajęciach. Obecnie studenci ubiegający się o przyjęcie na studia muszą wykazać się określonym stopniem znajomości języka, co eliminuje w zasadzie ten problem. Problemem w porozumiewaniu się może być sposób wymowy, który może być niezrozumiały dla pozostałych.

2. Kolejnym problemem są **kwestie społeczne** związane z pochodzeniem z krajów o różnym poziomie rozwoju, co skutkuje różnicami w dochodach, stanie zdrowia, dostępie do usług medycznych. To przekłada się na wrażliwość studentów w omawianiu tych kwestii na zajęciach. Studenci bardzo restrykcyjnie podchodzą do tzw. poprawności politycznej (przykład: użycie terminu „disability” może być potraktowane jako niepoprawne politycznie, gdyż obecnie należy raczej mówić o „lessability”). W przypadku zajęć dotyczących komunikacji należy rozważnie konstruować scenariusze scenek biorąc pod uwagę ww. uwarunkowania społeczne. Należy także unikać terminów, które mogą mieć pejoratywne konotacje (np. zamiast „poor” lepiej powiedzieć „having lower material status”).
3. **Bariery psychologiczne** – u części studentów pojawiają się bariery wynikające z uwarunkowań osobowościowych – są nieśmiali, odczuwają lęk przed grupą, wystąpieniami publicznymi. W przypadku całego cyklu zajęć można ich aktywizować poprzez prace pisemne lub rozmowy indywidualne. Niestety problem ten jest przeszkodą w efektywnym uczestnictwie w zajęciach poświęconych komunikacji w układzie lekarz – pacjent.
4. **Reguły szacunku** – studenci z krajów azjatyckich często przyjmują pozycję wycofania na zajęciach, szczególnie w relacjach student – wykładowca, gdyż reguły szacunku, które są uwarunkowane kulturowo nie pozwalają im na zabieranie głosu w dyskusjach z osobami zajmującymi wyższe pozycje; taka postawa często jest mylna przez wykładowców, szczególnie tych nie znających uwarunkowań kulturowych, z nieśmiałością. W przypadku zajęć z komunikacji może to skutkować przybieraniem nadmiernie podporządkowanej roli w odgrywaniu scenek, szczególnie jeśli student

odgrywa rolę pacjenta. Trening wielokulturowości w tych warunkach powinien polegać na dyplomatycznym i wyważonym demonstrowaniu stylów komunikacyjnych oraz podkreślaniu przewagi zasad profesjonalizmu lekarskiego nad zmiennymi kulturowymi przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla odmienności.

5. **Czas modlitwy** – niezmiernie istotną kwestią jest fakt, że część studentów to wyznawcy islamu. Religia nakazuje im praktyki religijne kilka razy dziennie, co często pokrywa się z trwaniem zajęć. Jest to niezwykle delikatna i często tabuizowana kwestia. Wielu wykładowców nie wyraża zgody na wychodzenie studentów w czasie zajęć na modlitwę, co przez studentów jest traktowane jako forma dyskryminacji. Dobrą praktyką jest zezwalanie studentom na pojedyncze ciche wychodzenie z zajęć. Optymalnym rozwiązaniem byłoby takie planowanie, które pozwoliłoby na przerwy w zajęciach na czas modlitwy. Wychodzenie z zajęć dezorganizuje je, co w przypadku zajęć warsztatowych i praktycznych jest ogromnym problemem.
6. **Kulturowe uwarunkowania zachowań w zdrowiu i chorobie** – studenci funkcjonują w obrębie tzw. medycyny zachodniej (EBM – *evidence-based medicine*), jednak obserwowalne są różnice w stosunku do lekarzy i systemu ochrony zdrowia. Można je ułożyć na kontinuum od podporządkowanych, uległych po partnerskie. Widoczne jest też zróżnicowanie skłonności (mimo podjętych studiów) do korzystania z metod tradycyjnych w przypadku dolegliwości typu przeziębienie, grypa u niektórych osób, co jest uwarunkowane pochodzeniem etnicznym i obszarem zamieszkania oraz uwarunkowaniami rodzinnymi. Tam, gdzie podtrzymuje się długotrwałe relacje rodzinne, widoczne jest bardziej chętnie sięganie po metody tradycyjne.

W czasie zajęć z komunikacji przekłada się to na sposób odgrywania scenek (relacje podporządkowania – dominacji, zalecenia lekarskie stosowane przez studentów-aktorów: farmakologia vs. terapie tradycyjne, a w przypadku braku skuteczności dopiero farmakologia).

7. **Kontakt fizyczny** – niezwykle problematycznym zagadnieniem jest kwestia kontaktu fizycznego w relacjach lekarz – pacjent. Na zajęciach omawiane są standardy profesjonalizmu lekarskiego w tej kwestii, analizowane są kwestie problematyczne (podawanie ręki, dotykanie pacjenta poza czynnościami lekarskimi np. przytulanie go, by go pocieszyć), a także naruszanie cielesności lekarza (pacjent agresywny). Wieloletnia obserwacja zachowania studentów i aktywności podczas odgrywania scenek wskazuje, że studenci w środowisku wielokulturowym niechętnie angażują się w scenki, w których muszą udawać, że badają pacjenta (czyli dochodzi do aranżowanego, bardzo ograniczonego kontaktu cielesnego, np. symulacja badania stetoskopem). Aby uniknąć dyskomfortu wywoływanego u studentów kilka lat temu zrezygnowano z tego typu scenek.
8. **Relacje społeczne** (kobieta – mężczyzna) – zagadnienie to dotyczy dwóch typów relacji: student – wykładowca (wymiar ogólny dotyczący całych zajęć), lekarz – pacjent (wymiar szczegółowy, odnoszący się do zajęć z komunikacji). W pierwszym przypadku zaobserwowano brak reguł szacunku ze strony określonych grup etnicznych wobec prowadzącego poza zajęciami, jeśli zajęcia prowadziła kobieta (np. mówienie „dzień dobry”). W przypadku zajęć z komunikacji zaobserwowano, że studentki z krajów arabskich zdecydowanie mniej chętnie uczestniczą w odgrywaniu scenek

(bez względu na to czy są pacjentkami, czy lekarzami) jeśli partnerem jest mężczyzna. Dobrą praktyką jest tworzenie par składających się z kobiet oraz tworzenie scenariuszy angażujących większą grupę studentów (np. pacjentka przychodzi do lekarza z rodziną).

9. **Ubiór** – ostatnią sprawą jest sposób ubierania się. Część studentów zagranicznych nie wyróżnia się strojem. Są jednak przedstawiciele krajów afrykańskich i arabskich hołdujący tradycji i religii, co wyróżnia ich ubiorem. Może być on postrzegany jako problematyczny zarówno przez wykładowców jak i studentów (zbyt krzykliwy, ekstrawagancki w odniesieniu do uczelnianego *dress code`u* – głównie chodzi o stroje afrykańskie, niezwykle barwne, dodatkowo z dużą ilością hałaśliwej biżuterii; traktowany jako manifestacja przekonań religijnych – kraje arabskie). Dobrą praktyką jest zapoznanie studentów z tzw. *dress code* uczelni obowiązującym zarówno wykładowców, jak i studentów oraz zajęcia adaptujące, gdzie studenci nawzajem mówią o swoich odczuciach i pierwszym wrażeniu, jakie zrobili na nich koledzy, odwołując się do mowy ciała (w tym do ubioru jako jednego z sygnałów niewerbalnych).

Jak widać trening efektywnej komunikacji w środowisku wielokulturowym staje się problematyczny i z doświadczeń dydaktycznych wynika, że zajęcia te nie należą do najłatwiejszych przede wszystkim z punktu widzenia prowadzącego, który musi wykazać się niezwykle wysokim taktem, obiektywizmem i być wyczulony na wszelkie przejawy dyskryminacji w takim środowisku, a jednocześnie przeprowadzić efektywny trening komunikacyjny. Z drugiej jednak strony na zajęcia te można spojrzeć przez pryzmat potencjału, jaki one niosą, dla nauki tolerancji, szacunku i właśnie umiejętności komunikowania pomimo różnic etnicznych, społecznych, czy religijnych.

Nauczanie socjologii w medycynie w środowisku wielokulturowym jako potencjał

Należy jednak zauważyć, że opisane powyżej zajęcia prowadzone w środowisku wielokulturowym, niosą ze sobą także i możliwości, które – poprzez odpowiednie przygotowanie przekazywanych treści i umiejętny dobór metod dydaktycznych – mogą stać się znakomitą okazją do nauki nie tylko socjologii medycznej, ale także kompetencji komunikacyjnych. Wykorzystanie głównych treści przedmiotu do kształtowania świadomości roli komunikowania w codziennym życiu jest kwestią dość oczywistą. Kształtowanie postawy otwartości i szacunku, minimalizowanie lęku przed zmianą jako czymś, co zagraża dotychczasowym wartościom, umożliwianie wymiany poglądów, myśli i idei, kształtowanie świadomości odmienności z jednoczesną jej tolerancją, to tylko niektóre kwestie będące potencjałem tych zajęć. Wielokulturowa grupa potęguje wypracowany wspólnie efekt synergii, co wzmacnia więzi i buduje mosty zamiast murów. Podczas prowadzenia zajęć w środowisku wielokulturowym można wykorzystać niestandardowe metody nauczania:

- ▶ Studenci jako eksperci – podczas omawiania zagadnień dotyczących patologii i problemów społecznych, studenci reprezentujący konkretne kraje występują w roli ekspertów i przedstawiają dany problem w perspektywie regionalnej; dyskusja pozwala na wymianę poglądów i konfrontację, ale umiejętnie moderowana uczy także argumentowania, aktywnego słuchania, asertywności (zamiast agresji);
- ▶ Zajęcia prowadzone w warunkach symulacji medycznej – obecnie uczelnie medyczne oferują możliwość prowadzenia zajęć w centrach symulacji medycznej, co pozwala na zaaranżowanie środowiska maksymalnie zbliżonego do warunków,

w których studenci medycyny będą pracować jako lekarze. Odpowiednio dobrane rekwizyty oraz przygotowani aktorzy, a także scenariusze uwzględniające różnorodność kulturową pozwalają na naukę kompetencji twardych oraz miękkich;

- ▶ Wykorzystanie metody *world cafe* – polega ona na dyskusji problemowej (z moderowaniem) i dobrze się sprawdza w sytuacji grup niejednorodnych. Studenci mają do przedyskutowania np. kilka patologii społecznych. Aranżuje się przestrzeń na wzór kawiarni, ustawiając kilka stolików i wokół nich krzesła. Studenci dzieleni są na małe kiluosobowe zespoły (warto zadbać o ich międzykulturowość) i ich zadaniem jest przedyskutować każdą z tych patologii, przy kolejnych stolikach (np. stolik 1 – samobójstwa, stolik 2 – alkoholizm, itp.). Na każdą dyskusję studenci mają określony czas. Po jego upływie zmieniają stolik i dyskutują o kolejnej patologii. W trakcie dyskusji zapisują wspólnie wypracowane poglądy i te kwestie, w których się ścierają. Po zakończeniu wszystkich sesji rozpoczyna się omówienie i dyskusja. Ta forma pozwala na wymianę wiedzy i doświadczeń, kształtowanie otwartości, tolerancji, podnoszenie świadomości oraz nade wszystko – na kształtowanie kompetencji komunikacyjnych.

Powyższe przykłady nie wyczerpują oczywiście szerokiego wachlarza możliwości. Klasyczne odgrywanie scenek można bowiem wzbogacić o element nagrywania i analizy treści zarejestrowanych, studenci mogą także przygotować tutoriale i filmy treningowe dla swoich kolegów, ucząc ich podstawowych błędów komunikacyjnych oraz zasad prawidłowej i efektywnej komunikacji w układzie lekarz – pacjent, uwzględniającej uwarunkowania społeczno-kulturowe. Powyższe rozważania miały jedynie nakreślić potencjał

zajęć prowadzonych w środowisku wielokulturowym i otworzyć dyskusję dotyczącą możliwości rozwijania wachlarza technik i metod wzbogacających przebieg zajęć.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Powyższy przegląd literatury i analiza porównawcza nauczania na kierunku lekarskim w języku polskim oraz angielskim wykazały, iż:

- ▶ kompetencje komunikacyjne są równie ważne jak umiejętności twarde w zawodzie lekarza;
- ▶ konieczna jest dobra komunikacja nie tylko w układzie lekarz – pacjent, ale taka interakcja, która uwzględni rodzinę pacjenta; coraz częściej mówi się także o podnoszeniu kompetencji komunikacyjnych interprofesjonalnych – między poszczególnymi zawodami medycznymi;
- ▶ część problemów w nauczaniu studentów polsko – oraz obcojęzycznych jest uniwersalna – stosunek do przedmiotów humanistycznych, miejsce zajęć w siatce programu studiów, liczebność grup;
- ▶ niektóre problemy są specyficzne tylko dla środowiska wielokulturowego – pochodzenie i przekonania studentów mają wpływ zarówno na postrzeganie prowadzącego przedmiot i relacje z nim, a także wpływają na stosunek do przekazywanej wiedzy.

W związku ze zdiagnozowanymi problemami warto zaproponować rozwiązania, które pozwoliłyby na zminimalizowanie problemów w kształceniu przyszłych kadr medycznych w zakresie kompetencji komunikacyjnych:

- ▶ przesunięcie przedmiotów „humanistycznych” w siatce zajęć na późniejsze lata studiów;
- ▶ wprowadzenie nauczania problemowego, aspektowego, co stopniowo jest wdrażane w ramach utworzonego modułu pn. Kompetencje generyczne w medycynie;

- ▶ rozszerzenie istniejącej oferty kursów fakultatywnych o takie, które pozwalają nabyć kompetencje miękkie;
- ▶ tworzenie rozwiązań systemowych – jak wprowadzanie obowiązku potwierdzania i certyfikowania kompetencji komunikacyjnych w czasie egzaminów. 📌

Dr n. hum. Magdalena Wieczorkowska

– doktor nauk humanistycznych, socjolog, kierownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii medycyny, socjologii ciała oraz problematyki starzenia się i starości. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny oraz Sekcji Socjologii Ciała Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół procesów medykalizacji oraz starzenia się społeczeństwa.

Afiliacja:

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

Dr n. hum. Agnieszka Pawlak

– socjolog, doktor nauk humanistycznych, pracownik Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii migracji, socjologii rodziny, socjologii choroby, zdrowia i medycyny, polityki społecznej oraz komunikacji z pacjentem i jego rodziną. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

Afiliacja:

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Czerw, A., Religioni, U., Matuszyna, A., Lesiak, K., Olejnik, A., Śniadała, D. (2012). Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych, *Principles of effective communication in medical entities*. www.h-ph.pl
- Deręgowska, J. (2015). Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby, *Studia Edukacyjne*, 35, 349–366. <https://doi.org/10.14746/se.2015.35.18>
- Gucciardi E., Chan V.W., Manuel L., Sidani S. (2013). A systematic literature review of diabetes self-management education features to improve diabetes education in women of Black African/Caribbean and Hispanic/Latin American ethnicity. *Pat. Educ. Couns.* 92. pp. 235–245, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.03.007>.
- Hulewska, A., Kozłowski, A. (2012). Kompetencje społeczne jako jeden z kluczowych wyznaczników skuteczności lekarza w kontakcie z pacjentem i jego rodziną. W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu* (s. 183–200). Warszawa: VIZJA Press<.
- Jarosz M, Kawczyńska-Butrym Z, & Włoszczak-Szubda A. (2012). Modele komunikacyjnie relacji lekarz-pacjent-rodzina, *Medycyna Ogólna i Nauk o Zdrowiu*, 18(3), 212–218.
- Kaczor, M., & Michalak, A. (2010). Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem, *Sztuka Leczenia*, 1–2, 51–58. http://www.sztukaleczenia.pl/pub/2010/4/MKaczor_AMichalak.pdf
- Kosowicz, M., Kulpa, M., Świstak-Sawa, S. (2014). Wybrane psychologiczne aspekty budowania poprawnej komunikacji między lekarzem a pacjentem. W: J. Doroszewski, M. Kulus, A. Markowski (red.), *Porozumienie z pacjentem. Relacje i komunikacja* (s. 43–63). Warszawa: Wolters Kluwer business.
- Motyka, M. (2013). Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem, *Sztuka Leczenia*, 3–4, 17–24.
- Nowina Konopka, M. (2016). Komunikacja lekarz – pacjent. Teoria i praktyka (M. i K. S. Instytut Dziennikarstwa & Uniwersytet Jagielloński, Eds.; 1st ed.).
- Olchowska-Kotala, A. (2012). Komunikacja sprzyjająca właściwej diagnozie i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych: rola obrazu własnej choroby. W: B. Jacennik, A. Hulewska, A. Piasecka (red.), *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu* (s. 201–219). Warszawa: VIZJA Press<.
- Pawełczyk, A., Kotlicka-Antczak, M., Śmigiełski, J., Pawełczyk, T., & Rabe-Jabłońska, J. (2012). Inteligencja emocjonalna a preferowana specjalizacja medyczna – wyniki badania empirycznego, *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 12(2), 96–101.
- Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A. (2006). A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum, *Medical Teacher*. Vol. 28. No. 5. pp. e127-e134.
- Seung Jae K., Oh Deog K., Kyae Hyung K., Ji Eun L., Seung-Hee L., Jwa-Seop S., Sang Min P. (2019). Investigating the effects of interprofessional communication education for medical students, *Korean J Med Educ*. Jun; 31(2). pp. 135–145.
- Stangierska, I., & Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1(1), 58–68.

Teaching of communication competences in medical sciences in the mono – and multicultural academic environment

Abstract

Effective communication between physicians and patients is key factor influencing patient's diagnosing and treatment. Scientific evidence confirms positive impact of good communication on the patients' condition. In contemporary medicine a key element of medical communication process is communication with the patient's family. Acquiring of soft competences including communication is equally important of medical education as the knowledge of the body structure and its functioning.

This article highlights the role of communication competences and depicts difficulties in teaching of them in the mono – and multicultural students environment on the example of the medical directions for Polish and foreign students of the Medical University of Łódź. The comparative analysis has revealed that part of the problems are universal and general, but there are differences strongly determined by cultural factors influencing on difficulties in teaching soft competences (including communication ones) in the multicultural environment.

Keywords: communication competences, multiculturalism, medicine, students, teaching.

MOŻESZ WIELE ZMIE NIC ↘



KŁĘKNIJ KLIKNIJ

Ocena kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia

MAŁGORZATA ZIMNY, DARIA SCHNEIDER-MATYKA, JUSTYNA KUBIAK
POMORSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY W SZCZECINIE

Abstrakt

Wstęp: Polska, jako kraj znajdujący się w centrum Europy, zachęca obcokrajowców do przyjazdu. Odwiedzający i zamieszkujący na terenie naszego kraju cudzoziemcy, zazwyczaj oczekują lepszego i godnego życia. Nasi rodacy zamiast okazać troskę i życzliwość, najczęściej są nieufni i wrogo nastawieni. Nieznajomość różnic kulturowych może spowodować wiele niepotrzebnych konfliktów. Kompetentny pracownik zobowiązany jest do zrozumienia potrzeb każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych. Odpowiednie przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznajomością różnic kulturowych. Kompetencje kulturowe, rozumiane jako umiejętność przyjęcia postawy relatywizmu kulturowego, stanowią zbiór postaw, wiedzy i motywacji, wśród których ważną rolę odgrywają empatia etnokulturowa oraz poczucie własnej skuteczności jak również elastyczność poznawcza oraz otwartość na nowe doświadczenia.

Cel: Celem badania była analiza kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia

Materiał i metody: Badaniem objęto 200 pracowników ochrony zdrowia pracujących w szpitalach na terenie województwa zachodniopomorskiego oraz lubuskiego. Do realizacji badań posłużył standaryzowany kwestionariusz do oceny kompetencji kulturowych Cross-Cultural Competence Inventory. Narzędzie składa się ze 149 pytań, z których wyróżniamy 9 obszarów poddanych analizie tj.: empatia etnokulturowa, poczucie własnej skuteczności, gotowość do zaangażowania się, otwartość na nowe doświadczenia, uczuciowa samoregulacja, samokontrola, tolerancja na niejednoznaczność, niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą, elastyczność poznawcza. Następnie uzyskane dane poddano zbiorczej analizie statystycznej.

Wyniki: Respondenci różnili się między sobą w poszczególnych obszarach. Stwierdzono, że poziom kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Z badań wynika, że najbardziej otwarci na nowe doświadczenia byli najmłodsi ankietowani mający od 21 do 25 lat, natomiast najmniej otwarci na nowe doświadczenia byli respondenci w wieku od 36 do 45 lat. Kobiety mają wyższy poziom „empatii etnokulturowej” niż mężczyźni. Poddani badaniu pracownicy placówek medycznych wykazali wysoki poziom „poczucia własnej

skuteczności". Uczestniczące w badaniu pielęgniarki wykazały statystycznie wyższą „otwartość na nowe doświadczenia” od pozostałych podgrup ankietowanych osób. Pielęgniarki cechują się dużą elastycznością poznawczą, co oznacza, że posiadają umiejętność bycia otwartymi i elastycznymi przy podejmowaniu decyzji. Wykazano, że respondentki są bardziej otwarte na nowe doświadczenia. Kobiety cechuje większa elastyczność poznawcza. Poczucie własnej skuteczności było najwyższe u osób z wyższym wykształceniem.

Wnioski: Ogólny poziom kompetencji kulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia można określić jako dość zadawalający. Płeć oraz stanowisko pracy badanych pracowników opieki medycznej mają wpływ na poziom osobistych kompetencji kulturowych. Kobiety i osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki charakteryzowały się większą elastycznością poznawczą oraz otwartością na nowe doświadczenia. Stosunkowo wysokie poczucie własnej skuteczności, wzmacniane wykształceniem, może być mocną podstawą pozwalającą na budowanie potencjału w ramach innych obszarów, m.in. empatii etnokulturowej.

Słowa kluczowe:

kompetencje kulturowe, wielokulturowość, empatia, elastyczność poznawcza, pielęgniarstwo.

Wstęp

Zmiany demograficzne na terenie Polski w ostatnich latach stają się coraz bardziej widoczne, a Polska uchodząca za kraj o niewielkiej zmienności rasowej staje się coraz bardziej różnorodna kulturowo i etnicznie.

W szpitalach leczeni są obcokrajowcy, coraz częściej spotkać również możemy personel innej narodowości. Niewątpliwie wiąże się z tym wstąpienie 1 maja 2004 roku naszego kraju do układu państw Unii Europejskiej, co spowodowało otwarcie granic i zwiększenie migracji.

Kompetentnym pracownikiem ochrony zdrowia jest ten, który rozumie potrzeby każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych, dlatego tak ważne powinno być odpowiednie nastawienie oraz przygotowanie personelu medycznego. Dostateczne przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznanymi różnicami kulturowymi (Krajewska-Kulak, Wrońska, Kędzióra-Kornatowska, 2010; Majda i in., 2010).

Pracownicy ochrony zdrowia, jak wynika z ich kodeksu etyki, są zobowiązani do zapewnienia pacjentowi pomocy w zaspakajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych, ale powinni również obserwować podmiot opieki pod kątem potrzeb duchowych – wyznawanej religii oraz pochodzenia społeczno-kulturowego. Bardzo ważnym elementem kompetencji zawodowych powinna być wrażliwość międzykulturowa, nabywana w procesie kształcenia w zawodach medycznych. Ze względu na nieustannie zwiększającą się różnorodność konfiguracji etniczno-religijnych należy uznać, że nie ma typowych przedstawicieli danej kultury i każdego pacjenta należy traktować indywidualnie, jednocześnie dążąc do poszanowania uniwersalnych zasad etycznych. Kompetentnym pracownikiem ochrony

zdrowia jest ten, który rozumie potrzeby każdego pacjenta, również tego z innych kręgów kulturowych. Dostateczne przygotowanie pielęgniarek, lekarzy i innych pracowników szpitala pozwala na uniknięcie nieporozumień i problemów związanych między innymi z nieznanymi różnicami kulturowymi (Higginbottom, Richter, Mogale, 2011; Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza, 2010).

Szkolenie i rozwój pracowników ochrony zdrowia pozostaje podstawową strategią na rzecz poprawy kompetencji kulturowych w zakresie usług i systemów opieki zdrowotnej. Dowody naukowe w tej dziedzinie koncentrują się przede wszystkim na szkoleniu kompetencji kulturowych i jego wpływie na wiedzę, postawy, umiejętności i zachowanie praktyków (Jongen, McCalman, Bainbridge, 2018; Napier, Ancarno, Buter, 2014).

Dla każdego człowieka zdefiniowanie słowa „kultura” może wyglądać zupełnie inaczej, można je interpretować na wiele różnych sposobów. Znalezienie jednej, czytelnej i zrozumiałej dla każdego definicji nie jest rzeczą łatwą. W encyklopedii PWN czytamy, że: *kultura jest to ogół zasad, reguł i sposobów ludzkiego działania, wytworów ludzkiej pracy i twórczości stanowiący zbiorowy dorobek społeczeństw ludzkich* (Hhnatowicz, Mączak, Zientara, Żarnowski, 2005). Angielski ewolucjonista Edward Tylor w 1871 roku napisał: (...) *kultura lub cywilizacja jest to złożona całość obejmująca wiedzę, wierzenia, sztukę, prawo, moralność, obyczaje i wszystkie inne zdolności i nawyki nabyte przez człowieka, jako członka społeczeństwa* (Kominarec, Kominarecova, 2008). Współczesna antropologia jako główny czynnik rozumienia kultury przyjmuje ludzkie działanie, przykładem tego może być definicja Ralfa Lintona, zdaniem którego: *kultura jest konfiguracją wyuczonych zachowań i ich rezultatów, których elementy są podzielane (wspólne) i przekazywane przez członków danego społeczeństwa* (Art. 35. Konstytucji Rzeczypospolitej

Polskiej, Rozdział II). Kulturę możemy określić jako całokształt nieustannie zmieniających się systemów wartości, instytucji, obyczajów oraz tego, co jest już w pełni ukształtowane i z czego możemy czerpać, czyli tradycji. W psychologii to *władza wynikająca z przekonania o wiedzy i umiejętnościach ekspertów* (Majda, Zalewska-Puchała, Ogórek-Tęcza, 2010).

Na świecie od zarania dziejów istniał problem komunikacji pomiędzy odmiennymi pod wieloma względami kulturami. W społeczeństwach tradycyjnych znaczna większość osób porozumiewała się z ludźmi podobnymi do siebie pod względem usytuowania kulturowego. Porozumiewanie się z „przyjeźdnym” występowało sporadycznie, a jeśli do niego dochodziło to przeważało przekonanie o oczywistej wyższości własnej kultury. Milton J. Bennett pisał: (...) *Jeśli nie mogliśmy unikać lub nawrócić i zmienić ludzi innych od nas, zabijaliśmy ich* (Marshall, 2005).

Piotr Sztompka użył podziału kompetencji kulturowej na jedno – oraz wielokulturową. Ta pierwsza – jednokulturowa – to przyswojenie idei, wartości, norm, reguł, wzorców typowych dla tylko jednej konkretnej kultury. Natomiast kompetencja wielokulturowa, (kosmopolityczna) to znajomość i zdolność zastosowania mnóstwa rozmaitych wzorców życia i różnorodnych idei wywodzących się z kilku kultur (Majka-Rostek, 2010).

Przemiany obejmujące wszystkie płaszczyzny rzeczywistości są głównie spowodowane gwałtownym rozwojem technologii. Coraz większa liczba ludzi zdaje sobie sprawę z globalnej współzależności międzykulturowej. W dzisiejszych czasach, kiedy dostęp do środków transportu jest tak powszechny i przedostanie się z jednego krańca świata na drugi nie stanowi już tak wielkiego problemu, a technologie komunikacyjne pozwalają na swobodny przepływ informacji, nie odczuwamy już ograniczeń czasoprzestrzeni. Każde nowoczesne państwo powinno dążyć do pokonywania

barier w komunikacji międzykulturowej. Skoro Ziemia zaczyna przybierać postać „globalnej wioski” jej mieszkańcy powinni potrafić się ze sobą komunikować, dlatego tak istotna jest efektywna komunikacja międzykulturowa. Osoba kompetentna kulturowo kieruje się empatią, posiada zdolność wzbudzenia zaufania, potrafi rozpoznać normy i wartości w kulturze, w której się znajduje. Za prekursora i klasyka komunikacji międzykulturowej uważany jest Edward Hall. Z kolei LaRay Barna wyróżnił sześć barier komunikacyjnych, Aby porozumiewanie się między kulturami przebiegało w sposób właściwy (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001).

Jako podstawa do planowania czynności oraz oceny podjętych interwencji w profesjonalnych zespołach opieki zdrowotnej może być wykorzystywany opracowany przez L. Purnell model kompetencji kulturowych. Model przedstawia cztery okręgi: pierwszy z nich ukazuje społeczeństwo, drugi społeczność, trzeci rodzinę, natomiast okrąg umiejscowiony centralnie reprezentuje osobę. Kompetencja kulturowa jest procesem, który przebiega od nieświadomej niekompetencji przez świadomą niekompetencję, świadomą kompetencję, kończąc na nieświadomej kompetencji (Sztompka, Kucia, 2005).

Umiejętność bycia czujnym, tolerowania niejednoznaczności, pokonywania stresu związanego z niepewnością, dostosowania własnej komunikacji oraz empatia są niezbędne do osiągnięcia prawidłowych relacji z osobami o odmiennej kulturze. Empatia to zdolność poznania i zrozumienia drugiej osoby poprzez współodczuwanie, jest pewnego rodzaju darem pozwalającym na „wczucie się” w sytuację innej osoby, dzięki temu można poznać motywy, którymi się ona się kieruje. Duże znaczenie w prawidłowej interakcji międzykulturowej ma również sygnalizowanie swojego zrozumienia i zaangażowania się w próbę komunikacji. Aby dobrze zrozumieć innego człowieka należy

uświadomić sobie, że tak naprawdę wszyscy jesteśmy tacy sami pod pewnymi względami, ponieważ wszyscy należymy do gatunku ludzkiego.

Cel, materiał i metody

Celem badania była analiza kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia. Narzędziem wykorzystanym w badaniu była ankieta do oceny kompetencji kulturowych, Cross-Cultural Competence Inventory. Kwestionariusz wraz z instrukcją został przetłumaczony z języka angielskiego. Pierwotnie był skierowany do oceny kompetencji kulturowej personelu wojskowego. W niniejszej pracy zbadane zostały na jego podstawie kompetencje kulturowe pracowników ochrony zdrowia. Narzędzie składa się ze 149 pytań, z których wyróżniono 9 obszarów poddanych analizie tj.: empatia etnokulturowa (ethnocultural empathy) – jest umiejętnością do zrozumienia uczuć osoby odmiennej kulturowo, poprzez zdolność do postrzegania sytuacji z perspektywy tej osoby; poczucie własnej skuteczności (Self-Efficacy) – jest to przekonanie, że jedna osoba jest w stanie osiągnąć określony cel, co zachęca ją do podejmowania określonych działań; gotowość do zaangażowania się (Willingness to Engage) – jest definiowana jako wykazanie gotowości do zaangażowania się w nieznaną sytuację społecznych w odmiennych kulturach; otwartość na nowe doświadczenia (Openness to New Experience) – osoby otwarte często traktują nową sytuację jako wyzwanie, a nie jako przeszkodę oraz chętniej podejmują współpracę z ludźmi z innych kultur; uczuciowa samoregulacja (Emotional Self-Regulation) – jest zdolnością do regulowania i kontrolowania własnych emocji, jej brak może spowodować zaburzone relacje z innymi osobami; samokontrola (Self-Monitoring) – polega na obserwacji i dostosowaniu swoich zachowań do sytuacji; tolerancja na niejednoznaczność (Tolerance

for Ambiguity) – jest to ogólna dyspozycja wpływająca na funkcje poznawcze; niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą (Low Need for Cognitive Closure) – oznacza, że w obliczu podejmowania decyzji najlepsze jest jedno konkretne rozwiązanie; elastyczność poznawcza (Cognitive Flexibility) – jest to umiejętność bycia otwartym oraz elastycznym podczas podejmowania decyzji. Respondenci w odpowiedzi na zadawane pytania określali poziom własnej zgodności z danym stwierdzeniem (1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się umiarkowanie, 3 – lekko się nie zgadzam, 4 – lekko się zgadzam, 5 – umiarkowanie się zgadzam, 6 – zdecydowanie się zgadzam).

Badania były prowadzone w placówkach medycznych na terenie województwa lubuskiego wśród pracowników: Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Żarach, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie oraz wśród studentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (pracujący w szpitalach studenci studiów stacjonarnych oraz niestacjonarnych drugiego stopnia na kierunkach Pielęgniarstwo oraz Położnictwo).

W grupie badanych najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki (60%). Pozostali badani to lekarze, ratownicy medyczni położne, fizjoterapeuci, radiolodzy, sanitariusze, pracownicy administracyjni, pracownicy obsługi. 79% respondentów stanowiły kobiety. Wyższe wykształcenie posiadało 65% badanych. 34% ogółu anektowanych to osoby w wieku 21–25 lat, 29% to osoby w przedziale wiekowym 36–45 lat. Doświadczenie zawodowe dłuższe niż 15 lat posiadało 37% badanych, natomiast 27% posiadało doświadczenie krótsze niż 1 rok.

Badania przeprowadzono za uzyskaniem świadomej zgody respondenta. Ankiety zostały rozdane pracownikom ochrony

zdrowia i przez nich anonimowo wypełnione. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej (dane ukryte).

Do analizy statystycznej poszczególnych obszarów zastosowano testy Friedmana/ANOVA, test U Manna-Whitneya/Test t-Studenta.

Wyniki

Stwierdzono wysoce istotną różnicę poziomu wyników poszczególnych obszarów

($p < 0,0001$). Wyniki istotnie niższe od pozostałych obszarów stwierdzono w przypadku podskali dotyczącej „tolerancji na niejednoznaczność” i „niskiego zapotrzebowanie na bliskość poznawczą”. Natomiast wyniki istotnie wyższe od pozostałych skal, stwierdzono w przypadku skali „poczucie własnej skuteczności” oraz „gotowość do zaangażowania się” (Tabela 1).

Tabela 1. Statystyki opisowe analizowanych obszarów kompetencji kulturowych

Obszar	Statystyki opisowe							
	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Empatia etnokułturowa	3,67	0,56	2,00	3,29	3,64	4,07	4,86	p<0,0001 / p<0,0001
Poczucie własnej skuteczności	4,08	0,59	2,43	3,79	4,07	4,43	6,00	
Gotowość do zaangażowania się	4,08	0,49	2,85	3,75	4,15	4,40	5,30	
Otwartość na nowe doświadczenia	3,81	0,48	2,38	3,50	3,81	4,13	5,06	
Uczuciowa samoregulacja	3,86	0,56	2,17	3,50	3,92	4,21	5,42	
Samokontrola	3,40	0,46	2,17	3,11	3,44	3,69	4,72	
Tolerancja na niejednoznaczność	2,58	0,73	1,11	2,06	2,56	3,00	4,78	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	2,54	0,58	1,33	2,11	2,50	2,89	4,11	
Elastyczność poznawcza	3,75	0,38	2,94	3,44	3,72	3,94	5,11	

Pracowników ochrony zdrowia biorących udział w badaniu podzielono na grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowiło 68 osób w przedziale wiekowym 21–25 lat, a najmniej liczną grupą byli ankietowani powyżej 50 roku życia. W przedziale wiekowym 26–35 lat było 25 osób, 36–45 lat miało 57 respondentów, natomiast w wieku 46–50 lat było 24 ankietowanych. Zatrudnienie w placówkach ochrony zdrowia wymaga od większości pracowników kondycji fizycznej oraz odporności psychicznej, dlatego wiek respondentów niewątpliwie ma tu duże znaczenie.

Wyniki istotnie statycznie w badanych obszarach z wykorzystaniem testu ANOVA,

stwierdzono w przypadku „empatii etnokułturowej” ($p=0,0460$) oraz „otwartości na nowe doświadczenia” ($p=0,0377$). Największą zdolność do rozumienia uczuć osoby odmiennej kulturowo wykazali najmłodszy pracownicy ochrony zdrowia, natomiast najniższy poziom empatii występował w grupie w wieku od 46 do 50 lat. Z kolei z badań wynika, że najbardziej otwarci na nowe doświadczenia byli najmłodszy ankietowani mający od 21 do 25 lat, natomiast najmniej otwarci na nowe doświadczenia byli respondenci w wieku od 36 do 45 lat (Tabela 2).

Tabela 2. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od wieku

Obszar	Wiek	Statystyki opisowe							test Kruskala-Wallisa / ANOVA
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Gotowość do zaangażowania się	>50	4,01	0,54	2,85	3,70	4,08	4,35	5,05	0,9472 0,8939
	46-50	4,04	0,42	3,35	3,78	4,00	4,25	5,00	
	36-45	4,09	0,42	3,25	3,75	4,15	4,35	4,95	
	26-35	4,15	0,61	3,10	3,70	4,10	4,40	5,30	
	21-25	4,09	0,51	2,85	3,75	4,15	4,40	5,00	
Otwartość na nowe doświadczenia	>50	3,85	0,48	2,81	3,56	3,78	4,13	4,94	0,0611 0,0377
	46-50	3,70	0,38	3,13	3,38	3,72	4,00	4,38	
	36-45	3,69	0,48	2,38	3,38	3,75	4,00	4,69	
	26-35	3,77	0,43	3,06	3,50	3,75	4,06	4,63	
	21-25	3,94	0,49	2,69	3,63	3,94	4,28	5,06	

test Kruskala-Wallisa*/ANOVA

Kolejną zmienną na podstawie której dokonywano analizy kompetencji kulturowych pracowników ochrony zdrowia była ich płeć. Przebadano 157 kobiet (co stanowi 78%) oraz 43 mężczyzn (22%). Przeważająca ilość kobiet była niewątpliwie związana z tym, że pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę zawodową w placówkach szpitalnych. Wyniki kobiet i mężczyzn różniły się od siebie wysoce istotnie statystycznie ($p < 0,01$) odnośnie „empatii etnokulturowej”. Wynika z nich, że kobiety mają wyższy poziom empatii niż mężczyźni. Nie wykazano wyraźnej różnicy ($p > 0,05$) w „gotowości do zaangażowania się” odnośnie płci. Zauważono jednak, że średnia liczba punktów była wyższa wśród kobiet, a niższa w grupie mężczyzn. W przypadku „niskiego zapotrzebowania na bliskość poznawczą” wyniki obu płci różnią się istotnie ($p < 0,05$) i tak mężczyźni charakteryzują się wyższymi wynikami w obrębie tego obszaru. Również istotne różnice uzyskano w zakresie „elastyczności poznawczej” ($p < 0,05$), kobiety cechuje większa elastyczność poznawcza (Tabela 3).

Tabela 3. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od płci

Obszar	Płeć	Statystyki opisowe							test U Manna-Whitneya / Test t-Studenta
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartył	Mediana	Górny kwartył	Maksimum	
Empatia etnokulturowa	M	3,45	0,61	2,00	3,00	3,50	3,79	4,86	0,0061 0,0040
	K	3,72	0,53	2,36	3,36	3,71	4,07	4,71	
Gotowość do zaangażowania się	M	4,03	0,51	2,85	3,70	4,05	4,35	5,30	0,3984 0,4368
	K	4,09	0,49	2,85	3,75	4,15	4,40	5,20	
Otwartość na nowe doświadczenia	M	3,67	0,43	2,56	3,38	3,69	3,88	5,06	0,0252 0,0402
	K	3,84	0,48	2,38	3,56	3,81	4,19	4,94	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	M	2,71	0,57	1,72	2,28	2,61	3,06	4,11	0,0405 0,0320
	K	2,49	0,58	1,33	2,06	2,44	2,83	4,06	
Elastyczność poznawcza	M	3,63	0,32	2,94	3,39	3,67	3,78	4,33	0,0314 0,0234
	K	3,78	0,39	2,94	3,50	3,78	4,00	5,11	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

W badanej grupie jedynie w przypadku „poczucia własnej skuteczności” stwierdzono wysoce istotną różnicę wyników w zależności od wykształcenia respondentów. Porównania wskazują na istotnie wyższy wynik w grupie o wyższym wykształceniu w stosunku do niższego wyniku w grupie o wykształceniu zawodowym (Tabela 4).

Tabela 4. Wyniki analizowanego obszaru w zależności od wykształcenia

Obszar	Wykształcenia	Statystyki opisowe							test Kruskala- Wallisa / ANOVA
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Poczucie własnej skuteczności	zawodowe	3,49	0,59	2,79	3,14	3,39	3,71	4,50	0,0069 0,0033
	średnie	3,96	0,57	2,57	3,64	4,00	4,36	5,36	
	wyższe	4,16	0,58	2,43	3,79	4,14	4,50	6,00	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

Kompetencje kulturowe mogą różnić się w zależności od zajmowanego stanowiska, stąd badanych pracowników ochrony zdrowia podzielono ze względu na stanowisko pracy. Pielęgniarek i pielęgniarzy poddanych badaniu było 120 (60%), natomiast pozostałych pracowników szpitali było 80, w ich skład wchodziło: 16 lekarzy, 13 położnych, 9 fizjoterapeutów, jeden radiolog, 17 ratowników, 7 sanitariuszy, 4 sekretarki medyczne, 8 pracowników obsługi, 5 pracowników administracji. W analizie wyników porównywano dwa stanowiska: pielęgniarki oraz inne, czyli pozostałe wyżej wspomniane stanowiska.

Analiza stanowiska pracy względem poszczególnych obszarów wykazała, że grupy różniły się od siebie wysoce istotnie ($p < 0,01$), w przypadku „empatii etnokulturowej”, „gotowości do zaangażowania się”, „otwartości na nowe doświadczenia” ($p > 0,05$), a także „elastyczności poznawczej” ($p < 0,01$). Wyniki pielęgniarek były wyższe niż pozostałych respondentów. Pielęgniarki wykazywały większą gotowość do zaangażowania oraz dużo

wyższą elastyczność poznawczą. Z kolei pozostali pracownicy ochrony zdrowia cechowali się większą „tolerancją na niejednoznaczność” ($p < 0,05$) oraz wyższym niskim zapotrzebowaniem na bliskość poznawczą, niż pielęgniarki ($p < 0,01$) (Tabela 5).

Tabela 5. Wyniki analizowanych obszarów w zależności od zajmowanego stanowiska

Obszar	Stanowisko	Statystyki opisowe							test U Manna- Whitneya / Test t-Studenta
		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Dolny kwartyl	Mediana	Górny kwartyl	Maksimum	
Empatia etnokulturowa	inne	3,49	0,60	2,00	3,00	3,50	3,86	4,86	0,0002 0,0002
	pielęg.	3,78	0,50	2,36	3,43	3,79	4,11	4,71	
Gotowość do zaangażowania się	inne	3,96	0,49	2,85	3,63	3,98	4,28	5,30	0,0025 0,0046
	pielęg.	4,16	0,48	2,85	3,85	4,20	4,43	5,20	
Otwartość na nowe doświadczenia	inne	3,70	0,45	2,56	3,41	3,75	3,94	5,06	0,0065 0,0128
	pielęg.	3,87	0,48	2,38	3,56	3,94	4,25	4,94	
Tolerancja na niejednoznaczność	inne	2,75	0,74	1,33	2,33	2,67	3,22	4,78	0,0199 0,0082
	pielęg.	2,47	0,71	1,11	1,89	2,44	2,94	4,78	
Niskie zapotrzebowanie na bliskość poznawczą	inne	2,73	0,54	1,33	2,39	2,67	3,17	4,00	<0,0001 0,0001
	pielęg.	2,41	0,58	1,39	1,94	2,33	2,78	4,11	
Elastyczność poznawcza	inne	3,65	0,35	2,94	3,39	3,61	3,81	5,11	0,0009 0,0021
	pielęg.	3,81	0,38	2,94	3,53	3,83	4,06	5,11	

test Kruskala-Wallis*/ANOVA

Dyskusja

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle ważną wartością przekładającą się na poprawę stanu zdrowia pacjentów. W wielu krajach prowadzone są różnego rodzaju szkolenia oraz treningi w zakresie „wielokulturowej” edukacji, mające na celu poprawę jakości opieki nad różnymi grupami pacjentów. Takie szkolenia pomagają w zrozumieniu, jak bardzo istotne znaczenie ma znajomość oraz akceptacja różnic

kulturowych. Barzykowski, Majda, Przyłęcki i Szkup (2019a, 2019b) dokonali tłumaczenia, adaptacji i oceny psychometrycznej polskiej wersji kwestionariusza *Cross-Cultural Competence Inventory*. Pomimo pewnych ograniczeń stwierdzono, że CCCI należy uznać za ważne i niezawodne narzędzie służące do oceny kompetencji kulturowych wśród pracowników ochrony zdrowia i studentów.

Ocena poziomu kompetencji kulturowych i identyfikacja czynników wpływających na ich

rozwój wśród personelu medycznego i studentów jest niezbędna do zapewnienia profesjonalnej opieki pacjentom z różnych środowisk kulturowych.

Badania Wang (2018) prowadzone w grupie 677 studentów pielęgniarstwa wykazały, że w słabiej rozwiniętym regionie Chin, badani wykazywali niższe wyniki w zakresie kompetencji kulturowych i uznali potrzebę rozwoju kompetencji międzykulturowych i gerontologicznych. Inne badania prowadzone w grupie 295 studentów pielęgniarstwa w południowej Finlandii wykazały umiarkowany poziom kompetencji kulturowych wśród badanych (Repo, Vahlberg, Salminen, 2016). Podobne wyniki uzyskano na podstawie badań prowadzonych w Korei Południowej wśród 143 pielęgniarek środowiskowych, stwierdzono średni poziom kompetencji kulturowych w badanej grupie (Suk, Oh, Im, 2018).

Analizując wyniki badań własnych, można wnioskować, że nawet w stosunkowo niewielkiej grupie przebadanych dwustu pracowników szpitala występuje ogromna różnorodność, a ich poziom kompetencji kulturowych jest na różnym poziomie.

Badania Lin (2016) prowadzono w grupie 309 pielęgniarek pracujących w 16 ośrodkach na Tajwanie. Celem było wykazanie wpływu atmosfery organizacji, na którą składa się poczucie własnej skuteczności i zewnętrzne oczekiwania wobec pracowników na kompetencje kulturowe. Wykazano, że zewnętrzne oczekiwania wobec pracownika mają większy wpływ na międzykulturowe kompetencje pielęgniarek niż poczucie własnej skuteczności. Ponadto stwierdzono, że międzykulturowe kompetencje pielęgniarek mają pozytywny wpływ na pielęgniarski kapitał intelektualny. Pielęgniarski kapitał intelektualny zdefiniowano jako wiedzę i umiejętności pielęgniarskie mające bezpośredni wpływ na efekty leczenia i wydajność organizacji.

Natomiast badania własne wykazały istotnie wyższe wyniki kompetencji kulturowych w obszarze poczucia własnej skuteczności u pracowników posiadających wyższe wykształcenie niż u pracowników posiadających wykształcenie zawodowe.

Analiza Sundling (2017) obejmująca grupę 156 studentów ostatniego roku pielęgniarstwa pochodzących ze Szwecji i Norwegii wykazała, że szwedzcy studenci uzyskali znacznie wyższe wyniki w zakresie skuteczności komunikacji, empatii i uważności niż studenci norwescy. Po uwzględnieniu wieku, płci i kraju w regresji wielokrotnej liniowej uważność była jedynym niezależnym predyktorem poczucia własnej skuteczności w komunikacji.

