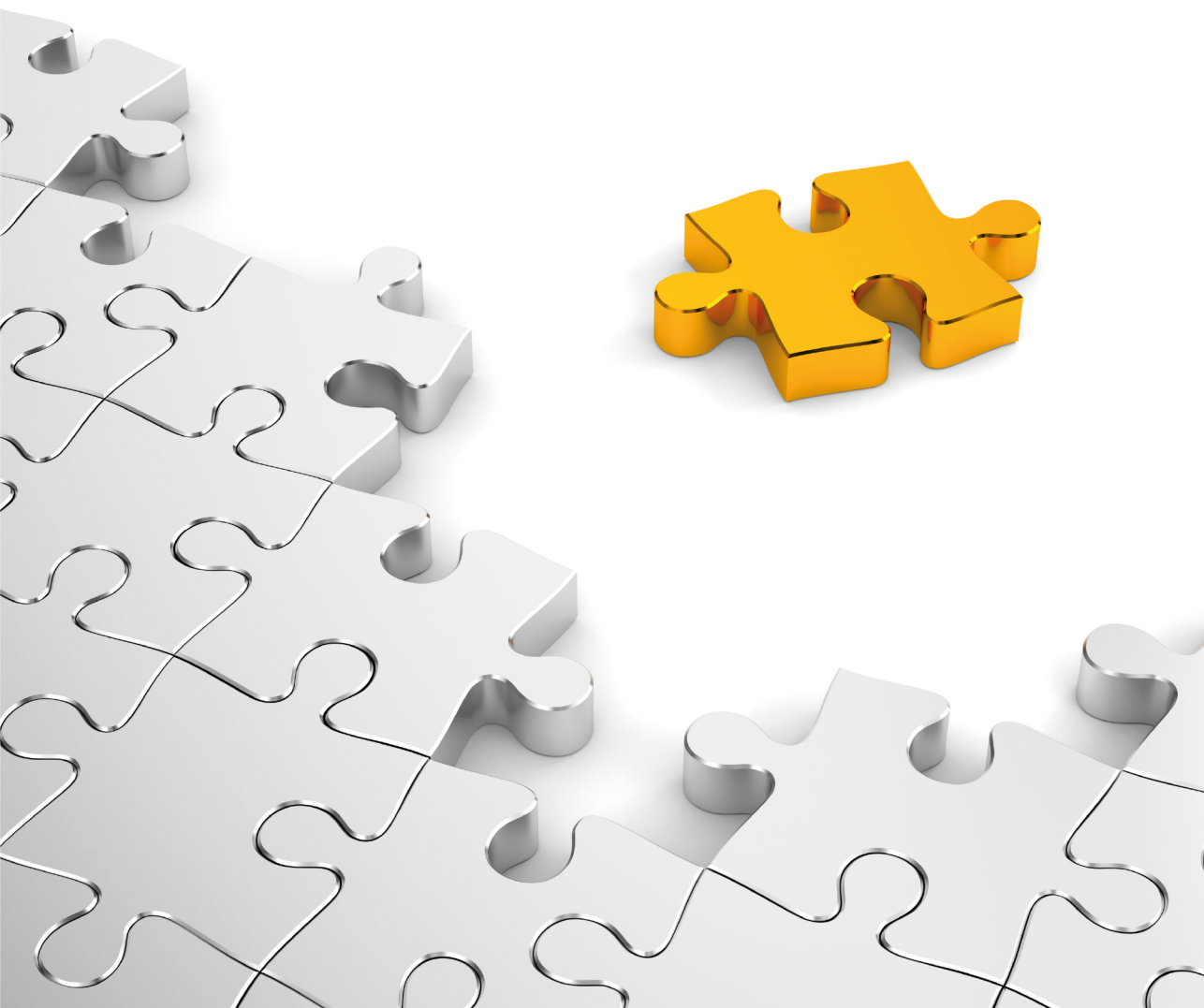
PACJENT „INNY” WYZWANIEM OPIEKI MEDYCZNEJ

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



PACJENT „INNY”
WYZWANIEM
OPIEKI MEDYCZNEJ

PACJENT „INNY” WYZWANIEM OPIEKI MEDYCZNEJ

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

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM
Poznań 2016

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

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

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

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

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

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

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

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

SPIS TREŚCI

Wstęp 11

CZĘŚĆ I
PODSTAWY TEORETYCZNE 15

Krzysztof Korotkich
Obcy – owoc innego? 17

Elżbieta Czykwin
Stereotypizacja i stygmatyzacja – podstawy teoretyczne 27

Magdalena Grassmann
Stygmatyzacja pacjenta i choroby w aspekcie historycznym 47

Elżbieta Krajewska-Kułak, Agnieszka Kułak-Bejda, Mateusz Cybulski, Andrzej Guzowski
Pacjent „inny" w opiniach Polaków – na podstawie literatury i badań własnych 63

Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Łukaszuk, Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Agnieszka Lankau, Mateusz Cybulski
Pacjent odmienny kulturowo w opiece zdrowotnej 97

Emilia Sarnacka
Prawa pacjenta odmiennego kulturowo 113

Emilia Sarnacka
Prawo do świadczeń zdrowotnych osób niepełnosprawnych 133

Anna Jacek
Status prawny pacjenta – nosiciela choroby zakaźnej 147

Marta Blecharczyk, Grzegorz Bejda, Emilia Sarnacka
Dylematy etyczne pracowników ochrony zdrowia 159

Mateusz Cybulski
Społeczeństwo wielokulturowe w Polsce 185

Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Elżbieta Krajewska-Kułak
Chrześcijaństwo – powstanie, przemiany..... 199

Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kułak, Grzegorz Bejda, Katarzyna Krajewska-Ferishah
Judaizm, Islam i Tatarzy polscy..... 213

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz
Kontekst kultury w opiece zdrowotnej na świecie..... 229

Mateusz Cybulski
Bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia 241

Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda, Agnieszka Lankau
Wpływ religijności na zdrowie 255

Agnieszka Lankau
Rola przekonań religijnych w sprawowaniu opieki medycznej 273

Jolanta Lewko
Holistyczny model opieki nad chorym 289

Cecylia R. Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułak
Satysfakcja z opieki jako istotny element jakości opieki medycznej nad pacjentem 301

Jacek Sobczak
Medycyna defensywna i jej paradoksy..... 315

CZĘŚĆ II
BARIERY KOMUNIKACYJNE 329

Anna Ślifirczyk
Komunikacja międzykulturowa w ochronie zdrowia 331

Emilia Jaroszewska
Bariery w komunikacji z zagranicznym pacjentem..... 353

Józef Binnebesel, Zbigniew Formella, Halyna Katolyk
Specyfika funkcjonowania i komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym..... 371

Dorota Podgórska-Jachnik
Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością sensoryczną 397

Anna Wojnarska, Renata Zubrzycka
Komunikacja z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną 415

Monika Banaszczyk, Błażej Kmieciak
Komunikacja z pacjentem doświadczającym zaburzeń psychicznych 431

Szymon Murawski, Julita Zawadzka
Komunikacja z pacjentem z różnymi zaburzeniami świadomości 451

Józef Binnebesel, Zbigniew Formella
Komunikacja z dzieckiem doświadczającym śmierci 457

Agnieszka Hamerlińska-Latecka
Komunikacja z „ozdrowieńcem" – pacjentem po chorobie nowotworowej 471

Dariusz Kuć
Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia..... 483

CZĘŚĆ III
WYBRANE ASPEKTY OPIEKI MEDYCZNEJ 495

Agnieszka Kułak-Bejda, Piotr Kułak, Grzegorz Bejda, Wojciech Kułak
Kulturowe uwarunkowania wybranych jednostek chorobowych..... 497

Elżbieta Maciorkowska, Magdalena Zalewska, Magdalena Maciorkowska, Magdalena Malesińska, Piotr Musiałowski
Uwarunkowania kulturowe żywienia w zdrowiu i chorobie 531

Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda
Pacjent-katolik wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej..... 543

ks. mitrat mgr Jan Fiedorczuk, Irena Fiedorczuk, Justyna Fiedorczuk-Fidziukiewicz
Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej 559

Jerzy Sojka, ks. Adrian Korczago
Pacjent protestant wobec zagadnień choroby i ochrony zdrowia..... 573

Joanna Auron-Górska
Oczekiwania pacjenta wyznającego Judaizm 591

Zbigniew Igielski
Pacjent Buddysta i Hinduista wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej 609

Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach
Opieka medyczna nad pacjentem – Świadkiem Jehowy 615

Artur Konopacki, Monika Ryszewska
Pacjent muzułmański w Polsce 629

Jacek Tabisz
Pacjent niewierzący, pacjent ateista 643

Andrzej Guzowski
Wyznawcy wybranych nowych ruchów religijnych i parareligijnych jako potencjalni odbiorcy usług medycznych w Polsce 647

Grażyna Dytrych, Wojciech Kułak
Specyfika hospitalizacji dziecka z autyzmem i zaburzeniami ze spektrum autyzmu 669

Katarzyna Simonienko, Karolina Wilczyńska, Mikołaj Kwiatkowski, Natalia Wygnał, Beata Galińska-Skok, Napoleon Waszkiewicz
Specyfika hospitalizacji chorego psychicznie 681

Karolina Wilczyńska, Katarzyna Simonienko, Mikołaj Kwiatkowski, Natalia Wygnał, Joanna Łazarczyk, Napoleon Waszkiewicz
Specyfika hospitalizacji chorego uzależnionego 695

Emilia Mikołajewska
Specyfika hospitalizacji pacjenta niepełnosprawnego ruchowo 717

Krystyna Kowalczuk
Specyfika hospitalizacji pacjenta niewidomego 733

Dorota Koncewicz
Specyfika hospitalizacji pacjenta z wadą słuchu 743

Dorota Rogowska-Szadkowska
Specyfika hospitalizacji pacjenta zakażonego HIV 757

Mateusz Cybulski
Specyfika hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku 771

Katarzyna Beata Głodowska, Aleksandra Bendowska
Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na Uniwersytetach Medycznych w Polsce 791

Autorzy 799

WSTĘP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CZĘŚĆ I
PODSTAWY TEORETYCZNE

Krzysztof Korotkich

OBCY – OWOC INNEGO?

Obcość niemal zawsze jest konsekwencją rozpoznania człowieka jako innego. Obcym się nie jest, ale staje się nim wobec ludzi, mających poczucie identyfikacji z cechami, których pozbawiony jest Inny albo które są wyeksponowane u Innego, a których nie ma wspólnota. Rozpoznanie polega na ocenie atrybutów tożsamości, które są uznawane za najważniejsze: kolor, kształt, dźwięk (język, akcent), jak też przymiotów trudniej mierzalnych i przez to silniej eksponowanych: idei, systemów wierzeń, prawd, ale tym mocniej eksponowanych jako prawdy uznane za niepodważalne. Dlatego ciemnoskóry może być traktowany jako Inny w świecie zdominowanym przez białych, ale nie będzie już nim pośród ludzi o takim samym kolorze skóry. Innym można być również pośród „swoich", jeśli choćby jedna z cech okaże się nadmiernie wyraźna, a nie będzie „pasowała" do obrazu całości wspólnoty. Może nią być tatuaż, którego grupa nie zrozumie, bo będzie on identyfikował człowieka z „subgrupą" albo informował o potencjalnym zagrożeniu (znaki na ciele podkreślają fizyczność człowieka jako jego siłę, manifestują różnice w sposobie postrzegania świata). Może nią być także zmiana sposobu myślenia, wyeksponowana jako deklaracja poparcia dla idei odmiennych niż powszechnie znane i akceptowalne albo choroba, która zmienia zasadniczo wygląd, postawę fizyczną, temperament człowieka, oddala go często od „zdrowej" grupy poprzez izolację w szpitalu, albo najzwyczajniej – z powodu lęku przed zarażeniem.

Inność jest zjawiskiem naturalnym, pierwotnym, organizującym relacje społeczne. Dzięki niej możliwe jest świadome kreowanie własnej tożsamości i budowanie zdrowych relacji z innymi ludźmi. Inność może być wartością, fundamentem kultury, opartej przecież na rozpoznawaniu drugiego człowieka i komunikowaniu się z nim znakami uważanymi za wyjątkowe. Tak rozumiana inność integruje

wspólnotę i dynamizuje rozwój kultury. Spotkanie z innym pobudza bowiem wyobraźnię, inspiruje do rywalizacji, ubogaca oraz rozwija.

Warunkiem zaistnienia inności jako wartości, urzeczywistnienia się jej w społeczeństwie jest przyjęcie przez „większość" postawy co najmniej neutralnej. Ideałem byłoby afirmowanie odmienności, co jednak zawsze wymaga przekroczenia wielu granic związanych z przyjętymi stereotypami. Wyłamać się z grupy i zacząć myśleć o innym jako o kimś akceptowalnym czy nawet mogącym być jednym „z nas", wymaga odwagi, bo społeczność chętnie odtrąca także „swego", który nie podziela wspólnotowych obaw i wprowadza nieznany ład, inny porządek myślenia.

Inny staje się problem wówczas, gdy przyczyny jego odmienności nie są dla społeczeństwa zrozumiałe, gdy „normalni" nie mają potrzeby, woli albo siły włączenia go do swego grona. Niezrozumienie jest pierwszym powodem lęków przed odmiennością wszelkiego rodzaju.

Przeglądając się w twarzy Innego – by użyć języka Emmanuela Lévinasa – człowiek rozpoznaje siebie. Jeśli jest to twarz, którą on akceptuje, wówczas identyfikacja staje się łatwa i wraz z nią możliwy okazuje się również dialog. Jeśli zaś w twarzy innego znajdzie się jakakolwiek skaza, wtedy taka akceptacja może okazać się niemożliwa. *Twarz innego stawia nas w krzyżowym punkcie świata. Ten, kto posiada twarz, jest inny. Odbiera wiążącą moc czynnościom i projektom czynności, które poprzedzają nasze ruchy w świecie. Nie daje się opisać przy użyciu pojęć, którymi opisujemy rzeczy. Domaga się innego języka niż język ontologii. Właściwym językiem jest tu język etyki* (Józef Tischner w rozdziale *Twarzą w twarz* odnosi się do koncepcji Levinasa jako podstawowego punktu odniesienia dla problemu spotkania z innym) [1].

Jedną z reakcji na odmienność jest wzbudzanie specyficznej ostrożności, stworzenie dystansu, ucieczka lub odepchnięcie, oddalenie, a w rezultacie wymowne unikanie, a nawet niechęć czy odraza. Lęk przed nabyciem nieakceptowalnych cech Innego, przed (oczywiście to irracjonalne) zarażeniem się odmiennością („kalectwem"), bywa powodem budowania dystansu, izolacji mającej uchronić przed konfrontacją z obrazem, którego ogarnięty lękiem człowiek po prostu nie rozumie. Inny poprzez akt oddalenia staje się obcym, z odmiennego przekształca się w figurę bardziej wyrazistą, w obcego, wobec którego nie ma się już powinności. Oswajanie z innością możliwe jest m.in. poprzez wzbudzanie empatii, która wyjaśnia to, co niezrozumiałe oraz zmniejsza dystans między „swoim" a innym, między człowiekiem i człowiekiem. Waldenfels ukazuje m.in. fenomen obcości, która nie musi przychodzić z zewnątrz, ale tkwi, czai się wewnątrz nas samych: *(…) Tak jak każde doświadczenie, również doświadczenie siebie samego podlega pewnym ograniczającym uwarunkowaniom. Freud, a także inni przed nim i po nim,*

zakwestionowali myśl, że Ja jest panem we własnym domu. Słynne sformułowanie Rimbouda „JE est un autre", a więc dosłownie „JA jest innym", wskazuje w niegramatycznym skrzyżowaniu pierwszej i trzeciej osoby, że istnieje nie tylko alter ego, ale także alteralność ego. (...) W tę trudność uogólnienia obcości, które samo siebie unicestwia, popada Julia Kristeva, nawet tego nie zauważając. Jej rozważania, całkowicie ukierunkowane na zinstrumentalizowany psychoanalitycznie motyw obcego w nas samych, kończą się karkołomnym stwierdzeniem: „Obce jest we mnie, a więc wszyscy jesteśmy obcy. Jeśli ja jestem obcy, obcy nie istnieją" [2].

Inność nieoswojona, niezaakceptowana, lecz stygmatyzowana i otaczana atmosferą strachu – w równie szybkim czasie może stać się problemem społecznym trudnym do rozwiązania. Utrwalanie dystansu jest w społeczeństwie podobne do zjawiska entropii, burzy delikatne struktury, niszczy więzi międzyludzkie, które są fundamentem kultury. Dystans – co podkreślał Józef Tischner – uniemożliwia spotkanie drugiego człowieka w najdoskonalszej formie, czyli w sytuacji dialogu. Dialog zatem jest sposobem, ale też fundamentem relacji budujących wspólnotę. Niezaakceptowana twarz Innego staje się maską, utrwala się w relacji spotkania jako tajemnica, zmienia jego prawdziwą tożsamość, pozbawia godności, wartości i w rezultacie odpodmiotowi go, wyrzucając poza krąg wspólnoty. Nie bez przyczyny Lévinas i Tischner w rozważaniach o innym poruszają problem zabójstwa jako jednego z możliwych zakończeń „złego" spotkania z odmiennością.

Obcym można się stać także pośród swoich. Wystarczy, że zmieni się choćby jedna z fundamentalnych cech „twarzy" członka wspólnoty, stanie się on postrzegany jako odmienny i może być przez grupę odsuwany. W ten sposób obcym może zacząć być matka, ojciec lub brat. Jeśli spotykający najbliższą sobie osobę rozpozna w niej cechy niespójne z obrazem, jaki znał dotychczas, niepasujące do jego łatwej, wygodnej wizji świata, wówczas albo odrzuci zdeformowany obraz bliźniego – izolując go – albo sam się zdystansuje.

Wcale nierzadkim przykładem unikania konfrontacji z odmiennością jest właśnie odłączenie się od wspólnoty. Powodem oddalenia się od społeczności może być także rozpoznanie siebie jako Innego, co bywa niemożliwe do pogodzenia z wartościami wyznawanymi przez ogół. Wówczas taki inny staje się obcym sam dla siebie i szuka oddalenia. Przykładem mogą być pustelnicy i prorocy, szukający dystansu nie tylko wobec ludzi, ale przede wszystkim wobec swojej odmienności, często rozwiniętej, zamienionej w obcość.

Poczucie inności bywało również źródłem wyznaczania nowych standardów myślenia, zmieniało idee, wierzenia całych narodów – taką moc mieli prorocy i przywódcy duchowi. O jednej z takich postaci pisał Juliusz Słowacki w *Arabie*, poemacie poświęconym bohaterowi obcemu zarówno dla świata, jak i dla siebie

samego. Wyznaje on, pędząc na wielbłądzie przez stepy, na moment otwierając się przed czytelnikiem:

Gdy człowiek w stepy od ludzi ucieka,
Myśl własna wtenczas jest wrogiem człowieka [3].

W literaturze inność znana jest jako zjawisko wyindywidualizowania bohatera, o czym precyzyjnie pisała profesor Halina Krukowska [4]. O związkach inności z literaturą powstało wiele rozpraw, wśród nich ciekawa praca *Inny, inna, inne. O inności w kulturze*, pod red. M. Janion, C. Snochowskiej-Gonzalez i K. Szczuki, Warszawa 2004; prace A. Witkowskiej, E. Kiślak i M. Zielińskiej; publikacja *Obcy – Obecny. Literatura, sztuka i kultura wobec inności* P. Cieliczko i P. Kucińskiego, Warszawa 2008 oraz interesujące szkice T. Ciesielskiego, P. Cieliczki i A. Galant. To właśnie w literaturze pojawiło się najwięcej przykładów inności, obcości, problemów związanych ze spotkaniem Innego, ale również sposobów oswajania go. Nie istnieje miejsce, w którym nie spotkalibyśmy Innego, sztuką jest nie zamienić go w Obcego.

Oddalenie, stworzenie dystansu do Innego jako próba odzyskania poczucia bezpieczeństwa nie zapewni lepszych relacji, bliższych więzi z człowiekiem „swoim", pozostającym w granicach akceptowalności. Może się natomiast zdarzyć i tak, że siła niepokoju pielęgnowanego wokół obcego naruszy „normalne", dobre i bliskie relacje z tymi, których destrukcyjna moc lęku zacznie zagarniać w krąg podejrzanych, niepasujących, niewygodnych.

Problem inności jest ściśle związany z marzeniem o świecie, w którym byliby tylko uważani za swoich. Koncepcja świata stworzonego na wzór eutopii to problem zarówno filozoficzny, jak też moralny. O ile dałoby się stworzyć świat „idealny", taki, w którym nie byłoby obcych, czyli rzeczywistość wolną od presji permanentnego konfrontowania się, bycia czujnym i wchodzenia w niewygodne role, o tyle nie można zagwarantować, że z równą łatwością udałoby się zapomnieć o wszystkich innych, wypchniętych poza granice „idealnego" świata. Eutopia – w przeciwieństwie do Utopii – to miejsce, które może istnieć, miejsce idealne, gdzie każdy czuje się dobrze, nie doznaje lęku i oczywiście nie żywi złych uczuć wobec drugiego człowieka.

Eutopia pojawia się w *Utopii* Tomasa Morusa jako rozwinięcie, dopełnienie koncepcji państwa idealnego i znaczy tyle, co szczęśliwy kraj (gr. ευ⊥[eu] – dobrze, szczęśliwie, pomyślnie), w literaturze utopijnej zaś, która od tego czasu zyskała w Europie ogromną popularność, pojawiają się nazwy, w których akcentowane są różne aspekty doskonałości, walorów opisywanego ustroju, np. „udepotia"

(gr. ου>δεɜποτε [oudépote] – nigdzie) – stan dobrobytu materialnego; „euchronia" (gr. ου> , ευ⊥ ; χροɜνοφ [chronos] – czas) – stan poza czasem, końcowy etap dziejów, „śmierć" historii; „eupsychia" (gr. ευ⊥; ψυχηɜ [psyché] – dusza) – adekwatność świadomości jednostkowej z tzw. świadomością społeczną; „egotopia" (gr. ε>γωɜ [egó] – ja) – stan swobodnej samorealizacji jednostki.

U Tomasza Morusa – przypomnijmy – Eutopia pojawia się w *Sześciowierszu poety anemolijskiego siostrzeńca uwieńczonego Hytlodeusza o wyspie Utopii*:

W starożytności zwano mnie Utopią, bo byłam nieznana.
Teraz jestem współzawodniczką państwa Platońskiego,
A może nawet zwyciężę je (gdyż to, co w słowach
Zdobyło, ja jedna tylko urzeczywistniałam).
Ludna i bogata, mająca też najlepsze prawa,
Słusznie powinnam otrzymać miano Eutopii [5].

Pośród licznych zalet wyspy Morus wymienia jako wartość jej zaludnienie, ale tuż obok dopisuje bogactwo, co może oznaczać, że cechą eutopijskich obywateli, ich znakiem rozpoznawczym i jednoczącym, była zamożność. Każdy biedny, czyli każdy spoza grona bogatych, byłby pośród Eutopian naznaczony piętnem ubóstwa, różniłby się, a tym samym, już jako inny – trwałby poza mentalną granicą akceptacji. Byłby obcym.

Wadą Eutopii jest to, że nawet najbardziej szczelne granice, przez które nie dostanie się do świata „samych swoich" choćby najmniejszy inny, mogą być granicami tylko zewnętrznymi – nie ochronią ani pamięci, ani wyobraźni, tym bardziej sumienia czy zwykłego poczucia przyzwoitości.

Co ciekawe, Morus znajduje w unifikacji metodę na dotkliwe wymierzanie kary więźniom, są oni stygmatyzowani jednakowym kolorem odzieży i okaleczaniem uszu: *Wszyscy* [więźniowie] *mają odzież jednakowego koloru i nikt poza nimi nie nosi tak barwionych szat. Włosów na głowie nie mają ogolonych, lecz nieco powyżej uszu przystrzyżone, jedno zaś ucho jest nacięte* [6].

Ujednolicanie wyglądu skazańców ma na celu nie tylko podkreślanie ich odmienności, ale przede wszystkim przeciwstawianie ich reszcie społeczeństwa. Trwałe okaleczenie ucha ma zapobiec przekroczeniu granicy, poza którą mają pozostawać, by nie naruszali miru doskonałych Eutopian.

Izolowanie się przed innością, unikanie obcych było jednym ze sposobów trwania w poczuciu idyllicznego szczęścia najbardziej znanej „doskonałej" społeczności – tej, którą opisał w *Dialogach* Platon. Filozof zwraca uwagę w istocie na dwie katastrofy: na zapadnięcie się wyspy oraz na trwałe, nieodwracalne zniszczenie

możliwości spotkania z innymi ludźmi. Ironiczne wydawać może się to dlatego, że mieszkańcy Atlantydy zostali ukarani przez bogów podwójnie – zniszczeniem domu oraz najazdem obcych. Według Platona, Atlantyda *się skutkiem trzęsień ziemi zapadła i zrobiło się z niej błoto nie do przebycia dla tych, którzy stąd wypływają na tamto morze – drogi już nie ma tamtędy. Więc liczne ludy barbarzyńskie i jakie wtedy były plemiona helleńskie, te wszystkie szczegółowo pokaże tok opowieści, która się będzie rozwijała, w miarę jak będziemy na poszczególne plemiona i ludy natrafiali. A ówczesny lud ateński i lud przeciwników, z którym i oni wojnę stoczyli, potrzeba na początku przejść; naprzód omówić potęgę jednych i drugich i ustroje państwowe. I z tych rzeczy wypada naprzód powiedzieć o tym, co tu* [7].

Sens opowieści Platona nie wyczerpuje się w samej tylko relacji z zagłady „lokalnego świata", ale jest ostrzeżeniem przed jeszcze większą tragedią – utratą dróg, mostów, porozumienia. Gdy nie ma dróg, swoje rządy zaczynają barbarzyńcy.

Platon zauważa związek między utratą miejsca, eutopii, dróg, ścieżek a utratą porozumienia z innym człowiekiem, akceptacji odmiennego, zrozumienia innego. Nie można mieć pewności, że ów proces jest tylko jednostronny, że jest konsekwencją katastrofy geologicznej, naturalnej czy z boskiego nadania oraz że nie można go postrzegać jako relacji całkiem odwrotnej, bo czyż to trzęsienie nie mogło być karą za grzech człowieka (zniszczenie wieży Babel)? Czy nie jest tak, że na skutek aberracji, szaleństw człowieka bogowie niszczą miasta i plączą za pokutę drogi, gubią mosty? Babel się dzieje, powtarza, nie jako wydarzenie spowodowane kaprysem Boga, ale jako skutek ludzkiej pychy. Platon sugeruje, że to człowiek trzęsie ziemią, że on gubi miasta i nie umie znaleźć spokoju w świecie, jaki sam sobie stworzył. Zastępowanie prawdziwego świata iluzją, projekcją (eutopia), musi prowadzić do katastrofy, taka wersja świata nie ma szans na spełnienie w zjednoczeniu z harmonią, z rezonansem, z prawdą i rzeczywistością.

Prawdziwe i niszczące zagrożenie nie przychodzi z zewnątrz, ale czai się w środku człowieka, w granicach wewnętrznych jego bytu, jego „ja", zbudowanego z obaw, z destrukcyjnej ksenofobii oraz wiary, że ocalenie stanie się poza nim, a nie w nim samym.

Najwięksi myśliciele XX wieku nie mieli odwagi rozdzielić istoty „ja" od relacji tegoż z „innym". Bodaj jedną z najbardziej inspirujących prac nadal jest dzieło Martina Bubera *Ja i Ty*, w której to książce filozof podkreśla nieodłączność relacji między „Ja" i „Ty" jako jedynej możliwej drogi prowadzącej ku prawdzie: *Doświadczający nie ma udziału w świecie. Doświadczenie jest przecież „w nim" a nie pomiędzy nim i światem. Świat nie ma udziału w doświadczeniu. Pozwala się doświadczać, ale jego to nie dotyczy, bowiem nie dodaje doń niczego i niczego w nim nie spotyka. Świat jako doświadczenie należy do podstawowego słowa Ja – Ono. Podstawowe słowo Ja – Ty ustanawia świat relacji* [8].

Szukanie szczęścia w odizolowaniu, w oddaleniu od obcych, innych, w enklawie chroniącej przed twarzą innego – jest przecież moralnie dwuznaczne. Na temat związków inności z systemem wartości, zwłaszcza z problematyką moralną, szeroką perspektywę otwiera w swoim studium K. Rozmarynowska. Badaczka zwraca uwagę na szczególną relację tożsamości z doświadczeniem innego, co w sytuacji chwiejących się fundamentów świata nam znanego okazuje się niezwykle ważnym akcentem [9]. Człowiek chciałby osiągnąć szczęście wewnętrzne niezależne od tego, co się dzieje poza granicami jego „ja", jego świadomości, domu, miasta czy ojczyzny. To złudzenie rządzi jego wizją ziemskiego raju, znieczula go i otumania, ale i zaburza ostrość widzenia, bo nie można trwać w złudzeniach i jednocześnie nie zadusić się fałszywymi fantomami szczęścia. Fałszywe szczęście zabija szybciej niż realna niewygoda...

W fundamentalnej dla zrozumienia sensu dialogu książce Martin Buber kreśli pozornie banalne zdanie, myśl na tyle prostą, że można nie zauważyć jej rdzenia, a przecież wydobywa filozof istotę sensu spotkania – nie tylko ze „swoimi"!, ale – z każdym „Ty":

Ty spotyka mnie. Ale to ja wchodzę w bezpośrednią relację z nim. Tak więc relacja to jednocześnie bycie wybranym i wybieranie, doznawanie i działanie. Bowiem działanie całej istoty, jako znoszące wszelkie działania cząstkowe, a tym samym i wszystkie – oparte jedynie na ich graniczności – poczucia działania, musi upodobnić się do bierności.

Podstawowe słowo Ja – Ty można wypowiedzieć tylko całą istotą. Zgromadzenie i stopienie w całą istotę nie może nigdy dokonać się przeze mnie, nigdy beze mnie. Staję się Ja w zetknięciu z Ty. Stając się Ja, mówię Ty.

Każde prawdziwe życie jest spotkaniem [8].

Sens spotkania zawiera się w filozofii drogi, zakłada bowiem innego jako współuczestnika oraz współwłaściciela marzeń o dotarciu do celu. Jak jednak pogodzić się z tym, że inny może mieć takie samo prawo do marzeń o byciu szczęśliwym poprzez dotarcie do celu wędrówki, gdy ponadto owym celem okazuje się nie cokolwiek, ale on sam – inny dla innego? Sama myśl, że Ja może być celem dla Ty, bywa powodem lęku i chęci ucieczki, gdyż zmusza do zmiany, do działania, konfrontacji marzeń z realnością.

Największą stratą człowieka jest zerwanie mostów i zniszczenie dróg porozumienia, dialogu – to wszak także jedna z pierwszych kar, jaką wymierzył ludzkości Bóg (pomieszanie języków pod wieżą Babel) i „natura" (Platońska Atlantyda). Logiczne wydaje się, że właśnie we wspólnym języku i możliwości porozumienia się człowiek powinien szukać sposobu na odbudowanie mostów i zniszczonych dróg. Gdy się ucieka od innych, paląc mosty, nie ma sposobu, by wrócić na właściwą drogę i dotrzeć do celu.

Czy eutopia to mrzonka i w istocie jedynie utopia? Czy inny to ktoś, kto nie będzie zdolny nigdy pokonać granic wyznaczonych przez uprzedzenia, lęki i złudzenia człowieka marzącego o „świętym" spokoju na wyspie, której nie ma? Doświadczenia wielu wojen pokazały, jak wielka potrzeba tkwi w zranionym człowieku, by leczyć nie tylko rany własnej duszy (koić wnętrze), ale także zasypywać rowy, odbudowywać mosty i odnajdywać drogi. Nie da się przecenić działań podejmowanych przez Krzysztofa Czyżewskiego i kierowanej przez niego Fundacji Pogranicze, których jedynym celem okazuje się rewitalizacja obumarłych więzi między różniącymi się od siebie nacjami, między – w istocie tak bardzo banalnymi – różnicami.

Krzysztof Czyżewski jako fundament wszystkich swoich działań obrał innego – człowieka, który okazuje się zadaniem, wyzwaniem, sumieniem naszym, czyli każdego „swojego" – wygodnie trwającego w „bezpiecznych" granicach zewnętrzności. Liczne przedsięwzięcia sejneńskiego praktyka idei zostały zamienione w konfrontację, która nie obiecywała szczęścia, ale zawsze się w poczucie sensu zamieniała. W czasie jednego sympozjów Zygmunt Bauman podkreślił, przywołując Hansa-Georga Gadamera, że: *Żyć z Innym, jako Inny i dla Innego, to fundamentalne zadanie człowieka – zarówno na najwyższych, jak i na najniższych poziomach ludzkiej koegzystencji. Stąd być może ta szczególna przewaga Europy, która – jak stwierdził – próbowała i próbuje nauczyć się sztuki życia z Innym, tak by nie musiał on rezygnować ze swojej inności, a moja własna inność nie została zraniona* [10].

Czyżewski przypomina o wartości uprawiania dialogu, którego zaniechanie musi kiedyś doprowadzić do tragedii. Większość antycznych tragedii została oparta na prostej myśli – jeśli nie można uprawiać porozumienia, dialogu, rozmowy, bycia razem, to musi ulec sile entropii wszystko to, na czym tak bardzo zależy chciwemu szczęścia człowiekowi.

Inność nie może być problemem stawianym poza nawias, gdzieś poza granicą bezpieczeństwa, w meta-przestrzeni, ale powinna stale pojawiać się jako znak przypominający o granicach sensu i bramach wygnania – choćby o Edenie, poza którym staliśmy się wygnańcami – o Ziemi Obiecanej, do której niezłomnie dążymy. W świecie pozbawionym pewności, niezmienną wartością powinno pozostać choćby to, że proces cywilizowania polega na szerzeniu zrozumienia i dialogu, na budowaniu mostów takich, przez które można przechodzić, a nie takich, których trzeba strzec. Most nie może być miejscem tęsknoty za drugą stroną, lecz powinien być przestrzenią spotkania z Innym, który przychodzi.

Bo przecież Inny to ten, który demaskuje nasze iluzje, ukazuje naszą prawdziwą twarz, wypomina nasze blizny, niewygodne ślady, znaki, symptomy niedoskonałości. Inny mówi nam, że chociaż się cywilizujemy, to tylko w ramach takiej kondycji i możliwości, jakie przyjmiemy w spotkaniu – na drodze – Innego.

Inność nie powinna być zatem ani abstrakcją, ani tym bardziej miarą dystansu, a już na pewno nie powodem do samozadowolenia. Winna być punktem odniesienia, miarą sensu wpisanego w wędrowanie do celu, które jest ciekawością – prymarną tęsknotą każdego, by poznać i zrozumieć siebie samego. Gdyby Eutopia mogła się stać prawdziwym celem człowieka, musiałby się on wyrzec również siebie samego jako pierwszej przeszkody do szczęścia. Nie mógłby on bowiem odnaleźć spokoju ducha bez spotkania z drugim, z innym człowiekiem – odbiciem jego prawdziwego „ja" i gwarantem dialogu.

Inni zawsze będą obok nas, nie uda stworzyć świata wolnego od nich. Chodzi o to, by nie zamienić Innego w Obcego...

Piśmiennictwo

1. Tischner J., *Filozofia dramatu*, Paryż, 1990, 32.
2. Waldenfels B., *Topografia obcego. Studia z fenomenologii obcego*, przeł. J. Sidorek, Warszawa, 2002.
3. Słowacki J., *Arab*, (w:) *Poematy*, oprac. E. Sawrymowicz, Dzieła wszystkie pod red. Krzyżanowskiego J., t. II, Wroclaw, 1949, 146.
4. Krukowska H., *Indywidualizm*, (w:) *Słownik literatury polskiej XIX wieku*, pod red. Bachórza J. i Kowalczykowej A., Wrocław – Warszawa – Kraków 1994.
5. Morus T., *Listy*, (w:) *Utopia*, przetł. Abragowicz K., przedm. Rode M., Poznań 1947, 186.
6. Morus T., *Utopia, księga pierwsza*, dz. cyt., 95.
7. Platon, *Kritias* (w:) *Dialogi*, przeł. Witwicki W., Gdańsk 2000, 223.
8. Buber M., *Ja i Ty. Wybór pism*, wybrał, przełożył i wstęp napisał Doktór J., Warszawa 1992, 41.
9. *Inność jako źródło etyczności. Inspiracje Ricoeurowskie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2015.
10. Bauman Z., *Przebudowa roli Europy w świecie*, Sympozjon „Europejska Agora", Krasnogruda, 30 czerwca 2011, (w:) *Podręcznik dialogu. Zaufanie i tożsamość*, pod red. Czyżewskiego K., Kulas J., Golubiewskiego M., Sejny 2012.

Elżbieta Czykwin

STEREOTYPIZACJA I STYGMATYZACJA – PODSTAWY TEORETYCZNE

Stereotyp – rozumienie pojęcia

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

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

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

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

Geneza i trwałość stereotypów

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Funkcje stereotypów

Funkcje stereotypów stanowią też ważne źródło wskazujące na ich trwałość.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zmienianie stereotypów

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stygmat – wkład Ervinga Goffmana

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

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

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

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

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

Goffman wyróżnił trzy grupy stygmatów:

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

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

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

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

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

Prawidłowości stygmatyzacji

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ukrywanie stygmatu

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

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

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

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

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

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

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

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

Inne wymiary stygmatyzacji

Różnorodność stygmatów umożliwia wyodrębnienie jeszcze innych teoretycznych płaszczyzn stygmatyzacji, obok najbardziej produktywnego, jakim jest omówiony wyżej stygmat jawny i ukryty. Wskazuje się na następujące inne koncepty analityczne umożliwiające pogłębienie omawianej problematyki: przebieg, destruktywność, estetyka, pochodzenie oraz niebezpieczeństwo [28], które warto omówić w podanej kolejności.

Przebieg stygmatu, a więc jego wymiar temporalny, może być analizowany w perspektywie stygmatu wrodzonego i nabytego. Ten drugi jest zazwyczaj bardziej destruktywny dla „ja" i wymaga niespodziewanego zazwyczaj przepracowania w porównaniu z pierwszym, do którego osoba adoptuje się przez dłuższy czas i w okresie kiedy jest szczególnie podatna na zmianę. Dla osób z wrodzonym stygmatem staje się on czymś „naturalnym" nawet w skrajnych przypadkach, np. braku wszystkich kończyn czy ślepoty. Generalnie upływ czasu ma dobroczynne działanie dla osób nabywających stygmat, np. ofiar nieszczęśliwych skoków do wody czy wypadków motoryzacyjnych. Początkowe poczucie klęski i pytanie: „Dlaczego właśnie mnie to spotkało?", stopniowo zmienia się w konstatację radości, iż jednak zachowało się życie.

Przebieg stygmatu może mieć charakter stopniowy (postępujące zmiany starcze) lub gwałtowny (poronienie).

Poszerzenie obszaru społecznego funkcjonowania związane z wyjściem z enklawy rodzinnej, jest zazwyczaj punktem zwrotnym w przebiegu trajektorii życia stygmatyzowanego, ale także jego opiekunów.

Rokowania co do możliwości uwolnienia się od stygmatu są decydujące dla psychologicznej kondycji osoby. Ludzie mający nadzieję, że uda im się powrócić do świata „normalsów", są w stanie podejmować heroiczne wysiłki uwolnienia się od stygmatu, szczególnie kiedy doświadczają wsparcia znaczących innych. Jego przepracowanie w sytuacji braku pozytywnych rokowań, nowa sytuacja osoby stać się może też doświadczeniem egzystencjalnym i moralnym, pogłębiającym wrażliwość na problemy innych ludzi.

Dla przebiegu stygmatu ważna jest jego uciążliwość dla innych. Osoby wymagające stałej opieki są tu w odmiennej sytuacji niż poczęte drogą *in vitro.* Podobnie znaczenie ma społeczne wartościowanie stygmatu, co zostało omówione przy okazji jego irracjonalności.

Destruktywność nie jest tak jasnym konceptem analitycznym jak np. jawność. Jest ona widziana jako czynnik zakłócający interakcję społeczną i wprowadzającym

do niej rodzaj napięcia. Szczególnie niszczące dla relacji międzyludzkich są choroby psychiczne: *nieprzewidywalne zachowania zdają się być tak przerażające i niszczące, że wywołują odrzucenie i unikanie* [29].

Wymiar, jakim jest estetyka, pozwala na hierarchizowanie nosiciela stygmatu w kontekście kanonów piękna obowiązujących w danej grupie (np. w konkretnej kulturze). Szczególnie pierwszy kontakt uwypukla znaczenie czynnika estetycznego. Mówi się tu o „efekcie aureoli" (*hallo effect*), a więc tendencji do przydawania pozytywnych bądź negatywnych cech osobom sprawiającym miłe/niemiłe wrażenie [30].

Zostało stwierdzone, że odrzucenie osoby w wyniku jej „brzydoty" przebiega w dwóch etapach [31]; pierwszy oznacza odczuwanie wstępnego wstrętu; drugi natomiast charakteryzuje odrzucenie intymności.

Percepcja estetycznego wrażenia podmiotu ulega zróżnicowaniu. Kobiety nie przywiązują aż takiego znaczenia do wyglądu zewnętrznego niż mężczyźni. W związku z tym istnieje zróżnicowanie stopnia destruktywności stygmatu, jakim jest utrata walorów estetycznych w przypadku obu płci. Łysienie plackowate, albinizm, toczeń rumieniowaty [32] o tym samym nasileniu są na ogół bardziej społecznie destruktywne dla kobiet niż mężczyzn.

Efekt estetyczny w wyniku upływu czasu traci na znaczeniu z powodu oswojenia, jak to zostało stwierdzone w odniesieniu do osób z popalona twarzą i otyłych.

Znaczenie pięknego wyglądu jest coraz bardziej społecznie cenione, czego wyrazem jest gwałtowny rozwój medycyny estetycznej, kosmetologii i dermatologii estetycznej. Trudniejsza psychologicznie jest zatem sytuacja osób, które nie są w stanie sprostać obowiązującym kryteriom fizycznego piękna.

Pochodzenie. Pochodzenie stygmatu związane jest z dychotomicznym podziałem na ich charakter wrodzony oraz nabyty. Jest to bezpośrednio związane z odpowiedzialnością z tytułu jego nabycia. Stygmaty o wrodzonej etiologii są niezawinione i publiczność społeczna skłonna jest traktować ich nosicieli w sposób bardziej wyrozumiały. Natomiast stygmaty nabyte mogą być zawinione przez osobę bądź niezawinione. Te niezawinione, szczególnie jeśli dotyczą dzieci – budzą zrozumienie i współczucie. Współczucie to potęguje się, jeśli społeczeństwo odczuwa wysoki stopień empatii np. z kalekimi ofiarami katastrof, pożarów, wybuchów, bandyckich napaści etc., a więc sytuacji, „w której mógłby znaleźć się każdy z nas".

Inaczej jest w przypadku stygmatów, których podmiot nabawił się w wyniku własnego zachowania np. będąc pod wpływem alkoholu, przedawkowania narkotyków/dopalaczy czy prowadzenia rozwiązłego trybu życia. Atrybucja takich stygmatów neutralizuje współczucie w myśl potocznego przekonania „sami sobie są winni".

Osoby, które są w jakimś stopniu odpowiedzialne za nabyty stygmat, są też bardziej lekceważone i ostrzej karane oraz w mniejszym stopniu mogą liczyć na pomoc najbliższych. Jednoznaczne stwierdzenie stopnia odpowiedzialności za nabyty stygmat jest w praktyce trudne do zdiagnozowania tym bardziej, że ludzie przejawiają wspomnianą skłonność do obwiniania ofiar w myśl przekonania, iż „każdy ma taki los, na jaki zasłużył" czy „taka była wola boska" oraz zwalniania się z obowiązku współczucia i pomocy.

Rozróżnia się dwojakiego rodzaju odpowiedzialność z tytułu posiadania stygmatu: odpowiedzialność z tytułu nabycia stygmatu, a także trwania w stygmacie. Tak np. zaniedbania w leczeniu stomatologicznym uleczalnych defektów dermatologicznych lub otyłość są kojarzone z abnegacją, niedbałością i brakiem perfekcjonizmu *ergo* traktowane z mniejszą wyrozumiałością.

Niebezpieczeństwo, jakie niesie stygmat, może być widziane z perspektywy jego nosiciela lub społeczeństwa. Płaszczyzna ta, nietypowo, koncentruje uwagę badaczy na otoczeniu oraz stopniu destrukcji dla przebiegu interakcji społecznej. Tutaj za szczególnie niebezpieczne jako nieprzewidywalne traktowane są zachowania pacjentów psychiatrycznych. Także refleksje dotyczące irracjonalności w postrzeganiu stygmatu związane są z tendencją do wyolbrzymiania zagrożenia, a w szczególności powielania nieuświadamianych przekonań związanych z możliwością zarażenia się np. niepełnosprawnością. Około 1/3 badanych studentów skłonna była akceptować stwierdzenie: „picie wody źródlanej na terenie szpitala psychiatrycznego byłoby dla mnie źródłem niepokoju" [33]. Podobnie pracownicy prosektoriów mimo przesadnego przestrzegania czystości są społecznie izolowani.

W Europie na przestrzeni wieków nastąpiła kumulacja pamięci zbiorowej i przez to nadwrażliwość społeczna dotycząca różnych plag i pomorów. Łatwo jest w związku z tym wzbudzić społeczny lęk przed epidemiami chorób zakaźnych o niejasnej etiologii jak AIDS, ptasia grypa, SARS czy ostatnio wirusa Zico, co przesądza o stygmatyzacji osób – nosicieli tych chorób, ale także innych o nosicielstwo podejrzewanych np. uchodźców z krajów afrykańskich.

Zakończenie

Świat ludzi jest niezwykle różnorodny i dlatego jego percepcja wymaga uporządkowania i klasyfikacji. Zjawiska kategoryzowania świata społecznego [34] prowadzą do stereotypowych wyobrażeń zdefiniowanych społecznie kategorii. Stereotypy pełnią ważne funkcje w percepcji i definiowaniu wizerunków kategorii

społecznych i ich przedstawicieli. Wizerunki te wyznaczają oczekiwania i pozwalają na odseparowanie „normalsów" i tych, którzy od tego normalnego wizerunku odstają – osób i kategorii stygmatyzowanych. Stygmatyzacja jako proces społeczny wyznaczany przez zmienne wyobrażenia „normalności" stanowi perspektywę, w której kształtują się „zranione tożsamości" osób ze społecznym naznaczeniem. Wielość stygmatów pozwala na ich analizę i wypreparowanie konceptów analitycznych, płaszczyzn stygmatyzacji stanowiących zaczyn krystalizującego się i otwartego dla badaczy różnych dyscyplin i specjalności ujęcia.

Nadanie uniwersalnego charakteru stygmatyzującemu ujęciu, którego „sercem jest stereotypizacja" (Goffman) ma wspólny, ważny mianownik: przeżywanie przykrych i destruktywnych emocji odnoszących się do „ja" przez osoby ze stygmatem. Te przykre emocje to w szczególności wstyd. I ta problematyka pozwala głębiej penetrować i rozwijać omawiane ujęcie [8, 35].