Pielęgniarka potrafiąca dostrzec potrzeby pacjenta, unikająca stereotypów, przekładająca zdobytą wiedzę na pracę z chorymi, posiadająca własne poglądy na świat, a do tego posiadająca kompetencje kulturowe, niewątpliwie powinna być pożądanym ogniwem w ochronie zdrowia. Adaptacja do różnych kulturowych przekonań i praktyk wymaga elastyczności i szacunku dla innych punktów widzenia. Osoba kompetentna kulturowo potrafi słuchać pacjenta, stara się dowiedzieć jak najwięcej o jego kulturze, wierze i zwyczajach. Ponadto kieruje się dobrem pacjenta i jego rodziny, stara się zapewnić mu należytą opiekę i przede wszystkim nie ocenia jego zachowań, tylko stara się je zrozumieć. Przystosowanie się do odmiennych kulturowych zachowań nie jest rzeczą łatwą, dlatego bardzo istotne jest okazywanie szacunku i chęć komunikowania się z osobami o innym pochodzeniu etnicznym lub kulturowym.

W badaniach własnych 120 pielęgniarek odpowiadało na pytania dotyczące m.in. ich gotowości do zaangażowania się, które niewątpliwie w pracy z pacjentem odmiennym kulturowo ma ogromne znaczenie. Pielęgniarki wykazywały gotowość do zaangażowania się znacznie częściej niż pozostali

pracownicy ochrony zdrowia, ich wyniki różniły się od pozostałych wysoce istotnie ($p < 0,01$). Rozpatrując „otwartość na nowe doświadczenia”, również zaobserwowano istotnie różniące się od siebie wyniki ($p < 0,05$) pomiędzy pielęgniarkami a pozostałymi respondentami. Wykazano, że wyniki pielęgniarek były wyższe. Jednak za najbardziej zadawalające można uznać to, iż poczucie empatii etnokulturowej było najwyższe w grupie pielęgniarek, wyniki podgrup pod względem zajmowanego stanowiska różniły się od siebie wysoce istotnie statystycznie ($p < 0,01$).

Posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników szpitali jest niezwykle ważną wartością przekładającą się na poprawę stanu zdrowia pacjentów. W wielu krajach prowadzone są różnego rodzaju szkolenia oraz treningi w zakresie „wielokulturowej” edukacji, mające na celu poprawę jakości opieki nad różnymi grupami pacjentów. Takie szkolenia pomagają w zrozumieniu, jak bardzo istotne znaczenie ma znajomość oraz akceptacja różnic kulturowych.

W badaniach przeprowadzonych przez Zdziebło, Nowak-Starz, Makiełę, Stępnia, Wiraszka (2014) ponad 90% ankietowanych pielęgniarek potwierdziło konieczność znajomości odmiennych kultur w pracy zawodowej, jednocześnie przyznając, że nie czują się odpowiednio przygotowane do efektywnego kontaktu z osobą taką kulturę reprezentującą. Ponad połowa badanych uznała potrzebę przeprowadzania szkoleń podyplomowych na temat efektywnej komunikacji z przedstawicielami innych kultur.

Również Zgliczyński i Cianciara (2013) zauważyli potrzebę odpowiednich szkoleń dla polskich lekarzy.

Istotne byłoby stworzenie odpowiednich procedur postępowania, zwiększenie wiedzy czy też dostosowanie oddziałów szpitalnych do potrzeb wielokulturowych pacjentów (Ogórek-Tęcza i in., 2012).

Badania Filej, Kaučič, Breznik, Razlag Kolar (2016) przeprowadzone wśród 598 pielęgniarek pracujących w OIT w krajach europejskich takich jak Polska, Słowenia, Republika Czeska oraz w innych państwach członkowskich EfCCNa wykazały, że wszystkie ankietowane pielęgniarki – zarówno te z państw monoetnicznych, jak i te z państw wielokulturowych – wykazały zainteresowanie rozwojem wiedzy i umiejętności na temat świadczenia opieki nad pacjentem pochodzącym z odmiennej kultury hospitalizowanym w OIT. Jednakże wyższe wyniki – i tym samym większe zainteresowanie – wykazały pielęgniarki z grupy reprezentującej różne narodowości, z doświadczeniem codziennego życia i pracy w środowisku zróżnicowanym kulturowo. Dodatkowo zaobserwowano istnienie potrzeby szkoleń na temat wielokulturowości wśród pielęgniarek OIT.

Personel medyczny powinien w swoim działaniu zawsze kierować się podstawową zasadą etyki obowiązującą wszystkie zawody medyczne. Mówi ona, że personel ochrony zdrowia powinien udzielać pomocy medycznej każdej osobie potrzebującej bez względu na jej status społeczny, odmienną kulturę, etniczną czy wyznaniową.

Wnioski

Ogólny poziom kompetencji kulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia można określić jako dość zadawalający. Płeć oraz stanowisko pracy badanych pracowników opieki medycznej mają wpływ na poziom osobistych kompetencji kulturowych. Kobiety i osoby zajmujące stanowisko pielęgniarki charakteryzowały się większą elastycznością poznawczą oraz otwartością na nowe doświadczenia. Stosunkowo wysokie poczucie własnej skuteczności, wzmacniane wykształceniem, może być mocną podstawą pozwalającą na budowanie potencjału w ramach innych obszarów m.in. empatii etnokulturowej. 👁

Dr n. zdr. Małgorzata Zimny – asystent, pracownik Zakładu Położnictwa i Patologii Ciąży na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Absolwentka PUM, magister położnictwa, specjalista pielęgniarstwa położniczego. Doktorat obroniony w 2018 roku.

Afiliacja:

Zakład Położnictwa i Patologii Ciąży
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
e-mail do kontaktu: mmzimny@wp.pl

Daria Schneider-Matyka – adiunkt, pracownik Zakładu Pielęgniarstwa na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie. Absolwentka PUM, magister pielęgniarstwa, specjalista pielęgniarstwa operacyjnego. Doktorat obroniony w 2014 roku.

Afiliacja:

Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
e-mail: daria.schneider-matyka@pum.edu.pl

Justyna Kubiak – magister pielęgniarstwa. Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie.

Bibliografia

Barzykowski, K., Majda, A., Przyłęcki P., Szkup, M. (2019a). Cross-Cultural Competence Inventory: Validity and psychometric properties of the Polish adaptation, *PLoS One*, 14 (3)/2019, doi: 10.1371/journal.pone.0212730.

Barzykowski, K., Majda, A., Szkup, M., Przyłęcki, P. (2019b). The Polish version of the Cultural Intelligence Scale: Assessment of its reliability and validity among healthcare professionals and medical faculty student, *PLoS One*, 14(11)/2019, doi.org/10.1371/journal.pone.0225240.

Filej, Kaučić B.M., Breznik K., Raziąg Kolar T. (2016). Analiza kompetencji kulturowych oraz potrzeb edukacyjnych pielęgniarek w zakresie międzykulturowej opieki pielęgniarskiej w OIT – wyniki badań empirycznych. W: *Kompetencje i potrzeby*

edukacyjne pielęgniarek OIT w zakresie opieki wielokulturowej. Raport 2017.

Hhnatowicz, I., Mączak A., Zientara, B., Żarnowski, J., (2005). *Spółczesność Polskie od X do XX wieku.* Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.

Higginbottom, G.M., Richter, M.S., Mogale, R.S., Ortiz, L., Young, S., Mollel, O. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: An integrative review of the literature, *BMC Nursing*, 3/2011, 10–16, doi: 10.1186/1472-6955-10-16.

Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review, *BMC Health Services Research*, 18 (232)/ 2018, doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Art. 35, Rozdział II: Wolności, Prawa i Obowiązki człowieka i obywatela.

Kominarec, I., Kominarecova, E., (2008). *Podstawy edukacji wielokulturowej.* Warszawa: Wydawnictwo Śląsk Katowice.

Krajewska-Kułał, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska, K. (2010). *Problemy wielokulturowości w medycynie.* Warszawa: PZWL.

Lin, H., Ch. (2016). Impact of nurses' cross-cultural competence on nursing intellectual capital from a social cognitive theory perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 72(5)/ 2016, 1144–54, doi.org/10.1111/jan.12901.

Majda, A., Zalewska-Puchała, J., Ogórek-Tęcza, B. (2010). *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych.* Warszawa: PZWL.

Majka-Rostek, D., (2010). *Komunikacja społeczna a zwyczajność współczesności.* Warszawa: Wydawnictwo Difin.

Marshall, G., (2005). *Słownik socjologii i nauk społecznych.* Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Napier, A.D., Ancarno, C., Buter, B., Calabrese, J., Chater A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds R., Scambler, G., Shamdasani, S., Zafer Smith, S., Jakob

Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A.M., Walker, T., Watson, J., de C Williams, A., C., Willott, Ch., Wilson, J., Woolf, K. (2014). Culture and health, *Lancet*, 384 (9954)/2014, 1607–39.2, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2).

Ogórek-Tęcza B, Kamińska A, Matusiak M, Skupnik R. (2012). Wpływ poziomu empatii na postrzeganie relacji pielęgniarka-pacjent z innego obszaru kulturowego, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 4/2012, 61–65.

Poznańska, S., Płaszewska-Żywko, L., (2001). *Wybrane modele pielęgniarstwa.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Repo, H., Vahlberg, T., Salminen L., Papadopoulos, I., Leino-Kilpi, H. (2016). The Cultural Competence of Graduating Nursing Students, *Journal of Transcultural Nursing*, 28 (1)/ 2016, 98–107. <https://doi.org/10.1177/1043659616632046>

Suk, M., H., Oh, W., O., Im, Y., J. (2018). Factors affecting the cultural competence of visiting nurses for rural multicultural family support in South Korea, *BMC Nursing*, 17(1)/2018, doi 10.1186/s12912-017-0269-4.

Sundling, V., Sundler, A., J., Holmström, I., K., Kristensen, D., V., Eide, H. (2017). Mindfulness predicts student nurses' communication self-efficacy: Across-national comparative study. *Patient Education and Counseling*, 100(8)/2017, 1558–1563, doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.016.

Sztompka, P., Kucia, M., (2005). *Socjologia Lekturey.* Kraków: Wydawnictwo Znak.

Wang, Y., Xiao, L., D., Yan, P., Wang, Y. (2018). Nursing students' cultural competence in caring for older people in a multicultural and developing region, *Nurse Education Today*, 70/2018, 47–53, doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.012.

Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E, Stępień R, Wiraszka G. (2014). Kompetencje kulturowe w pielęgniarstwie, *Problemy Pielęgniarstwa*, 22 (2)/2014, 367–372.

Zgliczyński W, Cianciara D. (2013). Pacjenci obco krajowcy w opiniach polskich lekarzy, *Hygeia Public Health*, 48(1)/2013, 120–124.

Cultural competence assessment among health care workers

Abstract

Introduction: Poland as a country located in the middle of Europe attracts the foreigners. People, that come to Poland and settle the area of our country hope that the life will be better and statelier, although the compatriot have not always the positive attitude to the foreigners. One of the biggest problems is the lack of knowledge about cultural differences, what can lead to unnecessary conflicts. Cultural competences, understood as the ability to adopt an attitude of cultural relativism, constitute a set of attitudes, knowledge and motivations, among which ethnocultural empathy and a sense of self-efficacy play an important role and a cognitive flexibility and openness to new experiences is.

Aim of this thesis: To put on the test the intercultural competence of the health system workers.

Materials and methods: The questionnaire includes 200 health system workers, that works in hospitals on the area of Lubuskie and Zachodniopomorskie province. For the realization was used the standar questionnaire for the assessment of cultural competence – Cross-Cultural Competence Inventory. The questionnaire includes 149 questions, which are shared in 9 areas: Ethnocultural Empathy, Self-Efficacy, Willingness to Engage, Openness to New Experience, Emotional Self-Regulation, Self-Monitoring, Tolerance for Ambiguity, Low Need for Cognitive Closure, Cognitive Flexibility. Based on the collected data, a collective statistical analysis was carried out.

Results: The respondents differed from each other in particular areas. It was found that the level of cultural competences of healthcare professionals leaves much to be desired. The

research shows that the youngest respondents aged 21 to 25 were the most open to new experiences, while the respondents aged 36 to 45 were the least open to new experiences. Women have a higher level of "ethno-cultural empathy" than men. The employees of medical institutions subject to the study showed a high level of "self-efficacy". Nurses participating in the study showed statistically higher "openness to new experiences" than other subgroups of the respondents. Nurses have a high cognitive flexibility, which means they have the ability to be open-minded and flexible when making decisions. It has been shown that the respondents are more open to new experiences. Women are characterized by greater cognitive flexibility. Self-efficacy was highest in people with higher education.

[The manuscript will present individual components included in the studied areas.]

Conclusions: The general level of cultural competence among healthcare professionals can be described as quite satisfactory. The gender and job position of the surveyed healthcare workers have an impact on the level of personal cultural competences. Women and nurses were characterized by greater cognitive flexibility and openness to new experiences. Relatively high self-efficacy, strengthened by education, can be a strong basis for building potential in other areas, including ethno-cultural empathy.

Keywords: cultural competences, multiculturalism, empathy, cognitive flexibility, nursing.



Przytul ją

Model systemowo-partnerski w relacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec. Możliwości versus bariery

KATARZYNA PAWLAK-SOBCZAK
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Coraz częściej podkreśla się odejście od tradycyjnych, paternalistycznych modeli opartych o dominującą, autorytarną pozycję specjalisty na rzecz partnerstwa i współpracy. Nowoczesne modele zwracają uwagę na współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia. Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarnego kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego w procesie diagnostyki i leczenia.

W praktyce nie zawsze zalecenia te są respektowane. Tym trudniejsze wydaje się realizowanie tzw. modelu systemowo-partnerskiego, gdy owym partnerem ma być cudzoziemiec. Choć europejskie i krajowe akty prawne opisujące prawa obcokrajowca w Polsce do korzystania z opieki zdrowotnej podkreślają, iż posiadanie ważnego na terenie naszego kraju ubezpieczenia stanowi gwarancję równości w dostępie do usług zdrowotnych i ich jakości, to praktyka wskazuje na liczne bariery w tym zakresie począwszy od problemów językowych, a skończywszy na osobistych uprzedzeniach personelu medycznego.

Celem artykułu jest charakteryzowanie owych barier, a także próba odpowiedzenia na pytanie czy i pod jakimi warunkami możliwa jest relacja partnerska w komunikacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec.

Słowa kluczowe:

relacja personel medyczny – pacjent, model partnerski, obcokrajowiec.

Wprowadzenie

Transformacja ustrojowa, przystąpienie Polski do grupy Wyszehradzkiej, a potem Unii Europejskiej ułatwiło nie tylko Polakom podróżowanie za granicę, ale także zachęciło obcokrajowców do przybywania do Polski. Systematyczny wzrost liczby cudzoziemców sprawia, że coraz częściej będzie dochodzić do sytuacji, w której imigranci będą musieli skorzystać z opieki zdrowotnej (Ślifirczyk, 2019). I choć według prawa zarówno europejskiego, jak i krajowego, po spełnieniu określonych w przepisach warunków (dotyczących ubezpieczenia), cudzoziemcy mają zagwarantowaną równość w dostępie do usług zdrowotnych (Maśliński, 2011; Ministerstwo Zdrowia 2020), to w praktyce zasada ta jest zadeklarowana nierzadko tylko *na papierze*. Obcokrajowcy doświadczają licznych trudności w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej, które wpływają także na model budowanej relacji między pacjentem a specjalistą (Jabłocka, 2012).

Coraz częściej w relacji personel medyczny – pacjent podkreśla się konieczność odejścia od tradycyjnych, paternalistycznych modeli opartych o dominującą, autorytarną pozycję specjalisty na rzecz partnerstwa i współpracy, zaznaczając liczne korzyści płynące z takiej zmiany (Maciąg, 2011; Ostrowska, 2006; Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009; Gajewski, 2005). Nowoczesne modele zwracają uwagę na współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia. Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarnego kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego w procesie diagnostyki i leczenia (Zembala, 2015). W praktyce jednakże zadanie

budowania partnerskich relacji między personelem medycznym a pacjentem wydaje się być nierzadko bardzo trudne. Mimo dużej ilości publikacji na ten temat, szkoleń i warsztatów pokazujących techniki zarówno w zakresie mowy werbalnej, jak i niewerbalnej, skuteczniających komunikację interpersonalną, przekonanie do modelu partnerskiego i częstotliwość jego stosowania wydaje się ciągle niezadawalająca (Wagner, 2015; Dąbrowska, 2008). Zbyt często nadal panuje przekonanie, że do postawienia właściwej diagnozy i skutecznego leczenia chorego nie potrzeba, lub w bardzo niewielkim zakresie, udziału pacjenta (Zembala, 2015). Pomija się jego sferę psycho-społeczną koncentrując się, zgodnie z paradygmatem biomedycznym, jedynie na fizycznej (Williams, Weinmen, Dale, 1998). Rzeczywistość zaś dostarcza nowe przykłady łamania praw pacjenta, lekceważącego podejścia do chorego i jego potrzeb oraz obaw (Klorek, 2011; Collantes, 2011).

Trzeba jednak podkreślić, że budowanie relacji partnerskich wymaga zaangażowania i otwartości obu stron. Choć zachowanie personelu medycznego ma ogromny wpływ na budowanie relacji, to postawa pacjenta nie jest tu bez znaczenia. Agresywne zachowania, podważanie kompetencji specjalisty, roszczeniowość, brak szczerości, zatajanie istotnych informacji nie sprzyjają budowaniu relacji opartej na partnerstwie, otwartości i współpracy (Konopka, 2016). Do tego dochodzą jeszcze kwestie związane z barierami komunikacyjnymi (powiązanymi między innymi z poziomem wykształcenia), umiejętnością radzenia sobie ze stresem, cechami demograficznymi pacjenta, modelem socjalizacyjnym, wyobrażeniami o roli specjalisty itd. (Synowiec-Piłat, 2002). Jeszcze trudniejsze wydaje się realizowanie modelu partnerskiego, gdy owym partnerem ma być cudzoziemiec. Sytuacja taka dostarcza bowiem jeszcze większej ilości barier, począwszy od problemów językowych, a skończywszy

na osobistych uprzedzeniach personelu medycznego, które będą utrudniały tworzenie relacji współpracy, współdziałania i równości (Jaroszevska, 2019; Mińkowska, 2010; Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018).

Celem głównym artykułu jest charakteryzowanie owych barier, a także próba odpowiedzi na pytanie czy i pod jakimi warunkami możliwa jest relacja partnerska w komunikacji personel medyczny – pacjent obcokrajowiec.

Ewolucja w modelach relacji personel medyczny – pacjent

Naukowe modele zdrowia i choroby skupiają się współcześnie w dużej mierze na dwóch podejściach określanych jako paradygmat biomedyczny i holistyczny (Capra, 1987; Sęk, Ścigała, Pasikowski, Beisert, Bleja, 1992; Dolińska-Zygmunt, 1996). Ten pierwszy *powstał pod wpływem pozytywistycznego wzorca poznania naukowego opartego na filozofii kartezyjańsko-newtonowskiej, co znalazło swoje odzwierciedlenie w mechanistycznej wizji rzeczywistości* (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka, 2013, s. 667). Kartezyjańska idea człowieka podkreślała dualizm umysłu i materii. W odróżnieniu od Arystotelesa, który definiował człowieka, jako istotę składającą się z duszy i ciała (formy), Kartezjusz *zakładał, że człowiek jest myślącym umysłem oraz, że materia jest rozciągłością w ruchu (...)* tym samym *istotę ludzkiego bytu stanowi umysł* (Woźniak, Brukwicka, Kopański, Kollar, Kollarova, Bajger, 2015, s. 10). Ciało zaś porównywał do maszyny składającej się z przeróżnych układów i części. Konsekwencją takiego stanu rzeczy było traktowanie zdrowego człowieka jak dobrze funkcjonującej – pod względem mechanicznym – maszyny, chorego zaś jak urządzenia pracującego w sposób nieprawidłowy. Idea Kartezyusza stała się inspiracją i podstawą XVII-wiecznej nauki, opartej na wyobrażeniach przyrody jako doskonałej maszyny, zaś Izaak

Newton *człowiekiem dopełniającym rewolucję naukową Kartezyusza (...), który rozwinął matematyczne sformułowanie mechanistycznej teorii przyrody* (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 668). Newtonowska teoria świata stała się fundamentem wielu dziedzin nauk, w tym nauk biologicznych i medycznych. Odkrycia dokonane między innymi przez Kocha czy Pasteura, poznanie funkcji biologicznych na poziomie komórkowym, ustalenie związku przyczynowo-skutkowego między działaniem wirusów, bakterii, istnieniem stanu niedoboru witamin a występowaniem chorób, doprowadziło do skoncentrowania się jedynie na biochemicznych przyczynach dolegliwości z pominięciem sfer psychicznej, społecznej i behawioralnej. W modelu biomedycznym odrzucono *interakcje czynników fizycznych, psychicznych, społecznych, których dopiero sumaryczny efekt może doprowadzić do pełni zdrowia lub choroby* (Woźniak, Brukwicka, Kopański, Kollar, Kollarova, Bajger, 2015, s. 11). Przyczyn pojawienia się choroby upatrywano jedynie w zaburzeniach procesów biologicznych organizmu, które prowadziły do odstępstw od normy, a więc nieprawidłowości w funkcjonowaniu między układami czy narządami ludzkiego ciała.

Kluczowe w modelu biomedycznym było również zastosowanie terminu *norma* w odniesieniu do zdrowia. Po pierwsze skutkowało to postrzeganiem zdrowia jako stanu braku choroby, a więc zakładano całkowitą rozłączność zdrowia i choroby. Po drugie prowadziło to do przekonania, iż zdrowie można scharakteryzować statystycznie. Statystyka, stając się podstawowym narzędziem badawczym zdrowia i choroby, w sposób istotny wpływała również na decyzje związane z procesami terapeutycznymi i przewidywaniami dotyczącymi dalszych sposobów normalizowania stanu chorego. Co więcej doprowadziła do koncentrowania się jedynie na symptomach choroby, redukując w sposób istotny

znaczenie samego człowieka (Aleksandrowicz, 1972). Model biomedyczny oparł się na mechanistycznej i redukcjonistycznej wizji człowieka przyrównującej jednostkę do skomplikowanej, składającej się z wielu elementów maszyny, którą w razie awarii można naprawić. Choć takie spojrzenie przyczyniło się do rozwoju wiedzy na temat budowy ciała ludzkiego i jego funkcji, istniejących patologii oraz metod leczenia (Ostrowska, 1997), to jednocześnie w sposób istotny wpłynęło na relację pomiędzy pacjentem a lekarzem. Zadaniem tego pierwszego było bierne poddawanie się działaniom medycznym, bez możliwości wpływania na decyzje podejmowane w procesie leczenia. Biomedyczny model podkreślał znaczenie personelu medycznego jako jedynej aktywnej strony w relacji, której zadaniem była naprawa ciała pacjenta, a dokładnie koncentracja tylko na nieprawidłowo funkcjonującej części z pominięciem wymiaru całościowego (Dobrowolska 2010; Czarnecka, 2008). Tym samym model biomedyczny charakteryzował się zarówno jednowymiarowością (ograniczenie do sfery biologicznej), jak i jednopoziomowością (koncentracja na pojedynczym układzie/organie, którego funkcjonowanie odbiega od przyjętej normy). Dominował w nim scjentyzm naukowy, a więc wiara w moc medycyny i obiektywne kryteria, a także dominacja chemicznych sposobów leczenia. Charakterystyczny był również lekarski monopol na wiedzę o zdrowiu przekładający się na dominującą i autorytarną rolę personelu medycznego w relacji z pacjentem.

Słabości i ograniczenia modelu biomedycznego stały się widoczne w XX wieku, szczególnie na tle przemian w sferze zdrowotnej jakie zachodziły przede wszystkim w społeczeństwach rozwiniętych. Poznanie przyczyn wielu chorób, kluczowe odkrycia w zakresie medycyny, w tym wynalezienie penicyliny oraz masowe szczepienia, skutkowały wyraźnym wydłużeniem się życia ludzkiego i zmieniły

sytuację epidemiologiczną. Dominującym problemem dla rozwiniętych społeczeństw stały się choroby przewlekłe i dolegliwości wieku podeszłego. Zmiany te doprowadziły do nowych problemów jakościowych w obszarze opieki zdrowotnej związanych między innymi z kosztami nowych technologii medycznych, zdrowotnymi kosztami bezrobocia i biedy oraz zjawiskiem określanym jako anomalia Cochrane'a, związanym z brakiem widocznej poprawy stanu zdrowia populacji mimo zwiększonych nakładów finansowych na medycynę naprawczą.

Na gruncie krytyki biomedycznego modelu, a także przemian zachodzących w sferze zdrowotnej społeczeństw XX wieku, rozwinął się model holistyczny. Nowy paradygmat oparty został na systemowym spojrzeniu na rzeczywistość oraz idei renesansowego humanizmu. Należy jednak podkreślić, że jego inspiracje sięgają jeszcze tradycyjnej medycyny dalekowschodniej (przede wszystkim chińskiej) oraz koncepcji Hipokratesa, który twierdził, że stan organizmu uzależniony jest od czterech podstawowych soków zwanych humorami: czarnej żółci, krwi, żółci i śluzu. Brak równowagi pomiędzy tymi substancjami był według Hipokratesa uzależniony od stanu równowagi człowieka ze środowiskiem i miał prowadzić do choroby (patologii humoralnej) (Wojnarowska, 2013; Korporowicz, 2006).

Współcześnie rozwinięciem teoretycznym holistycznej idei jest ogólna teoria systemów (Bertalanffy, 1968), która jest próbą oglądu zjawisk naturalnych jako hierarchii systemów, z których każdy jest jednocześnie częścią większego systemu i zbiorem systemów podrzędnych. Równocześnie każdy podsystem jest względnie autonomicznym organizmem, który posiada własne niezależne właściwości całości, jak również zależne właściwości części (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 670). W myśl tej idei organizmy żywe są podsystemami szerszego systemu, a ich funkcjonowanie należy

rozpatrywać w powiązaniu z otoczeniem, w którym żyją.

Model holistyczny, wprowadził systemową wizję, w której człowiek jest elementem całości złożonej z różnych wymiarów w tym: fizycznego, psychicznego, społecznego, duchowego i kulturowego. Założył, że choć organizm ludzki składa się z różnych podsystemów (części) tworzy jeden wielki układ, same zaś jego części są ze sobą ściśle powiązane i od siebie zależne. Co więcej sam organizm człowieka postrzegany jest w tym modelu jako składowa większych systemów, z którymi wchodzi w współzależności. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych wymaga uwzględnienia owych relacji. Człowiek nie jest bowiem oderwanym od środowiska elementem, a częścią systemu. Tym samym, oprócz sfery biologicznej, model holistyczny założył otwarcie się na wiele czynników pozabiologicznych.

Model holistyczny odrzucił kategoryczne przeciwstawienie zdrowiu choroby, definiując zdrowie w kategoriach dynamicznej równowagi. Przyjmując zaś, że każdy system ma zdolności samoregulacji pozwalającej na uzyskanie równowagi funkcjonalnej założył, iż choroba to wynik utraty zdolności przywracania równowagi i integracji organizmu w wymiarach: biologicznym, społecznym i psychologicznym. Odzwierciedleniem powyższej idei jest definicja zdrowia zapisana w 1946 roku w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, a głosząca, iż zdrowie jest stanem pełnej pomysłowości fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności (WHO, 1948, poz.477). Definicja ta, choć zarzuca się jej między innymi niejasność w określeniu dobrostanu, niekompletność związaną z pominięciem wymiaru duchowego i kulturowego, czy utopijność w założeniach możliwości osiągnięcia pełnego zdrowia przez większość ludzi (Wojnarowska 2013; Niżnik 2004), wyraźnie podkreśla wielowymiarowość pojęcia zdrowia, dopuszcza subiektywną ocenę (samopoczucie)

oraz odrzuca charakterystyczne dla paradygmatu biomedycznego rozłączności zdrowia i choroby.

Model holistyczny charakteryzuje się więc wielowymiarowością (uwzględniając sfery biologiczną, psychospołeczną, kulturową i duchową) i wielopoziomowością (biorąc pod uwagę na przykład środowisko rodzinne lub lokalne chorego). Jednocześnie bazując na właściwościach systemów – człowiek jako autonomiczny i dynamiczny element szerszych struktur rzeczywistości stanowi o swej odrębności wyrażonej w podmiotowości. To zarazem stanowi o istocie człowieka zdolnego do przeżywania i uświadamiania swojego istnienia (Ślusarska, Dobrowolska, Zarzycka 2013, s. 670), ale także do kierowania swoim życiem i przewidywania konsekwencji swoich zachowań (Dolińska-Zygmunt, 2000; Heszen-Niejodek, 1992). Tym samym model holistyczny zmienił rolę pacjenta w procesie leczenia. Odrzucając uprzedmiotowienie i depersonalizację, będące konsekwencją modelu biomedycznego, przywrócił jednostce podmiotowość i możliwość podejmowania świadomych decyzji w zakresie własnego zdrowia, jak również brania odpowiedzialności za swoje wybory (Ostrowska, 1997; Kulik, 2000; Czarnecka, 2008).

Rozwinięciem modelu holistycznego stał się paradygmat socjoeologiczny, który nie tylko akcentuje całościowe ujęcie człowieka, ale nawiązuje i pokazuje znaczenie relacji jednostki ze środowiskiem zarówno fizycznym, jak i społecznym. W duchu tego paradygmatu została opracowana przez Hancocka i Perkinsa w latach 80. XX wieku, tak zwana *Mandala zdrowia*, obrazująca wielopłaszczyznowe podejście do zdrowia. Człowiek ukazany jako system złożony z trzech elementów: biologicznego (ciało), emocjonalnego (duch) i intelektualnego (umysł), został umieszczony w centralnym punkcie wobec wszechświata i jego podsystemów. Jednostka pozostaje w ścisłej łączności i relacji z rodziną, mającą duże znaczenie

w kształtowaniu potencjału zdrowotnego, oraz innymi podsystemami stanowiącymi determinanty zdrowia, w tym między innymi czynnikami biologicznymi, środowiskiem psychospołecznym, środowiskiem fizycznym, zachowaniami jednostki w zakresie prozdrowotnym, a także środowiskiem pracy i systemem opieki nad chorymi (Borzucka-Sitkiewicz, 2006). Istotą paradygmatu socjoekologicznego jest ukazanie wielu determinant zdrowia, które wchodzi nie tylko w interakcje z jednostką, ale z sobą nawzajem, nierzadko wzmacniając lub znosząc swoje działanie (Bik, 2001).

Charakterystyczne dla paradygmatu socjoekologicznego, jak i całego modelu holistycznego jest *przesunięcie odpowiedzialności za zdrowie jednostki, z profesjonalnej na indywidualną* (Słońska, 1994, s. 41). Zakłada się aktywną rolę podmiotu w osiąganiu, utrzymaniu, rozwijaniu potencjału zdrowotnego, jak również w ochronie zdrowia. Wyrazem tego jest między innymi koncepcja pól zdrowia Lalonde (Lalonde, 1978), która wpisując się w paradygmat socjoekologiczny przedstawia cztery główne determinanty zdrowia: styl życia, czynniki biologiczne, środowiskowe oraz opiekę medyczną. Wśród nich zaś największy wpływ na zdrowie jednostki, według Lalonde, ma ten pierwszy, powiązany z indywidualnymi wyborami podmiotu.

Współczesne rozumienie zdrowia i choroby domaga się szerokiego spojrzenia na pacjenta zarówno na etapie diagnostyki, jak i leczenia. Podkreśla się, iż człowiek nie jest maszyną, której wystarczy wymienić/naprawić uszkodzone części (Williams, Weinmen, Dale, 1998). Pomyślność oraz szybkość diagnostyki i leczenia wymagają uwzględnienia wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka zarówno w sferze biologicznej, jak i psychicznej oraz społecznej. Coraz częściej i głośniejszy mówi się o znaczeniu wsparcia społecznego, jako czynnika wpływającego w sposób istotny nie tylko na szybkość powrotu chorego do

zdrowia, ale także rzadszej zachorowalności (Bell, Leroy, Stephenson, 1982; Kacperczyk, 2006; Leavy, 1983). Zwraca się również uwagę na czynnik środowiskowy, jako element mogący nieść ryzyko, a tym samym wpływać w sposób istotny na stan zdrowia jednostki, a w wypadku środowiska społecznego także na poziom wiedzy z zakresu choćby zdrowego stylu życia, w tym profilaktyki. W końcu podkreśla się odpowiedzialność samego podmiotu w budowaniu potencjału zdrowotnego i aktywnego uczestnictwa w procesie ochrony zdrowia (Słońska, 1994). Wspomniane zmiany przekładają się na sposób budowania relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Dotyczy to zarówno roli wyznaczonej obu stronom relacji, jak również samego procesu komunikacyjnego.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć różnego rodzaju modele i ich podziały ukazujące relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012; Konopka, 2016; Kuczyńska, 2001; Pierloot, 1983 za: Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marman, 1996). Choć nierzadko różnią się nazwą wyraźnie dostrzec można swoistą ewolucję w ujęciu tej relacji – od modeli opartych o komunikację jednokierunkową z dominującą, autorytarną rolą specjalisty, wpisujące się w model biomedyczny, do tych bardziej liberalnych, partnerskich uwzględniających dwukierunkowość relacji, opartych o model holistyczny, czy wręcz paradygmat socjoekologiczny.

Modele paternalistyczne oparte są na asymetrii, która, jak zaznacza Ostrowska, wraz z przewagą lekarza nad pacjentem wynika z natury ich relacji (Ostrowska, 2006). Pacjent jest tym, który potrzebuje pomocy, wiedzy i umiejętności specjalisty, dlatego to on zmuszony jest zrzec się części swojej autonomii i poddać się woli lekarza także w tych zakresach, o których w innych okolicznościach decyduje sam. Ostrowska zwraca również uwagę,

że dysproporcja w relacjach pacjent – lekarz wynika z faktu, że ten pierwszy reprezentuje tylko siebie. Druga zaś strona jest reprezentantem całego środowiska i to za nią stoi system instytucji opieki zdrowotnej i prestiż wiedzy medycznej (Ostrowska, 2006). Tym samym w modelach o charakterze paternalistycznym rola pacjenta jest bierna, sprowadza się do wypełniania poleceń specjalisty. Nie uwzględnia się ani sfery emocjonalnej pacjenta, ani środowiska, z którego się wywodzi, czy wpływu najbliższych. Komunikacja zaś ma charakter jednostronny i oparta jest na dużym dystansie emocjonalnym (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012). Stopień zależności pacjenta od lekarza wynika w dużej mierze od sytuacji i przyjętego modelu wzajemnej interakcji.

Jednym z klasycznych modeli paternalistycznych był model Talcotta Parsonsa (Sokołowska, 1986), zwany także modelem zgodności. Koncepcja ta, należąca do jednych z najistotniejszych (Sokołowska, 1986; Piątkowski 2002) socjologicznych koncepcji dotyczących roli pacjenta i jego relacji z lekarzem w ujęciu makrospołecznym, wpisuje się w perspektywę strukturalistyczno-funkcjonalną (Nettleton, 2001). Model Parsonsa oparty jest na porozumieniu i współpracy między lekarzem i pacjentem, obie bowiem strony dążą do wspólnego celu – utrzymania lub powrotu do zdrowia i sprawności chorego. Punktem wyjścia koncepcji jest założenie o dysfunkcyjnym charakterze choroby dla całego systemu społecznego. Jej pojawienie się nie tylko zakłóca funkcjonowanie chorej jednostki, ale wpływa w sposób znaczący na całe społeczeństwo. Tym samym dysfunkcja nie jest tylko problemem jednostki, ale dewiacją zaburzającą równowagę systemu społecznego, którą należy jak najszybciej wyeliminować (Parsons, 2009, Parsons, 1969). Parsons podkreśla, że osoba chora często nie jest sama w stanie powrócić do pożądanego stanu zdrowia, nawet jeśli ma

takie pragnienia. Bezradność wobec choroby uprawnia jednostkę do otrzymania wsparcia i kompetentnej pomocy. Konieczne jest jednak przyjęcie zinstytucjonalizowanej roli pacjenta. Parsons przedstawia funkcjonalny model, w którym pacjent z pełnym zaufaniem i przekonaniem oddaje się pod opiekę lekarza profesjonalisty i ściśle przestrzega jego zaleceń (Drozd-Garbacewicz, 2015, s. 30). Porozumienie jest możliwe do osiągnięcia pod warunkiem poprawnego odegrania ról społecznych (pacjenta oraz specjalisty) i z uwzględnieniem przypisanych do nich praw i obowiązków. Wyznaczone przez Parsonsa role zakładają podporządkowanie pacjenta lekarzowi. Parsons ukazuje lekarza jako osobę, która podejmuje decyzje autorytatywne, ma prawo do całej osoby pacjenta pod względem fizycznym i psychicznym. Autorytet lekarza wynika z wiedzy i kompetencji, wpływa na niego również silna legitymizacja społeczna (Zembala, 2015, s. 37). Pacjent w tej relacji pozostaje bierny i zależny od lekarza.

W opozycji do koncepcji Parsonsa stoi koncepcja Freidsona (perspektywa strukturalistyczno-konfliktowa), podkreślająca opozycyjny charakter roli pacjenta wobec specjalisty, a co za tym idzie, nieunikniony konflikt pomiędzy dwiema stronami interakcji. Freidson (1988) uznał koncepcję Parsonsa za idealistyczną. Zwracał uwagę, że przyjęcie przez jednostkę roli chorego lub pacjenta wynika nierzadko z autointerpretacji swojego stanu zdrowia przez jednostkę czy jej otoczenie i nie musi być potwierdzone przez lekarza. Inaczej niż Parsons postrzegał między innymi kwestię przywilejów i obowiązków pacjenta, które w dużej mierze uzależnione są od rodzaju schorzenia. Nie zgadzał się także ze stwierdzeniem braku odpowiedzialności chorego za swój stan. Freidson dostrzegał konieczność zmian w relacjach między pacjentem a lekarzem. Według niego prawa pacjenta nie mogą być tylko formalnymi ustaleniami redukującymi rolę chorego do biernej

akceptacji decyzji lekarzy. Każdy pacjent ma prawo do uczestniczenia w procesie decyzyjnym odnośnie diagnostyki i terapii, oczywiście w określonych granicach. W zamyśle Freidsona konieczna jest przemiana w kierunku bardziej partnerskich relacji, z uwzględnieniem odmiennych perspektyw obu stron interakcji. Freidson proponuje model terapeutyczny roli pacjenta, w którym chory jest upodmiotowiony, a jego perspektywa i odczucia są uwzględnione w terapii. Jednocześnie Freidson zwraca uwagę, że tak przyjęty model działania będzie skutkował konfliktem. Osiągnięcie pełnej zgodności jest prawie niemożliwe, gdyż uczestnicy interakcji i ich oczekiwania oraz interesy za bardzo się różnią (Freidson, 1988). Model Freidsona koncentruje się na odmienności kultur oraz interesów lekarza i pacjenta. Interakcję tych dwóch podmiotów Freidson nazywa zderzeniem perspektyw. Pacjent i lekarz mają odmienne wizje pełnionych przez siebie ról, inne interesy i oczekiwania, a także wiedzę i doświadczenie. Relacja między nimi to spotkanie dwóch różnych światów społecznych, co nie sprzyja porozumieniu i utrudnia osiągnięcie pełnej zgodności.

Połączenia obu powyższych koncepcji dokonał Samuel Bloom (Ostrowska, 2009). Jego model transakcyjny oparty jest na idei negocjacji między dwiema stronami relacji. Bloom zgodził się z Freidsonem, że istnieje pewien poziom niezgodności, ale – nawiązując do koncepcji Parsonsa – wierzył w chęć osiągnięcia porozumienia. Jest to możliwe dzięki negocjacji oraz uwzględnieniu wartości i wzorów kulturowych, a także wpływu otoczenia, które oddziałują na strony relacji. W wypadku lekarza Bloom podkreślał znaczenie wpływów i standardów wynikających z wykonywanego zawodu, zaś u chorego – wpływ najbliższych grup społecznych (przede wszystkim rodziny). Jednocześnie wyróżnił dwa typy interakcji w relacji specjalista – pacjent. Tak zwana transakcja instrumentalna związana jest

z oddziaływaniem lekarza na chorego w związku z posiadaną wiedzą medyczną, zaś transakcja ekspresyjna zależy od cech osobowości każdego z partnerów interakcji (Ostrowska, 2009).

Do koncepcji Blooma nawiązał Thomas Scheff. Podobnie jak Bloom przekonany był o słuszności negocjacji obu stron relacji, które pozwalałyby wypracować niezbędny kompromis. W myśl tej idei lekarz miałby przekonanie, że dokonał najlepszych wyborów w zakresie diagnostyki i leczenia, zaś pacjent otrzymałby wsparcie zarówno na poziomie fizycznym, jak i psychicznym. Scheff podkreślał, że idea negocjacji nie neguje dominującej roli lekarza. To specjalista pewniej czuje się w swojej roli z racji doświadczenia zawodowego, to on kieruje spotkaniem, zadaje pytania i podejmuje decyzje uwzględniające lub nie potrzeby i wolę pacjenta (Ostrowska, 2009).

Szasz i Hollender (1956; Bloom, Wilson, 1979) bardziej liberalnie założyli możliwość partnerstwa i współdziałania w zależności od zdolności i możliwości pacjenta do aktywnego brania udziału w procesie leczenia oraz przy założeniu zachowania dominującej pozycji specjalisty. Wyróżnili trzy typy relacji: aktywność – bierność, kierowanie – współpraca i współuczestnictwo. Ten pierwszy odnosi się do sytuacji pacjentów w śpiączce lub ciężkim stanie, który uniemożliwia im aktywny udział w interakcji i wyrażania swoich oczekiwań. W tym typie relacji pacjent jest całkowicie uzależniony od lekarza. Prototypem relacji kierowanie – współpraca według Szasa i Hollendera jest interakcja dziecka z dorosłym. Wskazuje ona na dużą podległość jednej ze stron. W tym typie relacji pacjent może wykazywać aktywność, ale jest ona ograniczona do przestrzegania zaleceń specjalisty, który jest w roli kierownika. Relacja współuczestnictwa dotyczy chorych przewlekle. Specyfika choroby, jej przebiegu i czasu sprawia, że pacjenci na co dzień samodzielnie realizują terapię, rola

zaś specjalisty ograniczona jest do kontrolowania jej przebiegu.

Biorąc pod uwagę stopień autonomii i zaangażowania chorego w proces decyzyjny Ezekiel J. Emanuel i Linda Emanuel zaproponowali cztery modele relacji pacjent – lekarz (Emanuel, Emanuel, 1992). Pierwszy z nich – paternalistyczny – ogranicza rolę chorego do wyrażenia zgody na procedurę. Specjalista podejmuje samodzielnie decyzję na temat metod diagnostyki albo zastosowanej terapii, a następnie przekonuje pacjenta do wyrażenia zgody. Model informacyjny stawia lekarza w roli eksperta, który dzieli się swoją wiedzą na temat metod terapii czy leczenia z pacjentem. Następnie na podstawie otrzymanych informacji pacjent podejmuje decyzję. Trzeci model zwany interpretacyjnym, podobnie jak wcześniejszy polega na dostarczeniu przez lekarza niezbędnych informacji i faktów na temat sposobów diagnostyki i leczenia, ale jednocześnie stawia specjalistę w roli doradcy. Ostatni model – naradzania się – nawiązuje do relacji partnerskich. Specjalista wspiera chorego w procesie decyzyjnym, wspólnie dokonują wyboru metod diagnostyki i leczenia.

Opierając się na psychologicznych koncepcjach człowieka, Pierloot (1983) zaproponował wyróżnienie modeli: komunikacyjnego, społeczno-kulturowego, medycznego przenoszenia oraz przyjacielskiego modelu relacji lekarza z pacjentem. Pierwszy koncentruje się jedynie na wymianie informacji między partnerami interakcji – pacjent opowiada o dolegliwościach, a specjalista przekazuje zalecenia co do procesu leczenia. Drugi z wymienionych modeli zwraca uwagę na czynniki społeczne wpływające na relację, między innymi na postawy społeczne wobec jednostki chorobowej, pozycje i funkcje społeczne lekarza i chorego. Model medycznego przenoszenia nawiązuje do koncepcji psychoanalitycznych i mechanizmów przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia. Według tej idei interakcja między podmiotami

zależy nie tylko od bieżącej sytuacji i wzajemnych odczuć, ale także jest wynikiem postaw i uczuć, jakie uczestnicy relacji żywili do znaczących innych w okresie dzieciństwa. Ostatni z modeli, tak zwany przyjacielski, oparty jest na przekonaniu, iż obie strony mogą wyjść poza tradycyjne role przypisane im społecznie. Lekarz przedstawiany jest jako jednostka doświadczająca tych samych emocji i potrzeb co inni ludzie. Człowieczeństwo specjalisty zakłada możliwość empatii, dzielenia się doświadczeniami, otwartości i zrozumienia w relacji z pacjentem.

Partnerstwo w relacjach lekarz – pacjent postuluje Timothy E. Quill (Quill, 1983). Punktem wyjścia koncepcji Quilla jest wspólny cel obu podmiotów interakcji, jakim jest zdrowie i życie pacjenta. Na tej podstawie lekarz i chory tworzą umowę opartą na dobrowolności kontaktów, chęci współpracy, gotowości do negocjacji i kompromisów, wspólnej odpowiedzialności i zgodzie. Jednocześnie umowa jest gwarantem przestrzegania przez obie strony swoich obowiązków.

Innym przykładem koncepcji wpisanej w model partnerski jest model oparty na ideologii konsumeryzmu, w którym relacja lekarz – pacjent jest rozpatrywana z punktu widzenia pacjenta jako konsumenta usługi medycznej (Czerska, 2016 s. 4). Pacjent aktywnie zdobywa wiedzę, rozważa alternatywne formy pomocy w kategoriach zysków i strat oraz ocenia rezultaty (Andrys-Wawrzyniak, Jabłocka, 2009). Rola lekarza sprowadza się do przedstawienia pacjentowi różnych opcji, doradzenia, jednakże ostateczna decyzja należy do chorego.

Charakter partnerski ma również relacja lekarz – pacjent opisana w modelu opartym na promocji zdrowia z lat 90. XX wieku. Kluczowym we wspomnianym modelu jest proces deprofesjonalizacji, przejawiający się brakiem władzy lekarza nad pacjentem. Jego rola sprowadza się jedynie do doradztwa w kwestii zdrowia i prozdrowotnego stylu

życia pacjenta i jego rodziny. Profesjonalna opieka medyczna pełni jedynie funkcję wspierającą. Pacjent w tej relacji przyjmuje postawę aktywną. To on bierze w pełni odpowiedzialność za swoje zdrowie i związane z nim wybory (Czerska, 2016).

Analiza proponowanych w literaturze modeli relacji lekarz – pacjent pokazuje, że podstawową różnicą między nimi jest stopień autonomii pacjenta i jego możliwość wpływu na decyzje dotyczące procesu diagnostyki i leczenia. Na jednym krańcu znajdują się koncepcje zakładające całkowitą podległość i bierność pacjenta, na drugim te oparte na współpracy i partnerskie. Wszystkie jednak w mniejszym lub większym stopniu opierają się na dystansie między lekarzem a pacjentem. Ta asymetria ról mimo, że w pewnym stopniu nieunikniona, z czasem wykazuje tendencję do zmniejszania się, stąd też obecnie coraz powszechniej występuje i coraz bardziej utrwala się model partnerski, który ma tego pierwiastka najmniej (Drozd-Garbacewicz, 2015, s. 89). Miejsce modeli paternalistycznych w nowoczesnym spojrzeniu na relacje pacjent – personel medyczny zastępują modele partnerskie (Makara-Studzińska, 2012). Podkreśla się w nich współuczestnictwo pacjenta w procesie diagnostyki i leczenia oraz jego współodpowiedzialność za skutki terapii. Komunikacja powinna mieć charakter dwukierunkowy i opierać się na zasadzie porozumienia (Kęsy, 2012). Personel medyczny staje w roli doradcy i przewodnika, a nie autorytarnego kierownika. Pacjent ma wolność decydowania, podkreśla się jego prawa, autonomię i godność. Zwraca się uwagę nie tylko na sferę fizyczną jednostki w procesie diagnostyki i leczenia, ale także uwzględnia się wymiar psychiczny i społeczny (Barański, 2002). W związku z tym oczekuje się od specjalisty nie tylko dużej wiedzy medycznej, ale także umiejętności miękkich, jak zachowań empatycznych, wrażliwości i bycia wsparciem emocjonalnym, z zachowaniem

jednakże właściwego dystansu niepozwalającego przesłankom emocjonalnym przesłonić tych racjonalnych. Zwraca się również uwagę na duże znaczenie rodziny chorego, jako źródła wsparcia zwłaszcza w procesie leczenia.

Model systemowo-partnerski, wywodzący się z paradygmatu socjoekologicznego, zwraca uwagę na jeszcze szerszy kontekst egzystencji jednostki i wpływów środowiskowych. Jednostka ludzka spostrzegana jest jako element szerszych struktur rzeczywistości (uwarunkowań społeczno-kulturowych) niż tylko rodzinnych (Zembala, 2015), a co za tym idzie w kontakcie ze specjalistą wymagana jest współpraca różnych systemów: medycznego, rodzinnego i społecznego. Model systemowo-partnerski ujmuje kontekst zdrowotny człowieka w najszerszej perspektywie. Uwzględnia bowiem nie tylko partnerstwo między specjalistą i pacjentem, ale także jego rodziną, której rola jest o wiele szersza niż tylko wsparcie chorego, jak zakładał to system partnerski. Model systemowo-partnerski dużą wagę przykładają do wpływów środowiska, stosunków rodzinnych, problemów emocjonalnych. *Lekarz współdziała z chorym i jego rodziną w formułowaniu diagnozy i planowaniu działania terapeutycznego. Poszczególne etapy terapeutyczne dotyczą zdrowia pacjenta, jak również zdrowia jego rodziny. Lekarz zwraca uwagę na problemy, które mogą być powodem zagrożeń zdrowotnych w rodzinie, między innymi styl życia, występujące konflikty i zaburzenia. Znajomość rodziny, a nie tylko samego pacjenta, umożliwi lekarzowi lepsze dostosowanie formy wsparcia i większą szansę na uzyskanie pozytywnego wyniku leczenia* (Zembala, 2015, s. 47). Model systemowo-partnerski stawia przed specjalistą duże wymagania. Ma on nie tylko mieć dużą wiedzę medyczną, umiejętności komunikacji interpersonalnej, ale też odpowiedniego balansowania w sferze emocjonalnej między potrzebnym dystansem a wymaganą empatią. Przyznanie tak dużej roli rodzinie chorego i uczynienia z niej

trzeciego partnera relacji wymusza na specjalistę także umiejętności z zakresu komunikacji grupowej i wiedzy z obszaru nauk o rodzinie.

Choć można założyć, że zaprezentowane powyżej modele przyjmują formę Weberowskich typów idealnych, wyznaczają pewien kierunek, a nade wszystko oczekiwania. Truizmem wydaje się stwierdzenie, iż fundamentem efektów leczenia jest właściwa, dobra komunikacja między specjalistą i pacjentem. A jednak mimo coraz powszechniejszej wiedzy o budowaniu partnerskich relacji z pacjentem, kursów, zajęć, szkoleń z zakresu komunikacji interpersonalnej, właściwego używania mowy werbalnej czy znaczenia mowy niewerbalnej, praktyka pokazuje, że nie zawsze można i/lub udaje się zastosować model o charakterze partnerskim albo systemowo-partnerskim, co przekłada się na stopień satysfakcji pacjentów z ich kontaktów z personelem medycznym. Jedne z kluczowych dla pacjentów cech, jakimi powinien charakteryzować się dobry specjalista to posiadane kompetencje zawodowe, czas poświęcony na rozmowę oraz umiejętność włączenia chorego w proces podejmowania decyzji (Coulter, 2002). Tymczasem badania Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju porównujące opiekę zdrowotną w różnych krajach wykazały, że Polska jest na ostatnim miejscu pod względem udzielania zrozumiałych informacji, możliwości zadawania przez chorego pytań i angażowania go w proces podejmowania decyzji dotyczących metod leczenia oraz na przedostatnim w kwestii czasu, jaki specjalista ma dla swojego pacjenta. Co bardziej niepokojące wspomniane badania pokazują brak zmian w tych zakresach na przestrzeni ostatnich kilku lat (OECD, 2019).

Wyniki te są zbieżne z danymi, jakie uzyskał Dorian Szymański (2015) w swoich badaniach¹

wśród użytkowników Internetu. Wg nich 67% respondentów uznało, że lekarze kompetentnie wykonują swoje obowiązki zawodowe, jednakże tyle samo badanych przyznało, że lekarze w Polsce nie potrafią rozmawiać z pacjentami. 59% respondentów uważało, iż lekarze nie wyrażają odpowiedniego zainteresowania sprawami pacjenta. Tylko co trzeci pytany ocenił, że podczas ostatniej wizyty lekarz wykazał rzeczywistą chęć rozmowy na temat przyczyn wizyty, a 39% pozytywnie oceniło umiejętności komunikacyjne specjalisty.

Uwagi i zarzuty jakie utrudniają budowanie relacji partnerskiej między personelem medycznym a pacjentem dotyczą m.in. *nadmiernego pośpiechu, powierzchownego badania, koncentracji wyłącznie na problemie medycznym, braku zainteresowania osobą pacjenta, niewystarczającym udzielaniu informacji, używania specjalistycznej, niezrozumiałej terminologii, a także innych zastrzeżeń wskazujących na brak właściwej komunikacji* (Ostrowska, 2017, s. 8) jak np. moralizatorstwo, obwinianie pacjenta za jego stan, protekcyjność, ignorowanie lęków czy brak empatii i cierpliwości. Krytyka dotyczy również zachowań w sferze niewerbalnej, w tym: stosowania zamkniętej postawy ciała, unikania kontaktu wzrokowego, nazbyt dalekiego lub bliskiego dystansu, braku gestykulacji, nadmiernej powagi czy niewłaściwego gospodarowania przestrzenią, do której zapraszany jest pacjent, poprzez celowe podnoszenie prestiżu specjalisty i podkreślania pozycji autorytarnej.

Budowaniu partnerskiej relacji nie sprzyjają także czynniki niezależne od personelu medycznego jak: *brak czasu, zbyt duża liczba pacjentów, a zbyt mała liczba lekarzy, złe warunki lokalowe, (...) niewłaściwa organizacja pracy* (Ostrowska, 2017, s.8) czy niedofinansowanie

¹ Badanie przeprowadzone zostało metodą CAWI w 2015 roku, wśród osób korzystających

z newsletteru na portalach Openmedica i Hello Zdrowie. Kwestionariusz wypełniły 664 osoby.

służby zdrowia. Trzeba także pokreślić, że również po stronie pacjenta pojawiają się zachowania, które utrudniają budowanie relacji partnerskiej, a które mają swoje podłoże m.in. w procesie socjalizacyjnym, kulturze, cechach demograficznych (zwłaszcza wieku, płci, wykształceniu i dochodach), indywidualnych cechach psychologicznych (w tym odporności na czynniki stresogenne), a także fałszywym przekonaniu o posiadanej wiedzy medycznej w oparciu o ogólnodostępne, jednakże często niesprawdzone informacje z Internetu (Konopka, 2016). Skutkuje to nierzadko agresywnością w stosunku do personelu medycznego, postawami roszczeniowymi, podważaniem kompetencji specjalisty, trudnościami w komunikacji i zapamiętywaniu zaleceń lekarza lub ich lekceważenia.

Pacjent – cudzoziemiec a opieka medyczna w Polsce

Modele relacji lekarz – pacjent o charakterze partnerskim wymuszają na tym pierwszym obowiązek uwzględnienia w procesie diagnostycznym i leczenia subiektywnej oraz emocjonalnej perspektywy chorego. Co częściej podkreśla się również konieczność odwołania się do szerszych kontekstów sytuacji pacjenta, które mogą wpływać nie tylko na problemy zdrowotne chorego czy długość i skuteczność procesu leczenia, ale także na samą komunikację ze specjalistą. Choć jest to warunkiem zbudowania odpowiedniej relacji opartej na otwartości i zaufaniu, nie jest to zadanie proste. Sytuacja może wydać się jeszcze trudniejsza, gdy partnerem relacji pacjent – lekarz ma być obcokrajowiec. Otwarte granice, a także atrakcyjność Polski w kontekście turystycznym oraz zarobkowym (głównie dla obywateli Europy wschodniej) powoduje systematyczny wzrost liczby cudzoziemców. Przyczyny, dla których obcokrajowcy przekraczają granice są bardzo różne: od potrzeb

turystycznych, poprzez szukanie pracy tymczasowej, bezpiecznego azylu (uchodźcy), po chęć osiedlenia się na stałe. Wg danych GUS w ostatnich latach nastąpił systematyczny wzrost liczby turystów. W roku 2017 Polskę odwiedziło 18,3 mln turystów, (Ministerstwo Sportu i Turystyki, 2018). W 2018 roku liczba turystów wynosiła już 19,6 mln. Warto także wspomnieć o tak zwanych *odwiedzających jednodniowych* przyjeżdżających do Polski głównie w celach: zakupowych (prawie 80%), krótkich wycieczek (prawie 6%) i służbowych (około 4%). Tych w Polsce w samym roku 2018 było 66,3 mln (GUS, 2019).

Turystyka nie jest jedyną przyczyną przybywania do Polski cudzoziemców. Z roku na rok coraz więcej migrantów stara się o pobyt związany z celami zarobkowymi lub chęcią osiedlenia się na stałe. Wg danych Urzędu do Spraw Cudzoziemców (2020, online) na początku roku 2020 ważne zezwolenie na pobyt w Polsce posiadało niemalże 423 tys. osób. Wśród nich około 83 tys. stanowili obywatele Unii Europejskiej (ponad 73,5 tys. to rejestracja na pobyt czasowy). Warto jednak w tym miejscu zaznaczyć, że obowiązek zarejestrowania pobytu obywatela UE musi być spełniony nie później niż po upływie 3 miesięcy przebywania na terenie Polski, a w wypadku osób poszukujących pracy okres ten wydłuża się do 6 miesięcy, a nawet dłużej, jeśli obywatel UE *wykaże, że aktywnie kontynuuje poszukiwanie pracy i ma rzeczywiste szanse na zatrudnienie* (Urząd do Spraw Cudzoziemców, 2020, online). Oznacza to, że zaprezentowane dane nie uwzględniają wszystkich obywateli UE, którzy mogą przebywać na terenie Polski.

Ponad 300 tys. osób, które uzyskały prawo pobytu w Polsce to obywatele krajów spoza UE (UdSC, 2020, online). Zgodę na pobyt czasowy uzyskało ponad 262 tys. osób, zaś prawie 81 tys. na pobyt stały. Porównując te dane (połowa 2020 r.) z 2019 r., liczba zezwoleń na pobyt czasowy wzrosła o 31 tys., a pobyt

stały o ponad 5 tys. Wśród osób osiedlających się w Polsce ponad połowę (232,6 tys.) stanowili obywatele Ukrainy. Drugą grupę obcokrajowców co do wielkości tworzyli Białorusini (27,7 tys.), trzecią – Niemcy (21 tys.). Grupy ponad 10 tys. cudzoziemców przebywających legalnie w Polsce tworzyli również obywatele Rosji oraz Wietnamu.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej grupie obcokrajowców, którzy przybywają do Polski – uchodźcy. *W 2019 r. 4,1 tys. cudzoziemców złożyło wnioski o przyznanie im statusu uchodźcy w Polsce. Spośród nich 2,7 tys. os., złożyło ten wniosek po raz pierwszy (...) Warunki nadania statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej spełniły w sumie 272 osoby. (...) Ponadto, 213 obcokrajowców otrzymało tzw. ochronę krajową w postaci zgody na pobyt tolerowany lub ze względów humanitarnych* (Forsal, 2020, online). Uchodźcy nie stanowią najliczniejszej grupy cudzoziemców (1214 osób wg danych z 2020 roku), jednak ze względu na swoją specyficzną sytuację jest to grupa borykająca się nierzadko z różnymi problemami zdrowotnymi.

W zależności od statusu pobytu w Polsce cudzoziemcy mają różny dostęp do publicznej opieki medycznej. Bezpłatny dostęp, mimo braku opłaty składki ubezpieczenia zdrowotnego, mają osoby ubiegające się o status uchodźcy² (Maśliński, 2011). Takim osobom przysługują *świadczenia z zakresu medycyny ratunkowej (zespół ratunkowy i opieka szpitalna), podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, a także leczenie szpitalne, opieka okołoporodowa, leki, badania w kierunku HIV oraz leczenie antyretrowirusowe i leczenie chorób zakaźnych objętych obowiązkiem leczenia. Świadczenia te są realizowane w specjalnym systemie opieki*

2 Wszystkie wnioski o uzyskanie ochrony międzynarodowej są równoważne z wnioskiem o przyznanie statusu uchodźcy, mimo iż w Polsce wyróżniamy różne formy ochrony międzynarodowej w tym m.in. zgodę na pobyt tolerowany oraz ochronę czasową, azyl, ochronę uzupełniającą i status uchodźcy.

stworzonym przez MSWiA (Cianciara, Dudziak, Lewczuk, Pinkas, 2012, s. 147), zarówno na terenie ośrodków dla uchodźców (podstawowa opieka zdrowotna) oraz w wyznaczonych placówkach, które podpisały umowę z Urzędem do Spraw Cudzoziemców (opieka specjalistyczna, hospitalizacja i badania diagnostyczne). Koszt takiego leczenia pokrywa Skarb Państwa (Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, art 85; art. 73 ust. 2; art. 90 ust 1).

Cudzoziemcy przebywający na terenie Polski legalnie, mający uregulowany status pobytu, korzystają z opieki zdrowotnej na tych samych warunkach co reszta obywateli, a więc muszą mieć opłaconą składkę zdrowotną, potwierdzone ubezpieczenie lub udokumentowane prawo do świadczeń publicznych. W końcu migranci bez uregulowanego statusu pobytu mają ograniczone prawa związane z bezpłatnym korzystaniem z opieki medycznej (m.in. zawężona do opieki zespołu ratunkowego, obowiązkowego leczenia chorób zakaźnych czy badań w kierunku HIV). Powyższe zasady dotyczą pełnoletnich cudzoziemców (Strzemieczna, Imiela, 2017).

Cudzoziemcy przebywający w Polsce czasowo, ale ubezpieczeni w państwach UE i EFTA³ mają prawo otrzymać niezbędną opiekę medyczną, w tym gwarantowane świadczenia zdrowotne, dostęp do leków refundowanych oraz środków ortopedycznych. Wówczas koszty takiego leczenia pokrywa NFZ na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub tymczasowo zastępującego go certyfikatu. W przeciwnym razie leczenie będzie odpłatne. Nieudokumentowani migranci *nie mają w Polsce bezpłatnego dostępu do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej za wyjątkiem świadczeń udzielanych przez zespoły ratunkowe w warunkach poza szpitalnych. Migranci zyskują dostęp do opieki zdrowotnej*

3 Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu.

w ośrodkach strzeżonych i aresztach w celu wydalenia. Dzieciom nieudokumentowanych migrantów, które uczęszczają do szkoły, udziela się bezpłatnie świadczeń ograniczonych do profilaktyki medycznej (zaliczają się do nich także obowiązkowe szczepienia) i stomatologicznej, świadczonej na terenie szkoły przez zatrudnionych w niej lekarzy lub pielęgniarki (Maśliński, 2011, s. 31). Zakres świadczeń uzależniony jest od charakteru pobytu cudzoziemca w Polsce.

Cudzoziemiec ubezpieczony w Polsce ma takie same prawa jak każdy obywatel Rzeczypospolitej Polski w zakresie dostępu i świadczeń opieki zdrowotnej. Migranci z Albanii, Bośni i Hercegowiny, Czarnogóry, Federacji Rosyjskiej, Republiki Macedonii, Serbii i Tunezji mogą skorzystać z niezbędnej opieki medycznej w sytuacji nagłej choroby lub wypadku na podstawie umów/lub dwustronnych porozumień, jakie podpisała Polska z wyżej wymienionymi państwami. Wówczas koszty leczenia pokrywa Ministerstwo Zdrowia pod warunkiem, iż cudzoziemiec przebywa na terenie Polski legalnie. Cudzoziemiec, który nie ma w Polsce ubezpieczenia, ani w żadnym innym państwie członkowskim UE/EFTA lub też nie jest obywatelem państw, z którymi Polska podpisała dwustronne porozumienie, może skorzystać z opieki zdrowotnej w Polsce tylko odpłatnie (Ministerstwo Zdrowia, 2020, online).

Bariery w relacji personel medyczny – pacjent cudzoziemiec

Wzrost ilości obcokrajowców w Polsce jednocześnie skutkuje prawdopodobieństwem wzrostu częstotliwości sytuacji, w których cudzoziemcy będą zmuszeni do skorzystania z opieki medycznej (Lurka, 2019). Taka sytuacja prowadzi do pytania o możliwości oparcia relacji między lekarzem a pacjentem na modelu partnerskim, czy wręcz modelu systemowo-partnerskim. Koniecznym staje się

przeanalizowanie problemów i barier, które mogłyby utrudniać komunikację między tymi dwoma podmiotami oraz poszukania rozwiązań w tym zakresie.

Istotnym problemem jest brak wiedzy lub niepełna wiedza zarówno cudzoziemców, jak i personelu medycznego na temat praw przysługujących pacjentom obcokrajowcom. (Zgliczyński, Cianciara, 2013; Laskowski, Krajewska-kułak, Fiłon, 2015; Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018). Podobny problem dotyczy także farmaceutów, którzy nie uwzględniają zniżek na leki przepisywane obcokrajowcom bez okazania numeru PESEL, którego obcokrajowiec nie może posiadać lub żądają okazania karty EKUZ⁴ obywatelom państw spoza UE (Danielewicz, 2016). Bariery o charakterze organizacyjnym związane są także z trudnością uzyskania przez obcokrajowca informacji na temat sposobu działania polskiego systemu opieki zdrowotnej czy umówienia wizyty. Pacjenci-cudzoziemcy albo nie wiedzą, gdzie takich informacji szukać, albo brakuje wersji w ich języku ojczystym (Bloch, Czerniejewska, Józwiak, Miñkowska, Romanowicz, 2010). Bariera językowa pojawia się również przy oznaczeniu placówek, a także przy wypełnianiu dokumentów rejestracyjnych⁵.

Nieufność wobec pacjentów obcokrajowców (Arasaratnam, Doerfel, 2005) jest związana między innymi z problemami instytucji medycznych w ściąganiu zaległych zapłat z tytułu leczenia pacjentów, którzy w momencie korzystania z opieki medycznej nie posiadali ważnego ubezpieczenia (mieli nieuregulowaną sytuację pobytu lub mimo uzyskania statusu pobytu byli zatrudnieni nielegalnie). W takiej sytuacji koszty leczenia

powinien pokryć pacjent, jednakże ci rzadko posiadają środki finansowe, aby zapłacić za często wysokie koszty leczenia. Szpitale albo nie mogą więc odzyskać kosztów leczenia lub w wypadku mniejszych sum nawet nie występują na drogę prawną, gdyż egzekucja jest nieopłacalna (Lurka, 2019). W praktyce więc dług pacjenta przenoszony jest na szpitale, te zaś próbują obciążyć kosztami konsulaty czy ambasady bądź osoby lub instytucje/organizacje, których przedstawiciele towarzyszyli pacjentowi podczas przyjęcia czy też odwiedzali go później. W efekcie, nieuregulowany koszt usługi pozostaje długiem szpitali, co jest dla nich szczególnie dotkliwie w sytuacji, kiedy chodzi nie o doraźną interwencję medyczną, ale o przewlekłe choroby, wymagające wieloletniej i drogiej terapii (Chrzanowska, Klas, 2011, s. 12). Przy zaś wzrostowym trendzie migracji, zwłaszcza za wschodniej granicy, takie sytuacje stają się coraz częstsze. Nie ma jednoznacznych danych dotyczących ilości rachunków, jakie wystawiają szpitale rocznie za nieubezpieczonych pacjentów. Przykładem może być Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, które szacuje, że rocznie suma nierozliczonych płatności dla obywateli zagranicznych wynosi około 500 tys. zł. (Palińska, 2017). W wypadku dużych placówek zadłużenia stanowią tylko niewielki procent całego budżetu, jednakże w wypadku mniejszych szpitali problem jest poważniejszy (Nowosielska, 2016).

Kluczowe znaczenie w budowaniu satysfakcjonującej relacji między pacjentem a lekarzem odgrywają kwestie kulturowe. Odmienność kulturowa, religijna i obyczajowa mogą stanowić źródło nieporozumień między lekarzem a pacjentem. Warunkiem do gotowości skorzystania z usług specjalisty nie jest tylko sam fakt zaistnienia choroby czy odczuwania dolegliwości. Wpływ na tą decyzję ma kultura i grupa społeczna, w której jednostka na co dzień funkcjonuje (Duch-Krzyszczak, 2009), jak również czynniki

społeczno-demograficzne jak: wykształcenie, płeć, wiek, zamożność czy pozycja społeczna (Synowiec-Piłat, 2002). W modelach społeczno-kulturowych podkreśla się znaczenie kultury, w tym obowiązujące jednostki czy grupy społeczne, normy i wartości wpływające na zachowania w chorobie, a więc między innymi rozumienie zdrowia i choroby, interpretowanie symptomów dolegliwości, a także radzenie sobie z chorobą, akceptacja procesu diagnostyki i leczenia, oczekiwania wobec personelu medycznego oraz wychodzenie z roli chorego/pacjenta. Różnice kulturowe, światopoglądowe, religijne, rasowe, językowe uaktywniają nie-rzadko stereotypowe myślenie (Czykwin, 2016), patrzenie na rzeczywistość w kategoriach: my – oni (obcy, inni, gorsi). Tego typu reakcje mogą prowadzić do różnego rodzaju przejawów o charakterze dyskryminacyjnym (w sferze myślenia, mowy, działania) (Miñkowska, 2010), które w relacjach personel medyczny – pacjent nie powinny mieć miejsca i w żaden sposób nie służą budowaniu partnerstwa oraz współdziałania. Tymczasem badania potwierdzają przypadki obecności uprzedzeń personelu medycznego wobec obcokrajowców. Pacjenci skarżą się na przejawy dyskryminacji i nieprzyjemne traktowanie ze strony personelu (Kłorek, 2011; Collantes, 2011).

Obcokrajowcy zgłaszający się w Polsce do lekarza często kwalifikowani są jako pacjenci jednorazowi (Zgliczyński, Cianciara, 2013). Zgłaszają się bowiem po profesjonalną pomoc medyczną tylko z bieżącą dolegliwością i to w sytuacji, kiedy choroba jest już w zaawansowanym stopniu. Przyczyną tego typu zachowania może być obawa przed utratą zatrudnienia, nieznaną systemu opieki zdrowotnej w Polsce, przepisów i niewiedza dotycząca miejsca i sposobów szukania tychże informacji, nielegalny pobyt czy brak ubezpieczenia narażające samych pacjentów na koszty leczenia. Przyczyn tego typu zachowania należy również szukać na podłożu

⁴ EKUZ wydawana jest tylko obywatelom państw UE.

⁵ brak dokumentów w językach obcych i/lub osoby w rejestracji nie potrafią udzielić niezbędnych informacji w obcym języku.

kulturowym. W kulturach wschodnich choroba utożsamiana jest z niemożnością wykonywania ról społecznych. Tym samym na przykład dopóki kobieta wykonuje wszystkie prace domowe i opiekuje się dziećmi, mimo objawów choroby uznawana jest za osobę zdrową, tym samym nie wymagającą konsultacji medycznej (Mroczkowska, 2011). Dopiero kiedy symptomy choroby zaczynają wpływać na zachowanie, jej relacje z innymi, zakłócając wykonywanie ról społecznych, dolegliwość przestaje być jednostkowym problemem a staje zjawiskiem społecznym, jednostce zaś nadawana jest nowa rola społeczna – chorego (Parsons, 2009). Tym samym dopóki kulturowe definicje choroby nie będą tożsame z profesjonalnymi, jednostka mimo odczuwania dyskomfortu i złego samopoczucia będzie zwlekała z udaniem się do lekarza (Freidson, 1988), bowiem decyzja skorzystania z pomocy specjalisty *nie opiera się tylko na profesjonalnych standardach właściwych zachowań w chorobie, a także na laickich zasadach* (Synowiec-Piłat, 2013, s. 137), co może prowadzić do konfliktu (Cockerham, 2007).

Freidson (twórca koncepcji lay referral system) podkreśla, że u podstaw relacji między lekarzem a chorym pojawia się konflikt i różnice interesów, ponieważ dochodzi do „zderzenia odmiennych perspektyw”, różnych światów kulturowych. Jest to zderzenie profesjonalisty z laikiem. Wynika to z faktu, że zdefiniowanie zdrowia i choroby, diagnostyka czy proces leczenia są interpretowane przez pacjentów według kryteriów potocznych a nie naukowych. Wzmocnienie tego laickiego spojrzenia dokonywane jest przez tak zwanych *laypersons*, czyli nieprofesjonalne (w sensie medycznym) osoby z otoczenia chorej jednostki – członków rodziny, przyjaciół, znajomych, sąsiadów – którzy pomagają w interpretacji objawów i dalszym działaniu (Cockerham, 2007; Freidson, 1960). Freidson (1988) podkreśla, że skorzystanie z pomocy

specjalisty często jest ostatnim etapem w poszukiwaniu pomocy, co potwierdzają między innymi badania na temat znaczenia sieci laików w podstawowej opiece zdrowotnej (Cornford, Cornford, 1999). Znaczenie *laypersons* jest szczególnie istotne w kulturach, które *uwarunkowują stan zdrowia i choroby od przynależności do grupy i jego wpływu na samopoczucie jednostki. Relacje rodzinne są bardzo silne wśród Romów, kultury muzułmańskiej, chińskiej i latynoskiej. Członkowie rodziny zapewniają wsparcie emocjonalne oraz materialne, a także biorą czynny udział w podejmowaniu decyzji medycznych. Jest to odmienne podejście do kultury zachodniej, w której pacjent decyduje sam o sobie.* (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018, ss. 32–33). Skrajnym przykładem może być kultura muzułmańska, w której kobieta jest całkowicie podporządkowana mężowi, także w kwestiach ochrony zdrowia. To on rozmawia z personelem medycznym i decyduje o zgodzie na zabieg lub terapię. Kobieta ma prawo zabrać głos tylko za pozwoleniem męża (Mroczkowska, 2013). Podobna praktyka charakterystyczna jest w hinduizmie. Pacjentka nie rozmawia bezpośrednio z lekarzem ani nie podejmuje decyzji. W jej imieniu robi to ojciec lub mąż. Informacje o stanie zdrowia pacjenta i dalszym postępowaniu powinny być uzgadniane z rodziną chorego, z pominięciem jego samego, także w wypadku kultury chińskiej czy latynoskiej, by zminimalizować ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta w wyniku złych wiadomości (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018).

Kolejna ważna kwestia różnic kulturowych, która w wypadku budowania relacji między specjalistą a pacjentem będzie miała ogromne znaczenie, to rola jaką przypisujemy płci. Na zachodzie dostęp do studiów medycznych dla kobiet zaczął powoli otwierać się dopiero w XVIII w., zaś przełom w tej kwestii dokonał się w XIX w. Dziś obserwujemy równouprawnienie czy wręcz feminizację zawodów

medycznych (Jołkiewicz, 2011). Obecność w gabinetach lekarza-kobiety nie jest rzadkością i nie podlega społecznej dezaprobacji. Jednakże skorzystanie z usług lekarza-kobiety ze względu na kwestie kulturowe, światopoglądowe może być dla niektórych grup obcokrajowców nie do zaakceptowania. Będzie to skutkowało lekceważącym podejściem do specjalisty, podważaniem kompetencji i niechęcią do współpracy. Przykładem może być kultura muzułmańska, obyczaje której zabraniają kontaktów z osobami obcymi odmiennej płci, nawet uścisku dłoni. Osoba, która udziela pomocy medycznej, musi być ten samej płci co pacjent. Problem ten dotyczyć będzie wszystkich pacjentów pochodzących z krajów o tak zwanym *wysokim dystansie władzy*. W zhierarchizowanych społeczeństwach większym szacunkiem będą cieszyć się osoby starsze, a zwłaszcza mężczyźni. Młoda lekarska może wzbudzić nieufność lub wręcz dezaprobatę (Jaroszevska, 2019).

Wpływ odmienności kulturowej i religijnej będzie miał także znaczenie przy zgodzie na proponowane zabiegi i metody leczenia. Świadkowie Jehowy nie akceptują transfuzji krwi i zastosowania w terapii produktów krwiopochodnych. Sztuczne podtrzymywanie życia będzie już indywidualnym wyborem. Indywidualne decyzje w zakresie transfuzji krwi, przeszczepów, szczepień czy amputacji należą do protestantów. Poszczególne grupy muzułmanów nie akceptują niektórych zabiegów, jak transplantacje organów, lub też odmówią przyjmowania niektórych leków z obawy, że mogą zawierać choć śladowych ilości takich produktów, jak wieprzowina czy alkohol (Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i położnych, 2020).

Kultura, ale także czynniki socjo-demograficzne i edukacyjno-zawodowe wpływają na kształtowanie się tak zwanego obszaru doświadczeń, który ma bardzo istotne znaczenie dla interpretacji przekazu między

uczestnikami relacji (Goban-Klas, 2005). W wypadku *leczenia cudzoziemca doświadczenia życiowe lekarza i pacjenta (a co za tym idzie – obszary doświadczeń lekarza i pacjenta) będą pokrywały się w znikomym stopniu* (Jaroszevska, 2019). Bariery z interpretacją intencji rozmówcy i komunikatu mogą pojawić się zarówno w obszarze mowy werbalnej, jak i niewerbalnej. W wypadku tego drugiego, nieporozumienia dotyczyć mogą interpretacji gestów (Wołowik, 1998), ilustrowania bólu i wskazywania konkretnego miejsca na ciele (Jaroszevska, 2019), kontaktu wzrokowego (Kubitsky, 2012), uśmiechu czy dotyku (Kubitsky, 2012, Płaszewska-Żywko, 2010). Znaczenie ma również sfera dystansu (Hall, 2001). Hall zwrócił uwagę, że przedstawiciele kultur preferujących przestrzeń zamkniętą/dzieloną, w odróżnieniu od tych wychowanych w kulturze przestrzeni otwartej/wspólnej, mają szerszą sferę osobistą i wolą większy dystans między sobą a rozmówcą.

Istotną przeszkodą w komunikacji między pacjentem a personelem medycznym, wynikającą z odmienności kulturowej, jest język werbalny związany z umiejętnością posługiwania się w satysfakcjonującym stopniu językiem polskim przez pacjenta cudzoziemca lub językiem obcym przez personel medyczny. Bariera ta pojawia się już na etapie komunikacji w punkcie rejestracji i pogłębia przy wizycie. Dotyczy to nie tylko przekazania informacji czy uzyskania ich od pacjenta. Bariery językowe objawia się również brakiem ujednoliconej transkrypcji obcych imion i nazwisk w alfabecie łańskim. Źle zapisane nazwiska lub nagminne w wypadku Azjatów przedstawianie imion i nazwisk skutkuje nierzadko trudnościami z akceptacją polisy, na której widnieją inne dane osobowe niż na dokumentach medycznych (Mińkowska, 2010).

Bariery językowe utrudniają również zebranie pełnego wywiadu czy przekazania diagnozy oraz dalszego postępowania. W budowaniu

relacji partnerskiej między specjalistą a pacjentem zaleca się, by wywiad rozpoczynał się pytaniem w formie otwartej. Możliwość sformułowania przez pacjenta dłuższej wypowiedzi na temat swojego stanu zdrowia ma z jednej strony zdynamizować wywiad, z drugiej strony – co ważniejsze – dać choremu poczucie budowania relacji opartej na współdziałaniu i partnerstwie poprzez gotowość specjalisty do wysłuchania chorego. Bariera językowa w wypadku pacjentów-cudzoziemców nierzadko utrudnia lub wręcz uniemożliwia zastosowanie tej techniki. Nawet jeśli pacjent posługuje się w stopniu komunikatywnym językiem polskim, trudności pojawiają się przy użyciu i zrozumieniu wszelkich przerośni i idiomów (Jaroszewska, 2019) oraz terminologii medycznej (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018), w tym wyrazów nieprzetłumaczalnych, czego przykładem mogą być nazwy niektórych chorób (Schmacher, Ward, 2001). Trudności z porozumieniem się sprawiają, że wywiad przypomina odpytywanie i ogranicza się do pytań zamkniętych, na które pacjent udziela krótkich odpowiedzi w formie zaprzeczenia lub potwierdzenia (Zgliczyński, Cianciara, 2013).

Niepokojące mogą być wnioski oparte na badaniach wśród lekarzy pracujących z uchodźcami, które wskazują, iż z punktu widzenia personelu medycznego do prawidłowo postawionej diagnozy nie jest potrzebna znajomość języka ojczystego pacjenta. Lekarze powoływali się na przykład niepełnoletnich pacjentów, z którymi nie komunikowali się, a nie przeszkodziło im to wykonywać swoich zadań i stawiać prawidłowo diagnozę (Grzymała-Moszczyńska, Nowicka, 1998). Praktyka pokazywała, że brak umiejętności posługiwania się językiem polskim u pacjentów w stopniu niewystarczającym specjaliści rozwiązywali albo niezwykle ograniczonymi komunikatami o stanie zdrowia i dalszej procedurze lub poprzez włączanie w proces

komunikacyjny osoby trzeciej – najczęściej członków rodziny, w tym także dzieci. Ponownie pojawia się pytanie o możliwość budowania modelu relacji partnerskiej między specjalistą a pacjentem w sytuacji, kiedy proces przekazywania informacji jest mocno ograniczony. Co więcej podstawowe prawa chorego m.in. do intymności i godności, czy uzyskania przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, są łamane (ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, 2008). Pojawia się również pytanie o świadomą zgodę pacjenta na poddanie się różnym procedurom, badaniom i zabiegom.

Bariera językowa lub też przewidywania co do niej sprawiają, że wywiad z pacjentem jest ograniczany, wszelkie zaś informacje o stanie zdrowia, diagnozie, dalszym postępowaniu przekazywane wybiórczo i w sposób niepełny. Trudno również oczekiwać, że w takiej sytuacji lekarz będzie starał się uspakając zdenerwowanego pacjenta, czy tłumaczyć mu procedury, czynności medyczne skoro w jego przekonaniu swobodna komunikacja nie jest możliwa. Taka sytuacja jest dodatkowym silnym stresorem dla chorego, który nie tylko do końca nie rozumie co się dzieje lub co się stanie, ale także jest w tej rzeczywistości zupełnie sam. Jest to szczególnie niepokojące, kiedy pacjentem jest zestresowane dziecko. Brak możliwości porozumienia się zarówno z nieletnim pacjentem, jak i jego opiekunem dodatkowo buduje atmosferę napięcia i jest niekomfortowa dla obu stron (Jankowska, Grzešek, Kubica, Kozińska, Grąbczewska 2010). Specjalista przyjmuje w takiej relacji rolę kierownika, a nie partnera. Wyraźnie zaznaczana jest nadrzędność specjalisty, jego pozycja autorytarna, od pacjenta zaś oczekuje się uległości i bierności. Tym samym zamiast modelu partnerskiego uaktywnia się paternalistyczny. Odmienne wyobrażenia na temat roli lekarza i przebiegu wizyty mogą również stanowić istotną barierę w komunikacji. Idealna

rozmowa między tymi podmiotami powinna składać się z trzech faz: nawiązania kontaktu i budowania zaufania, badania i medycznej analizy oraz zakończenia wizyty z udzieleniem porady. Szczególnie w drugiej fazie zaznacza się dystans między uczestnikami interakcji, lekarz wchodzi w rolę profesjonalisty, przedstawiciela nauki. Pozostałe fazy pozwalają na większą otwartość, empatyczność. W medycynie zachodu najczęściej te właśnie fazy ulegają skróceniu. Nierzadko pierwsza jest wręcz pomijana zwłaszcza w sytuacji, gdy lekarz przewiduje trudności z porozumieniem się z pacjentem (Jaroszewska, 2019). Tymczasem dla wielu cudzoziemców, zwłaszcza pochodzących z kultur kolektywistycznych, budowanie kontaktu i zaufania oraz troska wyrażona przez lekarza mają kluczowe znaczenie.

Warto jeszcze wspomnieć o jednym problemie, który stanowi przeszkodę w zastosowaniu modelu systemowo-partnerskiego w relacji z pacjentem obcokrajowcem, a jest związany z brakiem wsparcia społecznego (Kacperczyk, 2006). Cudzoziemcy decydujący się na przyjazd do Polski głównie w celach zarobkowych (pobyt tymczasowy) nierzadko borykają się z samotnością. Sytuacja ekonomiczna zmusza ich do opuszczenia domu, rodziny, przyjaciół, środowiska, w którym czuli się bezpiecznie i funkcjonowania bez najbliższych w przestrzeni dla nich obcej. Tym samym rola i znaczenie, jakie przypisuje się w modelu systemowo-partnerskim rodzinie pacjenta, traktując ją niemalże jak trzeciego partnera w komunikacji, w tym wypadku jest niemożliwa lub mało prawdopodobna do zrealizowania. Trudno jest brać pod uwagę zakres wsparcia społecznego, którego ci pacjenci są pozbawieni lub mocno ograniczeni. Co więcej brak sieci wsparcia oraz mała aktywność w przestrzeni społecznej danej zbiorowości powoduje wzrost ryzyka większej podatności na różnego rodzaju dolegliwości oraz wydłuża czas leczenia. Warto również podkreślić, że taka sytuacja jest

nierazko przyczyną pogorszenia się stanu zdrowia psychicznego, depresji, nerwic, niskiej samooceny i satysfakcji z życia. Takich jednak problemów nie bierze się pod uwagę i nie rozwiązuje na jednorazowej wizycie ze specjalistą.

Wnioski

Zmiany w postrzeganiu relacji między pacjentem a lekarzem w Polsce zachodziły analogicznie z przekształceniami opieki zdrowotnej w związku z transformacją ustrojową. Pomijając jednak kwestie procesów polityczno-społecznych należy podkreślić, że *potrzeba odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji pacjent-lekarz na rzecz partnerskiego, podyktowana była w Polsce, podobnie jak na Zachodzie przemianami w obrazie chorób* (Ostrowska, 2006, s. 187) i zdominowaniem rynku medycznego przez choroby przewlekłe, długotrwałe. Zmiany w obrazie epidemiologicznym współczesnych społeczeństw pozwoliły pacjentowi, na ile jest to możliwe, stać się ekspertem i *subiektywnym dopełnieniem obiektywnej wiedzy medycznej lekarza* (Ostrowska, 2006, s. 187). Specyfika chorób przewlekłych sprawia, że pacjenci na co dzień samodzielnie realizują terapię, rola zaś specjalisty ograniczona jest do kontrolowania jej przebiegu i doradzania. W tak ukształtowanym procesie leczenia łatwiej buduje się model partnerski.

W XXI wieku paternalistyczny model relacji lekarz – pacjent nie jest możliwy do zastosowania nawet wśród najmłodszych pacjentów. Działanie paternalistyczne może być uzasadnione tylko wtedy, gdy pacjentowi grozi bezpośrednia utrata życia (np. w przypadku pękniętego tętniaka aorty brzusznej, gdy pacjent jest nieprzytomny w momencie przyjęcia do szpitala) (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009, s. 271). Podobny pogląd podziela Ostrowska, twierdząc, że model partnerski jest możliwy, gdy *choroba pacjenta, jego dolegliwości i możliwości terapeutyczne stwarzają pole do negocjacji. Nie są one możliwe gdy pacjent jest nieprzytomny*

lub też dolegliwości odczuwalne przez niego są tak silne czy zagrażające życiu, że zdaniem lekarza jest przede wszystkim szybka reakcja eliminująca ostre symptomy (Ostrowska 2006, s. 185). Paternalizm może być moralnie usprawiedliwiony w przypadku osób, które nie mają autonomii lub których autonomia jest częściowo ograniczona (Beauchamp, McCullough, 1984). Dotyczy to między innymi nieprzytomnych, ale także dzieci, chorych psychicznie i osób mogących stanowić zagrożenie dla siebie i otoczenia (Gajewski, 2005). W takich sytuacjach zarówno Kodeks Etyki Lekarskiej (art. 15), jak i Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 33) dopuszcza możliwość podjęcia decyzji o wykonaniu działania leczniczego czy czynności diagnostyki laboratoryjnej bez zgody pacjenta, ze względu na stan wyższej konieczności związany z zagrożeniem życia lub zdrowia pacjenta. Zastosowanie modelu paternalistycznego, redukującego rolę chorego w procesie diagnostyki i leczenia, w innym wypadku niż wskazane powyżej narusza szereg praw pacjenta (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009), w tym prawa do autonomii zagwarantowanego m.in. w Konstytucji RP (2017, art., 30,31,32,37,39,40 i 47), ustawie o zakładach opieki zdrowotnej (art. 19), ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31,32,34) oraz Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 12,13), a rozumianego jako prawo do zaakceptowania/ odrzucenia proponowanych przez specjalistę metod w procesie diagnozowania i leczenia. Możliwość skorzystania z tego prawa mają pacjenci posiadający tzw. *kompetencję decyzyjną*, a więc pełną wiedzę (zrozumienie informacji przekazywanej od lekarza), możliwość oceny korzyści, strat i ryzyka związanego z proponowanymi metodami oraz gotowość wzięcia odpowiedzialności za swoje decyzje (Wroński, Bocian, Depta, Cywiński, Dziki, 2009, s. 271).

Budowanie modelu partnerskiego jest łatwiejsze, gdy pacjent posiada choć elementarną wiedzę i kulturę medyczną oraz kiedy

obszary doświadczeń (Goban-Klas, 2005) podmiotów interakcji są ze sobą zbieżne (Jaroszevska, 2019). Jednakże brak tych elementów nie powinien być barierą w budowaniu relacji partnerskich, a jedynie trudnością czy wyzwaniem do pokonania. Dotyczy to także pacjenta obcokrajowca. Słusznie zauważa Ostrowska, że model paternalistyczny i partnerski to typy idealne i w praktyce stanowią rodzaj continuum obu orientacji, które stosowane są z mniejszą lub większą przewagą obu elementów (Ostrowska, 2006). Ostrowska podkreśla, że w niektórych sytuacjach do modelu paternalistycznego dążą sami pacjenci, bowiem *niektórym z nich odpowiada rola „ubezwłasnowolnionych” w chorobie, nie obarczonych ciężarem podejmowania decyzji dotyczących własnego zdrowia* (Ostrowska, 2006, s. 186). Co więcej skracanie dystansu podczas niektórych procedur badawczych (np. badania ginekologiczne) może zagrażać poczuciu godności pacjentki. Definiowanie takiej sytuacji jako czysto medycznej pomaga przezwyciężyć dyskomfort, a jednocześnie nie wyklucza modelu partnerskiego w dalszej części interakcji.

Socjologiczna perspektywa analizuje komunikację między personelem medycznym a pacjentem jako relację osób odgrywających określone role społeczne. To z nich wynikają zarówno przywileje, jak i obowiązki każdej ze stron. Obowiązkiem lekarza jest m.in. *budowanie i podtrzymywanie odpowiedniej relacji z pacjentem, zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, atmosfery zaufania, a także udzielanie fachowej pomocy medycznej. Podstawowym narzędziem służącym lekarzowi do realizacji tych celów jest komunikacja (...), [dzięki której nie tylko może] przekazać określoną informację, ale też wpłynąć na postawy, zachowania i samopoczucie chorego* (Doroszewska, 2017, s. 19). Obie strony relacji charakteryzują się odmiennymi perspektywami. Perspektywa lekarza jest profesjonalna i instytucjonalna,


pacjenta – emocjonalna i subiektywna. Pierwszy odwołuje się do faktów i wiedzy, starając się postawić diagnozę i nadać kierunek leczenia, uwzględniając biurokratyczno-organizacyjne wymogi instytucji, w której pracuje oraz potrzeby innych pacjentów. Drugi koncentruje się tylko na sobie, emocjonalnie podchodząc do zmian i ograniczeń, jakie choroba powoduje w jego życiu prywatnym, rodzinnym czy zawodowym. Instytucje medyczne zaś analizuje tylko pod kątem jakości usług, w tym jej wyglądu, wyposażenia, czasu oczekiwania czy otwartości personelu. Choć perspektywy wydają się na wskroś odmienne, jest element, który może być fundamentem wspólnego działania i budowania relacji partnerskiej. Obie strony dążą do tego samego celu – poprawy stanu zdrowia pacjenta.

Potrzeba systemowych rozwiązań, które odpowiadałyby na systematyczny wzrost liczby pacjentów cudzoziemców i ich potrzeby. *Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie podkreśla, że nie ma przepisów regulujących kwestie postępowania lekarza w przypadku braku możliwości porozumienia się z pacjentem, który jest obcokrajowcem(...)[co więcej] regulacje prawne nie nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą dodatkowych obowiązków związanych z zapewnieniem komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi. Placówka medyczna nie ma więc obowiązku zapewnienia tłumacza określonego języka. (...) Także przepisy regulujące zasady postępowania z pacjentami w stanach nagłych nie uwzględniają różnic językowych.* (Agnieszka Pochręst-Motyczyńska, 2019, online). Wydaje się, że ten obszar powinien być doprecyzowany odpowiednimi przepisami, gwarantującymi pacjentom prawo do pełnej informacji na temat stanu zdrowia i dalszych procedur medycznych oraz konkretnymi wytycznymi dla instytucji medycznych.

Innym działaniem ułatwiającym kontakt z pacjentem cudzoziemcem byłoby lepsze

zaznajomienie personelu medycznego (być może jeszcze na etapie studiów medycznych) z literą prawa w zakresie korzystania przez obcokrajowców z opieki zdrowotnej, przygotowanie pełniejszej informacji dla cudzoziemców (w językach ojczystych) na temat funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, lepsze oznakowanie przychodni, szpitali i innych punktów medycznych pod kątem pacjentów zagranicznych, strony internetowe instytucji medycznych prowadzone w językach obcych. Rozwiązaniem mogłoby być również stworzenie listy przychodni/specjalistów, którzy biegle posługują się językiem obcym lub wyznaczenie osoby (zwłaszcza w dużych instytucjach) do pełnienia roli tłumacza w sytuacjach problemów komunikacyjnych.