Piśmiennictwo

1. Marshall G., *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN, Warszawa 2004.
2. Bruner J. S., *Poza dostarczone informacje*, PWN, Warszawa 1978.
3. Gadamer H. G., *Słowo, Rozum, Dzieje*, (tłum.) Łukasiewicz M, Michalski K., PIW, Warszawa 2000.
4. Weigl B., Maliszkiewicz B., *Inni to także my. Mniejszości narodowe w Polsce: Białorusini, Cyganie, Litwini, Niemcy, Ukraińcy, Żydzi. Program edukacji wielokulturowej w szkole podstawowej*, GWP, Gdańsk 1998.
5. Weigl B. *Stereotypy*, (w:) *Psychologia. Podręcznik akademicki*, Strelau J. (red.), GWP, Gdański 2000, t. 3, 205-224.
6. Stangor C., Lange J., *Cognitive representations of social groups: Advances In conceptualizing stereotypes and stereotyping*, (w:) *Advances In Experimental Social Psychology*, Zanna M. P. (red.), Academic Press, San Diego, CA, 1978, 357-416.
7. Festinger L., *Teoria dysonansu poznawczego*, PWN, Warszawa 2007.
8. Czykwin E., *Wstyd, Impuls*, Kraków 2013, 214-223.
9. Sheriff M., Harvey O. J, White B. J., Hood W. R., Sherif C., *Intergrup conflict and cooperation: The robber's cave experiment*, Norman, OK.: University of Oclahoma Press, 1961.
10. Rothbart M., John O. P., *Social categorization and behavioral episodes: A cognitive analysis of the effects effcts of intergroup contact,* (w:) *Journal of Social Issues*, 1985, 41, 81-104.
11. Macrae C. N., Stangor Ch., Hewstone M., *Uprzedzenia i stereotypy. Najnowsze ujęcie*, GWP, Gdańsk 1999.
12. Stephan C. W., *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*, GWP, Gdańsk 1999.

13. Builewicz M., *Kiedy kontakt osłabia uprzedzenia? Kategoryzacje społeczne i temporalne jako warunki skuteczności kontaktu międzygrupowego*, „Psychologia społeczna", 2006, 2, 63-74.
14. Bilewicz M., Psychologia *społeczna w pułapkach zaangażowania: Polska i świat* http://www.academia.edu/7747481/Psychologia_spo%C5%82eczna_w_pu%C5%82apkach_zaanga%C5%BCowania_Polska_i_%C5%9Bwiat, data pobrania 4.02.2016 r
15. http://sjp.pwn.pl/slowniki/stygmat.html, data pobrania 23.02.2016 r
16. Goffman E., *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Dzierżyńska A., Tokarska-Bakir J. (tlum.), Gdańsk, GWP, 2005.
17. Goffman E., *Stigma. Notes on the Menagement of Spoiled Identity*, Engelwood Cliffs, Prentice-Hall , 1963.
18. Siemaszko A., *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, PWN, Warszawa 1993.
19. Garfinkel H., *Conditions of Successful Degradation Ceremonies*, „The American Journal of Sociology", 1961, 61, 421-422.
20. Czykwin E., *Białoruska mniejszość narodowa jako grupa stygmatyzowana*, Trans Humana, Białystok 2000.
21. Zimbardo P., *Psychologia i życie*, PWN, Warszawa 1999.
22. Crocker J., Major B., *Social stigma and self-esteem: the self-protective properties of stigma*, „Psychological Review", 1989, 4, 608-630.
23. Lerner M., *The Belief in a just world: A fundamental delusion*, Plenum Press, New York, 1990.
24. Bazydło M., *Stygmatyzacja młodzieży z widocznymi objawami alergologicznymi i dermatologicznymi*, (w:) *Gorsi Inni – badania*, Czykwin E., Rusaczyk M., Trans Humana, Białystok 2008, 59-83.
25. Zakrzewska D., *Lęk przed stygmatyzacją pacjentów leczonych psychiatrycznie po raz pierwszy – raport z badań* (w:) *Gorsi Inni – badania*, Czykwin E., Rusaczyk M., Trans Humana, Białystok 2008, 153-167.
26. Levine J. M., McBurney D. H., *Causes and consequences of effluvia: body odor awareness and controllability as determinants of interpersonal evaluation*, „Personality and Social Psychology Bulletin", 1977, 3, 442-445.
27. Czykwin E., *Naznaczenie*, „Polityka", 2007, 21 (z 26.V), 28-31.
28. Czykwin E., *Stygmat społeczny*, PWN, Warszawa 2008.
29. Rabkin J. G., *Determinants of public attitudes about mental illness: summary of the research literature,* (w:) *Attitudes toward the mentally ill: research perspectives. Report of an NIMH Workshop*, Rabkin J. G., Gelb L., Lazar J. B. (red.), U.S. Government Printing Office, 1980, 21.
30. Encyklopedia PWN, http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/efekt-aureoli;3896610.html data dostepu, 22.02.2016.
31. Siller J., Ferguson S. T., Vann D. H., Hollad B., *Attitudes of the nondisabled toward the psychically disabled. The disability factor scales-amputation, blindness, cosmetic conditions*, „Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association", 1968, 3, 651-652.
32. Jabłońska S., *Choroby skóry*, Wyd. Lekarskie PZWL, 2008.

33. Rice S., Kraemer K., Mehta R., *Which emotion(s) mediate the relationship between mental illness and trust?*, http://szukaj.wp.pl/szukaj.html?q=+Rice+S.%2C+ Kraemer +K%2C+Mehta+R.%2C+Which+emotion%28s%29+mediate+the+relationship+bet we en+mental+illness+and+trust%3F, data pobrania 24.02.2016.
34. Kwiatkowska A., *Tożsamość a społeczne kategoryzacje*, Wydawnictwo Psychologii PAN, Warszawa 1999
35. Turner J. H., Stets J. E., *Socjologia emocji*, PWN, Warszawa 2009.

Magdalena Grassmann

STYGMATYZACJA PACJENTA I CHOROBY W ASPEKCIE HISTORYCZNYM

Wstęp

Choroby towarzyszące człowiekowi od zarania dziejów nadawały choremu na dłuższy bądź krótszy okres swoistą kategoryzację, „cechę" wyróżniającą go z reszty społeczeństwa. Od tego momentu była już bardzo krótka droga prowadząca do społecznego odrzucenia, dezaprobaty, negatywnego odbioru osób chorych, czyli stygmatyzacji (od gr. słowa *stigma,* czyli znak). Rozwój tego zjawiska zależał w poszczególnych epokach od wielu czynników i zmieniał się wraz z rozwojem cywilizacji. Był wynikiem zgromadzonej wiedzy medycznej, postępu technicznego i społecznego oraz poglądów filozoficznych, społecznych, wierzeń religijnych, moralności, systemów wartości, jak również panujących zwyczajów. Stygmatyzacja objawiała się głównie poprzez dystansowanie się, stereotypizację, delegitymizację, segregację, a w skrajnych przypadkach, eksterminację osób chorych [1].

Współcześnie można wyróżnić setki różnych chorób, które powodowały i powodują stygmatyzację, odrzucenie przez ogół społeczeństwa. Jednak w dziejach medycyny kilka z nich zapisało się szczególnie doniośle. Choroby te zmieniały ład społeczny, burzyły istniejący porządek, wymuszały wprowadzanie rygorystycznych przepisów. Każda epoka miała swoją własną „miss lęku biologicznego". Dotknięty nią człowiek już za życia nosił znamię śmierci i był wykluczany ze społeczeństwa. Przykłady stygmatyzowania pacjentów i choroby zaprezentowane zostaną w określonych ramach czasowych – od starożytności po XIX wiek.

Trędowaci – *nieczyści*

W panteonie chorób wykluczających społecznie czołowe miejsce zajmował trąd. Pod tym terminem kryje się zarówno schorzenie wywołane przez prątek *Mycobacterium leprae,* jak również osoby wykluczone ze społeczeństwa, „inni". W *Księdze Kapłańskiej Starego Testamentu* pojawia się słowo *tsara'ath* oznaczające tych, których należy wykluczyć i dać im mieszkanie poza obozem. Osoba podejrzana o trąd poddawana była najpierw oględzinom przez kapłana, a następnie siedmiodniowej kwarantannie [2]. Jeśli objawy ustąpiły, ozdrowieniec po rytualnym oczyszczeniu wracał do społeczeństwa. Jeżeli nie – wówczas *kapłan uzna go za nieczystego. [...] Trędowaty, na którym jest plaga, winien mieć szaty rozdarte, włosy na głowie rozwichrzone, brodę zasłoniętą i winien wołać: Nieczysty, nieczysty!* (Kpł. 13, 44-45).

Biblijny trąd nie wykazuje, co prawda, podobieństwa z żadną ze znanych chorób zakaźnych, jednak wprowadza pod tym terminem „wyłączenie ze wspólnoty" osób chorych. W kolejnych stuleciach wśród ludności nasiliło się zjawisko piętnowania *tsara'ath*, co związane jest z nasileniem się występowania trądu. Apogeum przyniosła epoka wypraw krzyżowych. Choroba atakowała osoby z obniżonym układem odpornościowym, głównie biedaków, ale również „szlachetnie urodzonych". Najsłynniejszym trędowatym w dziejach medycyny został król Jerozolimy Baldwin IV zwany Trędowatym (1174-1185), który zmienioną chorobą twarz skrywał pod srebrną maską. Z uwagi na zmianę skali występowania trądu oraz przemiany religijne i kulturowe, średniowiecze przyniosło restrykcyjne uregulowania prawne w tej dziedzinie. Cesarz Konstanty kazał wydalać poza mury miejskie trędowatych. Jednocześnie wyznaczył ministra, którego zadaniem było doglądanie spraw osób poddanych ekskluzji [3]. Podobne uregulowania prawne wydawane były w różnych krajach europejskich. Trędowaci nie mogli mieszkać w mieście i na jego peryferiach – jak głosił status miejski Bolonii w połowie XIII wieku – lecz w specjalnie wybudowanych domach poza granicami miasta [4]. W całej Europie budowane były leprozoria – przytułki przeznaczone dla trędowatych. Pierwsze leprozoria powstały już w VI wieku [5]. Tylko w samej Francji w średniowieczu istniało ponad 4 000 schronisk, około 1 300 leprozoriów [6]. Najczęściej leprozoria prowadził zakon św. Łazarza, który w swej regule miał opiekę nad trędowatymi. Szpitale św. Łazarza otwierano w każdym większym mieście europejskim [7]. Organizacja i reguły funkcjonowania każdego leprozorium były ustalane indywidualnie. Cechą wspólną i niezmienną byli pensjonariusze owych instytucji, czyli trędowaci. Często aby zostać przyjętym do szpitala, trędowaty musiał uiszczać

odpowiednią opłatę. Statut Księstwa Modeny z 1327 roku otwarcie nakazywał, by każdy trędowaty podczas przyjęcia do szpitala św. Łazarza dokonywał opłaty. Jeśli nie posiadał wystarczającej sumy, wówczas rada miejska z jego terytorium była zobowiązana zapłacić za tę osobę [4]. Domy dla trędowatych mogły przybierać także inne formy. Spotkane były niewielkie drewniane domy, wysokie na cztery piętra, z niewielkim ogródkiem, wyposażone w podstawowe sprzęty i otoczone palisadą. Tworzyły one swoiste małe miasteczka bądź wsie.

W świetle licznych postanowień prawnych, m.in. wydanych przez III Sobór Laterański w 1179 roku w zakresie osób trędowatych, chorzy musieli znacząco odróżniać się od osób zdrowych i przebywać w miejscach odosobnienia. Zobowiązano ich do noszenia dzwoneczka bądź kołatki, którymi wydając charakterystyczne dźwięki, anonsowali swoją obecność w społeczeństwie oraz sygnalizowali swoje potrzeby. Trędowaci musieli nosić odzież oznaczoną żółtym krzyżem, starannie zakrywającą ich ciało (płaszcz, kapelusz, rękawice, zasłona na twarz). Otrzymywali również naczynia (kubek, miska) oraz długi kij, którym sięgali po towary lub jałmużnę w miejscach publicznych. Obowiązywał ich szereg zakazów i nakazów, takich jak: zakaz podawania ręki osobom zdrowym, nakaz picia wody tylko z własnego naczynia, poruszania się w charakterystycznym odzieniu, zakaz chodzenia boso, kąpania się w zbiornikach wody stojącej, podczas rozmowy trędowaty musiał ustawić się pod wiatr itp.

Chociaż umieszczano ich w leprozoriach, poza ludzkimi osiedlami, ich separacja nie była całkowita. Szlaki chorych i zdrowych często się krzyżowały. Trędowaci pojawiali się w określonych dniach w mieście, gdzie prosili o datki. Oczywiście, ich pobyt w przestrzeni miejskiej był ściśle regulowany lokalnymi prawami, np. w Księstwie Modeny trędowaci nie mogli przebywać w miastach z wyjątkiem Wielkiej Soboty [4]. Zabroniono im jednak przebywania w kościołach, targowiskach miejskich, karczmach i hotelach. Z kolei straż pilnująca bram miejskich Londynu musiała składać przysięgę, że nie będzie w ogóle wpuszczać trędowatych do miasta.

Trędowatego poddawano automatycznej „śmierci cywilnej". Od momentu pojawienia się choroby, w świetle ówczesnych zasad, trędowaty pozbawiony był jakichkolwiek praw. Odtąd o jego życiu ziemskim, majątku, rodzinie decydowali inni [4]. Zgodnie z zapisami Praw Walii z X wieku syn trędowatego ojca nie mógł po nim dziedziczyć, jeśli urodził się po tym, jak ojciec został umieszczony w lazarecie, ponieważ „ojciec nie należał już do świata ziemskiego". Trędowatym automatycznie unieważniano małżeństwa (uznając małżonka/małżonkę za osobę owdowiałą) i nakazywano opuścić rodzinę. Zmienili to papieże Aleksander III (1159-1181) oraz Grzegorz IX (1227-1241), uznając, że chorzy mają nadal

pozostawać małżeństwem, ale powinni być rozdzieleni [2]. Wraz z rodziną chory tracił przynależność do wspólnoty. Przechodził ze świata żywych do świata osób za życia uważanych za umarłych. W niektórych częściach Europy, zwłaszcza we Francji, Flandrii i krajach niemieckich, odprawiano specjalne ceremoniały religijne tzw. *separatio* – symboliczne pożegnanie się z dotychczasowym życiem. Trędowaty z twarzą zakrytą czarną tkaniną uczestniczył w mszy za zmarłych. Podczas nabożeństwa kapłan trzykrotnie posypywał głowę trędowatego ziemią z cmentarza i mówił: *Mój przyjacielu, to jest znak, że od tej pory jesteś martwy dla świata, ale żywy dla Boga*. Jeśli pogoda była sprzyjająca, trędowaty odprowadzany był w procesji do miejsca swego pobytu, czyli leprozorium. Od tej pory człowiek ten był już symbolicznie martwy. Większość rytuałów miała charakter uroczystości pogrzebowych. Zdarzało się jednak, że to symboliczne pożegnanie się z życiem przez trędowatego nabierało ahumanitarnego charakteru. Doszło do tego m.in. w Amiens w 1497 roku, gdy trędowatych siłą wrzucano do wykopanych dołów grobowych i dokonywano próbnych pogrzebów [4].

Trąd jako choroba i trędowaty jako osoba chora na długo przejdzie do historii jako symbol stygmatyzacji i wykluczenia społecznego. Głównym czynnikiem sprawczym był lęk powodujący całą lawinę zachowań społecznych, kulturowych i uwarunkowań prawnych. Poruszającą scenę z udziałem trędowatego opisał Robert Louis Stevenson w *Czarnej Strzale*: Ścieżką kroczyła biała postać, która dopiero co wyłoniła się z lasu. Przystanęła na chwilę i jak gdyby rozglądała się dookoła, później zaś powoli, zgięta niemal we dwoje, zaczęła zbliżać się przez wrzosowisko. Za każdym jej krokiem odzywał się dzwonek. Postać nie miała wcale twarzy, bo biały kaptur – nie opatrzony nawet otworami na oczy – osłaniał jej głowę. Zbliżając się macała drogę, głośno postukując kijem. Groza zimna jak śmierć ogarnęła chłopców. Trędowaty – szepnął Dick ochrypłym głosem. Jego dotyk to śmierć – powiedział Matcham. Uciekajmy! [8]

Zadżumieni – *roznoszący powietrze*

Lęk przed nieznaną chorobą prowadzący do stygmatyzacji osoby chorej towarzyszył również kolejnej „królowej epidemii", czyli dżumie, zwanej też czarną śmiercią, pestis, morowym powietrzem. W dziejach medycyny dżuma jest odnotowywana wielokrotnie, począwszy od starożytności poprzez średniowiecze po nowożytność. W każdej z tych epok prezentowała inne oblicze i zyskiwała coraz większy wpływ na zachowania społeczne. Brak dostatecznej wiedzy medycznej na temat etiologii

dżumy, metod jej leczenia i dróg roznoszenia choroby powodował wzrost lęku i radykalizację zachowań społecznych. Wydawane przez władze miejskie regulaminy przeciwdżumowe ustalały nowy porządek społeczny w danej przestrzeni miejskiej. Niektóre miasta ogarnięte dżumą wydawały zakazy opiekowania się chorymi. Dość powszechna była praktyka wypędzania zadżumionych z miast i pozbawiania ich żywności, a nawet palenia ich dobytku i domów [9]. Miało to miejsce m.in. w 1709 roku we Wschowie [10]. Przeciwko takim praktykom występowali bracia czescy wskazując na zachowanie miłosierdzia i opiekę nad osobami cierpiącymi. Przykłady walki ze stygmatyzacją zadżumionych spotykano również w XVII-wiecznej Holandii, gdzie chorymi opiekowano się do śmierci czy też w Szwecji, gdzie niszczono białe krzyże, którymi znaczono posesje osób chorych [11].

Społeczeństwo domagało się jednak wskazania winnych zaistniałej epidemii. W przypadku średniowiecznej epidemii dżumy winą obarczano bardzo często ludność żydowską. Przez różne kraje Europy przetoczyła się wówczas fala pogromów żydowskich. Pisał o nich m.in. Jan Długosz w swoich *Rocznikach* wskazując konkretne miasta i daty (np. 1407 rok – Kraków i Nysa) [9]. W wiekach XVI i XVII wierzono, że choroby zakaźne sygnalizuje pojawienie się w okolicy tzw. morowych dziewczyn [12]. Zdarzały się przypadki, gdy posądzone o roznoszenie zarazy kobiety palono na stosie. Lęk przed „morowym powietrzem" był tak wielki, że osoby „roznoszące powietrze" chowano za życia. Ten proceder powodowany był nie tylko strachem, ale również chęcią wzbogacenia się. Sprawcami najczęściej byli grabarze miejscy czy też tzw. „pielęgniarki morowe", którzy dopuszczając się pozbawienia życia zadżumionych, przejmowali ich majątek [10].

Strach przed zarażeniem wyraźnie wpływał na rozluźnianie więzi społecznych. Unikano jakichkolwiek kontaktów z sąsiadami, obojętnie obserwowano nędzę potrzebujących, wypędzano z domu chorujących, odmawiano pomocy przy pochówku zadżumionych.

Strach potęgował coraz większą znieczulicę nie tylko w kręgu ogólnospołecznym, ale również na gruncie rodzinnym. Z późnego średniowiecza i epoki nowożytnej zachowanych jest wiele opisów porzucania chorych rodziców przez dzieci, umierających potomków przez rodziców, mężów przez żony itd. Zdarzało się, że nieludzcy rodzice, kiedy lęk przed chorobą zdusił wszelkie przyrodzone uczucia, wyrzucali własne dzieci z domu, dając za jedyne okrycie stary łachman i przez tę barbarzyńską srogość czyniąc się zabójcami tych, którymi niedawno chwalili się, iż dali im życie – jak to miało miejsce w 1720 roku w Marsylii [13].

Oczywiście, strach nie zdeterminował całkowicie zachowań ludzkich w czasie epidemii. Osobom potrzebującym udzielano opieki w szpitalach – przytułkach czy też w dawnych leprozoriach.

Niepełnosprawni – *osobliwości natury*

Stałej stygmatyzacji począwszy od starożytności po XIX wiek poddawane były osoby z wszelkiego rodzaju niepełnosprawnościami. Oczywiście, podejście to ulegało zmianie wraz z rozwojem cywilizacji i pojmowania istoty niepełnosprawności. W czasach starożytnych charakterystyczne były dwie postawy: bezwzględne prawo selekcji naturalnej oraz dyskryminacja społeczna [14]. Selekcja naturalna wynikała głównie z przyjętych zasad tworzenia zdrowego i silnego społeczeństwa. Możliwe to było – zdaniem ówczesnych – poprzez eliminację słabych jednostek. Z kolei u podstaw dyskryminacji leżało przekonanie o konieczności podporządkowania się ludzi niepełnosprawnych z powodu posiadanej ułomności. Przyczyną takiego traktowania było również niezrozumienie genezy dysfunkcji i powszechnie panująca teurgiczna koncepcja choroby. Niepełnosprawność traktowano zwyczajowo jako przejaw działania sił nadprzyrodzonych: nieprzychylnych duchów, kary bogów za popełnione grzechy. Osoby takie były postrzegane jako nieprzydatne i nienormalne – a przez to naznaczone jako odrębna grupa społeczna i w taki sposób traktowane. Społeczeństwo ogarnięte strachem przed nieznaną „chorobą" wyrażało swój lęk poprzez izolowanie, wykluczanie ze społeczności, a nawet unicestwianie takich osób. Osoby niepełnosprawne porzucano na pustyni, w lasach lub zrzucano z gór, jak to miało miejsce w Sparcie. Dominacja kultu walecznego, silnego wojownika determinowała zachowania wobec ludzi ułomnych. Spartan od momentu urodzin poddawano nadzorowi państwa. Noworodek był przedstawiany przez ojca eforowi, czyli urzędnikowi państwowemu, który wydawał swoisty „werdykt". Jeśli dziecko było słabe, chorowite, z widocznymi ułomnościami wówczas skazywano je na śmierć [15]. Najlepsze jednostki gwarantowały ciągłość i wysoką jakość całej wojskowej społeczności, najgorsze zaś były zbędne i nieprzydatne. Egzekucje słabych i niedorozwiniętych dzieci odbywały się poprzez porzucenie ich na wzgórzach Tajgetu, gdzie skazywano je na śmierć głodową [16]. Ratunku mógł udzielić helot, zabierając dziecko i wychowując je na niewolnika. Podobnie postępowano w Imperium Rzymskim. Sprawność fizyczna i zdrowie uważano za znak łaski bogów, niepełnosprawność zaś – za objaw ich niezadowolenia. Urodzenie niepełnosprawnego dziecka odczytywano jako karę boską. Dawne prawo rzymskie – ustawa królewska Romulusa – nakładała na ojca obowiązek wychowania męskiego potomka i pierworodnej córki oraz zabijania i porzucania dzieci do lat trzech. Nakazywała jednak uśmiercanie przez porzucenie natychmiast po urodzeniu dzieci kalekich i potworków – *monstrum*. Niepełnosprawność dziecka musiała zostać potwierdzona przez pięciu świadków [16]. Podobne zapisy zostały potem

powtórzone w słynnym Prawie XII Tablic, w którym *monstrum vel prodigium* były traktowane jak dzieci, które przyszły na świat nieżywe.

Średniowiecze niewiele zmieniło w postrzeganiu osób niepełnosprawnych. Ułomność interpretowano jako karę za grzechy nie tylko samego niepełnosprawnego, ale przede wszystkim jego rodziny. Rodzina stawała się obiektem potępienia i pogardy. Osoby niepełnosprawne zaczęto umieszczać w powstających przytułkach.

Niepełnosprawni pozbawiani byli większości praw np. w systemie prawnym Hiszpanii, Francji, księstw włoskich osoba, która nie była w stanie wyrazić swojej woli poprzez mowę lub pismo, nie mogła dziedziczyć majątku. Ci, których było stać, ratowali swoje dzieci posyłając je do specjalnych szkół dla osób głuchych, aby nauczyć je mowy [17]. Stygmatyzujące prawo względem osób niepełnosprawnych, chorych i „innych" obowiązywało m.in. w Stanach Zjednoczonych. Było to tzw. Prawo o brzydocie (*The Ugly Laws*). Przepisy nakładały społeczne ograniczenia na osoby, których wygląd fizyczny był rażący. Osobom chorym, okaleczonym lub w inny sposób zdeformowanym, które mogły stanowić mało przyjemny lub odrażający widok, zabraniano wstępu do miejsc publicznych [18]. Z drugiej jednak strony coraz bardziej fascynowano się „osobliwościami natury".

Już w średniowieczu ludzi z ułomnościami fizycznymi, ze zdeformowanym ciałem, karłów czy też olbrzymów zaczęto wykorzystywać jako publiczną rozrywkę [14]. Ów proceder zyskiwał w kolejnych stuleciach coraz większą popularność. Często umieszczano ich w klatkach i wystawiano w określone dni na widok publiczny, po uiszczeniu odpowiedniej zapłaty. Niepełnosprawność stawała się przedmiotem żartów, śmiechu i poniżania. W Paryżu w 1425 roku urządzono publiczną „zabawę": *sprowadzono czterech ślepców w pełnym uzbrojeniu do parku, każdy miał kij w ręku, a w miejscu tym był i tęgi wieprz, na którego mieli zapolować. Tak też uczyniono i stoczyli bitwę bardzo osobliwą, gdyż zadawali wiele mocnych ciosów tymi kijami, a najgorsze im samym się dostały: bo kiedy w najlepsze starali się godzić w wieprza, godzili jeden w drugiego* [19]. W kolejnych stuleciach przedstawienia z udziałem osób niepełnosprawnych przybrały formę pokazów osobliwości, które *oferowały zorganizowane wystawy z ludzi z rzekomymi wadami fizycznymi, psychicznymi lub behawioralnymi w cyrkach, na jarmarkach, festynach lub innych miejscach zabaw* [20].

Swoista „moda" na posiadanie w swoim kręgu osoby ułomnej, czy to fizycznie czy umysłowo, rozwinęła się zwłaszcza na dworach. Błaźnice, ludzie głupkowaci lub wręcz szaleńcy mieli przydać dworowi oryginalności, stanowili magnes dla dostojnych przyjaciół domu [21]. *Taki zespół świadczył o wspaniałości dworu, o jego wyrafinowanym smaku i guście możnowładcy. Taki dwór stanowił wielki magnes przyciągający do zwiedzenia go, poznania jego właściciela. Uwagę ludzką*

przykuwały wówczas fenomeny przyrody, anomalie różnego rodzaju. Karły znakomicie korespondowały z tym, co rozumiano pod pojęciem barocco w odniesieniu do asymetrii, nieregularności form i kształtów. Zainteresowanie karłami zainicjowały dwory włoskie, w tym dwór Medyceuszy we Florencji, Gonzagów w Mantui i Estów w Ferrarze [22]. Epoka odrodzenia, a później baroku wytworzyła w arystokracji nie tylko chęć posiadania pięknych rezydencji, ale również kolekcjonowania sztuki, biżuterii, numizmatów i „ludzkiej menażerii". Pacjent „inny" stawał się osobliwością, którą nowożytne społeczeństwo traktowało jako swoisty eksponat muzealny. Osoby cierpiące na rzadkie choroby, karły, giganci i inni stawali się „przedmiotami" w rękach możnowładców, jak również lekarzy. W dziejach medycyny można przytoczyć co najmniej kilkaset takich przypadków. Jednym ze słynniejszych był przypadek Julii Pastrany – Meksykanki żyjącej w XIX stuleciu, która cierpiała na wrodzoną hipertrichozę. Całe jej ciało z wyjątkiem dłoni i stóp pokryte było bujnym owłosieniem. Jako „inna" szybko została zauważona przez menadżera i wystawiana na widok publiczny jako „cenny okaz". Następnie wykupiona przez Theodora Lenta rozpoczęła podróż po Europie. Nawet po śmierci zainteresowanie jej przypadkiem było ogromne. Jej zabalsamowane ciało stanowiło „atrakcję" m.in. w muzeum anatomicznym Uniwersytetu w Moskwie [23]. Do dziś Julia Pastrana jest jednym z popularniejszych symboli medycznych gabinetów osobliwości. Drugim słynnym przypadkiem był Charles Byrne – Irlandzki Gigant. Ów żyjący w drugiej połowie XVIII wieku mężczyzna cierpiał na gigantyzm. Osiągnął wzrost 2,30 m. Szybko został odkryty przez showmana Joe Vance, który organizował pokazy z jego udziałem w Anglii, traktując go jako „żywą instalację muzealną" [23]. Jeszcze za życia był on podziwiany przez lekarzy, co wzbudzało w samym Charlesie strach przed eksperymentami medycznymi, a zwłaszcza sekcją zwłok. Starając się jej uniknąć i zagwarantować sobie „wieczny spokój" poza muzealnymi gablotami, przekupił grabarzy, aby nie wydawali jego ciała po śmierci, lecz wrzucili do rzeki. Ostatecznie jego ciało zostało wykupione przez słynnego chirurga angielskiego – Johna Huntera i do dziś jest eksponowane w jego londyńskim Hunterian Museum [24]. Zainteresowanie kolekcjonowaniem wszelkich „osobliwości natury" i tworzenie specjalnych „gabinetów" było cechą charakterystyczną epoki renesansu i nowożytności, a zarazem jedną z form muzealnictwa.

Obłąkani – *opętani*

W świecie antycznym, wśród laików, choroba umysłowa uchodziła za nieczystą. Szczególny strach wzbudzała m.in. epilepsja. Sądzono, że może być to choroba zakaźna. Grecy i Rzymianie spluwali na napotkanych epileptyków [25]. Takie zachowanie miało z jednej strony zapobiec zarażeniu. Wiązało się także bardzo ściśle z wiarą w teurgiczną koncepcję choroby i miało odstraszyć demona, który powodował epilepsję. Średniowiecze osoby psychicznie chore uznało za opętane przez złego ducha. Posądzane o czary i kontakty z diabłem często kończyły życie palone na stosach. U podstaw złego traktowania leżała chęć ratowania nieśmiertelnej duszy opętanego i uchronienia przed zgubnym wpływem diabła.

Począwszy od średniowiecza osoby chore na choroby psychiczne umieszczano w specjalnych szpitalach. Jednak warunki, w jakich przebywali tam chorzy, były dalekie od jakichkolwiek norm medycznych. Powodem takiego traktowania był pokutujący do XIX stulecia pogląd, że obłąkany nie odpowiada wprawdzie za popełnione przestępstwo, lecz ponosi winę za samą chorobę umysłową, w której dopatrywano się rezultatów zdrożnego trybu życia. Stąd też zakłady dla obłąkanych miały często charakter więzień karnych lub izolatoriów, w których odgradzano chorych umysłowo od reszty społeczeństwa, nie wprowadzając jednocześnie procesu leczenia. Chorzy stawali się „obiektami do obserwacji". Szpitale psychiatryczne wprowadzały możliwość „zwiedzania" w wyznaczonych dniach i godzinach oraz po uiszczeniu odpowiedniej opłaty. Taki proceder miał miejsce w większości dużych szpitali psychiatrycznych, m.in. w podlondyńskim Bethlem.

Sytuację pacjentów chorych psychicznie doskonale oddają dwa obrazy. Pierwszy z 1733 roku Williama Hogartha, który na ósmym obrazie z całego cyklu *Kariera rozpustnika* (*The Rake's Progress*) przedstawił swojego bohatera w szpitalu psychiatrycznym. Roznegliżowany Rake leży na podłodze, z głową ogoloną z powodu wszawicy i przykuty do podłogi [26]. Rake przebywał w jednym z wówczas najsłynniejszych szpitali psychiatrycznych – Bethlem koło Londynu. Drugi obraz z 1795 roku pędzla Tony'ego Roberta-Fleury przedstawia zaś równie słynny szpital psychiatryczny dla kobiet w Salpêtrière we Francji (dziś dzielnica Paryża). Uwidoczniony na nim został sam prof. Philippe Pinel wizytujący pacjentki, przetrzymywane jeszcze w ahumanitarnych warunkach, przykute łańcuchami do ścian. Za Pinelem stoi zaś grupka „gapiów" żądnych takich „rozrywek".

Osoby chore psychicznie na Starym Kontynencie pozostawały pod nadzorem wyłącznie sektora publicznego w przeciwieństwie do Anglii, gdzie istniała tradycja prywatnej opieki nad chorymi psychicznie. W całej Europie ciężar „opieki"

nad chorymi wzięły na siebie specjalne szpitale dla obłąkanych. Wszędzie jednak warunki chorych były zatrważające. Słynne dwa francuskie szpitale Bicêtre (dla mężczyzn) i Salpêtriere (dla kobiet) przez długie lata cieszyły się złą sławą. Przebywający w nich pacjenci byli regularnie bici, krępowani łańcuchami i trzymani w złych warunkach higienicznych. O dyskryminującym postępowaniu z chorymi na choroby psychiczne pisał prof. Johann Reil z Halle, który odwiedzając „domy wariatów" (Tollhäuser) w niemieckich miasteczkach pisał: *Niczym złoczyńców zamyka się te biedne stworzenia w klatkach dla furiatów, w przedpotopowych więzieniach, na opuszczonych poddaszach nad miejskimi bramami, gdzie gnieżdżą się sowy albo w wilgotnych lochach, gdzie nie dosięgnie ich współczujący wzrok ludzi, dla których człowieczeństwo jest wartością i pozostawia się ich tam, spętanych łańcuchami, zbrukanych własnymi nieczystościami* [26].

Niektóre choroby, takie jak epilepsja, uważano za zakaźne – jednak nie fizycznie, lecz psychicznie. Uważano, że przyglądając się np. napadowi padaczki, mogło to za sprawą wyobraźni i współczucia zapoczątkować chorobę u patrzącego. Wydano więc zalecenia, aby epileptyków izolować. Nie czyniono tego, aby zapewnić im ochronę, lecz po to by ochronić przebywających z nimi w szpitalu innych obłąkanych pacjentów.

Podejście do osób chorych na choroby umysłowe zmieniło się w szerszym aspekcie dopiero pod koniec XVIII i w XIX wieku. W Europie coraz częściej mówiło się o humanitarnych metodach leczenia takich osób, o efektach rehabilitacji psychiatrycznej, polepszeniu warunków bytowania takich pacjentów [27]. Jednym z głównych liderów tego ruchu „ściągania kajdanów" z osób przebywających w przytułkach i szpitalach psychiatrycznych był francuski psychiatra Philippe Pinel.

Kiłowaci – *naznaczeni*

Strach, odrzucenie społeczne i stygmatyzacja towarzyszyła od stuleci cierpiącym na choroby weneryczne. To zjawisko obserwowalne do dziś, choć w zdecydowanie mniejszej skali, najsilniej uwidoczniło się podczas epidemii kiły w epoce Odrodzenia. Postrach, jaki szerzyła oraz gwałtowność dyskusji medycznych, jakie wywoływała, były w stosunku do samego zagrożenia nieproporcjonalnie większe, tworząc zjawisko socjalne i kulturowe daleko wykraczające poza domenę zdrowia. Epidemia kiły wybuchła w Europie w 1495 roku, a do jej rozpowszechnienia przyczynili się żołnierze wracający do swoich krajów z wyprawy króla Francji Karola VIII do Neapolu. Pochód kiły przez Europę był spektakularny i bardzo

szybki. Wszędzie odnotowywano coraz większą liczbę napływających chorych na kiłę. Nie znając etiologii nowej choroby, porównywano ją do trądu i dżumy, tym samym traktując chorych w podobny sposób jak w przypadku wymienionych chorób. W 1496 roku w paryskim szpitalu Hôtel-Dieu próbowano pozbywać się chorych, wyrzucając ich poza mury szpitalne. Uważano, że *chodzi o chorobę, która nie może być już bardziej niebezpieczna* oraz że chorzy *nie mogą być przyjęci tak, jakby chodziło o pewien rodzaj trądu, który dotknął ludzi zdrowych* [28]. Zarażeni ubodzy zmuszeni byli szukać schronienia w pobliżu klasztoru katedralnego, przy którym budowano niewielkie lepianki. Strach przed epidemią nowej choroby był coraz większy. Pojawiła się koncepcja, aby zbudować im specjalny budynek poza granicami Paryża, zaś fundusze na ten cel zbierano społecznie podczas kwest. Z czasem jasno określono zasady postępowania z „kiłowatymi". Chorym przybyszom nakazano, aby w ciągu 24 godzin stawiali się pod wyznaczonymi bramami miejskimi Paryża, gdzie zapisywano ich imiona i wydawano odpowiednie kwoty pieniężne. Chorzy następnie musieli opuścić miasto i nie wracać do niego pod karą szubienicy, a niekiedy wrzucenia do rzeki, do czasu zupełnego wyzdrowienia. W przypadku zarażonych Paryżan – nakazywano im pozostawanie w swych domach albo udanie się do specjalnie przygotowanych pomieszczeń w opactwie St. Germain-des-Prés [28]. Znamienne było usytuowanie ich tuż przy istniejącym leprozorium. Odzwierciedlało to strach, którym osoby zarażone napawały ludność. Wedle niektórych kronik nawet trędowaci przebywający na St. Germain-des-Prés, skarżyli się na tak niebezpieczne sąsiedztwo.

Izolowanie osób chorych na kiłę aż do czasu zupełnego ich wyleczenia miało miejsce w całej Europie. Osoby chore bardzo szybko obejmowano specjalnymi regulacjami prawnymi. Przykładem jest chociażby proklamacja króla Jakuba IV widniejąca w rejestrach Rady Miejskiej Edynburga z 22 września 1497 roku o następującym brzmieniu: *Jest wolą mego pana i władcy, i porządku panów jego rady, przekazaną burmistrzowi i sędziom tego miasta, aby następujące obwieszczenie było wykonane dla zabezpieczenia jego poddanych przed wielkim niebezpieczeństwem zarażenia przez tę zaraźliwą chorobę, nazywaną grandgor* [kiłę – przyp. aut.], *która się pojawiła i przed wielką szkodą, jakiej mogliby w jej skutki doznać jego poddani i mieszkańcy miasta. Poddajemy zatem do wiadomości i zarządzamy stanowczo, aby za staraniem wyżej wymienionych władz osoby wszystkich stanów, żyjące na obszarze tego miasta, które są lubo były zarażone i nie ozdrowiały jeszcze z choroby, zwanej jako się rzekło grandgor, poszły i opuściły to miasto i stawiły się o godzinie dziesiątej przed południem na wybrzeżu Leith, gdzie znajdą przygotowane w porcie barki, które im zostaną wskazane przez urzędników zarządzających tym miejscem, zaopatrzone w żywność, aby ich przewiozły na Inche* [wyspa u ujścia Forth – przyp.

aut.], *gdzie powinni pozostać dotąd, aż Bóg zatroszczy się o ich zdrowie. I wszystkie inne osoby, które podejmują się uleczenia rzeczonej choroby zaraźliwej i przyjmują leki, winne oddalić się i pójść z nimi, aby żadna z tych osób, która bierze ten lek, nie używała go na obszarze tej miejscowości ani nie robiła z nim doświadczeń w jakikolwiek sposób. Ktokolwiek znajdzie się zarażony i nie pojedzie na Inche, jak to jest powiedziane w poniedziałek o zachodzie słońca, a także rzeczone osoby, które biorą rzeczony środek na uzdrowienie albo też chcą się nim posłużyć same lub ktokolwiek inny – będą naznaczone na policzku rozpalonym żelazem, ażeby mogły być rozpoznane w przyszłości i następnie, jeśli jakiekolwiek z nich pozostaną, będą wypędzone bez pardonu* [28].

Dopiero w XVI stuleciu włoski lekarz Girolamo Fracastoro szczegółowo opisał kiłę, drogi jej zarażania, zarysowując zasady profilaktyki. W jego ślady podążyli inni medycy, m.in. Wojciech Oczko, wydając pierwsze w języku polskim dzieło poświęcone kile, zwanej tu przymiotem [29]. Ambroise Paré, jak i wielu mu współczesnych, głosił pogląd o kile, że to gniew Boga, który dozwolił, aby ta choroba spadła na rodzaj ludzki, by powściągnąć jego lubieżność i rozpasaną pożądliwość [30]. Zjawiskiem, jakie dało się wówczas zaobserwować, było coraz częstsze zamykanie szpitali miejskich przed chorymi na choroby weneryczne, przede wszystkim na kiłę. Czyniono to nie tylko z obawy przed zarazą fizyczną, ale również zarazą moralną. Poglądy etyczne następnego stulecia głośno domagały się poskramiania pokus cielesnych. Coraz powszechniejsze stawały się opinie, że opieka nad osobami zarażonymi kiłą jest równoznaczna z aprobowaniem ich rozwiązłości [28].

Stygmatyzm instytucjonalny – *szpitale – przytułki nie dla wszystkich*

Stygmatyzacja chorych na przestrzeni wieków odbywała się również na poziomie instytucjonalnym. Dostęp do opieki medycznej był ograniczony przede wszystkim ze względów ekonomicznych, organizacyjnych i prawnych. W najlepszym położeniu znajdowały się osoby zamożne, które stać było na sprowadzenie medyka do własnego domu. Wówczas stygmatyzacja pod kątem choroby, na którą cierpiał pacjent, była mniej widoczna i dotkliwa. W najgorszej sytuacji znajdowali się chorzy ubodzy, bezdomni, żebracy. Poddawani byli w każdej epoce restrykcyjnym przepisom prowadzącym do izolacji, wypędzenia lub umieszczenia w szpitalach – przytułkach, w których proces leczenia często nie istniał. Funkcjonujące od średniowiecza szpitale w większości miały bowiem charakter przytułkowy, chorzy zaś nie byli jego wyłączną, a nawet uprzywilejowaną klientelą [7]. Problem

wyleczenia osób przybywających do szpitala schodził często na dalszy plan. Istotą hospitalizacji stawał się sam akt poświęcenia się ubogiemu, pielęgnowanie go, leczenie rozumiane jako udzielanie wszelkiej pomocy w imię miłosierdzia chrześcijańskiego [31]. Podstawowym zaś obowiązkiem szpitala była katechizacja i przestrzeganie dopełniania praktyk religijnych. Tendencje te doprowadziły do tego, że szpital udzielał schronienia większości ubogim, sierotom, wdowom, starcom, na ostatnim zaś miejscu pozostawali chorzy. Zresztą byli oni poddawani różnym obostrzeniom zależnym od choroby, na którą cierpieli. Doskonałym przykładem są dokumenty fundacyjne szpitali parafialnych, m. in. szpitala-przytułku w Białymstoku. Założony jeszcze za czasów rodu Wiesiołowskich, został doposażony w 1768 roku przez ówczesnego właściciela miasta – hetmana Jana Klemensa Branickiego i jego żonę Izabelę z Poniatowskich Branicką [32]. W funduszu Branicki zapisał: *(...) dla osiągnięcia przyobiecanego miłosiernym miłosierdzia i błogosławieństwa z Nieba, na większą cześć i chwałę Boga w Trójcy Jedynego, dla poratowania bliźniego, postanawiam wiecznemi czasy w Szpitalu przy Kościele (...) takowy fundusz (...): chcę ażeby w tym Szpitalu było ubogich dziadów siedmiu i babow starych sześć. (...) postanawiam na zawsze aby w liczbie naznaczonej, ubogich szpitalnych mieszczono (...), trzech ubogich prawdziwie kaleków, niedołęgów, niemogącym zarabiać ani wyżebrać chleba, byle nie miał który z nich choroby jakiej zaraźliwej, drudzy zaś do usług kościelnych zdolni mają być wieku podeszłego, z między których obierze Jmć Ksiądz Proboszcz jednego, trzeźwego i przykładnego starszym dziadem, który by nad drugiemi dziadami i babami postanowiony, swarliwych, pijanych, niedbałych strofował* [33]. Do szpitali-przytułków parafialnych nie przyjmowano osób chorych na choroby zakaźne.

Podobna segregacja chorych dotyczyła również funkcjonujących szpitali miejskich. Warszawski Szpital św. Jana Bożego na początku XVIII wieku przyjmował tylko mężczyzn, z wyjątkiem pacjentów cierpiących na choroby weneryczne [26]. Chorzy weneryczni, jak też z jaglicą, nie byli przyjmowani do szpitala w Cieszynie [34]. Założony w 1869 roku Warszawski Szpital dla Dzieci w ustawach miał zapis, iż przyjmuje wszystkie chore dzieci bez różnicy płci i wyznania, w wieku 1-10 lat. Wyjątek stanowiły dzieci *(...) idioty lub ulegające wielkiej chorobie, dotknięte chorobą syfilistyczną, chore na zaraźliwe zapalenie oczów, mające choroby chroniczne niewyleczalne* [35]. Chorzy wykluczeni z uwagi na swoje choroby z kościelnych bądź miejskich szpitali kierowani byli do specjalnych zakładów, przytułków, leprozoriów czy izolatoriów, organizowanych dla poszczególnych jednostek chorobowych. Jednakże te instytucje posiadały niemal wyłącznie cechy przytułkowe, co finalnie oznaczało brak pomocy lekarskiej. Zmiana funkcji szpitali zaczęła się dopiero w XIX stuleciu, gdy przekształcają się one w instytucje *stricte* lecznicze.

Podsumowanie

Stygmatyzacja chorego i choroby miała miejsce we wszystkich epokach. Trwa ona do dziś, tylko dotyczy innych jednostek chorobowych. Nieuchronność śmierci, towarzyszące chorobie ogromne cierpienie i inne okoliczności powszechnie budziły i budzą lęk. Ów strach przed zarażeniem i bólem powodował skrajne reakcje: jedni wykazywali heroizm i determinację, a drudzy – tchórzostwo i egoizm. Na przestrzeni wieków u podnóża stygmatyzacji chorych zarówno na trąd, dżumę, kiłę czy choroby psychiczne leżały aspekty natury moralnej i duchowej. Wierzono głęboko w zaraźliwość poszczególnych chorób, jednakże wiara ta nie ograniczała się tylko do przyczyn typu moralnego. Dla człowieka średniowiecza, renesansu czy epoki nowożytnej choroby te były przede wszystkim karą boską, bardziej schorzeniem duszy niż ciała. Postrzeganie oraz stosunek do osób chorych zmieniał się wraz z rozwojem wiedzy medycznej, infrastruktury leczniczej i przede wszystkim nazwania i „oswojenia" choroby.

Stygmatyzacja pozostawała też w ścisłej zależności od statusu społecznego i ekonomicznego chorego. Bogaci mogli zapewnić sobie godne warunki do chorowania. Tego komfortu pozbawione były osoby ubogie, wyrzucane poza bramy miejskie lub umieszczane w przytułkach.

Piśmiennictwo

1. Jackowska E., *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*, „Psychiatria Polska", 2009, 43,6, 655-670.
2. Matwiejczuk P., *Trąd – wielkie oczy strachu*, „Mówią wieki", 2011, http://www. mowiawieki. pl/index.php?page=artykul&id=117, data pobrania 02.02.2016.
3. Carmichael A. G., *Trąd: wielkie oczy strachu*, (w:) *Wielkie epidemie w dziejach ludzkości*, Kiple K. F. (red.), Atena Oficyna Wydawnicza, Poznań 2002, 73-83.
4. Jeanselme E., *Comment l'Europe au Moyen Age se protegea contre la Lepre*, Paryż 1931.
5. Grmek M. D., *Historia chorób u zarania cywilizacji zachodniej*, A. Matusiak (tłum.), Wydawnictwo WAB, Warszawa 2002.
6. Fossier R., *Ludzie średniowiecza*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2009.
7. Geremek B., *Ludzie marginesu w średniowiecznym Paryżu XIV-XV wiek*, Poznań 2003.
8. Stevenson R. L., *Czarna Strzała*, Dehnel T. (tłum.), Iskry, Warszawa 1987.
9. Jankowski J., *Historia medycyny średniowiecznej w Polsce*, Wyd. Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej Dolmed, Wrocław 1988.

10. Karpiński A., *W walce z niewidzialnym wrogiem. Epidemie chorób zakaźnych w Rzeczypospolitej w XVI-XVIII wieku i ich następstwa demograficzne, społeczno-ekonomiczne i polityczne*, Wyd. NERITON, Warszawa 2000.
11. Ottonsson P. G., *Fear of the Plaque and the Burial of Plaque Victims in Sweden 1710-1711*, (w:) *Maladie et societe (XII-XVIII), Actes du Colloque de Bielefield*, Bulst N., Delont R. (red.), Paryż 1989, 375-391.
12. Osiński Z. M., *Lęk w kulturze społeczeństwa polskiego w XVI-XVII wieku*, Warszawa 2009.
13. Delumeu J., *Strach w kulturze Zachodu XIV-XVIII w. Oblężony gród*, Volumen, Warszawa 2010.
14. Garbat M., *Historia niepełnosprawności. Geneza i rozwój rehabilitacji, pomocy technicznych oraz wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami*, Wyd. Novae Res, Gdynia 2015.
15. Garbat M., *Postawy społeczne wobec osób z niepełnosprawnością w epoce starożytnej. Rozprawy Społeczne*, 2013, 1, 19-36.
16. Żak E., *Elementy sakralne i karne w uregulowaniach prawa rzymskiego dotyczące porzucania dziecka*, (w:) Dębińska A., Kuryłowicz M. (red.), *Religia i prawo karne w starożytnym Rzymie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 1998.
17. Lewis R., *Language, mind and nature: Artificial languages in England from Bacon to Locke,* Cambridge University Press, New York 2007.
18. *Centre for Independent Living, Independent Living: the right to choose*, (w:) *Disabled people as Second-class Citizens*, Einsberg M. (red.), Springer Publishing Company, New York 1982, 247-261.
19. Michaelson P., *Reading Pride and Prejudice. Eighteenth-Century Fiction*, 1990, 3, 65-76.
20. Bogdan R., *The social construction of freaks*, (w:) *Freakery: Culture Spectacles of the Extraordinary Body*, Thomson R. G. (red.), New York University Press, York-London 2009.
21. Kitowicz J., *Opis obyczajów za panowania króla Zygmunta Augusta III*, PIW, Warszawa 1985.
22. Fabiani B., *Niziołki, łokietki, Karlikowie. Z dziejów karłów nadwornych w Europie*, PIW, Warszawa 1980.
23. Bondeson J., *A cabinet of medical curiosities*, Cornell University Press, New York 1997.
24. *Hunterian Museum at the Royal College of Surgeons*, Guidebook, London 2013.
25. Black S., *Epilepsja: morbus sacer* (w:) *Wielkie epidemie w dziejach ludzkości*, Kiple Kenneth F. (red.), Atena Oficyna Wydawnicza, Poznań, 55-63.
26. Shorter E., *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, Turski P. (tłum.), WSiP, Warszawa 2005.
27. Witmer L., *Clinical Psychology* (w:) *Classics in the History of Psychology*, Greek Ch. (red.), York University, Toronto 2000, 45-48.
28. Quetel C., *Niemoc w Neapolu czyli historia syfilisu*, Ossolineum, Wrocław, Warszawa, Kraków 1991.
29. Oczko W., *Przymiot*, Kraków 1581.
30. Malgaigne J. F., *Oeuvres compléte d'Ambroise Paré. Le seizième livre traitant de la grosse vérole*, II, Paris 1840, 527-602.

31. Podgórska-Klawe Z., *Od hospicjum do współczesnego szpitala. Rozwój historyczny problematyki szpitalnej w Polsce do końca XIX wieku*, Wyd. PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1981.
32. Grassmann M., *Historia szpitalnictwa w Białymstoku,* (w:) *Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku. Współczesność i historia*, Białystok: Urząd Miejski, 2011, 69-94.
33. Archiwum Archidiecezjalne w Białymstoku, Akt fundacyjny szpitala parafialnego w Białymstoku, 1768 rok.
34. Popiołek F., *Szpitale Cieszyńskie*, Roczniki Towarzystwa Przyjaciół Nauk na Śląsku, Katowice 1934.
35. Ustawa Zakładu prywatnego leczniczego dla dzieci mającego się otworzyć przez doktora Sikorskiego, „Kronika miejscowa. Medycyna", 1873, 23, 368-385.

Elżbieta Krajewska-Kułak, Agnieszka Kułak-Bejda,
Mateusz Cybulski, Andrzej Guzowski

PACJENT „INNY" W OPINIACH POLAKÓW – NA PODSTAWIE LITERATURY I BADAŃ WŁASNYCH

Wprowadzenie

Obcość zaczyna się nie na brzegu oceanów, ale na granicy skóry.
Clifford Geertz

Hahn [1] uważa, iż od lat 30. XIX wieku siła i zasięg stereotypów nasiliły się, a Hammer [2] – iż nietolerancja może przybierać różne formy – od dezaprobaty, z reguły nieuzewnętrznionej, aż po dyskryminację słowną i czynną (przytyki, nagany, obrazę publiczną, bojkot, ograniczenie kontaktów, odizolowanie osób i grup, odmawianie praw, nacisk na asymilację osób różniących się od większości, akty agresji) [2].

W literaturze przedmiotu (Ambrosewicz-Jacobs [3]) wyodrębniono pewne czynniki podważające posiadane uprzedzenia, takie jak: ulegający zmianie klimat społeczny, który powoduje, iż uprzedzenia są sprzeczne z normami; przyjęcie tolerancyjnych praktyk wychowania dzieci; kontakty między członkami różnych grup, przykłady pozytywnych postaw wobec innych grup; rozwijanie empatii wobec ofiar uprzedzeń; wzrost tolerancji w środkach masowego przekazu; pogłębianie wiedzy o własnym dziedzictwie religijnym i kulturowym, innych religiach i zwyczajach innych grup; uznanie ich różnic i podobieństw; zrozumienie, że każdy człowiek jest niepowtarzalny; świadomość różnorodności pochodzenia (przodków), cech oraz zwyczajów grup etnicznych, religijnych i kulturowych; wzrost samooceny i poczucia własnego bezpieczeństwa; rozwój umiejętności krytycznego myślenia; uświadomienie sobie, że nadmierna generalizacja może prowadzić do rozwoju negatywnych stereotypów oraz analiza własnych i cudzych zachowań wobec innych.

Problematyki zrozumienia tolerancji i objawów nietolerancji w Polsce, jej źródeł oraz stosunku do mniejszości, dotyczyły badania ankietowe Borkowskiego [4], przeprowadzone w latach 2001-2002 w grupie studentów. Większość z nich (44% badanych) pod pojęciem „tolerancja" rozumiała przede wszystkim szacunek dla odmiennych poglądów oraz akceptację odmienności w różnych jej postaciach. Pozostali uważali, iż jest to respektowanie praw innych ludzi (11%), objaw obojętności wobec innych, bez względu na to jakimi są (3%) oraz cierpliwość, wyrozumiałość i pobłażanie dla innych ludzi (2%) [4]. W opinii respondentów największy zakres tolerancji związany jest ze sferą obyczajowości i życia codziennego (39%), życiem politycznym (22%), religią (13%) oraz życiem erotycznym (8%) [4]. W opinii 36% respondentów zdolność do tolerancji nie zależy ani od wykształcenia, ani wieku czy miejsca zamieszkania. Jednakże 27% osób wskazywało, że bardziej tolerancyjni są ludzie wykształceni, 19% – że ludzie młodzi, 15% – iż mieszkańcy miast, 2% – że mieszkańcy wsi, a 1% – że mieszkańcy małych miast [4]. Za główne źródła nietolerancji studenci uważali wychowanie rodzinne (35%) oraz Kościół (31%). W dalszej kolejności wymieniali media (12%) i świat polityki (7%). W grupie źródeł tolerancji większość respondentów wskazała kontakt z ludźmi o innych poglądach (48%), wychowanie rodzinne (19%), podróże zagraniczne i poznawanie innych kultur (17%) oraz edukację szkolną i akademicką (10%) [4]. Za najczęstsze przejawy nietolerancji ankietowani uznali rozmaite formy ksenofobii oraz rasizmu (29%), brak poszanowania odmienności (18%), brak tolerancji wobec mniejszości seksualnych (12%) i nietolerancję religijną (10%) [4].

Badanie CBOS z 2015 roku [5] nt. *Polacy wobec problemu uchodźctwa,* przeprowadzone na liczącej 1 048 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski pozwoliło na stwierdzenie, że generalnie stosunek Polaków do udzielania pomocy uchodźcom można uznać za pozytywny. Jednakże odnosząc się do konkretnych sytuacji, w których w Polsce przyznawano by status uchodźcy określonym grupom, badani już częściej mieli wątpliwości co do sensowności takiego postępowania. Bardziej przychylni byli natomiast do przyznawania statusu uchodźcy osobom z ukraińskich terenów zajętych przez prorosyjskich separatystów (46% na tak), niż uchodźcom z Bliskiego Wschodu i Afryki (53% na nie) [5].

Inne badanie CBOS z roku 2015 nt. *Zmiany nastawienia Polaków do innych narodów* [6] wykazało, że w latach 1993-2015 wzrosła sympatia do niemal wszystkich z narodów. W ciągu ostatnich 22 lat pozytywne nastawienie zwiększyło się przede wszystkim w odniesieniu do Ukraińców, Niemców oraz Serbów. Wyraźnie poprawił się również stosunek Polaków do Romów, Żydów, Rumunów i Turków, jednakże w odniesieniu do tych narodowości, nadal nieco częściej badani deklarowali niechęć niż sympatię. Zauważalny wzrost sympatii dotyczył natomiast

Litwinów, Słowaków, Białorusinów, Bułgarów i Czechów. Minimalnie uległo poprawie postrzeganie Arabów, Belgów i Chińczyków. Przez wiele lat rosła sympatia do Rosjan, ale w ostatnich latach wyraźnie stracili na pozytywnym wizerunku, chociaż mimo to Rosjanie są obecnie postrzegani przez Polaków nadal lepiej niż w latach 90. XX wieku [6]. W ocenianym okresie dość znacząco pogorszył się wizerunek Amerykanów i Francuzów, nieznacznie spadła także sympatia do Włochów, nieco gorzej zaczęto postrzegać Greków, ale i tak nadal częściej wobec tych państw deklarowana jest sympatia niż antypatia [6].

W badaniu CBOS z 2015 roku [7] nt. *Tożsamość narodowa i postrzeganie praw mniejszości narodowych i etnicznych,* przeprowadzonym na liczącej 1 111 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, 79% z nich uważało, że członkowie mniejszości narodowych lub etnicznych powinni mieć możliwość nauki swojego języka w polskich szkołach na dodatkowych lekcjach, 63% – mieć możliwość uczenia się w swoim języku, 43% – otrzymywać pomoc finansową od państwa na podtrzymywanie własnej kultury i tradycji, 41% – mieć możliwość porozumiewania się w swoim języku w urzędach lokalnych w miejscowościach, w których mieszkają, 32% – mieć możliwość umieszczania tablic z nazwami miejscowości we własnym języku obok tablic z nazwami polskimi, tam gdzie mieszkają, a 19% – być zwolnieni z wymogu przekroczenia 5-procentowego progu wyborczego w wyborach do Sejmu [7]. Za kryteria polskiej tożsamości narodowej badani uznali: poczucie, że jest się Polakiem (59%), posiadanie polskiego obywatelstwa (40%), aby przynajmniej jedno z rodziców było Polakiem (29%), stałe zamieszkiwanie w Polsce (24%), posługiwanie się językiem polskim (20%), bycie katolikiem (7%) [7]. Za tym, aby osoby mieszkające na stałe w Polsce, które nie są Polakami, jak najszybciej przyjęły polską kulturę i język jako własne, opowiedziało się 49% respondentów. 44% osób uważało, że dobrze jest, gdy w jednym państwie mieszkają ludzie jednej narodowości. O tym, że lepiej się żyje w kraju bardziej jednolitym kulturowo, częściej były przekonane osoby najstarsze i najmłodsze, badani z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym, mieszkańcy wsi oraz ankietowani, którzy nie znali osobiście osób należących do mniejszości kulturowych lub etnicznych [7].

Poleszczuk i wsp. [8] badaniem objęli 1 001 mieszkańców Białegostoku i 54,4% z nich twierdziło, że Białostoczanie nie są tolerancyjni, a 34,5% nawet widziało wzrost postaw nietolerancyjnych.

Badaniami własnymi [9] objęto 150 studentów z Polski. W opinii 37,3% studentów tolerancja zależy od tego, czego ma dotyczyć. Respondenci za niezbędne warunki, by przyjąć, że ktoś jest Polakiem, uznali, aby: on sam czuł się obywatelem Polski (66,7%), mieszkał na stałe w Polsce (63,3%), mówił w języku polskim (52%),

urodził się w Polsce i przynajmniej jedno z jego rodziców było z Polski (32%) lub miał obywatelstwo polskie (24,7%) i był patriotą (4%) [9]. Większość respondentów (50,7%) uważała, że można czuć się związanym jednocześnie z dwoma krajami – mieć dwie ojczyzny. Większość młodzieży (48,7%) nie zgadzała się ze stwierdzeniem, że osoby mieszkające na stałe w Polsce, które nie są narodowości polskiej, powinny jak najszybciej przyjąć polską kulturę i język jako własne. Z reguły (84%) twierdzili też, iż każda religia jest tak samo dobra, jeśli tylko pomaga człowiekowi jak najlepiej przeżyć życie. Podobnie większość ankietowanych (51,3%) uważała, że Bóg czczony w różnych religiach, niezależnie od tego, jak go nazwiemy – Jahwe, Allah itp. – to tak naprawdę ten sam Bóg [9]. Zdecydowana większość studentów (68,7%) była pewna, że wszystkie religie prowadzą człowieka do tego samego celu. O tym, że dobrze jest, kiedy w jednym państwie mieszkają ludzie jednej narodowości przekonanych było 9,3% młodzieży [9].

Pacjent jest jeden.
Bez względu na swoje wyznanie, czy orientację seksualną.
Pacjent to człowiek, który wymaga pomocy.
Ryszard Czerniawski [10]

Społeczny obraz obcokrajowców oraz przedstawicieli mniejszości narodowych i religijnych

Respondenci z badania Grochali i wsp. [11] definiowali cudzoziemca na dwa sposoby: *jako tego, który traktowany jest jako obcy (pochodzi z innego kraju)* lub *jako tego, który nowe otoczenie odbiera jako obce (punkt widzenia cudzoziemca)*. Mieli także za zadanie znaleźć synonim słowa „cudzoziemiec". Najczęściej powtarzającym się synonimem był wyraz „obcokrajowiec", a następnie „obcy" oraz „inny". Studenci glottodydaktyki często sięgali także po takie określenia, jak np. „przybysz", „przyjezdny", „imigrant", „emigrant", „gość". Wśród synonimów znalazło się także wiele określeń pejoratywnych, m.in. „Murzyn", „pastuch", „czarnuch", „czarny", „*Żółtek*" czy „przybłęda". Pojawiło się tylko jedno określenie „sąsiad". W dwunastu przypadkach studenci z grupy badawczej jako synonimy słowa cudzoziemiec podali konkretne narodowości, takie jak: Chińczyk, Anglik, Francuz, Wietnamczyk, Hiszpan i Arab [11]. Według studentów glottodydaktyki cudzoziemca wyróżnia inny wygląd (kolor skóry, inny styl ubierania się), bo *typowy cudzoziemiec wygląda inaczej niż typowy Polak*. Inne wskazywane odpowiedzi

to w aspekcie psychologicznym – zagubiony, ciekawy świata, nieporadny, zestresowany, uśmiechnięty i spokojny lub w aspekcie społecznym – nieśmiały, ufny, uprzejmy, przyjaźnie nastawiony, z trudem odnajdujący się w nowym środowisku. Idealny cudzoziemiec to według studentów osoba otwarta, komunikatywna, przyjazna, kulturalna, chętnie nawiązująca kontakt, niewywołująca konfliktów, sympatyczna, wesoła, spokojna, z poczuciem humoru i optymistyczna [11].

W badaniach Poleszczuka i wsp. [8] ponad 40% respondentów wskazało kolor skóry jako cechę wywołującą dyskomfort w kontaktach z cudzoziemcami. Największy dystans społeczny we wszystkich wymiarach życia społecznego respondenci odczuwali do Romów i Czeczenów [8]. 75% respondentów deklarowało, iż imigrantom uciekającym przed wojną domową przysługuje prawo do legalnego pobytu. Ponad 7 na 10 ankietowanych osób twierdziło, że cudzoziemcy powinni mieć dostęp do opieki medycznej, ponad 80% – nie widziało przeszkód w obecności cudzoziemców w placówkach edukacyjnych, a 54,6% – nie podzielało opinii jakoby imigranci odbierali pracę Polakom [8].

Badania Anam [12], przeprowadzone na reprezentatywnej próbie 950 dorosłych Polaków w wieku 18-64 lat (52% kobiet, 48% *mężczyzn) wykazały, iż* większość badanych nie miało nic przeciwko temu, aby obcokrajowcem był ich kolega z zespołu w pracy (65%) lub podwładny (66%). Okazało się, iż stosunek badanych do cudzoziemców ulegał zmianie wraz ze wzrostem pozycji zawodowej tych ostatnich, wiekiem respondentów i ich poziomem wykształcenia. 10% badanych nie chciało, aby obcokrajowiec zajmował wyższe stanowisko zawodowe (np. szef firmy, bezpośredni przełożony) [12].

W badaniach przeprowadzonych przez Borkowskiego [4], zapytano studentów o stosunek do „innych" i okazało się że 83% z nich nie negowało obecności na zajęciach Żyda, a 74% przedstawiciela mniejszości romskiej. Niechęć do Cyganów wyraziło 14%, a do Żydów – 10% ankietowanych. Większość respondentów nie miało nic przeciwko obecności obcokrajowców w murach swojej uczelni [4]. Zapytani o akceptację bliskości „obcego" wykazywali niechęć do Romów i Żydów, zwłaszcza odnośnie ich „wejścia do rodziny". Niski był także poziom znajomości przedstawicieli mniejszości narodowych (30%) i przyjaźni z ich przedstawicielami (15%) oraz znajomości z obcokrajowcami (21%) [4].

W badaniu CBOS z 2015 [13] nt. *Stosunek do innych narodów,* przeprowadzonych na liczącej 1 005 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wykazano, iż do najbardziej lubianych przez Polaków narodów (od 46% do 51% deklaracji sympatii) należeli Włosi, Czesi, Hiszpanie, Anglicy, Słowacy i Szwedzi. Pozytywne nastawienie wobec Amerykanów, Francuzów i Węgrów miało po 44% badanych, do Holendrów i Niemców – po 43%, względem Irlandczyków

i Szwajcarów – po 42% osób, dla Austriaków – 41% i Japończyków – 40%. Przyjazny stosunek do Belgów zadeklarowało 39% badanych, tyle samo do Chorwatów i Greków. 36% wyraziło sympatię do Ukraińców, 34% – do Litwinów, po 32% do Bułgarów i Gruzinów, a 29% do Estończyków. Niechęć najczęściej badani deklarowali jest wobec Romów (58%), Rosjan (50%), Rumunów (43%) i Niemców (22%) [13].

Uważa się (Roguska [14]), że w ciągu ostatnich ponad 20 lat stosunek Polaków do Żydów zmienił się dość wyraźnie, ponieważ o ile w pierwszej połowie lat 90. ponad trzykrotnie więcej osób deklarowało niechęć niż sympatię do Żydów, to od kilku lat odsetki osób mających negatywne i pozytywne nastawienie do nich są zbliżone. Badania CBOS z 2015 roku nt. *Postrzeganie Żydów i stosunków polsko-żydowskich*, przeprowadzone na liczącej 1 044 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, wykazały, że na postrzeganie Żydów przez Polaków w największym stopniu zaważyła II wojna światowa oraz Zagłada Żydów. Wielu respondentów wyrażało współczucie dla Żydów, podkreślało ich cierpienia i prześladowania, jakich doznawali w historii [14]. Niektórzy odwoływali się do tradycji i kultury żydowskiej, do wspólnej polsko-żydowskiej przeszłości oraz stosunków łączących oba narody. Stosunki polsko-żydowskie badani postrzegali na ogół jako trudne, ale także nadmieniali o ratowaniu Żydów w czasie wojny przez Polaków [14]. Badani postrzegali Żydów przede wszystkim jako kupców i bankierów, ludzi przedsiębiorczych, potrafiących robić interesy, bogatych. Ankietowani z jednej strony przypisywali Żydom mądrość, inteligencję, wykształcenie, pracowitość, gospodarność oraz oszczędność, a z drugiej – cwaniactwo, przebiegłość, skłonność do oszustwa, pazerność oraz skąpstwo. Badani byli także przekonani, że Żydzi chcą przejąć władzę nad światem, są wyjątkowo solidarni i wzajemnie wspierają się. Według badanych typowy obraz Żyda to kapelusz, pejsy, wąsy i broda [14].

Pluta [15] za cel swoich badań postawiła sobie określenie stereotypowego postrzegania Amerykanina przez licealistów. Uzyskane wyniki pozwoliły jej na wyłonienie takich jego cech jak: „pewny siebie", „otyły", „szpanerski", „kapitalistyczny", „patriotyczny", „optymistyczny , raczej nie „hojny", „życzliwy" czy „pracowity".

W literaturze przedmiotu [15, 16] zwraca się uwagę na różnice występujące między stereotypowym obrazem Amerykanina z okresu PRL-u, nasyconym negatywnymi emocjami i dotyczącym głównie cech moralnych (np. „zepsuty", „zgniły", „podstępny", „agresywny") a wyobrażeniem współczesnym (np. „bogaty", „pewny siebie", „kapitalistyczny", „patriotyczny", „aktywny",„ optymistyczny", „innowacyjny", „nowoczesny", „przedsiębiorczy", „kosmopolita", „internacjonalista"). Podkreśla, że nadal funkcjonują cechy negatywne, takie jak „ignorant", „otyły" i „szpanerski", ale w jej odczuciu odnoszą się one do innych aspektów niż cechy z PRL-u, w którym także wielu Polaków spostrzegało Amerykanów jako „wolnych",

„szczęśliwych", „bogatych" i „przedsiębiorczych". Obecny stereotyp Amerykanina (za Kofta [16]) cechuje się bardziej moralno-sprawnościową strukturą i składa się w większym stopniu z elementów poznawczych.

Stefaniak [17] badaniem objął grupę 711 Polaków i za cel postawił sobie zdiagnozowanie postaw wobec Muzułmanów. Wykazano, że respondenci byli negatywnie nastawieni wobec Muzułmanów i Muzułmanek, przy czym nieco pozytywniej w odniesieniu do tych ostatnich. Sprzeciw wobec obecności w swoim otoczeniu społecznym Muzułmanów wyraziło od 21,5% do 55% badanych, a Muzułmanek – od 19,4% do 46,1%. Dwie trzecie respondentów zdeklarowało, że czułoby się nieswojo w otoczeniu Muzułmanów, ponad połowa deklarowała, że zagrażają oni ekonomicznemu dobrobytowi Polski i Polaków, polskim wartościom i że czują się zagrożeni zamachami terrorystycznymi [17]. Blisko jedna czwarta osób zapewniała, że nie byliby przeciwni istnieniu w Polsce partii politycznej nawołującej do wypędzenia z kraju wszystkich Muzułmanów. Od 36,7% do 50,6% osób badanych było zwolennikami zakazu mowy nienawiści wobec Muzułmanów. Wyższy poziom uprzedzeń wobec Muzułmanów (większy dystans społeczny, bardziej negatywne uczucia) oraz wyższy poziom islamofobii i krytyki Islamu prezentowały osoby młodsze [17].

W badaniach własnych [9] przeprowadzonych w 150-osobowej grupie studentów z Polski stwierdzono, iż młodzież w większości za sąsiada nie chciałaby mieć członków mniejszości narodowej (60,7%), członków grup etnicznych (55,3%) oraz imigrantów (11,3%). Nie widzieli ich także (15,3%) jako kolegów na studiach. Członków mniejszości narodowej nie wyobrażali sobie także za partnera/współmałżonka (69,3%), podobnie jak członka grup etnicznych (57,3%) i imigranta (63,3%) [9]. W końcowym etapie badania młodzież poproszono o podanie słowa/cechy, które jako pierwsze przyszły im na myśl, aby scharakteryzować wymienione w ankiecie narody. Okazało się, iż 7,3% osób z Polski i 9,8% z Białorusi miało z tym kłopoty i nie potrafiło wymienić ani jednej cechy. Pozostali wymieniali różne cechy, które usystematyzowano jako cechy pozytywne, negatywne i obojętne. Studenci z Polski najwięcej cech pozytywnych przypisali Włochom (11 cech), Francuzom, Grekom oraz Niemcom (po 9 cech), a studenci z Białorusi – Anglikom (23 cechy), Finom i Francuzom (po 20 cech). Polacy żadnej pozytywnej cechy nie przypisali Serbom. Studenci z Białorusi podali pozytywne cechy dla wszystkich wymienionych narodów. Najwięcej cech negatywnych badani z Polski przypisali: Cyganom (10 cech) oraz Rosjanom (9 cech), a studenci z Białorusi – Niemcom (22 cechy), Arabom (19 cech) i Czeczenom (18 cech). Żadnej cechy negatywnej cechy studenci z Polski nie przypisali Gruzinom i Norwegom. Studentów z Białorusi podali cechy negatywne dla każdego narodu. Wyniki szczegółowe obrazuje tabela 1 [9].

Tabela 1. Przypisywane cechy i słowa kojarzące się respondentom z danym narodem, opracowanie na podstawie badań własnych [9].

NARÓD	PRZYPISYWANE CECHY I SŁOWA KOJARZACE SIĘ Z DANYM NARODEM		
	POZYTYWNE	NEGATYWNE	OBOJĘTNE
Afrykańczycy	mili, otwarci, roześmiani, silni, wolni, zadowoleni z życia	biedni, brudasy, czarnuchy, dzicy, handlarze, zacofani	
Amerykanie	bogaci, dumni, otwarci, wolni, wyluzowani	cwaniacy, komiczni, ograniczeni, rozkapryszeni, skomercjalizowani, otyli, pewni siebie, leniwi	
Anglicy	eleganccy, przyjaźni, uporządkowani, z zasadami, zaradni	flegmatycy, leniwi, mało inteligentni, poważni, sztywni, wulgarni, wyrafinowani	ekscentrycy, jeżdżący pod prąd
Arabowie	religijni	agresywni, brudni, egoistyczni, fanatycy, konfliktowi, krzykliwi, nieprzystępni, nietolerancyjni	
Austriacy	bogaci, lubiący porządek, mili, sumienni, wysportowani	fałszywi, szkopy, zarozumiali	
Belgowie	europejscy, tolerancyjni, wykształceni, zintegrowani, liberalni	brudasy, głupi, leniwi, nieprzystępni, nietowarzyscy	
Białorusini	pracowici, sympatyczni, tolerancyjni, śmieszni	alkoholicy, biedaki, brudasy, chciwi, głośni, zastraszeni	
Bułgarzy	pobożni, sympatyczni, twardzi, weseli	biedni, porywczy, zacofani	
Chińczycy	pracowici, spokojni, szybcy, zdolni	chytrzy, żółtki	
Chorwaci	przyjaźni, religijni, uśmiechnięci, bojownicy	chytrzy	
Cyganie	rodzinni, wolni	brudasy, chytrzy, cwaniaki, głośni, nachalni, oszuści, prowadzący rozwiązły tryb życia, straszni, ubodzy, złodzieje	
Czesi	otwarci, przyjaźni, weseli, zabawni	piwosze, dużo palący, lekkoduchy	
Czeczeni	bojownicy	agresywni, bezczelni, głośni, groźni, konfliktowi, terroryści, złodzieje	imigranci
Duńczycy	dobrze zarabiający, dobrzy, przyjaźni, szczęśliwi, tolerancyjni	niedyskretni	jeżdżący na rowerach, słynący z klocków lego

cd. tab 1

NARÓD	PRZYPISYWANE CECHY I SŁOWA KOJARZACE SIĘ Z DANYM NARODEM		
	POZYTYWNE	NEGATYWNE	OBOJĘTNE
Estończycy	dobrzy	biedacy	legalna marihuana
Finowie	przyjaźni, tolerancyjni, życzliwi	nieprzystępni	
Francuzi	bogaci, eleganccy, kulturalni, otwarci, romantyczni, rozsądni, smakosze, twórczy, wykwintni	heteroseksualiści, maminsynki, pijacy w nadmiarze wino, przemądrzali, seksoholicy, zadufani w sobie, żabojady	dobrze gotujący
Grecy	ceniący swoją historię, dowcipni, konsekwentni, otwarci, pomocni, pomysłowi, przyjaźni, romantyczni, towarzyscy	chytrzy, kłótliwi, leniwi, przebiegli	opaleni, żyjący z turystyki
Gruzini	bojownicy, otwarci, przyjaźni		
Hiszpanie	ogniści, męscy, namiętni, przyjaźni, towarzyscy, weseli, wolni	cholerycy, egoiści, gadatliwi, porywczy	mający wspaniałe zabytki, opaleni
Holendrzy	europejscy, interesujący, pracowici, tolerancyjni, uczciwi	luzacy, skąpi	dobrze pływający, legalna marihuana
Irlandczycy	europejscy, otwarci, radośni, rodzinni, szczęśliwi	schematyczni, nieprzystępni	dobre piwo
Japończycy	dokładni, inteligentni, uzdolnieni technicznie, pomysłowi, pracowici, zaradni, zdolni	skrępowani, zapracowani	
Litwini	gościnni, pomysłowi, przyjaźni, sympatyczni	niegrzeczni	sąsiedzi
Łotysze	gościnni	fałszywi	
Niemcy	bogaci, oszczędni, perfekcjonaliści, punktualni, czyści, solidni, zdyscyplinowani, zorganizowani, zasadniczy	denerwujący, niesympatyczni, wredni, przemądrzali, szorstcy, szwaby, egoiści, wyniośli,	
Norwedzy	ciekawi, ekologiczni, pogodni, schludni, tolerancyjni, życzliwi		blondyni
Ormianie	religijni	groźni, straszni	
Rosjanie	gościnni, otwarci, potężni, rozśpiewani, są ok, tolerancyjni	alkoholicy, brak pewności siebie, despotyczni, dziwni, fałszywi, głośni, mocne głowy, przemytnicy, zamknięci	sąsiedzi
Serbowie		biedni	walczący
Słowacy	perfekcjonaliści, przyjaźni	lubiący piwo	

cd. tab 1

NARÓD	PRZYPISYWANE CECHY I SŁOWA KOJARZACE SIĘ Z DANYM NARODEM		
	POZYTYWNE	NEGATYWNE	OBOJĘTNE
Szwedzi	otwarci, pomocni, porządni, przyjaźni, tolerancyjni, życzliwi	uparci	
Turcy	dobrze gotujący, przyjaźni	agresywni, cwaniacy, dyktatura rodzinna, głośni, porywacze	
Ukraińcy	pracowici, radośni	biedny, głośni, groźni, tirówki	
Węgrzy	lubiący śpiewać, łagodni, otwarci, wiodący spokojne sielskie życie	głośni, trudni do zrozumienia	
Wietnamczycy	porządni, pracowici, szybcy, dobrze gotujący	biedni	skośnoocy
Włosi	gorąca krew, otwarci, przyjaźni, radośni, religijni, rodzinni, są super, szarmanccy, zdrowi, szczęśliwi, towarzyscy	głośni, konfliktowi, lekkoduchy, makaroniarze, podrywacze, porywczy, roztrzepani, zazdrośni	
Żydzi	bogaci, mądrzy, dumni, przedsiębiorczy, poważni, religijni, zaradni	chciwi, skąpi, cwaniacy, fanatycy, interesowni, oszuści, wyniośli, zbrodniarze	brodacze

Społeczny obraz osób uzależnionych od narkotyków/dopalaczy

Z reguły (Knapik [18]) uważa się, iż uzależniają się zwykle osoby, które mają problemy z otaczającym ich światem, których przeraża ich rzeczywistość, którzy uciekają od własnych, prawdziwych emocji, z którymi nie mogą sobie poradzić. Osoby uzależnione od narkotyków/dopalaczy są z reguły w pełni świadome zagrożeń, jakie są związane z sytuacją, w której się znajdują. Wiele z nich cierpi nie tylko z powodu własnego uzależnienia, ale także z powodu bólu, jaki sprawiają swoim najbliższym. Zdarza się nawet, że ostrzegają innych przed inicjacją narkotykową [18].

Narkomanem (Wanat [19]) zostaje się po przejściu pewnych etapów: I – wzięcie narkotyku po raz pierwszy, II – eksperymentowanie, dobieranie odpowiedniego dla siebie otoczenia, właściwego narkotyku, dawki umożliwiającej funkcjonowanie w normalnym świecie, III – faza powrotów, kiedy coraz trudniej obyć się bez narkotyków, szuka się towarzystwa ludzi biorących narkotyki i coraz częściej się o nich myśli, aż myślenie o czymś innym staje się coraz mniej możliwe,

IV – uzależnienie – psychiczne (potrzeba powracania do doznań, których doświadczało się po zażyciu narkotyków) i/lub fizyczne (zmiany w organizmie).

Typowy obraz narkomana opisał Petrović (Knapik [18]). W jego opinii narkomani bardzo często posługują się pseudonimami, co pozwala im pozostać bardziej anonimowymi. Posiadają też własny żargon, terminologicznie zapożyczony głównie z języka angielskiego. Ubierają się z reguły w sposób indywidualny, raczej niechlujnie, czasem zgodnie z obowiązującymi trendami mody, czasem naśladując styl kowbojski lub cygański. Nie dbają raczej o higienę, noszą wisiory, kolczyki, korale, bransoletki i najchętniej słuchają muzyki rockowej [cyt. za 18]. Sami lubią grać na gitarze. Ich idole to Jimi Hendrix, Janis Joplin, Brian Jones – gitarzysta „The Rolling Stones", Jim Morrison – lider zespołu „The Doors" i wielu innych, którzy z powodu narkotyków przedwcześnie zakończyli swoje życie. Jednakże dla narkomanów nie było to żadną przestrogą [cyt. za 18].

Lipowicz i Łuczak [20] badaniami objęły łącznie 180 osób, w tym 118 studentów i 62 pracowników socjalnych. Badani za cechy narkomana wskazywali – nerwowość (37,3% – studenci, 35% – pracownicy socjalni), agresywność (35,6% – studenci, 16,7% – pracownicy socjalni) lub uznali, że jest to osoba niebezpieczna (28,8% – studenci, 38,3% – pracownicy socjalni), niezrównoważona (25% – studenci, 25% – pracownicy socjalni), wymagająca pomocy (26,3% – studenci, 21,7% – pracownicy socjalni), żyjąca chwilą (16,9% – studenci, 46,7% – pracownicy socjalni), zagubiona (16,1% – studenci, 16,7% – pracownicy socjalni), ale mająca jeszcze szansę na wyjście z sytuacji, w jakiej się znajduje (15,3% – studenci, 21,7% – pracownicy socjalni). Studenci dodatkowo wypunktowali cwaniactwo (13,6%), bezsilność (15,3%) i zdesperowanie (13,6%), a pracownicy socjalni to, że narkomani to osoby trudne (21,7%), beztroskie (15%), niechlujne (15%) i nieodpowiedzialne (15%) [20].

W badaniach własnych [9] przeprowadzonych w 150-osobowej grupie studentów stwierdzono, iż młodzież w większości nie chciałaby mieć za sąsiada narkomanów (93,3%), nie widzieli ich także jako kolegi na studiach (86%) oraz jako partnera/współmałżonka (27%) [9].

Społeczny obraz osób zakażonych wirusem HIV oraz chorych na AIDS

Hlongwana i Mkhize [21] wskazują na trzy różne poglądy społeczne wobec zakażenia: I – przekonanie, że *zakażenie wirusem to utrapienie dane przez szatana,* II – że to choroba pochodząca od Boga, a III – że to negocjacje pomiędzy Bogiem i szatanem.

Zielazny i wsp. [22] podkreślają, że wiara i wynikająca z niej kultura odgrywają istotną rolę w kształtowaniu zachowań i postaw w stosunku do osób zakażonych wirusem HIV oraz chorych na AIDS. Od początku pandemii wirusa HIV organizacje religijne aktywnie uczestniczą w procesie wyjaśniania przyczyn choroby oraz w zakresie zadań związanych z edukacją społeczeństwa i opieką medyczną nad chorującymi pacjentami. Autorzy [22] zauważają jednak, że pierwsze reakcje społeczności ludzi wierzących często traktowały AIDS jako karę bożą, potępienie grzechu i grzeszników.

Chrześcijaństwo w swoich wartościach (Zielazny i wsp. [22]) z racji nadrzędnego przykazania miłości w opiece nad chorymi ani nie dyskryminuje, ani nie odrzuca osób z HIV/AIDS.

Bleich [23] podkreśla założenia Judaizmu, iż jeżeli nawet każdy pojedynczy *przypadek AIDS jest produktem grzesznego wykroczenia, to jednak w żaden sposób nie można minimalizować naszego obowiązku wobec choroby, bólu i cierpienia*, a każda choroba, *czy będzie to AIDS, choroby serca czy rak, może być zarówno karą boską, ale równie dobrze nie musi nią być*. Zdaniem wielu wyznawców Judaizmu, AIDS to choroba dotycząca bardzo często osób o orientacji homoseksualnej i osób zażywających środki psychoaktywne, będąca dowodem na to, że społeczeństwo nie może bez końca i bezkarnie angażować się w niemoralne zachowania [23].

Stosunek wyznawców Islamu do problematyki HIV/AIDS jest bardziej niechętny niż stosunek wyznawców Chrześcijaństwa czy Judaizmu. W krajach islamskich jest to problem wzbudzający sprzeczne emocje, ale generalnie są one negatywne [22]. Wielu Muzułmanów uważa, iż HIV/AIDS dotyczy tylko tych osób, które swoim zachowaniem sprowadziły na siebie chorobę, a epidemię HIV – jako grzech oraz grzeszne zachowanie (używanie narkotyków, rozwiązłość, seks pozamałżeński, stosunki homoseksualne).

Badania nad stygmatem HIV/AIDS (Wojciechowska [24]) dowodzą, że osoby z HIV/AIDS są kojarzone z napiętnowanymi zachowaniami grup zmarginalizowanych (homoseksualizm i dożylne wstrzykiwanie narkotyków), uznanymi za dewiacyjne, za odpowiedzialne za zarażenie się HIV, za narażające na chorobę zagrażającą życiu.

W badaniach własnych [9] przeprowadzonych w 150-osobowej grupie studentów stwierdzono, iż młodzież w większości nie chciałaby mieć za sąsiada nosiciela wirusa HIV (70%). Nie widzieli go także jako kolegi na studiach (68%) oraz jako partnera/współmałżonka (91,3%) [9].

Cybulski i wsp. [25] badaniami objęli 132 studentów kierunku zdrowie publiczne i okazało się, że w opinii ponad 59% z nich problem HIV/AIDS jest istotny

epidemiologicznie i społecznie w Polsce, a powyżej 75% badanych nie bało się zamieszkania z osobą będącą nosicielem wirusa HIV lub chorą na AIDS.

W badaniu Tana i wsp. [26] prawie 60% respondentów mogłoby żyć wspólnie z osobami zakażonymi w tej samej społeczności, a ponad 36% – utrzymywać takie same kontakty z osobami zakażonymi HIV, jak wcześniej.

W badaniu Gańczak i wsp. [27] 69% respondentów zadeklarowało, że odwiedziłoby znajomego z AIDS, ale jednocześnie 53% stwierdziło, że takie osoby powinny żyć z dala od zdrowej części populacji.

Społeczny obraz homoseksualistów

W piśmiennictwie [28, 29] podkreśla się, iż tradycyjna homofobia *odnosi się do wrogich postaw wobec osób homoseksualnych, które wypływają z moralnych i religijnych przekonań na temat homoseksualizmu,* w przypadku zaś nowoczesnej homofobii, *wrogi stosunek wobec gejów i lesbijek wynika z kolei z postrzegania ich żądań politycznych jako nieuzasadnionych, rzekomego braku dyskryminacji gejów i lesbijek w społeczeństwie oraz postrzeganej niechęci osób homoseksualnych do asymilacji z heteroseksualną większością.*

Górska i Mikołajczak [28] badały postawy 965 respondentów wobec osób homoseksualnych. 29% badanych było przekonanych, że osoby homoseksualne stanowią zagrożenie dla wszystkiego, co dobre, moralne i normalne w społeczeństwie, 35% – że zagrażają polskiej rodzinie, a 36% – że jeśli zdobędą większe prawa, odbędzie się to kosztem „normalnych i moralnych" ludzi. 22% ankietowanych uważało, że osób homoseksualnych powinno się unikać, kiedy to tylko możliwe, 28% uważało takie osoby za niemoralne, a 48% osobom homoseksualnym nie pozwoliłoby na pracę z dziećmi [28]. Najwyższy poziom tradycyjnej homofobii deklarowali w powyższym badaniu mieszkańcy wsi, osoby słabo wykształcone i osoby starsze. Z kolei nowoczesne uprzedzenia wobec osób homoseksualnych nie wiązały się z poziomem wykształcenia, mniej zależały od wieku i miejsca zamieszkania respondentów. Generalnie okazało się, iż ogólny poziom nowoczesnej homofobii był wyższy, niż homofobii tradycyjnej [28].

W badaniu Poleszczuka i wsp. [8] stwierdzono, iż orientacja seksualna jest cechą cudzoziemców najbardziej drażniącą respondentów, zwłaszcza tych najmłodszych (15-24 lat).

Badania przeprowadzane przez CBOS w 2013 roku [20] na reprezentatywnej próbie losowej 1 111 dorosłych mieszkańców Polski wykazały, że 25% respondentów

zna osobiście kogoś o orientacji homoseksualnej. Jedynie 12% badanych uważało homoseksualizm za coś normalnego, a aż 83% uznało go wręcz za odstępstwo od normy. 63% ankietowanych było przekonanych, że pary homoseksualne nie powinny mieć prawa do publicznego pokazywania swojego sposobu życia, 68% nie akceptowało legalizacji małżeństw homoseksualnych, a 87% nie zgadzało się na możliwość adoptowania przez nie dzieci [20]. Natomiast 85% respondentów aprobowało legalizację heteroseksualnych związków partnerskich, a 33% – możliwość sformalizowania ich relacji. 88% ankietowanych twierdziło, że osoby pozostające w stałym związku niebędącym małżeństwem powinny mieć prawo do pochowania zmarłego partnera lub partnerki, a 84% – prawo do uzyskania informacji medycznych i podejmowania decyzji związanych z leczeniem swojego partnera. Możliwość objęcia partnera lub partnerki ubezpieczeniem zdrowotnym akceptowało 75% badanych, 72% opowiedziało się za prawem do dziedziczenia po zmarłym partnerze lub partnerce, 66% za prawem do pobierania renty po zmarłym partnerze lub partnerce, a 62% poparło możliwość wspólnego opodatkowania [20].

W badaniach ankietowych przeprowadzonych przez Borkowskiego [4] okazało się, że niechęć do geja lub lesbijki deklarowało 10% badanych, a aż 77% respondentów nie miało nic przeciwko obecności reprezentanta odmiennej orientacji seksualnej na zajęciach.

W badaniach własnych [9] przeprowadzonych w 150-osobowej grupie studentów stwierdzono, iż młodzież w większości (82,7%) nie chciałaby mieć za sąsiadów homoseksualistów. Nie widzieli ich także jako kolegów na studiach (63,3%) oraz jako partnera/współmałżonka (95,3%).

Morawa i wsp. [31] objęli badaniem 56 pacjentów, u 42% których dominowało przeświadczenie, iż homoseksualizm jest „zboczeniem", a u 39% – że to „choroba". Wśród określeń znalazły się też opinie, że homoseksualizm to „nowa moda" (5%), a 14% badanych łącznie użyło takich określeń jak: „konstrukcja mózgu", „pociąg do tej samej płci", „skłonność psychobiologiczna", „zainteresowanie" oraz „coś naturalnego". Uczucia, jakie budziły w ankietowanych osoby homoseksualne to obojętność (32%), obrzydzenie (23%), współczucie (16%), niechęć (11%), lęk i bezradność (4%), tolerancja (4%), troska, zaciekawienie i sympatia (po 2%). W grupie osób deklarujących się jako tolerancyjne – 76% osób zadeklarowało tolerancję zarówno wobec gejów i lesbijek, 7% – było bardziej tolerancyjnych wobec gejów, a 15% – wobec lesbijek [31]. Największe obawy, na które wskazywali ankietowani w kontakcie z osobą homoseksualną, budził lęk (54%) przed zarażeniem wirusem HIV. 45% ankietowanych twierdziło, że wyznawana przez nich religia nie miała znaczenia w postrzeganiu osób homoseksualnych, w tym 84% było wyznania rzymskokatolickiego, 8% to ateiści, a po 4% – Protestanci i Judaiści [31].

Społeczny obraz chorych psychicznie

Dziwota [32] zauważa, że piętno negatywnego przedstawiania chorych psychicznie w telewizji i prasie celem wzbudzenia sensacji dotyczy nie tylko osób chorujących obecnie lub w przeszłości, a także tych, którzy mieli kontakt z lekarzem psychiatrą, a pozyskaną „etykietę" bardzo trudno jest zmienić, nawet po powrocie pacjenta do tzw. „normalności".

Badania CBOS z 2012 roku [33] wykazały, że w opinii 73% badanych (częściej lepiej wykształconych, mieszkańców miast, najstarszych wiekiem, osób, które zetknęły się z osobami chorymi psychicznie), choroby psychiczne zaliczane są do wstydliwych, które ukrywa się przed innymi. Jednocześnie od roku 2005 liczba respondentów przekonanych o powyższym jedynie nieznacznie zmalała (z 75%). 58% ankietowanych było przekonanych, że chorzy psychicznie mają szanse na wyzdrowienie, 65% deklarowało, że ma życzliwy stosunek do chorych psychicznie, 5% przyznało się do niechęci, a 26% – do obojętności wobec nich. W swoim otoczeniu 37% badanych dostrzegało życzliwe nastawienie do osób chorych, 30% – obojętność, a 21% – niechęć. 74% respondentów (nieco częściej kobiety oraz osoby mające niechętny stosunek do osób chorych psychicznie i źle oceniające swoje warunki materialne) uznało leczenie chorych psychicznie wbrew ich woli za słuszne postępowanie [33] Największa grupa badanych w osobie, która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, nie widziała opiekuna (79%) lub nauczyciela (71%) swoich dzieci. 59% sprzeciwiłoby się temu, aby taka osoba została burmistrzem lub wójtem w ich gminie, szefem w pracy (46%) lub proboszczem w parafii (44%). Jednakże nie mieliby nic przeciwko temu, aby była ich sąsiadem (82%), kolegą w klasie lub grupie studenckiej (76%) bądź bliskim współpracownikiem (68%), współlokatorem na wczasach (51%), a także członkiem rodziny (45%) [33]. Polacy dostrzegali aspekty dyskryminowania osób chorych psychicznie w zakresie prawa do pracy, zatrudnienia (80%), poszanowania godności osobistej (64%), wykształcenia, edukacji (57%), ochrony majątku (57%), sprawiedliwego sądu (46%), w dostępie do opieki społecznej (39%). W przypadku dostępu do opieki zdrowotnej, zdaniem respondentów chorzy psychicznie traktowani są tak jak inni (49%), jednak 32% z nich dostrzegało w tym obszarze dyskryminację pacjentów szpitali psychiatrycznych [33].

Lipowicz i Łuczak [20] badaniami objęły łącznie 180 osób, w tym 118 studentów i 62 pracowników socjalnych. Badani za cechy chorego psychicznie wskazywali – niezrównoważony (51,7% – studenci, 61,3% – pracownicy socjalni), nerwowy (37,3% – studenci, 45,2 % – pracownicy socjalni), wymagający pomocy

(28% – studenci, 41,9% – pracownicy socjalni), zagubiony (27,1% – studenci, 32,3% – pracownicy socjalni), niebezpieczny (28,8% – studenci, 27,4% – pracownicy socjalni) i bezsilny (15,3% – studenci, 24,2% – pracownicy socjalni). Studenci dodatkowo sądzili, że jest to osoba agresywna (22,9%), niezaradna (17,8%), niesamodzielna (16,9%) i nieświadoma (16,1%), a pracownicy socjalni – że nieufna (29%), niecierpliwa (19,4%), przestraszona (17,7%) lub nieszczęśliwa (16,1%) [20].

W badaniu Pankiewicz i wsp. [34] okazało się, iż zdaniem 49,3% niepełnosprawnych fizycznie sytuacja życiowa osób psychicznie chorych jest zdecydowanie gorsza w porównaniu do sytuacji życiowej innych niepełnosprawnych.