Warto także zaznaczyć konieczność rozwijania przez personel medyczny nie tylko wiedzy i umiejętności technicznych, ale również socjalnych i kulturowych (Kiszka, Ozga, Mach, Krajewski, 2018), w tym tak zwanych kompetencji międzynarodowych dotyczących zarówno wiedzy, jak i umiejętności radzenia sobie w środowisku wielokulturowym. Proces nabywania owych kompetencji powinien dotyczyć zarówno międzynarodowej spostrzegawczości (aspekt behawioralny skupiający się na umiejętnościach komunikacyjnych), świadomości (aspekt poznawczy rozumienia różnic) oraz wrażliwości (skupienie się na pozytywnych emocjach ukierunkowanych na różnice kulturowe) (Ślifirczyk, 2019).

Biorąc pod uwagę systematyczny wzrost liczby obcokrajowców w Polsce, im szybciej zostaną wprowadzone rozwiązania systemowe, tym z większą korzyścią będzie to dla pacjentów, personelu medycznego i całego systemu opieki zdrowotnej. 

Dr n. hum. Katarzyna Pawlak-Sobczak – doktor nauk społecznych w zakresie socjologii. Asystent w Zakładzie Patologii Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Członek Polskiego Towarzystwa Socjologicznego i Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej

Afilacja:

Zakład Patologii Społecznych

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

e-mail: katarzyna.pawlak@umed.lodz.pl

Bibliografia

- Aleksandrowicz, J. (1972). W poszukiwaniu definicji zdrowia, *Studia Filozoficzne*, 9, s. 21–31.
- Andrys – Wawrzyniak, I., Jabłecka, A. (2009). Zagadnienie komunikacji w relacji badacz-pacjent w badaniach klinicznych, *Farmacja współczesna*, nr 2.
- Arasaratnam, L.A., Doerfel, M.L. (2005). Intercultural communication competence: Identifying key components from multicultural perspectives, *International Journal of Intercultural Relations*, 29, s. 137–163.
- Barański, J. (2002). Interakcja lekarz – pacjent. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.). *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Beauchamp, T.L., McCullough L.B. (1984). *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of Physicians*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bell, R.A., Leroy J.B., Stephenson J.J. (1982). Evaluating the mediating effects of social support upon life events and depressive symptoms, *Journal of Community Psychology*, nr 10, s. 325–340.
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications. Revised Edition*. New York: George Braziller.
- Bik, B. (2001). Koncepcja promocji zdrowia. W: Czupryna, A., Poździuch, S., Ryś, A., Włodarczyk, W.C. (red.). *Zdrowie publiczne*, Kraków: UWM Versalius.
- Bloch, N., Czerniejewska, I., Jóźwiak, I., Mińkowska A., Romanowicz, A. (2010). *Cudzoziemcy w Poznaniu. Praca, zdrowie, edukacja. Raport z badań*. Pobrane z: <https://ec.europa.eu/migrant-integration/?action=media.download&uuiid=2A282457-0CDD-231B-E4080D0A8666768D> (dostęp: 7.07.2020)
- Bloom, S. W., Wilson, R.N. (1979). Patient-practitioner relationships. W: Freeman, H.E., Levine, S., Reeder L.G. (red.), *Handbook of medical sociology. Third Edition*. New Jersey: Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs.
- Borzucka-Sitkiewicz, K. (2006). *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Capra, F. (1987). *Punkt zwrotny*. Warszawa: PIW.
- Chrzanowska, A., Klaus, W. (2011). Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań. W: A. Chrzanowska, W. Klaus (red). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s.9–22). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Cianciara, D., Dudziak, K., Lewczuk, A., Pinkas, J. (2012). Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93 (1) s. 143–150.
- Collantes, S. (2011). Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w krajach Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach. W: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia niedokumentalnych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 113–142). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Cookerham, W.C. (2007). *Medical sociology*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Cornford, C.S., Cornford, H.M. (1999). I'm only here because of my family. A study of lay referral network, *British Journal of General Practice*, Vol 49, s. 617–620.
- Coulter, A. (2002). Patients' views of the good doctor, *British Medical Journal*, nr 325(7366) s. 668–669.
- Danielewicz, M. (2016). *Obcokrajowiec to pacjent drugiej kategorii?*. Pobrane z: <https://plus.gloswielpolski.pl/obcokrajowiec-to-pacjent-drugiej-kategorii/ar/11642815> (dostęp 07.05.2020)
- Czarnecka, M. (2008). Subiektywne koncepcja zdrowia i choroby oraz ich determinanty. W: Bartkowiak, G. (red.). *Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Teoria i praktyka* (s. 30–39). Poznań: Wyd Naukowe UM.
- Czerska, I. (2016). Relacje lekarz-pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. *Handel wewnętrzny*, 5 (364) s. 37–45.
- Czykwin, E. (2016). Stereotypizacja i stygmatyzacja – podstawy teoretyczne. W: Krajewska-Kułak, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.). *Pacjent „inny” wyznawaniem opieki medycznej*. (s. 27–46) Poznań: Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM.
- Dąbrowska, K., (2008). W jakim kierunku zmierzają relacje pomiędzy lekarzem, a pacjentem w Polsce? *Pediatr Med. rodz*, 4(4), s. 278–281.
- Dobrowoska, B. (2010). *Wprowadzenie do medycyny etyki troski*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu. W: Dolińska-Zygmunt, G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 9–29). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Doroszewska, A. (2017). Ogólne zasady komunikowania się lekarza i pacjenta. Etyka komunikacji. W: Ostrowska, A. (red.), *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej* (s. 15–40). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Drozd-Garbacewicz, M. (2015). *Współczesna rola pacjenta hospitalizowanego w interakcji z lekarzem – między konfliktem a równowagą*. Pobrane z: <https://pbc.gda.pl/Content/51367/doktorat%20DROZD-GARBACEWICZ%20Małgorzata.pdf> (dostęp 10.07.2020)
- Duch-Krzystoszek, D. (2009). Korzystanie ze służby zdrowia. Uwarunkowania mikrostrukturalne i makrostrukturalne. W: Ostrowska, A. (red.) *Socjologia medycyny, Podejmowane problemy, kategorie analizy* (s.261–282), Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Emanuel, E.J., Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship, *The Journal of the American Medical Association*, 267(16).
- Freidson, E. (1960). Client Control and Medical Practice, *American Journal of Sociology*, Vol. 65, s. 374–382.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Forsal. (2020). Uchodźcy w Polsce. Najwięcej wniosków w 2019 roku złożyli Rosjanie i Ukraińcy. *Pobrane z: https://forsal.pl/artykuly/1452962,uchodzcy-w-polsce-najwiecej-wnioskow-w-2019-roku-zlozyli-rosjanie-i-ukraincy.html* (dostęp 15.05.2020)
- Gajewski, W.T. (2005). Z problematyki bioetycznej. Paternalizm czy partnerstwo? *Eskulap Świętokrzyski nr 11*. Pobrane z: <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil56/gazeta/numery/n2005/n200511/n20051108> (dostęp: 10.07.2020)
- Goban-Klas, T. (2005). *Media i komunikowanie masowe. Teorie i analizy pracy, radia, telewizji i Internetu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzymała-Moszczyńska, H., Nowicka, E. (1998). *Goście i gospodarze. Problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- GUS. (2019). *Turystyka w 2018 roku –raport*. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport/turystyka/turystyka-w-2018-roku,1,16.html> (dostęp 10.05.2020)
- Hall, E. (2001). *Ukryty wymiar*. Warszawa: PIW.
- Heszen-Niejodek, I. (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Jabłecka, B. (2012). *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*. Warszawa: Instytut spraw publicznych.
- Janowska, A., Grześk, E., Kubica, A., Kozińska, M., Grąbczewska, Z. (2010). Specyfika współpracy lekarz – pacjent w pediatrii, *Folia Cardilogica Excerpta*, nr 5, 2, s. 74–77.
- Jaros, M.J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubbza, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji

- lekarz-pacjent-rodzina, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, t. 18, nr 3 s. 212–218.
- Jaroszewska, E. (2019). Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem i jego rodziną. W: Krajewska-Kułak, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.) *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* (s. 185–200). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Jołkiewicz, D. (2011). *Kobiety w naukach medycznych wczoraj i dziś, Nauka i szkolnictwo wyższe*, nr 2/38, s. 35–47.
- Kacperczyk, A. (2006). *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź: UŁ.
- Kęsy, M. (2012). *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*. Karków: UJ.
- Kiszka, J., Ozga, D., Mach, A., Krajewski, R. (2018). Udzielanie pomocy pacjentom odmiennym kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie, *Pielęgniarstwo XXI w*, Vol.17 nr 1(62), s. 30–36.
- Kłerek, N. (2011). Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w opinii cudzoziemców. W: *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia niedokumentalnych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 45–112). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrane z: https://nil.org.pl/uploaded_files/1574858112_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp 20.05.2020)
- Konopka, M.N. (2016). *Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka*. Kraków: IDMiKS UJ
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, *Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 (Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477)*.
- Korporowicz, V. (2006). *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*. Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie – Oficyna Wydawnicza.
- Kubitsky, J. (2012). *Psychologia migracji*. Warszawa: Wydawnictwo Delfin.
- Kuczyńska, A.. (2001). Modele kontaktu lekarza z pacjentem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: UW.
- Kulik, BT. (2000). Koncepcja zdrowia w medycynie. W: Kulik, BT., Wrońska, I. (red.), *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych* (s. 15–38). Stalowa Wola: Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej.
- Lalonde, M. (1978). *A new perspective on the health of Canadians. A working Document*. Ottawa: Government of Canada.
- Laskowski, K. Krajewska-Kułak, E., Filon, J. (2015). Uchodźcy jako przyszli odbiorcy usług medycznych z perspektywy studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, *Piel. Zdr. Publ*, 5,2, s. 159–171.
- Leavy R. L. (1983). Social support and psychological disorder: A review, *Journal of Community Psychology*, nr 11, s. 3–21.
- Lurka, K. (2019). Przychodzi cudzoziemiec do lekarza, a... dyrektor ma problem. Pobrane z: <https://www.termedia.pl/mz/Przychodzi-cudzoziemiec-do-lekarza-a-dyrektor-ma-problem,35899.html> (dostęp 18.05.2020)
- Maciąg, A. (2011). Kulturowe uwarunkowania komunikacji interpersonalne w relacjach lekarz-pacjent, *Studies and Proceeding of Polish Association for Knowledge Management*, nr 55, s. 16–25.
- Makara-Studzińska, M. (2012). *Komunikacja z pacjentem*. Lublin: Czelej.
- Maśliński, K. (2011). Prawne regulacje w zakresie dostępu do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce. W: Chrzanowska, A., Klaus, W. (red.). *Poza systemem – Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce* (s. 23–44). Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Ministerstwo Sportu i Turystyki (2018). Charakterystyka przyjazdów nierezydentów do Polski w 2017 roku – raport. Pobrane z: <https://www.msit.gov.pl/pl/turystyka/badania-rynk-turystycz/statystyka-komunikaty-i/7834,Wiecej-turystow-zagranicznych-w-Polsce-w-2017-roku.html> (dostęp 10.05.2020)
- Ministerstwo Zdrowia (2020). *Finansowanie leczenia cudzoziemców w Polsce*. Pobrane z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/finansowanie-leczenia-cudzoziemcow-w-polsce> (dostęp 25.05.2020)
- Mirowska, A. (2010). Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. W: Bloch, N. Goździak, E.M. (red.) *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji, na rynku pracy i w opiece zdrowotnej* (s. 145–170). Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Mroczkowska, R. (2013). Odmiennosc kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarstwa i położnictwa. *Pielęgniarstwo Spec*. 1(1), s. 27–31.
- Nettleton, S. (2001). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nowosielska, K. (2016). Szpitalom rosną długi przez nieubezpieczonych pacjentów. Pobrane z: <https://www.rp.pl/Zadania/304189890-Szpitalom-rosna-dlugi-przez-nieubezpieczonych-pacjentow.html> (dostęp: 10.07.2020)
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Ostrowska, A. (1997). Prozdrowotne style życia. *Promocja Zdrowia, Nauki Społecz Med.*, 4(10–11), s. 7–24.
- Ostrowska, A. (2006). Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie. W: Domański, H., Ostrowska, A., Sztabiński, P. B. (red.) *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego*. (s. 185–200). Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (2009). Modele relacji pacjent-lekarz. W: Ostrowska, A. (red.) *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska, A. (2017). Wprowadzenie. W: Ostrowska, A. (red.) *Jak rozmawiać z pacjentem? Anatomia komunikacji w praktyce lekarskiej* (s. 7–14). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.
- Quill, T.E. (1983). Partnership in patient care: a contractual approach, *Annals of Internal Medicine*, 98(2) .
- Palińska, E. (2017). *Ile wydają szpitale na leczenie nieubezpieczonych cudzoziemców?* Pobrane z: <https://zdrowie.trojmiasto.pl/Ile-traca-szpital-na-leczeniu-nieubezpieczonych-cudzoziemcow-n117079.html> (dostęp: 14.07.2020)
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Parsons, T. (2009). *System społeczny* tłum. M. Kaczmarczyk. Kraków: Zakład wydawniczy Nomos.
- Piątkowski, W. (2002). Zdrowie jako zjawisko społeczne. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.) *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Pierloot, R.A. (1983). Different Models in the Approach to the Doctor — Patient Relationship, *Psychother Psychosom*, nr 39, s. 213–224, Za: Tobiasz-Adamczyk, B., Bajka, Marman, G. (1996). *Wybrane elementy socjologii i zawodów medycznych* Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Płaszewska-Żywko, J.(2010). Model Hoyce Newman Giger i Ruth Eleine Davidhizare. W: Krajewska-Kułak, E., Wrońska, I., Kędziora-Kornatowska, K. (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pochrzęst-Motyczyńska, A. (2019). *Przychodzi cudzoziemiec do lekarza, a ten mu rękoma tłumaczy, że miał zawał*. Pobrane z <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-ma-sie-porozumiec-lekarz-z-pacjentem-ktory-jest-obcokrajowcem,374398.html> (dostęp 25.05.2020)
- Urząd do Spraw Cudzoziemców (2020). *Zarejestrowanie pobytu*. Pobrane z: <https://udsc.gov.pl/cudzoziemcy/obywatele-ue-oraz-eogszwajcarii-i-czlonkowie-ich-rodzin/wymagane-formalnosci/obywatele-ue/zarejestrowanie-pobytu/> (dostęp 12.05.2020)
- Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408)
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417).
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. 2003 nr 128 poz. 1176).
- Schumacher, J.D., Ward, T. (2001). *Cultural Cognition and Psychopathology*, Westport: Prager.
- Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania, *Przegląd Psychologiczny*, 3, 35, s. 351–363.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia-zarys problematyki, *Nauki Społecz Med.*, 1–2, s. 37–52.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich
- Strzemieczna, M., Imiela, J. (2017). Cudzoziemcy jako pacjenci w polskim systemie opieki zdrowotnej. Sytuacja prawna, *Polityka społeczna*, Vol 44, nr 11–12 (524–525) s. 17–23.
- Szasz, T. S., Hollender, M. H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Model of the Doctor-Patient Relationship, *Archives of Internal Medicine*, 97, s.585–592.
- Szymański, D. (2015). *Polacy o lekarzach – raport badawczy*. Pobrane z: <https://www.slideshare.net/DorianSzymanski/polacy-o-lekarzach-raport-badawczy-lipiec-2015> (dostęp 20.05.2020)
- Synowiec-Piłat, M. (2002), Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie. W: Barański, J., Piątkowski, W. (red.). *Zdrowie i choroba, wybrane problemy socjologii medycyny*. (s. 89–96) Wrocław: Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Oficyna Wydawnicza ATUT.
- Synowiec-Piłat, M. (2013). Podjęcie decyzji o korzystaniu z usług medycznych w kontekście koncepcji lay referral system. Przypadek chorób nowotworowych, *Folia Socjologiczne*, 45, s. 131–145.
- Ślifirczyk, A. (2019). Zasady komunikacji międzykulturowej w ochronie zdrowia. W: Krajewska-Kułak, E., Guzowski, A., Bejda, G., Lankau, A. (red.) *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej* (s. 173–184). Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia, *Probl Hig Epidemiol*, 94 (4), s. 667–674.
- Wagner, A. (2015). Miejsce deliberacji w procesie podejmowania decyzji o leczeniu. Komunikowanie między lekarzem i pacjentem w perspektywie socjologicznej, *Zeszyty Prasoznawcze*, T, 58, nr 2 (222), s. 213–223.
- Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych (2020). *Transkulturowość, Implus*. Dodatek do nr 1–2.
- Williams, S., Weinmen, J., Dale J. (1998). Doctor-patient Communication and patient Satisfaction: a Review, *Family Practice*, Vol. 15, No. 5, s. 480–492.
- Wołowik, W. (1998). *Język ciała międzynarodowy*. Kraków: Wydawnictwo Atlas III.
- Wojnarowska, B. (2013). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak, M., Brukwicka, I., Kopański, Z., Kollar, R., Kollarova, M., Bajger B. (2015). Zdrowie i kultura zdrowotna, *Journal of Clinical Healthcare*, 4/2015, s. 10–14.
- Wróński, K., Bocian, R., Depta, A., Cywiński, J., Dziki, A. (2009). Opinie pacjentów na temat modelu paternalistycznego w relacji lekarz-pacjent. Prawne aspekty autonomii pacjenta w opiece zdrowotnej, *Nowotwory. Journal of Oncology*, vol.59 nr 4 s. 266–273.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent, *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ. Nauki Ścisłe*, nr 11 (2/2015), s. 35–55.
- Zgliczyński, W., Cianciara, D. (2013). Pacjenci obcokrajowcy w opiniach polskich lekarzy, *Hygeia Public Health* 48(1) s. 120–124.

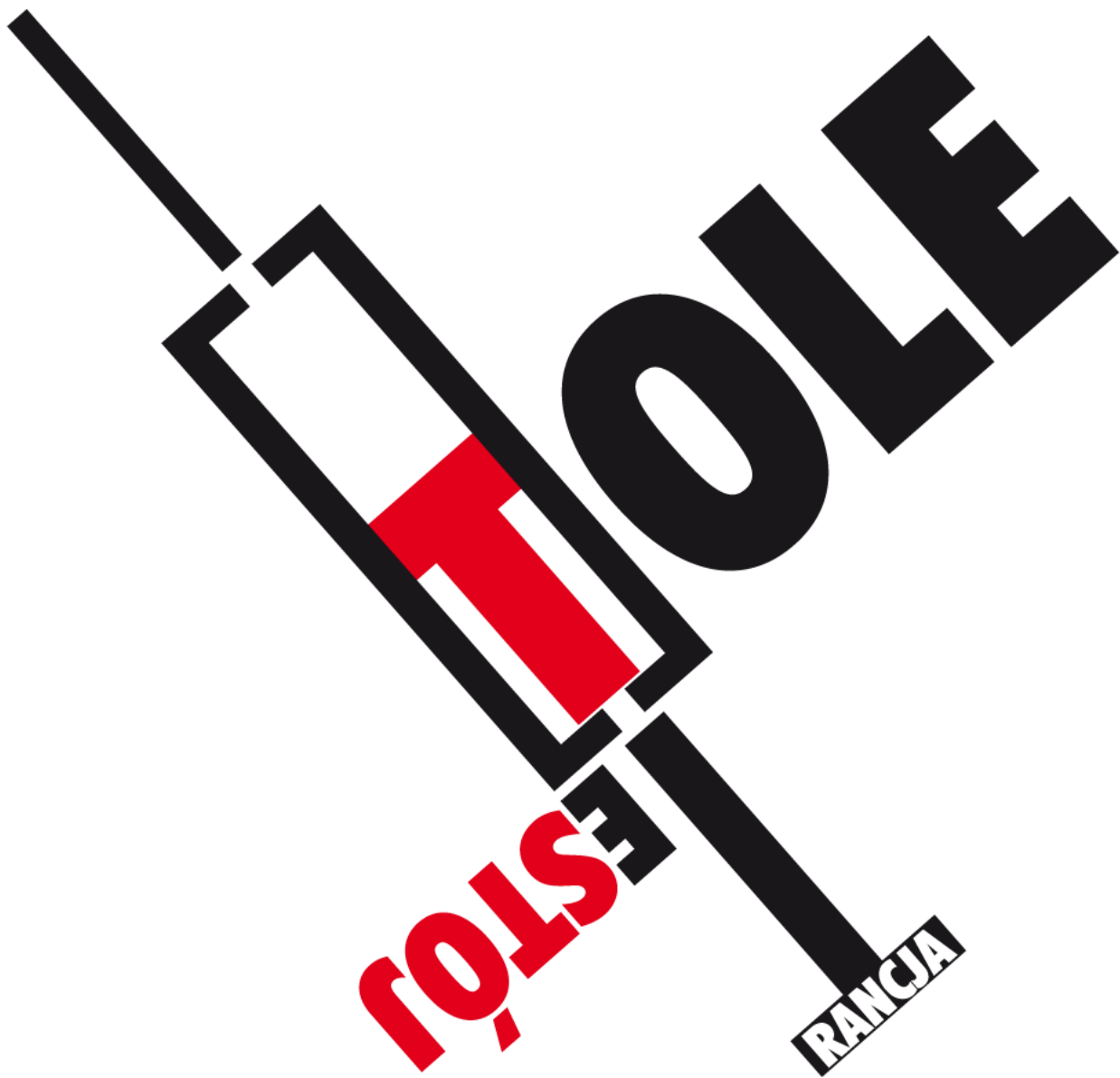
The partnership model in the relationship between medical staff and patient – foreigner. Opportunities versus barriers

Abstract

The shift away from the traditional paternalistic models based on a dominant, authoritarian position of a specialist, to the partnership and cooperation is increasingly being emphasized. Modern models pay attention to the patient's participation in the process of diagnosis and treatment and his shared responsibility for the effects of therapy. Communication should have to directions and should base on the principle of agreement. Medical staff become an advisor and guide, not an authoritarian manager. The patient has the freedom to decide, his rights, autonomy and dignity are emphasized. Attention is also paid to the importance of the patient's family in the process of diagnosis and treatment. However, in practice, these recommendations are not always respected. The realization of so-called the partnership model when that partner is a foreigner can be even harder. Although European and national laws describing the rights of foreigners in Poland to receive health care, stress that having a valid insurance in our country guarantees equality in access to health services and their quality, the practice points to numerous barriers in this regard, from language problems to personal prejudices of medical staff. The main purpose of the article is to characterize these barriers, as well as to try to answer the question whether and under what conditions it is possible to use the partnership model in the relationship between medical staff and patient foreigner.

Keywords:

the relationship between medical staff and patient, the partnership model, foreigner.



Dostęp imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim – konstruowanie pola międzysektorowej współpracy

JACEK MIANOWSKI
UNIWERSYTET GDAŃSKI

Abstrakt

Migracja ludzi to przemieszczenie się ich z jednej lokalizacji do innej. Zmiana miejsca zamieszkania powoduje, że migranci stoją przed nowymi dla siebie wyzwaniami. Proces migracji warunkują różne zmienne m.in. zdrowie. W związku z tym możliwości i ograniczenia w dostępie migrantów do systemu opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym mogą profilować przebieg procesu migracji. W tym kontekście potrzebna jest wielosektorowa współpraca na rzecz tworzenia promigranckich systemów zdrowia, które uwzględnią kulturową i językową specyfikę migrantów oraz deficyt ich wiedzy na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Migranci potrzebują bowiem informacji, jak efektywnie korzystać z usług ambulatoryjnych i medycznych w przychodni i szpitalu.

Od 2014 roku Polska coraz częściej korzysta z pracowników zagranicznych, żeby wypełnić luki zatrudnienia na rynku pracy. Województwo pomorskie jest jednym z regionów Polski, do którego przybywają cudzoziemcy z zamiarem podjęcia pracy zarobkowej. Przyjeżdżają tutaj cudzoziemcy, którzy nie mają odpowiednich dokumentów, ale też legalnie przebywają obcokrajowcy, którzy nie mają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu nielegalnego zatrudnienia. Są też osoby legalnie zatrudnione, które mają ubezpieczenie zdrowotne, ale nie wiedzą, jak w pełni skorzystać z dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Niniejszy tekst jest próbą określenia pola międzysektorowej kooperacji pomorskich instytucji samorządowych, pozarządowych i prywatnych, które wspierają migrantów w dostępie do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*.

Słowa kluczowe:

migracja, zdrowie, kooperacja międzysektorowa, region pomorski.

Wprowadzenie

Migracja ludzi to przemieszczenie się ich z jednej lokalizacji do innej (Villa i Raviglione, 2019, s. 46). Może to dotyczyć migracji ze wsi do miasta (*rural-to-urban*), z jednego miasta do innego miasta (*urban-to-urban*) (Skeldon, 2018, s. 5) w granicach tego samego kraju lub z kraju do kraju. Ze względu na zasięg terytorialny migracje możemy zatem podzielić na wewnętrzne i zewnętrzne. Osoby, które migrują za granicę swojego kraju, to migranci międzynarodowi. Statystyki informują, że w 2019 roku kraj zamieszkania zmieniło 272 miliony ludzi (3.5 % ludności świata). Z kolei osoby, które przemieszczają się wewnątrz kraju zamieszkania, to migranci wewnętrzni. Według danych z 2009 roku wewnątrz kraju swojego zamieszkania migrowało 740 milionów ludzi (IOM, 2020, s. 21).

Osoby, które decydują się na migrację różni zasięg, motyw i czas migracji. Zdarza się jednak, że trudno jest określić dokładnie, kto jest migrantem. Z jednej strony bowiem dzieci, które urodziły się w rodzinach migranckich nazywa się drugim czy trzecim pokoleniem migrantów, mimo tego, że nigdy nie migrowały. Dotyczy to też osób, które urodziły się, wzrastają i przebywają w danym kraju, a mimo to nie mają obywatelstwa tego kraju (IOM, 2020, s. 29). Z drugiej strony osoby, które wracają do kraju pochodzenia po długiej międzynarodowej migracji nie są klasyfikowane jako migranci, mimo że mają za sobą podróże i doświadczenie migracyjne (Skeldon, 2018, s. 1). Wyznacznikiem uznania kogoś za migranta może być doświadczenie migracyjne jako wynik obligacji zmiany miejsca dotychczasowego miejsca przebywania. Łączy to migrację np. z przyczyn ekonomicznych i politycznych.

Proces migracji warunkują różne zmienne m.in. zdrowie, które szeroko rozumiane jako potencjał w wymiarze fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym pozwala migrantowi

wypełniać społeczne oczekiwania związane z pełnieniem ról w rodzinie, społeczności czy miejscu pracy (Smith, Tang, Nutbeam, 2006, s. 344). Zależnie od fazy procesu migracji (etap przedwyjazdowy, podróż, osiągnięcie miejsca docelowego, przerwanie pobytu w kraju przyjęcia, powrót do kraju pochodzenia) (Zimmerman, Kiss, Hossain, 2011) zdrowie warunkuje sposób realizacji scenariusza migracji. W związku z tym możliwości i ograniczenia w dostępie migrantów do systemu opieki zdrowotnej w kraju przyjmującym mogą profilować przebieg procesu migracji. Niniejszy tekst jest próbą określenia relacji migracji i zdrowia w kontekście działań kooperacyjnych, które w województwie pomorskim podejmują instytucje samorządowe, pozarządowe i prywatne w celu wsparcia migrantów w dostępie do systemu opieki zdrowotnej.

Migracja i zdrowie w wymiarze globalnym, kontynentalnym i lokalnym

Przyczyną migracji ludzi może być m.in. ubóstwo, bezrobocie, konflikt zbrojny czy naturalny kataklizm. Celem większości ludzkich migracji jest więc chęć poprawy jakości życia (Rausa i Lloyd, 2012, s. 3) i zmiany swojego statusu społeczno-ekonomicznego. Efektywność osiągnięcia celów migracyjnych odzwierciedlają sumy przekazów pieniężnych, jakie migranci przesyłają do kraju pochodzenia (500 bilionów USD w 2016 roku). Sumy te dowodzą, że migracje ludzi są korzystne zarówno dla kraju pochodzenia, jak i przeznaczenia (Villa i Raviglione, 2019, s. 46). Większość migrantów zewnętrznych migruje w poszukiwaniu pracy, ze względu na rodzinę lub w celu podjęcia nauki. Ruchy migracyjne powodują etnokulturowe różnicowanie się krajów europejskich (Bischoff, Chiarenza, Loutan, 2009, s. 10). Wzrost ilości migrantów w krajach europejskich implikuje pracę nad jakością relacji

mieszkańców i migrantów w granicach kraju przyjmującego, ale także współpracę między krajami przyjmującymi, np. na polu ekonomicznym, edukacyjnym, zdrowotnym, społecznym czy kulturowym.

Zmiana miejsca zamieszkania powoduje, że migranci stoją przed nowymi dla siebie wyzwaniami. W związku z tym migranci w Europie mają deficyt wiedzy na temat funkcjonowania instytucji w kraju przyjmującym, w tym np. jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej. Migranci potrzebują m.in. informacji, jak efektywnie korzystać z usług zdrowotnych. Dotyczy to zarówno informacji na temat możliwości korzystania z usług ambulatoryjnych, jak i usług medycznych w szpitalu. Optymalizacja poprawy efektywności dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej wymaga kompleksowych działań. Przykładem takich działań jest europejski projekt *Szpitali Przyjaznych Migrantom (Migrant Friendly Hospitals – MFH)*, który zrealizowano w latach 2002–2004. W projekcie wzięły udział szpitale z 12 europejskich krajów: Austrii, Danii, Finlandii, Francji, Niemiec, Grecji, Irlandii, Włoch, Holandii, Hiszpanii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. W tworzeniu założeń projektu ważną rolę odegrały Narodowe i Regionalne oddziały sieci *Szpitali Promujących Zdrowie (Health Promoting Hospitals)* pod egidą Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). W projekcie uczestniczyły m.in.: metropolitalne szpitale uniwersyteckie i wspólnotowe szpitale w małych miastach, podmioty publiczne i prywatne, a także organizacje pożytku publicznego. Celem projektu było wzmocnienie roli szpitali w promowaniu zdrowia i wiedzy na temat zdrowia migrantów i mniejszości etnicznych w Unii Europejskiej oraz poprawa usług szpitalnych adresowanych do tego typu odbiorców poprzez określenie norm jakości i rozwój oraz świadczenie usług przyjaznych migrantom i przedstawicielom mniejszości etnicznych. W aspekcie merytorycznym projekt oferował m.in. szkolenie

na temat przyjaznej migrantom obsługi w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz szkolenia personelu medycznego rozszerzające ich kompetencje kulturowe. Wyniki projektu zostały zaprezentowane w grudniu 2004 w Amsterdamie podczas konferencji pn. *Szpitala w Zróżnicowanej Kulturowo Europie (Hospitals in Culturally Diverse Europe)*. Doświadczenia projektowe zostały wykorzystane do sformułowania rekomendacji dla Europy (Bischoff i in., 2009).

Związki migracji i zdrowia były także przedmiotem refleksji w 2008 roku na forum Światowego Zgromadzenia na temat zdrowia (*World Health Assembly*), które przyjęło *Rezolucję* w sprawie zdrowia migrantów. W konsekwencji tego zdarzenia w 2010 roku Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*), Międzynarodowa Organizacja na rzecz Migrantów (*International Organization for Migrants*) i rząd Hiszpanii zorganizowały w Madrycie pierwsze *Globalne Konsultacje (The First Global Consultation on Migrant Health)* dotyczące problematyki relacji zdrowia i migracji. Podczas *Konsultacji* zostały zaproponowane operacyjne ramy implementacji *Rezolucji* w krajach członkowskich WHO. Potwierdzono wówczas potrzebę wielosektorowej współpracy na rzecz tworzenia promigranckich systemów zdrowia, które uwzględnią kulturową i językową specyfikę relacji migrantów jako odbiorców działań systemu opieki zdrowotnej (Fortier, Mosca, Weekers, 2017; Villa i Raviglione, 2019, ss.46–47; IOM, 2020, s.15).

Od 2014 roku Polska coraz częściej korzysta z pracowników zagranicznych, żeby wypełnić luki zatrudnienia na rynku pracy. W 2016 roku pracowało w Polsce 473 112 cudzoziemców. Najwięcej w województwie mazowieckim (145 752 osoby). W trzech innych województwach liczba pracowników cudzoziemców przekroczyła 40 tysięcy. Dotyczy to województwa: dolnośląskiego (45 356 osób),

małopolskiego (44 682 osoby) i wielkopolskiego (40 647). W województwie śląskim pracowało 31 618 osób, w województwie łódzkim 27 673 osoby a w województwie pomorskim 23 773 osoby (GUS, 2018). Województwo pomorskie plasuje się więc na 6 miejscu w Polsce pod względem liczby zatrudnianych pracowników cudzoziemców. Z danych *Pomorskiego Obserwatorium Rynku Pracy* wynika, że w powiatowych urzędach pracy województwa pomorskiego zarejestrowano w 2019 roku ogółem 128,8 tys. oświadczeń o powierzeniu wykonywania pracy obywatelom Armenii, Białorusi, Mołdawii, Federacji Rosyjskiej, Gruzji i Ukrainy bez konieczności uzyskania zezwolenia na pracę (z tego 64,2 tys. oświadczeń wydano w Urzędzie Pracy w Gdańsku). 87 % wszystkich oświadczeń (112,3 tys.) pracodawcy powierzyli osobom z Ukrainy.

W IV kwartale 2019 roku (XI/XII) na zlecenie *Wojewódzkiego Urzędu Pracy* w Gdańsku zostało przeprowadzone badanie metodą wywiadu bezpośredniego *CAPI* wśród 500 osób z Ukrainy i Białorusi, zatrudnionych lub poszukujących pracy. 47 % badanych zadeklarowało, że czas ich pobytu w województwie pomorskim zawierał się w przedziale od 1–3 lat. 30,2 % spośród badanych to osoby mieszkające z rodziną, a 24 % wyraziło deklarację, że planuje sprowadzić rodzinę. Mimo że 36,4% badanych deklarowało gotowość, żeby zostać w województwie pomorskim na dłużej lub na stałe (26,6%), to jednak badani wskazywali również czynniki, które mogą ograniczyć ich pobyt w województwie pomorskim. Migranci zapytani o powody, które skłoniłyby ich do wyjazdu z województwa pomorskiego, odpowiedzieli, że może to być m.in.: wysokość zarobków (27,2 %), tęsknota za rodziną i znajomymi (27,2 %), procedury pobytowe (25,0%), trudność pozyskania pracy w zawodzie (22,8%), bariera językowa (20,7 %) oraz trudny dostęp do opieki zdrowotnej (12,0%) (PORP, 2019, ss. 19–24).

Proces migracji przebiega zatem zgodnie z oczekiwaniami, o ile migranci mogą realizować swoje cele w kontekście ekonomicznym, społecznym (rodzinnym), kulturowym, ale także zdrowotnym. Zdrowie migrantów, ich rodzin i społeczności w ramach procesu migracji determinują m.in.: indywidualny styl życia, wpływ wspólnoty pochodzenia, warunki pracy i życia, warunki socjoekonomiczne, kulturowe i środowiskowe (Fortier i in., 2017, s. 14) czy dostęp do opieki zdrowotnej, który bywa trudny także dla mieszkańców kraju przyjmującego. Migranci doświadczają zatem tych samych problemów co pozostali mieszkańcy. Dodatkowo stają jednak przed nowymi wyzwaniami kulturowymi, które mogą skutkować stresem w sferze społecznej i ekonomicznej (Villa i Raviglione, 2019, s. 1). W dalszej części tekstu rozważymy współzależność zdrowia i migracji w odniesieniu do osób, które przyjeżdżają do województwa pomorskiego w celach zarobkowych z Ukrainy, czyli z kraju, który zalicza się do tzw. krajów trzecich.

Przedmiot, założenia i cel pracy

Przedmiotem analizy w niniejszym tekście są ramy konstruowania pola międzysektorowej kooperacji trójmiejskich instytucji w aspekcie dostępu cudzoziemców do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*. Celem jest prezentacja rodzajów i wyników działań, jakie instytucje publiczne, pozarządowe i medyczne podejmują w sprawie ułatwiania dostępu imigrantkom i imigrantom do systemu opieki zdrowotnej poprzez włączanie ich w środowiskową opiekę pielęgniarską. Położne i pielęgniarki medycyny szkolnej pracują bezpośrednio z pacjentem w jego środowisku zamieszkania i w szkole oraz świadczą pacjentom usługi w opiece paliatywnej. Presja z powodu napływu migrantów do województwa pomorskiego i zmian demograficznych, jakie ten napływ powoduje, skłania pielęgniarki wymienionych

specjalizacji do tego, żeby współtworzyć z przedstawicielami instytucji publicznych i organizacji pozarządowej (*Centrum Wsparcia Imigrantek i Imigrantów*) program działania, który usprawni ich pracę w terenie i ograniczy ilość nieubezpieczonych imigrantów. Takiej presji nie odczuwają jeszcze lekarze, dlatego są nieobecni w konstruowanym programie działania.

Do badania zostały zaproszone osoby, które z racji wykonywanego zawodu (pielęgniarki, asystentki rodzinne) lub doświadczenia życiowego związanego ze zmianą kraju przebywania (migranci) spotykają się z problemem ograniczeń w dostępie do systemu opieki zdrowotnej. Dobór respondentów miał zatem charakter celowy i wynikał z założenia, że poznanie perspektywy pielęgniarek, pracowników instytucji trójmiejskich i migrantów pozwoli skonfrontować te perspektywy w kontekście konstruowania pola międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do opieki zdrowotnej.

Dane pozyskane do analizy problematyki dostępu cudzoziemców do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim zostały zgromadzone w trakcie 15 wywiadów jakościowych pogłębionych (częściowo strukturyzowanych) z pracownikami:

- organizacji pozarządowej (*Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku, dwukrotny wywiad z kierowniczką projektu *Otwarte Pomorze–Integracja w działaniu* i jednokrotne wywiady z dwiema asystentkami rodzin migranckich);
- Okręgowej Izby Położnych i Pielęgniarek* w Gdańsku (Przewodniczącą *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* oraz Przewodniczącą *Komisji ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania*),
- Niepublicznych Zakładów Medycyny Szkolnej i Opieki Zdrowotnej* (pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania w Aglomeracji Trójmiasta – 5 osób)

- Pomorskiego Hospicjum dla Dzieci* – koordynatorką programu edukacyjnego *Medycyna Wrażliwa Kulturowo*;
- oraz imigrantami długoterminowymi z Ukrainy (2 kobiety i 1 mężczyzna), którzy przyjechali do Polski z motywów politycznych (uchodźczyni z Krymu) lub w celach zarobkowych i mieszkają w Polsce dłużej niż rok (1 kobieta, uchodźczyni z Krymu, prowadzi własną firmę spożywczą; 1 kobieta pracuje jako asystentka rodzinna w organizacji pozarządowej; mężczyzna jest konsultantem ubezpieczeniowym w prywatnej firmie).

Rozmowy były prowadzone w okresie od stycznia do kwietnia 2020 roku w siedzibie wymienionych wyżej instytucji trójmiejskich na terenie Gdańska oraz drogą telefoniczną i internetową¹. Dyspozycje w wywiadach jakościowych zostały sformułowane tak, żeby zidentyfikować ograniczenia i możliwości w kwestii dostępu migrantów do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej* z perspektywy

1 Sytuacja epidemiczna ogłoszona w Polsce w marcu 2020 roku ograniczyła możliwości prowadzenia bezpośrednich rozmów z respondentami. Część rozmów (do 14 marca 2020) odbyła się w siedzibie instytucji (*Komisji Społeczno-Gospodarczej Urzędu Miasta Gdańska, Pomorskim Hospicjum dla Dzieci* w Gdańsku, *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku), a część z pomocą mediów komunikacyjnych. Z powodu sytuacji epidemicznej zostały odwołane dwie ważne konferencje zaplanowane w kontekście konstruowania pola współpracy instytucji trójmiejskich w kwestii dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej: 1. *Medycyna wrażliwa kulturowo. Wielokulturowość pacjentów – wyzwania i rozwiązania w ochronie zdrowia na Pomorzu*, zaplanowana przez *Pomorskie Hospicjum dla Dzieci i Europejskie Centrum Solidarności* w dniu 16 marca 2020 roku; 2. *Pomorska konferencja regionalna Pielęgniarek i Położnych Imigrantki i imigrantki w systemie ochrony zdrowia* zaplanowana na czerwiec 2020 roku przez *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku i *Okręgową Izbę Położnych i Pielęgniarek* w Gdańsku przy współpracy z *Urzędem Marszałkowskim Województwa Pomorskiego*.

instytucjonalnej (społeczność przyjmująca) i migrantów oraz określić, w jaki sposób i na jakich płaszczyznach odbywa się współpraca instytucjonalna z myślą o zmniejszeniu ilości cudzoziemców, którzy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego. Analiza danych z wywiadów jakościowych odbyła się według metodyki indukcyjnej w dwóch fazach:

- w pierwszej fazie dokonano rejestracji danych i ich kodowania w języku i zgodnie z perspektywą rozmówców;
- w drugiej fazie przeprowadzono kodowanie analityczne zogniskowane (Lofland, Snow, Anderson, Lofland, 2009, ss. 280–284) na identyfikacji czynników, które wspierają lub utrudniają dostęp migrantów do systemu opieki zdrowotnej.

W tekście zostały też wykorzystane informacje zawarte w Przewodniku Pomorskim – *Integracja Imigrantów i Imigrantek* dotyczące założeń i stanu integracji imigrantek i imigrantów w województwie pomorskim.

Określenie pola kooperacji trójmiejskich instytucji w sprawie dostępu cudzoziemców do systemu opieki zdrowotnej poprzedzi opis regulacji prawnych, które umożliwiają lub ograniczają dostęp cudzoziemców do opieki zdrowotnej oraz opis struktury i funkcji systemu opieki zdrowotnej.

Prawne wyznaczniki dostępu do systemu opieki zdrowotnej w Polsce

W Polsce zgodnie z art. 68 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polski* każdy ma prawo do ochrony zdrowia. W odniesieniu do osób, które przyjeżdżają do Polski ogólną zasadę konstytucyjną regulują poniższe dokumenty prawne z mocą Ustawy i Rozporządzenia (Ministra Spraw Wewnętrznych z 2019 i Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 2006 roku z późn. zm.):

1. *Ustawa o cudzoziemcach* (z dnia 12 grudnia 2013 roku);
2. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (z dnia 27 sierpnia 2004);
3. *Ustawa o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej* (z dnia 13 czerwca 2003 roku z późn. zm.);
4. *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej* (z dnia 30 sierpnia 1991 r.) i *Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* (z dnia 22 października 2010 roku);
5. *Ustawa o pomocy społecznej* (z dnia 12 marca 2004 roku);
6. *Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie środków utrzymania, które powinien posiadać cudzoziemiec wjeżdżający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z 2019 roku* (zależnie od kraju pochodzenia, celu pobytu i okresu pobytu);
7. *Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie podejmowania i odbywania przez cudzoziemców studiów i szkoleń oraz ich uczestniczenia w badaniach naukowych i pracach rozwojowych z dnia 12 października 2006 roku* (z późn. zm.).

Art. 25 (Obowiązki cudzoziemca wjeżdżającego na teren RP) *Ustawy o cudzoziemcach* zobowiązuje obcokrajowca, który wjeżdża na teren RP, żeby posiadał dokument potwierdzający posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego lub posiadał podrózne ubezpieczenie medyczne ważne przez okres planowanego pobytu na terenie RP. Ubezpieczenie powinno pokryć wydatki np. gdyby konieczny był powrót danej osoby z powodów medycznych, potrzebna pilna pomoc medyczna, nagłe leczenie szpitalne lub w przypadku jej śmierci. Ubezpieczenie zdrowotne lub medyczne powinno wskazywać, że ubezpieczyciel pokryje koszty świadczeń zdrowotnych, których udzielił ubezpieczonemu podmiot medyczny.

Plan pobytu cudzoziemców i dokumentacja jaką dysponują (np. *Karta Pobytu w Polsce*) określają status ich pobytu i zakres dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Legalne zatrudnienie i zgłoszenie przez pracodawcę do ZUS, prowadzenie działalności gospodarczej, ubieganie się o status uchodźcy, nauka i studia gwarantują ubezpieczenie w ramach *Narodowego Funduszu Zdrowia*. W innych przypadkach cudzoziemiec może ubezpieczyć się w ZUS i co miesiąc samodzielnie opłacać składki lub wykupić prywatną polisę ubezpieczeniową, czyli tzw. ubezpieczenie zdrowotne cudzoziemców, które pokryje koszty prywatnego leczenia w Polsce, albo skorzystać z usług medycznych odpłatnie (Mińkowska, 2010, ss. 145–150).

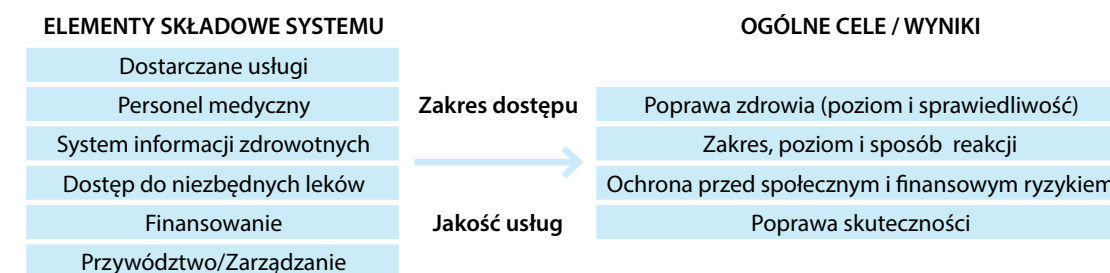
Struktura i funkcje sytemu opieki zdrowotnej w Polsce

W nazewnictwie polskim system zdrowia (*health system*) określa się jako system ochrony zdrowia lub system opieki zdrowotnej. Nazewnictwo i zakres tych kwestii nie są więc ujednoczone. W związku z tym różne mogą

być cele i działania systemów zdrowotnych (Zgliczyński, 2018). Do zadań systemu zdrowia należy: ochrona zdrowia, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom, ale także współpraca z innymi sektorami otoczenia na rzecz zdrowia (WHO, 2008). System zdrowia tworzą publiczne i prywatne organizacje i instytucje oraz zasoby, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia.

System opieki zdrowotnej (i jego egemplifikacja, np. medycyna) to rodzaj systemu społecznego, który wpisany jest w makrosystem społeczno-cywilizacyjny (nadsystem) (Bizoń, 1976, ss. 107–108; Piątkowski, 2015, ss. 81–83). Poszczególne elementy systemu opieki zdrowotnej zależą od sposobu zarządzania i możliwości przetwarzania informacji na temat zdrowia. Finanse i kadra pracownicza stanowią kluczowe komponenty wejścia (*key input components*) do systemu opieki zdrowotnej. Natomiast produkty medyczne i technologie oraz dostarczane usługi odzwierciedlają efekty/wyniki (*the immediate outputs*) systemu opieki zdrowotnej (WHO, 2010). Strukturę systemu opieki zdrowotnej ilustruje Schemat 1.