Kolejnym problemem jest stygmatyzacja osób z depresją. W literaturze przedmiotu [35-38] podkreśla się, że w 2030 roku depresja będzie na świecie drugą co do częstości przyczyną niepełnosprawności w krajach wysokorozwiniętych, trzecią zaś w krajach niskorozwiniętych. Obecnie dotyczy ok. 450 milionów ludzi na całym świecie, 8% społeczeństw Ameryki, 6,1% populacji w Europie, 6% krajów Pacyfiku i co dziesiątego Polaka [35-38]. Na depresję cierpi ok. 5% populacji na Bliskim Wschodzie, w Afryce Północnej, Europie Wschodniej i na Karaibach [cyt. za 39]. Zachorowalność na depresję jest prawdopodobnie najniższa w Azji Wschodniej, a następnie w Australii, Nowej Zelandii i Azji Południowo-Wschodniej, a najwięcej przypadków diagnozuje się w Afganistanie (1 na 5 osób), a najmniej w Japonii – mniej niż 2,5% [cyt. za 39].

Chociaż zaburzenia depresyjne są powszechne, w wielu społeczeństwach chorzy cierpiący na nią są stygmatyzowani i dyskryminowani. Rzadziej ujawniają swoją chorobę i mają problem z uzyskaniem wsparcia w swoim środowisku. Często, w momencie ujawnienia problemów zdrowotnych w miejscu pracy, spotykają się z wykluczeniem społecznym, w tym z kwestionowaniem ich kompetencji. Zachowania innych osób wobec nich wynikają głównie z panujących ogólnie, krzywdzących stereotypów, dotyczących chorych psychicznie. Niestety te negatywne postawy i sposoby myślenia o depresji są często przyswajane przez samych chorych, a to powoduje obniżenie ich samooceny, nasila trudności w funkcjonowaniu i stanowi dla nich dodatkowe źródło stresu. Podobnie jak w innych chorobach psychicznych, stygmatyzacja dotyka przede wszystkim osoby mieszkające w małych miejscowościach. Powyższe problemy mogą także nasilać masowe media, które często relacjonują problemy osób z zaburzeniami psychicznymi w sposób bardzo wybiórczy i nie zawsze obiektywny [35-38].

Kuzel i wsp. [39] w badaniach poddali analizie opinię respondentów odnośnie do traktowania chorych z depresją przez społeczeństwo. Opinię o tym, że depresja jest odbierana przez otoczenie jako choroba wstydliwa wyraziło 58,5% ogółu badanych, w tym 41% którzy mieli/mają depresję i 60% bez depresji. O tym, że

traktowana jest lekceważąco, przekonanych było 48% ogółu respondentów, w tym 71%, którzy mieli/mają depresję i 46% bez depresji. Depresję jako chorobę społecznie nieakceptowaną postrzegało 32% ogółu badanych, w tym 35% którzy mieli/ mają depresję i 32% bez depresji. Zdaniem 28% ogółu ankietowanych, w tym 24% badanych, którzy mieli/mają depresję i 28% bez depresji twierdziło, że choroba budzi współczucie [39]. 27% ogółu respondentów, w tym 59% badanych, którzy mieli/mają depresję i 24% bez depresji uważało, że depresja jest marginalnie traktowana przez lekarzy pierwszego kontaktu. O tym, że jest społecznie akceptowana przekonanych było 5% ogółu badanych [39].

Społeczny obraz alkoholików

Room [40] podkreśla, że osoby uzależnione od alkoholu zalicza się do drugiej kategorii nosicieli piętna i spotykają się oni z jednej strony z brakiem społecznej akceptacji, marginalizacją i ostracyzmem, a z drugiej z negatywnymi postawami oraz aktami dyskryminacji.

Porównanie wizerunku alkoholika z badań z lat 1997 i 2011 (cyt. za Lipowicz i Łuczak [20]) ewidentnie pokazuje niekorzystne zmiany, ponieważ wówczas pracownicy socjalni zdecydowanie częściej widzieli potrzebę niesienia pomocy alkoholikowi (70%). Autorki [20] swoimi badaniami objęły łącznie 180 osób, w tym 118 studentów i 62 pracowników socjalnych. Badani za cechy alkoholika wskazywali – agresywność (69,5% – studenci, 79% – pracownicy socjalni), nerwowość (28,8% – studenci, 32,3% – pracownicy socjalni), kłótliwość (27,1% – studenci, 24,2% – pracownicy socjalni), niechlujność (26,3% – studenci, 40,3% – pracownicy socjalni), wulgarność (26,3% – studenci, 35,5% – pracownicy socjalni), natrętność (22,9% – studenci, 14,5% – pracownicy socjalni) lub uważali go za człowieka, któremu w życiu nie wyszło (22,9% – studenci, 16,1% – pracownicy socjalni). Pracownicy socjalni dodatkowo wskazywali na takie cechy jak: głośne zachowania (21%), cwaniactwo (17,7%), życie chwilą (16,1%) oraz to że są to osoby niebezpieczne (14,5%), studenci natomiast widzieli w nich także wyłącznie pijaka (22,9%) lub osobę wymagającą (19,5%) lub szukającą pomocy (17,8%) [20].

Wieczorek [41] za cel prowadzonych przez siebie badań postawił m.in. ocenę postrzegania osób uzależnionych od alkoholu. W opinii badanych w społeczeństwie funkcjonuje wizerunek osób uzależnionych od alkoholu związany z ich niskim statusem społecznym i majątkowym, wyglądem oraz stylem życia (np. włóczęgostwem, zbieractwem) [41].

Społeczny obraz osób niepełnosprawnych

Kossewska [42] podkreśla, że na przestrzeni wieków wizerunek osób niepełnosprawnych uzależniony był od aktualnie dominujących poglądów społecznych i filozoficznych – od dyskryminacji, izolacji, segregacji, a nawet eutanazji (faszystowski ustrój narodowosocjalistyczny) po integrację niepełnosprawnych z resztą społeczeństwa [42].

Wobec osób niepełnosprawnych (Larkowa [43]) ludzie przejawiają różne postawy: uczuciową – pozytywną (okazywanie życzliwości i sympatii), pośrednią (współczucie, litość, obojętność) i negatywną (niechęć do widoku inwalidztwa), wolicjonalną – pozytywną (akceptacja, chęć utrzymania kontaktów), pośrednia (przyglądanie się), negatywna (unikanie kontaktu z osobami niepełnosprawnymi) oraz intelektualną – pozytywna (uznanie, szacunek dla osób niepełnosprawnych), pośrednia (ciekawość, zainteresowanie), negatywna (ujemna ocena tych osób). Autorka [43] zwraca uwagę na wpływ pięciu czynników na kształtowanie powyższych postaw, takich jak: środowisko społeczne, warunki ekonomiczne, widok nietypowych cech fizycznych, rodzaje kontaktów z osobami niepełnosprawnymi oraz informacje o tych osobach.

W opinii ankietowanych przez Stankiewicza [44], niepełnosprawni spotykają się na ulicy raczej z nieprzyjemnymi reakcjami, takimi jak: niezdrowa ciekawość (47,83%), obojętność (30,43%), wrogość (8,7%).

Jasińska-Kania i Straszyńska [45] wykazały, iż podlaska młodzież jest generalnie „otwarta" na osoby niepełnosprawne, ale już odnośnie sfery biologicznej i intymnej najwyższy odsetek osób (po 9%), deklarowało negatywny stosunek do nich.

W badaniach ankietowych przeprowadzonych przez Borkowskiego [4] okazało się, że aż 91% młodzieży nie miało nic przeciwko obecności osoby niepełnosprawnej na zajęciach.

Badania własne [46-49] dotyczyły poznania opinii 451 losowo wybranych studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ankietowani pod pojęciem „niepełnosprawność" rozumieli: brak całkowitej sprawności ruchowej (27,7%), trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie (23,5%), zaburzone funkcjonowanie zmysłów (15,3%), potrzebę funkcjonowania z pomocą innych (13,7%), widoczne zniekształcenia ciała (10,2%) lub chorobę psychiczną (9,5%). Pierwszymi słowami (cechami) jakie przychodziły badanym do głowy na określenie osoby niepełnosprawnej było: nieszczęśliwy, nieporadny (87,6%), pokrzywdzony (66,9%), osoba mająca trudne życie (59,6%), bezradny (32,6%), potrzebujący pomocy/opieki (30,2%), niesprawny ruchowo/fizycznie (17,5%), inwalida

(14,8%), poruszający się na wózku inwalidzkim (13,1%), ułomny (12,7%), kaleka – 8,6%, nie znajdujący akceptacji (8,6%), chory (7,9%), upośledzony (2,7%) lub niesprawny ruchowo czy umysłowo (1,1%). Do uczuć wzbudzanych w badanych przez osoby niepełnosprawne należały: chęć pomocy (42,6%), chęć poznania takiej osoby (22,8%), chęć zainteresowania się ich problemami (19,1%), empatia (18,2%), litość (12, 2%), współczucie (4,9%) lub złość (11,3%) [46-49]. Zdaniem 41,9% respondentów stosunek większości ludzi w Polsce do osób niepełnosprawnych jest raczej negatywny. Za najodpowiedniejszy model funkcjonowania osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie badani uznali model integracyjny (osoby niepełnosprawne wśród zdrowych, te same szkoły, miejsca pracy, domy) – 49,7%. Model separacyjny (osoby niepełnosprawne osobno w szkołach, miejscach pracy, domach) preferowało 30,8% badanych. W opinii respondentów niepełnosprawni nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego (63,4%) oraz zawodowego (63,2%). O tym, iż osoby niepełnosprawne są średnio aktywne w życiu zawodowym, przekonanych było 33,3% badanych, a w życiu społecznym – 35,3% [46-49]. Studenci byli w większości przekonani, iż osoba niepełnosprawna powinna zawierać małżeństwo (84,9%), mieć dzieci (82,1%), pracować (88,2%), jeździć samochodem (76,1%), ale nie powinna mieszkać w oddzielnych domach (49,4%). Niepełnosprawni powinni, jeżeli chcą, pracować wszędzie razem ze zdrowymi, ale mieć do tego przystosowane stanowisko pracy (47,5%) lub w specjalnie dla nich zorganizowanych zakładach pracy zatrudniających samych inwalidów i osoby niepełnosprawne (45,2%). Problemy na jakie napotykają niepełnosprawni w codziennym życiu, według badanych, związane są z trudnościami w prowadzeniu gospodarstwa domowego (38,1%), odrzuceniem przez przyjaciół (37,7%), odrzuceniem przez rodzinę (35,3%), z nierealizowaniem marzeń rodzicielskich (34,7%) lub trudnościami w znalezieniu pracy (19,1%) [46-49]. W opinii studentów najtrudniej jest funkcjonować osobom z uszkodzonym narządem ruchu (29,5%), w dalszej kolejności niewidomym (24,2%), niedostosowanym społecznie (21,1%), głuchym (19,7%) i osobom z głębszymi zaburzeniami mowy (19,7%). O tym, iż w każdej szkole powinny być klasy integracyjne, w których uczyłyby się osoby niepełnosprawne z pełnosprawnymi rówieśnikami, przekonanych było 76,1% studentów. Za karaniem parkowania w miejscach przeznaczonych dla osoby niepełnosprawnej przez inne osoby było 86,7% studentów, za kursowaniem w miastach wyłącznie autobusów miejskich dostosowanych do potrzeb osoby niepełnosprawnej – 82,5% badanych, a za wyposażeniem sklepów w podjazdy przeznaczone dla osoby niepełnosprawnej – 91,6% osób. W opinii 52,1% respondentów społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym, a opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach powinni: rodzina (81,2%), przyjaciele/znajomi (25,1%), pracownicy pomocy/

opieki społecznej (19,9%), pracownicy ochrony zdrowia (15,5%), grupy samopomocy (13,3%) i organizacje religijne (7,3%) [46-49]. Zdecydowana większość studentów (42,1%) była przekonana, iż kontakt z osobą niepełnosprawną uczy niesienia pomocy innym, zaś 58,6% – w przypadku gdyby powstała inicjatywa nieodpłatnego pomagania, wyręczania osoby ciężko chorej lub niepełnosprawnej w codziennych sprawach życiowych (np. zakupy, pomoc w domu, drobne naprawy) zdecydowaliby się oni w to włączyć. W przypadku gdyby badani podjęli decyzję o podjęciu się opieki nad osobą niepełnosprawną, to najczęściej chcieliby opiekować się niepełnosprawną młodzieżą (62,3%) i osobą niewidzącą (64,5%), a najrzadziej – niepełnosprawnymi dziećmi (48,6%) i słabosłyszącymi (33,1%) [46-49].

Społeczny obraz seniorów

Wszystkie społeczeństwa (Rasińska i Nowakowska [50]) powinny zrozumieć, zaakceptować i cenić starość.

W opinii socjologów (Szukalski [51]) używanie powszechne słów „stary" lub „starzy", dyskryminuje tę grupę wiekową i sprzyja podziałom, kojarzy się z ubóstwem i zależnością od innych osób, więc bardziej wskazanymi określeniami są „starszy" i „starsi", nie będące oznaką negatywnego podziału osób starszych, jako gorszej kategorii społecznej. Badania Cybulskiego [52] przeprowadzone w grupie 200 gimnazjalistów (grupa I), 200 studentów (grupa II), 200 pensjonariuszy DPS (grupa III) i 200 uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz Uniwersytetu Zdrowego Seniora (grupa IV), wykazały, że ponad 50% ankietowanych gimnazjalistów, 70% studentów, 42,5% pensjonariuszy DPS oraz 58% słuchaczy UTW było zdania, że starość może być okresem pomyślnym i przeważająca część z nich chciałaby dożyć późnej starości. W ujęciu całościowym najwięcej badanych określiło osobę starszą jako babcię (13%) i dziadka (8%), a uwzględniając podział na badane podgrupy, odpowiedzi te dominowały wśród pensjonariuszy DPS i gimnazjalistów [52]. Kolejne sformułowania opisujące starszych ludzi to „choroba" (5,4%) i „senior" (4,1%). W przypadku pierwszej definicji formułowali ją najczęściej studenci UMB, natomiast pojęciem „senior" osobę straszą nazywali najczęściej słuchacze UTW. Wszystkie słowa użyte do określenia osób starszych podzielono na dwie kategorie: pozytywne (np. mądrość, doświadczenie, dobroć, złoty wiek) i negatywne (np. zgred, wapniak, staruch, ramol, próchno czy moher). Prawie 55% ogółu badanych uznało, że ludzie starsi są potrzebni społeczeństwu, w tym 82% słuchaczy UTW, 45,5% uczniów gimnazjum, 51,5% studentów i 40,0% pensjonariuszy DPS [52]. 52,5% respondentów w grupie uczniów

gimnazjum, 58,5% studentów i 67% mieszkańców DPS uznało, że ludzie starsi mogą być obciążeniem dla społeczeństwa, ponieważ ich leczenie pochłania więcej pieniędzy. Ankietowani z młodszych grup wiekowych w mniejszym stopniu, niż respondenci w podeszłym wieku uważali, że seniorzy są ukazywani w mediach w odpowiedni sposób. Niemal 43% ogółu badanych było zdania, że seniorzy nie są szanowani przez społeczeństwo, a nieco mniejszej liczbie ankietowanych (39,6%) trudno było powiedzieć, czy osoby starsze są szanowane przez społeczeństwo, czy też nie [52]. W opinii 34,5% gimnazjalistów oraz 47% uczestników UTW ludzie na ogół odnoszą się do osób starszych obojętnie, a według studentów (48%) oraz mieszkańców DPS (43,5%) społeczeństwo jest wobec osób w podeszłym wieku życzliwe. Większość gimnazjalistów (48,5%), studentów (71%) oraz słuchaczy UTW (63,5%) była zdania, że łatwiej jest przeżyć starość w Polsce aniżeli w krajach Europy Zachodniej [52]. Ponad 40% osób z grupy II uznało, iż pracownicy urzędów wykazują niechętny stosunek do osób starszych. Więcej niż jedna trzecia respondentów grupy III nie potrafiła ocenić podejścia urzędników do seniorów. Ankietowani ogółem uważali, że osoby pracujące w sklepach (45,3%), restauracjach (35,1%) oraz w instytucjach kultury (kino, teatr, filharmonia) (38%) wykazują postawy życzliwości względem osób starszych, zaś przechodnie (47,4%) i osoby korzystające ze środków komunikacji miejskiej (35,5%) traktują osoby w podeszłym wieku obojętnie [52]. Prawie 45% gimnazjalistów i ponad połowa respondentów z pozostałych badanych grup (64,5% – studenci, 57% – pensjonariusze DPS, 53,5% – słuchacze UTW) uważało, że osoby w podeszłym wieku narzekają na starość. Wśród pensjonariuszy DPS 33% badanych uważało, że mężczyźnie łatwiej jest być samemu, a tylko 0,5% mniej udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć". W grupie studentów UTW 55,5% ankietowanych było zdania, iż zdecydowanie łatwiej jest funkcjonować w społeczeństwie samotnym mężczyznom niż kobietom. W grupach respondentów młodszego pokolenia, tj. gimnazjalistów i studentów przeważała odpowiedź „płeć nie ma znaczenia" (odpowiednio 47,5% i 48%). Zdaniem 37,6% wszystkich respondentów osoby starsze powinny mieszkać razem z rodziną, a według 36,5% ogółu badanych – w swoim domu bądź mieszkaniu [52].

Społeczny obraz bezdomnych

W opinii społecznej (Lech [53]) panuje swoiste przekonanie, że bezdomność jest w jakimś sensie świadomym wyborem lub co najmniej jest zawiniona, stąd pomoc dla bezdomnych traktowana jest często jako niesprawiedliwa czy zmarnowana.

W literaturze przedmiotu (Przemeński [54]) bezdomni to osoby w najcięższym położeniu, a wśród nich ci, którzy w części piśmiennictwa światowego określani są jako „bezdomni uliczni" (*street homeless)* i „bezdomni schroniskowi" (*shelter homeless)*. W skład powyższej populacji wchodzą ludzie zaspokajający swoje potrzeby paramieszkaniowe w różnego rodzaju obiektach niemieszkalnych (np. bunkry, zsypy, rury ciepłownicze, kolektory ściekowe) i ci, którzy znaleźli schronienie w różnego typu placówkach dla bezdomnych (np. noclegownie, schroniska, hostele). Przemeński [54] wyróżnia bezdomnych płytko – osoby, które są w zasadzie zdolne do samodzielnego życia w formach społecznie akceptowanych, a brak własnego dachu nad głową jest uwarunkowany przyczynami, którym nie mogą zapobiec własnym staraniem. Bezdomni głęboko to osoby w danym okresie czasu niezdolne do samodzielnego życia w społecznie akceptowanych formach z uwagi na desocjalizację (nieprzystosowanie społeczne), zaburzenia psychiczne, zniedołężnienie, pogrążenie w nałogach, negatywny stygmat społeczny po wieloletnim więzieniu itp. [54].

Lipowicz i Łuczak [20] badaniami objęły łącznie 180 osób, w tym 118 studentów i 62 pracowników socjalnych. Badani za cechy bezdomnego wskazywali – wymagający pomocy (22,9% – studenci, 38,7% – pracownicy socjalni), żyjący chwilą (22% – studenci, 21% – pracownicy socjalni), zagubiony (16,1% – studenci, 19,4% – pracownicy socjalni), niechlujny (50,8% – studentów, 40,3% – pracownicy socjalni), człowiek któremu w życiu nie wyszło (41,5% – studentów, 46,8% – pracownicy socjalni), biedny (38,1% – studentów, 17,7% – pracownicy socjalni), samotny (30,5% – studentów, 29% – pracownicy socjalni), nieszczęśliwy (23,7% – studentów, 24,2% – pracownicy socjalni) lub określali go jako włóczęgę (16,9% – studentów, 25,8% – pracownicy socjalni). Studenci dodatkowo uważali, że jest to osoba zrezygnowana (19,5%) i zdesperowana (13,6%), a pracownicy socjalni, że to człowiek bierny (14,5%), wycofany (14,5%) lub pijak (14,5%) [20].

Potoczne charakterystyki osób bezdomnych (Nowakowska [55]) są bardzo zróżnicowane, ale najczęściej funkcjonują takie stereotypowe określenia, jak np. menele, lumpy, alkoholicy, kloszardzi, złodzieje, brudasy, degeneraci, margines społeczny, wyrzutki, budzący wstręt, trzeba się ich wstydzić i bać. Za aktywność osób bezdomnych uważa się picie alkoholu, zbieranie puszek, żebranie, grzebanie w śmietnikach i zaczepianie porządnych obywateli. Wyniki badań [55], które dotyczyły deklarowanego poczucia wstydu przez osoby bezdomne wykazały, że odczuwa go aż 46,9% osób, jednakże nie z powodu swojego wyglądu (6,5%), ale głównie z bycia kojarzonym z grupą bezdomnych (53,8%) lub konieczności zamieszkiwania w schronisku/noclegowni (39,7%). Prawie 60% bezdomnych odczuwało osamotnienie w zaistniałej sytuacji, a w grupie osób bezdomnych do 25. roku życia aż 54,5% miało poczucie niskiej wartości [55].

Łodzianie badani przez Bartczaka i wsp. [56] bezdomnego kojarzyli najczęściej z osobą brudną (82,9%), nieodpowiedzialną (56,4%), nieszczęśliwą (60,5%), niezaradną (54%) i leniwą (47,6%). Wyróżnili także następujące określenia bezdomnych, które podzielili na kilka grup: neutralne (bezdomny, osoba bez dachu nad głową, kloszard), odzwierciedlające tryb życia bezdomnego (*łazik, wędrowiec*, w*łóczęga* itp.), będące zdrobnieniami zwykle przestarzałych imion (Edzio, Pawełek, Henio itp.), opisujące wygląd (*śmierdziuch,* brudas, fleja, *łachmaniarz,* obdartus itp.), odnoszące się do sposobu zarobku (*śmieciarz, złomiarz,* graciarz), związane z nałogami (pijus, pijaczek *ćpun*, itp.), dotyczące postrzeganych osiągnięć życiowych bezdomnego (niedojda, nieudacznik, *życiowa łamaga*), odnoszące się do dyspozycji osobowościowych (nierób, cwaniak) oraz określenia ogólnikowe o zdecydowanym podłożu negatywnym (*żul,* menda, bej) [55]. W opinii łodzian [56] osoby bezdomne są zdecydowanie częściej krzywdzone i wyśmiewane (84,7%), bardziej bezradne i skłonne do samobójstwa (55,8%), bardziej uciążliwe i trudne we współżyciu (62,6%). Głównym źródłem ich dochodu jest zbieranie makulatury i złomu (70,6%) lub jałmużna (23,5%). Osoby bezdomne budziły u respondentów, częściej wśród kobiet (74,3%) niż u mężczyzn (62,2%), lęk przed dotykiem i ewentualnym zakażeniem, przeniesieniem się choroby skóry. Typowy bezdomny zdaniem ankietowanych, to mężczyzna (91,9%), powyżej 30 lat (95,2%), którego wykształcenie nie przekracza średniego (72,3%), wychowujący się z jednym rodzicem lub bez rodziców (46%), bez stałego związku partnerskiego (73,8%), ale posiadający dzieci (58,2%) [56].

Szluz [57] badania na temat percepcji problemu bezdomności przeprowadziła wśród mieszkańców bloków socjalnych w Tarnobrzegu. W ich opinii bezdomny to człowiek bezrobotny, czasem pracujący dorywczo, przebywający na dworcu, z reguły nietrzeźwy, zaniedbany i w zniszczonej odzieży, czasem korzystający ze schroniska i zawsze potrzebujący pomocy [57].

W badaniach własnych [58-61] dokonano oceny postrzegania bezdomnych w grupie losowo wybranych 420 osób, w tym – 120 gimnazjalistów (grupa I), 100 licealistów (grupa II), 100 studentów (grupa III) i 100 dorosłych pracujących (grupa IV) i wykorzystano w nim autorski kwestionariusz ankietowy. W opinii badanych bezdomny to z reguły mężczyzna (78,3% grupy I, 83% grupy II, 82% grupy III, 67% grupy IV), osoba starsza (80% grupy I, 75% grupy II, 51% grupy III, 34% grupy IV), stanu wolnego (50% grupy I, 62% grupy II, 47% grupy III, 58 grupy IV), z większego miasta (49,2% grupy I, 55% grupy II, 45% grupy IV i 67% grupy V), z wykształceniem zawodowym (39,2% grupy I, 50% grupy II, 40% grupy III, 80% grupy IV). Pierwszymi słowami, jakie kojarzyły się z bezdomnymi większości badanym z grupy I, były: biedny (80,1%) i nieszczęśliwy (55,8%), z grupy II: brudny

(56%) i biedny (5%), z grupy III: brudny (73%), biedny (60%), cuchnący (42%), a z grupy IV – samotny (85%), wymagający wsparcia, pomocy (84%) i brudny (68%) [58-61]. Bezdomny, zdaniem badanych, trudni się przede wszystkim zbieraniem złomu (83,3% z grupy I, 76% z grupy II, 77% z grupy III i 43% z grupy IV), żebraniem (68,3% z grupy I, po 68% z grupy II i III, 32% z grupy IV) lub zbieraniem makulatury (35,1% z grupy I, 60% z grupy II, 52% z grupy III). Przyczyn utrzymywania się bezdomności respondenci dopatrywali się przede wszystkim w braku miejsc pracy (46,7% z grupy, 36% z grupy II, 86% z grupy IV) i konfliktach w rodzinie (38,3% z grupy I, 42% z grupy II, 75% z grupy IV), a z grupy III – w braku zaradności ludzi (38%) i niechęci do szukania pracy (36%). Zdaniem badanych z grupy I najważniejszym poziomem wyizolowania bezdomnych jest poziom indywidualny – 42,5%. W opinii respondentów z grupy II i III – społeczny (odpowiednio po 45% i 48%), a w opinii grupy IV – instytucjonalny – 57% [58-61].

Problemy z pacjentem „innym" w opinii pracowników ochrony zdrowia

Adamiec [62] podkreśla, że chętniej pomaga się osobom, które budzą pozytywne uczucia, wykazują cechy postrzegane jako przyjemne, są atrakcyjne pod względem fizycznym lub spełniają jeszcze inne warunki, które uprawniają do myślenia o nich w kategoriach „my".

W literaturze przedmiotu [36, 63] podkreśla się, iż osoby uzależnione od alkoholu doświadczają stygmatyzacji nie tylko ze strony środowiska społecznego, w którym funkcjonują, ale także od osób pracujących w systemie opieki zdrowotnej oraz że przywiązywanie przez te osoby nadmiernej wagi do niemedycznych aspektów używania alkoholu i narkotyków, postrzeganie związanych z tym problemów w kategoriach moralnych i złego zachowania, w ewidentny sposób pogorszają obraz tej grupy pacjentów [36, 63].

Wykazano [36, 63], że pracownicy placówek leczenia uzależnień, zwłaszcza psychologowie, mają bardziej pozytywny stosunek do pacjentów uzależnionych od alkoholu i narkotyków niż specjaliści zatrudnieni w poradniach zdrowia psychicznego i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. Większy dystans do pracy z osobami uzależnionymi obserwuje się wśród lekarzy ogólnych, psychiatrów i pielęgniarek [36, 63].

Badani przez Wieczorka [36] także zwrócili uwagę, że osoby uzależnione od alkoholu są społecznie stygmatyzowane, a „etykietka alkoholika" jest im nadawana i utrwalana także przez terapeutów, którzy stawiają diagnozę medyczną.

W badaniu Lipowicz i Łuczak [20] niepokojący wydaje się fakt, iż osoby pracujące lub które w przyszłości będą pracować z grupą osób uzależnionych od alkoholu, przypisywały najczęściej tej grupie określenia o charakterze pejoratywnym, postrzegały je jako osoby, z którymi kontakt wywołuje duży dyskomfort i często negatywnie (szczególnie w grupie pracowników socjalnych) oceniały ich powierzchowność. Jak zauważają autorzy [20], może to świadczyć, iż w badanej grupie więcej jest osób unikających kontaktu niż gotowych udzielić autentycznego wsparcia.

Celem badań (Karwat [64]) było m.in. poznanie stosunku personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS. Okazało się, iż aż 71% respondentów odczuwało niechęć, a 77,6% miało negatywny stosunek w stosunku do osób seropozytywnych, 50% respondentów odczuwało strach przed kontaktami z nimi, 61,8% nie wyrażało gotowości do podjęcia pracy z takimi osobami, 57,9% kojarzyło problem HIV/AIDS z tzw. „grupami ryzyka" i w odniesieniu do nich często używali sformułowań: „patologia" i „osoby z marginesu" [64].

Badania (Żok [65]) w grupie 430 gejów, lesbijek oraz osób biseksualnych wykazały, iż swoją orientację ujawniło tylko 14% osób nieheteroseksualnych korzystających z usług pracowników ochrony zdrowia. Autorka [65] za przyczynę takiej sytuacji uznaje fakt, iż w ponad 40% przypadków lekarze z góry zakładają heteroseksualną orientację pacjentów.

W badaniach Cybulskiego [52] przeprowadzonych w grupie 200 gimnazjalistów (grupa I), 200 studentów (grupa II), 200 pensjonariuszy DPS (grupa III) i 200 uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz Uniwersytetu Zdrowego Seniora (grupa IV) stwierdzono, że według badanych z I grupy (40,0%) i grupy III (49,5%) – personel medyczny traktuje seniorów życzliwie, a 30,0% osób z grupy II oraz 49,0% z grupy IV – obojętnie.

Kułak i wsp. [66] badali postawy grupy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych. Pierwszymi słowami, jakie przychodziły do głowy respondentom na określenie osoby niepełnosprawnej były: „potrzebujący pomocy/opieki" (19,2%), „kaleka" (12,5%) i „niesprawny ruchowo/fizycznie" (11,5%). Rzadziej padały: „inwalida" (7,7%), „niesamodzielny" (4,8%), „sprawny inaczej" (3,8%), „ułomny" (2,9%), „chory", „pokrzywdzony", „mający trudności w adaptacji", „poruszający się na wózku inwalidzkim" (po 1,9%) lub „odważny", „bezradny", „nieszczęśliwy", „spowolniały", „mający trudności w znalezieniu pracy" (po 0,96%). W badanych pielęgniarkach osoba niepełnosprawna wzbudzała różne uczucia, w tym takie jak: chęć pomocy (65,4%), empatii (23,1%), zainteresowania się jej problemami (17,3%), chęć poznania takiej osoby lub litość (po 4,8%). Zdaniem większości ankietowanych osoby niepełnosprawne powinny zawierać małżeństwa

(81,7%), mieć dzieci (62,5%), powinny pracować (98,1%) i nie powinny mieszkać w oddzielnych domach (91,3%). Respondentki w 40,4% twierdziły, iż stosunek większości ludzi w naszym kraju do osób niepełnosprawnych jest dość dobry [66]. Opiekować się ludźmi niepełnosprawnymi, wspomagać ich w codziennych sprawach powinni przede wszystkim: rodzina (79,8%), pracownicy pomocy/opieki społecznej (30,8%), przyjaciele/znajomi (24,0%) i grupy samopomocy (22,1%). Społeczeństwo nie jest gotowe do udzielania pomocy niepełnosprawnym zdaniem 54,8% pielęgniarek. Nie mają pełnego dostępu do wszystkich dziedzin życia społecznego (77,9%) oraz zawodowego (78,8%). Większość badanych pielęgniarek raczej podjęłaby się opieki nad przewlekle chorymi (38,5%), niedowidzącymi (42,3%), niewidomymi (39,4%), słabosłyszącymi (42,3%) głuchymi (38,5%), z widocznymi zniekształceniami, oszpeceniami ciała (27,9%), niepełnosprawnymi ruchowo (41,3%) oraz z wadami wymowy (43,3%). Najchętniej badane opiekowałyby się niepełnosprawną młodzieżą (68,2%), niepełnosprawnymi dziećmi (67,3%), niepełnosprawnymi dorosłymi (67,3%), a rzadziej niepełnosprawnymi osobami starszymi (59,6%). Najwięcej (42,3%) oporów pielęgniarki miały przed opieką nad osobami z niedorozwojem umysłowym, bez względu na wiek podopiecznych [66]. Pielęgniarki za grupy niepełnosprawnych, którym najtrudniej jest funkcjonować, uznały osoby z: uszkodzonym narządem ruchu (31,7%), niedostosowanych społecznie (25,0%), z głębszymi zaburzeniami mowy (10,6%) lub osoby niewidome (15,4%) i głuche (3,8%). W opinii 53,8% respondentów kontakt z osobą niepełnosprawną stwarza możliwość poznania ich problemów, uczy niesienia pomocy – 42,3% i daje satysfakcję moralną wyniesioną ze spotkań z nimi – 25,96% [66].

Nowy problem w sprawowaniu opieki medycznej związany jest ze znaczącym wzrostem ruchów migracyjnych, dlatego też posiadanie kompetencji kulturowych przez pracowników ochrony zdrowia należy uznać za niezwykle istotną wartość, wpływającą na ocenę jakości świadczonych przez nich usług zdrowotnych.

Harmsen i wsp. [67] zwracają uwagę, że uwarunkowania kulturowe wpływają na wartości, przekonania, zachowania w zakresie zdrowia oraz dobrego samopoczucia (sposób postrzegania zdrowia/choroby, rodzaj występujących problemów zdrowotnych, reakcje na chorobę i interwencje medyczne), na sposoby korzystania z opieki zdrowotnej, oczekiwania wobec niej oraz dostęp do usług zdrowotnych. W związku z tym pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi różnorodności kulturowej pacjentów i posiadać umiejętności odpowiedniego postępowania w relacjach z pacjentem reprezentującym odmienną kulturę [67].

Gliszczyński i Cianciara [68] badaniem objęli 141 lekarzy odbywających szkolenie w zakresie zdrowia publicznego w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Mieli oni m.in. wskazać, na jakie

trudności natrafiają w kontaktach z pacjentami obcokrajowcami. Za najbardziej kłopotliwe wskazywali kwestie formalne – związane z ubezpieczeniem zdrowotnym. 65,1% badanych miało trudności w określeniu, czy pacjent jest ubezpieczony i na jakich zasadach, a 54,1% nie wiedziało, jakie są ogólne zasady ubezpieczenia w NFZ pacjentów obcokrajowców. 60% lekarzy miało trudności językowe w porozumiewaniu się z pacjentem obcokrajowcem, 29,4% – problemy związane z niestosowaniem się przez pacjentów obcokrajowców do zaleceń, 26% trudności na podłożu kulturowym, a 20,3% – polegające na tym, że pacjent miał inne wyobrażenie o roli lekarza [68]. Z rzadką w polskich warunkach chorobą u obcokrajowca miało do czynienia 7,7% ankietowanych lekarzy. Inne trudności, takie jak: agresywne zachowanie chorego, kłopoty z uzyskaniem zgody na procedurę czy kwestionowanie kompetencji dotyczyło 20% respondentów. Badani lekarze zwracali także uwagę na takie zachowania pacjentów obcokrajowców, jak: uprzejmość (56%), okazywanie szacunku (39,7%), brak postaw roszczeniowych (31,2%) oraz stosowanie się do zaleceń (20,6%), punktualność (11,3%), płacenie za wizytę z własnej kieszeni (9,2%), dbałość o zdrowie i wykonywanie przez nich badań profilaktycznych (7,8%), sprzyjanie kontaktów z pacjentami obcokrajowcami rozwojowi zawodowemu (3,5%). Żadnych pozytywnych stron leczenia pacjentów obcokrajowców nie doceniało 21,3% badanych [68]. Aż 66,7% lekarzy wśród złych stron leczenia pacjentów obcokrajowców wskazywało brak pewności, czy pacjent rozumie, o czym mówi się mu w czasie wizyty. Tego, że są to pacjenci „jednorazowi" obawiało się 51,1% respondentów. 24,8% nie podobało się to, że trzeba obcokrajowców leczyć na *cito*, a 34,8% to, iż przychodzą w zaawansowanym stadium choroby, której często towarzyszą inne, czasem nietypowe dolegliwości. Za inne złe strony wizyt w gabinetach lekarskich obcokrajowców wskazywano brak dokumentacji i ubezpieczenia, niestosowanie się do zaleceń oraz trudności w porozumieniu (5,0%). Jedynie 5,7% ankietowanych nie dostrzegało żadnych złych stron leczenia obcokrajowców [68].

„Inny" jako personel medyczny

W literaturze [69-74] wymienia się kilka grup zawodowych, których przedstawiciele uznani zostają za szczególnie podatnych na uzależnienie i jedna z nich obejmuje pielęgniarki oraz lekarzy, lekarzy dentystów, stażystów po studiach medycznych z uwagi na fakt, iż często sami podejmują się swojego leczenia i kontrolują przyjmowaną dawkę, stąd łatwo tracą obiektywizm.

Benton [69] zwraca uwagę, iż pracownicy ochrony zdrowia są w swojej pracy zorganizowani, profesjonalni, stąd często nie podejrzewa się ich o to, że mogą mieć problem z uzależnieniem, a wręcz uważa się, iż lekarze są zbyt dobrze wykształceni, wysoce moralni i inteligentni, aby być alkoholikami.

Bissel i Haberman [74] zauważają, że lekarze i pielęgniarki, którzy są uzależnieni od alkoholu, często podają, iż by złagodzić objawy abstynencyjne, sięgali także po leki poprawiające nastrój i substancje psychoaktywne wydawane na receptę.

Szacuje się [cyt. za 73], iż w Polsce prawdopodobnie około 12 tysięcy lekarzy jest uzależnionych, a odsetek lekarzy, u których występuje uzależnienie od narkotyków waha się od 10 do 15%.

W badaniu przeprowadzonym w 2015 roku [75] w grupie 2 216 Polaków, w przekroju grup zawodowych problem alkoholowy dotyczył 12,6% lekarzy i lekarzy dentystów oraz 3,4% pielęgniarek i położnych, a 7,5% lekarzy i lekarzy dentystów oraz 1,4% pielęgniarek i położnych sięgało po alkohol przy kłopotach.

Badania porównujące spożywanie alkoholu w zawodach medycznych i niemedycznych (Purandare [73]) sugerują, iż u lekarzy występuje nie tylko większe ryzyko uzależnienia od alkoholu i innych substancji, ale także wyższe typowe dla zjawiska nadużywania alkoholu problemy, jak np. śmiertelność z powodu marskości wątroby.

Niestety, problem zażywania substancji psychoaktywnych ma z reguły już swój początek na studiach.

Purandare [732] badaniem objęła 245 lekarzy stażystów, z czego 94,3% deklarowała spożywanie alkoholu, w tym ponad 7% częste. 10 osób przyznało, że po podjęciu pracy zawodowej konsumuje więcej alkoholu. Średnie spożycie porcji standardowych alkoholu (10 gramów czystego etanolu) na dzień wahało się od ok. 1,5 w przypadku piwa i mocnych alkoholi do 2,5 w przypadku wina. W ciągu ostatniego miesiąca 36 osób co najmniej jeden raz doprowadziło się do stanu zamroczenia alkoholem. Analiza testem alkoholowym CAGE wykazała, iż 61 osób odpowiedziało twierdząco na co najmniej jedno pytanie testu, a u 30 osób wynik testu zasugerował wysokie prawdopodobieństwo występowania problemów z alkoholem [73]. Dwanaście osób zadeklarowało także zwiększenie, po podjęciu pracy zawodowej, ilości przyjmowanych leków, z czego trzy potwierdziły, że przyjmują ich więcej. Do zażywania narkotyków przyznało się w ankiecie 14 osób, głównie marihuany, ale także kokainy, opiatów i środków wziewnych. Nikt z badanych nie zadeklarował codziennego spożywania narkotyków [73].

Badania CBOS z 2012 roku [33] wykazały, iż 62% respondentów sprzeciwiłoby się temu, aby osoba, która chorowała psychicznie i leczyła się w szpitalu psychiatrycznym, została ich lekarzem.

Morawa i wsp. [31] badali opinie pacjentów na temat homoseksualnych pracowników ochrony zdrowia. Pomimo, iż 75% badanych określiło się jako osoby tolerancyjne, to pracę w szpitalu homoseksualnej pielęgniarki i homoseksualnego pielęgniarza aprobowało tylko 45% osób badanych. W opinii badanych homoseksualni pielęgniarka (57%) lub pielęgniarz (61%) nie powinni pracować z dziećmi oraz na bloku operacyjnym (25% badanych). Zakaz wykonywania zawodu pielęgniarki przez kobietę homoseksualną wprowadziłoby 11% respondentów, natomiast przez homoseksualnego mężczyznę – 14% badanych [31]. 52% badanych było przekonanych, że opieka sprawowana przez homoseksualną pielęgniarkę lub homoseksualnego pielęgniarza nie jest gorsza w porównaniu do heteroseksualnego pracownika. Za bardziej opiekuńczego uznano homoseksualnego pielęgniarza (5%) niż pielęgniarkę (4%). W przypadku pobytu w szpitalu 23% osób wyraziło niechęć do współpracy z homoseksualną pielęgniarką, a 34% z homoseksualnym pielęgniarzem. Na pobranie krwi zarówno homoseksualnym pielęgniarce i pielęgniarzowi nie zgodziłoby się 24%, a na wykonanie toalety ciała 53% respondentów. Niechętnie nastawionych do homoseksualnej pielęgniarki było 9% ankietowanych kobiet, a 16% do homoseksualnego pielęgniarza. W przypadku mężczyzn negatywne nastawienie do homoseksualnego pielęgniarza miało 18% badanych, a do a do homoseksualnej pielęgniarki –14% [31].

Podsumowanie

Człowiek staje się tolerancyjny wtedy, kiedy tolerancja stanowi sens życia istniejących obok niego ludzi i słowo to nie stanowi jedynie pustego hasła. Człowiek uczy się tolerancji niejako mimowolnie, bez szermowania wielkimi i wzniosłymi hasłami, tolerancja oddycha w środowisku ludzi tolerancyjnych.
Górniewicz [76]

Wyniki zaprezentowanych badań wskazują na występowanie trudności w kontaktach pracowników ochrony zdrowia z pacjentami obcokrajowcami, związanych przede wszystkim z kwestiami administracyjnoprawnymi, komunikacją i odmiennym postrzeganiem roli lekarza. Powyższe wymaga wypracowania strategii działania systemu ochrony zdrowia w stosunku do pacjentów cudzoziemców

Pokazują także, że podopieczni placówek medycznych i pomocy społecznej mogą być narażeni na dyskryminację i negatywną schematyzację ich wizerunku

i w związku z tym należy oczekiwać od profesjonalistów medycznych, jak podkreśla Lipowicz i Łuczak [20], że *w takiej sytuacji spojrzą na drugiego człowieka przez pryzmat obiektywnych kryteriów*.

Istotne jest także, iż w grupie pacjentów „innych" najbardziej niekorzystnie rysuje się obraz osoby uzależnionej od alkoholu lub narkotyków, a najbardziej neutralnie przedstawia się obraz bezdomnego.

Piśmiennictwo

1. Hahn H. H., *Stereotypy – tożsamość – konteksty. Studia nad polską i europejską historią*, Wyd. Poznańskie, Poznań 2011.
2. Hammer H., *Demon nietolerancji*, WSiP, Warszawa 1994.
3. Ambrosewicz-Jacobs J., *Tolerancja – jak uczyć siebie i innych*, Leyko, Kraków 2004.
4. Borkowski R., *Tolerancja i nietolerancja*, BIP, 2003, 116, 1-12.
5. Kowalczuk K., *Polacy wobec problemu uchodźctwa*, Raport CBOS, 81/2015, Warszawa 2015, 6, 1-7.
6. Boguszewski R., *Zmiany nastawienia Polaków do innych narodów*, Raport CBOS, 113/2015, Warszawa 2015, 7, 1-9.
7. Omyla-Rudzka M., *Tożsamość narodowa i postrzeganie praw mniejszości narodowych i etnicznych*, Raport CBOS, 106/2015, Warszawa 2015, 7, 1-15.
8. Poleszczuk J., Sztop-Rutkowska K., Kiszkiel Ł., Klimczuk A., Mejsak R. J., *Diagnoza postaw mieszkańców Białegostoku w zakresie tolerancji*, Fundacja SocLab, Białystok 2013.
9. Krajewska-Kułak E., Shpakau A., Kułak W., Kułak A., Okurowska-Zawada B., Shpakau A., *Polish and Belarusian students' attitudes toward other nations*, „Progress in Health Sciences", 2012, 2, 29-42.
10. *Raport z seminarium – Zjawisko dyskryminacji pacjentów LGBT*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2014.
11. Grochala B., Wojenka-Karasek M., *Nie taki cudzoziemiec straszny… – obraz cudzoziemca wśród studentów polonistyki*, „Acta Universitatis Lodzensis", 2011, 18, 335-343.
12. Anam R., *Tolerancja Polaków a obcokrajowcy w pracy*, eGospodarka.pl., http://www.egospodarka.pl/33182,Tolerancja-Polakow-a-obcokrajowcy-w-pracy,1,39, 1.html, data pobrania 08.01.2016.
13. Omyla-Rudzka M., *Stosunek do innych narodów*, Raport CBOS 14/2015, Warszawa, 2015, 1, 1-14.
14. Roguska B., *Postrzeganie Żydów i stosunków polsko-żydowskich*, Raport CBOS, 112/2015, Warszawa, 2015, 7, 1-17.
15. Pluta J., *Stereotyp Amerykanina: preferencja określonych wartości a społeczne spostrzeganie cudzoziemca*, „Opuscula Sociologica", 2014, 4, 59-70.
16. Kofta M., *Myślenie stereotypowe i uprzedzenia. Mechanizmy poznawcze i afektywne*, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2004.

17. Stefaniak A., *Postrzeganie muzułmanów w Polsce: Raport z badania sondażowego*, Centrum Badań nad Uprzedzeniami, Warszawa 2015.
18. Knapik W., *Przeobrażenia kulturowe na postawie badań młodzieży studenckiej z małopolski w zakresie narkomanii*, „Ann. Univ. Med. Lodz", 2011, 37, 187-205.
19. Wanat W., *Narkotyki i narkomania odlot donikąd*, Iskry, Warszawa 2006.
20. Lipowicz E., Łuczak A., *Cechy klientów pomocy społecznej w opiniach studentów i pracowników socjalnych – komunikat z badań*, „Rocznik Lubuski", 2013, 39, 143-156.
21. Hlongwana K., Mkhize S., *HIV/AIDS through the lens of Christianity: perspectives from a South African urban support group*, Sahara 2007, 4, 556-563.
22. Zielazny P., Wojtecka A., Zarzeczna-Baran M., *HIV/AIDS w wybranych kulturach judeochrześcijańskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", 2013, 19, 3, 267-271.
23. Bleich J. D., *AIDS. A Jewish perspective*, „Tradition", 1992, 26, 49-80.
24. Wojciechowska J., *Stygmat i dyskryminacja osób żyjących z HIV/AIDS,* „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy", Uniwersytet Rzeszowski**,** 2004, 4, 415-423.
25. Cybulski M., Pawłowska M., Krzyżak M., Karczewski J., Maksymowicz-Jaroszuk J., *Wiedza na temat zakażeń wirusem HIV oraz postawy wobec osób z HIV/AIDS wśród studentów kierunku Zdrowie Publiczne Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", 2012, 93, 618-622.
26. Tan X., Pan J., Zhou D., Wang C., Xie C., *HIV/AIDS knowledge, attitudes and behaviors assessment of Chinese students: A questionnaire study*, Int. Environ J. „Res. Public Health", 2007, 4, 248-253.
27. Gańczak M., Barss P., Alfaresi F., Almazrouei S., Muraddad A., Al-Maskari F., *Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab mirates*, „Adolesc J., Health.", 2007, 40, 572.e1-8.
28. Górska P., Mikołajczak M., *Postawy wobec osób homoseksualnych*, Centrum Badań nad Uprzedzeniami, Warszawa 2014.
29. Morrison M.A., Morrison T.G., *Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women*, „Homosex J.", 2003, 43, 15-37.
30. Feliksiak M., *Stosunek do praw gejów i lesbijek oraz obowiązków partnerskich*, Raport CBOS, BS/24/2013, Warszawa, 2013, 2, 1-16.
31. Morawa K., Padykuła M., Zalewska-Puchała J., *Homoseksualny pracownik ochrony zdrowia w opinii pacjentów*, „Problemy Pielęglniarstwa", 2014, 22, 172-177.
32. Dziwota E., *Stygmatyzacja osób chorych psychicznie*, „Current Problems of Psychiatry", 2014, 15, 18-23.
33. Omyla-Rudzka M., *Stosunek do osób chorych psychicznie*, Raport CBOS, BS/147/2012, Warszawa, 2012,10, 1-17.
34. Pankiewicz P., Erenc J., Lemska M., *Sytuacja społeczna niepełnosprawnych psychicznie postrzegana przez niepełnosprawnych fizycznie. Wyniki badań*, „Ann. Acad. Med. Gedan.", 2002; 32: 185-191.
35. Mojs E., Bartkowska W., Kaczmarek Ł.D. i wsp., *Właściwości psychomotoryczne polskiej wersji skróconej Skali Depresji Kutchera dla Młodzieży (Kutcher Adolescent Depression Scale)-pomiar depresji w grupie studentów*, „Psychiatria Polska", 2015, 49, 135-144.
36. Pełka-Wysiecka J., Samochowiec J., *Depresja – czy faktycznie zróżnicowana farmakoterapia?*, „Psychiatria", 2014,11, 141-147.

37. *Święcicki Ł., Depresja – Zwykła Choroba?*, Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2010.
38. Mathers C., Loncar D., *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*, „PLoS Med", 2006, 3, e442.
39. Kużel A., Krajewska-Kułak E., Śmigielska-Kuzia J., *Percepcja depresji w wybranych grupach społecznych*, MONZ, 2015, 21, 295-302.
40. Room R., *Stigma, social inequality and alcohol and drug use*, „Drug Alcohol Review", 2005, 24, 143-155.
41. Wieczorek Ł., *Stygmatyzacja osób uzależnionych od alkoholu oraz system leczenia uzależnień w Warszawie i w społeczności lokalnej*, „Alcoholism and Drug Addiction", 2015, 28, 103-117.
42. Kossewska J., *Społeczeństwo wobec osób niepełnosprawnych – postawy i ich determinanty*, „Studia Psychologica I", 2003; 14: 1-11.
43. Larkowa H., *Postawy społeczne wobec osób z odchyleniami od normy*, (w:) *Pedagogika rewalidacyjna*, Hulek A. (red.), PWN, Warszawa 1988, 479.
44. Stankiewicz P., *Raport Z Badania Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych*, Stowarzyszenie Pomocy Osobom Z Problemami Emocjonalnymi „SPOZA", Warszawa 2008, 1-16.
45. Jasińska-Kania A., Staszyńska K. M., *Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej*, Biały Kruk, Białystok 2008, 1-196.
46. Krajewska-Kułak E., Kułak W., Łukaszuk C., Lewko J., Lankau A., Van Damme-Ostapowicz K., Rozwadowska E., Kropiwnicka E. Guzowski A., *Postawy studentów kierunku pielęgniarstwo wobec osób niepełnosprawnych*, „Hygeia Public Health" 2011, 46, 335-361
47. Kułak A., Kułak P., Blecharczyk B., *Postawy młodzieży wobec osób niepełnosprawnych*, (w:) *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Lewko J., Kułak W. (red.) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2012, 447-445, t. X.
48. Kułak A., Kułak P., *Postawy studentów fizjoterapii wobec osób niepełnosprawnych,* (w:) *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R, Lewko J. (red.), Duchno, Duchno sp. z o.o., Białystok 2011, t. IX, 231-243.
49. Żebrowska J. M., Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., *Postawy studentów wydziału nauk o zdrowiu wobec osób niepełnosprawnych*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2012, 20, 4, 487-496.
50. Rasińska R., Nowakowska I., *Obraz ludzi starszych w raportach i zestawieniach*, „Nowiny Lekarskie", 2012, 81, 84-88.
51. Szukalski P., *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*, „Polityka Społeczna", 2004, 2, 13-14.
52. Cybulski M., *Rozprawa doktorska nt. Biopsychospołeczne problemy w funkcjonowaniu osób w podeszłym wieku*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2014.
53. Lech A., Świat społeczny bezdomnych i jego legitymizacje, Biblioteka pracownika socjalnego, Katowice 2007.
54. Przymeński A., *Bezdomność jako kwestia społeczna w Polsce współczesnej*, Wyd. AM w Poznaniu, Poznań, 2011.
55. Nowakowska A., *Społeczne postrzeganie bezdomności. Zjawisko stereotypizacji*, (w:) Dębski M., Stachura K. (red.), *Oblicza bezdomności*, Wyd. Bernardinum Sp. z p o.o., 2007, 37-46.

56. Bartczak J., Bernacka A., Janik J., Kulczyńska A., Kwiatkowska A., Lipiec M., Olczyk A., Rostocki J., Rygier K., Skiba P., Zieja A., Zygmunt E., *Postawy łodzian wobec bezdomnych*, 1-41, www.eksoc.uni.lodz.pl/is/lodzianie-o-bezdom.pdf, data pobrania 15.01.2016.
57. Szluz B., *Bezdomność w opinii mieszkańców bloków socjalnych*, „Seminare", 2010, 28, 113-124.
58. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Rozwadowska E., Lewko J., Łukaszuk C. R., Rolka H. J., Sierakowska M., Szyszko-Perłowska A., Kulmaczewska M. A., Radziejewski P., Moczydłowska A., *Ocena postaw młodzieży wobec bezdomności*, (w:) *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J. (red.), Duchno, Duchno sp. z o.o., Białystok 2011, t. IX, 219-229.
59. Kułak A., Kułak P., Blecharczyk B., Shpakau A., *Postawy uczniów gimnazjum wobec osób bezdomnych*, „Pielęgniarstwo XXI w.", 2011, 37, 11-16.
60. Kułak A., Wejda U., Kułak P., Blecharczyk B., Shpakau A., *Bezdomność w opinii gimnazjalistów i studentów,* „Hygeia Public Health", 2012, 47, 324-349.
61. Wejda U., Krajewska-Kułak E., Kowalewska B., *Ocena postaw studentów wobec bezdomności rodziny,* (w:) W drodze do brzegu życia – t. XI, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, „Duchno" Piotr Duchnowski, Białystok 2013, 687-700.
62. Adamiec M., *Pomaganie – problemy i uwagi,* (w:) *Psychologia pomocy*, Popiołek K. (red.), Skrypty UŚ., Katowice 1996, 7-29.
63. Gilchrist G., Moskalewicz J., Slezakova S., Okruhlica L., Torrens M., Vajd R. et al, *Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study*, Addiction, 2011, 106, 1114-1125.
64. Karwat B.P., *Stosunek personelu pielęgniarskiego nie pracującego w klinikach zakaźnych do osób żyjących z HIV i chorych na AIDS*, Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Społecznego „Stricte", Szczecin 2000.
65. Żok A.: *Przychodzi ktoś do lekarza... – o znaczeniu 'myśli queer' dla ochrony zdrowia*, „Nowiny Lekarskie", 2012, 81, 534-537.
66. Kułak A., Bejda G., Kułak P., Kułak J., *Postawy zawodowo czynnych pielęgniarek wobec osób niepełnosprawnych*, (w:) *W drodze do brzegu życia – tom XII*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red.), Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, „Duchno" Piotr Duchnowski, Białystok 2014, 1386-1399.
67. Harmsen J. A., Bernsen R. M., Bruijnzeels M. A., Meeuwesen L., *Patients' evaluation of quality of care in general practice: what are the cultural and linguistic barriers?*, „Patient Education and Counseling Journal", 2008, 72, 155-162.
68. Gliszczyński W., Cianciara D., *Pacjenci obcokrajowcy w opiniach polskich lekarzy*, „Hygeia Public Health", 2013, 48, 120-124.
69. Benton S.A, *Understanding the High-Functioning Alcoholic Professional Views and Personal Insights*, Westport, Praeger Publishers, 2009.
70. Seppala M.D., Berge K.H., *The Addicted Physician. A Rational Response to an Irrational Disease*, 2010, http://www.minnesotamedicine.com/PastIssues/ PastIssues 2010/ February2010/ClinicalSeppal aFeb2201.aspx , data pobrania 16.01.2016.

71. Kenna G.A., Lewis D.C., *Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare Professional*.,Subst Abuse Treat Prev Policy, 2008, 29; 3:3, doi: 10.1186/1747-597X-3-3.
72. Nace E.P., *Achievement and Addiction. A Guide to Treatment of Professionals*, Brunner/ Mazel INC, New York, 1995.
73. Purandare B., *Socjomedyczne aspekty zażywania substancji psychoaktywnych wśród lekarzy stażystów na terenie Wielkopolski*, Rozprawa doktorska, Poznań 2013.
74. Bissell LeC, Haberman P. W., *Alcoholism in the Professions*, Oxford University Press, New York 1984.
75. Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2015.
76. Górniewicz J., *Kategorie pedagogiczne*, UWM, Olsztyn 1997.

Elżbieta Krajewska-Kułak, Cecylia Łukaszuk, Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Agnieszka Lankau, Mateusz Cybulski

PACJENT ODMIENNY KULTUROWO W OPIECE ZDROWOTNEJ

Świat to wielka wieża Babel. Jedna wieża, w której Bóg pomieszał nie tylko języki, ale także kulturę i obyczaje, namiętności i interesy, i której mieszkańcem uczynił ambiwalentną istotę łączącą w sobie Ja i nie-Ja, siebie i Innego, swojego i obcego [1].

W Polsce, po jej przystąpieniu do Unii Europejskiej, społeczeństwo przestało już być homogeniczne kulturowo, a stało się wielokulturowe, gdyż zaczęło pojawiać się w nim coraz więcej wyznawców innych religii, przedstawicieli innych kultur, cudzoziemców, którzy także coraz częściej korzystają z pomocy medycznej.

Kapuściński [1] uważa, że *wielokulturowość świata jest żywą tkanką, w której nic nie jest dane i określone raz na zawsze, lecz nieustannie przekształca się, zmienia, tworzy nowe relacje i konteksty.*

Wenzel [2] podkreśla, iż w Polsce obcokrajowcy stanowią grupę stosunkowo zróżnicowaną ze względu na pochodzenie etniczne, kulturę, religię i pozycję społeczną i w związku z tym sposób ich postrzegania oraz traktowania jest zjawiskiem złożonym, wielowymiarowym, którego nie można poddawać prostym uogólnieniom.

Leo Moulin [3], belgijski socjolog i pisarz twierdził, że *trzeba maksymalnie respektować w ludziach ich skrajną inność. Ale nierówność zdolności, darów i talentów w żadnym wypadku nie ma pociągać za sobą czynienia różnic w stosunku do osób, traktowania ludzi w sposób nierówny, lecz przeciwnie – sprawiedliwie.*

W literaturze przedmiotu [4, 5] wyróżnia się siedem wymiarów różnic kulturowych, z czego pięć dotyczy stosunku do ludzi, w tym do zasad i norm (uniwersalizm – partykularyzm), do jednostki i grupy (kolektywizm – indywidualizm), sposobu zachowania (emocjonalność – powściągliwość), sposobu postrzegania świata (całościowość – wycinkowość) oraz sposobu wyznaczania statusu (osiąganie – przypisanie), a dwa dodatkowe dotyczą stosunku do czasu oraz do otoczenia

(wewnątrz- lub zewnątrzsterowność). Hofstede [4] sprowadza więc różnice kulturowe do takich wartości, jak: dystans władzy, kolektywizm – indywidualizm, unikanie niepewności, męskość – kobiecość oraz orientacja długo- i krótkoterminowa.

Z uwagi na powyższe, pracownicy ochrony zdrowia, w tym studenci, powinni mieć możliwość zapoznania się i przedyskutowania problemów wynikających z różnic kulturowych swoich podopiecznych oraz zdobyć umiejętność reagowania na nie zgodnie z ich etyką zawodową. Brak wrażliwości pracowników ochrony zdrowia na różnice kulturowe pacjentów może bowiem spowodować zagrożenie dla poszanowania godności osoby pacjenta.

Wielokulturowość (Burszta [6]) to w obecnych czasach problem różnic w obrębie jednego państwa, w którym żyją obok siebie mniejszości etniczne, religijne, seksualne i które domagają się własnego miejsca w kulturze narodowej.

Z badań Instytutu Spraw Publicznych [7] wynika, że to, w jaki sposób personel medyczny w Polsce postrzega obcokrajowców, zależy od kraju ich pochodzenia i formy korzystania ze świadczeń medycznych. Pacjenci pochodzący z Europy Zachodniej oraz Stanów Zjednoczonych, oraz korzystający z prywatnej służby zdrowia, są z reguły odbierani zdecydowanie lepiej niż np. uchodźcy korzystający z usług w ramach umów pomiędzy Urzędem do Spraw Cudzoziemców i świadczeniodawcami [7]. Jak wspomniano w raporcie [7], osoby, które starają się o ochronę międzynarodową, często są uznawane za pacjentów roszczeniowych, kwestionuje się ich prawo do opieki zdrowotnej w Polsce, pracę z nimi ocenia jako wyjątkowo trudną, właśnie z uwagi na różnice kulturowe i nawet zdarzają się wobec nich zachowania o charakterze dyskryminacyjnym.

Z drugiej strony, migranci chociaż bardzo często unikają korzystania ze świadczeń medycznych w Polsce, odkładają wizytę u lekarza do czasu powrotu do kraju pochodzenia, jednakże często trafiają do szpitali w stanie zagrażającym życiu lub w wyniku wypadków.

Burszta [6] zauważa, iż uprzedzenia i stereotypy mogą być wyrażane poprzez rozmaite postawy, bazujące najczęściej na liniach podziałów etnicznych oraz płciowych i można je już zaobserwować u bardzo małych dzieci. Zdaniem autora [6], wiele z nich zależy od wychowania w dzieciństwie i przekazanych dziecku przez rodziców, nauczycieli, media i środowisko społeczne „nastawień".

Niechęć wobec pacjentów odmiennych kulturowo często wynika nie tylko ze złych doświadczeń i z frustracji związanej z trudnościami o charakterze kulturowym, ale może być skutkiem nieporozumień. W związku z tym tak istotna jest rola edukacji wielokulturowej w nauczaniu dzieci i młodzieży.

Markowska [8] edukację międzykulturową rozumie jako *proces oświatowo-wychowawczy, którego celem jest kształtowanie rozumienia odmienności kulturowych,*

od subkultur we własnej społeczności począwszy, aż do kultury odległych przestrzennie społeczeństw oraz przygotowanie do dialogowych interakcji z przedstawicielami innych kultur. Prowadzić to ma, drogą krytycznych refleksji, ku wzmocnieniu własnej tożsamości kulturowej.

Ambrosewicz-Jacobs [9] uważa, że *wielokulturowość to coś więcej niż uczenie się o innej kulturze, sztuce, folklorze, językach, religiach i kuchniach. (...) Mamy tutaj do czynienia z czymś więcej niż wiedzą (kim są nasi sąsiedzi?), ponieważ pojęcie wielokulturowości obejmuje również umiejętności (jak współżyć z Innymi?) i postawy (jak pokonywać uprzedzenia?). (…) Wielokulturowość tylko uznaje obecność innych kultur, a międzykulturowość kładzie nacisk na utrzymanie kontaktów między nimi.*

W literaturze przedmiotu [10, 11] podkreśla się, iż procesy międzykulturowości oddziaływają na każdą sferę życia ludzkiego, m.in. wyzwalając i kreując wzajemną wymianę i interakcję, wywołując specyficzną komunikację międzyludzką oraz kształtując umiejętność bycia i funkcjonowania na pograniczach społecznych, kulturowych, politycznych, intelektualnych, psychicznych itp.

Uważa się [12, 13, 14], iż procesy międzykulturowe, chociaż różnorodne, zawsze powinny prowadzić do ukształtowania się zintegrowanej wewnętrznie i zewnętrznie tożsamości, do których zaliczamy:

- adaptację – proces nabywania cech, umiejętności, właściwości, które pozwalają zręcznie funkcjonować w danej, nowej sytuacji (np. sytuacji zderzenia kultur), dokonujący się na poziomie anatomicznym (homeostaza fizjologiczna), psychologicznym (homeostaza psychiczna), społecznym (równowaga pomiędzy wymaganiami środowiska społecznego i życia codziennego a sposobem reagowania lub postępowania jednostki) i kulturowym (socjalizacja i wychowanie – wchodzenie w kulturę) [12];
- integrację społeczną – proces zespalania i zharmonizowania elementów zbiorowości społecznej, a także zaakceptowanie, w jej obrębie, identycznych systemów wartości, norm i ocen, dokonującą się na zasadach: harmonizacji, hierarchizacji, logicznego podporządkowania, powodujących połączenie różnych funkcji oraz bezkonfliktowe wcielanie nowych elementów w obręb systemu. Uważa się ją także za ostatni etap akulturacji [12];
- anomię – subiektywny stan świadomości danej jednostki wynikający z braku poczucia prawomocności oraz zasadności wyuczonych już wcześniej norm i wartości, przy braku wykształcenia nowego systemu, w konsekwencji czego dochodzi do zaburzenia ładu społecznego i pojawianie się zjawisk dewiacyjnych [13];
- akulturację – proces przyswajania, w procesie kontaktu społecznego, przez grupę elementów kultury z grupy drugiej (wartości, normy zachowania, sposoby

myślenia), a prowadzący z reguły do zaniku wszystkich lub części elementów jednej kultury, zdominowanej przez inną [14];

- dyfuzję kulturową – proces pośredniego lub bezpośredniego przenikania, dzięki komunikacji i uczeniu się międzykulturowemu, elementów kultury z jednego społeczeństwa do innego [12].

W edukacji (za Czerniejewska [15]) wyróżnia się trzy podstawowe kategorie:

- edukację formalną (*formal learning*) – w instytucjach oświatowych (takich jak szkoły, uniwersytety, specjalistyczne programy szkolenia technicznego i zawodowego), kończącą się otrzymaniem dyplomu poświadczającego kwalifikacje;
- edukację nieformalną (*non-formal learning*) – poza głównym systemem edukacyjnym (w miejscu pracy, poprzez działania obywatelskie, organizacje pozarządowe i grupy wolontariacie), nieprowadzącą do otrzymania sformalizowanych certyfikatów;
- e-Edukację pozaformalną/incydentalną, (*informal learning*) – często nie uznawaną za proces uczenia się, trwającą przez całe życie, obejmującą wszelkiego rodzaju rozmowy, spotkania towarzyskie, które poprzez wymianę informacji dostarczają wiedzy, kształtują nasze myślenie o świecie.

Według Szymańskiego [16] głównymi celami edukacji wielokulturowej są *otwartość wobec świata i porozumienie się w skali światowej między ludźmi o różnej rasie, języku, religii, pochodzeniu, tradycji, stylu życia; zaangażowanie na rzecz pokoju, równości, braterstwa i solidarności we własnym kraju, jak i na całym świecie; opowiadanie się za sprawiedliwym światem bez wojen, wyzysku, ucisku i głodu; rozbudzenie świadomości ekologicznej; (…) pozbywanie się poczucia wyższości kulturowej, dialog i negocjacje, wymianę wartości, znoszenie barier, poszanowanie odmiennych sposobów życia, tolerancję, wyzbywanie się uprzedzeń i stereotypów etnicznych, przeciwstawianie się wszelkim formom ksenofobii, dyskryminacji, rasizmu i wrogości wobec mniejszości.*

Słowo „stereotyp" pochodzi od greckich: *stereós* – solidny, twardy, skamieniały i *typos* – wzór, forma, a do nauk społecznych został wprowadzony przez amerykańskiego dziennikarza W. Lippmana w roku 1922, który uznawał, że stereotypy („obrazy w naszych głowach") są niezbędne do uproszczenia złożonej rzeczywistości [cyt. za 6].

W literaturze przedmiotu [6] zwraca się uwagę, iż zakres znaczeniowy i przejawy takich zjawisk, jak: „ksenofobia" (z greckiego *xenos* – dziwny, obcy oraz *phobos* – strach lub awersja), „uprzedzenia", „nietolerancja", „etnocentryzm", a nawet „nacjonalizm" zachodzą na siebie, a elementem je łączącym są z reguły postawy pozytywne wobec własnej grupy oraz negatywne wobec osób obcych i nieznanych.

Pogłębiające się na świecie zjawiska nietolerancji, nacjonalizmu, przemocy, rasizmu i antysemityzmu, którym towarzyszy dyskryminacja i marginalizacja

mniejszości, przyczyniły się do tego, że w roku 1995 w Paryżu Państwa Członkowskie ONZ na spotkaniu w ramach 28. sesji Konferencji Ogólnej, przyjęły Deklarację zasad tolerancji [17]. W artykule 1. tej Deklaracji zapisano: *tolerancja to szacunek, akceptacja i uznanie bogactwa różnorodności kultur na świecie, naszych form wyrazu i sposobów na bycie człowiekiem. Sprzyja jej wiedza, otwartość, komunikowanie się oraz wolność słowa, sumienia i wiary. Tolerancja jest harmonią w różnorodności. To nie tylko moralny obowiązek, ale także prawny i polityczny warunek. Tolerancja – wartość, która czyni możliwym pokój – przyczynia się do zastąpienia kultury wojny kulturą pokoju* [17].

Słowo tolerancja (łac. *tolerantio*) [18] oznacza wyrozumiałość dla cudzych poglądów, wierzeń, upodobań i postępowania.

Węgrzecki [19] podkreśla, że *granicą tolerancji wobec postaw, poglądów i przekonań jest osobowe, biologiczne, ekonomiczne i duchowe zagrożenie, wyznaczane przez ludzkie potrzeby (miłość bliźniego), ale również przez szacunek do drugiego człowieka i własną moralność,* w związku z tym bardzo trudno jest jednak wyznaczyć granicę między tolerancją i nietolerancją.

W opinii Hammera [20] nietolerancja, to *zespół uprzedzeń, który jest negatywną i arbitralną postawą, opartą na niekompletnych lub fałszywych informacjach, nadmiernie uproszczoną, często nielogiczną, sztywną i niezwykle odporną na zmiany*, nieakceptowanie „inności", cudzych zachowań, poglądów, stylu życia, wyglądu zewnętrznego, a także sfery światopoglądowej i ideowej drugiego człowieka oraz dążenie do zniszczenia lub zmiany odmienności, obcości i tego, co nieznane.

Według Chlewińskiego [21] tolerancja to *pożądana cecha i do niej człowiek powinien być przyuczany i przygotowywany już w okresie wczesnego dzieciństwa, poprzez okazywanie dziecku bezwarunkowej miłości oraz stosowanie łagodnych i ciepłych metod wychowawczych*. Autor [21] uważa, iż bardzo istotne jest także dawanie pozytywnego, własnego przykładu, spójność słów i czynów, konsekwencja w postępowaniu i oddziaływaniu wychowawczym oraz, że *sprzymierzeńcem w kształtowaniu u siebie i innych ludzi postaw tolerancyjnych jest samodzielne myślenie. W ten sposób może uda się zapobiec nietolerancji. To jest też główna droga do pokonania uprzedzeń, które już częściowo zniekształciły nasze widzenie świata*.

Hahn [22] sygnalizuje, że od lat 30. wieku XIX, siła i zasięg stereotypów wzmocniły się, a upowszechnianie fałszywych wyobrażeń o innych kulturach stało się cechą ogólnonarodową. Bardziej powszechne stały się postawy etnocentryczne, gdyż *wszystkie systemy kulturowe rozwijają w ludziach tworzących dane społeczeństwo postawy etnocentryczne. Oznacza to, że postrzegają oni swój system wartości* [22].

Ambrosewicz-Jakobs [9] uważa, że stereotypy to nadmierne generalizacje, błędne często z powodu zbytnich uproszczeń, dotyczące rzeczywistości lub innych

ludzi, które raczej opierają się nie na faktach, a bardziej na założeniach, albo niedoinformowaniu i które nie biorą pod uwagę różnorodności ludzi należących do danej grupy (etnicznej, kulturowej, religijnej), są znane powszechnie członkom społeczeństwa, często wpływając na ich zachowanie. Autorka [9] powołuje się na badania, na podstawie których wyodrębniono różne czynniki, wpływające na podważenie prezentowanych uprzedzeń i zalicza do nich takie, jak:

- zmienny klimat społeczny, który powoduje, że uprzedzenia stają się sprzeczne z normami;
- preferowanie tolerancyjnych praktyk w wychowaniu dzieci w społeczeństwie;
- kontakty między członkami różnych grup, współpraca między członkami, przykłady pozytywnych postaw wobec innych grup;
- propagowanie tolerancji w środkach masowego przekazu;
- nauczanie o religii i zwyczajach innych grup;
- poszanowanie różnic oraz podobieństw wśród/między jednostkami i grupami;
- uświadamianie faktu, że każdy człowiek jest w jakiś sposób niepowtarzalny;
- przekazywanie wiedzy o własnym dziedzictwie religijnym i kulturowym;
- budowanie świadomości różnorodności cech i zwyczajów wyróżniających poszczególne grupy religijne, etniczne i kulturowe;
- polepszanie własnej samooceny i poczucia bezpieczeństwa;
- rozwijanie zdolności krytycznego myślenia w celu odróżnienia rzeczywistości od fikcji, a faktów od opinii;
- uświadomienie, że do negatywnych stereotypów może prowadzić nadmierna generalizacja;
- rozwijanie empatii w stosunku do ofiar uprzedzeń;
- prowadzenie analizy zachowań wobec tzw. innych, zarówno własnych, jak i cudzych.

W ostatnich latach zjawisko stereotypizacji i ksenofobii nabiera jednak nowego znaczenia ze względu na fakt, iż uchodźcy, imigranci oraz pracownicy migrujący są postrzegani jako zagrożenie dla tożsamości kulturowej, warunków dotychczasowego życia i miejsc pracy.

W piśmiennictwie (Łodziński [23]) wyróżnia się dwa rodzaje nastawienia polskiego społeczeństwa do uchodźców:

- racjonalne – związane z poczuciem bezpieczeństwa i braku zagrożeń w związku z ich napływem, tolerancja w stosunku do cudzoziemców ze strony społeczeństwa;
- irracjonalne – związane z poczuciem zagrożenia w związku z obniżeniem szans życiowych, konkurencją w zdobyciu pracy.

Majda i wsp. [24] uważają, iż odmienność kulturowa może budzić mieszane odczucia: od niechęci, lęków i poczucia zagrożenia (wyzwalających negatywne odczucia np. dominacji oraz zachowania antagonistyczne), po zaciekawienie, zachwyt i fascynację (sprzyjające interakcjom zmierzającym do współpracy i współdziałania).

Pawelec-Górny [25] wykazała, że Polacy, obawiając się konkurencji na rynku pracy, dosyć niechętnie odnoszą się do imigrantów zarobkowych, zwłaszcza tych „gorszej kategorii". Na terenach „migranckich" (Podlasie, Opolszczyzna, Podhale, Warszawa) nastawienie było bardzo różne, a głównym czynnikiem różnicującym otwartość mieszkańców wobec napływu siły roboczej zza granicy, był poziom bezrobocia w danym regionie. Autorka [25] dostrzegła także niezbyt silną prawidłowość, że „migranci" chętniej zgodziliby się na to, żeby w Polsce pracowali cudzoziemcy.

Z badań Frelaka i Korolca [26] wynika, iż głównym problemem, z jakim spotykają się cudzoziemcy w polskich urzędach, jest brak znajomości choćby podstawowych języków – angielskiego oraz rosyjskiego.

Firlit i Fesnak [27] uważają, iż pierwszą linią konfrontacji dla uchodźców jest stosunek społeczności lokalnych, który często obarczony jest stereotypami, uprzedzeniami i dystansem wobec obcych.

Jasińska-Kania i Staszyńska [28] przeprowadziły sondaż na reprezentatywnej, warstwowanej próbie mieszkańców Podlasia w wieku od 19 do 24 lat. Badani zostali dobrani losowo tak, aby zachować proporcjonalny udział poszczególnych grup wiekowych. Autorzy [26] postawili sobie za cel sprawdzenie wiedzy młodzieży o grupach mniejszościowych żyjących w regionie i ich stosunku do odmienności kulturowej. Okazało się, że wśród młodzieży Podlasia przeważało przekonanie, iż w ich regionie mieszka więcej mniejszości etnicznych i narodowych niż w innych częściach Polski. Blisko dwie trzecie badanych pozytywnie oceniało fakt, że na Podlasiu mieszkają mniejszości i zwykle nie wskazywali na negatywne relacje pomiędzy przedstawicielami poszczególnych grup [28]. W opinii młodzieży, zbudowanie odpowiedniej reprezentacji politycznej mniejszości przyczyniłoby się do obniżenia poziomu konfliktów, a trzy czwarte wskazało na pozytywne efekty większej aktywności organizacji pozarządowych reprezentujących mniejszość. Analiza czynnikowa wykazała, że młodzież Podlasia w odmienny sposób grupowała „innych", w różnych wymiarach – np. homoseksualistów w sferze mikrospołecznej umieszczała w jednej kategorii z grupami odległymi kulturowo (Chińczycy, Hindusi), rasowo (Afrykanie), religijnie (muzułmanie, świadkowie Jehowy) oraz etnicznie (Romowie), podobnie w sferze prywatnej znajdowali się blisko Afrykanów, Chińczyków i Hindusów, a w sferze biologicznej wskazywany wobec nich

dystans nie lokował ich blisko żadnej innej grupy. Zdaniem autorek [28] młodzi łączyli różne grupy w rozmaite konfiguracje, w zależności od typu mierzonego dystansu, przy czym najsilniej działały tu dwa czynniki: odrębność kulturowa (odrębność wyznania religijnego i obyczajowości) i odmienność biologiczna (rasowa), co z kolei potwierdza ich zdaniem teorię stygmatu społecznego oraz koncepcję neorasizmu.

Badania własne [29], którymi objęto studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku oraz Uniwersytetu im. Janki Kupały w Grodnie wykazały, że w opinii respondentów Polacy (12% badanych z Polski) i Białorusini (70,6%) to naród tolerancyjny. 37,4% osób z Polski i 12,7% z Białorusi uważało, iż tolerancyjność wzrasta. Osobę, która należała do mniejszości narodowej lub etnicznej znało 57% z Polski i 34,3% z Białorusi [29]. 40,7% badanych z Polski i 77,5% z Białorusi uważało, że przedstawicielom mniejszości narodowych i etnicznych należy stworzyć możliwość nauki swojego języka w szkołach polskich na dodatkowych lekcjach. 58% studentów z Polski i 52,9% z Białorusi było przeciwnych, aby otrzymywały pomoc finansową na podtrzymywanie własnej kultury, tradycji i tyle samo, aby mogli porozumiewać się w swoim języku w urzędach lokalnych [29]. 7,7% studentów z Polski i 35,3% z Białorusi uważało, że powinno istnieć prawo zezwalające na umieszczanie tablic z nazwami miejscowości w języku mniejszości, obok tablic z odpowiednio z nazwami polskimi (w Polsce) lub białoruskimi (na Białorusi). Badani z Polski najwięcej cech pozytywnych przypisali Włochom, Francuzom, Grekom, a z Białorusi – Anglikom, Finom i Francuzom. Najwięcej cech negatywnych badani z Polski przypisali: Cyganom i Rosjanom, a studenci z Białorusi – Niemcom, Arabom i Czeczenom. Stwierdzono różnice w pozytywnym i negatywnym postrzeganiu cech różnych narodów, w zależności od narodowości respondenta [29].

Łotocki [30] z kolei, powołując się na badania przeprowadzone wśród cudzoziemców podkreśla, iż relacje z polskim społeczeństwem oceniane były najczęściej pozytywnie, a za istotną wadę procesu integracji badani uznali współpracę na poziomie instytucjonalnym.

W opinii Hammera [20] nietolerancja, w zależności od nasilenia, może przybierać różne formy, od dezaprobaty (najczęściej nieuzewnętrznionej) po dyskryminację czynną i słowną. Do jej przejawów zalicza [20]: przytyki, uwagi słowne, nagany, unikanie kontaktów, obrazę publiczną, izolowanie osób i grup, bojkot, odmawianie praw, wszelkiego rodzaju akty agresji oraz „asymilację" osób różniących się od większości.

W literaturze [2, 24, 31] odnoszącej się do uchodźców oraz procesu ich integracji, wykorzystywane jest pojęcie dystansu społecznego, które:

- według Park oznacza *brak zgody na nawiązywanie określonego rodzaju kontaktów z przedstawicielami różnych grup społecznych* [cyt. za 31];
- zdaniem Bogardusa jest wynikiem trafnej bądź mylnej oceny norm kulturowych, które mogą być uznane za niekompatybilne z normami kultury własnej, można go określić poprzez zaufanie i bliskość między członkami różnych grup, a jego wielkość względem osób z odmiennej grupy społecznej określa wyznaczenie akceptowanego stopnia wzajemnych relacji, poczynając od tych najmniej angażujących do bardziej osobistych – im osoba cechuje się większym poziomem tolerancji i akceptacji dla innych, tym bliżej jesteśmy skłonni ją widzieć, a im większa jest nieprzychylność wobec danej grupy, tym większe dystansowanie względem niej [cyt. za 24];
- w opinii Wenzela jest miarą *bliskości akceptowanej wobec osób odmiennych pod względem pewnej istotnej cechy*.

Grzymała-Moszczyńska [32] prowadziła badania lekarzy pracujących z cudzoziemcami i wykazała, że ich zdaniem do kontaktu z pacjentami oraz postawienia diagnozy nie jest im potrzebna znajomość języka cudzoziemców oraz ich kultury. W opinii Klausa [31] takie podejście świadczy jedynie o niskiej empatii pracowników służby zdrowia i ich lekceważącym stosunku do przedstawicieli innych narodowości.

Uważa się (Jabłecka [7]), że trudności o charakterze kulturowym pojawiające się w procesie budowania relacji pomiędzy pacjentem obcokrajowcem a personelem medycznym, są tym większe, im niższy jest stopień kompetencji kulturowej leczącego i leczonego.

Wpływ na powyższe mają różne czynniki zarówno ze strony pracowników ochrony zdrowia, jak i samych pacjentów [7, 33], takie jak np.:

- bariery językowe;
- nieznajomość i niezrozumienie zasad religii (np. narzucanie metod terapii niezgodnych z wyznaniem, ustalanie terminu wizyt w trakcie świąt religijnych, wyznaczanie terminu badań diagnostycznych w porze modlitwy);
- nieznajomość danej kultury i zachowań specyficznych dla niej (np. w niektórych kulturach nie patrzy się w oczy osobie, którą się szanuje, a jeśli już patrzy, to gdzieś tak mniej więcej na poziomie 2/3 wysokości ciała, ponieważ patrzenie bezpośrednio w oczy to oznaka agresji i braku szacunku, w innych kulturach niepatrzenie prosto w oczy może być odebrana jako nieszczerość);
- kulturowo definiowana rola rodziny w strukturze wartości jednostki (np. duża liczba gości i członków rodziny w szpitalu, przebywanie ich cały czas z chorym jako oznaka troski i więzi rodzinnych, może być traktowana jako utrudnienia w pracy szpitala);

- niska świadomość prozdrowotna niektórych grup cudzoziemców (np. niska świadomość w zakresie zasad higieny, brak zasad profilaktyki w danej kulturze);
- niska świadomość sytuacji życiowej i zdrowotnej cudzoziemców;
- inne rozumienie pojęcia choroby i zdrowia oraz zasad funkcjonowania systemu medycznego (np. odmienne kulturowo definiowanie zdrowia, uwarunkowanie co oznacza być zdrowym, syndromy specyficzne dla danej kultury, tabuizacja chorób, religijne uwarunkowania diety) – np. według mieszkańców Chin czy starożytnej Grecji zdrowie to nie tylko brak choroby (stanów negatywnych), ale również występowanie stanów pozytywnych. Chińczycy wierzą, że ludzkie ciało jest zbudowane z pierwiastków *yin* i *yang*, stąd równowaga pomiędzy nimi zapewnia zdrowie, a jej brak (zbyt dużo *yin* lub *yang*) prowadzi do choroby. W wielu kulturach azjatyckich za integralny element zdrowia uważa się zachowanie równowagi między rozmaitymi rolami społecznymi pełnionymi przez daną osobę;
- koncepcje zdrowia mogą się różnić nie tylko pomiędzy kulturami, ale także wewnątrz kultur (np. USA, Kanada);
- rozbieżności między wartościami kulturowymi, które wyznacza jednostka (wartości osobiste), a wartościami cenionymi przez dane społeczeństwo, co także może być źródłem stresu i niekorzystnie wpływać na stan zdrowia;
- nieprawidłowa interpretacja reakcji na ból – ocena reakcji na ból pacjenta według swojego kulturowego wzoru reagowania na ból, co może spowodować uznanie pacjenta za mniej/bardziej chorego (np. Żydzi i włoscy katolicy bardziej emocjonalnie reagują na ból niż protestanci lub Irlandzcy katolicy) lub reakcja na ból społecznie akceptowana (np. w niektórych kulturach niewyrażanie głośne bólu podczas terapii jest zasadą, normą, ale przez terapeutę może być odbierane jako zgoda pacjenta na zwiększenie intensywności ćwiczeń);
- różnice kulturowe w podejściu do terapii – tworzenie „wrażliwych „kulturowo metod leczenia oraz różne systemy opieki zdrowotnej (np. wolnorynkowe – np. w USA, na Filipinach; opiekuńcze – we Francji, w Brazylii; wszechstronne – np. w Szwecji, na Kostaryce; socjalistyczne – na Kubie, w Chinach);
- różna moralnie ocena metod i zabiegów medycznych (np. różne podejście do problemu eutanazji, aborcji, *in vitro*, transplantacji);
- tematy tabu (np. w wielu kulturach tematem tabu są pewne rzeczy związane z ciałem, o których rozmawia się tylko wśród najbliższych albo nie mówi wcale, pytania zaś od niemedyków uznaje się za niestosowne);
- płeć (np. problemy związane z płcią lekarza ginekologa, wenerologa, urologa, postrzeganie żeńskiego personelu medycznego przez osoby płci męskiej);

- przeszkody strukturalne (np. legalność pobytu i zatrudnienia, brak wiedzy personelu medycznego w zakresie rozliczania tej grupy pacjentów, niesprawny system przekazywania dokumentacji medycznej, niewiedza obcokrajowców odnośnie zasad funkcjonowania sytemu ochrony zdrowia w Polsce, problem wydawania leków pacjentom nieubezpieczonym).

Bardzo często [33, 34] może się zdarzyć, iż lekarz nie dostrzega choroby pacjenta z innej kultury, a jakiekolwiek odchylenia od normy taktuje jako konsekwencję pochodzenia pacjenta lub odwrotnie, oceniając zachowanie pacjenta według norm obowiązujących w jego własnej kulturze, nieprawidłowo interpretuje zachowania pacjenta (wychowywanego w innej kulturze) jako zaburzenia psychiczne (np. normalne zachowanie chińskiego pacjenta ocenione jako wycofanie i depresja). Powyższe błędy dotyczą skrajnych postaw lekarza, z jednej strony demonizowania, a z drugiej ignorowania znaczenia różnic kulturowych [33, 34].

W literaturze przedmiotu [5, 35, 36] podkreśla się, iż możliwości korzystania imigrantów z pomocy medycznej w kraju ich aktualnego pobytu zależą od panującego w nim systemu zdrowotnego, który z reguły zorganizowany jest w formie jednego z poniższych modeli:

- Model Williama Beveridge'a – model służby zdrowia występujący m.in. w Hiszpanii, Wielkiej Brytanii oraz w większości krajów skandynawskich i zakładający, że opieka medyczna jest całkowicie finansowana i zapewniana przez państwo, głównie z podatków w oparciu o zcentralizowaną narodową służbę zdrowia (instytucje publiczne zapewniają usługi medyczne);
- Model Bismarcka – model ustawowego ubezpieczenia chorobowego, występujący m.in. w Belgii, Niemczech, Szwajcarii, Francji, Japonii i finansowany z powszechnych składek ubezpieczeniowych (funkcjonują na zasadzie funduszy chorobowych, obejmują każdego obywatela i nie są nastawione na zyski);
- Model Państwowego Systemu Ubezpieczeń – model powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, występujący m.in. w Kanadzie i wykorzystujący elementy modeli Beverdge'a i Bismarcka, w oparciu o dostawców z sektora prywatnego i sfinansowanych z publicznych środków (jeden fundusz ubezpieczeniowy, na który każdy obywatel musi wpłacać odpowiednie środki);
- Model płatności doraźnej – model opierający się o zasady pomocy publicznej, występujący w państwach nieposiadających środków, które by wystarczały na wewnątrzpaństwową organizację systemu zdrowotnego i polegający na płaceniu za usługi medyczne doraźnie, przy czym ubezpieczenie mają wyłącznie pracownicy rządowi i z dużych firm.

W przypadku systemów medycznych w krajach UE oraz Ameryki Północnej (Jabłecka [7]) migrantom, którym przyznano prawo pobytu, przysługują z reguły

identyczne jak obywatelom urodzonym na terenie danego kraju, prawa w kwestii usług medycznych. Za wyjątek może posłużyć Kanada (stany Alberta, British Columbia, New Brunswick, Ontario, Quebec), gdzie muszą oni odczekać ok. trzech miesięcy, zanim zostaną przyznane im prawa do państwowej służby zdrowia oraz Stany Zjednoczone, gdzie przez pięć lat nie mogą korzystać z programu Medicaid [7, 37]. Na Cyprze z kolei zakres i finansowanie dostępu do opieki medycznej dla migrantów-pracowników jest uzależniony sektorem działalności [7]. W innych krajach, jak np. w Niemczech, osoby ubiegające się o ochronę międzynarodową, są uprawnione do szerokiego zakresu usług w przypadku gdy ich pobyt będzie powyżej 48 miesięcy [7]. W Czechach od imigrantów, jak i obywateli za każdą interwencję medyczną pobierane są opłaty manipulacyjne (ok. 1,2 €) [7]. W Grecji osoby nielegalnie przebywające w kraju, pod groźbą kary, mają zabroniony dostęp do opieki zdrowotnej i leczenia, za wyjątkiem sytuacji nagłych i wymagających ratowania życia [38]. W Polsce imigranci, którzy mają uregulowany status prawny pobytu w kraju, posiadają ubezpieczenie zdrowotne i opłaconą składkę lub mogą udokumentować uprawnienia do dostępu do publicznej służby zdrowia, mają identyczne, jak w przypadku obywateli urodzonych na terenie Polski, warunki dostępu do opieki medycznej, czyli bezpłatny dostęp do świadczeń udzielanych w ramach medycyny podstawowej, ratunkowej, specjalistycznej oraz szpitalnej opieki zdrowotnej [7]. Natomiast cudzoziemcy, którzy ubiegają się o ochronę międzynarodową, mają zapewniony bezpłatny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej, którą świadczą lekarze zatrudnieni w ośrodkach oraz ambulatoriach, ale jedynie na podstawie skierowania od lekarza pracującego w ośrodku dla uchodźców i w wybranych placówkach (umowy podpisane z CSK MSWiA) [7].

W omawianym aspekcie kulturowym nie można pominąć także nierówności społeczno-ekonomicznych, wywierających znaczący wpływ na stan zdrowia.

Ważnych obserwacji dotyczących wpływu statusu społeczno-ekonomicznego na stan zdrowia populacji dokonali także Leinsalu i wsp. [39], którzy prowadzili badania dotyczące umieralności w czterech krajach postkomunistycznych (Estonia, Litwa, Polska, Węgry) i wykazali w powyższym różnice pomiędzy krajami należącymi do byłego Związku Radzieckiego a krajami Europy Wschodniej

Adler i współpracownicy [40] udowodnili zależności między stanem zdrowia a statusem społeczno-ekonomicznym (SES). Okazało się, że wyższy SES warunkuje lepsze zdrowie (w aspekcie wskaźników umieralności, większości chorób i zaburzeń). Za mediatory stanu zdrowia związane z SES autorzy uznali palenie tytoniu, aktywność fizyczną, spożywanie alkoholu, a za zmienne psychologiczne związane z SES – depresję, wrogość, stres oraz miejsce, jakie zajmuje jednostka w danej hierarchii [40].

Mackenbach i wsp. [41] oceniali stan zdrowia mieszkańców 22 krajów europejskich (badanie *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countrie).* W efekcie badania wykazano duże różnice w występowaniu zjawiska zgonów pomiędzy krajami oraz poszczególnymi częściami Europy. We wszystkich krajach i u obu płci wskaźnik poziomu umieralności miał wartość większą niż 1. Zauważono dużą rozpiętość wskaźnika, zwłaszcza w grupie mężczyzn – od około 1,5 w kraju Basków do ponad 4 w Czechach, na Węgrzech i w Polsce [41].

Podsumowanie

W obecnych czasach istotne znaczenie ma przygotowanie personelu medycznego do funkcjonowania w środowisku międzynarodowym.

Personel medyczny bardzo często nie jest świadomy warunków życia migrantów, a którzy, z racji przynależności do najuboższej grupy społecznej, borykają się z problemami mieszkaniowymi czy zdrowotnymi (niedożywienie, szkodliwe dla zdrowia warunki zdrowia, itd.). Podjęcie się leczenia takich osób wymaga więc nie tylko dużej wrażliwości, ale także wiedzy na temat oczekiwań tej grupy chorych.

W przypadku migrantów z krajów arabskich, latynoskich i azjatyckich, rodzina początkowo sama próbuje poradzić sobie z problemem zdrowotnym, potem sięga po medycynę alternatywną, usługi uzdrowiciela, a do lekarza chory trafia bardzo późno, już w ostateczności [33]. Często czynnikami, które blokują podejmowanie leczenia są: nieznajomość orientacji w funkcjonowaniu lokalnego systemu opieki zdrowotnej, obawy wynikające z braku znajomości przysługujących im praw, słaba znajomość języka obcego, brak ubezpieczenia, ograniczony wybór lekarzy, obawy przed deportacją). Nie można także pominąć niskiej oceny miejscowych technik leczniczych. Meksykanie przykładowo (Torrey [42]) negatywnie oceniają techniki terapeutyczne, które są stosowane w USA i zarzucają im brak elementu religii, a amerykańskim lekarzom – brak empatii. Z kolei uchodźcy, mieszkający w polskich ośrodkach dla cudzoziemców (Firlit-Fesnak [43]), bardzo sceptycznie podchodzą do oferowanej im pomocy terapeutycznej. Twierdzą, że w ośrodkach mają utrudniony dostęp do specjalistów, czas pracy lekarzy jest niewystarczający, lekarzom brakuje rzetelnego podejścia do ich problemów zdrowotnych, bagatelizują ich dolegliwości, świadczą usługi niskiej jakości, traktują ich lekceważąco, a za usługi dentystyczne muszą płacić.

W związku z powyższym pojawiła się potrzeba edukacji międzykulturowej i rozwijania kompetencji kulturowych.

Pracownicy ochrony zdrowia muszą wiedzieć, iż podstawą opieki sprawowanej przez cały zespół terapeutyczny jest zrozumienie, że ludzie różnią się między sobą nie tylko rodzajem schorzenia, ale także przynależnością kulturową i że istnieje ścisły związek między różnorodnością wśród ludzi a etyką zawodową. Musza być przekonani o konieczności respektowania, w miarę możliwości, zasad i norm preferowanych przez pacjenta innego kulturowo.

Należy podjąć starania nad rozszerzeniem zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia pacjentów innych kulturowo, usprawnieniem opieki medycznej i wprowadzeniem w Polsce, wśród cudzoziemców, lepszego systemu informacji o powyższym.

Trzeba także poszerzyć wiedzę przedstawicieli wszystkich grup zawodowych ochrony zdrowia na temat zjawiska imigracji, praw migrantów oraz wzbogacić ich umiejętności właściwego zachowania się w czasie kontaktu z osobą odmienną kulturowo (wyznaniem, pochodzeniem narodowym i etnicznym, rasą).