Schemat 1. Struktura systemu opieki zdrowotnej



Funkcje ochrony zdrowia możemy rozpatrywać przedmiotowo i podmiotowo w odniesieniu do indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowia. Indywidualne potrzeby zdrowotne wynikają m.in. z chorób, niedomagań czy wypadków. Zbiorowe potrzeby zdrowotne dotyczą np. warunków życia, pracy, zamieszkania czy odżywiania (Zgliczyński, 2018, s.10). Funkcje ochrony zdrowia realizuje personel medyczny, który świadczy usługi w oparciu o dane z systemu informacji na temat zdrowia i z użyciem produktów i technologii medycznych. Za całokształt działań medycznych odpowiada menedżment medyczny, który musi zadbać m.in. o płynność finansową systemu opieki zdrowotnej (WHO, 2010). Interwencje medyczne (np. leczenie chorób, łagodzenie dolegliwości) (Bizoń, 1976, s. 109) to zadania, które muszą mieć źródła finansowania. Jeśli działania medyczne nie mają pokrycia finansowego, to dany ośrodek medyczny ma problem, żeby ekonomicznie zbilansować zakresy interwencji medycznych i potrzeb zdrowotnych.

Każda nierozliczona finansowo usługa medyczna powoduje rozbieżności w zakresach interwencji medycznych i potrzeb zdrowotnych. Rozbieżności w obu zakresach może powodować brak ubezpieczenia zdrowotnego odbiorcy usługi zdrowotnej, który na przykład trafia na oddział ratunkowy i wymaga zaopatrzenia w trybie pilnym. W takim przypadku ma on prawo do takiego świadczenia, niezależnie od tego czy pochodzi z Ukrainy, Białorusi, Rosji, Bangladeszu (czyli z tzw. krajów trzecich), Litwy, Łotwy, Rumunii (czyli krajów Unii Europejskiej) czy Norwegii (czyli kraju spoza Unii Europejskiej). Obywatele m.in. z tych krajów podejmują pracę w województwie pomorskim i w wyniku wypadku lub poważnych problemów zdrowotnych trafiają do trójmiejskich szpitali, gdzie okazuje się, że część z nich nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego i nie ma też środków własnych na leczenie.

Z powodu braku ubezpieczenia zdrowotnego i środków własnych cudzoziemców w 2016 roku kwota niezapłaconych świadczeń zdrowotnych udzielonych cudzoziemcom w szpitalu im. Kopernika, św. Wojciecha na Zaspie i Wojewódzkim Centrum Onkologii wyniosła ponad 250 tys. zł, a w pierwszej połowie 2017 roku – 220 tys. złotych. Cena hospitalizacji zależy od procedury medycznej. Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym kwoty za procedury medyczne wynoszą od 460 do 2 500 złotych. Kwoty za procedury medyczne wykonywane na oddziałach szpitalnych są wyższe. Szpitale ponoszą koszty za nieubezpieczonych obcokrajowców i dlatego nieopłacone faktury za takie osoby generują ich straty. W 2017 roku w podobnej sytuacji było Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, które wydało na leczenie i hospitalizację nieubezpieczonych pacjentów cudzoziemców około miliona złotych. Ambasadory i konsulaty państw, z których pochodzą nieubezpieczeni pacjenci, nie mogą partycypować w tych kosztach i dlatego ogranicza to możliwości ich zwrotu (Godlewska, 2018).

Konieczne są zatem działania, które pozwolą zidentyfikować czynniki, które odpowiadają za rozbieżności. Identyfikacja takich czynników przekracza jednak możliwości jednego systemu. Wobec tego, żeby system ochrony zdrowia czy opieki zdrowotnej mógł w sferze indywidualnych i zbiorowych potrzeb zdrowotnych uwzględniać ekonomiczne, środowiskowe czy społeczne uwarunkowania zdrowia (Zgliczyński, 2018:9), musi kooperować z innymi sektorami swojego otoczenia w sprawie zdrowia. W ten sposób może lepiej dostosować się do wymogów płynących z nadsystemu i sprawniej realizować cele, dla których został powołany (Bizoń, 1976, ss. 107–108; Piątkowski, 2015, ss. 81–83).

Dostęp do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim jako element systemowej i społecznej integracji imigrantek i imigrantów

Kompleksowa obsługa osób przybywających do województwa pomorskiego w celach migracyjnych wymaga międzysektorowej współpracy zróżnicowanych instytucji (Siciarek, 2020), ponieważ tylko taka forma współpracy może zapewnić imigrantom i imigrantkom integrację w wymiarze systemowym i społecznym (Esser, 2006; Mouzelis, 1997; Siciarek, 2020).

W wymiarze systemowym stan integracji jest wynikiem funkcjonowania instytucji, organizacji i mechanizmów (np. instytucji prawa, rynku, korporacji), które je podtrzymują (Boswick i Heckmann, 2006, s. 2). Implikuje to więc współpracę w skali makro (Siciarek, 2020), której celem jest włączenie imigrantów do instytucji kraju przyjmującego (np. w zakresie aktywizacji zawodowej, edukacji, opieki

zdrowotnej). Integracja społeczna dotyczy włączenia jednostek w system, tworzenia związków między jednostkami i ich postaw wobec społeczeństwa. Jest ona rezultatem świadomej i motywowanej interakcji oraz współpracy jednostek i grup (Boswick i Heckmann, 2006, s. 2). Integrację społeczną możemy rozpatrywać z perspektywy grupy etnicznej i mieszkańców kraju przyjmującego oraz ze względu na stopień włączenia/wyłączenia danej jednostki. Kombinacja zmiennych perspektyw oraz skala inkluzji/ekskluzji pozwala określić zakres integracji społecznej poszczególnych aktorów. Odpowiednio zatem marginalizacja oznacza brak włączenia do grupy etnicznej i społeczeństwa przyjmującego. Segmentacja obejmuje inkluzję do grupy etnicznej, ale wyłączenie ze społeczeństwa przyjmującego. Asymilacja jest opozycją do segmentacji i oznacza wyłączenie z grupy etnicznej. Pełne obustronne włączenie do systemów społecznych zamyka continuum inkluzji i ekskluzyj w aspekcie integracji społecznej. Tabela 1. zawiera syntezę typów integracji.

Tabela 1. Typy integracji społecznej

Integracja z grupą etniczną	Integracja ze społeczeństwem przyjmującym		
	TAK	TAK	NIE
TAK		Obustronna inkluzja	Segmentacja
NIE		Asymilacja	Marginalizacja

Źródło: Opracowanie własne na podst.: (Esser, 2006, s.8)

Wskaźnikiem integracji systemowej jest spójność całego systemu społecznego i różnych elementów społeczeństwa. Integracja systemowa i społeczna stanowi zatem dynamiczny dwukierunkowy proces wzajemnego dostosowania się imigrantów i mieszkańców (*Justice and Home Affairs*, 2004, s. 17) kraju przyjmującego. Przy czym migranci w tym procesie są włączani w społeczne, ekonomiczne, kulturowe i polityczne życie wspólnoty przyjmującej, ale wymaga to wspólnej odpowiedzialności migrantów i wspólnoty (IOM, 2019, s. 106).

Ograniczenia i możliwości dostępu imigrantek i imigrantów do opieki medycznej w województwie pomorskim

Zgodnie z regulacją prawną osoba, która wjeżdża do Polski powinna mieć ubezpieczenie zdrowotne (turystyczną polisę wyjazdową). A zatem na etapie przedwyjazdowym wymóg ten musi uwzględnić też osoba, która planuje w celach zarobkowych przemieścić się np. z Ukrainy do Polski. Na podstawie rozmów z migrantami z Ukrainy i pielęgniarkami środowiska nauczania i wychowania prześledzimy w tej części tekstu ograniczenia i możliwości w sprawie dostępu do systemu opieki zdrowotnej osób, które przyjeżdżają do Polski z Ukrainy, żeby pracować zarobkowo.

Według jednego z rozmówców (migranta z Ukrainy) turystyczną polisę wyjazdową można na Ukrainie kupić za 50–100 hrywien przy furgonetkach osobowych, które oferują transport do Polski: (...) *żeby tylko mieć a de facto to jest żadne ubezpieczenie (...) ono kończy się, bo wykupuje się na miesiąc, żeby przyjechać i służba zdrowia w Polsce ma problem, bo takie osoby, obywatele przychodzą do przychodni i muszą za to zapłacić. Na start takich osób nie ma ubezpieczeń, no i to jest wszystko drogo* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Taka polisa nie gwarantuje zatem pełnego dostępu do opieki zdrowotnej w Polsce. Osoba, która przyjeżdża do Polski i nie ma innego ubezpieczenia, musi więc zapłacić za wizytę w przychodni lub szpitalu. W związku z tym ma ona warunkowy dostęp do usług medycznych w województwie pomorskim.

Sytuacja cudzoziemca komplikuje się jeszcze bardziej, gdy dana osoba przebywa już na terenie województwa pomorskiego, ma 67 lat lub więcej i potrzebuje zabiegu chirurgicznego bądź opieki w szpitalu (np. z powodu braku nogi). (...) *Dla osób starszych powyżej 67 roku życia firmy już nie chcą dać oferty, bo takiej oferty nie ma dla nich (...) a prywatnie to proszę zapłacić za tego typu zabieg chirurgiczny* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy). W takiej sytuacji musi ona zapłacić za procedurę medyczną (np. 5–6 tys. zł). Problem pojawia się też, gdy polisa prywatna nie została przygotowana kompleksowo. W związku z tym zdarza się, że kobieta, która spodziewa się dziecka i potrzebuje z tego powodu pomocy medycznej nie może jej otrzymać. (...) *Ludzie do mnie dzwonią, że pani rodzi już za 2 dni poród, no to sorry, ubezpieczenia na to nie ma* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy), ponieważ polisa ubezpieczeniowa została skonstruowana tak, że nie obejmuje usługi w zakresie porodu.

Dostęp do opieki zdrowotnej zależy także od tego czy urzędnicy pomorscy honorują daną polisę ubezpieczeniową. Zdarza się, że nie każda prywatna polisa ubezpieczeniowa jest akceptowana przez urzędy. W przypadku pracowników fizycznych z Ukrainy urzędnicy w urzędach pomorskich zwracają uwagę na to, z jakiej firmy ubezpieczeniowej pochodzi polisa. Zdarza się, że nie akceptują polisy ubezpieczeniowej, jeśli nie jest to produkt krajowy. (...) *Urzędy mają dużo do powiedzenia i nie chcą każdej firmy ubezpieczeniowej (...) próbowałam wyjaśnić i trochę w głębi, żeby otrzymać informację konkretną, informacji*

nikt mi takiej nie udzielił (migrant z Ukrainy, konsultant z ubezpieczeniowy). Polisa ubezpieczeniowa jest niezbędna, żeby rozwiązać podstawowe potrzeby w nagłych wypadkach a także, gdy dana osoba jest w trakcie oczekiwania na realizację celu przyjazdu. Polisa ubezpieczeniowa gwarantuje bowiem ubezpieczenie w razie choroby, konieczności powrotu do domu, konfliktu z pracodawcą lub wypadku w pracy. Stanowi zatem minimum zabezpieczenia.

Konflikty z pracodawcą zdarzają się na przykład dlatego, że w świetle aktualnych przepisów pracodawca może zgłosić pracownika lub inną osobę wykonującą pracę zarobkową do ubezpieczenia społecznego w terminie 7 dni od dopuszczenia jej do pracy. Zdarza się więc, że pracodawca nie zgłasza do ubezpieczenia społecznego osoby dopuszczonej do pracy. Mimo tego pracodawca, który powierza pracę obywatelowi Ukrainy zapewnia go, że jest ubezpieczony, choć nie zawarł z nim umowy. (...) *Z Ukraińcami historia jest bardzo skomplikowana, bo (...) pracodawcy obiecują, że osoba jest przyjęta do zakładu pracy. Tutaj bardzo często jest inny problem, kiedy osoba myśli, że wszystko ma i jest OK i tłumaczy, że proszę pana jasne, że ma pan ubezpieczenie, proszę nie martwić się – a faktycznie pracodawca żadnego dokumentu nie zawarł. Osoba, która jest obywatelem Ukrainy nie potrafi, za dużo wierzy pracodawcy* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy). Cudzoziemiec może więc pracować przekonany, że ma ubezpieczenie przez okres (np. roku) bez umowy o pracę, ale w sytuacji, gdy doznaje urazu nogi w wypadku, np. podczas pracy na budowie i z tego powodu trafia do szpitala, okazuje się, że nie jest ubezpieczony. (...) *Otrzymałam kontakty, kiedy już osoba pracowała rok no i tam okazuje się, że żadnej umowy nie istniało oraz spadła na budowie chłopakowi bryła 1,5 tony no i miał nogę zmiażdżoną. Szef z nim jeździł, jeździł, jeździł, odpowiadał mu, że ubezpieczenie masz a okazuje*

się, że żadnego ubezpieczenia nie ma (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Na rynku pracy funkcjonują też podmioty fikcyjne, które faktycznie nie prowadzą działalności gospodarczej, bądź unikają kontroli organów państwowych poprzez posługiwanie się tzw. wirtualnym adresem lub w ogóle nie posiadają adresu (wykreślenie siedziby z KRS), jednak występują o wydanie dokumentów pozwalających na zatrudnienie cudzoziemców (PIP, 2018, s. 125). Skalę nieuczciwości pracodawców w Polsce i województwie pomorskim ilustrują wyniki kontroli inspektorów *Państwowej Inspekcji Pracy*. W 2018 roku inspektorzy pracy przeprowadzili 7 817 kontroli legalności zatrudnienia i wykonywania pracy przez cudzoziemców w Polsce. Największą grupę objętych kontrolą cudzoziemców stanowili obywatele Ukrainy (33,7 tys. osób), tj. 83% sprawdzanych cudzoziemców. Obywatele Ukrainy stanowili też największą grupę nielegalnie zatrudnionych cudzoziemców (3 943 osoby, tj. 11,7% obywateli tego kraju objętych kontrolą). Stanowi to 86% ogółu cudzoziemców, którym powierzono nielegalne wykonywanie pracy. W województwie pomorskim przeprowadzono w tym czasie 550 kontroli legalności pracy wykonywanej przez 3 625 cudzoziemców. Kontrola wykazała, że 406 cudzoziemcom powierzono nielegalną pracę (PIP, 2018, ss. 117–121).

Osoby, które przyjeżdżają z Ukrainy do województwa pomorskiego w celach zarobkowych, mogą uzyskać w *Urzędzie Pracy* w Gdańsku podstawowe informacje na temat możliwości ubezpieczenia zdrowotnego. Migrant ekonomiczny, który nie ma uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej może opłacać miesięczną składkę ubezpieczeniową w ramach NFZ, która wynosi 362, 34 zł. Jednak osoba, która przyjeżdża do Polski z Ukrainy na 3 miesiące nie wie, jak ułożyć jej scenariusz pobytu w Polsce i finansowo często nie stać jej na takie ubezpieczenie.

W takiej sytuacji pracownik Urzędu Pracy w Gdańsku kieruje migrantów do konsultanta firmy ubezpieczeniowej (pochodzenia ukraińskiego), z którym współpracuje w tej sprawie. Konsultant pomaga szukać produktów dedykowanych dla osób w trudnych sytuacjach, kiedy Państwo polskie nie chce wspierać migranta lub nie stać go na taką opcję. Konsultant doradza wtedy, jaki pakiet zdrowotny migrant powinien wykupić, żeby mógł razem z rodziną skorzystać z prywatnej opieki zdrowotnej, czyli mieć dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdy potrzebna jest wizyta z dzieckiem lub wykonać badania laboratoryjne. Skład pakietu zdrowotnego zależy od tego czy cudzoziemiec ma wizę wjazdową, kartę pobytu czy kartę stałego pobytu. (...) *Im mocniejszy ten dokument, tym lepsza sytuacja* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy), bo cudzoziemiec może otrzymać lepszy pakiet zdrowotny. Przydatne są zwłaszcza takie pakiety zdrowotne, które pozwalają uzyskać szybką pomoc zdrowotną, gwarantują rehabilitację po wypadku, leczenie w ciężkiej chorobie czy badania diagnostyczne typu rezonans (...) *coś takiego obywatel Ukrainy może wykupić na kilka miesięcy czy na krótki okres czasu (...) i nie daj Boże chorób czy powrotu do kraju, co często jest wymagane i co się moim rodakom przydaje przy konflikcie z pracodawcą albo wypadku w pracy* (migrant z Ukrainy, konsultant ubezpieczeniowy).

Z perspektywy migrantów, którzy wybrali Polskę jako miejsce stałego pobytu (czy to z motywów politycznych, jak np. w przypadku uchodźców z Krymu, czy częściej z ekonomicznych) kluczowe jest uzyskanie Karty Pobytu, ponieważ umożliwia ona zameldowanie. Oczekiwanie na nią może jednak trwać od roku do 2,5 roku. Obcokrajowcy nie muszą mieć PESEL-u, bo do *Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (e-WUŚ, ZUS)* (...) *można wpisać numer paszportu i nie ma sprawy, możesz korzystać. Jedyne problem,*

że kiedy nie wpisujesz PESEL a tylko numer paszportu albo dowodu osobistego, to raczej nie będzie ciebie widać w tym systemie e-WUŚ i dlatego, kiedy idziesz do lekarza, to potrzebne przedtem, jak idziesz do lekarza pójść do ZUS-u i wziąć zaświadczenie, że ty masz ZUS albo pisać takie oświadczenie u lekarza, że masz ZUS. Lekarze raczej potrzebują tego zaświadczenia z ZUS-a (migrantka z Ukrainy, asystentka rodzinna w CW II). Problem niewidoczności ubezpieczenia zdrowotnego w systemie osób ubezpieczonych to rodzaj technicznej wady systemowej, która ma jednak ekonomiczne konsekwencje i jest uciążliwa zarówno dla migrantów, jak i dla personelu medycznego. Potwierdzają to wypowiedzi pielęgniarek środowiska nauczania: (...) *Nowe dzieci, które przyjeżdżają do Polski (z Ukrainy najczęściej), one jakiś czas nie mają numeru PESEL i one są w ogóle do systemu nie wprowadzone ze względu na to, że sprawia to trudność, bo potem dochodzi do różnych blokad i problemów. I ja najczęściej za te dzieci, które nie mają PESELU nie mam zapłacone (...). My udzielamy świadczeń takim dzieciom normalnie tak, jak każdemu innemu, ale nie jesteśmy za to wynagradzane (...)* *One najczęściej po jakimś czasie, po jakimś pół roku zdobywają numer PESEL. Potem się je wprowadza i wszystko jest normalnie i widnieją w systemie. Na podstawie paszportu my nie wprowadzamy ze względu na to, że są problemy z wprowadzeniem do systemu takiego ucznia. (...) Dzieci korzystają z usług w takim stopniu, jak pozostałe dzieci tylko nie jesteśmy wynagradzane* (pielęgniarka środowiska nauczania). (...) *Jeżeli wprowadzamy numer paszportu i jeżeli później wprowadzamy numer danego pracodawcy, to niestety Fundusz w większości wypadków odrzuca nam te dzieci, gdyż w systemie pokazuje, że to nie jest ten pracodawca, że są błędne dane* (Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarek Środowiska Nauczania i Wychowania OIPiP).

System e-WUŚ identyfikuje numer paszportu jako brak ubezpieczenia. Przed wizytą

u lekarza potrzebne jest więc zaświadczenie z ZUS-u, że dana osoba jest ubezpieczona. Zaświadczenie wystawia się na okres 30 dni i potwierdza ono ubezpieczenie zdrowotne. Bez zaświadczenia lekarz nie wie czy dana osoba jest ubezpieczona i w takiej sytuacji potrzebne jest oświadczenie sporządzane w miejscu świadczenia usługi. Jeżeli oświadczenie nie jest zgodne z prawdą, to osoba, która podała nieprawdziwe informacje musi pokryć koszty świadczenia medycznego.

W czasie oczekiwania na kartę stałego pobytu nie można starać się o zameldowanie i nie można rozpocząć rejestracji w *Powszechnym Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności (PESEL)*, ponieważ rejestracja w systemie PESEL wymaga zameldowania w miejscu pobytu. A to zależy od zgody właściciela, który wynajmuje mieszkanie. Stabilizacja pobytu w kraju przyjmującym zależy też od zatrudnienia. Matka, która sama wychowuje czwórkę nieletnich dzieci, może mieć w tym kontekście problem, żeby znaleźć pracę, ponieważ z punktu widzenia pracodawcy ważna jest sytuacja rodzinna kandydata do pracy, która m.in. jest podstawą proponowanej wysokości dochodu. Znalezienie pracy po części rozwiązuje problemy, z jakimi mierzą się migranci. Jednak brak PESEL-u nadal utrudnia dostęp do systemu opieki zdrowotnej, ponieważ każda wizyta w przychodni wymaga zaświadczenia, że dana osoba ma aktualne ubezpieczenie zdrowotne. Zaświadczenie to powinna przygotować osoba z księgowości danego zakładu pracy, a to wiąże się z jej dodatkowym angażowaniem i może budzić jej niechęć do wykonywania nieobowiązkowych czynności. Każda wizyta w przychodni czy szpitalu wymaga bowiem ponownej weryfikacji posiadania aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego. (...) *Pamiętam, że cały czas biegałam do tej księgowej, po prostu u dziecka boli ząb, trzeba najpierw pójść do księgowej wziąć ten ZUS a oni też zawsze denerwowali, nie chcieli to dawać*

a ja to często potrzebowałam. Dzieci u jednego ząb, u jednego coś tam, do okulisty, trzeci jeszcze coś, no i naprawdę za dużo problemów (...). Teraz spokój, że swoją firmę otworzyłam (uchodźczyni z Ukrainy, właścicielka piekarni i cukierni).

Teoretycznie z chwilą otrzymania numeru PESEL dostęp do systemu opieki zdrowotnej jest otwarty. W praktyce zdarza się, że personel medyczny ma czasem wątpliwości czy rzeczywiście cudzoziemiec ma aktualne ubezpieczenie zdrowotne. Ilustruje to przypadek obsługi przez personel medyczny, jaki opisała wspomniana wyżej uchodźczyni z Ukrainy. Sytuacja dotyczyła przebiegu ustalonej wcześniej wizyty z synem u okulisty w celu wykonania zabiegu usunięcia gradówek w oku. (...) *PESEL miałam i też odmówili. Jeszcze potrzebowali, żeby jeszcze miałam, znowu, żeby księgowa ten ZUS podała. No jak? Jestem ubezpieczona, już mam PESEL. Nie będziemy robić zabieg. Niech pani jeszcze czeka. Zadzwoiłam do swojego szefa, chyba trochę pokrzychał. Potem wysłali e-mail, znowu od księgowej. Księgowa wyszła na urlop. Szef zadzwonił do księgowej, żeby ona przyszła do biura i przez e-mail wysłali znowu moje ubezpieczenie. No i widać było też, że albo to była dyskryminacja, nie wiem, no nie chcieli po prostu przyjąć i koniec, chociaż ja w kolejce czekałam, na ten dzień będzie zabieg a oni cały czas – pani nie jest ubezpieczona i koniec i nie chcieli robić i tak 3 miesiące czekałam. U mojego syna byli te gradówki, gdzieś z pięć gradówek i on był taki zmęczony przez to* (uchodźczyni z Ukrainy, właścicielka piekarni i cukierni). Mimo posiadania PESEL-u, terminowego stawienia się na wizytę i posiadania aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego, personel medyczny domagał się zaświadczenia o posiadaniu aktualnego ubezpieczenia zdrowotnego i rozmówczyni musiała wyjaśnić, gdzie pracuje.

Międzysektorowa współpraca w sprawie dostępu imigrantek i imigrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim

Brak ustawy migracyjnej w Polsce ogranicza zakres działań na rzecz integracji na poziomie regionalnym. Nie ma na przykład wytycznych i środków na realizację strategii integracyjnej w regionie. Zakres i pole współpracy zależą zatem od potrzeb i możliwości danego regionu. W województwie pomorskim potrzeby takiej współpracy związane są ze wzrostem liczby cudzoziemców, który notuje się od 2016 roku. W tym kontekście w 2018 roku *Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego* zlecił *Jednostkom Samorządu Terytorialnego* zadanie podwyższenia kompetencji w zakresie integracji imigrantów. Udana integracja wymaga udziału wszystkich sektorów społeczeństwa: instytucji publicznych, liderów społecznych i religijnych, systemu edukacji, organizacji pozarządowych, pracodawców oraz podmiotów medycznych (Siciarek, 2020, ss. 4–5). Szerokie pole międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim tworzą podmioty samorządowe (*Komisja Społeczno-Gospodarcza Urzędu Miasta*), *Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych* w Gdańsku, podmioty medyczne typu *Niepubliczne Zakłady Medycyny Szkolnej i Opieki Zdrowotnej*, a także organizacje pozarządowe: *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek* w Gdańsku, *Pomorskie Hospicjum dla Dzieci* w Gdańsku czy *Europejskie Centrum Solidarności*.

Działania kooperacyjne poszczególnych instytucji mają charakter inicjacyjny (*Urząd Marszałkowski*), koncepcyjny i pragmatyczny oraz operacyjny (*Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek*). W marcu 2020 roku CW II i OIPIP

w Gdańsku zawarły porozumienie, dzięki któremu zrealizują projekt włączenia imigrantów w system Podstawowej Opieki Zdrowotnej, szczególnie w środowiskową opiekę pielęgniarską i położniczą. Specjalizacje pielęgniarskie zostały wybrane, gdyż pracują bezpośrednio z pacjentem w jego środowisku zamieszkania i w szkole.

Projekt ma pomóc przygotować położne na sytuacje, gdy zgłaszają się do nich np. kobiety cudzoziemki w ciąży, ale nie wiadomo, jak rozliczyć usługę medyczną. Młode małżeństwa migrantki, które spodziewają się potomstwa nie mogą bowiem skorzystać z opieki medycznej, mimo tego, że mężowie pracują i z tego tytułu osoby te mają ubezpieczenie zdrowotne. Położna odsyła jednak takie osoby do innych instytucji, bo nie wie, jak rozliczyć usługę medyczną i prosi, żeby dowiedziały się, jaki jest kod pracodawcy, który pozwoli osobie ciężarnej skorzystać z dostępu do *Podstawowej Opieki Zdrowotnej*. Osoba ciężarna zgłasza się do *Centrum Wsparcia* po pomoc, żeby dowiedzieć się dlaczego nie może z niej skorzystać. Mężowie też nie wiedzą, dlaczego żona nie może skorzystać z opieki medycznej.

(...) Okazuje się, że główny pracodawca jest podwykonawcą i tego głównego kodu od głównego pracodawcy, który miał gdzieś tam zgłosić i zapisać nie ma i teraz panie z Centrum mówiły a my na spotkaniu powiemy, że wystarczy zgłosić się do nas i już my po nitce do kłębka w sposób niezwykle szybki podamy paniom (pielęgniarkom) te kody. (...) Panie położne nie wiedzą, skąd te numery brać, sama pani rodząca czy ciężarna nie wie skąd brać, bo mąż tylko wie, że pracuje i dzień w dzień chodzi do danej firmy, ale jest podwykonawcą a nie wie, kto jest główny (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP). W tym przypadku problem wynika z tego, że pracownicy, którzy pracują w firmie podwykonawczej nie wiedzą, jaki jest właściwy kod dostępu do systemu opieki zdrowotnej, ponieważ siedziba właściwego

pracodawcy jest poza Trójmiastem. Bez dostępu do właściwego kodu nikt nie może rozliczyć świadczenia medycznego. CW II pomaga imigrantom zdobyć dane do rozliczenia usług medycznych w ramach *Narodowego Funduszu Zdrowia: (...) i te panie właśnie te namiary do rozliczenia do NFZ są w stanie bardzo szybko zorganizować dla pań położnych, a one będą zadowolone, że za wykonaną pracę tu i tu bez problemu rozliczą się z NFZ i dostaną za to pieniądze. No, bo co innego zrobić raz, dwa, trzy, pomóc komuś pro bono a co innego świadczyć taką pomoc dookoła i nie móc rozliczyć się z NFZ* (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP).

W przypadku położnych, które prowadzą działalność gospodarczą jest to szczególnie ważne, ponieważ jeśli problem powtarza się, położne nie mają podstawy do rozliczenia usługi medycznej na podstawie kontraktu z NFZ. Z pomocą pielęgniarek i położnych środowiskowych oraz pielęgniarek środowiska nauczania z dwóch pomorskich *Izb Pielęgniarek i Położnych* przeszkolonych przez CW II imigranci będą włączani w system POZ. Za włączenie imigrantów do systemu opieki zdrowotnej pielęgniarka otrzyma wynagrodzenie według stawki kapitałowej wypłacanej przez NFZ. Efekt działania i jego konstrukcja finansowa zostały uzgodnione z *Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych* w Gdańsku. Projekt działań kooperacyjnych obejmuje także:

- warsztaty animacyjne metodą dobra wspólnego, podczas których uczestnicy zdefiniują korzyści dla całej społeczności oraz systemu ochrony zdrowia, jakie wynikają z włączenia imigrantów w podstawową opiekę zdrowotną;
- szkolenia międzykulturowe i legalizacyjne z użyciem metody warsztatowej i studium przypadków, w czasie których pielęgniarki i położne środowiskowe zdobędą kompetencje międzykulturowe, wiedzę na temat legalizacji pobytu i pracy, weryfikacji

- uprawnień do korzystania z opieki zdrowotnej przez imigrantów oraz innych aspektów pobytowych;
- szkolenia metodą warsztatową i studium przypadków z pierwszego kontaktu z osobą z odmiennego kręgu kulturowego, która doświadcza przemocy;
- szkolenia metodą warsztatową i studium przypadków dla pielęgniarek środowiska nauczania z kompetencji międzykulturowych i pracy z dzieckiem przechodzącym przez proces adaptacyjny oraz akulturacyjny (CW II, 2019).

Oferta wykładów i szkoleń dla pielęgniarek środowiskowych i położnych zawiera tematy, które są wynikiem kontaktów pracowników CW II z imigrantami. OIPIP jako partner chce skorzystać ze szkolenia w sprawie pomocy imigrantom w dostępie do usług medycznych, ponieważ może ono pomóc m.in. położnej poradzić sobie w sytuacji, gdy np. imigrantka z Czechenii jest w ciąży i potrzebuje pomocy, ale też może pomóc odróżnić w tej sytuacji kontakt z taką osobą i problem nierozliczonej usługi medycznej. CW II skierowało ofertę współpracy do pielęgniarek jako do (...) grup, które wymagają konkretnego uświadomienia i nauczania, jak radzić sobie z tym problemem, żeby potraktować jako wyzwanie a nie bać się, że przyszła, np. Czechenka w ciąży i mam się jej bać. Nie jako Czechenki tylko jako zero rozliczenia (Przewodnicząca *Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych* OIPIP).

CW II może więc pomóc zidentyfikować dane ubezpieczeniowe głównego pracodawcy potrzebne do skorzystania z dostępu do systemu opieki zdrowotnej, bez których położne nie odzyskują pieniędzy za wykonane świadczenia. Działania projektowe mają pomóc rozwiązywać problemy, gdy ubezpieczenie jest zagwarantowane, ale dojście do tej gwarancji jest skomplikowane. Działania projektowe CW II i OIPIP mają także pomagać w sytuacji, gdy

weryfikacja gwarancji ubezpieczeniowych danej osoby wypada dla niej negatywnie, bo okazuje się, że pracuje bez umowy, która to gwarantuje. W przypadku hospitalizacji takich osób CW II pomaga zidentyfikować inne możliwości finansowania usługi medycznej. W procedurze refundacji kosztów usług medycznych partycypują wówczas wyznaczeni w szpitalach pracownicy szpitala, którzy kontaktują się w tej sprawie z *Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej lub Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej*.

Zadaniem projektu jest pomóc pielęgniarcom wykonywać świadczenia i poznać drogi odzyskania pieniędzy za zrealizowane usługi, które czasem dodatkowo wymagają dojazdu do osoby potrzebującej pomocy położnej. Brak wiedzy jak odzyskać pieniądze powoduje, że położne nie chcą świadczyć usług takim osobom. Z drugiej strony są pielęgniarki, które są przygotowane do świadczenia takich usług, ponieważ mają odpowiednią wiedzę i kompetencje, ale potrzebują pomocy CW II, żeby poznać procedury refundacji takich świadczeń.

Podsumowanie

Współpraca na rzecz dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w województwie pomorskim rozwija się dlatego, że:

1. presja z powodu zmian demograficznych w wyniku napływu migrantów do województwa pomorskiego przyczyniła się do utworzenia *Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek*, czyli organizacji pozarządowej (*migrant-serving community organization*), która monitoruje te zmiany i wspiera migrantów w rozwiązywaniu ich problemów bytowych, np. w zakresie opieki zdrowotnej. CW II znając specyfikę potrzeb migrantów oferuje ekspercką wiedzę i komplementarne usługi;
2. personel medyczny, który ma bezpośredni kontakt z migrantami (np. *front-line staff*

typu: służby ratownictwa medycznego w szpitalach, położne, pielęgniarki środowiskowe i pielęgniarki medycyny szkolnej i wychowania czy pielęgniarki medycyny paliatywnej) także zaczął odczuwać presję z powodu zmian demograficznych i w odpowiedzi na nią współtworzy z organizacją pozarządową program działania, który usprawni ich pracę (Fortier, 2010, s. 3).

System opieki zdrowotnej wrażliwy na potrzeby migrantów nie tworzy jednak nowych usług. Ilość i jakość usług zdrowotnych są takie, jakie mają do dyspozycji mieszkańcy kraju przyjmującego. O systemie opieki zdrowotnej powiemy, że jest wrażliwy na potrzeby migrantów dlatego, że uwzględnia językowe, kulturowe, społeczne czy religijne potrzeby osób, które migrują ze swojego kraju. Wrażliwość promigranckiego systemu opieki zdrowotnej to w pewnej mierze wartość dodana tego systemu i wypadkowa jego współpracy ze środowiskiem.

Napływ ludności z tzw. krajów trzecich do Polski i zmiany, jakie on powoduje w województwie pomorskim, określa zakres i sposób konstruowania pola międzysektorowej współpracy w sprawie dostępu migrantów do systemu opieki zdrowotnej w tym województwie. Przybywają tutaj cudzoziemcy, którzy nie mają odpowiednich dokumentów. Na jego terenie legalnie przebywają obcokrajowcy, którzy nie mają ubezpieczenia zdrowotnego z powodu nielegalnego zatrudnienia. Są też osoby legalnie zatrudnione, które mają ubezpieczenie zdrowotne, ale nie wiedzą, jak w pełni skorzystać z dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Działania na polu międzysektorowej współpracy na rzecz dostępu migrantów do opieki zdrowotnej w województwie pomorskim uwzględniają zróżnicowane sytuacje, w jakich znajdują się migranci w województwie pomorskim. Zwiększa to zatem możliwości integracji systemowej (dostępu do systemu

opieki zdrowotnej) i integracji społecznej migrantów przybywających do województwa pomorskiego. 🗨️

Dr n. hum. Jacek Mianowski – autor pracuje jako adiunkt w Zakładzie Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki, Instytutu Socjologii na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego. Interesuje się problematyką związaną z socjologią komunikacji społecznej, socjologią zdrowia i choroby oraz socjologią polityki. W tym zakresie prowadzi też badania własne i w kooperacji z partnerami indywidualnymi i instytucjonalnymi. Publikował, m.in., w: *Pomeranian Journal of Life Sciences* [Rębiałkowska-Stankiewicz Małgorzata, Gajewska Magdalena, Mianowski Jacek (2019). Działania profilaktyczne ukierunkowane na nowotwór jądra męczyzn w wieku 15–40 lat. Promocja kampanii „Odważni wygrywają” – doświadczenia toruńskie; *Studiach Humanistycznych AGH* [Rębiałkowska-Stankiewicz Małgorzata, Mianowski Jacek, Gajewska Magdalena (2018). Searching for meaning in life by taking part in drama. The Perspective of mentees of the Fight Cancer Academy in Toruń]; *Miscelanea Anthropologica et Sociologica* [Stankiewicz-Rębiałkowska Małgorzata, Mianowski Jacek (2017). The trajectory of change in an emerging adult with a brain glioma].

Afilacja:

Zakład Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki
Instytut Socjologii
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Gdański
ul. Jana Bażyńskiego 4
80-309 Gdańsk
e-mail: jacek.mianowski@ug.edu.pl

Bibliografia

Bischoff, A., Chiarenza A., Loutan, L. (2009). Migrant-friendly hospitals: a European initiative in an age of increasing mobility, *World Hospitals and Health Services*, 45:3/2009, 7–9.

- Bizoń, Z. (1976). Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych. W: M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie* (107–131). Warszawa: PWN.
- Bloch, N., Goździak, E.M. (red.). *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji na rynku pracy i w opiece zdrowotnej*. Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Bosswick, W., Heckmann, F. (2006). *Integration of migrants: Contribution of local and regional authorities*. Pobrane z: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0622en.pdf
- Centrum Wsparcia Imigrantów i Imigrantek (2019). *Bezpieczna Przystań*, projekt współfinansowany z Programu Krajowego Funduszu Azylu, Migracji i Integracji. Projekt 33/12–2019 /FAMI „Otwarte Pomorze-Integracja w działaniu”, (dokumentacja wewnętrzna organizacji).
- Esser, H. (2006). Migration. Language and Integration, *AKI Research Review* 4. Pobrane z: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/iv06-akibilanz4b.pdf>
- Fortier, J.F. (2010). Migrant-Sensitive Health Systems. W: *Health of Migrants. The Way Forward Report of a Global Consultation on Migrant Health* (s. 61–70). Madrid: WHO, IOM.
- Fortier, J.F., Mosca, D., Weekers, J. (red.). (2017). *Health of migrants: resetting the Agenda. Report of the 2nd Global Consultation Colombo*. Sri Lanka, Geneva: IOM. Pobrane z: https://publications.iom.int/system/files/pdf/gc2_sri_lanka_report_2017.pdf
- Godlewska, I. (2018). Szpitale wydają krocie na leczenie nieubezpieczonych cudzoziemców. Nie ma kto oddać długu, *Gazeta Wyborcza*, 31.01.2018.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). Cudzoziemcy na krajowym rynku pracy w ujęciu regionalnym. Załącznik 1. Wyniki badania. Cudzoziemcy na krajowym rynku pracy. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/kapital-ludzki/cudzoziemcy-na-krajowym-ryнку-pracy-w-ujęciu-regionalnym,6,1.html>

- IOM UN (2019). *Glossary on Migration*, Geneva: International Organization for Migration.
Pobrane z: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf
- IOM UN Migration (2020). *World Migration Report*, Geneva: International Organization for Migration.
- Justice and Home Affairs, Council of the European Union (2004). Immigrant Integration Policy in the European Union – Council Conclusions. W: *Press Releas, 14615/04 (Presse 321)*, Brussels, 1–34.
- Lofland, J., Snow, D.A., Anderson, L., Lofland, L.H. (2009). *Analiza układów społecznych. Przewodnik metodologiczny po badaniach jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Mińkowska, A. (2010). Cudzoziemiec jako pacjent. Integracja w sferze poznańskiej opieki zdrowotnej. W: N. Bloch, E.M. Goździak (red.), *Od gości do sąsiadów. Integracja cudzoziemców spoza Unii Europejskiej w Poznaniu w edukacji na rynku pracy i w opiece zdrowotnej* (s.145–170). Poznań: Centrum Badań Migracyjnych UAM.
- Mouzelis, N. (1997). Social and system integration: Lockwood, Habermas, Giddens. *Sociology*, 31:1/1997, 111–119.
- Ostrowska, A., Skrzypek, M. (red.). (2015). *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*. Warszawa: IFiS PAN.
- Państwowa Inspekcja Pracy (2019). *Sprawozdanie Głównego Inspektora Pracy z działalności Państwowej Inspekcji Pracy – 2018*. Warszawa <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/211637/Sprawozdanie%202018%20r>.
- Piątkowski, W. (2015). Dysfunkcyjność systemu opieki zdrowotnej w polskiej socjologii medycyny. Zarys problematyki. W: A. Ostrowska, M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju* (67–104). Warszawa: IFiS PAN.
- Pomorskie Obserwatorium Rynku Pracy (2019). *Informacja o sytuacji na rynku pracy województwa pomorskiego w roku 2019*. Pobrane z: <https://porp.pl/uploads/original/042020/28/fdccb02c50-Rynek-pracy-woj-pomorskiego-w-2019-r.pdf>
- Rausa, B., Lloyd, S.L. (2012). *Encyclopedia of Immigrant Health*. New York: Verlag-Springer.
- Sokołowska, M., Hołówka J., Ostrowska, A. (red.). (1976). *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: PWN.
- Siciarek, M. (2020). *Integracja imigrantów i migrantek. Przewodnik pomorski, Gdańsk – Sopot – Gdynia*.
- Skeldon, R. (2018). International Migration, Internal Migration, Mobility and Urbanization: Towards More Integrated Approaches. *Migration Research Series*, 53/2018. Geneva: IOM, 1–10. Pobrane z: <https://publications.iom.int/books/mrs-no-53-international-migration-internal-migrationmobility>.
- Smith, B. J, Tang, K. C., Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21:4/2006, 340–345. DOI:10.1093/heapro/dal033
- World Health Organization (2010). *Health of Migrants. The Way Forward Report of a Global Consultation on Migrant Health*. Madrid: IOM.
- World Health Organization (2010). *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. Pobrane z: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1
- Villa, S., Raviglione, M.C. (2019). Migrant's health: Building migrant-sensitive health systems, *Journal of Public Health Research*, 8:1592/2019, 46–49.
- Zgliczyński, W.S. (2018). System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia, *Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu*, 4:56/2018, 9–46, DOI.10.31268/StudiaBAS.2018.23
- Zimmerman, C., Kiss, L., Hossain, M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making, *PLoS Med*, 8:5/2011, 1–7, DOI:10.1371/journal.pmed.1001034.

Access of immigrant and immigrant women to the health care system in the Pomeranian Voivodeship – construction of a cross-sectoral cooperation filed

Abstract

Human migration is the movement of people from one location to another. Changing the place of residence means that migrants are facing new challenges. Migration process is conditioned by various variables, among others health. Therefore, the possibilities and restrictions on migrants' access to the healthcare system in the host country can profile the migration process. In this context, multi-sectoral cooperation is needed to create pro-migrant healthcare systems which will be to take into account the cultural and linguistic specificity of migrants and a deficit of their knowledge about the functioning of the healthcare system. Migrants need information on how to effectively use outpatient and medical services in a clinic and hospital.

Since 2014, Poland has been increasingly using foreign workers to fill employment gaps in the labour market. The Pomeranian Voivodeship is one of a region of Poland to which foreigners come with the intention of taking up paid employment. In the Pomeranian Voivodeship are foreigners who do not have the relevant documents and no have health insurance due to illegal employment, but they are legally residents. There are also legally employed people who have health insurance, but they do not know how to make full use of access to the healthcare system. This text is an attempt to determine the field of cross-sectoral cooperation of Pomeranian local government, non-governmental and private institutions that support migrants in accessing Primary Health Care.

Keywords: migration, health, cross-sectoral cooperation, Pomeranian region.



Niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej

WIOLETA KUBIK
UNIWERSYTET ŁÓDZKI

Abstrakt

Niewiedza ma szczególnie duże znaczenie w diagnostyce międzykulturowej opieki medycznej. Brak wiedzy na temat uwarunkowań kulturowych może niekorzystnie wpłynąć na przebieg komunikacji lekarz – pacjent i w konsekwencji przyczynić się do nieprawidłowej diagnozy lekarskiej. W komunikacji międzykulturowej występują różne obszary niewiedzy. Wśród nich wymienić można m.in.: niewiedzę w zakresie odmiennej komunikacji werbalnej i niewerbalnej, niewiedzę na temat odmiennej reakcji na chorobę i podejmowane leczenie, czy niewiedzę w zakresie wpływu kultury na zachowania zdrowotne ludzi. Skutkiem niewiedzy są uprzedzenia i negatywne założenia, które powodują przedmiotowe traktowanie człowieka. Pacjent, którego odmiennosc kulturowa zostanie niezrozumiana, może zamknąć się na proces leczenia. Dlatego osoby, których zawodowo dotyczy problematyka wielokulturowości w medycynie, powinny wykazywać otwartą postawę oraz gotowość rozpoznawania kulturowych barier w leczeniu zagranicznych pacjentów. Celem artykułu jest ukazanie znaczenia niewiedzy w perspektywie międzykulturowej opieki medycznej.

Słowa kluczowe:

niewiedza, pacjent odmienny kulturowo, międzykulturowa opieka medyczna.

Wprowadzenie

Autorka przedstawia niewiedzę jako nieodłączną cechę ludzkiej osobowości. Zwraca uwagę, że nie jest możliwe zdobycie wiedzy absolutnej. Istotną zatem jest świadomość własnej niewiedzy, gdyż powoduje otwartą postawę w zakresie pogłębiania posiadanych informacji (Tarnopolski, 2010, s. 184). Postawa ta jest pożądana w międzykulturowej opiece medycznej, bowiem różnice kulturowe sprowadzają się do ważnych obszarów w zakresie postrzegania zdrowia i choroby, reakcji na ból, a także podejmowanego leczenia (Reczek, 2017, s. 231).

W tekście omówiono poszczególne czynniki kulturowe występujące w obszarze medycyny, wskazano jakie skutki niesie niewiedza na ich temat. Ponadto pokazano rolę niewiedzy w tworzeniu uprzedzeń i dyskryminacji w stosunku do pacjentów obcego pochodzenia. Artykuł zawiera podsumowanie zawartych informacji i końcowe wnioski odnoszące się do otwartej postawy personelu medycznego oraz gotowości rozpoznawania kulturowych barier w leczeniu zagranicznych pacjentów.

Celem niniejszej publikacji jest ukazanie znaczenia niewiedzy w perspektywie międzykulturowej opieki medycznej. Najważniejsze aspekty artykułu dotyczą świadomości personelu ochrony zdrowia w zakresie swojej niewiedzy na temat uwarunkowań kulturowych pacjentów, a także skutków z tym związanych.

Niewiedza jako cecha ludzkiej osobowości

Niewiedza definiowana jest jako przeciwieństwo wiedzy. Zakres posiadanych przez człowieka informacji o świecie jest tylko częścią wiedzy ludzkości. Niewiedza towarzyszy człowiekowi niemal w każdej sytuacji życiowej (Tarnopolski, 2010, s. 163). Świadomość niewiedzy pełni rolę swobody poznawczej, która umożliwia rozwój osobisty. Jednak

w przypadku, gdy stopień uświadomionej niewiedzy jest zbyt duży, działa ona zniechęcająco, w konsekwencji uniemożliwiając poznanie. Podobnie gdy zakres uświadomionej niewiedzy jest zbyt mały, wówczas człowiek powstrzymuje procesy poznawcze w przekonaniu, że już wie wszystko (Tarnopolski, 2010, s. 184).

W perspektywie socjologicznej niewiedza występuje przede wszystkim w kontaktach międzyludzkich oraz pomiędzy różnymi społeczeństwami czy narodami. Człowiek nie wie wszystkiego i nigdy nie zdobędzie wiedzy absolutnej. Nawet możliwie najpełniejsza wiedza jest tylko częścią obrazu rzeczywistości (Tarnopolski 2010, ss. 163–164).

Postawa wobec niewiedzy

Postawa wobec niewiedzy ma istotny wpływ na możliwości poznawcze człowieka. Bowiem świadomość, że nie wie się wszystkiego i zdobyta wiedza jest niedoskonała oraz to, że nie jest możliwe zdobycie wiedzy absolutnej, prawdopodobnie będzie powodować otwartą postawę w zakresie pogłębiania własnej wiedzy (Tarnopolski, 2010, s. 184).

W perspektywie międzykulturowej opieki medycznej taką postawę można uznać za korzystną. Bowiem nie jest możliwe poznanie wszystkich elementów innej kultury, a tym bardziej całokształtu zróżnicowania kulturowego światowej populacji. Dlatego ważne jest, aby osoby pracujące w służbie zdrowia były świadome zakresu swojej niewiedzy, rozwijały możliwości poznawcze na temat występowania różnych aspektów kulturowych między pacjentami obcego pochodzenia po to, aby świadczona pomoc była dostosowana do ich zróżnicowanych kulturowo potrzeb (Van Damme-Ostapowicz, 2017, s. 106).

Różnice kulturowe jako obszary niewiedzy Niewiedza w zakresie występujących różnic kulturowych ma szczególnie duże znaczenie w diagnostyce prowadzonej w ramach międzykulturowej opieki medycznej. Brak wiedzy

na temat uwarunkowań kulturowych może niekorzystnie wpłynąć na przebieg komunikacji lekarz – pacjent i w konsekwencji przyczynić się do nieprawidłowej diagnozy lekarskiej (Main, 2018, s. 112).

W opiece zdrowotnej istotne jest przekazywanie rzeczywistych i szczerych informacji. Zasadniczą rolę stanowi tu komunikacja zarówno werbalna, jak i niewerbalna (zob. poniżej) (Van Damme-Ostapowicz, s. 107).

Niewiedza w zakresie komunikacji werbalnej

Nawet przy rozmowie, która pozornie przebiega bezproblemowo, występuje ryzyko błędnego zrozumienia komunikatu. Dlatego należy mówić wolno, wyraźnie, budując przy tym krótkie zdania. Ponadto wskazane jest ilustrowanie wypowiedzi za pomocą gestów, albo jeszcze lepiej piktogramów.

W kontakcie z zagranicznym pacjentem główną trudność sprawia używanie wyrażen wieloznacznych. Wypowiedzi dla lepszego zrozumienia powinny być formułowane w sposób prosty i przejrzysty, np. zamiast: „czy cierpi pan na bezsenność?“, można zapytać: „jak często się pan budzi?“.

Analogicznie jest ze stosowaniem słów, które w różnych językach mają podobne brzmienie, ale odmienne znaczenie, np. polskie słowo „bezcenny“ Czech zrozumie jako „bezwartościowy“.

Dużym problemem może być także zrozumienie treści nieznanymi idiomów i metafor. W relacji lekarz – pacjent szczególną trudność mogą sprawiać metafory odwołujące się do części ciała i organów, np. w języku tureckim wyrażenie „złamane ramię“ oznacza poczucie braku wsparcia, „wątroba płonie“ – to silny ból psychiczny, np. po stracie kogoś bliskiego (Jaroszevska, 2019, s. 188).

Inny problem może dotyczyć niewiedzy na temat braku znajomości języka, którym

posługuje się lekarz. Wówczas potrzebna jest pomoc tłumacza. W przypadku muzułmanów bardzo ważne jest, aby był on tej samej płci co chory. Obecność tłumacza może wpłynąć na informacje, które zostaną przekazane lekarzowi – zwłaszcza jeżeli mają one charakter intymny czy osobisty. W przypadku gdy jest nim członek rodziny, pacjent może nie mówić szczerze ze względu na poczucie wstydu, a czasem nawet strachu. Dodatkowo problem może stanowić sytuacja, kiedy tłumacz spokrewniony jest z chorym i nie chcąc niepokoić bliskiej osoby, nie przekazuje jej niekorzystnych wiadomości lub zmienia treść informacji (o czym nie mówi lekarzowi, a ten sądzi, że pacjent jest dobrze poinformowany).

Warto również wspomnieć o wyrazach nieprzetłumaczalnych, które występują w poszczególnych regionach świata – są to nazwy chorób, które niekoniecznie będzie znał polski personel medyczny (Jaroszevska, 2016, ss. 357–367). Nieznane mogą być zaburzenia, takie jak na przykład:

Koro – stan lękowy będący wynikiem strachu przed zmniejszaniem się i zanikaniem genitaliów;

Karoso – stan, w którym chory uważa, że na skutek przepracowania umrze;

Tanatomania – spadek zdrowia w wyniku czarów rzuconych na chorego;

Quigong – odnosi się do przedawkowania medytacji (Jaroszevska, 2013, s. 79);

Abrafo bodam – epizody psychotyczne dotyczące rodzin przywódcy klanu, które w przeszłości dokonały rytualnego zabójstwa człowieka lub zwierzęcia po to, aby towarzyszyło zmarłemu przywódcy do świata zmarłych; epizody te mogą przejawiać się w postaci ataku fizycznego i próbie zabójstwa, po ich zakończeniu następuje amnezja;

Zespól Atopke – śmierć z powodu przekleństwa, która poprzedzona jest ślepotą, utratą słuchu i możliwością poruszania się.

Wymienione wyżej zaburzenia dotyczą kultur pozaeuropejskich (Grzymała-Moszczyńska, 2007, s. 5). Podobne natomiast utrudnienia występują po stronie imigranta pochodzącego spoza Europy. Niejasne może być dla niego np. znaczenie określenia ADHD, kryzysu wieku średniego, demencji starczej czy depresji poporodowej. Chociażby dlatego, że np. w języku chińskim nie występuje słowo *depresja* – trzeba tłumaczyć je opisowo, np. *xin qing bu hao*, co oznacza, że *sercu nie jest dobrze* (Jaroszevska, 2019, s. 188).

W znacznym stopniu komunikację może też utrudniać nieznamość form i zasad regulujących międzyludzkie interakcje. Komunikowanie międzykulturowe to nie tylko dobre opanowanie języka. Istotne jest także posiadanie wiedzy z kim, kiedy, jak i na jaki temat można rozmawiać (np. w przypadku pacjentki muzułmanki konieczne może być zwracanie się do jej męża; w innym przypadku matka może nie odpowiadać na pytania o stan zdrowia dziecka, jeśli pytanie najpierw nie zostanie skierowane do ojca) (Jaroszevska, 2016, ss. 357–367).

Różnice kulturowe sprowadzają się także do stylu udzielania odpowiedzi. W wielu kulturach trudno o jednoznaczną odpowiedź „tak” lub „nie”, np. w krajach azjatyckich unika się stosowania słów zamieszczonych na zewnętrznych krańcach skali, a więc: „zdecydowanie tak” lub „zdecydowanie nie”. Wynika to z niechęci odróżniania się od pozostałych członków grupy. Natomiast w krajach śródziemnomorskich stroni się od odpowiedzi „raczej tak” lub „raczej nie”, ponieważ uważane jest to za przejaw braku zaangażowania w postawione zadanie (Grzymała-Moszczyńska, 2007, ss. 13–14). W innych zaś kulturach ludzie starają się nie używać słowa „nie”, gdyż przypisują mu wydzwięk nieuprzejmości – wówczas zamiennie stosują zwroty, takie jak: „nie wiem”, „próbuję”, a niekiedy nawet „raczej tak”. Mając to na uwadze, w kontakcie z zagranicznym pacjentem

lepiej zrezygnować z pytań zamkniętych, ponieważ wymagają one odpowiedzi tak/nie, co może stanowić problem dla przedstawicieli niektórych kultur (Jaroszevska, 2019, s. 190).

Jeszcze inna ważna kwestia dotyczy tematów tabu, które nie powinny być poruszane przez lekarzy, gdyż te wiążą się z dodatkowym stresem u pacjentów, np. ludzie wywodzący się z krajów muzułmańskich źle odbierają rozmowy na tematy związane z życiem rodzinnym i intymnym, zwłaszcza gdy lekarz jest innej płci. Podobnie jest z pytaniem o posiadanie dzieci, które dla niezamężnej muzułmanki jest wręcz obraźliwe (Jaroszevska, 2016, s. 367).

Na wrażliwość tematów tabu zwraca uwagę następujący przykład: kobieta Czeczenka pojawia się w jednej z organizacji pozarządowych i prosi o kontakt z lekarzem ginekologiem, ponieważ jest w ciąży. Mówiąc to, kobieta jest sama z pracownikiem tej organizacji, natomiast co chwilę w pokoju pojawia się jeszcze inna osoba, płci męskiej. Na jego widok Czeczenka zaczyna niepokoić się i mówić bardzo cicho, tak że pielęgniarka nie może jej zrozumieć. Pracownica denerwuje się, ponieważ chce pomóc, a nie może ustalić, co się stało. Jak się okazało migrantka potrzebowała konsultacji z lekarzem ginekologiem, gdyż była ofiarą gwałtu. I to właśnie chciała przekazać pielęgniarkę. Natomiast w kulturze czeczeńskiej nie jest łatwe przyznanie się do bycia ofiarą gwałtu, bowiem wiąże się to ze złamaniem tabu. Zgodnie z religią muzułmańską sprawy seksualne w ogóle są tematami tabu. Ponadto mówiąc, co się stało, kobieta ponosi ryzyko, ponieważ mogą jej zostać zabrane dzieci z małżeństwa, w którym była przed gwałtem, gdyż zostanie uznana za zhańbioną. Opisana sytuacja jest niezwykle wrażliwa. Szalenie poważne jest to, co chce powiedzieć kobieta, dlatego wymaga zachowania szczególnej poufności (Marcinkowski, 2017, s. 171).

Niewiedza w zakresie komunikacji niewerbalnej

W spotkaniach międzykulturowych przyczyną nieporozumień może być także komunikowanie niewerbalne. Wiele osób niesłusznie nie przywiązuje do tego aspektu komunikacji zbyt dużej uwagi. Tymczasem jest on istotny dla zrozumienia uwarunkowań związanych z odmiennością kulturową, gdyż komunikacja niewerbalna jest różna dla poszczególnych regionów świata (Fiedorczuk-Fidziukiewicz, 2019, s. 21). Obszary różnic obejmują:

- ▶ mimikę – za pośrednictwem wyrazu twarzy przekazywane są informacje o odczuwanych emocjach;
- ▶ pantomimikę, czyli gestykulację;
- ▶ proksemikę – relacje pomiędzy przestrzenią a ludźmi;
- ▶ czynniki paralingwistyczne: ton głosu, tempo mowy czy intonację;
- ▶ czynniki społeczne: status społeczny, posiadane wykształcenie, a także zawód;
- ▶ czynniki personalne: wygląd zewnętrzny oraz zapach (Elżbieta Krajewska-Kułąk, Cecylia Łukaszuk, Wojciech Kułąk, Mateusz Cybulski, Andrzej Guzowski, Joanna Fiłon, Jolanta Lewko, 2019, s. 88).

Potencjalnym źródłem nieporozumień może być odmienność w zakresie interpretowania mimiki twarzy, np. w Polsce uśmiech odbierany jest jako wyraz radości, zadowolenia, serdeczności, a w Japonii służy przede wszystkim do maskowania niepokoju i złego samopoczucia (Jaroszevska, 2019, s.195).

Trudność może pojawić się również w przypadku pacjenta pochodzącego z kultury ekspresyjnej, a więc wyróżniającego się bogatą gestykulacją, dynamiczną mimiką twarzy, dużą ruchliwością oraz głośnym sposobem mówienia i tendencją do wyolbrzymiania. Różnice w tym w zakresie sprowadzają się do ryzyka błędnego odbioru przekazu, intencji

czy emocji rozmówcy, np. pacjent może mówić szybko i z podniesionym głosem, mimo że nie będzie zdenerwowany na lekarza (Jaroszevska, 2016, s. 361). W takiej sytuacji pożądane jest okazanie emocji także ze strony lekarza, gdyż chłodna postawa może zostać uznana za przejaw niechęci i braku zainteresowania (Jaroszevska, 2016, s. 365).

Pewnym utrudnieniem może być także proksemika, czyli preferowana odległość między ludźmi (Jaroszevska, 2019, s. 361). Zasady posługiwania się przestrzenią są charakterystyczne dla kultury pochodzenia, ponieważ przekazywane są w procesie socjalizacji. Zatem tłok dla jednej osoby nie musi oznaczać tego samego dla drugiej, np. Arabowie lubią być blisko rozmówcy, czuć jego oddech i zapach. Europejczycy natomiast wolą utrzymywać dystans, ponieważ przestrzeń wokół siebie uważają za przedłużenie własnego ciała (Kusio, 2011 s. 101).

W przekazie niewerbalnym największy problem stanowią tzw. emblematy, czyli gesty, które zastępują słowa. W każdym, nawet sąsiednim kraju, mogą być one inaczej interpretowane, np. w Ameryce Południowej znak „OK” jest obraźliwym, wulgarnym symbolem (podobnie jest on interpretowany w Grecji), natomiast w Japonii odnosi się do pieniędzy. Dlatego w kontakcie z cudzoziemcami lepiej ograniczyć użycie emblematów.

W praktyce medycznej występować może także odmienność gestów, które służą do ilustrowania bólu (np. turecki pacjent zapytany o miejsce bólu nie wskaże palcem, gdzie go boli, lecz zamiast tego wykona okrężny ruch ręką na wysokości, np. piersi lub brzucha). Wynika to z innego stosunku do ciała i choroby – holistycznego postrzegania w kulturach niezachodnich (Jaroszevska 2016, ss. 357–367).

Ważny problem w komunikacji międzykulturowej może stanowić też haptyka, czyli zastosowanie dotyku. W tradycji chińskiej i japońskiej publiczne dotykanie mężczyzny

przez kobietę stanowi tabu. Podobnie rzecz ma się z dotykiem kobiety przez mężczyznę na Bliskim Wschodzie. W innych kulturach zaś uważane jest to za kwestie indywidualną, np. w krajach europejskich publiczne pocałunki, trzymanie się za ręce jest czymś normalnym. W Iranie, Arabii Saudyjskiej czy Jemenie dotyk między rodzeństwem, nawet w formie przywitania jest surowo zakazany. Natomiast w kulturze europejskiej, a także zachodniej rodzeństwo trzymające się za ręce nie budzi sprzeciwu (Fiedorczyk-Fidziukiewicz, 2019, ss. 21–22).

Ludzie przyzwyczajeni do częstego dotyku mogą wykazywać większą potrzebę w tym zakresie, a jego brak odbierać jako chłód czy niezainteresowanie (Jaroszewska, 2016, s. 364). Tak więc Amerykanin, będąc pacjentem w Chinach, zauważy, że pielęgniarka unika dotyku oraz kontaktu wzrokowego. Jeżeli pacjent ten nie będzie znał podłoża kulturowego zachowania pielęgniarki, może mylnie odebrać jej postawę, np. myśląc, że jest to wynikiem jego złego stanu zdrowia. Odwrotna sytuacja może mieć miejsce w przypadku, gdy Chińczyk będzie pacjentem w Stanach Zjednoczonych, zapewne trudne dla niego będzie zrozumienie zbyt dużej otwartości personelu medycznego, a także stosowanie częstego dotyku podczas rozmowy. W konsekwencji takie spoufalanie pacjent może negatywnie odczuć, wręcz jako obrazę (Dobrowolska, 2017, s. 369).

Poszczególne kraje i regiony różnią się między sobą poziomem akceptacji dotyku. Przy czym istotna jest szczególnie wiedza na temat tego kogo, gdzie i w jakiej sytuacji można dotykać oraz z jaką częstotliwością. Oczekiwania pacjentów będą się różniły w zależności od kultury kraju pochodzenia (Jaroszewska, 2016, ss. 357–367). W przypadku pacjenta z kultury islamskiej zaleca się unikania podawania ręki osobie płci przeciwnej, ponieważ stanowi to naruszenie obowiązujących tam norm.

Szczególnie niezręcznie może poczuć się kobieta, gdy lekarz w obecności męża będzie chciał podać jej dłoń. Ponadto Muzułmanie zwracają też uwagę na to, którą rękę im się podaje – lewą bowiem uważają za nieczystą, gdyż służy im do obmywania się w toalecie. Za nieczyste w kulturze islamskiej uważane są też wydzieliny krwi. Zatem nie do przyjęcia jest dla młodej matki czy ojca dotykanie noworodka, który nie został wcześniej dokładnie obmyty (Jaroszewska, 2019, s. 194).

W relacji lekarz – pacjent istnieje większe przyzwolenie na dotyk. Jednak i tu mogą pojawić się problemy, np. w Arabii Saudyjskiej lekarz pyta męża o zgodę na badanie żony, nawet jeżeli ma być wykonane tylko badanie laboratoryjne czy zdjęcie rentgenowskie. W momencie gdy mężczyzna zgodzi się, lekarz może dotknąć np. chorego kolana. Oprócz tego, do badania lekarskiego kobieta jest odpowiednio przygotowywana – pielęgniarka odsłania pacjentce tylko to miejsce, które ma być zbadane, resztę ciała zakrywa. Gdy chora jest już przyszykowana, wówczas na sali operacyjnej pojawiają się lekarze (Marcinkowski, 2017, s. 170). W krajach muzułmańskich wykonanie zabiegu chirurgicznego u kobiety zamężnej wiąże się z pisemną zgodą męża. Tak więc zabieg wykonywany jest na wyraźne życzenie męża.

Co ciekawe w kulturze muzułmańskiej ginekologia dziecięca i dziewczęca nie istnieje. Dziewic bowiem nie bada się ginekologicznie, gdyż niesie to ryzyko uszkodzenia błony dziewiczej i tym samym uniemożliwia wyjście za mąż (Stadnicka, Iwanowicz – Palus, s. 295). Kobiety zamężne zaś odczuwają strach przed badaniem ginekologicznym, niekiedy nawet wyrażają sprzeciw na dotknięcie sromu bez zastosowania wcześniej znieczulenia ogólnego. Przedstawia to następujący przykład: kobiety będące kilka miesięcy po ślubie stanowiły dużą grupę pacjentek ginekologicznych.

Pojawiały się u nich zaburzenia miesiączkowania (niekiedy przyczyną były czynnościowe torbiele jajnika), towarzyszył im przy tym ból brzucha oraz okolicy krzyżowej. Występowało też ogólne osłabienie czy bezsenność. Chore zgłaszały się do lekarza w celu chirurgicznego usunięcia przeszkody, którą była błona dziewicza. Małżeństwo wówczas było nie skonsumowane. Pacjentki z tego typu dolegliwościami były przestraszone i mimo łagodnej namowy ze strony lekarza nie pozwalały na przeprowadzenie badania ginekologicznego, czasami nawet nie zezwalały na dotknięcie sromu bez zastosowania znieczulenia ogólnego (Baszak, 2003, s. 36).

W międzykulturowej opiece medycznej źródłem nieporozumień może być też kontakt wzrokowy. Istotne jest posiadanie wiedzy, kto komu, jak długo i w jakiej sytuacji może patrzeć w oczy. Zarówno niedostateczny kontakt wzrokowy jest negatywnie odbierany (jako nieśmiałość lub fałsz), jak i nadmierny (jako bezczelność czy agresja) (Jaroszewska, 2016, ss. 357–367).

W kulturze zachodu kontakt wzrokowy jest niezbędny w relacji interpersonalnej. Toteż wszelkie uciekanie wzrokiem czy patrzenie w przestrzeń poza rozmówcę uważane jest za przejaw nieszczeroci lub lekceważenia. Natomiast w krajach kultury Wschodu zamiast patrzenia w oczy partnerowi rozmowy pożądane jest kierowanie wzroku na koniuszki palców, albo buty (Fiedorczyk-Fidziukiewicz, 2019, s. 22), w Japonii zaś podczas rozmowy mile widziane jest patrzenie na szyję (Jaroszewska, 2019, s. 195).

W krajach islamskich pojawiło się nowe pojęcie – „cudzołóstwo oczu”. Termin ten odnosi się do sytuacji, w której niespokrewniony mężczyzna i kobieta patrzą sobie w oczy dłużej niż przez dwie sekundy. Z tego względu polskie pielęgniarki podczas pracy w szpitalu na terenie Arabii Saudyjskiej nie miały prawa patrzeć

w oczy zarówno lekarzowi, jak i innemu mężczyźnie. Zakaz ten wynika z religii i kultury panującej w krajach muzułmańskich. W czasie rozmowy lekarza płci męskiej z pielęgniarką, kobieta opuszczała głowę i oczy, zazwyczaj przytakiwała oraz udzielała krótkich odpowiedzi. Tematy rozmów dotyczyły tylko sfery zawodowej. Nie do przyjęcia było poruszanie innych tematów (Marcinkowski, 2017, s. 170).

To, co w jednym kręgu kulturowym może zostać uznane za uchybienie, w innym jest czymś naturalnym, np. w świecie islamu kobiety zakrywają twarz materiałem. Utrudnia to im kontakt wzrokowy. Niektóre zasłony niemal całkowicie uniemożliwiają taki kontakt. W Afganistanie, Tadżykistanie i Uzbekistanie twarze kobiet zakrywa czaczwan, czyli szal okrywający całą twarz, nie ma w nim otworu na oczy, jedynie prześwitujący materiał umożliwia kobiecie patrzenie na otoczenie oraz drogę, którą się porusza. W niektórych muzułmańskich krajach nakazany jest prawem hidżab, a nieprzestrzeganie tego niesie ryzyko zastosowania przemocy lub wytoczenia sprawy sądowej. W innych zaś krajach noszenie burki jest nielegalne (Fiedorczyk-Fidziukiewicz, 2019, ss. 22–23).

Problemem może być także niewiedza w zakresie odmiennosci stosunku do czasu (chronemika). Dla osób wychowanych w kulturach polichromicznych cenniejsze od czasu będą relacje międzyludzkie. Powoduje to problem z przystosowaniem się do punktualności i harmonii. Utrudnia to leczenie np. migrantów z Afryki, ponieważ często pojawiają się u lekarza w innym terminie niż umówiony, a także nie przestrzegają określonych pór przyjmowania leków (Jaroszewska, 2016, ss. 357–367). Przeciwnie podejście natomiast jest w kulturach monochromicznych, w których ważną rolę odgrywa harmonogram oraz zaplanowane ramy czasowe (Płaszewska-Żywko, 20017, s. 208).

Wpływ uwarunkowań kulturowych na kształtowanie zachowań wobec zdrowia i choroby

Kultura pełni ważną rolę w kształtowaniu zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą (Reczek, 2017, s. 231) – może bowiem być czynnikiem patogennym (przyczyniającym się do występowania określonych chorób) lub terapeutycznym czyli pomagającym utrzymać dobre zdrowie (Grzymała-Moszczyńska, 2007, s. 2). Ponadto kultura określa czym jest zdrowie, a także co oznacza bycie chorym (Grzymała-Moszczyńska, 2007, s. 5). Normy wskazujące na zdrowie lub chorobę w poszczególnych kulturach są różne (Reczek, 2017, s. 231). Mogą sprowadzać się do odmiennego postrzegania objawów chorobowych i reakcji na ból.

W okresie dzieciństwa, w procesie socjalizacji (głównie pierwotnej) dziecko uczy się interpretowania objawów chorobowych, ich sposobu określania, a także postępowania w przypadku wystąpienia choroby. Wiedzę przyswajają głównie przez obserwację zachowań dorosłych członków rodziny oraz prezentowanych przez nich postaw, szczególnie matek wobec dzieci. Nadmierna opiekuńczość w stosunku do dzieci powoduje, że te uczą się skupiać uwagę na odczuciach bólowych, szukaniu pomocy, a także naśladować zaobserwowane u dorosłych reakcje lękowe na występujące objawy chorobowe. Tak więc duże znaczenie w odczuwaniu i reakcji na ból ma kultura, w której człowiek został wychowany (Kostrzanowska, 2017, ss. 130–131).

Kultura jest także czynnikiem, który wpływa na sposób wyrażania objawów chorobowych. Za przykład może posłużyć depresja. W niektórych kulturach bardziej są podkreślane fizyczne symptomy niż zaburzenia nastroju, np. w Ameryce Łacińskiej osoba doświadczająca depresji będzie mówiła o bólu głowy czy odczuwanych nerwach, w Azji zaś o zmęczeniu,

słabości czy nierównowadze, a ludzie ze Środkowego Wschodu wskazywać będą na problemy z sercem (Grzymała-Moszczyńska, 2007, s. 4).

W poszczególnych kulturach w odmienny sposób mogą być postrzegane również objawy tej samej choroby. W konsekwencji stosowane są różne metody prowadzące do polepszenia stanu zdrowia chorego. Wymienić można dwa aspekty pojmowania choroby: pierwszy z nich odnosi się do dysfunkcji fizycznej – bezpośrednio związanej z odczuwanymi symptomami, drugi zaś do interpretacji tych objawów – zarówno przez jednostkę doświadczającą, jak i otoczenie. W języku angielskim fizyczne zaburzenia określane są jako *disease*, natomiast psychospołeczne *illness*. Czynnikiem łączącym *illness* z *disease* jest oparty na normach kulturowych system leczenia i postępowania w razie choroby.

W społeczeństwach tradycyjnych sposób leczenia oparty jest głównie na *illness*. Zatem sprowadza się do ustalenia natury zaburzenia, a następnie usunięcia go za sprawą odpowiednich zabiegów. Takie postępowanie ma na celu zarówno wyjaśnienie przyczyny zaburzenia, jak i spowodowanie, że przyczyna, przebieg i konsekwencje staną się zrozumiałe dla pacjenta i jego otoczenia. Wyleczenie więc ma spowodować nie tylko ustąpienie objawów choroby, ale też nadanie sensu przeżytemu doświadczeniu. Zatem uwarunkowany kulturowo system postępowania z chorym i chorobą zmierza do określania, porządkowania i nadawania sensu doświadczeniu związanemu z zaburzeniem. Ponadto leczy problemy związane z życiem osobistym, społecznym i rodzinnym, które powodują *illness*. Inaczej jest w przypadku zachodniego modelu opieki medycznej. Zmierza on do wyleczenia poprzez usunięcie objawów choroby (*disease*), przy prawie zupełnym pominięciu czynników do tego się przyczyniających, takich jak problemy jednostkowe i społeczne (*illness*). Za przykład

może posłużyć kultura chińska, w której objawy chorób dzieci są odbierane jako efekt „wystraszenia duszy dziecka”. Za niezbędny wówczas uważany jest rytuał *chao hun* odprawiany przez kapłana. Ma on z powrotem sprowadzić wystraszoną duszę i dzięki temu poprawić stan zdrowia chorego. Jeżeli dziecko to będzie leczone według zasad medycyny zachodniej i po serii zastrzyków ustąpią objawy choroby, to i tak konieczne jest odprawianie tego rytuału, ponieważ tylko wtedy rodzina dziecka uzna kurację za kompletną – czyli zgodną ze znaczeniem, jakie ma dla nich to zaburzenie (Grzymała-Moszczyńska, 2007, ss. 10–11).

Kultura wpływa nie tylko na podejście człowieka do zdrowia i choroby, kształtuje także reakcje z nimi związane (zob. niżej) (Reczek, 2017, s. 232).

- ▶ Reakcja religijna, w której jednostka akceptuje występowanie choroby i śmierci ponieważ uważa, że jest wynikiem sił wyższych, na które człowiek nie ma wpływu. Ponadto chorobie lub śmierci przypisywane jest znaczenie symboliczne, np. „kara za grzechy”.
- ▶ Reakcja magiczna, kiedy choroba uważana jest za wynik działania bogów, bóstw lub innych magicznych mocy, których należy zdobyć przychyłność. Wiąże się z aktywną postawą wobec choroby – stosowane są zabiegi rytualne polegające na składaniu ofiar lub modlitwie za chorego, aby ten wyzdrowiał.
- ▶ Reakcja opiekuńczo-pielęgniarska, która ma na celu otoczenie psychiczną opieką i emocjonalnym wsparciem chorego, zmniejszenie stresu wywołanego chorobą poprzez wzbudzenie zaufania oraz poczucia bezpieczeństwa, że zarówno personel medyczny, jak i pozostałe otoczenie chorego w pełni go rozumieją.
- ▶ Reakcja medyczna, nazywana też instrumentalną, związana jest ze stosowaniem środków naukowych, które mają na celu

opanowanie choroby. Uważa się, że lekarz zrobi wszystko, aby uratować pacjentowi życie (Kostrzanowska, 2017, s. 131).

Kultura wpływa także na zachowania zdrowotne ludzi. Zdrowie określane jest mianem cennego dobrostanu zdefiniowanego w charakterystyczny dla danej kultury sposób. Każda kultura ma własne wzory i sposoby dbania o zdrowie. Cechą uniwersalną, a więc wspólną dla wszystkich kultur, jest dążenie do zachowania zdrowia. Różny jest natomiast sposób przejawiania troski o zdrowie, a także różne podejmowane są działania, które mają pomóc utrzymać zdrowie (Płaszewska-Żywko, 2017, s. 202). Wśród nich wymienić można: nawyki, styl życia, reakcje na stres, emocje, przeżycia, smutek czy strach (Reczek, 2017, s. 232).

Styl życia pełni najistotniejszą rolę w odniesieniu do zdrowia populacji. Wiąże się z nim np. sposób odżywiania, uprawianie aktywności fizycznej, stosowanie używek, spożywanie alkoholu (zabronione wśród muzułmanów) i narkotyków, a także palenie tytoniu (Marcinkowski, 2017, s. 168).

W znacznym stopniu uwarunkowany kulturowo jest sposób odżywiania. Duży wpływ odgrywa tu tradycja, czego przejawem są kuchnie narodowe (włoska, chińska itd.) lub regionalne, jak również zwyczaje zaczerpnięte z domu rodzinnego przekazywane od pokoleń (Kostrzanowska, 2017, s. 132). Skład pokarmów, ich spożywana ilość, a także zawartość mięsa czy tłuszczu są charakterystyczne dla określonych grup społecznych i narodowych, np. w krajach basenu Morza Śródziemnego ludzie spożywają dużo warzyw, owoców, a potrawy przyrządzają na oliwie, co przekłada się na walory zdrowotne. Natomiast w Europie Środkowej, w tym w Polsce, dominują potrawy obfite w tłuste mięsa, głównie wieprzowinę, smażone na tłuszczach pochodzenia zwierzęcego. Ponadto spożywa się w małej ilości owoce i warzywa – głównie sezonowo. Z kolei

na północy Europy, w krajach skandynawskich, podstawą w odżywianiu jest wołowina, ryby i owoce morza. Ponadto w niektórych krajach, np. we Francji, Włoszech, Hiszpanii, zgodnie z ich kulturową tradycją należy pić alkohol do obiadu lub kolacji. W Niemczech i Anglii w umiarkowanych ilościach spożywane jest piwo, natomiast Polacy i Rosjanie zazwyczaj piją często i w dużych ilościach alkohole wysokoprocentowe. W konsekwencji poszczególne grupy kulturowe można scharakteryzować poprzez występowanie u nich określonych chorób – jedną z możliwych przyczyn są obyczaje grupy, które mogą powodować pojawianie się chorób bądź chronić przed ich zapadalnością (Reczek, 2017, ss. 233–235).

Innym ważnym czynnikiem wpływającym na zdrowie człowieka są uwarunkowane kulturowo działania prewencyjne. Dotyczą one ilości snu czy stosowania technik relaksacyjnych (w celu odreagowania napięcia). Nie bez znaczenia pozostaje też światopogląd religijny danej kultury zawierający uprawomocnione kulturowo sposoby działań prewencyjnych, które mają zapobiegać powstawaniu zaburzeń zarówno na tle psychicznym, jak i fizycznym, np. taoizm dla zachowania zdrowia kładzie nacisk na odpowiedni sposób przeżywania emocji. Zwraca także uwagę na troskę o własne ciało. Zaleca zatem żyć zgodnie z posiadanymi możliwościami przy równoczesnym zachowaniu harmonii z otaczającą przyrodą. Przystosowanie do otaczającego świata oparte na akceptacji i emocjonalnym dystansie uważane jest przez taoizm za warunek zdrowia (Grzymała-Moszczyńska, 2007, s. 3).

Uprzedzenia i dyskryminacja jako skutki niewiedzy

Duże znaczenie ma przyjęcie postawy otwartej, pełnej szacunku wobec ludzi odmiennych kulturowo, ponieważ przyczyną nieporozumień bardzo często są uprzedzenia

i negatywne założenia, które są skutkiem niewiedzy (Kostrzanowska, 2017, s. 117).

Uprzedzenia zazwyczaj okazywane są w postaci dyskryminacji, co w perspektywie praktyki medycznej może powodować występowanie zakłóceń w procesie myślenia racjonalnego – pojawia się wówczas brak wrażliwości na przedstawiane argumenty. Bowiern silne emocje towarzyszące uprzedzeniom utrudniają efektywne przetwarzanie informacji.

W wyniku czego może dojść do zniekształcenia lub ignorowania istotnych danych w procesie leczenia. Ponadto personel medyczny może uzasadniać zachowania pacjenta jego przynależnością rasową lub religijną, a nie występowaniem obiektywnych czynników zewnętrznych. Pacjent wówczas nie jest postrzegany jako jednostka, tylko jako bezosobowy element jakiegoś zbioru danej grupy społecznej (Grabowska, Muszaliak, Kędziora-Kornatowska, 2017, ss. 219–220).

Podsumowanie

W międzykulturowej opiece medycznej bardzo ważne jest, aby pracownicy ochrony zdrowia byli świadomi zakresu swojej niewiedzy na temat uwarunkowań kulturowych pacjentów. Bowiern nie jest możliwe poznanie wszystkich elementów innej kultury, a tym bardziej całości kształtu zróżnicowania kulturowego światowej populacji (Van Damme-Ostapowicz, 2017, s. 106). Świadomość występowania ograniczeń po tej stronie, a także posiadania wiedzy niedoskonałej, niedokładnej otwiera nowe możliwości poznawcze przed człowiekiem. Zatem daje też możliwość poszerzenia zakresu swoich informacji, ponieważ otwarta jest postawa wobec niewiedzy (Tarnopolski, 2010 s. 163).

Postawa ta jest pożądana w perspektywie międzykulturowej opieki medycznej. Otóż świadomość nieposiadania lub częściowego posiadania wiedzy na temat innych kultur powoduje również otwartą postawę wobec

pacjentów odmiennych kulturowo. Jest to szczególnie ważne, ponieważ wpływa na akceptację, tolerancję, a także rozumienie różnic występujących między poszczególnymi kulturami. Kształtuje też przebieg relacji lekarz – pacjent oraz pozytywny stosunek pacjenta do proponowanej przez lekarza metody leczenia (Main 2018, s. 112).

Z kolei brak świadomości swojej niewiedzy blokuje procesy poznawcze. Powoduje postawę zamkniętą, zgodnie z którą człowiek nie dąży do poszerzenia zakresu swojej wiedzy (Tarnopolski, 2010 ss. 163–165). Tak więc wykazuje postawę, która może niekorzystnie wpłynąć na relacje z pacjentami odmiennymi kulturowo. Niewiedza może być przyczyną nieprawidłowej diagnozy lekarskiej. Ponadto generuje uprzedzenia, które niekiedy przedzają się w dyskryminację (Kostrzanowska 2017, s. 117).

Wnioski końcowe odnoszą się do potrzeby:

- ▶ świadomości personelu medycznego w zakresie znaczenia, jakie w międzykulturowej opiece medycznej mają różnice kulturowe występujące między pacjentami obcego pochodzenia;
- ▶ poszerzenia wiedzy na temat innych kultur wśród pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie różnic kulturowych (Van Damme-Ostapowicz, 2017, s. 105), ponieważ to one najczęściej są przyczyną nieporozumień (Ślifirczyk, 2019, s.180),
- ▶ rozwoju umiejętności komunikacyjnych przedstawicieli medycznych z zagranicznymi pacjentami;
- ▶ otwartej postawy personelu ochrony zdrowia zarówno w zakresie potrzeb, oczekiwań, jak i norm oraz wartości kulturowych pacjentów;
- ▶ rozwoju wrażliwości międzykulturowej – poprzez okazywanie empatii, szacunku, tolerancji oraz braku uprzedzeń wobec odmienności kulturowej pacjentów (Van Damme-Ostapowicz, 2017, s. 108). ☺

Mgr Wioleta Kubik – Doktorantka socjologii Uniwersytetu Łódzkiego. Zajmuje się problematyką wielokulturowości w opiece medycznej. Jej zainteresowania naukowe dotyczą szeroko rozumianej socjologii medycyny.

Afiliacja:

Katedra Socjologii Polityki i Moralności Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki
e-mail: wioletakubik@onet.eu

Bibliografia

- Baszak, E. (2003). Współżycie seksualne w kulturze islamu, *Seksuologia Polska* 2003, 1, 1, 35–38.
- Dobrowolska, B. (2017). Dylematy moralne w pracy pielęgniarek. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Fiedorczuk-Fidziukiewicz, J. (2019). Uwarunkowania słowa „odmienny kulturowo” i „niepełnosprawny”. W: E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Grabowska, M., Muszaliak M., Kędziora-Kornatowska K. (2017). Uprzedzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2007). Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. W: W. Klaus, *Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*. Warszawa: Stowarzyszenie Interwencji Prawnej.
- Jaroszevska, E. (2019). Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem i jego rodziną. W: E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Jaroszevska, E. (2016). Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem. W: E. Krajewska-Kułak,

- A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Jaroszewska E. (2013). Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie. W: *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje* 2013 | 21(2) | 71–84.
- Kostrzanowska, Z. (2017). Pojęcie zdrowia i choroby w wymiarze biopsychospołecznym. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Kułak W., Cybulski M., Guzowski A., Filon J., Lewko J. (2019). Efektywna komunikacja – komunikacja werbalna versus niewerbalna. W: Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Kusio U. (2011). *Dialog w komunikacji międzykulturowej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Main I. (2018). *Lepsze światy medyczne? Zdrowie, choroba, leczenie polskich migrantek w perspektywie antropologicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Marcinkowski, J. T. (2017). Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Płaszewska-Żywko, L. (2017). Teoria pielęgniarstwa Madeleine Leininger. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Reczek, A. (2017). Kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych w rodzinie. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Stadnicka G., Iwanowicz-Palus G. J. (2017). Kulturowe uwarunkowania zachowań seksualnych. W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Ślifirczyk, A. (2019). Zasady komunikacji międzykulturowej w ochronie zdrowia. W: E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau. (red.), *Kontekst „Inności” w komunikacji interpersonalnej*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
- Tarnopolski A. (2011). *Niewiedza i jej rola w świecie późnej nowoczesności*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Tarnopolski A. (2010). *Człowiek wobec niewiedzy. Niewiedza jako element ludzkiej racjonalności*. Częstochowa: Wydawnictwo im. Stanisława Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie.
- Van Damme–Ostapowicz, K. (2017). *Dialog wielokulturowy* W: E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Ignorance as part of intercultural medical care

Abstract

Ignorance is particularly important in the diagnosis of intercultural medical care. Lack of knowledge about cultural conditions can adversely affect the course of doctor-patient communication and, as a consequence, contribute to incorrect medical diagnosis. There are various areas of ignorance in intercultural communication. These include, among others, ignorance of different verbal communication and non-verbal, ignorance about the different response to the disease and treatment being undertaken, or ignorance about the impact of culture on people's health behavior. The effects of ignorance are prejudices and negative assumptions that cause this person to be treated objectively. A patient whose cultural diversity is misunderstood can close himself down to the healing process. Therefore, people who are professionally concerned with multicultural issues in medicine should show an open attitude and readiness to recognize cultural barriers in the treatment of foreign patients.

The purpose of the article is to show the importance of ignorance in the perspective of intercultural medical care.

Keywords: [ignorance](#), [a culturally different patient](#), [intercultural medical care](#).

Wielokulturowość jako wyzwanie dla dietetyka

ZUZANNA CHRZĄSTEK, AGNIESZKA GULIGOWSKA
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Praca dietetyka z pacjentem dotyczy głównie jego nawyków i zwyczajów żywieniowych. Najczęściej wynikają one z tradycji rodzinnych bądź uwarunkowań kulturowych. Zalecenia żywieniowe oraz zasady dietoterapii, z którymi dietetyk zapoznaje się podczas procesu kształcenia, są zwyczajowo dostosowane do tradycyjnego profilu Polaka. Tymczasem rozwijająca się mobilność społeczeństw sprawia, że coraz częściej w gabinecie dietetycznym pojawiają się osoby, które mają zróżnicowane uwarunkowania kulturowe, światopoglądowe, religijne, a także fizjologiczne. Tego typu wyzwania są coraz powszechniej spotykane. Mogą one dotyczyć na przykład zaleceń dla pacjenta z anemią, który jest wegetarianinem. Powiększa się także dostępność w polskich sklepach produktów spożywczych z całego świata, co z jednej strony pozwala obcokrajowcom na wykonywanie tradycyjnych potraw, z drugiej natomiast stanowi inspirację dla mieszkańców naszego kraju.

Wyzwania te wskazują na potrzebę włączenia do procesu kształcenia dietetyków modułu obejmującego wiedzę o wielokulturowości, kuchniach świata i zasadach religijnych wpływających na sposób odżywiania się. Ułatwi to tworzenie alternatywnych zaleceń dla pacjentów reprezentujących odmienne środowiska kulturowe, przy uwzględnieniu ich zwyczajów żywieniowych.

Warto również położyć nacisk na naukę języków obcych oraz na pogłębienie umiejętności tworzenia zaleceń żywieniowych dla pacjentów z innych państw. Pozwoli to zniwelować trudności wynikające z wielokulturowości.

Słowa kluczowe:

dietoterapia, nawyki żywieniowe, kuchnia świata, wielokulturowość.



Wstęp

Wielokulturowość można definiować w różny sposób (Kastoryano, 2018). Po pierwsze jest to pojęcie wywodzące się od angielskiego terminu *multiculturalism*, wskazujące na zróżnicowanie kulturowe danego społeczeństwa. Po drugie może oznaczać państwową politykę mającą na celu niwelowanie napięć społecznych związanych z pojawianiem się innych kultur w danej społeczności. Wielokulturowymi nazywa się zazwyczaj wysoko uprzemysłowione społeczeństwa wieloetniczne. Pojawianie się w danym społeczeństwie wraz z ruchami migracyjnymi przedstawicieli nowych kultur wyznających inne wartości i tradycje może np. doprowadzić do niechęci i braku akceptacji ze strony mieszkańców kraju przyjmującego. Akceptacja wielokulturowości jest jednak niezwykle ważnym elementem w budowaniu bezpiecznego świata. Aby poznać, dobrze zrozumieć i zaakceptować nowe kultury pojawiające się w naszym kraju, niezbędna jest edukacja. Już od najmłodszych lat dzieci w szkołach podstawowych powinno uczyć się otwartości, tolerancji oraz poszanowania tradycji mniejszości narodowych. Jednak istotne jest, aby tematyka ta była podejmowana na każdym etapie edukacji, także na uczelniach wyższych.

Mając na uwadze, jak niezwykle istotna jest edukacja pod kątem wielokulturowości w przypadku różnych grup pracowników opieki medycznej, w tym także dietetyków, pragniemy w niniejszym eseju zwrócić uwagę na trudności, z jakimi może spotkać się dietetyk w kontekście pracy z pacjentami pochodzącymi z grup mniejszościowych. Artykuł ten powstał w oparciu o z jednej strony analizę dostępnej literatury z zakresu nauk medycznych, poświęconych problemom żywieniowym pacjentów pochodzących z odmiennych kultur/religii, a z drugiej strony o własne doświadczenia i przemyślenia, a także zgłaszane

przed studentów potrzeby dotyczące niniejszej tematyki. Obecnie zalecenia żywieniowe oraz zasady dietoterapii poznawane przez studentów dietetyki w Polsce dostosowane są w większości do typowego profilu żywieniowego społeczeństwa polskiego, a zagadnienia dotyczące kulturowych i religijnych aspektów żywienia osób pochodzących z grup mniejszościowych nie należą do obowiązkowych zagadnień wykładanych na kierunku dietetyka. Tym samym tematyka ta na poszczególnych uczelniach medycznych w Polsce spotyka się z różnym zainteresowaniem – od minimalnego po dość duże, co często realizowane jest w formie zajęć fakultatywnych.

W związku z tym w artykule wskazane zostaną przykładowe wyzwania dla dietetyka, który spotka się w swoim gabinecie lub szpitalu z przedstawicielem grupy mniejszościowej. Jeśli dietetyk nie zna tradycji, specyfiki kulinarnej, bądź wykluczeń dietetycznych charakterystycznych dla danej kultury, współpraca może okazać się bardzo trudna lub niemożliwa.

Różnice religijne i kulturowe a zalecenia żywieniowe

Z uwagi na łatwość i zwiększoną możliwość przemieszczania się ludności pomiędzy krajami i kontynentami obserwuje się coraz większą liczbę obcokrajowców przybywających do Polski w celach rekreacyjnych, zarobkowych lub edukacyjnych (*Mapy i dane statystyczne imigrantów i służb migracyjnych Polski*, 2020). Ponieważ dietetyka i medycyna stylu życia są dynamicznie rozwijającymi się interdyscyplinarnymi gałęziami nauk medycznych, istnieje uzasadnione wysokie prawdopodobieństwo, iż na konsultację żywieniową zgłaszać się będzie coraz więcej osób nie tylko polskiej narodowości, ale również reprezentantów innych kultur. Istotne jest, aby osoba zalecająca różnorodne diety lub prowadząca edukację żywieniową, miała na uwadze różnice kulturowe,

etniczne oraz środowiskowe i rasowe związane ze sposobem żywienia tych pacjentów.

Ważnym aspektem diety osób pochodzących z odmiennych kultur jest zależność sposobu żywienia od przekonań religijnych. Przykładem tego są różnego rodzaju posty stosowane z okazji świąt religijnych oraz w czasie przedświątecznym. Czas ich trwania jest symboliczny dla danego wyznania. W przypadku religii chrześcijańskiej obserwujemy post 40-dniowy poprzedzający święto Wielkiej Nocy, z kolei w religii islamskiej występuje post w okresie Ramadanu trwający około 30 dni (Trepanowski i Bloomer, 2010). Posty te, w zależności od czasu ich trwania oraz różnych restrykcji z nimi związanych, mogą różnorodnie wpływać na zdrowie i sposób żywienia pacjenta danego wyznania. Mają również wpływ na rodzaj stosowanej diety i efekty przestrzegania zaleceń żywieniowych pochodzących od dietetyków oraz osób zajmujących się nauką o żywieniu. Wydaje się więc istotne zwrócenie uwagi na różnice religijne i dostosowanie zaleceń żywieniowych do pacjentów różnych wyznań.