Kwestie różnic kulturowych i ich znaczenie dla praktyki powinny stanowić podstawowy element programów nauczania profesjonalistów medycznych zarówno na poziomie przed, jak i podyplomowym, z uwzględnieniem indywidualnego i podmiotowego podejścia do każdego pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Kapuściński R., *Ten Inny*, Wyd. Znak, Kraków 2007.
2. Wenzel M., *Stosunek do obcokrajowców w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2009.
3. http://cytaty.klp.pl/scc-114.html, data pobrania 5.01.2015.
4. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2007.
5. Hampden-Turner C., Trompenaars A., *Siedem wymiarów kultury*, Kraków 2000.
6. Burszta W. J., *Antropologia kultury. Tematy, teorie, interpretacje*, Wyd. Zysk i Ska, Poznań 1998.
7. Jabłecka B., *Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce*, Raport Instytutu Spraw Publicznych przygotowany w ramach stypendium ISP „Nauka i Społeczeństwo" sfinansowanego ze środków Fundacji PZU.
8. Markowska D., *Teoretyczne podstawy edukacji międzykulturowej*, „Kwartalnik Pedagogiczny", 1990, 4, 109.
9. Ambrosewicz-Jakocobs J., *Tolerancja – jak uczyć siebie i innych*, Leyko, Kraków 2004.
10. Grzybowski P., *Edukacja międzykulturowa*, Wyd. Impuls, Kraków 2008.
11. Nikitorowicz J., *Edukacja międzykulturowa*, GWP, Gdańsk 2005.

12. Lalak D., *Migracja, uchodźstwo, wielokulturowość*, Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa 2007.
13. Doroszewska J., *Pedagogika specjalna T1*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1981.
14. Wysocka E., *„My" i „Oni" a dlaczego tak trudno być razem. Odpowiedź pedagoga, psychologa i socjologa,* (w:) *Migracja, uchodźstwo, wielokulturowość. Zderzenie kultur we współczesnym świecie*, Lalak D. (red.), Wyd. Akademickie „Żak", Warszawa 2007, 13-63.
15. Czerniejewska I., *Edukacja wielokulturowa w Polsce w perspektywie antropologii*, Wyd. Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2008.
16. Szymański M. S., *Od pedagogiki dla cudzoziemców do pedagogiki międzykulturowej w Republice Federalnej Niemiec – czyli modernizm i postmodernizm*, „Kwartalnik Pedagogiczny", 1993, 4, 61-73.
17. Deklaracja Zasad Tolerancji, http://debaty.tezeusz.pl/blog/201731.html, data pobrania 5.01.2015.
18. *Słownik Wyrazów Obcych*, PWN, Warszawa 1971.
19. Węgrzecki A., *Tolerancja jako wartość osobowa*, (w:) *Edukacja aksjologiczna,* t. 3, *O tolerancji*, Olbrycht K. (red.), Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1995, 17.
20. Hammer H., *Demon nietolerancji*, WSiP, Warszawa 1994.
21. Chlewiński Z., *Stereotypy: Struktura, funkcje, geneza. Analiza interdyscyplinarna*., (w:) *Stereotypy i uprzedzenia*, Chlewiński Z., Kurcz I. (red.), Instytut Psychologii PAN, Warszawa 1992, 309.
22. Hahn H.H., *Stereotypy – tożsamość – konteksty. Studia nad polską i europejską historią*, Wyd. Poznańskie, Poznań 2011.
23. Łodziński S., *Stosunek Polaków do uchodźców w świetle badań opinii publicznej*, Raport nr 200, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Warszawa, styczeń 2002.
24. Majda A., Zalewska-Puchała J., Barczyk E., *Postawy studentów pielęgniarstwa wobec osób odmiennych kulturowo*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2013, 21, 327-334.
25. Pawelec-Górny A., *Postawy Polaków wobec cudzoziemców*, ISS, Warszawa 1997.
26. Frelak J., Korolec A., *Ewolucja funkcjonowania instytucji społecznego wsparcia Miasta Stołecznego Warszawy w zakresie właściwej realizacji praw przymusowych migrantów*. Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2009.
27. Firlist-Fesnak G., *Postawy polskiego społeczeństwa wobec uchodźców w świetle badań opinii publicznej,* (w:) *Cudzoziemcy poszukujący ochrony w Polsce. Analiza danych zastanych. Raport pod kierunkiem dr Grażyny Firlist-Fesnak*, Projekt @iterCamp 2005, Instytut Polityki Społecznej UW, Warszawa 2005, 110-127.
28. Jasińska-Kania A., Staszyńska A.M., *Diagnoza postaw młodzieży województwa podlaskiego wobec odmienności kulturowej*, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, Białystok 2009.
29. Krajewska-Kułak E., Shpakau A., Kułak W., Kułak A., Okurowska-Zawada B., Shpakau A., *Polish and Belaursian students' attitudes toward other nations*, „Progress in Health Sciences", 2012, 2, 29-42.
30. Łotocki L., *Integracja i dyskryminacja – od zagadnień teoretycznych do wyników badań,* (w:) *Sąsiedzi czy intruzi? O dyskryminacji cudzoziemców w Polsce*, Klaus W. (red.), Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2010, 13-41.

31. Klaus W., *Sąsiedzi czy intruzi? O dyskryminacji cudzoziemców w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2010.
32. Grzymała-Moszczyńska H., Nowicka E., *Goście i gospodarze, problem adaptacji kulturowej w obozach dla uchodźców oraz otaczających je społecznościach lokalnych*, Wyd. Nomos, Kraków 1998.
33. Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, GWP, Gdańsk 2007.
34. Schumacher J. F., Ward T., *Cultural Cognition and Psychopathology*, Westport, Prager 2001.
35. *Everybody's business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO-'s Framework for Action*, WHO, http://www.who.int/healthsystems/strategy /everybodys_business.pdf, data pobrania 16.02.2015.
36. Kulik T.B., Latalski M., *Zdrowie Publiczne*, Wyd. Czelej, Lublin 2002.
37. Setia S.M., Quesnel-Vallee A., Abrahamowicz M., Access to health-care in Canadian immigrants: a longitudinal study of the National Population Health Survey, „Health Soc. Care Community", 2011, 19, 70-79.
38. Castañeda H., *„Over foreignization" or „Unused potential"? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration*, „Social Science & Medicine", 2012, 74, 830-838.
39. Leinsalu M, Stirbu I., Vågerö D., Kalediene R., Kovács K., Wojtyniak B., Wróblewska W., Mackenbach J.P., Kunst A.E., *Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000*, „Int. J. Epidemiol.", 2009, 38, 512-525.
40. Adler N.E., Ostrove J.M., *Socioeconomic status and health: what we know and what we don't*, Ann, N Y Acad, Sci., 1999, 1, 3-15.
41. Mackenbach J. P., Stribu I., Roskam A. R., Schaap M. M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A. E., *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries*, „The New England Journal of Medicine", 2008, 358, 2468-2481.
42. Torrey E. F., *Czarownicy i psychiatrzy*, PIW, Warszawa 1981.
43. Firlit-Fesnak G., *W poszukiwaniu bezpiecznej przystani. Cudzoziemcy z Czeczenii w Polsce*, Warszawa: Aspra-Jr, Warszawa 2008.

Emilia Sarnacka

PRAWA PACJENTA ODMIENNEGO KULTUROWO

Wprowadzenie

W społeczeństwie wielokulturowym, z jakim mamy do czynienia w Polsce, szczególne ważne jest poszanowanie odmienności wszelkich mniejszości etnicznych, narodowych oraz reprezentujących wyznania inne niż dominujące, jakim jest wyznanie rzymskokatolickie. Zadaniem systemu prawnego jest zapewnienie poszanowania wszelkich odmienności kulturowych i społecznych oraz stworzenie instytucji stojących na straży ochrony mniejszości. Wspomniany obowiązek będzie się również odnosił do zapewnienia i realizacji świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Prawa pacjenta są pochodnymi praw człowieka. Co za tym idzie, ich respektowanie nabiera szczególnego znaczenia zarówno moralnego, jak i prawnego. Prawodawca staje więc przed szczególnym zadaniem – zapewnienia instrumentów prawnych gwarantujących ich realizację.

Celem niniejszego rozdziału jest prezentacja praw pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem praw przysługujących pacjentowi z uwagi na jego odmienność kulturową. Na potrzeby prezentowanych rozważań pod terminem „odmienność kulturowa" należy rozumieć wyznanie pacjenta, jego pochodzenie narodowościowe lub etniczne inne niż reprezentowane przez personel udzielający mu świadczeń zdrowotnych.

Na wstępie niniejszej analizy należy przedstawić kluczowe dla omawianego zagadnienia regulacje konstytucyjne. Zgodnie bowiem z przyjętą w Polsce hierarchią aktów prawnych Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku jest najwyższym aktem prawnym i wszystkie akty niższego rzędu muszą być z nią zgodne.

Pierwsza z regulacji wynikająca z art. 68 ust. 1 przyznaje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Użyty zwrot „każdemu" oznacza, iż powyższa norma odnosi się do każdej jednostki, niezależnie od faktu posiadania polskiego obywatelstwa. Wobec obywateli polskich Konstytucja przewiduje szczególne uprawnienie – niezależnie bowiem od ich sytuacji materialnej, władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie ze stanowiskiem Trybunału Konstytucyjnego: *Treścią prawa do ochrony zdrowia nie jest jakiś abstrakcyjnie określony stan „zdrowia" poszczególnych jednostek, ale możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia, funkcjonalnie ukierunkowanego na zwalczanie i zapobieganie chorobom, urazom i niepełnosprawności* [1-4].

W przypadku pacjenta odmiennego kulturowo szczególne znaczenie będą miały normy konstytucyjne gwarantujące jednostce autonomię wyborów oraz zakazujące wszelkich dyskryminacji:

1. Zasada nienaruszalności i poszanowania godności człowieka (art. 30);
2. Zasada poszanowania i ochrony wolności człowieka. Każdy człowiek przebywający na terytorium RP (niezależnie od faktu posiadania polskiego obywatelstwa) nie może być zmuszony do zachowania, którego mu prawo nie nakazuje. Jedyne ograniczenia powyższej normy muszą być uregulowane w akcie rangi ustawowej (art. 31);
3. Zakaz dyskryminacji jednostki – wszyscy są równi wobec prawa i na zasadzie równości powinni być traktowani przez organy władzy publicznej. Odmienność kulturowa nie może być podstawą dyskryminacji w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym (art. 32);
4. Prawa mniejszości narodowych i etnicznych – wolność zachowania i rozwoju własnego języka, zachowania obyczajów i tradycji oraz rozwoju własnej kultury. Możliwość tworzenia własnych instytucji edukacyjnych, kulturalnych i instytucji służących ochronie tożsamości religijnej oraz do uczestnictwa w rozstrzyganiu spraw dotyczących ich tożsamości kulturowej (art. 35).

Prawa pacjenta można znaleźć w licznych aktach prawnych rangi ustawowej, przykładowo ustawie o działalności leczniczej, zawodach pielęgniarki i położnej, zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Prezentowane rozważania skupione będą wokół aktu prawnego, który kompleksowo reguluje status pacjenta oraz przysługujące mu prawa. Aktem tym jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przywołany akt swoim zakresem obejmuje:

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 6-8 u.p.p.);
2. Prawo pacjenta do informacji (art. 9-12 u.p.p.);
3. Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (art. 12a u.p.p.);

4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych (art. 13-14 u.p.p.);
5. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 15-19 u.p.p.);
6. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta (art. 20-22 u.p.p.);
7. Prawo do dokumentacji medycznej (art. 23-30a u.p.p.);
8. Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31-32 u.p.p.);
9. Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33-35 u.p.p.);
10. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej (art. 36-38 u.p.p.);
11. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39-40 u.p.p.).

Zanim zostanie dokonana analiza każdego z ww. praw, warto zdefiniować pojęcia, którymi posłużył się ustawodawca tworząc katalog praw pacjenta. Pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny. Przywołana definicja obrazuje zmianę, jaka nastąpiła w rozumieniu statusu pacjenta, bowiem jest nim nie tylko osoba, która korzysta ze świadczeń zdrowotnych (np. będąc pacjentem oddziału neurologicznego), ale także każda osoba, która zwraca się do podmiotu leczniczego, przy czym „zwracanie się" nie musi mieć formy osobistego stawiennictwa. W doktrynie wyróżniono szczególne cechy pozwalające na scharakteryzowanie pacjenta:

1. Pacjentem może być wyłącznie osoba fizyczna (człowiek) – niezależnie od jego cech osobistych; w świetle definicji w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjentem może być wyłącznie człowiek, nie może to być osoba prawna ani zwierzę;
2. Pacjent to osoba, która wchodzi albo pozostaje w relacji z podmiotem udzielającym świadczenia zdrowotne lub osobą wykonującą zawód medyczny poprzez zwracanie się o udzielenie świadczenia lub korzystanie z niego [5].

Szczególnie istotne jest, iż zgodnie z wolą prawodawcy pacjentem może być zarówno osoba zdrowa, jak i chora [5].

Kolejne dwie definicje, mające znaczenie dla dokładnego zrozumienia praw pacjenta, odnoszą się do osób towarzyszących pacjentowi.

Opiekunem faktycznym jest osobowa sprawująca, bez ustawowego obowiązku, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny wymaga takiej opieki (art. 3 ust. 1 p. 1 u.p.p.). W praktyce osobą bliską może być sąsiad pacjenta, który robi mu zakupy, pomaga w przyjmowaniu leków,

mimo iż nie jest z nim spokrewniony ani nie jest jego prawnym opiekunem. Jak słusznie podkreślono w doktrynie, *opiekunem faktycznym będzie nie tylko ten, kto wykonuje czynności paramedyczne, w rodzaju podawania leków lub pielęgnacyjne przy osobie z postępującym otępieniem lub nieprzytomnej po wylewie krwi do mózgu. W pojęciu tym zmieści się także ten, kto regularnie przynosi zakupy, przyrządza posiłki i zamiata podłogi sąsiadce, pełnosprawnej intelektualnie, lecz pozostającej w domu po urazie nogi, z powodu zmian zwyrodnieniowych w stawach kolanowych lub innego ograniczenia funkcji motorycznych, względnie np. z powodu fobii społecznej i lęków. Jeśli pewnego dnia, z jakichkolwiek powodów, owa sąsiadka utraci możliwość samodecydowania, opiekun automatycznie nabędzie m.in. uprawnienie, by udzielić zgody na jej zbadanie przez lekarza* [6].

Natomiast osobą bliską dla pacjenta może być: małżonek, krewny lub powinowaty (rodzina współmałżonka) do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu (potocznie: konkubent) lub osoba wskazana przez pacjenta. W katalogu osób bliskich warto zwrócić uwagę na „osobę wskazaną przez pacjenta", może to być bowiem osoba, z którą pacjenta łączy jedynie przyjaźń. Nie ma w tym miejscu wymogu, który jest często praktykowany w podmiotach leczniczych, podania stosunku zależności pomiędzy pacjentem a wskazaną przez niego osobą jako osobą bliską.

Terminem często stosowanym przez prawodawcę w omawianej ustawie, aczkolwiek niemającym w niej definicji, jest przedstawiciel ustawowy. Zgodnie z normą zawartą w art. 98 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego przedstawicielami ustawowymi dziecka są rodzice, z których każde może działać samodzielnie [7].

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Ustawodawca zagwarantował pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych, odpowiadającym wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Celem dokładnego zrozumienia omawianego prawa należy odpowiedzieć na dwa pytania: czym jest aktualna wiedza medyczna oraz jak należy interpretować dostęp? Należy zgodzić się ze stanowiskiem zaprezentowanym w doktrynie, iż mianem „aktualnej wiedzy medycznej" należy określić normy zawarte w aktach prawa powszechnie obowiązującego (ustawy, rozporządzenia), opinie konsultantów wojewódzkich o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym. Standardy leczenia wypracowywane są również w oparciu o dokumenty o charakterze pozaprawnym – zalecenia, rekomendacje czy stanowiska towarzystw naukowych [7, 8].

Dostępu do świadczeń zdrowotnych nie należy interpretować jako natychmiastowego zapewnienia świadczenia zdrowotnego. Ograniczenia w liczbie udzielanych świadczeń zdrowotnych, wynikające z zawartego z NFZ kontraktu, wymuszają na placówkach obowiązek tworzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne. Wciąż brakuje aktu prawnego rangi ustawowej, który określałby czym jest tzw. kolejka, definicja „listy oczekujących" została umiejscowiona jedynie w Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 19/2008/DSS z 17 marca 2008 roku, zgodnie z którym rozumiana jest jako lista osób nieobjętych planem leczenia, zgłaszających się do świadczeniodawcy z danym problemem zdrowotnym, którym nie udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia [10]. Konsekwencją wpisania pacjenta na listę oczekujących będzie czasowe udaremnienie pacjentowi dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnych z jego aktualnym stanem zdrowia [11].

Z tzw. kolejką związany jest jeszcze jeden aspekt – oparta na kryteriach medycznych procedura ustalająca kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych. Podmiot leczniczy, umieszczając pacjenta na liście oczekujących, powinien oprzeć się wyłącznie na następujących kryteriach medycznych: stan zdrowia pacjenta, rokowania odnośnie dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie oraz zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności [12]. Na podstawie powyższych kryteriów pacjenci są umieszczani na liście oczekujących w dwóch kategoriach: przypadek pilny (konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia) oraz przypadek stabilny. Od 1 stycznia 2015 roku każdy podmiot leczniczy, który udziela świadczeń zdrowotnych refundowanych z NFZ, ma obowiązek przekazywania oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacji o prowadzonych listach oczekujących, zwłaszcza liczbę oczekujących, średni czas oczekiwania na świadczenie [13].

W tym miejscu należy podkreślić, iż jedynie stan zdrowia pacjenta jest czynnikiem wpływającym na miejsce na liście oczekujących. Ani pozycja zawodowa, ani materialna nie stanowi argumentu umożliwiającego wcześniejszy dostęp do świadczenia zdrowotnego. W przypadku pacjenta odmiennego kulturowo, cecha świadcząca o „odmienności" nie powinna mieć wpływu na miejsce na liście oczekujących. Ponadto, każda kobieta mająca polskie obywatelstwo, ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą i porodem.

Okolicznością, która uprawnia pacjenta do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych, jest stan nagły, który należy interpretować jako stan będący zagrożeniem dla zdrowia lub życia, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej. Odpowiednikiem powyższego prawa będzie obowiązek

podmiotu leczniczego (art. 15 o działalności leczniczej [14]), lekarza i lekarza dentysty (art. 30 u.z.l.) oraz pielęgniarki i położnej (12 ust. 1 u.z.p.p.) udzielenia koniecznych świadczeń zdrowotnych. Warto w tym miejscu również zasygnalizować, iż posiadanie statusu osoby ubezpieczonej lub jego brak nie ma wpływu na zgodę lub odmowę udzielenia świadczenia zdrowotnego. Osoby bezdomne, nieposiadające ubezpieczenia, będące w stanie zagrożenia życia mają prawo do natychmiastowych świadczeń analogicznie do osób ubezpieczonych. Nie można zatem odmówić udzielenia pomocy pacjentowi w stanie nagłym z uwagi na fakt, iż jest nim osoba bezdomna. Byłoby to zarówno naruszenie omawianej ustawy o prawach pacjenta jak również ustaw zawodowych i ustawy o działalności leczniczej.

Reasumując powyższe, dostęp do świadczeń zdrowotnych pacjenta odmiennego kulturowo uwarunkowany jest wyłącznie jego stanem zdrowia, w szczególności stanem nagłym, wymagającym natychmiastowej ingerencji medycznej. Odmienność kulturowa nie może wpływać na rozszerzenie dostępu ani na jego ograniczenie.

Prawo pacjenta do informacji

Pacjent ma prawo do pełnej, podanej w sposób przystępny i zrozumiały informacji o swoim stanie zdrowia, w tym: rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo wyrazić zgodę na udzielenie informacji innym osobom. Ustawodawca nie przewidział limitu osób, którym pacjent może udzielić upoważnienia do informacji. Co więcej, upoważnienie złożone na rzecz kilku osób nie wpływa na zmniejszenie zakresu przedmiotowego prawa. Każda z osób upoważnionych dysponuje prawem do uzyskania informacji w takim samym zakresie jak pacjent, poza możliwością upoważnienia dalszych osób. Praktyki stosowane w podmiotach leczniczych ograniczające liczbę osób upoważnionych do informacji stanowią naruszenie omawianego prawa.

Szczególną okoliczność w przedmiocie informowania pacjenta stanowi tzw. przywilej terapeutyczny. Lekarz, wyłącznie w wyjątkowych sytuacjach przy niepomyślnym rokowaniu, może ograniczyć informację o stanie zdrowia pacjenta i rokowaniach jeżeli w jego opinii przemawia za tym dobro pacjenta. Obowiązany jest wówczas udzielić pełnej informacji przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie przez niego upoważnionej [5, 16, 17]. Przywilej terapeutyczny nie

będzie miał zastosowania, jeżeli pacjent zażąda pełnej informacji o swoim stanie zdrowia i rokowaniach.

Naruszenie prawa pacjenta do informacji następuje już w momencie nieudzielenia mu informacji, nawet jeżeli z tym faktem nie była związana żadna szkoda. Nie ma zatem wymogu powstania skutku w postaci szkodzenia lub rozstroju zdrowia [18].

Prawodawca przewidział podmiotowe ograniczenie przywołanej normy. Pacjent małoletni, który nie ukończył lat 16, ma prawo jedynie do uzyskania od lekarza informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

Zgodnie z kompetencją zawartą art. 38 ust 1 ustawy lekarskiej, lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, o ile pacjent nie jest w tzw. stanie nagłym (omówiony powyżej). W przywołanej sytuacji, lekarz ma obowiązek o swoim zamiarze poinformować pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, dostatecznie wcześnie. Legislator ograniczył przywołane uprawnienie wobec lekarzy zatrudnionych na podstawie stosunku pracy oraz w ramach służby, wymagając, by niepodjęciu lub odstąpieniu od leczenia towarzyszyły ważne powody oraz zgoda przełożonego. Mimo iż ustawodawca nie sprecyzował co należy rozumieć pod terminem „ważne powody", zgodzić się należy ze stanowiskiem wyrażonym w doktrynie, że *interpretować* [je] *można jedynie w takim kontekście, iż podjęcie przez konkretnego lekarza w konkretnych warunkach i w odniesieniu do konkretnego pacjenta działań lekarskich może okazać się, według oceny przełożonego, niewskazane lub nawet niebezpieczne dla niego (np. szczególny stan emocjonalny lekarza w odniesieniu do pacjenta, jego kwalifikacje zawodowe, aktualna kondycja)* [18]. Poważnym powodem nie może być odmienność kulturowa pacjenta. Sama zgoda przełożonego nie jest wystarczająca do zwolnienia lekarza z odpowiedzialności karnej z tytułu nieudzielenia pomocy. Istotne jest, by wiedział lub przynajmniej miał podstawy przypuszczać, iż inny lekarz niezwłocznie udzieli pacjentowi pomocy. Przełożony, wyrażający zgodę na opisane powyżej działania, jest odpowiedzialny za powstałą z tytułu niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia szkodę [19].

Korelatem prawa pacjenta do informacji jest obowiązek ich udzielenia nałożony na lekarza i lekarza dentystę (art. 31 u.z.l.) oraz na pielęgniarkę i położną (art. 16 p. 2 u.z.p.p.) [20]. Lekarz i lekarz dentysta w wyjątkowych sytuacjach, zwłaszcza gdy rokowanie jest niepomyślne, mogą ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu, jeśli w świetle ich oceny przemawia za tym dobro pacjenta. Mają jednak wówczas obowiązek o zaistniałym fakcie poinformować przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną [16].

Celem szerzenia wiedzy pacjentów z zakresu przysługujących im praw, ustawodawca nałożył na podmioty lecznicze (zarówno prywatne, jak i publiczne)

obowiązek umieszczenia informacji w lokalu, w miejscu ogólnodostępnym, o prawach pacjenta, wynikających z omawianej ustawy i odrębnych przypisów. Realizacją wspomnianego obowiązku będzie np. wywieszenie tekstu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta bądź informacji o prawach pacjenta z niej wynikających. Nie jest jednak realizacją omawianego zadania – praktykowane w podmiotach leczniczych – umieszczenie Karty Praw Pacjenta, stanowiącej zbiór norm z aktów prawnych, które zostały już uchylone (np. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej). Kluczowe jest, by umieszczone informacje były zgodne z aktualnym stanem prawnym. Opisany obowiązek nie dotyczy praktyk lekarskich oraz pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.

Konkludując powyższe, informację o stanie zdrowia pacjenta należy interpretować jako zbiorcze pojęcie dla: stanu zdrowia pacjenta *sensu stricto*, rokowań oraz dających się przewidzieć następstwach stosowanych metod diagnostycznych i terapeutycznych [17]. Odmienność kulturowa nie może być przesłanką wpływającą na zakres informacji udzielanych pacjentowi ani na liczbę osób upoważnionych do informacji. Pacjent, podejmując decyzję o upoważnieniu osoby trzeciej do informacji o swoim stanie zdrowia, nie jest ograniczony wymogiem stosunku pokrewieństwa bądź przynależności do grupy społecznej.

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Od 25 listopada 2013 roku każdy pacjent, przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo zgłosić działanie niepożądane produktu leczniczego osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Leków Produktów Leczniczych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Podstawą relacji pacjent – personel medyczny jest zaufanie. Pacjent w trakcie wywiadu medycznego niejednokrotnie proszony jest o udzielanie informacji o prowadzonym stylu życia, sytuacji zawodowej, a w przypadku wywiadu ginekologicznego – życiu seksualnym. Umożliwiając prawną ochronę informacji,

których pacjent udziela w podmiocie leczniczym, ustawodawca stworzył instytucję tajemnicy zawodowej, zgodnie z którą nawet po śmierci pacjenta osoby wykonujące zawód medyczny zobowiązane są do zachowania tajemnicy informacji, które uzyskały od pacjenta przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych. Z dniem 5 sierpnia 2016 r. weszła w życie nowelizacja omawianej regulacji. Ustawodawca zdecydował się na doprecyzowania zasad tajemnicy informacji po śmierci pacjenta. W obowiązującym stanie prawnym po śmierci pacjenta zgodę na ujawnienie informacji objętych tajemnicą może wyrazić osoba bliska. Jednakże personel pomimo takiej zgody będzie związany tajemnicą jeżeli inna osoba, również będąca w katalogu osób bliskich (omówiony we wstępie do niniejszego tekstu) sprzeciwi się ujawnieniu informacji. W praktyce może zaistnieć sytuacja, w której mąż zmarłej pacjentki wyrazi zgodę na ujawnienie przez personel informacji objętych tajemnicą, natomiast jej córka takiemu działaniu się sprzeciwi. Personel jest wówczas zobowiązany do zachowania tajemnicy. Tajemnicą objęte są w szczególności informacje związane ze stanem zdrowia, jednak zakres przedmiotowy omawianej instytucji jest znacznie szerszy. Pacjent odmienny kulturowo ma prawo do tajemnicy wszystkich informacji z nim związanych, w tym dotyczących pochodzenia, życia osobistego (zwłaszcza intymnego), wyznania, a nie tylko do informacji dotyczących jego stanu zdrowia. Zakres przedmiotowy tajemnicy został unormowany bardzo szeroko, dotyczy bowiem zarówno informacji, który pacjent udzielił sam (np. podczas wywiadu medycznego), jak również informacji powziętych podczas wykonywania badań diagnostycznych czy leczenia [21]. Omawiana instytucja nie ogranicza się do informacji dotyczących wyłącznie pacjenta, ale również osób trzecich, zwłaszcza bliskich, przyjaciół pacjenta bądź osób postronnych [21].

Pacjent nie ma obowiązku proszenia lub żądania od personelu zachowania tajemnicy zawodowej wobec konkretnych informacji, gdyż jest ona prawem przysługującym każdemu pacjentowi automatycznie, bez konieczności jego żądania, jak w przypadku zwołania konsylium lekarskiego. Dla prezentowanego obowiązku nie ma również znaczenia, czy w opinii lekarza udostępnienie określonych informacji byłoby dla pacjenta neutralne czy szkodliwe [22].

Korelatem omawianego prawa jest obowiązek tajemnicy zawodowej unormowany w aktach prawnych regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów: lekarza i lekarza dentysty (art. 40 ustawy lekarskiej), pielęgniarki i położnej (art. 17 u.z.p.p.), felczera (art. 7 ustawy z 20.07.1950 o zawodzie felczera), diagnosty laboratoryjnego (art. 29 ustawy z 27.07.2001 o diagnostyce laboratoryjnej), farmaceuty (art. 21 pkt 2 ustawy z 19.04.1991 o izbach aptekarskich), psychologa (art. 14 ustawy z 8.06.2001 o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów) [21].

Tajemnice zawodów medycznych nie mają charakteru bezwzględnego. Wyłączeniem obowiązku zachowania tajemnicy informacji są następujące okoliczności:

1. Przepisy innych ustaw, np.: obowiązek zawiadomienia o karalnym przygotowaniu, usiłowaniu albo dokonaniu czynu zabronionego, uprawnienia sądów korporacyjnych do uchylenia rygoru tajemnicy zawodowej, informacje dotyczące przyczyny śmierci pacjenta składane przez lekarza stwierdzającego zgon [23];
2. Zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
3. Pacjent lub jego przedstawiciel wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
4. Zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Rozwój holistycznego podejścia do pacjenta znacznie wpłynął na rodzaj relacji pacjent – lekarz. Odejście od modelu paternalistycznego, w którym jedynie lekarz decydował o wyborze terapii i przebiegu procesu leczenia, na rzecz modelu partnerskiego, w którym pacjent ma kluczowe miejsce w procesie decyzyjnym wymogło zmiany legislacyjne.

Zgoda pacjenta stanowi prawo do decydowania o samym sobie, więc należy ją interpretować jako rygor uzyskania zgody pacjenta należycie poinformowanego (*informed consent*) [24]. Warunkiem „ważności" zgody pacjenta jest zatem fakt należytego poinformowania go o diagnozie, proponowanych metodach leczenia oraz dających się przewidzieć następstwach. Jedynie pacjent w pełni świadomy swojego stanu i jego ewentualnych zmian może podjąć decyzję w przedmiocie zgody lub jej braku na proponowane leczenie. Zgody pacjenta na konkretną procedurę nie należy interpretować jako zgody na wszelkie działania lekarza. Zgoda musi obejmować ściśle określone czynności bądź poszczególne fazy udzielania świadczenia zdrowotnego: badanie, diagnostykę, leczenie, pielęgnację, rehabilitację i postępowanie po zakończeniu postępowania terapeutycznego [25].

Ustawodawca przewidział trzy rodzaje zgody na leczenie: tzw. właściwą (pacjenta), kumulatywną (uregulowaną w ustawie lekarskiej) i zastępczą, które zostały omówione w tabeli I.

Tabela I. Zgoda na świadczenia zdrowotne

Rodzaj zgodny	**Tzw. właściwa**	**Kumulatywna**	**Zastępcza**	
Podmiot udzielający	Pacjent	Pacjent Przedstawiciel ustawowy	Przedstawiciel ustawowy, w razie braku – opiekun faktyczny (wyłącznie w odniesieniu do badania)	Sąd opiekuńczy
Okoliczności	Pacjent jest poczytalny i świadomy	Pacjent jest: – małoletni i ukończył 16 lat (art. 32 ust. 5, 34 ust. 4 u.z.l.) – ubezwłasnowolniony całkowicie, lecz jest w stanie z dostatecznym rozeznaniem wypowiedzieć się w przedmiocie badania (art. 32 ust. 6, 34 ust. 5) [26]	Pacjent jest: – małoletni – całkowicie ubezwłasnowolniony – niezdolny do świadomego wyrażenia zgody	Brak zgodności pomiędzy decyzją przedstawiciela ustawowego a pacjentem, który jest: – małoletni, ukończył 16 lat – ubezwłasnowolniony lub chory psychicznie, ale dysponujący dostatecznym rozeznaniem

Prawodawca wymóg zgody pisemnej przewidział jedynie w odniesieniu do zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. W pozostałych okolicznościach zgoda lub sprzeciw wyrażane są ustnie bądź poprzez zachowanie, które obrazuje wolę pacjenta w sposób niebudzący wątpliwości (*per facta concludentia*).

W ostatnich latach wiele kontrowersji budzi kwestia ewentualnego prawa pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do odmowy poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym. Przywołana materia była przedmiotem postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym w Białymstoku, który w wyroku z 16 kwietnia 2013 roku stanął na stanowisku, iż obowiązek rodziców poddania dziecka obowiązkowym szczepieniom jest obowiązkiem prawnym, z którego rodzice mogą być zwolnieni jedynie na podstawie konkretnych przeciwwskazań lekarskich do szczepienia dziecka. Konsekwencją ustawowego obowiązku szczepień ochronnych jest niedopuszczalność skorzystania przez pacjenta z tzw. klauzuli sumienia, czyli uprawnienia do odmowy poddania się świadczeniu zdrowotnemu [27].

Prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na świadczenia zdrowotne, będące konsekwencją autonomii jednostki i swobody dokonywanych przez nią wyborów, w tym w obszarze zdrowia, ma również szczególne znaczenie dla pacjenta

odmiennego kulturowo. W polskim ustawodawstwie brak regulacji oświadczenia woli *pro futuro* składane na wypadek utraty przytomności w przyszłości (tzw. testament życia). Praktyka jednak wskazuje, iż przedmiotowa materia jest szczególnie ważna w przypadku pacjentów – Świadków Jehowy, którzy odmawiają zgody na transfuzję krwi. Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko Sądu Najwyższego w przedmiocie wagi pisemnego oświadczenia „żadnej krwi" w przypadku pacjentów nieprzytomnych: oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące [28]. Przywołane orzeczenie nie należy traktować jako regulacji prawnej, zgodnie bowiem z katalogiem źródeł prawa (rozdział II Konstytucji) orzeczenia nie stanowią powszechnie obowiązującego prawa. Orzeczenie Sądu Najwyższego wiąże sądy powszechne jedynie w sprawie, w której zostało wydane. W innych sprawach może służyć jedynie jako wskazówka.

Niezależnie od opinii lekarza w przedmiocie zgody bądź sprzeciwu pacjenta na proponowane świadczenia zdrowotne, zobowiązany jest on ją uszanować, gdyż wybór metody leczenia jest konsekwencją swobody dokonywanych wyborów i prawa pacjenta do decydowania o sobie samym [29]. Lekarz nie ponosi odpowiedzialności prawnej za konsekwencje decyzji pacjenta należycie poinformowanego. Ma jedynie obowiązek przedstawienia pacjentowi konsekwencji zdrowotnych, do których decyzja pacjenta może doprowadzić [30].

Analizując prawo pacjenta do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne z punktu widzenia pacjenta odmiennego kulturowo należy zwrócić uwagę na kilka kwestii. Zgoda nie będzie miała wpływu na obowiązki wynikające z aktów prawnych rangi ustawowej, jak przywołany powyżej obowiązek szczepień. Jednakże obowiązek poszanowania autonomii pacjenta i jego światopoglądu nakazuje respektowanie decyzji w przedmiocie leczenia. Odmienna od decyzji pacjenta opinia personelu medycznego nie stanowi przesłanki do nierespektowania woli pacjenta, który nie może zostać zmuszony do poddania się określonym świadczeniom, nawet gdy w opinii personelu medycznego są konieczne.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Jak już wspomniano, prawa pacjenta są pochodną praw człowieka. Poszanowanie godności istoty ludzkiej jest kardynalnym prawem człowieka. Jak słusznie stwierdzono w judykaturze *godność osobista jest jednym z aspektów szerszego*

pojęcia, jakim jest cześć człowieka. Godność osobista jest dobrem osobistym, związanym ze sferą osobowości, konkretyzującym się w poczuciu własnej wartości i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi [31].

Pacjent ma prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jak już wspomniano, osobą bliską może być każda osoba wskazana przez pacjenta, niezależnie od stosunku pokrewieństwa. Ustawodawca przewidział dwa wyłączenia omawianej regulacji. Pierwsze związane jest z istnieniem prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego, drugie – z bezpieczeństwem zdrowotnym pacjenta. Praktyka wskazuje, iż omawiane uprawnienie jest często nieprzestrzegane. Wypraszanie osób bliskich z gabinetu lekarskiego z uwagi na dyskomfort lekarza jest naruszeniem praw pacjenta. Warto w tym miejscu również odnieść się do poszanowania godności i intymności pacjenta podczas hospitalizacji, gdzie w jednej sali szpitalnej przebywa kilku pacjentów. Sam fakt umieszczenia pacjenta w kilkuosobowej sali nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku zapewnienia pacjentowi intymności podczas badania. Przykładowo, pacjentka pooperacyjna podczas zmiany opatrunku w okolicach klatki piersiowej, której nie można na czas świadczenia umieścić w innym pomieszczeniu, powinna zostać zasłonięta parawanem.

Poza osobą bliską przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne wyłącznie osoby wykonujące zawód medyczny, których obecność jest niezbędna ze względu na rodzaj świadczenia bądź przeprowadzane czynności kontrolne. Wyłączenie stosowania przywołanej regulacji, umieszczone w ustawie lekarskiej, obejmuje kliniki i szpitale akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych. Omawiana regulacja wzbudza wiele kontrowersji w doktrynie – przyjęcie założenia, że pacjent zgłaszając się do placówki prowadzącej dydaktykę przyszłych kadr medycznych, zgodził się na obecność studentów, może być trudne do zaakceptowania, gdyż nie zawsze pacjent ma możliwość wyboru placówki [32].

Towarzyszenie pacjentowi ma również szczególne znaczenie w przypadku porodu. Przede wszystkim, należy zgodzić się z poglądem wyrażonym w doktrynie, iż sam fakt zgłoszenia się rodzącej do porodu w szpitalu, który dysponuje wyłącznie salami porodowymi wieloosobowymi, nie oznacza zgody na obecność drugiej rodzącej [cyt. za 33].

Rodząca również ma prawo do obecności osoby bliskiej przy porodzie. Powszechnie zakłada się błędnie, iż osobą towarzyszącą przy porodzie może być jedynie mężczyzna – ojciec dziecka. Decyzją rodzącej towarzyszyć może osoba z nią spokrewniona lub pozostająca w innych relacjach prywatnych. Co więcej, na obecność

mężczyzny nie będzie miała wpływu okoliczność, czy jest on biologicznym ojcem dziecka oraz fakt, czy je uznał – w przypadku dziecka pozamałżeńskiego [cyt. za 33].

Pacjent odmienny kulturowo ma prawo do poszanowania jego światopoglądu oraz pochodzenia. Ma również prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, chyba że obecność jest niedopuszczalna na podstawie norm ustawowych.

Prawo do dokumentacji medycznej

Każdy podmiot leczniczy oraz podmioty prowadzące praktykę zawodową (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne) mają obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania uprawnionym podmiotom dokumentacji medycznej.

Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy oraz osoba upoważniona przez pacjenta mają prawo dostępu do dokumentacji medycznej w formie:

1. wglądu (także do baz danych) w siedzibie podmiotu leczniczego;
2. sporządzonych wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków;
3. wydania oryginału za pokwitowaniem odbioru z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu;
4. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
5. na informatycznym nośniku danych.

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest uprawniony do pobierania opłaty tytułem sporządzenia wyciągów, odpisów, kopii w maksymalnej wysokości za jedną stronę wyciągu, kopii lub odpisu dokumentacji medycznej nie przekraczającej 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale. Jeżeli podmiot prowadzi dokumentację elektroniczną – opłata za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych nie może przekraczać 0,004 przeciętnego wynagrodzenia.

Od 1 sierpnia 2017 r. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych będą miały obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W przypadku udostępniania wydruków papierowych dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej (część placówek już wprowadziła tę formę prowadzenia dokumentacji), osoba upoważniona przez podmiot leczniczy ma obowiązek potwierdzić zgodność wydruku z dokumentacją w postaci elektronicznej oraz opatrzyć swoim oznaczeniem (w praktyce będzie to pieczątka) zawierającym: imię, nazwisko, stanowisko oraz złożyć własnoręczny podpis [34].

Co prawda ustawodawca nie przewidział wprost ograniczenia czasowego prawa do dokumentacji medycznej, jednakże sprecyzował okres jej przechowywania, w ten sposób pośrednio regulując czasowość uprawnienia pacjenta. Generalną zasadą przechowywania dokumentacji jest okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Wyjątkiem od powyższego są: dokumentacja medyczna zawierająca dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników oraz dokumentacja w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia (30 lat), zdjęcia rentgenowskie (10 lat), skierowania na badania i zlecenia lekarskie (5 lat) oraz dokumentacja dzieci do ukończenia 2. roku życia (22 lata).

Analizując prawo do dokumentacji medycznej, szczególną uwagę należy zwrócić na uprawnienie pacjenta do upoważnienia osoby trzeciej. Ustawodawca nie wprowadził w tym zakresie żadnej szczegółowej regulacji, pozostawiając pacjentowi całkowitą dowolność w rozporządzaniu omawianym uprawnieniem. Konsekwencją powyższego będzie możliwość upoważnienia do dokumentacji medycznej także osoby małoletniej, która ukończyła 13 lat oraz osoby ubezwłasnowolnionej częściowo, dla której ustanowiono doradcę tymczasowego [35]. Kwestią kontrowersyjną był dostęp do dokumentacji medycznej osoby upoważnionej w innej placówce. W praktyce dokumentacja medyczna nie była udostępniana osobom upoważnionym w innym podmiocie leczniczym niż udzielający świadczenia. Prezentowane wątpliwości rozwiązała dopiero judykatura wskazując, iż podmiot leczniczy zobowiązany jest respektować oświadczenie pacjenta, włączone do dokumentacji medycznej, upoważniające osobę trzecią do uzyskiwania dokumentacji medycznej złożone w innym podmiocie leczniczym [36]. Ponadto, osoba upoważniona do wglądu w dokumentację za życia ma do niej również dostęp po śmierci pacjenta [37].

Niewydanie dokumentacji medycznej przez podmiot leczniczy uprawnia pacjenta do wniesienia skargi na bezczynność do sądu administracyjnego [37].

Pacjent, kierując się swoim światopoglądem, może zezwolić każdej osobie, którą uzna za wskazaną, na dostęp do dokumentacji medycznej. Przy decydowaniu o upoważnieniu należy jednak mieć na uwadze fakt, iż upoważnienia wydane w jednym podmiocie leczniczym będą miały zastosowanie w innych oraz obowiązują aż do momentu ich odwołania.

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

W procesie leczenia lekarz wydaje opinie i orzeka w kwestiach dotyczących pacjenta, które mają wpływ na jego status oraz przysługujące uprawnienia. Zapewniając

pacjentowi wpływ na kształtowanie swojej pozycji w systemie zdrowotnym, ustawodawca stworzył instytucję Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Pacjent ma prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, które ma wpływ na jego prawa lub obowiązki. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta opracowało przykładowy katalog orzeczeń, wobec których wspomniany sprzeciw przysługuje: orzeczenia w sprawie stwierdzenia okoliczności, że ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej oraz badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu; zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń w danym uzdrowisku; orzeczenie o istnieniu przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego; orzeczenie o trwałym nieodwracanym ustaniu czynności mózgu; orzeczenie w sprawie ustalenia, czy kandydat na dawcę lub dawca odpowiada wymaganiom zdrowotnym i czy pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy [39].

Sprzeciw, zawierający uzasadnienie, należy wnieść za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta w terminie 30 dni od dnia wydania opinii lub orzeczenia. Następnie, komisja ma 30 dni na wydanie orzeczenia, w czasie których jest uprawniona do wglądu w dokumentację medyczną oraz zbadania pacjenta. Orzeczenia zapadają bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu komisji i nie przysługuje od nich odwołanie.

W skład komisji wchodzi trzech lekarzy, w tym co najmniej dwóch tej samej specjalności, co lekarza wydającego opinię lub orzeczenie.

Komisji Lekarskich przy Rzeczniku Praw Pacjenta nie należy utożsamiać z wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych [40-42].

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

Pacjent przebywający w placówce udzielającej stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych ma prawo do osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego kontaktu z innymi osobami lub odmowy takiego kontaktu. Ustawodawca przewidział ograniczenie omawianego uprawnienia – przysługuje wyłącznie w placówkach udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju całodobowych i stacjonarnych, co oznacza, iż poradnie (zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, jak i specjalistyczne) nie będą objęte jego zakresem. Brak jednak ograniczenia podmiotowego, osoby, z którymi pacjenta ma prawo się kontaktować, nie muszą być z nim spokrewnione.

Pacjent ma również prawo do odpłatnego skorzystania z dodatkowej opieki pielęgniarskiej, która nie będzie swoim zakresem obejmowała czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Może ją sprawować zarówno osoba bliska, jak również inna – wskazana przez pacjenta. Realizacja omawianego prawa może również przyjąć formę oddzielnej umowy cywilnoprawnej pomiędzy pacjentem a pielęgniarką lub położną [43]. Jednakże, przedmiotem dodatkowej opieki pielęgniarskiej nie mogą być objęte czynności pielęgnacyjne, które są konieczne ze względu na stan zdrowia, gdyż realizacja ich jest obowiązkiem podmiotu leczniczego.

Jeżeli podmiot leczniczy ponosi koszty w związku z realizacją prawa pacjenta do kontaktu z osobami trzecimi lub dodatkową opieką pielęgniarską, może nimi obciążyć pacjenta. Wysokość ww. opłaty powinna być ustalona przez kierownika oraz udostępniona w placówce.

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

Prawem mającym szczególny wymiar dla pacjenta odmiennego kulturowo jest prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej, które również odnosi się wyłącznie do placówek udzielających świadczeń zdrowotnych całodobowo i stacjonarnie. Pogorszenie stanu zdrowia lub zagrożenie życia pacjenta skutkować będzie obowiązkiem placówki umożliwienia pacjentowi kontaktu z duchownym swojego wyznania.

Analizując zadania podmiotu leczniczego w związku z omawianym prawem, skupić się należy na terminie „umożliwić". Podmiot leczniczy nie ma obowiązku poszukiwać lub finansować kontaktu z odpowiednim duchownym, a jedynie nie stwarzać przy nim przeszkód.

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

Pacjent, który przebywa w podmiocie leczniczym udzielającym całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, którego koszty ponosi placówka.

W omawianym prawie należy zwrócić uwagę na dwie kwestie – ma zastosowanie wyłącznie do podmiotów świadczących usługi zdrowotnie całodobowo oraz odnosi się wyłącznie do rzeczy wartościowym. W depozycie pacjent nie będzie więc mógł złożyć wszystkich przedmiotów, a jedynie mających znaczną wartość.

Podsumowanie

Z przedstawionych powyżej kwestii, dotyczących praw pacjenta odmiennego kulturowo, wynika kilka wniosków. Przede wszystkim, pacjentem jest również osoba zgłaszająca się do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, a nie jedynie osoba, której wspomniane świadczenia są już udzielane. Konsekwencją powyższego jest przyznanie wszystkich praw omówionych w niniejszym rozdziale również osobie, która dopiero zwraca się do podmiotu leczniczego, gdyż posiada już status pacjenta.

Uwzględniając zatem wszystkie uwagi przedstawione w tekście, należy skonstatować, iż odmienność kulturowa pacjenta (wyznanie, pochodzenie, światopogląd) nie wpływają na ograniczenie jego uprawnień wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Wszelkie przejawy dyskryminacji bądź próby ograniczenia realizacji omówionych praw będą stanowiły naruszenie praw pacjenta, a tym samym – podstawę odpowiedzialności prawnej.

Wykaz skrótów

NSA – Naczelny Sąd Administracyjny;
SN – Sąd Najwyższy;
t.j. – tekst jednolity;
u.z.p.p. – ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, t.j. Dz. U. 2014 poz. 1435;
u.p.p. – ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. 2012 poz. 159 ze zm.;
u.z.l., ustawa lekarska – ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2011 nr 277 poz. 1634 ze zm.;
WSA – Wojewódzki Sąd Administracyjny.