Innym aspektem, istotnym w kontekście diety i religii, jest temat wykluczeń żywieniowych. Kuchnia koszerna częściowo wyklucza produkty odzwierzęce. Dopuszczalne do spożycia są tutaj mięsa zwierząt mających racice i przeżuujących, stworzeń wodnych mających płetwy i łuski, niektórych gatunków szarańczy oraz niektórych gatunków ptaków (Kondrat, 2015; Przyłęcki, 2017). Wykluczenia stosowane w kuchni indyjskiej uzależnione są od tego, jakie wyznanie dominuje w danym rejonie. Na północy kraju, gdzie dominują wyznawcy islamu, zabrania się spożywania wieprzowiny. Na południu Indii dominuje hinduizm, którego wyznawcy nie spożywają wołowiny, a znakomita większość wybiera dietę całkowicie wegetariańską. Na zachodzie mieszają się różne kultury i religie, w związku z czym występują tutaj kuchnie wszystkich regionów, a także

wpływające na nie naleciałości z innych krajów. Kuchnia wschodnich Indii jest głównie wegetariańska (Badave, 2007). Wyznawcy islamu stanowią drugą najliczniejszą grupę wyznaniową na świecie, a ta religia również wiąże się z pewnymi ograniczeniami żywieniowymi. Przede wszystkim wyklucza się tutaj spożywanie wieprzowiny, gdyż uznaje się ją za mięso „nieczyste”. Również sposób uboju zwierzęcia jest istotny. Zabrania się spożywania zwierząt mięsożernych oraz lądowych zwierząt nieposiadających ucha zewnętrznego. Zabronione jest również spożycie krwi i produktów, które ją zawierają. W związku z wieloma ograniczeniami należy również pamiętać o pochodnych zabronionych produktów. Niektóre stosowane zagęstniki, emulgatory czy np. żelatyna mogą pochodzić od świni (Dziekan, 2020). Wszystkie te zasady oraz wykluczenia muszą być bardzo dobrze poznane przez dietetyka, aby w odpowiedni sposób i z pełnym poszanowaniem religii i kultury mógł on prowadzić dietę osoby wyznania muzułmańskiego. W Kościele Adwentystów Dnia Siódmego dieta wegetariańska jest zalecanym modelem żywieniowym stosowanym przez około połowę jego wyznawców. Kościół ten liczy aż 21 milionów ochrzczonych wyznawców w 235 krajach na świecie (*155th Report of the General Conference of Seventh-day Adventists for 2017*, 2019). Warto zauważyć, że pacjenci będący wyznania zalecającego diety bezmięsne będą charakteryzowali się różną częstością występowania chorób takich jak nowotwory jelita grubego czy nadciśnienie tętnicze w porównaniu z populacją polską. Niesie to potrzebę wdrożenia innych zaleceń żywieniowych u tych pacjentów (Le i Sabaté, 2014). Wegetarianie częściej są narażeni na niedobory składników odżywczych takich jak żelazo i witamina B12 ze względu na wykluczenie produktów odzwierzęcych. Pogłębia to potrzebę szczególnego zwrócenia uwagi na tę grupę przez dietetyka i dostosowanie odpowiedniego schematu

żywienia do potrzeb pacjenta (Pawlak, Berger i Hines, 2018; Pawlak, Parrott, Raj, Cullum-Dugan i Lucus, 2013).

Różnice w sposobie żywienia związane są nie tylko z przekonaniami religijnymi i kulturowymi, ale również z różną częstością występowania w poszczególnych krajach niektórych chorób dietozależnych. Przykładem może być choroba trzewna (celiakia). W Finlandii częstość występowania celiakii zwiększyła się znacząco w ostatnich dziesięcioleciach, a wzrost ten nie wynikał z lepszych metod diagnostycznych. Rozpowszechnienie tej jednostki chorobowej jest tu ponad dwukrotnie wyższe niż w ogólnej populacji europejskiej (Lohi i inni., 2007). Zwraca się więc uwagę, iż osoby przybywające z zagranicy będą, z różną i zależną od pochodzenia etnicznego częstością, potrzebowały wdrożenia odpowiedniej diety z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb (Mustalahti i inni., 2010).

Ważnym punktem w żywieniu i dobieraniu diet pod kątem dolegliwości u pacjenta jest częstość występowania nietolerancji laktozy u obcokrajowców. Przykładem może być populacja azjatycka, która charakteryzuje się bardzo dużym odsetkiem osób nietolerujących tego disacharydu – nawet do 87% populacji ogólnej (Goh, Mohd Said i Goh, 2018). Przedstawiciele tych regionów, przyjeżdżając do Polski, w znacznej większości będą potrzebowali wdrożenia i stosowania diety nisko – lub bezlaktozowej.

Różnice we wrażliwości na fruktozę i glukozę zauważa się pomiędzy różnymi grupami etnicznymi. U przedstawicieli fenotypu negroidalnego wartości te były znacznie wyższe w porównaniu z badaną grupą rasy białej. Z uwagi na te różnice dietetyk powinien zwrócić uwagę na zawartość szybko trawionych cukrów prostych z grupy FODMAP (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides And Polyols) w diecie osób

fenotypu negroidalnego (Goff, Whyte, Samuel i Harding, 2016). Również w populacji europejskiej pojawiają się różnice. Wyróżnić tu można popularnie występujący wśród ludności włoskiej „fawizm”, czyli niedobór enzymu – dehydrogenazy glukozy-6-fosforanowej. Choroba ta charakteryzuje się wystąpieniem niespecyficznych objawów takich jak ból głowy, gorączka, wymioty lub anemia po spożyciu przede wszystkim bobu, ale również i innych warzyw strączkowych (fasoli, grochu, ciecierzycy lub soczewicy) (Luzzatto i Arese, 2018).

Warto też zwrócić uwagę na to, że zmiany w zwyczajowo stosowanej diecie mogą doprowadzić do negatywnych konsekwencji zdrowotnych. Flagowym przykładem takiego stanu rzeczy są postępujące zmiany w sposobie żywienia Eskimosów grenlandzkich. Przeprowadzane badania wskazują, że w 1855 roku całkowite spożycie węglowodanów w tej grupie wynosiło zaledwie 2–8% całkowitej kaloryczności diety. Oznacza to, że standardowa dieta Eskimosa była dietą białkowo-tłuszczową. Do 1955 roku zauważono gwałtowny wzrost całkowitego spożycia węglowodanów przez Eskimosów – aż do 40% całkowitej energii (Bang, Dyerberg i Sinclair, 1980; Krogh i Krogh, 1913). Zwrócono również uwagę na aż 30-krotny wzrost spożycia rafinowanego cukru. Podczas badania stanu zdrowia Eskimosów grenlandzkich, z uwzględnieniem zmian w sposobie ich odżywiania, okazało się, że zachorowalność na miażdżycę uległa gwałtownemu wzrostowi. Badacze wiążą wzrost występowania typowych chorób przewlekłych takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 czy choroba wieńcowa serca wśród Eskimosów, u których wcześniej choroby te były raczej sporadyczne, z gwałtowną zmianą w sposobie odżywiania tej grupy etnicznej (DiNicolantonio, 2016; DiNicolantonio i Lucan, 2014).

Wymienione wyżej różnice, wynikające nie tylko z wyboru, ale także z uwarunkowań

fizjologicznych, wpływają na konieczność poszerzenia wiedzy dietetyków. Nieumiejętne prowadzenie żywienia, przekształcanie diety wyłącznie w oparciu o polskie wytyczne lub niezastosowanie się do indywidualnych potrzeb pacjenta, może skutkować negatywnym wpływem diety na jego zdrowie.

Potrawy i techniki kulinarne charakterystyczne dla obcokrajowców, które polski dietetyk powinien znać

Na świecie istnieje ogromne zróżnicowanie produktów spożywczych takich jak zboża, sery, mięsa, przyprawy, warzywa i owoce. Tradycje kulinarne oraz rodzaj używanych produktów są nierozdzielnie związane z daną kulturą. Również sposób obróbki termicznej, przetwarzania danych produktów, może być różny na całym świecie. Różnice w spożywanej żywności oraz sposobie jej przetworstwa pierwotnie wynikały z uwarunkowań przyrodniczych. Kraje i miasta mające dostęp do morza charakteryzują się wysokim spożyciem ryb i owoców morza. W kuchni japońskiej króluje ryba spożywana na surowo (sushi, sashimi, nigiri), często z dodatkiem ryżu. Japończycy spożywają ogromną różnorodność ryb i owoców morza, których nie można pominąć podczas planowania ich diety. Szeroko pojęta kuchnia azjatycka charakteryzuje się szybkim przygotowywaniem dań metodą „stir-fry” (smażenie na tłuszczu w wysokiej temperaturze w krótkim czasie) z użyciem mięs/ryb/owoców morza/tofu z dodatkiem warzyw i takich przypraw jak sos sojowy, imbir, chilli, czosnek. Metoda „stir-fry” powoduje, że warzywa pozostają lekko zblanszowane i chrupiące, a mięsa i ryby idealnie przyrządzone. Ilość i jakość tłuszczów oraz rodzaje stosowanych przypraw można modyfikować, dzięki czemu tę metodę można również stosować w zdrowej zbilansowanej diecie. Warto również wspomnieć o występujących

w kulturze azjatyckiej zapachach. Ramen z Japonii, Pho z Wietnamu, Tom-Kha z Tajlandii czy Dhaal z Indii – takich dań nie można ominąć planując żywienie osób pochodzących z tych krajów. Zupy te gotowane są w różny sposób, z użyciem przypraw i dodatków dostępnych w Polsce, jednak niejednokrotnie nieznanymi Polakom. Fermentowana sojowa pasta (miso), galangal (odmiana imbiru), liście kaffir (liście limonki), sos rybny, pasty curry i wiele innych produktów to bogactwo witamin, minerałów i innych składników odżywczych, które dietetyk powinien znać, aby dostosować dietę dla osób z całego świata, jak również urozmaicać, wzbogacać i modyfikować dietę Polaka.

Indie to kraj o bardzo ciekawej kulturze kulinarnej, którego przedstawiciele coraz częściej na stałe rezydują w Polsce. Kuchnia indyjska charakteryzuje się brakiem w swoim składzie wołowiny (uwarunkowania religijne), najczęściej jest kuchnią wegetariańską ze względu na małą ilość zwierząt w stosunku do liczby ludności oraz na trudności z przechowywaniem produktów w odpowiednich warunkach chłodniczych (Mangalassary, 2016). Mięsem najczęściej spożywanym w Indiach, jeśli już pojawia się ono w menu, jest kurczak, jagnięcina oraz kozłina. Wegetariańskimi źródłami białka są ciecierzycy, soczewica, groch oraz ser paneer, który wytwarza się z mleka krowiego. Charakterystyczne dla kuchni indyjskiej jest stosowanie wielu bardzo ostrych przypraw, w których marynuje się składniki. Następnie dusi się je w gęstych sosach na bazie pomidorów, mielonych orzechów, śmietany lub mleka kokosowego albo piecze się w specjalnie przeznaczonych do tego piecach tandoor. Przygotowane w ten sposób dania spożywa się najczęściej z dodatkiem placków z mąki z soczewicy, pszennej, kukurydzianej lub z ryżem oraz warzywami. Tradycyjną kuchnię indyjską można modyfikować tak, aby była pełna smaku i aromatu, a równocześnie zgodna z zasadami zdrowego żywienia. Można

ją także dostosować do zaleceń diety lekkostrawnej – złagodzić smak, zmienić przyprawę oraz zrezygnować z tłustej śmietany na rzecz jogurtu (Dubey, 2011).

Różnic w sposobie żywienia oraz w występowaniu produktów i rodzajów potraw nie trzeba daleko szukać, ponieważ występują one w całej Europie. Przykładem mogą być tutaj kraje basenu Morza Śródziemnego takie jak Włochy czy Grecja. Stosowany w tych krajach schemat żywienia uwarunkowany jest tradycjami przekazywanymi od pokoleń, klimatem oraz godzinami pracy i sjestą (przerwą pomiędzy porannymi a wieczornymi godzinami pracy). Śniadania mieszkańców krajów śródziemnomorskich składają się zazwyczaj z rogalika bądź słodkiej bułki oraz kawy. Następnie w trakcie sjesty spożywają oni wczesny obiad – najczęściej pastę (makaron) lub sałatkę. Kolejny najobfitszy posiłek – kolacja – ma miejsce po zakończeniu pracy późnym wieczorem. Pojawia się tu mnogość dań zarówno rybnych, jak i mięsnych, którym zawsze towarzyszy mnogość warzyw i oliwa z oliwek oraz obowiązkowo wino. Bardzo często posiłkom wieczornym towarzyszy także przystawka oraz deser. Co ciekawe, taki schemat żywienia sprawia, że Włosi są drugim najzdrowszym krajem na świecie (Miller i Lu, 2019; Pounis i inni., 2016).

Kolejnym przykładem mogą być kraje Półwyspu Iberyjskiego, gdzie dieta także różni się od polskiej. Śniadaniem, podobnie jak u Włochów, jest coś słodkiego i kawa bądź tylko kawa. Obiad jest zazwyczaj dwudaniowy, w tym pierwsze danie to sałatka albo inna forma warzyw, a drugie stanowi mięso lub ryba. Dodatkowo do dań zazwyczaj jest tylko i wyłącznie pieczywo. Standardowym deserem w Hiszpanii i Portugalii są owoce – jest to zdrowy nawyk, który pozwala zaspokoić apetyt na słodkie niedużym kosztem kalorycznym i dodatkowo mnogością witamin i minerałów. Kolacje na Półwyspie Iberyjskim

spożywane są bardzo późno – między godziną 21.00 a 23:00 i składają się z wielu różnych dań, co sprawia, że są bardzo obfite. Dodatkowo w całym rejonie bardzo popularne są przekąski „tapas” występujące w barach i restauracjach, po które sięga się w trakcie posiłków, w czasie przerwy w pracy lub spotkań towarzyskich. Omawiając dietę Półwyspu Iberyjskiego warto również wspomnieć o portugalskim połączeniu mięsa i ryby, które powszechnie się tutaj spożywa. Jest to posiłek bogaty w białko, sycący i niezwykle popularny w tym rejonie. Schemat spożywania posiłków w krajach śródziemnomorskich, w tym krajach Półwyspu Iberyjskiego, nie jest zgodny z ogólnie przyjętym w Polsce. Jednak mnogość spożywanych warzyw (witaminy, minerały, błonnik, polifenole), ryb i owoców morza (kwasy omega-3) oraz grillowanych chudych mięs (pełnowartościowe białko) sprawia, że nawet późno zjedzona kolacja nie jest tak dużym obciążeniem dla organizmu (Miller i Lu, 2019; Saban-Ruiz i inni., 2017).

Schemat żywienia w różnych krajach europejskich znacząco różni się od standardowo zalecanego w gabinecie dietetycznym w Polsce. Nie oznacza to jednak, że taki rodzaj diety jest niezdrowy i nie można zastosować takiej strategii żywieniowej u osób przyjezdnych, ale także w dietach Polaków. Dlatego tak ważne jest, aby dietetyk w Polsce był dobrze, kierunkowo wykształcony i otwarty na różne rodzaje diet i produktów, a także na kuchnię z całego świata.

Kuchnie świata charakteryzują się mnogością produktów i potraw, których dietetyk często nie zna. W kontekście układania/korekty diety bardzo istotne jest, aby uwzględnić w niej wartości odżywcze tych produktów. Produkty, które na stałe pojawiły się na naszych półkach sklepowych, zazwyczaj zaopatrzone są w etykiety z wszystkimi najważniejszymi informacjami. Jednak najszybszym i najefektywniejszym sposobem będzie

wyszukiwanie niezbędnych informacji na temat danego produktu w międzynarodowych, sprawdzonych bazach danych, takich jak U.S. Department of Agriculture lub SELF Nutrition Data, oraz na polskich stronach takich jak www.ilewazy.pl lub www.tabele-kalorii.pl. Obcokrajowców żyjących w Polsce nie trzeba przedstawiać na polski model żywienia, można połączyć obie diety i starać się dojść do kompromisu, który będzie ukoronowaniem kultury i tradycji pacjenta, a także ciekawym wyzwaniem dla dietetyka. Food and Agriculture Organization (FAO) umieszcza na swojej witrynie internetowej wytyczne i zalecenia żywieniowe z krajów całego świata. Może to pomóc dietetykowi w planowaniu żywienia osoby z innego kraju.

Podsumowanie

Aby w obecnych czasach w pełni funkcjonować na rynku dietetycznym trzeba być otwartym na różne kultury, religie oraz kuchnie świata. Wraz ze wzrostem ruchów migracyjnych coraz więcej obcokrajowców na stałe osiada w Polsce. W związku z różną dostępnością produktów regionalnych, nieumiejętnością radzenia sobie z żywnością w obcym kraju oraz schorzeniami dietozależnymi, często potrzebują oni pomocy specjalisty. Aby dietetyk mógł współpracować z obcokrajowcem, musi znać specyfikę danej kultury oraz jej uwarunkowania żywieniowe lub wiedzieć, gdzie szukać informacji na ten temat. Wprowadzenie dodatkowych modułów tematycznych o wielokulturowości w procesie kształcenia dietetyków byłoby wskazane w celu ułatwienia współpracy międzynarodowej. Zaprezentowane przemyślenia staną się przyczynkiem do opracowania dogłębnych badań mających na celu analizę planów studiów pod względem wielokulturowości w dietetyce. Temat ten jest niezwykle ważny i wymaga poświęcenia mu większej uwagi zarówno podczas planowania tematyki zajęć

studentkich, jak i indywidualnego doształcania się dietetyków. 

Mgr Zuzanna Chrzastek – magister dietetyk, doktorantka w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Zuzanna stale poszerza swoją wiedzę i umiejętności pracując przy realizacji projektów naukowych oceniających wpływ żywienia na starzenie się ludzkiego organizmu. W pracy zawodowej zwraca przede wszystkim uwagę na edukację żywieniową i poszerzanie wiedzy pacjentów. Czynnice uczestniczy w życiu uczelni prowadząc zajęcia ze studentami. Nieustannie poszerza wiedzę i umiejętności uczestnicząc (także czynnie) w wielu kursach i konferencjach. Poza dietetyką i żywieniem jej zainteresowania to przede wszystkim jazda konna.

Afiliacja:

Klinika Geriatrii, Katedra Gerontologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: zuzanna.chrzastek@umed.lodz.pl

Dr n. o zdr. inż. Agnieszka Guligowska

– doktor nauk o zdrowiu, dietetyk, promotor zasad zdrowego odżywiania. Absolwentka warszawskiego SGGW i UŁ UMED w Łodzi. Obecnie w ramach projektów naukowych prowadzi w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi badania w zakresie wpływu diety na proces starzenia się organizmu ludzkiego. Członek towarzystw naukowych. Od 20 lat profesjonalnie zajmuje się dietoterapią. Pracując z pacjentem stosuje wyłącznie spersonalizowane podejście, łącząc doradztwo ze skuteczną edukacją. Ma wieloletnie doświadczenie w edukacji osób dorosłych. Prowadziła wykłady dla łódzkich uczelni wyższych, Uniwersytetów Trzeciego Wieku, domów kultury, stowarzyszeń i fundacji. Nieustannie pogłębia wiedzę i doskonali warsztat uczestnicząc w szkoleniach i konferencjach.

Afiliacja:

Klinika Geriatrii, Katedra Gerontologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
e-mail: agnieszka.guligowska@umed.lodz.pl

Bibliografia

- 155th Report of the General Conference of Seventh-day Adventists for 2017 (2019). Pobrane z <https://documents.adventistarchives.org/Statistics/ASR/ASR2019.pdf>
- Badave, M. (2007). Kulinaryny Atlas Świata: Indie północne, południowe i środkowe, *Bezpłatny dodatek do Gazety Wyborczej*.
- Bang, H. O., Dyerberg, J. i Sinclair, H. M. (1980). The composition of the Eskimo food in north western Greenland, *American Journal of Clinical Nutrition*, 33(12), 2657-2661. doi:10.1093/ajcn/33.12.2657
- DiNicolantonio, J. J. (2016). Increase in the intake of refined carbohydrates and sugar may have led to the health decline of the Greenland Eskimos, *Open Heart*, 3(2), e000444. doi:10.1136/openhrt-2016-000444
- DiNicolantonio, J. J. i Lucan, S. C. (2014). The wrong white crystals: not salt but sugar as aetiological in hypertension and cardiometabolic disease, *Open Heart*, 1(1), e000167. doi:10.1136/openhrt-2014-000167
- Dubey, K. G. (2011). *The Indian Cuisine*. New Delhi: PHI Learning Private Limited.
- Dziekan, M. M. (2020). *Dzieje kultury arabskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Goff, L. M., Whyte, M. B., Samuel, M. i Harding, S. V. (2016). Significantly greater triglyceridemia in Black African compared to White European men following high added fructose and glucose feeding: a randomized crossover trial, *Lipids in Health and Disease*, 15(1), 145. doi:10.1186/s12944-016-0315-3
- Goh, L. H., Mohd Said, R. i Goh, K. L. (2018). Lactase deficiency and lactose intolerance in a multi-racial Asian population in Malaysia, *JGH Open*, 2(6), 307-310. doi:10.1002/jgh3.12089
- Kastoryano, R. (2018). Multiculturalism and interculturalism: redefining nationhood and solidarity, *Comparative Migration Studies*, 6(1), 17. doi:10.1186/s40878-018-0082-6
- Kondrat, K. (2015). Kuchnia jako sztuka przekazywania tradycji kulturowej. Idee, wartości, rozwiązania praktyczne, *Zeszyty Naukowe. Turystyka i Rekreacja*, 15(1), 10.
- Krogh, A. i Krogh, M. (1913). A study of the diet and metabolism of Eskimos undertaken in 1908 on an expedition to Greenland, *Medd Grenland*, 51, 1-52. Pobrane z <https://archive.org/details/meddelelseromgr511915denm/mode/2up>
- Le, L. T. i Sabaté, J. (2014). Beyond meatless, the health effects of vegan diets: findings from the Adventist cohorts, *Nutrients*, 6(6), 2131-2147. doi:10.3390/nu6062131
- Lohi, S., Mustalahti, K., Kaukinen, K., Laurila, K., Collin, P., Rissanen, H., . . . Mäki, M. (2007). Increasing prevalence of coeliac disease over time. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(9), 1217-1225. doi:10.1111/j.1365-2036.2007.03502.x
- Luzzatto, L. i Arese, P. (2018). Favism and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency, *New England Journal of Medicine*, 378(1), 60-71. doi:10.1056/nejmra1708111
- Mangalassary, S. (2016). Indian cuisine—the cultural connection. In *Indigenous culture, education and globalization* (pp. 119-134): Springer.
- Mapy i dane statystyczne imigrantów i służb migracyjnych Polski. (2020). Pobrane z <https://migracje.gov.pl/>. Data dostępu: 10.07.2020
- Miller, L. J. i Lu, W. (Producer) (2019). These Are the World's Healthiest Nations. *Economics*.
- Mustalahti, K., Catassi, C., Reunanen, A., Fabiani, E., Heier, M., McMillan, S., . . . Mäki, M. (2010). The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project, *Annals of Medicine*, 42(8), 587-595. doi:10.3109/07853890.2010.505931
- Pawlak, R., Berger, J. i Hines, I. (2018). Iron Status of Vegetarian Adults: A Review of Literature, *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(6), 486-498. doi:10.1177/1559827616682933
- Pawlak, R., Parrott, S. J., Raj, S., Cullum-Dugan, D. i Lucus, D. (2013). How prevalent is vitamin B(12) deficiency among vegetarians? *Nutrition Reviews*, 71(2), 110-117. doi:10.1111/nure.12001
- Pounis, G., Castelnovo, A. D., Costanzo, S., Persichillo, M., Bonaccio, M., Bonanni, A., . . . Iacoviello, L. (2016). Association of pasta consumption with body mass index and waist-to-hip ratio: results from Moli-sani and INHES studies. *Nutrition & Diabetes*, 6(7), e218. doi:10.1038/nutd.2016.20
- Przyłęcki, P. (2017). Żydzi u lekarza, *Medycyna po Dyplomie*, 6, 73-82.
- Saban-Ruiz, J., Fabregate-Fuente, M., Fabregate-Fuente, R., Andres-Castillo, A., Palomino-Antolin, A., Barrio-Carreras, D., . . . Andres-Lacueva, C. (2017). Iberian Cured-Ham Consumption Improves Endothelial Function in Healthy Subjects, *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 21(10), 1277-1283. doi:10.1007/s12603-016-0848-1
- Trepanowski, J. F. i Bloomer, R. J. (2010). The impact of religious fasting on human health, *Nutrition Journal*, 9, 57. doi:10.1186/1475-2891-9-57

Multiculturalism as a challenge for a dietitian

Abstract

Dietitian consultation with a patient mainly concerns his lifestyle and eating habits. Most often they result from family traditions or cultural conditions. Dietary recommendations and principles of diet therapy, which the dietitian gets acquainted with during the education process, are usually adapted to the traditional profile of the Pole. Meanwhile, the growing mobility between countries means that more and more people who have different cultural, philosophical, religious and physiological conditions may appear in the Polish dietary clinic. These types of challenges are becoming more and more common. The availability of food products from around the world in Polish stores is also increasing. On the one hand, it allows foreigners to make traditional dishes but also inspires the inhabitants of our country.

These challenges indicate the need to include in the process of educating dietitians a module covering knowledge about multiculturalism, cuisines of the world and religious principles influencing the way of eating. This will facilitate the development of alternative recommendations for patients from different cultural backgrounds, taking into account their eating habits.

It is also worth putting emphasis on learning foreign languages and deepening the ability to create nutritional recommendations for patients from other countries. This will allow us to overcome the difficulties resulting from multiculturalism.

Keywords: diet therapy, eating habits, cuisines of the world, multiculturalism.



Horyzonty odczarowania i czynniki rozczarowania współczesną medycyną

RAFAŁ MIELCZAREK

Abstrakt

Nowoczesny świat stał się domeną procesu racjonalizacji życia. Medycynie przypadła w nim rola instrumentu racjonalizacji ochrony zdrowia. Proces ten stymulował postęp cywilizacyjny. Jednocześnie cechowała go ambiwalencja w sferze kultury. Podnoszeniu poziomu dobrostanu i zdrowia towarzyszył proces medykalizacji życia. Medycyna weszła na drogę odczarowania i stała się przedmiotem społecznej krytyki. Jednak źródła krytyki wykraczają poza ambiwalencję ubocznych skutków postępu w postaci medykalizacji. Co znamienne, krytyka naświetla społeczną i kulturową istotę problemów, które dotyczą współczesną praktykę medyczną. Medycyna może być ujmowana jako przedmiot odczarowania, o ile prezentuje funkcjonalne podobieństwa do sfery kultury, np. takiej jak religia. Artykuł stanowi przyczynek do opisu problemu upowszechniającej się krytyki współczesnej medycyny w jej nowoczesnym, naukowym formacie.

Słowa kluczowe:

medycyna, medykalizacja, odczarowanie, sekularyzacja, wiedza społeczna.

Medycyna była i pozostaje złożoną praktyką społeczną. Poza węższym specjalistycznym obszarem nowoczesnych badań laboratoryjnych, prowadzonych *sine ira et studio*, gdzie organizm jednostki jest obiektem beznamiętnych obserwacji i analiz, dyscyplina funkcjonowała od wieków niezmiennie w szerokim obszarze zróżnicowanych celów i wartości kultury zbiorowości, w której była uprawiana. To znaczy, że była i jest nadal wrażliwa na zmiany zachodzące w sferze kultury, równocześnie pozostając jednym z czynników owych zmian. Dodatkowo orientacja na zdrowie i życie – dwie wartości fundamentalne, oraz wynikająca z tej orientacji ciągła konfrontacja z cierpieniem i śmiercią nadawały temu funkcjonowaniu specjalną rangę. Nawiązując do myśli Maksa Webera, można powiedzieć, że w społeczeństwie tradycyjnym medycyna pozostawała do pewnego stopnia „zaczarowana”, co zabezpieczało ją przed wścibstwem, *nomen omen*, niezdrowej ciekawości oraz krytycyzmem zawsze obecnych niedowiarków. Przemiany cywilizacyjne w świecie pooświeceniowym przesunęły medycynę i szeroko rozumiany system ochrony zdrowia na miejsce, które przyciąga uwagę opinii publicznej i angażuje krytyczny namysł jednostek. Postęp w naukach medycznych stymulował te zmiany. Odkrycia i zaawansowane techniki wyeliminowały szereg zagrożeń zdrowotnych, które towarzyszyły ludzkości od wieków i hamowały modernizację społeczeństw, czego sztandarowym przykładem jest ograniczenie szeregu zakażeń, a w niektórych wypadkach nawet ich eradykacja. Dynamika podnoszenia poziomu zdrowia musiała wytracić swój impet. Etap rozwoju przeszedł w etap ekspansji. Życie społeczne zdominowała medykalizacja. Monteskiusz stwierdził ponoć, że instytucje upadają pod ciężarem własnego sukcesu. Tę maksymę opisującą zastanawiający paradoks można odnieść do sytuacji medycyny doby

medykalizacji, kiedy jej niezaprzeczone osiągnięcia stały się przedmiotem gruntownej krytyki. Jednak odczarowanie medycyny odbywało się w szerszym kontekście, obejmującym kryzys całej nowoczesnej nauki.

Kryzys wiedzy uprzemysłowionej i wyobcowanie medycyny

Krytyka towarzyszyła nowoczesnej nauce od jej początków. W społeczeństwie tradycyjnym funkcjonowanie nauki było konfrontowane z wizją „naturalnego porządku”. W tym okresie kwestionowano nie metody nauki, a sam sens jej istnienia. Już wówczas krytyka wydobywała na światło dzienne te jej cechy, które umykały przed wzrokiem zwolenników postępu. Henryk Elzenberg stwierdził we *Wprowadzeniu* do przetłumaczonej przez siebie rozprawy konkursowej Jana Jakuba Rousseau pt. *Czy odrodzenie nauk i sztuk przyczyniło się do naprawy obyczajów*, że właśnie tytułowe pytanie stało się dla autora bodźcem intelektualnym do budowy jego oryginalnej filozofii sławiącej cnoty dzikości i krytycznej wobec cywilizacyjnego zepsucia. Rousseau pisał z pasją: (...) *Astronomię spłodził zabobon; wiedzę retoryczną – ambicja, nienawiść, kłamstwo, pochlebstwo; geometrię – chciwość; nauki o przyrodzie – próżna ciekawość; wszystkie, łącznie w etykę – pycha ludzka* (Rousseau, 1956, s. 25). Skaza złego pochodzenia nauk przenosi się – według opinii filozofa – na ich cele i konsekwencje funkcjonowania. Zrodzone z pychy i nieróbstwa, służą nieróbstwu. Jednocześnie – co wydaje się paradoksalne – największą szkodą wynikającą z ich uprawiania jest niepowetowana strata czasu, która zubaża zarówno jednostki, jak i społeczeństwo. Duży dystans do nauki pozwolił Rousseau trafnie wskazać pewne potencjalne problemy związane z uprawianiem nauki. Ich źródła nie muszą wypływać z istoty poznania naukowego. Nierzadko wpływają z ambiwalentnej natury wielu zjawisk

społecznych. I tak filozof był zdania, że największym wrogiem nauk, jest „przekonanie powszechne”, które przejawia się w zjadliwej krytyce wszystkiego, co wśród ludzi święte. W nowoczesnym społeczeństwie owo przekonanie o antynomii między poznaniem a władzą autorytetu, szczególnie tego uświęconego, samo stało się przedmiotem powszechnego uświęcenia. Rousseau dostrzegł groźbę degradacji poznania naukowego w dogmatyzm. Uważał bowiem, że wrogość nauki wobec autorytetu masy to de facto wrogość aroganckiej przekory jednostek, przekory nie mniej ślepej od aroganckiej wiary masy. Źródłem tej wrogości dopatrywał się w obłądnej chęci wyróżniania się, z której sam szydził, pisząc: (...) *By ich [uczonych kie rujących się próżnością – R.M.] do stóp ołtarzy przywieść z powrotem, dość by było ich umieścić wśród ateusz* (Ibidem, ss. 26–28). Francis Bacon, filozof ceniący naukę, także wskazywał ślepe zaułki, do jakich może prowadzić jej uprawianie. (...) *Nieopamiętanie w dawaniu odpowiedzi, pysznienie się wykształceniem wobec skromnej nieśmiałości, interesowność, niedbalstwo we własnej pracy badawczej, fetyszizowanie słów, poprzestawanie na fragmentarycznych osiągnięciach poznawczych – to przyczyny, które pchnęły ludzki intelekt w ramiona próżnych pojęć i bezplanowych eksperymentów* (Za: Horkheimer i Adorno, 1994, s. 19).

Krytyka nauki dotykała także – i to niejednokrotnie bezpośrednio – medycyny. Warto przy tym odnotować, że wraz z rozwojem nauki i podnoszeniem jej pozycji społeczno-kulturowej zaczęły się pojawiać głosy kształtujące dyskurs odmienny od pryncypialnego potępienia jej fenomenu jako całości, jakie prezentowała tyrada Jana Jakuba. Nowy dyskurs łączył pochwały dla ogólnych osiągnięć nauki i szacunek dla jej autorytetu z krytyką, nawet ostrą, negatywnych konsekwencji jej uprawiania. Dobrze to ilustruje treść fragmentu „wyznania”, od którego ksiądz Wincenty Pixa, spowiednik kościoła Najświętszej Panny Maryi

w Krakowie zaczyna swoją rozprawę o „krzyżującą nedoręczność i straszną szkodliwość szczepienia ospy”, pochodzącą z przełomu wieków XIX i XX. Autor pisał: (...) *Jak większość w kraju i daleko za granicą na szerokim świecie uznawała i uznaje dotąd szczepienie ospy za rzecz dobrą, niewinną i pożyteczną, tak i ja długie lata byłem tego samego zdania, opartego na pozornie słusznej racji; tę bowiem operację lekarską wykonują mężowie nauki, doktorzy medycyny, znający się na swojej sztuce, opiekują się nią Rządy państw europejskich a nie występują przeciwko niej z naganą uczeni świata. Ale błędem pozostaje, choćby go wszyscy przyjęli jako rzekomo dobroczynną prawdę* (Pixa, 1904, s. 3). Krytyka błędnego mniemania mężów nauki nie wyklucza więc wyraźnego w cytowanej wypowiedzi szacunku dla autorytetu samej nauki. Ten ostatni zaś nie kłóci się z wiarą w boskie miłosierdzie, które zdejmuje łuski z oczu.

Krytyka nauki ewoluowała wraz z jej postępem i podążającymi za nim zmianami cywilizacyjnymi, które stopniowo zamykały życie społeczne w żelaznej klatce racjonalności instrumentalnej. Budziła się świadomość, że postęp obok korzyści rodzi też koszty. Zwracano także uwagę, że ambiwalencja postępu może być przejawem aporii w ideach, które tenże postęp urzeczywistniał. Sztandarową pracą prezentującą tego rodzaju spojrzenie była cytowana wcześniej *Dialektyka Oświecenia*. Oświecenie miało służyć wyzwoleniu człowieka z omamów mitologii i towarzyszących im lęków. Kluczem do emancypacji miała być wiedza. Horkheimer i Adorno dowodzili, że mit, który ma być rozbijany na drodze oświecenia, sam jest formą oświecenia, które w swoim nowoczesnym wcieleniu zostaje na powrót zdegradowane do postaci mitu w kulturze mieszczańskiej kapitalizmu. W niej wiedza, która jest potęgą, nie zna granic – ani w niewoleniu stworzenia, ani w uległości wobec panów świata. Poznanie staje się synonimem władzy. Paradoks polega na tym, że pomnażanie

wiedzy o naturze i władzy nad nią prowadzi do wyobcowania natury (Horkheimer i Adorno, 1994, s. 20). Hans-Georg Gadamer podsunął wyjaśnienie tego problemu. Istotą metodyki gromadzenia nowoczesnej wiedzy jest posługiwanie się abstrakcjami izolującymi pojedyncze związki przyczynowe. To oznacza partykularność kompetencji opartych na owych abstrakcjach. Jednocześnie taka atomizacja analiz pozwala tak funkcjonującemu poznaniu przesuwając granice natury. Nauka staje się „sztuczną antyrzeczywistością” (Gadamer, 2011, s. 17).

Aspekt wyobcowania przejawia się w medycynie w przynajmniej dwóch wymiarach: w wymiarze praktyki oraz w wymiarze definiowania kategorii zdrowia. Wyobcowanie praktyki lekarskiej dokonuje się w związku z procesem instytucjonalizacji nauki i nowoczesnej medycyny w przedsięwzięciu produkcyjne, którego racjonalna organizacja eliminuje konstytutywne cechy owej praktyki. Wyobcowanie zdrowia dokonuje się w ramach procesu medykalizacji zamieniającej świat w klinikę, co trafnie chwytają żartobliwe powiedzenie: nie ma ludzi zdrowych, są jedynie chorzy i jeszcze niezdiagnozowani. W obu przypadkach ujawnia się wspomniana wyżej ambiwalencja postępu. Instytucjonalizacja nauki w formę przedsięwzięcia przemysłowego oznacza racjonalizację organizacji, która podnosi poziom efektywności działania. W wymiarze praktyki racjonalizacja organizacji generuje automatyzm i zawężenie specjalizacyjne, czyli warunki stawiające umiejętność wpasowania się w całość w miejsce samodzielności i autonomii osądu. Wypływająca z powyższego reguła postępu cywilizacyjnego brzmi: stopień zracjonalizowania organizacji życia jest odwrotnie proporcjonalny do zakresu władzy sądowniczej jednostki (Ibidem, s. 30).

Jurgen Habermas wyraził opinię, że unaukowanie medycyny jest możliwe jedynie w tej mierze, w jakiej pragmatyczną sztukę

lekarskiego rzemiosła można przekształcić w kontrolowane metodami nauk empirycznych rozporządzenie wyizolowanymi procesami przyrodniczymi. Praktyka medyczna powinna więc przyjąć formę technicznego rozporządzenia urzeczowionymi procesami (Habermas, 1983, s. 362). Problem w tym, co Habermas także odnotował, że typ doświadczenia, który zgodnie z pozytywistycznymi kryteriami uchodzi za jedyny dopuszczalny w nauce, nie da się przemienić w praktykę (Ibidem, s. 363). Co w konsekwencji znaczy, że nie da się przemienić również w sztukę leczenia. Bariere na drodze unaukowania praktyki medycznej wskazał w omawianym tekście Gadamer. Choć proces diagnozy jest formalnie włączaniem konkretnego przypadku do ogólnej kategorii reprezentującej jednostkę chorobową, to „rozpoznanie”, które stanowi sens diagnozy, należy do domeny sztuki opartej na władzy sądowniczej (Gadamer, 2011, s. 33). Dlaczego diagnostyczne „rozpoznanie” nie ulega zamknięciu w naukowym systemie wiedzy medycznej? Odpowiedź stanowi kategoria „błędnej diagnozy”, która denotuje brak wiedzy (rozumiany jedynie jako ograniczenie możliwości pełnej analizy, przy milczącym założeniu pełni kompetencji intelektualnych analizującego), ale konotuje otwartość i zmienność diagnozowanych zjawisk, a więc najczęściej poprawną diagnozę nieaktualnego stanu wiedzy o jednostce chorobowej. Sztuka lekarska, która nie może odciąć się od systemu wiedzy medycznej, bo stałaby się na powrót rodzajem działań magicznych, musi działać na jego marginesach, jeśli system ten nie ma przeistoczyć się w muzeum odkryć medycznych. Lekarz próbujący zdiagnozować chorobę jest niczym Nautilus z powieści Juliusza Verne’a – rucho- mym w ruchomym.

Ludwik Fleck zwrócił uwagę, że wiedza lekarska wytworzyła na przestrzeni wieków swoisty styl myślowy w ujmowaniu zjawisk

związanych z praktyką leczenia¹. Przedmiot poznania lekarskiego różni się nie tylko od przedmiotu poznania humanistyki i nauk społecznych, ale także od przedmiotu poznania przyrodniczego. Fleck podkreślał jedną szczególną cechę, która wyraźnie wyróżnia badanie w obszarze medycyny od innych badań naukowych. Przyrodnik (również badacz społeczny) szuka regularności łączącej zjawiska w rozpoznawalne typy. Lekarz zaś studiuje to, co nietypowe, co odbiega od normy i charakteryzuje zjawiska chorobowe. Podstawowym wyzwaniem dla tej perspektywy jest fakt, iż nie istnieje ścisła granica między stanem zdrowia a stanem choroby. Co gorsza diagnozujący nigdy nie spotyka nawet dwukrotnie dokładnie tego samego obrazu chorobowego. W konsekwencji syntezywanie jednostki chorobowej jest procesem, który praktycznie nigdy się nie kończy. Procesualność syntezywania danych w wiedzę o wybranej kategorii sprawia w przypadku medycyny, że jej język jest pełny określeń z przedrostkami „para-” i „pseudo-”. Jednocześnie porządkowaniu wielości materiału nadawczego służy sama kategoria jednostki chorobowej, którą Fleck nazywa

1 Spojrzenie tego uczonego jest dla perspektywy socjologicznej szczególnie wartościowe. Fleck, z wykształcenia lekarz i mikrobiolog specjalizujący się w bakteriologii, dał się poznać jako umysł niezwykle wszechstronny, który w annałach światowej nauki zapisał się refleksją nie stricte medyczną, lecz właśnie socjologiczną. Jego rozważania znajdzie czytelnik w dwóch książkach. Ludwik Fleck, *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1986, oraz, idem, *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*, Sylwia Werner, Claus Zittel, Florian Schmaltz (red.), Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007. Wątki z refleksji Flecka, które zostały przywoływane w tekście, pochodzą z jego trzech artykułów: *O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego; O obserwacji naukowej i postrzeganiu w ogóle; oraz, Zagadnienie podstaw poznania medycznego*, wszystkie opublikowano w wymienionym wyżej tomie: *Style myślowe i fakty*.

„typem idealnym” i „fikcyjnym obrazem”². Liczne obserwacje i statystyka eliminują niepowtarzalne cechy indywidualnych przypadków. Statystyka pokazuje ogólny zarys, ale nie pozwala dostrzec imponderabiliów, które dopełniają obraz choroby, a w lekarzu kształtują intuicję ważniejszą w diagnozie od logiki generalizacji. Intuicja ma charakter historyczny. To styl myślenia w określonej epoce medycyny. Sięgając do historii obserwacji anatomicznych, Fleck stwierdza, że obrazy, które dziś można oglądać na starych rycinach prezentują nie „czystą zgodność z rzeczywistością”, lecz ideograficzne prezentacje zjawisk, czyli ich idee charakterystyczne dla kultury określonych czasów. Dlatego lekarz ćwiczący w obserwowaniu wciąż zmiennych i kapryśnych patologii wyrabia w sobie, niejako na powrót, dziecięcą zdolność poliwalentnego widzenia obserwowanego obszaru zjawisk (Fleck, 2007, s. 115)³. Przywołane wyżej uwagi trzech uczonych prowadzą do wniosku, iż poddanie procesu leczenia uwarunkowaniom uprzemysłowienia praktyk społecznych osłabia własny autorytet autonomicznego profesjonalisty kierującego się rozumnym osądem, tym samym wystawiając pacjenta na anonimowość aparatu klinicznego.

Zdrowie zmedykalizowane

Problemy wynikające ze zmedykalizowania życia społecznego dobrze oddaje uwaga Eliota Freidsona, wedle której współczesny człowiek ma w konfrontacji z systemem medycznym pozycję podobną do wyborcy w państwach totalitarnych. Jest nie tylko pozbawiony wyboru między realnymi alternatywami, ale nawet prawa do odmowy korzystania z oferowanych świadczeń. Freidson sytuuje źródło

2 To wyraźne podobieństwo do kategorii Webera nie wydaje się tu przypadkowe.
3 Co jednocześnie tłumaczyło zdaniem Flecka, dlatego z reguły gorzej wychodzi lekarzom obserwacja zjawisk prawidłowych, stale powtarzających się.

problemu w sprofesjonalizowaniu medycyny, które generuje niekorzystną dla jednostki asymetrię w układzie ról laik – profesjonalista. Medycyna, podobnie do innych systemów sprofesjonalizowanych, ale silniej z racji swojej funkcji, opiera się na założeniu zasadniczej słabości laika-pacjenta, który nie jest w stanie „poprawnie” ani ocenić zdrowotnych problemów, które go dotyczą, ani ich rozwiązać. Ta „niekompetencja” stanowi rację narzucania pacjentowi „poprawnych” wskazań i działań eksperta-lekarsza (Freidson, 1970, s. 352). Przy czym asymetria ról nie jest charakterystyczna wyłącznie dla okresu sprofesjonalizowania medycyny. Jednak formuła służby zastosowana tradycyjnie do medycyny oznaczała, że asymetrię pozycji, którą w kontekście leczenia dodatkowo powiększa choroba-nie-normalność laika, redukowało silne zobowiązanie zawarte w etyce zawodowej: *primum non nocere!* Profesjonalizacja przesuwła akcent w relacji łączącej lekarza z pacjentem z troski motywowanej deontologią na poprawność realizowania procedur. Owe procedury mogą zaś być ujmowane w kategoriach zdehumanizowanych działań klinicznych, a nawet w kategoriach kalkulacji ekonomicznej.

Ivan Illich, radykalny krytyk najważniejszych instytucji współczesnego świata Zachodu wzmocnił negatywną ocenę zmedykalizowania rzeczywistości⁴. Tytułowa teza klasycznej już dziś książki mówiła, iż medycyna niczym grecka Nemezis położyła się mrocznym cieniem na życiu społecznym. Z instytucji, która miała służyć zachowaniu i restytucji zdrowia, przemieniła się instrument wyobcowania zdrowia i ubezwłasnowolnienia jednostki. Dla Illicha medykacja była formą kolonizacji społeczeństwa przez medyczny establishment, która już w drugiej połowie XX wieku

4 Illich krytyce poddał także dominujący na Zachodzie system oświaty. Poświęcił temu książkę pod tytułem *Odszkolnić społeczeństwo*.

osiągnęła patologiczne rozmiary w krajach rozwiniętych i bogatych, nie oszczędzając wszak również krajów biednych⁵. Jej istotą było postępujące i powszechne uzależnienie jednostek od profesjonalnej opieki medycznej, które miało silny i negatywny wpływ na społeczne relacje. Medyczny monopol w dziedzinie metod higieny życia był w opinii austriackiego filozofa jaskrawym przykładem politycznego nadużycia naukowych zdobyczy w celu pobudzania przemysłowego wzrostu kosztem wzmocnienia ludzkiej podmiotowości. Taka medycyna była zaś raczej swoiście ideologicznym instrumentem perswadowania ludziom niezadowolonym ze stanu społeczeństwa, że to właśnie owo niezadowolenie powinno budzić ich obawy i skłaniać do poddania się leczeniu. Według Illicha dominacja sprofesjonalizowanego systemu ochrony

5 Wyjściowa definicja medykacji autorstwa Illicha jest jedną z wielu, które mnożyły się w miarę rozwoju refleksji dotyczącej omawianego tu zjawiska. Idem, *Medical Nemesis. Expropriation of Health*, Calder & Boyars, London 1975, s. 11. Peter Conrad, jeden z prominentnych badaczy medykacji, definiuje ją jako proces, poprzez który problemy niemedyczne zostają potraktowane jako problemy medyczne i w tych kategoriach zostają zredefiniowane. Conrad zaznaczył przy tym, że choć pojęcie oznacza literalnie „czynienie medycznym” (w domyśle: jakiegoś problemu bądź zjawiska), to jednocześnie posiada szerokie spektrum rozmaitych znaczeń. Z tą różnorodnością wiązały się rozmaite próby definiowania pojęcia, które, co nie będzie dziwić, nie zamknęły kwestii definicji zjawiska. Szczególnie, że poszerzenie pola znaczeniowego pojęcia towarzyszyło postępowi, a więc i zmianie samego zjawiska. Warto nadmienić, że w toku tej ewolucji pojęcie zostało wykorzystane w refleksji krytycznej wobec zjawiska, zyskując wyraźnie pejoratywne nacechowanie, co dobrze ilustruje jedna z jego odmian: *overmedicalization*. Idem, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, Vol. 18, ss. 209–210. Próbowano charakteryzowania problemu na gruncie socjologii amerykańskiej, gdzie medykacja była omawiana najszerzej, został poświęcony artykuł Magdaleny Wieczorkowskiej, *Medykacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny” 2012, nr 2(61).

zdrowia stanowi zjawisko patologiczne z trzech powodów. Po pierwsze taki system musi generować niepożądane efekty i szkody (zjawiska jatrogenne), które przy próbie dokonania bilansu przeważają potencjalne korzyści. Po drugie funkcjonowanie systemu-kliniki zasłania obraz warunków politycznych, które faktycznie czynią społeczeństwo niezdrowym. Po trzecie system ma tendencję do pozbywania jednostek władzy nad swoim zdrowiem i środowiskiem życia (Illich, 1975, s. 11). Krytyka nadmiernej medykacji (*over-medicalisation*), która pojawiła się według Illicha jako produkt uboczny nadprodukcji towarzyszącej uprzemysłowieniu, nie oznaczała jednak krytyki cywilizacji na modłę Rousseau (Ibidem, s. 61). Remedium jest wzajemna pomoc wykrzystująca osiągnięcia współczesnej techniki, która będzie w stanie ograniczać przemysłowy tryb produkcji.