Piśmiennictwo

1. Wyrok TK z 7.01.2004 sygn. akt K 14/03 (OTK ZU 2004, seria A, nr 1 poz. 1).
2. Piechota M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia jako prawo socjalne i prawo podstawowe*, „Roczniki Administracji i Prawa. Teoria i Praktyka", 2012, nr 12, 93-102.
3. Surówka A., *Miejsce konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w systemie praw i wolności człowieka i obywatela*, „Przegląd Prawa Konstytucyjnego", 2012, nr 3, 91-130.

4. Jacek A., Porada S., *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, (w:) *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Hartman J., Zalewski Z. (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2013, 150-166.
5. Dercz M., Izdebski H., Rek T., *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
6. Konieczniak P., *Status prawny opiekuna faktycznego w prawie medycznym,* „Prawo i Medycyna", 2014, nr 2, www.prawoimedycyna.pl, data pobrania 26.02.2015.
7. Ustawa z dnia 25.2.1964 Kodeks rodzinny i opiekuńczy, t.j. Dz. U. 2012 poz. 788 ze zm.
8. Haberko J., *Aktualna wiedza medyczna a stosowanie homeopatii*, „Medyczna Wokanda", 2009, nr 1, 47-59.
9. Miaskowska-Daszkiewcz K., *Ordynowanie produktów leczniczych przez lekarzy psychiatrów*, (w:) *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, Jacek A., Sarnacka E. (red.), Difin, 2014, 60-76.
10. Jacek A., *Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo i Medycyna", 2011, nr 3, www.prawoimedycyna.pl, data pobrania 25.02.2015.
11. Drozdowska U., *Prawa pacjenta psychiatrycznego*, (w:) *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, Jacek A., Sarnacka E. (red.), Wyd. Difin, Warszawa 2014, 154.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia 26.09.2005 w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Dz. U. 200 poz. 1660 i 1661.
13. Ustawa z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135.
14. Ustawa z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. 2013 poz. 217 ze zm.
15. Wyrok SA w Katowicach z 5.02.2014, sygn. akt VACa 683/13, opubl. Legalis.
16. Sarnacka E., *Lekarz dentysta w systemie prawnym. Prawo dla lekarzy dentystów*, PZWL, Warszawa 2014.
17. Fiutak A., *Informowanie pacjenta*, (w:) *Leksykon prawa medycznego. 100 podstawowych pojęć*, Górski A. (red.), CH BECK, Warszawa 2012, 62.
18. Ogiegło L., *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, CH BECK, Warszawa 2010.
19. Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Zakamycze, Kraków 2000.
20. Rozwadowska E., *Położna w systemie prawnym. Prawo dla położnych*, PZWL, Warszawa 2012.
21. Świtała K., *Tajemnice zawodów medycznych – charakterystyka*, „Monitor Prawniczy", 2014, nr 11, 603-608.
22. Kubiak R., *Prawo medyczne*, CH BECK, Warszawa 2010.
23. Świtała K., *Wyjątki od obowiązku zachowania tajemnic zawodów medycznych*, „Monitor Prawniczy", 2014, nr 12, 659-664.
24. Wyrok SA w Katowicach z 15.01.2014, sygn. akt I ACa 922/13, opubl. Legalis.
25. Wyrok SA w Warszawie z 13.02.2013, sygn. akt VI ACa 1013/12, opubl. Legalis.
26. Fiutak A., *Prawo w medycynie*, 2. wydanie, CH BECK, Warszawa 2011.
27. Wyrok WSA w Białymstoku z 16.04.2013, sygn. akt II SA/Bk 18/13, opubl. Legalis.

28. Postanowienie SN – Izba Cywilna z 27.10.2005, sygn. akt II CK 155, opubl. Legalis.
29. Wyrok SA w Łodzi – I Wydział Cywilny z 18.09.2913, sygn. akt I AcA 355/13, opubl. Legalis.
30. Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 23.11.2007, sygn. akt IV CSK 240/07, opubl. Legalis.
31. Wyrok SA w Białymstoku – I Wydział Cywilny z 30.12.2013, sygn. akt I ACa 596/13.
32. Karkowska D., *Prawo ochrony zdrowia w pytaniach i odpowiedziach – prawa pacjenta*, Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
33. Haberko J., *Prawne aspekty asysty przy porodzie ze szczególnym uwzględnieniem uczestnictwa męża matki i ojca dziecka*, „Ginekologia Praktyczna", 2006, nr 88, 28-33.
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 9.11.2015 w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. 2015 r. poz. 2069.
35. Banaś T., Filarski T., Mikos M., Pochopień P., *Dokumentacja medyczna*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
36. Wyrok NSA z 17.09.2013, sygn. akt II OSK 1539/13, opubl. Legalis.
37. Wyrok WSA w Warszawie z 13.02.2013, sygn. akt VII SAB/Wa 217/12, opubl. Legalis. Wyrok WSA w Krakowie z 29.10.2014, sygn. akt III SAB/Kr 42/14.
38. Art. 3§2 p. 8 w zw. z p. 4 ustawy z 30.08.2002 Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Wyrok WSA w Warszawie z 13.02.2013, sygn. akt VII SAB/Wa 217/12, opubl. Legalis.
39. www.bpp.gov.pl, data pobrania 27.02.2015.
40. Sarnacka E., Jacek A., Porada S., *Odpowiedzialność szpitala z tytułu zdarzeń medycznych*, (w:) Hartman J., Zalewski Z. (red.), *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, 167-184.
41. Kowalewski E., *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, Dom Organizatora, Toruń, 2011, 1-295.
42. Jacek A., *Extrajudicial ways of compensating for medical damage in Poland*, „Progress in Health Sciences", 2014, nr 4, 200-210.
43. Augustynowicz A., Budziszewska-Makulska A., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta. Komentarz*, CeDeWu Sp. z o.o., Warszawa 2010, 190-191.

Emilia Sarnacka

PRAWO DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Wprowadzenie

Niniejszy rozdział koncentrować się będzie wobec statusu osoby niepełnosprawnej w systemie zdrowotnym, ze szczególnym uwzględnieniem jej praw i możliwości dostępu do konkretnych świadczeń zdrowotnych. Z uwagi na fakt, iż prawa pacjenta, w tym prawo do świadczeń zdrowotnych, zostały szczegółowo omówione w innej części niniejszego podręcznika, prezentowany tekst koncentrować będzie się wokół konkretnych uprawnień wynikających z posiadania statusu osoby niepełnosprawnej. Przedstawione zostaną jedynie wybrane świadczenia zdrowotne, z których osoby niepełnosprawne korzystają najczęściej.

Definicja osoby niepełnosprawnej

Na wstępie niniejszych rozważań należy przedstawić definiowanie pojęć „niepełnosprawność" i „osoba niepełnosprawna". Przywołane pojęcia w znaczeniu legislacyjnym mogą się bowiem różnić terminologicznie w stosunku do ich definicji, jaka funkcjonuje w medycynie lub w naukach społecznych.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa modele niepełnosprawności – medyczny i społeczny. Pierwszy łączy niepełnosprawność z bezpośrednią konsekwencją choroby bądź uszkodzenia. Drugi podkreśla, iż niepełnosprawność powstaje w wyniku ograniczeń doświadczanych przez osobę nią dotkniętą, przykładowo indywidualne uprzedzenia, utrudniony dostęp do budynków użyteczności

publicznej, segregacyjna edukacja, niedostosowanie na rynku pracy. Patrząc na niepełnosprawność z punktu ustawodawcy należy przyjąć, iż podstawowym zadaniem powinno być likwidowanie niepełnosprawności społecznej, która często może wywoływać ograniczenie praw człowieka [1].

Kluczowe regulacje prawne w zakresie poruszanym w niniejszej części tekstu zostały unormowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2007 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721) (dalej: u.r.z.s.) [2] oraz w rozporządzeniach wykonawczych wydanych na podstawie ww. aktu.

Ustawodawca nie zdecydował się na wprowadzenie definicji legalnej terminu „niepełnosprawność". Na potrzeby omawianej ustawy (a tym samym niniejszego rozdziału) przywołane pojęcie należy interpretować jako trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy (art. 2 pkt 10 u.r.z.s.). Podkreślenia wymaga fakt, iż – na gruncie analizowanej ustawy – nie należy utożsamiać terminów niepełnosprawność oraz niezdolność do pracy. Omawiany akt prawny posługuje się terminem „niepełnosprawność" odmiennie od ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 748) (dalej: u.e.r.) [3], zgodnie z którą niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu (art. 12 ust. 1 u.e.r.). Trudności interpretacyjne związane z zależnością przywołanych pojęć rozwiała judykatura, stojąc na stanowisku, iż postępowanie w przedmiocie niezdolności do pracy oraz postępowanie w przedmiocie ustalenia stopnia niepełnosprawności należą do innych organów i stanowią konieczną przesłankę prawną do ustalenia prawa do różnych świadczeń [4]. Osoba nie w pełni sprawna nie zawsze musi być niezdolna do pracy, jednakże ustalenie niezdolności do pracy będzie jednoznaczne z niepełnosprawnością [4, 5].

Osobą niepełnosprawną legislator określił osobę, której niepełnosprawność została potwierdzona jednym z następujących orzeczeń: o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności (omówione poniżej), o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub o niepełnosprawności wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.

Ustawa przewidziała trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności może zostać wydane wobec osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnej do pracy albo zdolnej do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającej, w celu

pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji (art. 4 ust. 1 u.r.z.s.). Orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności będzie orzeczone w stosunku do osoby z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolnej do pracy lub zdolnej do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającej czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych (art. 4 ust. 2 u.r.z.s.). Natomiast do osoby z lekkim stopniem niepełnosprawności zostanie zaliczona osoba o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne (art. 4 ust. 3 u.r.z.s.).

Niezdolność do samodzielnej egzystencji należy interpretować jako niezdolność organizmu, która uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych bez pomocy innych osób, przykładowo samoobsługę, poruszanie się i komunikację. Ustawodawca nie sprecyzował, realizację jakich zadań należy uznać za pełnienie ról społecznych, można w tym miejscu założyć, iż będzie to możliwość podjęcia pracy zarobkowej, posiadanie zdolności do czynności prawnych (brak choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego). W tym miejscu legislator zdecydował się umożliwić swobodę oceny lekarzowi orzecznikowi.

O stopniu niepełnosprawności orzekają powiatowe i wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Pierwsze z wymienionych powoływane są przez starostę, drugie – wojewodę.

Zasady dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej [6] dostęp do świadczeń zdrowotnych reguluje ustawa. 27 sierpnia 2004 r. została uchwalona ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 581) (dalej: u.f.s.z.) [7], która reguluje zasady dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz wprowadza tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych, który stanowi katalog świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, z którego mogą korzystać osoby uprawnione. Powyższe nie oznacza, iż każdy uprawniony (katalog uprawnionych zostanie omówiony poniżej) będzie

miał prawo do skorzystania z refundowanych świadczeń zdrowotnych. Oznacza jedynie, iż pewien zakres usług zdrowotnych objęty jest finansowaniem publicznym, jednakże ilość świadczeń uzależniona jest możliwościami finansowymi Skarbu Państwa określonymi w ustawie budżetowej. W praktyce powyższe oznacza, że świadczenia zdrowotne w określonym zakresie i określonej ilości są finansowane z budżetu. Nie oznacza to jednak, że dostęp do świadczeń będzie zapewniony wszystkim osobom uprawnionym. W tym miejscu bowiem ustalana jest kolejność dostępu do świadczeń zdrowotnych omówiona w rozdziale dotyczącym praw pacjenta.

Podmiotami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publiczną są:

1. Osoby objęte powszechnym (obowiązkowym i dobrowolnym) ubezpieczeniem zdrowotnym. Ubezpieczonymi objętymi obowiązkowym ubezpieczeniem są następujące osoby:
   a) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
   b) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany;
   c) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium;
   d) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie;

e) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
   – ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi,
   – ubezpieczeniem społecznym rolników;
f) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
g) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium;
h) odbywający staż adaptacyjny;
i) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie;
j) członkowie rodzin osób, o których mowa w punkcie 1a i 1c, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

k) członkowie rodzin osób, o których mowa w punkcie 1b i 1c , zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt.
3. Inne niż wymienione powyżej osoby, które nie ukończyły 18. roku życia
   – posiadające obywatelstwo polskie lub
   – które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy.
4. Inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu
   a) posiadające obywatelstwo polskie lub
   b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Ustawodawca w odniesieniu do opisanego powyżej katalogu osób posłużył się terminem „świadczeniobiorca", który można zdefiniować jako osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W tym miejscu należy wyjaśnić różnicę pomiędzy statusem pacjenta a świadczeniobiorcy. Zakres pierwszego z pojęć jest szerszy – obejmuje bowiem wszystkie osoby korzystające lub ubiegające się o świadczenia zdrowotne, niezależnie od tego, czy świadczenia będą finansowane ze środków publicznych oraz czy posiadają status osoby ubezpieczonej. Świadczeniobiorcą będzie natomiast jedynie osoba, która mieści się w kręgu osób opisanych powyżej.

W związku z faktem, iż opisane w dalszej części tekstu świadczenia zdrowotne lub wyroby medyczne są finansowane ze środków publicznych, dostęp do nich będą miały jedynie osoby niepełnosprawne mające status świadczeniobiorcy. Osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu, z tytułu którego składki ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego odprowadza za nie pracodawca, natomiast osoby niepełnosprawne niezdolne do pracy ubezpieczane są przez Skarb Państwa. W przypadku osób niepełnosprawnych zdolnych do pracy, ale nie posiadających zatrudnienia, status osoby bezrobotnej zatrudnionej w Państwowym Urzędzie Pracy stanowi podstawę ubezpieczenia ze środków publicznych.

Na wstępie należy wyjaśnić, iż nie ma oddzielnego katalogu świadczeń zdrowotnych, które przysługują wyłącznie pacjentom posiadającym orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Wszystkie omówione w niniejszym tekście świadczenia

zdrowotne realizowane są w ramach koszyka świadczeń zdrowotnych i są dostępne wszystkim pacjentom posiadającym status świadczeniobiorcy. Ponadto, posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej nie będzie miało wpływu na dostępność do świadczeń, w szczególności nie skróci czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Rehabilitacja lecznicza

Rehabilitacja lecznicza jest świadczeniem zdrowotnym, z którego osoby niepełnosprawne korzystają najczęściej. Warunki i zakres świadczeń zdrowotnych w ramach rehabilitacji leczniczej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522) [8].

Świadczenia rehabilitacyjne mogą być realizowane w czterech formach (§4 ww. rozporządzenia):

1. W warunkach ambulatoryjnych obejmujących: lekarską ambulatoryjną opiekę rehabilitacyjną, realizowaną przez poradę lekarską rehabilitacyjną, fizjoterapię ambulatoryjną realizowaną przez: wizytę fizjoterapeutyczną lub zabieg fizjoterapeutyczny;
2. W warunkach domowych, które obejmują poradę lekarską rehabilitacyjną, fizjoterapię domową realizowaną przez wizytę fizjoterapeutyczną, zabieg fizjoterapeutyczny. Świadczenia rehabilitacyjne udzielane są w warunkach domowych świadczeniobiorcom, którzy ze względu na brak możliwości samodzielnego poruszania się nie mogą dotrzeć do podmiotów leczniczych, a wymagają rehabilitacji.

Fizjoterapia domowa w formie wizyty fizjoterapeutycznej lub zabiegu fizjoterapeutycznego udzielana jest świadczeniobiorcom z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi:

– ogniskowymi uszkodzeniami mózgu (stanami po zatorach mózgowych, udarach krwotocznych mózgu, urazach) – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania ogniskowego uszkodzenia mózgu;
– ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego odpowiadającymi 5. stopniowi skali oceny stopnia niepełnosprawności (skala oparta na skali Rankina); warunku otrzymania 5. stopnia skali opartej na skali Rankina nie stosuje się wobec dzieci do ukończenia 18. roku życia; skala oparta na skali Rankina stanowi załącznik nr 2 do omawianego rozporządzenia:

- 0 – Świadczeniobiorca nie zgłasza skarg;

- 1 – Świadczeniobiorca zgłasza niewielkie skargi, które nie wpływają w sposób istotny na jego tryb życia;
- 2 – Osoba niepełnosprawna w niewielkim stopniu. Objawy nieznacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia, lecz nie ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania. Nie jest zależny od otoczenia;
- 3 – Osoba niepełnosprawna w średnim stopniu. Objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie;
- 4 – Osoba niepełnosprawna w dość ciężkim stopniu. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej;
- 5 – Osoba niepełnosprawna w bardzo ciężkim stopniu. Świadczeniobiorca całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc drugiej osoby;
  - uszkodzeniem rdzenia kręgowego – w okresie do 12 miesięcy od dnia powstania uszkodzenia rdzenia kręgowego;
  - chorobami przewlekle postępującymi, w szczególności: miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów;
  - chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu – w okresie do 6 miesięcy od dnia wykonania operacji;
  - złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych – w okresie do 6 miesięcy od dnia złamania, obrażenia lub amputacji;
  - osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym;

3. W warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, w tym dla określonych grup pacjentów; dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego; osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy; osób z dysfunkcją narządu wzroku; kardiologiczną; pulmonologiczną z wykorzystaniem metod subterraneoterapii;
4. W warunkach stacjonarnych, które obejmują rehabilitację: ogólnoustrojową, neurologiczną, pulmonologiczną, kardiologiczną.

Bezpłatny transport sanitarny

Ustawodawca przewidział umożliwienie pacjentowi skorzystania z transportu sanitarnego. Zgodnie z art. 41 u.f.s.z. świadczeniobiorca na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, ma możliwość uzyskania bezpłatnego przejazdu środkami transportu sanitarnego (również leczniczego) do najbliższego podmiotu leczniczego w dwóch okolicznościach: konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia oraz w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia.

Ponadto osoby mające dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego mają możliwość, również na podstawie zlecenia ww. lekarza lub felczera, skorzystania z bezpłatnego przejazdu środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie. Przejazd ten obejmuje także powrót do domu świadczeniobiorcy.

Leczenie uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu zdrowotnego. Ustawodawca wyróżnił sześć form zakładów lecznictwa uzdrowiskowego: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodoleczn icze oraz szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górskich [9]. Charakterystykę wymienionych form przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (opracowanie własne)

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego	**Zadania:**
Szpital uzdrowiskowy	Zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: – całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; – całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; – przewidzianych programem leczenia zabiegów; – korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego; – edukacji zdrowotnej.

cd. tab 1

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego	Zadania:
Sanatorium uzdrowiskowe	Zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: – całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; – opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej; – przewidzianych programem leczenia zabiegów; – świadczeń profilaktycznych; – edukacji zdrowotnej.
Szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci	Zapewnienie dziecku, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: – całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; – całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; – przewidzianych programem leczenia zabiegów; – świadczeń profilaktycznych; – świadczeń opiekuńczych; – edukacji zdrowotnej.
Przychodnia uzdrowiskowa	Do zadań przychodni uzdrowiskowej należy zapewnienie pacjentowi: – ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych zleconych przez lekarza; – edukacji zdrowotnej.
Zakład przyrodoleczniczy	Zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: – całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych; – całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; – przewidzianych programem leczenia zabiegów; – korzystania z naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego; – edukacji zdrowotnej.
Szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górskich	zapewnienie pacjentowi, którego skierowano na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową: – całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych; – opieki lekarskiej i całodobowej opieki pielęgniarskiej; – przewidzianych programem leczenia zabiegów; – świadczeń profilaktycznych; – edukacji zdrowotnej.

Leczenie uzdrowiskowe oraz rehabilitacja uzdrowiskowa przysługują osobie niepełnosprawnej, mającej status świadczeniobiorcy, na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawodawca nie wprowadził wymogu posiadania przez wystawcę skierowania konkretnej specjalizacji, więc skierowanie może wystawić każdy lekarz, w tym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (tzw. lekarz rodzinny). Następnie skierowanie jest potwierdzane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej. W tym miejscu należy podkreślić, iż przynależność do oddziału NFZ zależy od miejsca zamieszkania, czyli miejscowości, w której osoba stale przebywa z zamiarem osiedlenia się, a nie od miejsca zameldowania.

Podczas korzystania z lecznictwa uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej pacjent ponosi koszty transportu do i z placówki oraz częściowe koszty wyżywienia i zakwaterowania. Wyłączeniem od powyższej zasady jest zwolnienie z kosztów wyżywienia i zakwaterowania dzieci i młodzieży do 18 r. ż. (kształcących się – do ukończenia 26 r. ż.), dzieci niepełnosprawnych w znacznym stopniu oraz dzieci uprawnionych do renty rodzinnej w następujących placówkach: w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym.

Czas trwania lecznictwa uzdrowiskowego został uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (t.j. Dz. U. 2015 poz. 2027) [10]:

- Od 6 do 18 dni – uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci;
- 21 dni – uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 7 do 18 lat; uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych; uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych;
- 27 dni – uzdrowiskowe leczenie szpitalne dzieci w wieku od 3 do 18 lat;
- 28 dni – uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w szpitalu uzdrowiskowym, uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych w sanatorium uzdrowiskowym.

Czas oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe nie jest precyzyjnie określony i w każdym oddziale wojewódzkim NFZ może być odmienny. Przykładowo, łódzki oddział wojewódzki NFZ podaje, iż szacunkowy okres oczekiwania wynosi 18 miesięcy [11]. Nie można zatem uznać, iż dostęp do leczenia uzdrowiskowego jest znaczny.

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Osoby z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, posiadające status świadczeniobiorcy, mają prawo do zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawy. Wyroby medyczne (w tym przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) wydawane są na podstawie zlecenia na zaopatrzenie wystawianego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kontynuacja wybranego zaopatrzenia może odbywać się również na podstawie zlecenia pielęgniarki i położnej.

Ustawodawca przewidział różne stopnie finansowania wyrobów medycznych przez pacjentów, którym są one zlecane. Szczegółowy katalog wraz z poziomem odpłatności i zasadami dostępu zawiera załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2013 r. poz. 1565) [12].

Podsumowanie

Konkludując powyższe rozważania należy stwierdzić, iż ustawodawca przewidział szeroki wachlarz świadczeń zdrowotnych skierowanych do osób niepełnosprawnych. Jednakże dostępność opisanych w tekście świadczeń nie może zostać uznana za znaczną. Przede wszystkim wszystkie wymienione świadczenia zdrowotne znajdują się w ramach świadczeń gwarantowanych (tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych), co oznacza, iż dostępne są jedynie dla osób niepełnosprawnych mających status świadczeniobiorcy. Ponadto, posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nie umożliwia szybszego dostępu do świadczeń zdrowotnych, gdyż kolejność na tzw. liście oczekujących na świadczenia wynika ze stanu zdrowia pacjenta, który – na potrzeby ustalania kolejności – dzieli się wyłącznie na stan nagły i stan stabilny. Przy dostępie do świadczeń zdrowotnych fakt posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jest zatem bez znaczenia. Omawiani w niniejszym rozdziale pacjenci korzystają ze świadczeń zdrowotnych na takich samych zasadach jak cała społeczność pacjentów.

Pomimo szerokiej gamy usług zdrowotnych, które są świadczone z myślą pacjentach – osobach niepełnosprawnych, nie można ocenić dostępu do świadczeń zdrowotnych jako zapewniony. Konkludując wszystkie uwagi przedstawione w tekście, należy stwierdzić, iż prawo do świadczeń zdrowotnych osób niepełnosprawnych jest realizowane na poziomie legislacyjnym, natomiast w praktyce – jest iluzoryczne.

Wykaz skrótów

t.j. – tekst jednolity;
u.e.r. – ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 748);
u.r.z.s. – ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721);
WSA – Wojewódzki Sąd Administracyjny.

Piśmiennictwo

1. Kurowski K., *Prawa człowieka i obywatela z perspektywy osób z niepełnosprawnościami,* Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2014, 14.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. 2011 nr 127 poz. 721).
3. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U. z 2015 poz. 748).
4. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z 17.06.2014, III AUa 1769/13, opubl. Legalis.
5. Wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z 2.09.2013, III AUa 253/13, opubl. Legalis.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2.04.1997 (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 poz. 581).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6.11.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 poz. 1522).
9. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych, t.j. Dz. U. 2012 poz. 651.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23.07.2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (t.j. Dz. U. 2015 poz. 2027).
11. https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/najczesciej-zadawane-pytania/sanatrium/5841-czas-oczekiwania-na-wyjazd-so-sanatorium, data pobrania 14.02.2016.
12. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6.12.2013 w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2013 r. poz. 1565).

Anna Jacek

STATUS PRAWNY PACJENTA – NOSICIELA CHOROBY ZAKAŹNEJ

Pojęcie nosiciela zostało określone w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z art. 2 pkt 17 powyższej ustawy nosiciel to *osoba bez objawów choroby zakaźnej, w której organizmie bytują biologiczne czynniki chorobotwórcze, stanowiące potencjalne źródło zakażenia innych osób* [1]. Należy dodać, iż nosiciel może być potencjalnym źródłem zakażenia dla otoczenia.

Specyfika udzielanych świadczeń zdrowotnych nosicielom chorób zakaźnych powoduje, iż personel medyczny jest zobligowany do szczególnej staranności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Z przepisów prawa wynika również obowiązek personelu medycznego dotyczący pouczania zakażonego lub chorego o jego obowiązkach związanych z podejrzeniem lub rozpoznaniem u niego zakażenia lub choroby zakaźnej. Powyższy obowiązek został określony w art. 26 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna są obowiązani pouczyć zakażonego, chorego na chorobę zakaźną, osobę sprawującą prawną pieczę nad zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną oraz osobą małoletnią lub bezradną, jak też opiekuna faktycznego o obowiązkach związanych z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia lub choroby zakaźnej. Obowiązek informacyjny personelu medycznego dotyczy:

1. wskazania środków służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby;
2. stosowania się do nakazów i zakazów organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej służących zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych;
3. poddania się obowiązkowym badaniom sanitarno-epidemiologicznym przez:
   a) podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną;
   b) noworodki, niemowlęta i kobiety w ciąży podejrzane o zakażenie lub chorobę zakaźną, mogącą się szerzyć z matki na płód lub dziecko;

c) uczniów, studentów i doktorantów kształcących się do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby;
d) osób podejmujących lub wykonujących prace, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.

W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, obowiązkiem lekarza lub felczera jest poinformowanie zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza przez jego partnera lub partnerów seksualnych zakażonego. Informacja o powiadomieniu zakażonego o powyższym obowiązku musi zostać wpisana do dokumentacji medycznej oraz potwierdzona podpisem zakażonego.

Kolejnym obowiązkiem lekarza lub felczera jest zgłoszenie rozpoznania lub powzięcia podejrzenia zakażenia. Powyższy obowiązek lekarza lub felczera dotyczy następujących sytuacji:
1. podejrzenia lub rozpoznania zakażenia;
2. choroby zakaźnej;
3. zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej.

W przypadku osób przyjmowanych do szpitala z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej lub poddanych hospitalizacji z innych przyczyn, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną, obowiązek ten spoczywa na kierownikach podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 roku w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej określa wykaz zakażeń i chorób zakaźnych, w przypadku których dokonywane są zgłoszenia o podejrzeniu lub rozpoznaniu zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu [2].

Lekarz lub felczer zgłasza rozpoznanie lub powzięcie podejrzenia zakażenia państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu albo państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej lub zgonu pacjenta z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej. Zgłoszenie zawiera dane osoby u której podejrzano lub rozpoznano zakażenie, chorobę zakaźną lub stwierdzono zgon. Są to:
1. imię i nazwisko;
2. data urodzenia;

3. numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
4. obywatelstwo;
5. płeć;
6. adres miejsca zamieszkania;
7. rozpoznanie kliniczne zakażenia lub choroby zakaźnej, charakterystykę podstawowych objawów klinicznych, okoliczności wystąpienia zakażenia, zachorowania lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, charakterystyki biologicznego czynnika zakaźnego oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru epidemiologicznego, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej.

Z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wynika również obowiązek zgłoszenia podejrzenia zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub zgonu z powodu takiej choroby członka załogi lub pasażera odbywającego podróż międzynarodową. W tym przypadku zgłoszenia za pomocą dostępnych metod łączności może dokonać:

1. dowódca statku powietrznego za pośrednictwem instytucji zapewniających służby ruchu lotniczego;
2. kapitan statku morskiego osobiście lub za pośrednictwem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, agenta statku lub kapitanatu portu;
3. kierujący środkiem transportu drogowego;
4. pilot wycieczki lub przewodnik turystyczny.

Zgłoszenie powinno nastąpić niezwłocznie następującym organom:

1. państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu;
2. państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla planowanego miejsca przekroczenia granicy państwowej albo portu lotniczego lub morskiego;
3. państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu lub państwowemu granicznemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca powzięcia podejrzenia zachorowania na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną lub zgonu z powodu takiej choroby, gdy taką informację powzięto po przekroczeniu granicy państwowej.

W przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 roku w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej określono sposób zgłaszania podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia

lub choroby zakaźnej przez lekarza, felczera lub kierownika podmiotu leczniczego. Zgłoszenie może nastąpić poprzez:

1. przesyłanie przesyłką poleconą w kopertach opatrzonych wyraźnym adresem zwrotnym nadawcy i symbolem „ZLK";
2. przesyłanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci zaszyfrowanej, jeżeli pozwalają na to możliwości techniczne nadawcy i odbiorcy;
3. przekazanie bezpośrednio osobie upoważnionej do ich odbioru za pokwitowaniem.

Lekarz, felczer lub kierownik podmiotu leczniczego powinni zapewnić ochronę danych osobowych pacjenta zawartych w zgłoszeniu.

Obowiązkiem lekarza lub felczera, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby jest podjęcie działań zapobiegających szerzeniu się zachorowań. Działania te obejmują:

1. kierowanie osoby podejrzanej o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażonej lub chorej na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie poinformowanie szpitala o tym fakcie;
2. organizowanie transportu uniemożliwiającego przeniesienie zakażenia na inne osoby;
3. pouczenie osoby chorej lub osoby sprawującej prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego, osób najbliższych oraz osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (osoby przebywające przez okres krótszy niż trzy miesiące są zwolnione z obowiązku poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym), o obowiązkach poddawania się:
   a) zabiegom sanitarnym;
   b) szczepieniom ochronnym;
   c) poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków;
   d) badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań;
   e) nadzorowi epidemiologicznemu;
   f) kwarantannie;
   g) leczeniu;
   h) hospitalizacji;
   i) izolacji;
4. niezwłoczne powiadomienie o podjętych działaniach państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu.

Obowiązkowe szczepienia ochronne

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń chorób zakaźnych u ludzi określają powszechny obowiązek poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw wybranym chorobom zakaźnym. Obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym dotyczy osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wyjątkiem osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące. Należy jednak pamiętać, iż osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące zobowiązane są poddać się tzw. szczepieniom poekspozycyjnym. Wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych, a także osób lub grup osób obowiązanych do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, wiek i inne okoliczności, stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 roku w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych [3]. Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, program szczepień ochronnych na dany rok, ze szczególnymi wskazaniami dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz zaleceń w terminie do 31 marca roku poprzedzającego realizację tego programu.

Kwalifikowanie do obowiązkowego szczepienia ochronnego

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego [1]. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania [1]. Kwalifikacyjne badanie lekarskie do szczepień ochronnych przeprowadza wyłącznie lekarz, który dysponuje niezbędną wiedzą z zakresu szczepień ochronnych, znajomości wskazań oraz przeciwwskazań do szczepień, a także niepożądanych odczynów poszczepiennych.

Niedopuszczalne jest jednak przeprowadzenie obowiązkowego szczepienia ochronnego w sytuacji, gdy między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym

przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęły 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu. Podkreślić należy, iż lekarskie badanie kwalifikacyjne oraz obowiązkowe szczepienia ochronne u osoby, która nie ukończyła 6. roku życia, przeprowadza się w obecności osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą albo opiekuna faktycznego. Obecność wyżej wymienionych osób nie jest wymagana w przypadku, gdy małoletni ukończył 6. rok życia i uzyskano pisemną zgodę opiekuna prawnego lub faktycznego oraz informację na temat uwarunkowań zdrowotnych, mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień [3]. W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego lekarz zobowiązany jest skierować osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej.

Wymagane kwalifikacje do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych

Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy:

1. odbyli w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskali dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub
2. uzyskali specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej;
3. posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych [3].

Informowanie o szczepieniach obowiązkiem lekarza

Lekarz sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną jest zobowiązany do poinformowania określonych osób o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, a także o szczepieniach zalecanych. Powyższy obowiązek informacyjny dotyczy:

- osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym;
- osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną;
- opiekuna faktycznego.

Osobą sprawującą prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną mogą być rodzice. W sytuacji, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo są nieznani, to dla dziecka ustanawia się opiekuna prawnego. Jeżeli opiekun doznaje przemijającej przeszkody w sprawowaniu opieki nad małoletnim, sąd opiekuńczy ustanawia kuratora [4]. Natomiast zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2006 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta opiekunem faktycznym jest osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga [5].

Ponadto w dokumentacji medycznej należy również odnotować fakt poinformowania osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu lub osoby, która sprawuje prawną pieczę nad tą osobą, albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się temu szczepieniu [3].

Wyrażenie zgody na wykonanie szczepienia ochronnego

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie regulują aspektów dotyczących uzyskiwania zgody w przypadku obowiązkowych szczepień ochronnych, jak też formy wyrażania zgody na wykonanie szczepienia ochronnego.

Wykonanie szczepienia ochronnego jest świadczeniem zdrowotnym, w związku z tym w przypadku wyrażenia zgody na wykonanie szczepienia ochronnego należy stosować przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Art. 15 powyżej ustawy określa, iż *wymagana jest zgoda pacjenta lub innego uprawnionego podmiotu na udzielenie świadczeń zdrowotnych, jeżeli przepisy innych ustaw nie stanowią inaczej* [5].

Stosowanie przymusu w przypadku szczepień ochronnych

Z przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wynika, iż obowiązek poddania się szczepieniom ochronnym, w przypadku osób niemających pełnej zdolności do

czynności prawnych obciąża osoby, które sprawują prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego. Niewykonanie powyższego obowiązku może skutkować zastosowaniem przymusu administracyjnego określonego w przepisach ustawy z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji oraz odpowiedzialnością uregulowaną przepisami ustawy z dnia 20 maja 1971 roku Kodeks wykroczeń.

Przepisy ustawy z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji określają pięć środków egzekucyjnych w postępowaniu dotyczącym obowiązków o charakterze niepieniężnym: grzywnę w celu przymuszenia, wykonanie zastępcze, odebranie rzeczy ruchomej, odebranie nieruchomości, opróżnienie lokali i innych pomieszczeń oraz przymus bezpośredni [6]. Z art. 20 §1 pkt 3 i 4 powyższej ustawy wynika, iż organem egzekucyjnym w zakresie egzekucji administracyjnej obowiązków o charakterze niepieniężnym jest właściwy inspektor sanitarny. W tym przypadku właściwy inspektor sanitarny może zastosować grzywnę w celu przymuszenia.

Natomiast niepoddanie się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przez małoletnich jest związane z sankcjami określonymi w 115 §2 Kodeksu wykroczeń dla osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, albo opiekuna faktycznego. Powyższy przepis określa, iż: *kto, sprawując pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną, pomimo zastosowania środków egzekucji administracyjnej, nie poddaje jej określonemu obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu podlega karze grzywny do 1 500 zł lub karze nagany* [7]. Przepisy ustawy z dnia 20 maja 1971 roku Kodeks wykroczeń wskazują również na możliwość zastosowania kary grzywny do 1 500 zł albo kary nagany w przypadku niepoddania się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu przeciwko gruźlicy lub innej chorobie zakaźnej albo obowiązkowemu badaniu stanu zdrowia, mającemu na celu wykrycie lub leczenie gruźlicy, choroby wenerycznej lub innej choroby zakaźnej. Powyższe sankcje można zastosować w przypadku, jeżeli uprzednio były stosowane względem sprawcy środki egzekucji administracyjnej przewidziane w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 roku o postępowaniu egzekucyjnym w administracji

Obowiązkowa hospitalizacja

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określają obowiązkową hospitalizację dla [1]:

1) osób chorych na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;

2) osób chorych i podejrzanych o zachorowanie na:
   a) błonicę;
   b) cholerę;
   c) dur brzuszny;
   d) dury rzekome A, B, C;
   e) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera);
   f) dżumę;
   g) grypę H7 i H5;
   h) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo;
   i) ospę prawdziwą;
   j) zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS);
   k) tularemię;
   l) wąglik;
   m) wściekliznę;
   n) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu;
   o) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę.

W przypadku podejrzenia lub rozpoznania zakażenia wyżej wymienionymi chorobami zakaźnymi obowiązkiem lekarza lub felczera jest pouczenie pacjenta o konieczności obowiązkowej hospitalizacji oraz skierowanie go do szpitala. Lekarz lub felczer zobowiązany jest potwierdzić fakt udzielenia pouczenia w dokumentacji medycznej oraz uzyskać podpis pacjenta pod pouczeniem. Dodatkowo informacja o skierowaniu do obowiązkowej hospitalizacji jest przekazywana państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu dla miejsca rozpoznania zakażenia lub choroby zakaźnej.

Samowolne opuszczenie szpitala przez osobę poddaną obowiązkowej hospitalizacji przed zakończeniem badań diagnostycznych lub leczenia skutkuje koniecznością niezwłocznego zawiadomienia przez kierownika szpitala o tym fakcie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla siedziby szpitala, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili uzyskania informacji o samowolnym opuszczeniu szpitala.

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wskazują również na obowiązek podlegania obowiązkowej kwarantannie lub nadzorowi epidemiologicznemu przez osoby, które pozostawały w styczności z chorymi na cholerę, dżumę płucną, ospę prawdziwą, wirusowe gorączki krwotoczne oraz zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS). Okres kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego nie może być dłuższy niż:

- 5 dni – w przypadku cholery;
- 26 dni – w przypadku dżumy płucnej;
- 21 dni – w przypadku ospy prawdziwej;
- dni – w przypadku wirusowych gorączek krwotocznych;
- 10 dni – w przypadku zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS) – licząc od ostatniego dnia styczności.

Środek przymusu bezpośredniego

W przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określono możliwość zastosowania środka przymusu bezpośredniego w stosunku do osób, które nie poddają się obowiązkowi szczepienia, badaniom sanitarno-epidemiologicznym, zabiegom sanitarnym, kwarantannie lub izolacji. Podstawą zastosowania przymusu bezpośredniego jest również stwierdzenie, iż są to osoby u których podejrzewa się lub rozpoznano chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia innych osób. Przymus bezpośredni może polegać na zastosowaniu:

- przytrzymywania – jest to doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej;
- unieruchomienia – jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa. Unieruchomienie można stosować nie dłużej niż 4 godziny, dopuszcza się jednak przedłużenie tego środka na następne okresy 6-godzinne, przy czym nie dłużej niż 24 godziny łącznie;
- przymusowego podania leków – jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody.

O zastosowaniu odpowiedniego środka przymusu bezpośredniego decyduje lekarz lub felczer określając rodzaj zastosowanego środka przymusu bezpośredniego oraz osobiście nadzorując jego wykonanie przez osoby wykonujące zawody medyczne. Należy pamiętać, że każdy przypadek zastosowania środka przymusu bezpośredniego odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi uprawniają również lekarza lub felczera do zwrócenia się do policji, Straży Granicznej lub Żandarmerii Wojskowej o pomoc

w zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego. Udzielenie pomocy w powyższym zakresie następuje pod warunkiem wyposażenia funkcjonariuszy lub żołnierzy w środki chroniące przed chorobami zakaźnymi przez tego lekarza lub felczera.

Przed zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego pacjent powinien zostać poinformowany o jego zastosowaniu, co należy odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta. Ponadto lekarz lub felczer decydując o wyborze środka przymusu bezpośredniego, powinni wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy. Dodatkowo przy stosowaniu środka przymusu bezpośredniego należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

Przyjęcie do szpitala zapewniającego skuteczną izolację

Osoby podejrzane o zachorowanie lub chore na chorobę zakaźną są przyjmowane do szpitala zapewniającego skuteczną izolację. Podstawą przyjęcia osób podejrzanych o zachorowanie lub chorych na chorobę zakaźną do szpitala jest:

- skierowanie lekarskie albo przyjęcie bez skierowania w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia chorego;
- wskazania epidemiologiczne określone w decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego albo wystąpienie sytuacji, gdy osoba, u której podejrzewa się lub rozpoznano zachorowanie na chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, nie wyraża zgody na hospitalizację, izolację, kwarantannę lub wykonanie badania.

Lekarz sprawujący opiekę nad osobą poddaną hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie na podstawie decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego ma obowiązek poinformowania tej osoby o przyczynach zastosowania tego środka. Ponadto w przypadku niewyrażenia zgody na hospitalizację, izolację lub kwarantannę przez osobę poddaną hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie, kierownik podmiotu leczniczego, w którym umieszczona jest ta osoba, ma obowiązek powiadomienia jej o przysługujących jej środkach odwoławczych. Dodatkowo obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego, w którym wykonywana jest decyzja państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego, jest powiadomienie rodziny lub osoby wskazanej przez osobę poddaną hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie, o poddaniu tej osoby hospitalizacji, izolacji lub kwarantannie.

Należy dodać, iż lekarz może wnioskować do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego lub państwowego granicznego inspektora sanitarnego, który wydał decyzję, o uchylenie decyzji nakładającej obowiązek hospitalizacji w sytuacji, gdy nie stwierdzono u chorego braku wskazań zdrowotnych i epidemiologicznych do hospitalizacji.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 947).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 lipca 2013 r. w sprawie zgłoszeń podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 848).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. nr 182 poz. 1086).
4. Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Lex a Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012, 224-264.
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 186).
6. Ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym administracji (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1619 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1094 ze zm.).

Marta Blecharczyk, Grzegorz Bejda, Emilia Sarnacka

DYLEMATY ETYCZNE PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Najważniejszym z ludzkich wysiłków jest dążenie
do przestrzegania norm moralnych.
Od tego zależy nie tylko nasza wewnętrzna równowaga,
ale wręcz samo nasze istnienie.
Moralność sprawia, że życie staje się piękne i godne.
Albert Einstein

Podejmowanie decyzji

Zasady etyczne (Kostrzanowska i Małek [1]) *są swego rodzaju drogowskazami, które pomagają człowiekowi w dokonywaniu, słusznych pod względem moralnym, wyborów zarówno w pracy zawodowej, jak i w życiu osobistym*.

Kodeks etyczny zobowiązuje pracowników ochrony zdrowia, aby przy wykonywaniu zadań związanych z opieką medyczną promowali środowisko, w którym przestrzegane są prawa człowieka, zwyczaje i duchowość jednostki, rodziny i wspólnoty oraz wyznawane wartości (cyt. za [2]).

Pracownicy ochrony zdrowia, oprócz terapii medycznej i stosowanych ze wzorcową kompetencją zawodową środków technicznych, potrzebują także umiejętności ofiarowania chorym „lekarstwa duchowego". Praca zawodowa powinna być zgodna z normami etyki, sumieniem oraz inspirowana wartościami moralnymi.

W opinii Fray [3], do czynników warunkujących procesy decyzyjne, np. pracowników ochrony zdrowia, należą:

- czynniki merytoryczne, które związane są ze stanem zdrowotnym podopiecznych, czyli sytuacje oraz potrzeby człowieka w związku z zachowaniem zdrowia i życia;
- czynniki osobowe, dotyczące orientacji moralnej: poziomu umiejętności, wartości i wiedzy oraz orientacje moralne, które nadają kierunek życiu osobistemu i zawodowemu pielęgniarek oraz wpływają na postawy i podejmowanie decyzji.

Zdaniem Fray [3] i Zahradniczek [4], każda pielęgniarka ma własną hierarchię wartości, która kształtuje się od wczesnego dzieciństwa, a wpływ na nią mają wykształcenie, kultura oraz religia i doświadczenia życiowe. Pamiętać należy, że opieka, którą sprawują pielęgniarki, dotyczy różnych ludzi, wywodzących się z odmiennych kultur, uznających różne wartości oraz przekonania [3, 4].

Niestety, w opinii Fray [3], istnieje ryzyko powstania konfliktu wartości, który staje się sporem pomiędzy bioetyką, osobistymi wartościami i światopoglądem. W sytuacji jego wystąpienia pielęgniarka jest zobowiązana do uszanowania wartości innych, wyważając właściwe relacje pomiędzy obowiązkami zawodowymi a prawami pacjentów [3].

Współczesny rozwój medycyny oraz podejmowane działania lecznicze mogą stać się źródłem konfliktów sumienia personelu medycznego i pacjenta [5].

W literaturze przedmiotu Janus [6] rozróżnia poniższe kategorie problemów etycznych:

- przemoc etyczną, charakteryzującą się naruszaniem zasad moralnych, gdy np. pracownik ochrony zdrowia, swoim zachowaniem poświadcza brak kompetencji, zaniedbując obowiązki wobec pacjenta i nie udzielając mu odpowiedniej opieki;
- dylemat etyczny, który pojawia się w momencie konieczności wyboru najlepszej metody, w przypadku możliwości wyboru różnych kierunków leczenia i działania, np. gdy pacjent nie będzie zgadzał się na wykonanie u niego zabiegów niezbędnych dla poratowania zdrowia.

W codziennym życiu zawodowym zespołu terapeutycznego pojawiają różne problemy i dylematy, nasuwające pewne zastrzeżenia i wątpliwości natury moralnej co do ich realizacji, m.in., takie jak [6]:

- natury poznawczej – wynikające z braku wiedzy lub umiejętności nawiązania kontaktu z pacjentem i jego rodziną, a które można rozwiązać np. w drodze wzbogacania wiedzy (samokształcenie, zorganizowane szkolenia);
- natury praktycznej – wynikające ze zbyt dużej pewności siebie, lenistwa, niestaranności, rutyny, niewielkich umiejętności praktycznych lub utrudnień

związanych z panującymi w miejscu pracy warunkami organizacyjno-materialnymi (np. brak sprzętu jednorazowego użycia, zbyt duża liczba chorych, za dużo łóżek w salach, chorzy leżący na korytarzach, zbyt mała liczba personelu), uwarunkowań społecznych (np. nieprzyjazne stosunki międzyludzkie wśród personelu) albo w przypadku nieprawidłowo przebiegających procesów adaptacyjnych;

- natury etycznej – wynikające z braku rzetelności podczas wypełniania codziennych obowiązków, z błędów jatrogennych, z braku poczucia odpowiedzialności, z wzajemnego podważania autorytetu, z niedochowania tajemnicy zawodowej, z braku poszanowania godności osobistej pacjenta.

W opinii niektórych badaczy (Janus [6]) dylematy etyczne pracowników ochrony zdrowia, mogą rozwijać się różnie, w zależności od ich specjalności, stanowisk zajmowanych w strukturze organizacyjnej oraz atmosfery, jaka panuje w określonej placówce ochrony zdrowia. Mogą rozwijać się także w wyniku konfliktów pomiędzy obowiązkami medyków a prawami pacjentów, w tym związanymi z informowaniem o procesie leczenia i opieki, możliwością odmowy poddania się zabiegom diagnostyczno-leczniczym (w tym badań eksperymentalno-naukowych) oraz wyborem procesu leczenia, najwłaściwszego dla obecnej sytuacji zdrowotnej [6].

Źródłem niezrozumienia w kontaktach z pracownikami służby zdrowia mogą być niejednokrotnie oczekiwania pacjentów będących wyznawcami różnych religii [5].