Impet medykacji i jej hegemonii próbowano wyjaśniać, odwołując się do kategorii sekularyzacji rzeczywistości społecznej. Popularna teza nawiązująca do tradycji myśli Oświecenia głosi, że medykacja, jako jeden z prądów w nurcie postępu naukowego, wypływa z nurtu sekularyzacji świata traktowanego jako synonim zaniku religii. Już wieloznaczność wyjściowego pojęcia sekularyzacji czyni tezę trudną do zweryfikowania⁶. Jeszcze w okresie, kiedy istnienie samego fenomenu w nowożytnej historii nie budziło większych kontrowersji, Daniel Bell zwracał uwagę, że termin jest mętny, gdyż

6 Ze względu na ograniczenia co do objętości niniejszego artykułu włączone do niego zostaną jedynie te wątki z obszernej refleksji naukowej dotyczącej problematyki sekularyzacji, które znalazły się w analizach poświęconych medykacji. Rozwinięcie problematyki sekularyzacji znajdzie czytelnik w dwóch następujących opracowaniach: Karel Dobbeleare, *Sekularyzacja. Trzy poziomy analizy*, tłum. Renata Babińska, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2008, Katarzyna Zielińska, *Spory wokół teorii sekularyzacji*, Zakład Wydawniczy „Nomos”, Kraków 2009.

miesza całkowicie różne kategorie zjawisk, a zarazem dwa odrębne procesy przemian, które są wzajemnie niewspółmierne. Uczony przypominał, że pierwotny zakres znaczenia terminu był węższy i odnosił się do formalno-prawnego aspektu wyjmowania określonych terytoriów spod instytucjonalnej władzy Kościoła. W takim ujęciu sekularyzacja pozostaje odległa od procesu usuwania ze świata pierwiastka magicznego, który Maks Weber nazwał „odczarowaniem” (*Entzauberung*), a który zdaniem Bella ma charakter kulturowy. Weberowskie odczarowanie to desakralizacja, czyli osłabianie napięcia cechującego dychotomię *sacrum – profanum* (Bell, 1983, ss. 52–53)⁷. Należy nadmienić, że Bell oddzielał źródła desakralizacji od źródeł racjonalizacji, które sytuował w sferze techniki i ekonomii, ale już nie w sferze nauki, bo tę ostatnią postrzegał jako nurt łączący kilka różnych prądów. W końcu problemem stało się samo zjawisko sekularyzacji. Na początku lat 90. ubiegłego stulecia Peter L. Berger, klasyk socjologii religii, zwracał uwagę, że teza sekularyzacyjna prezentowana w naiwnie oświeceniowej formie zanikania religii w nowoczesnym świecie nie da się dłużej utrzymać (Berger, 1998). Krytyka nie oznaczała całkowitego zanegowania wartości wcześniejszej refleksji, tym bardziej, że obecne w niej były również wątki wychodzące z tradycji myślenia durkheimowskiego, zawierające koncepcje modernizacyjnej transformacji religii ze starych form w nowe. Przykładem takiego myślenia jest koncepcja „niewidzianej religii” Thomasa Luckmanna. Analizowanie cywilizacyjnych przemian religii i przesunięć odbywających się na płaszczyźnie przypisywanych

7 Tekst rozstał również wydany w tym samym roku w 9(346) numerze miesięcznika „Znak”, jednak z cenzorskimi korektami. Oba tłumaczenia stanowiły fragmenty oryginalnego eseju pt. *The return of the sacred? The argument on the future of religion*, który został opublikowany w 1977 roku w 4 numerze (Vol. 28) „British Journal of Sociology”.

jej funkcji pozwalało uchwycić analogiczne przemiany i przesunięcia w dziedzinie medycyny.

Bryan S. Turner, jeden z tych socjologów badających medycynę, którzy podążali tropem myśli Webera, starał się opisać historyczne przesunięcie funkcji kontroli społecznej z domeny religii do domeny medycyny (Turner, 1995, ss. 18–36)⁸. W swoich rozważaniach sięgnął do tego wątku refleksji niemieckiego uczonego, z którego wyłaniały się implikacje, jakie niesła racjonalizacja metodyki zbawienia dla społecznego znaczenia ciała, a co za tym idzie dla rozwoju medycyny. Weber twierdził, że duchowy habitus tworzony przez rytualne techniki odwodzi od racjonalnego działania. Ekstaza, orgia, umartwienie, euforia – działania służące osiągnięciu stanu charyzmatycznego i „stawianiu się równym bogu” są efemeryczne i nieprzewidywalne. Prowadzą do niepowszerechnego habitusu religijnego. Rozwój systematyzacji i racjonalizacji sposobów uzyskiwania zbawienia zmierzał więc do wyeliminowania sprzeczności między powszechnym i niepowszerechnym habitusem religijnym⁹. Z nieprzebranej, a więc niekontrolowalnej, mnogości wewnętrznych stanów religijnego uniesienia, musiały się wyodrębnić i ulec usystematyzowaniu te, które były kluczowe, gdyż gwarantowały pewność łaski. W procesie selekcji odrzucone zostały czynniki nieboskie, czyli powszedni habitus ludzkiego ciała oraz świat codzienny, oba w postaciach, które zostały im dane przez naturę. Jednocześnie ponieważ bóg chrześcijański jest bogiem transcendentnym, to znaczy odpornym na magiczne zabiegi ściągnające go na ziemię, więc metodyka zbawienia otrzymuje orientację etyczną. Choć ten etap racjonalizacji wyklucza

z operacji sferę natury, to jednak następuje istotne z punktu widzenia pozytywistycznych ram uprawiania medycyny swoiste wzięcie w nawias wszystkiego co transcendentne. Jednocześnie udało się w procesie ewolucji metodyki zbawienia zracjonalizować doświadczenie i eksperyment. Bowiem to ono pouczyło, że ciałem można operować tak, by wywoływać stany, które starano się wywoływać przy użyciu magii. Wymienione zmiany łącznie sprawiają, że metodyka zbawienia w coraz większej mierze staje się kombinacją psychofizycznej higieny, kontroli myśli i zachowania oraz czujnego panowania nad popędami. Przeszkodą w utrzymaniu samodyscypliny jest świat reprezentujący w religijnej perspektywie stosunki społeczne. Z problemem można poradzić sobie na dwa sposoby. Uciec od przeszkody lub się z nią zmierzyć. Tym drugim rozwiązaniem cechuje się wewnątrzświatowa asceza, która ze zmiany świata (stosunków społecznych) czyni moralny obowiązek. Ten rodzaj ascezy utrwała orientację na realizowanie zmian w ramach porządku praw naturalnych (Weber, 2002, ss. 410–420).

Turner posłużył się także układem trzech instytucjonalnych obszarów kontroli fenomenu, który nazwał ucieleśnieniem się jednostek ludzkich. Analogicznie do Webera specyfikę tego układu wiązał przede wszystkim, choć nie wyłącznie, z warunkami, które wytworzyła cywilizacja Zachodu. Dwa obszary szczególnie istotne dla niniejszego wywodu to religia i medycyna. Religia kontrolowała jednostki poprzez zrytualizowanie praktyk skierowanych na rozwój życia duchowego. Medycyna to obszar kontroli ucieleśniania się w jego organicznym aspekcie¹⁰. Trzeci obszar – prawo, a dokładnie prawo karne, służyło według Turnera eliminowaniu dewiacji objawiającej się kryminalnymi wykroczeniami jednostek, ale

przede wszystkim nadzorowi nad zurbanizowanymi populacjami.

W opinii Turnera protestantyzm przejął religijno-medyczne zarządzanie ucieleśnianiem, które do czasów Reformacji leżało głównie w gestii zgromadzeń klasztornych, by przetransformować je do obszaru nowoczesnej medycyny. Pokazując tę drogę, socjolog wyszedł od sprzeczności występującej między chrześcijańską etyką ascezy a rozmaitymi aspektami świeckiego życia, np. seksualnością. Etyka ascezy kierowała ostrze krytyki przeciw ludzkiej cielesności, która jawiła się z ascetycznej perspektywy jako źródło siedmiu grzechów głównych. Protestantckim remedium na tę bolączkę miały być: dyscyplina emocji, kult świadomości i swoista standaryzacja codziennych praktyk. Wszystkie razem tworzyły syntezę w postaci etyki zorientowanej na kontrolę nad światem, która zdaniem Turnera miała kluczowe znaczenie w procesie rozwoju nowoczesnej medycyny. Jako że religijne normy „dobrego życia” zostały włączone w zalecenia nowoczesnej medycyny, można doszukać się analogii między jej reżimem nakazującym określone zachowania prozdrowotne a moralnością religijnej ascezy. Dziś, kiedy religijna świadomość słabnie, medycyna oferuje kryteria moralnej normalności. Czyni to, mimo, iż eksponuje swoją światopoglądową neutralność. Zabieg jest zaś skuteczny, gdyż normy moralne maskuje specjalistyczny język norm zdrowotnych (Turner, 2008, s. 181).

Malcolm Bull skrytykował stanowisko Turnera, sugerując, że wektor przedstawianej zależności między sekularyzacją a medykacją może mieć przeciwny zwrot. Przede wszystkim Bull zakwestionował twierdzenie, że medykacja przejmująca funkcje religii może być potraktowana jako przejaw racjonalizacji w weberowskim rozumieniu tego terminu, skoro w ujęciu niemieckiego uczonego racjonalizacja zintegrowana z sekularyzacją rzeczywistości była procesem ograniczającym

pole oddziaływania religii. Stąd wypływa pytanie: czy medykacja nie powinna być traktowana (przynajmniej w niektórych przypadkach) jako cywilizacyjny wehikuł religii w dobie nowoczesności i narzędzie resakralizacji (Bull, 1990, s. 46). Bull postawił właśnie taką tezę, podpierając ją analizą historii zainteresowania Adwentystów Dnia Siódmego problematyką zdrowia. Badacz dowodził, że Adwentyzm był produktem medykacji przebiegającej wraz z procesem sekularyzacji, która w przypadku tej konkretnej grupy wyznaniowej przyjęła właśnie medykacyjną formę (Ibidem, s. 252). Przy czym sekularyzacja formy kultu nie oznacza desakralizacji lecz prywatyzację wiary wyrażanej w przypadku opisywanego tu Adwentyzmu w prozdrowotnej postawie (Bull, 1988, s. 13). Nota bene słynny raport przygotowany przez Marca Lalonde’a rozpoczął cytatem z *Teologii naturalnej* Williama Paleya, która według informacji w nocie biograficznej internetowego wydania encyklopedii Britannica opierała się na dziele Johna Raya po znamienym tytule *Wisdom of God Manifested in the Works of the Creation. Wreszcie w dziewiątym rozdziale zatytułowanym Nauka kontra promocja zdrowia (Science Versus Health Promotion)* Lalonde pisał: (...) *Duch poszukiwania i sceptycyzmu, a szczególnie naukowa metoda, o zasadniczym znaczeniu dla badań, stanowią problem w przypadku promocji zdrowia. Wynika to z faktu, iż w języku nauki pełno jest rozmaitych zastrzeżeń, które dobrze oddają słowa, takie jak: ‘jeżeli’, ‘ale’, czy ‘prawdopodobnie’, podczas gdy przekaz, który ma wpływać na opinię publiczną powinien być głośny, jasny i jednoznaczny* (Lalonde, 1974, s. 57). Pointował zaś myśl cytatem z I Listu do Koryntian, w którym apostoł Paweł, wyjaśniając zasady korzystania z charyzmatów, pytał retorycznie: *jeśli trąba brzmi niepewnie, któż będzie się przygotowywał do bitwy* (I Kor, 14, 8). Z tego punktu widzenia zasadnicza niekonkludowność rozważań naukowych w praktyce

8 Szczególnie rozdział: *Religion and medicine: from sin to sickness*.

9 Turner podkreślał, co odnotowujemy dalej, że ów rozdział dynamizujący przesunięcia pewnych funkcji religii w obszar medycyny występował między etyką religijną a etyką życia świeckiego.

10 Turner używa angielskiej formuły „*body as flesh*”, by oddać niuans, o który mu chodzi. Ibidem, s. 19.

prozdrowotnej może być groźna, gdyż w połączeniu z autorytetem samej nauki prowadzi nierzadko „naukowego” usprawiedliwiania niezdrowego kunktatorstwa¹¹.

Promocja zdrowia jako czynnik prywatyzacji ryzyka

Z refleksji krytycznej wyływały pomysły przekształcenia roli medycyny i redefinicji kategorii zdrowia. Propozycje koncentrowały się na problemie dominującej pozycji profesji medycznych, która ubezwłasnowolniła laików. Illich widział drogę wyjścia w *ethosie* post-profesjonalnym. Parę lat po erupcji kontrkulturowej rewolty filozof wskazywał na potencjalne źródło rewolucji w niezideologizowanej milczącej mniejszości, żyjących w dobrowolnej prostocie i surowości życia (Illich, 1977, s. 39). Rick J. Carlson, którego książkę pod tytułem *Koniec medycyny* Illich opatrzył aprobatywnym wstępem, zadawał radykalne pytanie: co medycyna ma wspólnego ze zdrowiem? (Carlson, 1975, s. 3). Odpowiedź wskazująca, że niewiele, sugerowała jednocześnie, że rozwiązanie optymalizacji ochrony zdrowia leży w jej uspołecznieniu. Carlson odnotowywał, że w epoce zmedykalizowania życia zdrowie stało się towarem, choć unikalnym, bo niewymiennym. Przeobrażenie stymulowało proces towarzyszący profesjonalizacji usług medycznych. Lekarze stali się usługodawcami oferującymi określone dobra stanowiące fragmenty zdrowia. W tym systemie fundamentalny problem ma postać analogiczną do problemu opisanego przez Garretta Hardina w tzw. „dylemacie wspólnego pastwiska”. Carlson, podobnie jak Hardin w odniesieniu do

pastwiska, wątpił w technologiczne możliwości rozwiązania problemu zdrowia (Ibidem, s. 194). Nowe podejście do zdrowia powinno opierać się na założeniu jego czterech podstawowych uwarunkowań: harmonii środowiska społecznego i naturalnego, dostępu do środków przywracania i utrzymania stanu zdrowia, wsparcia innych w chorobie i indywidualnej odpowiedzialności (Ibidem, s. 182). Ludzie muszą odświeżyć zapomniane umiejętności dbałości o własne zdrowie i zdrowie innych.

Odbicie powyższych idei można znaleźć w dwóch ważnych dokumentach, które wpłynęły na współczesny sposób patrzenia na zdrowie. Pierwszym był przywołany wyżej raport Marca Lalonde, który w okresie jego przygotowywania pełnił funkcję kanadyjskiego ministra zdrowia i opieki społecznej. Opracowanie wskazywało na ograniczone możliwości nawet najlepszej opieki medycznej, kierując uwagę na problemy środowiskowe oraz styl życia jednostek. W przypadku kategorii stylu życia lektura raportu pokazuje, że autor przesunął akcent z jej socjologicznego wymiaru w obszar indywidualny aktu wyboru stylu życia, a więc także zindywidualizowanie konsekwencji i odpowiedzialności. Argumentując na rzecz indywidualnej odpowiedzialności, Lalonde odwoływał się do zależności, jaka łączy każdą jednostkę z jej reprezentacją polityczną wyłanianą w formie rządu (Lalonde, 1974, ss. 26–29). Drugim dokumentem była Karta Ottawska z 1986 roku, która podniesienie jakości ochrony zdrowia widziała w przeorientowaniu działań na promocję zdrowia. Definiując tę ostatnią, wyjaśniano, że jest ona procesem umożliwiającym ludziom poszerzenie zakresu i ulepszenie kontroli nad własnym zdrowiem. Zdrowie zaś przestaje być definiowane jako cel-wartość (*objective of living*), a staje się zasobem dla życia codziennego (*resource for everyday life*) (The Ottawa Charter, 1986).

Według Petera Conrada lata 80. dwudziestego wieku były świadkiem zasadniczej zmiany

w organizacji medycyny, która miała istotny wpływ na problematykę zdrowia. To wówczas erozja autorytetu medycznego stała się widoczna. Zmiana polegała na przeorientowaniu polityki zdrowotnej z działań skoncentrowanych na zapewnianiu obywatelom dostępu do opieki medycznej na działania skoncentrowane na kontroli kosztów świadczenia usług medycznych. W efekcie w centrum zainteresowania polityki zdrowotnej znalazło się zarządzanie organizacją systemu ochrony zdrowia. Można powiedzieć, parafrazując stwierdzenie Marcina Pałysa, rektora Uniwersytetu Warszawskiego, że na skutek wskazanej zmiany księgowość stała się królową nauk w dziedzinie medycyny¹². Detronizacja medycyny w tej domenie oznaczała koniec „złotego wieku sztuki lekarskiej” (*golden age of doctoring*) i rozwój „systemu nabywców usług” (*buyer driven system*). Nowy system stworzył nowy układ sił między nabywcami, świadczeniodawcami i płatnikami, w którym lekarze jako grupa utracili część swoich wcześniejszych wpływów przede wszystkim na rzecz pacjentów, którzy zamienili się w konsumentów ich usług, ale także na rzecz przemysłu farmaceutycznego, uważanego w Stanach Zjednoczonych za najbardziej dochodową branżę, oraz na rzecz sektora ubezpieczeniowego (Conrad, 2005, s. 4).

Idea promocji zdrowia, traktowana jako remedium na ograniczenia systemu profesjonalnej opieki medycznej, wprowadzała do

ochrony zdrowia czynnik zdrowego rozsądku. W zamierzeniach miał on działać na rzecz uspołecznienia ochrony zdrowia. Jednak zdrowy rozsądek, ujmując rzecz metaforycznie, jest zawsze sługą panującego światopoglądu. Idea promocji zdrowia wchodziła w życie wraz z pierwszymi globalnymi sukcesami neoliberalizmu, promującego prymat wąsko pojmowanej ekonomii. Sytuacja współczesnej medycyny pokazała, że ekonomicznie motywowana demedykalizacja wyzwalała mechanizmy, które stymulowały prywatyzację ochrony zdrowia fragmentaryzującą doświadczenie, w konsekwencji mnożąc rozmaite paramedyczne fundamentalizmy. Przy czym przede wszystkim chodzi tu o wymiar prywatyzacji, który w swojej analizie przemian religijności opisał Thomas Luckmann (Idem, 1996).

Analogia między medycyną a religią nie jest bezpodstawna. Obietnica uzdrowienia realizowana w obszarze medycyny zinstytucjonalizowanej do postaci klinicznego uprzemysłowienia procesu leczenia nabiera cech quasi magicznych, upodabniając się do zinstytucjonalizowanego poszukiwania zbawienia w liturgii kościelnej. Gadamer zwraca uwagę, że przy licznych podobieństwach, jest jedna cecha, która wyróżnia rzemiosło lekarza na tle innych rodzajów rzemiosła. Inne rzemiosła są mianowicie w stanie obronić swe kompetencje wobec protestów laika. Ich praca znajduje potwierdzenie swojej profesjonalnej wiedzy i umiejętności w rezultacie działania. Jeżeli szewc nie jest partaczem, to jego dzieło świadczy o jego rzemiosle. Lekarz niczego nie „wykonuje” (Gadamer, 2011, s. 33). Stąd rosnące wątpliwości opinii publicznej w odniesieniu do procedur, których efektów zdrowy rozsądek nie potrafi ująć w schemat przyczynowo-skutkowy i coraz większy dystans do „mocy” uzdrawiania medycyny. Łukasz Alefowicz ilustrował ten problem różnicą między dobrodziejstwem szczepień, którego nie da się wykazać w kategoriach zdroworozsądkowych, a uchwytym

11 *The spirit of enquiry and skepticism, and particularly the Scientific Method, so essential to research, are, however, a problem in health promotion. The reason for this is that science is full of "ifs", "buts", and "maybes" while messages designed to influence the public must be loud, clear and unequivocal* (Lalonde, 1974, s. 57).

12 Należy zastrzec, że opisywane przez Conrada zmiany nie odnosiły się we wskazanym przez niego momencie do Polski, która w dziedzinie medycyny borykała się wówczas z problemami cechującymi systemy tzw. realnego socjalizmu, dalekie od ładu demokracji wolnorynkowych. Przeorientowanie podobne do opisanego rozpoczęło się w Polsce po roku 1989 wraz z transformacją systemową. Warto przy tym nadmienić, że intronizacja księgowości nie ograniczała się jedynie do dziedziny ochrony zdrowia, lecz miała zasięg ogólnosystemowy. Parafrazowane stwierdzenie rektora Pałysa odnosiło się do analogicznego procesu utowarowienia nauki.

w doświadczeniu stosowaniem farmaceutyków. Skutki szczepienia pozostają niewidoczne w optyce zdroworozsądkowej. Zaszczepiony zdrowy człowiek pozostaje zdrowy. W przypadku wykorzystania antybiotyków, człowiek chory zdrowieje (Afeltowicz i Urbanowicz, 2018, s. 216).

Z drugiej strony dystans pomiędzy jednostką a medycyną zwiększa ambiwalencja rosnącej specjalizacji tej ostatniej. Precyzja badawcza wymusza ograniczanie zakresu prowadzonych badań, a tym samym ogranicza ogólną „encyklopedyczną” orientację w świecie. To stawia samego badacza w położeniu podobnym do laika (Gadamer, 2011, s. 19). W przypadku praktyki medycznej to podobieństwo jest szczególnie widoczne na pierwszym etapie diagnozy, podczas którego lekarz skoncentrowany jest na stworzeniu obrazu patogenezы konkretnego przypadku. Fleck nazywał ten etap ontogenezą szczegółową choroby (Fleck, 2007, s. 53). Gadamer wskazał jeszcze jeden potencjalny problem wynikający z wysokiego stopnia specjalizacji. Zamknięcie specjalizacyjne ogranicza możliwości aktualizowania metod badań (Gadamer, 2011, s. 19). Wskazane uwarunkowania obniżające autorytet profesjonalisty mogą wywoływać działania obronne o charakterze rytualnym. W skrajnych przypadkach ów rytualizm może prowadzić do działań celowo dezorientujących pacjenta, by zasłonić jałowość i słabość organizacyjną działań diagnostycznych (Freidson, 1970, s. 163). Niepewność prowadzi zaś do reakcji fundamentalistycznych.

Spektakularność islamskiego ekstremizmu oraz jego kulturowa obcość, sprzyjają w epoce mediów elektronicznych upowszechnieniu zawężającej perspektywy, portretującej fundamentalizm ekscesami tego jednego religijnego ekstremizmu. Peter L. Berger i Anton Zijderveld wskazują inne cechy zjawiska, które charakteryzują jego zachodnią odmianę. Analizując prototypowy, amerykański

przypadek fundamentalizmu, socjologowie stwierdzili, że jest on zjawiskiem reaktywnym. Reakcja jest zawsze skierowana przeciw dostrzeżonemu zagrożeniu dla społeczności, która żyje zgodnie w pewnymi wartościami (religijnymi albo świeckimi). Co z kolei prowadzi do wniosku, że fundamentalizm jest zjawiskiem współczesnym (wbrew dość powszechnej opinii, wedle której stanowi rodzaj „powrotu do mroków średniowiecza”) i jako takie może być zrozumiany jedynie na tle procesu modernizacji, a nie w związku z tradycjonalizmem¹³. Ostatni oznacza poddanie się reżimowi oczywistości, którą tradycja utrwała. Fundamentalizm zaś jest sensowną reakcją na kryzys oczywistości. Z tych cech rodzi się ostatnia – przemyślane wskazywanie potrzeby powrotu do „nieskazitelnej przeszłości” i zagubionej tradycji (Berger i Zijderveld, 2015, ss. 78–80). Zarysowaną charakterystykę uzupełniają uwagi Steve’a Bruce’a. Interesującym nas prąd, który rozlewa się na obszar nauki, a w jego granicach na domenę medycyny, znamionuje indywidualizm, który odróżnia go wspólnotowego fundamentalizmu islamskiego. Co ważne i co z tym powiązane, to fakt, iż fundamentalizm typu amerykańskiego cechuje dobrowolność stowarzyszania się jednostek, które w jego ramach współzawodniczą o definiowanie kultury trwałego państwa narodowego (Bruce, 2006, s. 18). Całość pokazuje, że opisywana wersja odbiega od potocznych

¹³ W tej kwestii myślenie autorów idzie śladem rozróżnienia, które wprowadził Karl Mannheim w swojej analizie myśli konserwatywnej. Niemiecki uczony pisał o „konserwatyzmie naturalnym”, który proponował nazywać Weberowskim określeniem „tradycjonalizm” oraz o konserwatyzmie „nowoczesnym”. Pierwszy, jako zachowawcza reakcja na bodźce, jest uniwersalną cechą konstrukcji psychologicznej człowieka. Drugi jest działaniem społecznym – by trzymać się kategorii Weberowskich – wyposażonym w sens. Karl Mannheim, *Myśl konserwatywna*, Kolegium Otryckie, Warszawa 1986, szczególnie rozdział 1 części drugiej, *Tradycjonalizm a konserwatyzm*.

wyobrażeń, które akcentują bezrefleksyjność fundamentalizmu. Krytyczny namysł nad kryzysem oczywistości ma w kontekście modernizacyjnym cechy *refleksywności* Urlicha Becka. Scott Lash, komentując koncepcję Becka, pisze o refleksyjności, która w nowoczesności wyzwala jednostkę spod władzy systemów eksperckich dominującej w kulturze nauki (Beck, Giddens, Lash, 2009, s. 153). Jednak proces, który opisuje Beck, nie prowadzi do emancypacji, lecz do niepewności. Wiedza ekspercka zostaje poddana ostrej krytyce, ale niepewności nie wyjaśnia ani nie łagodzi już żadna „wielka narracja”¹⁴.

Medycyna w Polsce – obraz kryzysu zaufania w dobie pandemii

Polska ostatnich trzech dekad stawiała się krajem coraz bardziej atrakcyjnym dla imigrantów, przy czym atrakcyjnością wciąż ustępującą krajom, które nie tylko we wspólnocie unijnej należą do najwyżej rozwiniętych, ale pozostają na szczytach globalnych rankingów rozwoju cywilizacyjnego i poziomu życia. Niemniej jednak otwarte granice i swoboda przemieszczania wygenerowały szereg naturalnych dla takiej sytuacji problemów. Przepływy kadr pracowniczych, bariera komunikacyjna blokująca wykwalifikowanym obcokrajowcom dostęp do atrakcyjnych stanowisk wymagających biegłości językowej oraz związane z ową barierą kłopoty z adaptacją do nowych warunków społecznych to zjawiska, które pojawiają się także w systemie ochrony zdrowia, przede wszystkim na jego organizacyjnej płaszczyźnie. W przypadku migracji wykwalifikowanego personelu medycznego rosnąca atrakcyjność Polski, której jednym z istotnych czynników

jest swoboda poszukiwania miejsca do życia poza krajem ojczystym, jest także czynnikiem osłabiającym chęć takich poszukiwań. Analizy sytuacji pokazują, że proces emigracji personelu medycznego, który odbywał się już przed akcesją Polski do Unii Europejskiej oraz przystąpieniem do Układu z Schengen, nasilił się zaraz po akcesji, ale dynamika przyrostu sukcesywnie malała. Różnica zarobków motywująca pierwotnie do emigracji, traciła na znaczeniu wraz ze wzrostem wynagrodzeń w Polsce (Kautsch, 2013)¹⁵.

Interesującym zjawiskiem jest rosnący rozdźwięk między sukcesywnie podnoszącą się efektywnością działania systemu ochrony zdrowia a jej społeczną oceną i w konsekwencji gotowością do finansowego wspierania dalszego podnoszenia poziomu usług medycznych. Badania opinii o funkcjonowaniu ochrony zdrowia pokazują, że stosunkowo stabilne wysokie oceny pracy personelu medycznego łączą się z przekonaniem, że zasadniczym problemem jest organizacja i zarządzanie systemem i środkami przeznaczonymi na jego działanie. W tym ostatnim zakresie pojawia się też wyraźny kontrast między społecznym obrazem usług świadczonych przez państwo i obrazem usług świadczonych na wolnym rynku. Polscy respondenci są krytyczni wobec systemu państwowego i jedynie w znikomym stopniu skłonni do finansowego wsparcia służby zdrowia (Sasińska-Klas, 2015). Przy tym najnowsze badania CBOS wskazują nieznacznie rosnącą świadomość, że najważniejszym problemem systemu jest jego chroniczne niedofinansowanie, choć jest to wciąż przekonanie ułamka badanych (w 2018 było to jedynie 16 %) (Omyła-Rudzka, 2018). W konsekwencji

¹⁵ Ponadto warto odnotować, że Polska znajdując na wschodniej granicy strefy Schengen, sąsiaduje bezpośrednio z krajami (Ukraina, Białoruś), dla których atrakcyjność Polski rośnie dodatkowo nie tylko dzięki bliskości geograficznej, ale bliskości kulturowej, w tym językowej.

¹⁴ Berger i Zijderveld, przywołując historię żony Napoleona III, cesarzowej Eugenii, sprawdzającej w loży teatralnej spojrzeniem pełnym niepewności, czy stoi za nią krzesło, prezentują bardzo plastyczną fenomenologiczną ilustrację tego stanu.

obserwujemy w Polsce postępującą *de facto* prywatyzację służby zdrowia, mimo zahamowania procesu prywatyzacji publicznych ZOZ-ów (Cybulska i Pankowski, 2018).

Z kolei wyniki badania CBOS z 2014 roku poświęconego opiniom o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy wskazywały, że po latach niewielkiego spadku zaufania do lekarzy, poziom tego zaufania ponownie się podniósł. 78% respondentów zadeklarowało zaufanie do lekarzy, których rad zasięgają. W tej liczbie 16% zadeklarowało bardzo duże zaufanie, 62% duże zaufanie. Równocześnie wskazano w porównaniu wyników z pięciu przeprowadzonych badań, że poziom zaufania zarejestrowany w badaniu z 2014 r. nie osiągnął wysokości z roku 2001, kiedy to był najwyższy (80% deklarujących zaufanie) (Omyła-Rudzka, 2014). Międzynarodowe badanie z lat 2011–2013 przeprowadzone w ramach *International Social Survey Programme* (ISSP) wykazało zaś, że jedynie 43% respondentów zadeklarowało zaufanie do lekarzy we własnym kraju. Ten wynik usytuował Polskę na 29 miejscu w rankingu badanych krajów. Przy czym w rankingu zadowolenia z usług medycznych Polska usytuowała się na miejscu 25 (Blendon i in., 2014).

Reakcje społeczne podczas pandemii, ujmowane na tle przywołanych wyników badań, uwidoczniły szczególnie wyraźnie społeczny kryzys zaufania do medycyny, stanowiący zmięknienie kryzysu nauki. Przełom polityczny 1989 roku uwolnił potencjał krytyki modernizacji, która na peryferiach, w tym także w Polsce, miała charakter imitacyjny, ponadto obciążony przymusem totalitarnym. Zresztą rozbrat z ideą modernizacji rozpoczął się w Polsce już w okresie międzywojennym. W obu przypadkach – perspektywy międzywojennej i perspektywy krytycznej wobec dziedzictwa modernizacyjnego PRL-u, sam proces jawi się jako coś, co wbrew założeniu racjonalizacji życia wprowadza do niego

więcej nieprzewidywalności¹⁶. Konwergencja świadomości społecznej w Polsce z nurtem myślenia neoliberalnego, który na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych wciąż święcił triumfy na Zachodzie, wzmocniła potencjał krytyki modernizacji i jej nośników, w tym głównie nauki. Krytyka ma więc w sobie pewne elementy dyfuzyjnego oporu, który, co znamienne, czerpie swoją energię z owej konwergencji ideologicznej występującej między indywidualizującym prądem kultury Zachodu a Polską tradycją „przywiązania do wolności” i który przybiera formę refleksywnego fundamentalizmu. Opór wobec dominacji myślenia naukowego wzmacnia też, paradoksalnie, rewolucja naukowa w mediach społecznych, które dają silną pozycję „ekspertom z Internetu”, którzy są tzw. „naiwnymi ekspertami” (Wójta-Kempa, 2017).

Pobieżna kwerenda opinii zamieszczanych w mediach (w szczególności na forach mediów społecznościowych) daje obraz poszerzającego się marginesu nieufności do wiedzy medycznej i podejrzliwości wobec

16 Adam Leszczyński stwierdził, że Wielki Kryzys przyniósł przełom mentalny, gdyż odczytywano go jako wielką moralną klęskę wolnorynkowego kapitalizmu, który reprezentował modernizację w domenie gospodarki. Kapitalizm postrzegany przez pryzmat Kryzysu, był systemem, który poszerzył obszar nędzy, pogłębił irracjonalność, chaos w życiu codziennym, a w gospodarce doprowadził do marnotrawstwa na ogromną skalę. Tak więc nie bez powodu sam Kryzys był postrzegany jako forma „zbiorowego szaleństwa”. Idem, *Skok w nowoczesność. Polityka wzrostu w krajach peryferyjnych 1943–1980*, Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo Krytyki politycznej, Warszawa 2013, s. 296. Z kolei Andrzej Leder zwrócił uwagę, iż okresie stalinizmu forsowna industrializacja, oderwana w strukturze produkcji od potrzeb społecznych, była elementem politycznego terroru. Plan sześćdziesięcioletni był zorientowany na „tworzenie fabryk budujących fabryki, które w ostatecznym rozrachunku miały produkować czołgi” w kraju wymęczonym i wynędzniałym po niedawno zakończonej II wojnie światowej. Idem, *Prześlona rewolucja. Ćwiczenia z logiki historycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2014, ss. 174–175.

działań personelu medycznego oraz wobec funkcjonowania przemysłu farmaceutycznego. Krytyka przybiera dwie formy. W pierwszej jest otwarcie eksplikowana w wypowiedzianych opiniach (ostatnio bywa nawet obelżywa¹⁷) i kierowana jest przeciw patologiom nierozwalnie związanym z każdym rodzajem ludzkiej aktywności. Ten rodzaj wydaje się zrozumiały i stosunkowo łatwy do opisanego w kategoriach korygowania nieuniknionych dysfunkcyjności każdego działającego systemu. W drugiej formie, krytyka jest obecna *implicite*. Reprezentuje się w niej antynaukowa wizja medycyny jako narzędzia kontroli i dominacji oraz swoistego technologicznego fatum, które kładzie się mrocznym cieniem na naturalnych mechanizmach zabezpieczających zdrowie i życie. W tej radykalnej formie podważane są same racje funkcjonowania medycyny w jej naukowej formule. Ambiwalencję w postawach wobec medycyny widać nawet w akcjach społecznych (takich jak np. akcja „Podziękuj medykom”), które w swych intencjach mają podkreślać fundamentalne i pozytywne znaczenie tej dyscypliny dla funkcjonowania zbiorowości, znaczenie, które w „normalnych” czasach bywa niedostrzegane, a ich wydźwięk potęguje tylko wrażenie chaosu w systemie i braku powagi w traktowaniu ochrony zdrowia. Kryzys społeczny wywołany pandemią choroby COVID-19 wypuklił więc przejawy sceptycyzmu, nieufności, a nierzadko

17 Przykładem takiej opinii obelżywej w formie była wypowiedź polskiego windsurfera Wojciecha Brzozowskiego w programie „Pytanie na śniadanie”, wyemitowanym 23 maja na antenie Programu 1 Telewizji Polskiej. Uczestniczący w niej lekarz został zmuszony do konfrontowania się z personalnym atakiem Brzozowskiego, który posługując się plotkami, insynuował, że lekarze wykorzystują cynicznie pandemię do zarabiania dodatkowych pieniędzy. <https://pytanienasniadanie.tvp.pl/48186197/medyczne-bzdury-wypowiedzane-przez-influencerow-gwiazdy-celebrytow?fbclid=IwAR2ge5ik7hcjYPOjHJnAOmKpLWu7SUFzHqbORUjawiVSkbobfx-oE4IWb3s> (dostęp: 2.06.2020)

otwartej wrogości wobec nauki, który dziś dotyka szczególnie medycyny.

W powyższym kontekście nie powinna jednak dziwić i zwodzić pozbawiona oporu łatwość i powszechność adaptacji na rodzimym polskim gruncie materialnych wytworów cywilizacji naukowej, a nawet entuzjizm towarzyszący konsumowaniu tych owoców (widoczny szczególnie w pokoleniu pamiętającym towarowe ubóstwo okresu realnego socjalizmu). Ten proces cechuje logika fenomenu *cabinets de curiosite*, przywoływanego przez Czarnowskiego w jego analizie. To rodzaj zapożyczeń, które polski socjolog nazywał zapożyczeniem o „charakterze peryferyjnym”, co rozumiał jako brak organicznej więzi między „systemem życia”, z której elementy są zapożyczone, a sposobem życia jednostek z grupy pożyczającej. Czarnowski przytacza przykład marokańskich szejków, którzy kupują samochody, a nawet uczą się je prowadzić, jednak techniczna funkcja podnoszenia standardów komunikacji jest dla nich drugorzędna wobec społecznej funkcji budowania autorytetu władzy, której to samochód w tym przypadku służył (Czarnowski, 1948, ss. 252–255). Ilustracja jest ciekawa, ponieważ również w Polsce samochód przez wiele lat był traktowany bardziej jako symbol prestiżu niż wynalazek ułatwiający życie codzienne. Stefan Kisielewski odnotował w swoich Dziennikach w roku 1970 następującą interesującą uwagę: (...) *Ktoś mi opowiadał, że kardynał Wyszyński bardzo nie lubi, jak księża mają auta; a znowu Gomułka nie lubi, gdy robotnicy mają auta. Czemu? Bo człowiek w aucie jest na chwilę wolny, nieosiągalny, wolny wolnością burżuazyjnie indywidualistyczną: jest poza społeczeństwem, poza narodem także* (Kisielewski, 1996, s. 417). Co istotne odmienność funkcjonalnego usytuowania pewnych elementów, np. właśnie technologii, nie musi oznaczać „zacofania” technologicznego. Stopień organizacji i skuteczność akcji terrorystycznych

przeprowadzonych w pierwszej dekadzie XXI stulecia (np. spektakularnego ataku na wieże WTC) mogą pokazywać nawet dużą i w swej istocie nowoczesną elastyczność w postępowaniu się pewnymi technologiami.

Czarnowski przywołał też znamienne wyjaśnienie, jakiego chory Murzyn udzielił lekarzowi-misjonarzowi: „to są lekarstwa ludzi białych, uzdrawiające białych; Murzynowi pomoc nie mogą – pomogą mu tylko lekarstwa murzyńskie”. Czarnowski komentuje: (...) *Murzyn w swoim wyobrażeniu przestałby być murzynem, gdyby ozdrowiał po europejsku, albo lekarstwo europejskie zabiłoby go, jeśli nie bezpośrednio, to pośrednio przez prowadzenie zamętu w świat mocy duchowych chorobotwórczych, którym jako Murzyn i człowiek społeczności murzyńskiej ulega* (Czarnowski, 1948, s. 274). Elementem dzisiejszej nieufności do nauki i medycyny jest ponownie ta sama słabość świadomości teoretycznej zdegradowanej przez pragmatyzm, którą zauważyli Max Horkheimer i Theodor W. Adorno, opracowując „*Dialektykę Oświecenia*”. I jak siedem dekad temu, słabość tę znamionuje zagadkowa gotowość technologicznie wychowanych mas, by poddawać się niepojętym absurdom, ale także wszelkim despotyzmom (Horkheimer i Adorno, 1994, s. 13). 🗨️

Dr n. hum. Rafał Mielczarek - doktor socjologii, absolwent Uniwersytetu Łódzkiego; socjolog specjalizujący się w problematyce kultury. Jego zainteresowania koncentrują się w szczególności na zagadnieniach socjologii i antropologii religii, wiedzy i komunikowania.
e-mail: rafal.mielczarek@umed.lodz.pl

Bibliografia

Afeltowicz Ł., Urbanowicz P. (2018). Zalew irracjonalności? Niekoniecznie. O zaufaniu do nauki i jej autorytecie rozmawiają Łukasz Afeltowicz i Piotr Urbanowicz, *Przegląd Kulturoznawczy*, 2/2018, 214–233.

Bacon F. (1825). *In Praise of Knowledge. Miscellaneous Tracts Upon Human Philosophy. The Works of Francis Bacon*, T. I, London.

Beck U., Giddens A., Lash S. (2009). *Modernizacja refleksyjna. Polityka, tradycja i estetyka w porządku społecznym nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bell D. (1983). Powrót sacrum? Tezy na temat przyszłości religii, *Aneks* 29–30/1983, 51–66.

Berger P. L. (1998). Sekularyzm w odwróceniu, *Res Publica Nowa*, 1/1998, 67–74.

Berger P., Zijderveld A. (2015). *Pochwała wątpliwości. Jak mieć przekonania i nie stać się fanatykiem*. Warszawa: Wydawnictwo vis-à-vis/Etiuda.

Blendon R. J., Benson J. M., Hero J. O. (2014). Public Trust in Physician – U.S. Medicine in International Perspective, *The New England Journal of Medicine*, 17/2014.

Bruce S. (2006). *Fundamentalizm*. Warszawa: Wydawnictwo Sic! S.C.

Bull M. (1988). The Medicalization of Adventism, *Spectrum*, 3/1988, 12–21.

Bull M. (1990). Secularization and Medicalization, *The British Journal of Sociology*, 2/1990, 245–261.

Carlson, R. J. (1975). *The end of medicine*. New York: John Wiley & Sons Inc.

Conrad P. (1992). Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, 18/1992.

Conrad P. (2005). The shifting Engines of Medicalization, *Journal of Health and Social Behavior*, 46/2005, 3–14.

Cybulska A., Pankowski K. (oprac.). (2018). *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*. Komunikat z badań Nr 97/2018. Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.

Czarnowski S. (1948). Opory kultury. W: idem, *Kultura*, (s.248–276). Warszawa: Spółdzielnia Wydawnicza Książka.

Dobbeleare K. (2008). *Sekularyzacja. Trzy poziomy analizy*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Fleck L. (1986). *Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym*. Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.

Fleck L. (2007). *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*. Sylwia Werner, Claus Zittl, Florian Schmaltz (red.). Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN.

Freidson E. (1970). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company.

Gadamer H. G. (2011). Teoria, technika, praktyka. W: idem, *O skrytości zdrowia* (s.11–46). Poznań: Media Rodzina.

Habermas J. (1983). Postęp techniczny i społeczny świat życia. W: idem, *Teoria i praktyka*. Wybór pism. Warszawa: PIW.

Horkheimer M., Adorno T. W. (1994). *Dialektyka Oświecenia. Fragmenty filozoficzne*. Warszawa: IFIS PAN.

Illich I. (1975). *Medical Nemesis. Expropriation of Health*. London: Calder & Boyars.

Kautsch M. (2013). Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2/2013, 169–179.

Kisielewski S. (1996). *Dzienniki*, Warszawa: Wydawnictwo „Iskry”.

Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians. A Working Document*, Ottawa, Minister of Supply and Services Canada.

Leder A. (2014). *Prześlona rewolucja. Ćwiczenia z logiki historycznej*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki politycznej.

Leszczyński A. (2013). *Skok w nowoczesność. Polityka wzrostu w krajach peryferyjnych 1943–1980*. Warszawa: Instytut Studiów Politycznych PAN, Wydawnictwo Krytyki Politycznej.

Luckmann T. (1996). *Niewidzialna religia. Problem religii w nowoczesnym społeczeństwie*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Mannheim K. (1986). *Myśl konserwatywna*, Warszawa: Kolegium Otryckie.

Omyła-Rudzka M. (oprac.). (2014). *Komunikat z badań. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy*, Nr 165/2014.

Omyła-Rudzka M. (oprac.). (2018) *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*. Komunikat

z badań Nr 89/2018, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2018.

Pixa W. (1904). *O krzyżującej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy. Przyczynek do historii kultury europejskiej*. Berlin: Wydawnictwo „Przewodnik Zdrowia”.

Rousseau J. J. (1956). Czy odrodzenie nauk i sztuk przyczyniło się do naprawy obyczajów. W: idem, *Trzy rozprawy filozofii społecznej*. Henryk Elzenberg (oprac.), (s.9–44). Warszawa: PWN.

Sasińska-Klas T. (2015). Zdrowie i opieka zdrowotna w odbiorze społecznym (w świetle badań opinii publicznej w Polsce w latach 2009–2014), *Zeszyty Prasoznawcze*, 2/2015, 301–318.

The Ottawa Charter for Health Promotion (1986)

Turner B. S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*, SAGE Publications.

Turner B. S. (2008). *The Body & Society. Explorations in Social Theory*. SAGE Publications.

Weber M. (2002). *Gospodarka i społeczeństwo. Zarys socjologii rozumiejącej*. Warszawa: PWN.

Wieczorkowska M. (2012). Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej, *Przegląd Socjologiczny*, 2/2012.

Wójta-Kempa M. (2017). Samoleczenie: medykalizacja czy demedykalizacja? Granice władzy medycyny, *Przegląd Socjologiczny*, 1/2017, 83–105.

Zielińska K. (2009). *Spory wokół teorii sekularyzacji*. Kraków: Zakład Wydawniczy „Nomos”.

Contemporary medicine – horizons of disenchantment and factors of disappointment

Abstract

The modern world has become the domain of the rationalization of life. Medicine took part in this process as an instrument of the rationalization of health protection. The process of rationalization stimulated technological progress but at the same time brought some cultural issues. A higher level of health and wellbeing was accompanied by medicalization of life. Hence, medicine went through its own disenchantment and came under the criticism of public opinion. However, the reason for criticism goes beyond the latest ambivalent outcomes of medical progress, such as medicalization. What is even more significant, the criticism highlights the very social and cultural essence of many current issues regarding medical practice. Medicine can be considered as an object of its own disenchantment as long as it shows some functional similarities to the domain of culture, for example religion. The article is a small contribution to reflection regarding the issue of social criticism of contemporary medicine in its modern scientific form.

Keywords: medicine, medicalization, disenchantment, secularization, social knowledge.