W opinii badaczy Patryn i wsp. [7], iż zgodnie z zasadami prawnymi i deontologicznymi, pacjent może być leczony jedynie metodami, na które wcześniej wyraził zgodę, a ostateczna decyzja pacjenta, nawet gdy jest to odmowa i zagraża życiu, musi być uszanowana.

Do najważniejszych (Janus [6]) elementów w podejmowaniu etycznych decyzji można uznać prezentowane osobiste wartości, wierzenia oraz standardy zachowań etycznych. Uważa się, że procesy decyzyjne, np. pielęgniarek, warunkują takie czynniki, jak [6]:

- merytoryczne, dotyczące stanu zdrowia pacjentów, w związku z potrzebą zachowania zdrowia i życia;
- osobowe, powiązane z poziomem wiedzy i umiejętności oraz wartościami i orientacjami moralnymi, mogącymi wywierać wpływ na postawy i podejmowanie decyzji.

Istotną rolę w powyższym odgrywa z jednej strony poziom etycznej wrażliwości (kształtowanej przez czynniki: religijne, kulturowe, edukacyjne, doświadczenia życiowe), a z drugiej umiejętność moralnego rozumowania [6].

W literaturze przedmiotu [6] zwraca się uwagę na fakt, iż realizacja każdej decyzji etycznej powinna być rozpatrywana w aspekcie potrzeb pacjenta i ewidentnie

wymaga od pracowników ochrony zdrowia „wejścia w odpowiednią rolę", adekwatną do danej sytuacji, w tym nie tylko w rolę osoby wykonującej czynności instrumentalno-pielęgnacyjne, ale także w rolę nauczyciela, osoby doradzającej lub broniącej praw chorego.

Do najtrudniejszych dylematów etycznych pielęgniarek, według Rybki [8], należą:

- prośby chorego lub jego rodziny o pomoc w przyspieszeniu śmierci (eutanazja);
- prośba rodziny o odłączenie chorego od aparatów wspomagających i respiratora;
- podjęcie decyzji o niepodejmowaniu akcji reanimacyjnej.

Na podkreślenie w tym miejscu zasługuje fakt, iż na zasadzie nieszkodzenia opiera się wiele szczegółowych reguł moralnych, należą do nich: „nie zabijaj", „nie sprawiaj bólu i cierpienia innym", „nie okaleczaj innych", „nie obrażaj innych", „nie pozbawiaj innych dóbr życia". Jeśli w trakcie wykonywania pracy zawodowej może dojść do złamania reguły moralnej lub jest to sprzeczne z przekonaniami i sumieniem pielęgniarki, ma ona prawo odmówić uczestniczenia w zabiegach i eksperymentach biomedycznych. Często dochodzi w takich sytuacjach do przekazania pacjenta innej pielęgniarce [5].

Bernard [9] uważa, że *bioetyka, to przede wszystkim podwójny rygor: lodowaty rygor nauki, sztywny rygor moralności, to również powiązane z nimi, ciepło życia i głębia refleksji. Ciepło i głębia dyscypliny natchnionej nadzieją ograniczenia ludzkiego cierpienia, zawsze obecnego wśród stawianych pytań; nadzieja płynąca z miłości bliźniego*.

W tym kontekście, jak dowodzi Pająk [10], problemy bioetyczne dotyczące śmierci, mogą być bardzo zróżnicowane, związane z definicją śmierci, z kwestią opieki (duchowej i psychologicznej) nad osobą będącą w stanie terminalnym, przekazywaniem trudnych informacji o tym, że choroba może zakończyć się śmiercią pacjenta oraz z tym, czy i jak informować pacjenta o nadchodzącej śmierci.

Immanuel Kant (Patryn i wsp. [7]) uważał, że naruszenie autonomii jest naruszeniem człowieczeństwa, traktowaniem osoby jako rzeczy.

Mill (Beauchamp [11]) zaznaczał, że wyrazem szacunku dla autonomii powinno być nienaruszanie czyjejś wolności i pozytywne jej wzmacnianie. Oczywiście, wszystko to komplikuje się w praktyce medycznej, gdzie wymagającymi leczenia mogą być chorzy psychicznie, nieprzytomni czy chorzy różnych wyznań religijnych [11].

Odzwierciedleniem powyższego jest opinia Komrada (Wulff [12]) twierdzącego, iż *choroba jest stanem pomniejszonej autonomii*.

Klauzula sumienia w aspekcie pracy w ochronie zdrowia

Klauzula sumienia w zawodach medycznych jest pochodną praw i wolności człowieka zapisaną w dokumentach etycznych oraz prawnych i jest szczególną regulacją o charakterze deontologiczno-prawnym [1, 5].

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 53 ust. 1 stwierdza, że *każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii*, co gwarantuje każdemu obywatelowi wolność sumienia w życiu osobistym i społecznym. Warto pamiętać, że takie prawo przysługuje także pracownikom służby zdrowia, spełniającym swoje funkcje zawodowe. Zostało ono uregulowane w szeregu aktów prawnych oraz norm deontologicznych w dokumentach niemających mocy prawnej aktów powszechnie obowiązujących, takich jak [1]:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (u.z.p.p.), t.j. Dz. U. 2014 poz. 1435 ze zm.;
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2015 poz. 464 ze zm.;
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 9 grudnia 2003 roku (KEPP);
- Kodeks etyki lekarskiej (KEL) z 2 stycznia 2004 roku;
- Kartę praw pacjenta opracowaną na podstawie Deklaracji praw pacjenta Światowej Organizacji Zdrowia (1994);
- Kodeks etyczny Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, znowelizowany w 2012 roku.

Powszechna deklaracja praw człowieka (Biesaga [13]) aż trzykrotnie przywołuje sumienie, np. w preambule, w art. 1 i 18. Artykuł 1: *Wszyscy ludzie rodzą się wolni i równi pod względem swej godności i swych praw. Są oni obdarzeni rozumem i sumieniem (…)*, a w artykule 18: *Każdy człowiek ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania*. W opinii autorki *każdy człowiek, również lekarz katolik wie, że nie może zostawić w domu zasad moralnych, którymi się w życiu kieruje, a w pracy postępować według zasad przeciwnych. Praca ma służyć rozwojowi moralnemu osoby, a nie zniszczeniu jej życia moralnego*. Funkcjonowanie klauzuli sumienia w praktyce medycznej jest uzależnione od rozumienia medycyny, filozofii medycznej i etyki medycznej [13].

Zgodnie z modelem hipokratejskim opieki zdrowotnej dobro pacjenta, rozumiane jest jako dobro medyczne, czyli zdrowie lub opieka aż do naturalnej śmierci, dobro osobiste, które obowiązuje zarówno pacjenta, jak i lekarza. Rozumiane w ten sposób, daje podstawy klauzuli sumienia jako sprzeciwu wobec sprzeniewierzenia

się temu dobru. Sprzeciw ten może być wyrażony wobec np. aborcji, eutanazji czy manipulacji genetycznej. Należy jednak podkreślić, iż klauzula sumienia nie ogranicza autonomii pacjenta. W sprzeciwie przejawia się zgodność z zasadami moralnymi i religijnymi, zaakceptowanymi przez lekarza, a nie narzucanie ich pacjentowi [13].

W powyższej kwestii warto zacytować dwa artykuły ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty [14]:

- Art. 38 – mówiący, że: *1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3; 2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześnie uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym; 3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego; 4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.*
- Art. 39 – mówiący, że: *Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.*

Ponadto art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty wskazuje obowiązek wyważenia dobra prawnego chronionego klauzulą sumienia oraz dobra, które może być zagrożone lub naruszone przez powołanie się na klauzulę sumienia. *Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki* [14].

7 października 2015 roku, o godz. 9:00 Trybunał Konstytucyjny, obradujący w pełnym składzie, rozpoznał wniosek Naczelnej Rady Lekarskiej, dotyczący prawa lekarza do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem i orzekł, że [15]:

- *art. 39 zdanie pierwsze w związku z art. 30 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie, w jakim nakłada na lekarza obowiązek wykonania niezgodnego z jego sumieniem świadczenia zdrowotnego*

*w „innych przypadkach niecierpiących zwłoki", **jest niezgodny** z zasadą prawidłowej legislacji wywodzoną z art. 2 konstytucji i art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji;*

- *art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim nakłada na lekarza powstrzymującego się od wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem obowiązek wskazania realnych możliwości uzyskania takiego świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym, **jest niezgodny** z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji;*
- *art. 39 zdanie drugie ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza, wykonującego zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego a) **jest zgodny** z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji; b) **nie jest niezgodny** z art. 53 ust. 7 konstytucji;*
- *art. 39 zdanie pierwsze ustawy powołanej w punkcie 1 w zakresie, w jakim zobowiązuje lekarza korzystającego z prawa do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jego sumieniem do uzasadnienia i odnotowania tego faktu w dokumentacji medycznej a) **jest zgodny** z art. 53 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 konstytucji; b) **nie jest niezgodny** z art. 53 ust. 7 konstytucji.*

Trybunał także uznał, że w świetle art. 53 ust. 1 Konstytucji oraz aktów prawa międzynarodowego, prawo do sprzeciwu sumienia powinno być uznane za prawo pierwotne względem jego ograniczeń [16]. Art. 39 zakwestionowanej ustawy nie kreuje przywileju dla lekarza, gdyż wolność sumienia każdego człowieka jest kategorią pierwotną, którą prawo konstytucyjne oraz regulacje międzynarodowe jedynie poręczają. Wolność sumienia, w tym ten jej element, którym jest sprzeciw sumienia, powinna być respektowana niezależnie od tego, czy istnieją przepisy ustawowe ją potwierdzające. Ustawodawca nie może więc dowolnie kształtować albo znosić tego „przywileju", lecz musi respektować konstytucyjne warunki ustanawiania ograniczeń wolności i praw człowieka i obywatela [16].

Czworo sędziów złożyło zdania odrębne. Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do ministra zdrowia o pilne ustanowienie procedury, który pozwoli pacjentowi dowiedzieć się, gdzie może uzyskać świadczenie, którego wykonania odmówił lekarz, powołując się na klauzulę sumienia. Z dniem wejścia w życie orzeczenia TK brak będzie podmiotu zobowiązanego do wskazania pacjentowi realnych możliwości uzyskania świadczenia u innego lekarza lub w innym podmiocie leczniczym. *Taka sytuacja stwarza zagrożenie braku możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego przez pacjenta w świetle gwarancji zawartych w art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP* – uważa RPO Adam Bodnar [16].

Orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego od momentu wejścia w życie są powszechnie obowiązujące, a co za tym idzie, przepis uznany za niezgodny z Konstytucją traci moc obowiązującą. Konsekwencją powyższego, od momentu opublikowania wyroku, lekarze nie mogą skorzystać z prawa sprzeciwu sumienia wyłącznie, gdy stanowiłoby to zagrożenie dla zdrowia lub życia pacjenta. Co więcej, nie ma już obowiązku wskazania realnych możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego, którego wykonania odmawia lekarz. Pozostają natomiast obowiązki umieszczenia adnotacji w dokumentacji medycznej i uprzedniego poinformowania bezpośredniego przełożonego.

Kodeks etyki lekarskiej w art. 4 [17] wskazuje potrzebę zapewnienia wolności sumienia, podkreślając: *Dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną*. Podkreślenia wymaga jednak obowiązek nałożony na lekarza korzystającego z prawa odmowy świadczenia, jakim jest wskazanie „realnych możliwości" uzyskania tego świadczenia u innego lekarza bądź w innym podmiocie leczniczym. Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO), prof. Irena Lipowicz, wskazała potrzebę przeniesienia tego obowiązku z lekarza na podmioty publiczne *wykonujące działalność leczniczą na zlecenie państwa*, aby lekarz mógł skorzystać z klauzuli sumienia w sposób pełny. RPO przytacza w swej argumentacji m.in. wytyczne Europejskiego Trybunału Praw Człowieka skierowane wobec Polski do zorganizowania systemu świadczeń w taki sposób, aby zapewnić skuteczne egzekwowanie prawa do wolności sumienia pracowników opieki zdrowotnej [17]. Po orzeczeniu wyroku przez TK tego obowiązku już nie ma, ponieważ TK uznał, że jest niezgodny z Konstytucją

Warto w tym miejscu także zaznaczyć, iż niedopuszczalne jest powoływanie się na klauzulę sumienia celem dyskryminacji grupy pacjentów ze względu na narodowość, rasę, przekonania religijne, poglądy polityczne czy też orientację seksualną.

Kodeks etyki lekarskiej art. 3 [18]: *Lekarz powinien zawsze wypełniać swoje obowiązki z poszanowaniem człowieka bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne uwarunkowania*.

W świetle przepisów obowiązującego prawa, konflikt sumienia może dotyczyć wyłącznie danego świadczenia zdrowotnego, a nie osoby pacjenta [5].

Problematyczne stało się również określenie charakteru prawnego norm Kodeksu etyki lekarskiej. Zamknięty katalog źródeł prawa, zawarty w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 roku, nie obejmuje Kodeksu etyki lekarskiej. Powstało zatem pytanie – czy normy te są jedynie normami deontologicznymi, które nie mają wpływu na przepisy prawne, czy jednak należy je traktować jako normy prawne?

Kwestię powyższą częściowo wyjaśniają orzeczenia Trybunału Konstytucyjnego, wskazując, że Kodeks nie jest źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji, ale ponieważ został uchwalony przez Krajowy Zjazd Lekarzy na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 2 i art. 33 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30 poz. 158 z późn. zm.; dalej jako: u.i.l.), które upoważniają samorząd lekarzy do ustanowienia dla wszystkich lekarzy zasad etyki i deontologii, to przepisy Kodeksu etyki lekarskiej stanowią podstawę do orzekania o odpowiedzialności lekarzy przed sądami dyscyplinarnymi za postępowanie sprzeczne z zasadami deontologii i etyki lekarskiej. Tym samym Trybunał uznał, że normy prawne określone w Kodeksie etyki lekarskiej nie mogą być pomijane w procesie stosowania prawa, są one bowiem normami etycznymi inkorporowanymi do systemu obowiązującego prawa przez ustawę o izbach lekarskich, dookreślającymi treść norm prawnych. Pojawiają się jednak stanowiska przeciwne takiemu określaniu charakteru prawnego Kodeksu etyki lekarskiej. Przedstawiciele takiego poglądu wskazują, iż Konstytucja enumeratywnie i wyczerpująco wymienia źródła prawa, dodatkowo nie ma ustawowej delegacji do wydania regulacji o podobnym charakterze prawnym. Ponadto Krajowy Zjazd Lekarski nie posiada legitymacji do tworzenia prawa korporacyjnego, gdyż zdaniem zwolenników tego poglądu uprawnienie to jest wyłącznie uprawnieniem Parlamentu. Samorządowi Lekarskiemu zaś pozostało jedynie uprawnienie do opiniowania projektów ustaw i innych aktów prawnych. Pogląd ten spotkał się z krytyką, m.in. na forum Naczelnej Izby Lekarskiej. Z uwagi na praktykę orzeczniczą sądów powszechnych, które przy interpretacji stanu prawnego i faktycznego odwołują się do przepisów Kodeksu etyki lekarskiej, zasadnym jest przyjęcie stanowiska Trybunału Konstytucyjnego.

Klauzula sumienia dotyczy nie tylko lekarzy, ale także pielęgniarek i położnych, w których pracy również mogą pojawić się dylematy natury moralnej.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w części szczegółowej „Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka", pkt 6 stanowi: *Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi* [19].

Zgodnie z art. 12 ust. 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej: *Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 1* [20].

Klauzula sumienia jest tym samym ograniczona, *gdy zwłoka w [udzieleniu pomocy] mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego* [19].

Dodatkowym obowiązkiem ustawowym, który jest analogiczny do uregulowań dotyczących lekarzy powołujących się na klauzulę sumienia przy odmawianiu świadczenia, jest wskazanie realnych możliwości uzyskania świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w innym podmiocie leczniczym.

Art. 12 ust. 2 ustawy: *(…) pielęgniarka i położna mają obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innej pielęgniarki, położnej lub w podmiocie leczniczym* [19].

Pielęgniarki i położne mają również obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (art. 12 ust. 4 ustawy) [19].

Pojawienie się uregulowań dotyczących klauzuli sumienia w zawodzie pielęgniarki/położnej wzbudziło krytykę ze strony Naczelnej Izby Lekarskiej oraz Ministerstwa Zdrowia. Podnoszono obawy przed możliwością kwestionowania kwalifikacji i wiedzy zawodowej lekarza, a także ingerencją w autonomiczne decyzje lekarza. Wskazywano również na potencjalne spowodowanie zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów. Praktyka jednak nie potwierdziła tych obaw [19].

Ciekawe wyniki uzyskali Jarmoluk i wsp. [19] w badaniu dotyczącym określenia częstości oraz powodów korzystania z instytucji klauzuli sumienia w środowisku pielęgniarskim. W grupie 51 zawodowo czynnych pielęgniarek i pielęgniarzy badano znajomość samego pojęcia klauzuli sumienia, wiedzę na temat sytuacji, w jakich można się na nią powołać, zasadność zastosowania w medycznej praktyce zawodowej, a także wyłoniono specjalności pielęgniarskie najbardziej obciążone częstością występowania moralnych wątpliwości [19]. Okazało się, iż pojęcie klauzuli sumienia było znane 2/3 pracującym aktywnie zawodowo pielęgniarek. Większość badanych (80%) nigdy z niej nie korzystało, chociaż prawie 1/3 znalazła się w sytuacji konieczności wykonania świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z ich sumieniem. Sytuacją, w której najwięcej pielęgniarek dopuszczało powołanie się na klauzulę sumienia, był udział w zabiegu aborcyjnym, a sytuacją, w której najwięcej aktywnych zawodowo pielęgniarek nie dopuszczało powołania się na klauzulę sumienia, było bezpośrednie zagrożenie życia pacjenta. Za specjalność pielęgniarską, która jest narażona na największe wątpliwości natury moralnej respondenci uznali pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece medycznej (25,5%), natomiast za specjalność najmniej narażoną na takie wątpliwości uznano pielęgniarstwo środowiskowe (39,2%) [19]. Większość respondentów zgadzało się z faktem, iż powoływanie się na klauzulę sumienia jest niedopuszczalne w sytuacji zagrożenia życia pacjenta. Prawie 31,4% badanych znalazło się w sytuacji konieczności wykonania świadczenia zdrowotnego, które było niezgodne z ich sumieniem. Najczęściej było to asystowanie przy zabiegu aborcji, rezygnacja

z uporczywej terapii oraz przetaczanie krwi u Świadków Jehowy. Tylko 15,7% ankietowanych stosowało klauzulę sumienia. Głównie w sytuacji zabiegu aborcji – odmawiając udziału. Pozostali (84,3%) nigdy nie powoływali się na tą regulację deontologiczno-prawną [19]. Najczęściej wskazywanym świadczeniem zdrowotnym, w którym udziału może odmówić pielęgniarka, ze względu na wątpliwości moralne, była aborcja (92,16%). Najrzadziej – udział w badaniach prenatalnych (5,88%) oraz opieka nad pacjentem zakażonym wirusem HIV/AIDS (5,88%). Najczęściej wskazywanym przez respondentów przypadkiem, w którym pielęgniarka nie może powołać się na wątpliwości sumienia, była sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta (80,39%), najrzadziej – brak innego specjalisty (33,33%). Ponad połowa respondentów (56,86%) twierdziła, że klauzula sumienia ma zastosowanie w dzisiejszej pracy zawodowej pielęgniarek. Najczęściej swoją odpowiedź uzasadniali tym, że na jej podstawie można postępować zgodnie z własnym sumieniem (17,76%) [19].

We współczesnych założeniach pielęgniarskiej opieki (Kosicka i Ksykiewicz-Dorota [21]) zwraca się uwagę na konieczność zwiększenia autonomii (uprawnienie do samodzielnego podejmowania decyzji, które są związane z opieką nad chorym i ponoszeniem odpowiedzialności za podejmowane działania) i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki. Zdaniem autorek [21], uzasadnione jest więc stwierdzenie, że podejmowanie decyzji jest podstawą obecnej i przyszłej praktyki pielęgniarskiej.

Według Lauri [22] *podejmowanie decyzji w praktyce pielęgniarskiej definiowane jest jako wymaganie wyboru określonego postępowania pielęgniarskiego spośród innych dostępnych rozwiązań.*

Narayan i Corcoran-Perry [23] podejmowanie decyzji klinicznych określają jako *wzajemne oddziaływanie między człowiekiem podejmującym decyzję (decydentem) a celem podjętej decyzji.*

Cioffi [24] opisuje podejmowanie decyzji jako *wnikliwe myślenie, które jest używane do wyboru konkretnych, indywidualnych, osobistych rozwiązań.*

Clark [25] podejmowanie decyzji określa jako *proces, w którym pielęgniarki, używając zebranych informacji o pacjencie, oceniają jego stan i wybierają najlepszą opcję opieki pielęgniarskiej.*

Case [26] twierdzi, że *pielęgniarska ocena sytuacji polega na wybieraniu i zbieraniu danych pozwalających popierać wyciągane wnioski.*

W literaturze przedmiotu [23, 25] podkreśla się, iż podejmowanie decyzji przez pielęgniarki jest procesem stosowanym z wykorzystaniem informacji pochodzących z rozmaitych źródeł, celem dokonania profesjonalnej oceny, w czasie której prowadzona jest analiza niezbędna do podjęcia właściwej decyzji. Jednakże bez

względu, czy dotyczą one procesu diagnostyki, terapii czy pielęgnowania, istotne znaczenie ma fakt poszanowania autonomii, godności chorego [23, 25].

Według opinii badaczy Patryn i wsp. [7], sytuacja konfliktu sumienia pacjenta i lekarza wymaga uwzględnienia trzech elementów, takich jak: świadome wyrażenie woli pacjenta, dostępność alternatywnych dla proponowanych metod terapii oraz odpowiednie zastosowanie przepisów prawnych. Poszukiwanie właściwego rozwiązania konfliktu winno uwzględniać ocenę aksjologiczną wymienionych elementów, a personel powinien dołożyć starań, aby pacjent mógł być leczony, o ile to możliwe, metodami zgodnymi ze światopoglądem pacjenta [7].

Najczęściej wskazywanym świadczeniem zdrowotnym, w którym udziału może odmówić pielęgniarka ze względu na wątpliwości moralne była aborcja (92,16%) [20]. Najrzadziej – udział w badaniach prenatalnych – 5,88% oraz opieka nad pacjentem zakażonym wirusem HIV/AIDS – 5,88%. Najczęściej wskazywanym przez respondentów przypadkiem, w którym pielęgniarka nie może powołać się na wątpliwości sumienia, była sytuacja bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta – 80,39%, najrzadziej – brak innego specjalisty – 33,33%. Ponad połowa respondentów – 56,86% twierdziła, że klauzula sumienia ma zastosowanie w dzisiejszej pracy zawodowej pielęgniarek. Najczęściej swoją odpowiedź uzasadniali tym, że na jej podstawie można postępować zgodnie z własnym sumieniem (17,76%) [20].

W opinii Zielińskiej [27], w praktyce medycznej występuje wiele przypadków, w których lekarze powołują się na klauzulę sumienia, a to ma związek z upowszechnianiem się nowych technologii i postępem medycyny. Chodzi tu przede wszystkim o wspomagany medycznie rozród, zastępcze macierzyństwo, produkcję embrionów i ich selekcję, a także antykoncepcję oraz aborcję. Zdaniem autorki *są to okoliczności, które stawiają lekarzy w trudnej sytuacji wyboru. Nie zawsze to, na co prawo zezwala, nie budzi sprzeciwu moralnego. Dlatego lekarze powinni mieć możliwość oceny, czy dane świadczenie zdrowotne jest zgodne z ich sumieniem, czy nie* [27].

Klauzula sumienia w Radzie Europy, UE i wybranych państwach członkowskich

System ochrony praw człowieka Rady Europy (Nawrot [28]) reguluje podstawy społeczeństwa demokratycznego, jakimi są prawo jednostki do dokonywania wyborów w granicach prawa oraz obowiązek państw do powstrzymywania się od działań, które powodowałyby ograniczenie sfery wolności, a także do stworzenia mechanizmów umożliwiających jednostce pełną realizację sfery wolności.

Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy 7 października 2010 roku przyjęło rezolucję, która potwierdza prawo lekarzy do korzystania z klauzuli sumienia [29]. Rezolucja nr 1763 Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej jest aktem *sui generis*, i o ile nie jest bezpośrednio obowiązująca, stanowi swojego rodzaju wytyczne, ukierunkowujące aktywność legislacyjną państw członkowskich [29].

Europejska konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1950 roku (EKPC) w art. 9 ust. 1 stanowi [30]: *Każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania (…)*. Wolność ta ma dwie płaszczyzny:

- wewnętrzną – tożsamą ze swobodą wyboru systemu wartości, którymi jednostka pragnie się kierować i przez pryzmat którego będzie oceniała otaczającą rzeczywistość, dotyczy wolności duchowej i sfery przekonań jednostki;
- zewnętrzną – stanowiącą uzewnętrznienie sfery przekonań jednostki, co w niektórych przypadkach musi być ograniczane w państwie demokratycznym.

W art. 9 ust. 2 EKPC określono [31]: *Wolność uzewnętrzniania wyznania lub przekonań może podlegać jedynie takim ograniczeniom, które są przewidziane przez prawo i konieczne w społeczeństwie demokratycznym z uwagi na interesy bezpieczeństwa publicznego, ochronę porządku publicznego, zdrowia i moralności lub ochronę praw i wolności innych osób*. Ograniczenia muszą więc spełniać przesłanki: celowości, konieczności i legalności.

Limitacja prawa uzewnętrzniania systemu wartości, wyznania i przekonań pracowników służby zdrowia, musi być ustanowiona z najwyższą ostrożnością. Najczęściej aktywne korzystanie ze swobody sumienia przez pracowników zawodów medycznych ma miejsce, gdy nie istnieje możliwość rozdzielenia sfery wewnętrznej i zewnętrznej z uwagi na wartości, będące kwintesencją wyznania lub systemu przekonań i wyraża się w odmowie podjęcia określonych działań. Państwo powinno umożliwić jednostce zachowanie jej wewnętrznej autonomii, a zarazem zapewnić realizację określonych świadczeń.

Karta praw podstawowych Unii Europejskiej została przyjęta 7 grudnia 2000 roku [28], podczas posiedzenia Rady Europejskiej w Nicei przez Parlament Europejski, Radę i Komisję Europejską. Zgodnie z art. 10 Karty [28], *każdy ma prawo do wolności myśli, sumienia i religii. Prawo to obejmuje wolność uzewnętrzniania, indywidualnie lub wspólnie z innymi, publicznie lub prywatnie, swej religii lub przekonań*. Dodatkowo ust. 2 tego artykułu wskazuje na prawo do odmowy działania sprzecznego z własnym sumieniem, zgodnie z ustawami krajowymi regulującymi korzystanie z tego prawa.

HISZPANIA

W ustawodawstwie hiszpańskim nie ma przepisu, który regulowałby, w przypadku przedstawicieli zawodów medycznych, kwestie związane z klauzulą sumienia [1, 32].

W odniesieniu do zawodów medycznych, o „sprzeciwie sumienia" wobec zabiegu przerywania ciąży, mówi natomiast ustawa z 2010 roku o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym i o dobrowolnym przerywaniu ciąży [32, 33].

Ogólna klauzula sumienia zawarta jest także w Kodeksie deontologii lekarskiej (z czerwca 2011 roku, przyjętym przez Radę Generalną Izb Lekarskich), w którym *przez sprzeciw sumienia rozumie się odmowę lekarza podporządkowania się, ze względu na przekonania etyczne, moralne lub religijne, postępowaniu, które jest od niego wymagane przez prawo, polecenie zwierzchnika lub decyzję administracyjną, w taki sposób, że realizacja tego postępowania poważnie sprzeciwiałaby się jego sumieniu* [32, 33].

Lekarz, niezależnie od swoich przekonań, jest zobowiązany do informowania pacjentów o wszelkich świadczeniach w sferze prokreacji i ciąży, do których mają prawo [32, 33]. Nie wolno mu manipulować informacją w celu wywarcia wpływu na matkę odnośnie jej decyzji związanej z kontynuowaniem ciąży [32, 33].

FRANCJA

Sprawy związane z klauzulą sumienia uregulowane są przepisami Kodeksu zdrowia publicznego, zawierającego przepisy ustawowe i wykonawcze dotyczące bioetyki, organizacji ochrony zdrowia, profilaktyki, zawodów medycznych, praw pacjentów, zdrowia publicznego itp. [32, 33]. Kodeks zdrowia publicznego nie zawiera klauzuli sumienia dla farmaceutów [32, 33]. Do powoływania się na klauzulę sumienia uprawnia: przerwanie ciąży, przerwanie ciąży ze względów medycznych, sterylizacja (podwiązanie jajników i wazektomia) w celach antykoncepcyjnych, badania na zarodkach i zarodkowych komórkach macierzystych [32, 33].

Wolność sumienia lekarza zdefiniowana jest także w Kodeksie etyki lekarskiej, w którym zapisano, że *z wyjątkiem sytuacji nagłych oraz takich, w których odmowa pomocy zaprzeczałaby człowieczeństwu, lekarz ma prawo odmówić świadczenia usługi medycznej z powodów osobistych bądź zawodowych. Nie podejmując albo odstępując od leczenia lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej* [32, 33].

NIEMCY

W niemieckim systemie prawnym klauzula sumienia jest enumeratywnie wskazana przy konkretnych działaniach medycznych – personel medyczny ma prawo do odmowy uczestniczenia w przeprowadzaniu zabiegu aborcji oraz do nieuczestniczenia w zabiegach na embrionach [32, 33, 34].

Prawo do odmowy w przeprowadzeniu zabiegu aborcji reguluje Ustawa o unikaniu i pokonywaniu konfliktów związanych z ciążą. Zgodnie z §12 ust. 1 ustawy *Nikt nie jest zobowiązany do brania udziału w aborcji* [32]. Jednak w ust. 2 znajduje się ograniczenie tej prerogatywy *jeżeli udział jest niezbędny dla uniknięcia niebezpieczeństwa śmierci kobiety lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu kobiety, których nie można uniknąć w inny sposób*. Dotyczy to nagłego zagrożenia życia lub ciężkiego uszczerbku zdrowia kobiety, gdy interwencja medyczna jest niezbędna i niecierpiąca zwłoki [32, 33, 34]. Naruszenie ustawowego obowiązku współdziałania jest karalne na podstawie niemieckiego kodeksu karnego (§211 i n., §223 i n., §323 lit. c). Prawo odmowy zagwarantowane jest każdej osobie, która z uwagi na swe funkcje mogłaby być zaangażowana w zabieg przerwania ciąży. Nie ma jednak wskazań, iż dotyczy to jedynie sumienia. Można skorzystać z tego prawa niezależnie od motywów, w każdym czasie, może się odnosić do wszystkich zabiegów aborcji, jak i konkretnego. Niemiecki ustawodawca nie przewidział formy, w której odmowa ma być wyrażona [32, 33, 34].

Podobne rozwiązanie prawne zawarto w Ustawie o ochronie embrionów. Zgodnie z §10 ustawy, w powiązaniu z §9, nikt nie jest zobowiązany do przeprowadzenia lub uczestnictwa w czynnościach: sztucznego zapłodnienia, diagnostyki preimplantacyjnej, przeniesienia ludzkiego embrionu do organizmu kobiety, zamrożenia ludzkiego embrionu lub ludzkiej komórki jajowej, do której już przeniknęła ludzka komórka spermy lub została wprowadzona sztucznie [32, 33, 34].

SŁOWACJA

W tym kraju obowiązują przepisy dotyczące klauzuli sumienia zezwalające pracownikom ochrony zdrowia na odmowę wykonania procedury medycznej, sprzecznej z ich sumieniem [32, 33]. Są one zawarte w ustawie z 2004 roku o opiece zdrowotnej i Kodeksie etycznym pracownika służby zdrowia [31], zgodnie z którym *od pracownika służby zdrowia nie można żądać przeprowadzenia lub udziału w takiej czynności, która jest niezgodna z jego sumieniem, z wyjątkiem przypadków bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia innych osób*.

W przypadku gdy pracownik ochrony zdrowia ma zamiar odwołać się do klauzuli sumienia, zobowiązany jest poinformować o tym pracodawcę i swoich pacjentów [32, 33].

WIELKA BRYTANIA

W Wielkiej Brytanii przepisy klauzuli sumienia zawarte są w ustawie z 1967 roku o aborcji oraz ustawie z 1990 roku o zapłodnieniu i embriologii [32, 33].

W artykule 4 ustawy z 1967 roku o aborcji stwierdzono, że *nikt nie może zostać zobowiązany, na podstawie umowy ani wymogu ustawowego lub innego, do uczestniczenia w procedurach dopuszczonych tą ustawą, które odrzuca z powodu własnych przekonań* [32]. Nie zdejmuje to jednak obowiązku udziału w procedurze medycznej niezbędnej dla ratowania życia lub zapobieżenia poważnemu trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu fizycznym lub psychicznym kobiety ciężarnej [32, 33].

Ustawa z 1990 roku o zapłodnieniu i embriologii, gwarantuje osobom prowadzącym zarejestrowaną praktykę medyczną prawo do odmowy udziału w procedurach technicznych, których celem jest zapłodnienie i ciąża [32, 33].

Ustawa z 1983 roku określa prawa i obowiązki Naczelnej Rady Lekarskiej w zakresie ustalania norm etycznych dla osób wykonujących zawód lekarza [32]. Szczegółowe przepisy w tej kwestii (mające wiążąca moc prawną), zawiera dokument Zdrowie i praktyka. W celu ułatwienia przestrzegania powyższego, wydawane są wskazówki dotyczące dobrych praktyk lekarskich, które mimo że nie mają wiążącej mocy prawnej, a ich stosowanie zależne jest od oceny lekarza, to jednakże ich naruszanie może doprowadzić do utraty prawa rejestracji praktyki lekarskiej [32, 33]. Pkt 8 ww. wskazówek [32, 33], dotyczący np. decyzji o dostępie do opieki medycznej: *jeżeli przeprowadzenie określonej procedury lub udzielenie porady na jej temat jest sprzeczne z przekonaniami religijnymi lub moralnymi, a konflikt ten może mieć wpływ na prowadzone leczenie lub udzielane porady, należy wyjaśnić ten fakt pacjentowi i poinformować go, że ma prawo do wizyty u innego lekarza. Należy upewnić się, że pacjent ma wystarczające informacje umożliwiające skorzystanie z tego prawa. Jeśli zorganizowanie wizyty pacjenta u innego lekarza nie jest możliwe, należy zapewnić wykonanie usługi medycznej przez innego odpowiednio wykwalifikowanego specjalistę*.

Odnośnie do klauzuli sumienia w przypadku farmaceutów, w roku 2011, Naczelna Rada Farmaceutyczna wydała oświadczenie zapewniające utrzymanie klauzuli wśród obowiązujących norm zawodowych i etycznych [32, 33]. Wydawane są także szczegółowe wytyczne zawierające np. wskazówki dla farmaceutów, dotyczące

zasad postępowania w sytuacji, gdy *przekonania religijne lub moralne wpływają na możliwość świadczenia usług aptecznych na rzecz pacjentów i społeczeństwa* [32, 33].

Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, pielęgniarki i położne mają prawo do odmowy ze względu na sumienie oraz brak prawnej interpretacji „udziału w leczeniu", zgodnie z ustawą z 1967 roku o aborcji (Szkocja, Anglia i Walia), do odmowy bezpośredniego udziału w procedurach aborcyjnych, a zgodnie z ustawą z roku 1990, o zapłodnieniu i embriologii, do odmowy udziału w procedurach technicznych mających na celu zapłodnienie i ciążę [32, 33]. Pielęgniarki i położne, które powołują się na klauzulę sumienia, są informowane o odpowiedzialności za podjętą decyzję i o tym, iż mogą być wezwane celem uzasadnienia powodów swojej odmowy [32, 33].

WŁOCHY

Klauzula sumienia lekarzy w prawie włoskim jest wyrażona *expressis verbis* w: Ustawie dotyczącej standardów ochrony macierzyństwa i dokonywania zabiegów przerywania ciąży z 1978 roku oraz Ustawie dotyczącej stosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji z 2004 roku [32, 33, 34].

Zgodnie z art. 9 ustawy, zasada dotycząca standardów ochrony macierzyństwa i dokonywania zabiegów przerywania ciąży [32, 33, 34] głosi, iż: *Członek personelu medycznego oraz pomocniczego personelu medycznego nie jest zobowiązany do uczestniczenia w procedurach przewidzianych w art. 5 i 7 tej ustawy oraz w zabiegach przerywania ciąży, jeżeli odwoła się do sprzeciwu sumienia, który uprzednio wyraził w oświadczeniu*. Poprzez „personel medyczny" rozumie się lekarzy oraz dyplomowane pielęgniarki. Pojęcie „pomocniczy personel medyczny" obejmuje pielęgniarki niedyplomowane. Ogranicza się możliwość skorzystania z prawa odmowy, *jeżeli zajdą szczególne okoliczności tego rodzaju, że interwencja jest niezbędna dla uratowania życia kobiety znajdującej się w bezpośrednim niebezpieczeństwie (ust. 5*).

Analogiczne regulacje znajdują się w Ustawie dotyczącej stosowania technik medycznie wspomaganej prokreacji [32, 33, 34]. W obu ustawach uregulowano procedurę składania oświadczeń zawierających odmowę uczestnictwa w czynnościach określonych w ustawie [32, 33, 34].

Dodatkowo „klauzula sumienia" zawarta jest w Kodeksie etyki lekarskiej oraz Kodeksie etyki pielęgniarek. Z uwagi na generalny charakter regulacji, Narodowy Komitet Bioetyki przyjął stanowisko, iż lekarz, powołując się na klauzulę sumienia, ma prawo odmówić przepisania środków postkoitalnych, w szczególności „pigułki 24 godziny po" [32, 33, 34].

Klauzula sumienia farmaceuty

Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich w Gdańsku wraz z Human Life International – Polska, rozpoczęły w roku 2011 akcję zbierania podpisów pod apelem dotyczącym przyznania tego prawa klauzuli sumienia także polskim farmaceutom [36]. Zgodnie z tym apelem, klauzula sumienia dla aptekarza powinna odnosić się do rozprowadzania wkładki domacicznej i hormonalnych środków antykoncepcyjnych, a zwłaszcza tzw. pigułki po *(after morning pills*).

W art. 2a ust. 1 pkt 7 ustawy o izbach aptekarskich [37] uregulowane jest, że farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii.

W Kodeksie etyki aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej z 22 stycznia 2012 roku [38], w art. 3 jest napisane: *Aptekarz, będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną*, w art. 6. ust. 1: *Aptekarz sprawuje swe obowiązki wobec pacjenta ze zrozumieniem odpowiedzialności za zdrowie i życie człowieka*, a w art. 6. ust. 2: *Aptekarz nie może tłumaczyć przekroczenia zasad etyki i godności zawodu powoływaniem się na sugestie lub wymagania pacjenta.*

Art. 95 ust. 3 ustawy prawo farmaceutyczne [38] stanowi, że *(…) jeżeli w aptece ogólnodostępnej brak poszukiwanego produktu leczniczego, w tym również leku recepturowego, kierownik apteki powinien zapewnić jego nabycie w tej aptece w terminie uzgodnionym z pacjentem,* a art. 96 ust. 4, że *farmaceuta i technik farmaceutyczny mogą odmówić wydania produktu leczniczego, jeżeli może to zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta.*

Komitet Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk (Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. Klauzuli sumienia) [40], w rozdziale II – Ustawowa regulacja klauzuli sumienia, punkt 9 – podaje, że *zgodnie z polskim prawem, uprawnienie do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego sprzecznego z własnym sumieniem przysługuje wyłącznie osobie wykonującej zawód lekarza, lekarza dentysty albo zawód pielęgniarki lub położnej. Prawa do powołania się na klauzulę sumienia nie mają przedstawiciele innych zawodów medycznych, w szczególności farmaceuci.*

Drozd [41] zwraca uwagę na fakt, że farmaceuta w celu stwierdzenia, czy produkt farmaceutyczny zapobiegający ciąży może być szkodliwy, a nawet niebezpieczny dla pacjenta, powinien przeprowadzić z nim wywiad. W momencie gdy pacjent przychodzi do apteki, przeprowadzenie takiego wywiadu może być odebrane przez niego jako podważanie wiedzy i kompetencji lekarza ordynującego

lek. Podobnie wywiad prowadzony w izbie ekspedycyjnej nie zapewnia warunków intymności oraz zachowania w tajemnicy informacji otrzymanych od pacjenta, zwłaszcza dotyczących stosowania leków i środków antykoncepcyjnych. Przeprowadzenie takiego wywiadu jest możliwe wyłącznie w aptekach posiadających odpowiednie warunki lokalowe do prowadzenia opieki farmaceutycznej oraz odpowiednio przygotowanych farmaceutów [41].

Z kolei opinia prawna dotycząca możliwości wprowadzenia do polskiego prawa klauzuli sumienia dla farmaceutów i techników farmacji (Biuro Analiz Sejmowych, BAS-WAL-910/12 z 10 maja 2012 roku) stwierdza, że pozbawienie farmaceutów prawa do działania zgodnie z sumieniem ogranicza podstawowe (konstytucyjne) prawa i wolności.

W opinii Prusak [42], organy państwowe odpowiedzialne za wprowadzanie na rynek środków, których działanie czy też stosowanie może budzić wątpliwości moralne, powinny wszystkim obywatelom zapewnić jednakową wolność. Tak jak nikt nikogo nie może zmusić do stosowania tych środków, tak samo nie powinno się od nikogo wymagać, aby współuczestniczył w ich produkcji czy też dystrybucji [42].

Klauzula sumienia diagnostów laboratoryjnych

Uczestnicy IV Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych, który odbył się w Warszawie w 2014 roku, stwierdzili, iż obserwując funkcjonujący system ochrony zdrowia w Polsce oraz liczne nieprawidłowości prowadzące do utraty zaufania dla zawodów medycznych, należy określić najważniejsze sposoby działania w ww. zakresie [43]. W związku z tym, w uchwale nr 26/2014, w sprawie programu działania Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w latach 2015-2018, oprócz różnych kwestii, mających na celu podjęcie działań w celu podnoszenia prestiżu zawodu diagnosty laboratoryjnego, zapisano także potrzebę podjęcie aktywnych działań zmierzających do zachowania nienaruszalności klauzuli sumienia diagnosty laboratoryjnego [43].

Opinie pracowników ochrony zdrowia o klauzuli sumienia

Pawlikowski i wsp. [44] zebrali opinie lekarzy na temat świadczeń medycznych (antykoncepcji hormonalnej, sztucznego zapłodnienia, aborcji ze wskazań

prawno-kryminalnych oraz eugenicznych), co do których istnieje rozbieżność pomiędzy polskimi regulacjami prawnymi, a nauczaniem moralnym dominującego w Polsce wyznania religijnego (Kościoła katolickiego). Badanie przeprowadzono w grupie 528 lekarzy, w tym 52% pracujących na oddziałach zabiegowych i 48% na niezabiegowych; średnio w zawodzie: 17,03±10,73. 93% badanych deklarowało wyznanie katolickie. Średnia religijność mierzona Skalą postaw religijnych wynosiła M=5,47±1,01. Okazało się, iż 43% respondentów przepisałoby środek antykoncepcyjny 16-latce, która chce rozpocząć współżycie płciowe, 37% nie zrobiłoby tego, a 20% nie miało w tej kwestii zdania [44]. Grupa osób odpowiadających twierdząco wykazywała istotnie niższy poziom religijności. 70% badanych zastosowałoby zapłodnienie *in vitro* u niepłodnej pary, 15% by się wahało, czy to zrobić, a 15% nie podjęłoby się tego. W tej kwestii grupy różniły się między sobą pod względem religijności, ale nie wykazano istotnych statystycznie różnic w zależności od płci, stażu pracy, specjalizacji [44]. 50% lekarzy zleciłoby wykonanie zabiegu aborcji w przypadku stwierdzenia ciężkich i nieuleczalnych wad rozwojowych u płodu. Niezdecydowanych w tej kwestii było 28% osób, a 22% nie zrobiłoby tego. Różnice w średniej intensywności religijności pomiędzy grupami osób dającymi różną odpowiedź były istotne statystycznie, akceptacja dla aborcji wzrastała wraz z wiekiem i nie zależała od płci i specjalizacji. 41% badanych opowiedziało się za wykonaniem aborcji u kobiety, która zaszła w ciążę w wyniku gwałtu, 29% było temu przeciwnych, a 30% nie miało zdania. Wszystkie grupy respondentów dające różne odpowiedzi cechowały się istotnymi statystycznie różnicami pod względem religijności, ale nie wykazano istotnej statystycznie różnicy dla płci, stażu pracy i specjalizacji [44].

Baranowska i wsp. [45] prowadzili badania wśród magistrów farmacji i techników farmaceutycznych oraz studentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Okazało się, że 65% studentów i 50% farmaceutów było za wprowadzeniem klauzuli sumienia. 7% respondentów pracujących w aptekach twierdziło, że odmawia sprzedaży antykoncepcji mechanicznej i hormonalnej, 34% – wydania środków postkoitalnych, a 15% sprzedaży antykoncepcji mechanicznej, hormonalnej i postkoitalnej. Zapytani o to, czy wprowadzenie klauzuli sumienia dla farmaceutów byłoby ograniczeniem prawa do decydowania o własnym życiu i do swobodnego wyboru pacjenta, 76% studentów i 43% osób pracujących odpowiedziało twierdząco [45].

Opinie społeczeństwa na temat klauzuli sumienia lekarza i farmaceuty

W roku 2014 zostały przeprowadzone badania na reprezentatywnej próbie losowej 1 044 dorosłych mieszkańców Polski [47]. Badanie zostało podjęte po podpisaniu przez część środowiska lekarskiego „Deklaracji wiary". W badaniu okazało się, że w opinii 73% badanych nawet w tzw. „sytuacji konfliktu sumienia", lekarz mający określone kompetencje, nie powinien odmówić wydania skierowania na badania prenatalne w sytuacji zaistnienia podwyższonego ryzyka wady genetycznej lub rozwojowej płodu. 62% ankietowanych sądziło, że lekarz nie powinien także odmówić wydania skierowania na zabieg przerwania ciąży, w sytuacji gdy kobietę (zgodnie z prawem) można do takiego zabiegu zakwalifikować. 59% respondentów nie przyzwalało na odmowę wykonania przez lekarza zabiegu zapłodnienia *in vitro*, w sytuacji jeśli para kwalifikuje się do takiego zabiegu [47]. 55% ankietowanych sądziło, że w sytuacji konfliktu sumienia, lekarz nie powinien odmówić przepisania środków antykoncepcyjnych, o ile nie ma ku temu przeciwwskazań zdrowotnych.

O tym, że lekarz nie może, powołując się na własne sumienie, odmówić wykonania zabiegu przerwania ciąży w sytuacji, gdy prawo na to zezwala, przekonanych było 52% badanych Polaków. Przyzwolenie Polaków na odmowę przez lekarza podjęcia omawianych działań medycznych, w przypadku gdy są one niezgodne z jego sumieniem, ale prawnie dopuszczalne wahało się od 12% odnośnie wydania skierowania na badania prenatalne, w sytuacjach gdy istnieje podwyższone ryzyko wady genetycznej lub rozwojowej płodu, do 32% dotyczących przypadków wykonania zgodnego z prawem zabiegu przerwania ciąży [47].

Analiza wskaźnika przyzwolenia na odmowę podjęcia przez lekarza działań medycznych, sprzecznych z jego sumieniem, ale zgodnych z prawem i leżących w zakresie kompetencji lekarza (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało zdecydowany brak zgody, a 5 – zdecydowaną zgodę na odmowę podjęcia omawianych działań) wykazała, że najniższe przyzwolenie dla tego typu odmów wykazywały osoby w ogóle niepraktykujące religijnie (1,86) lub czyniące to jedynie sporadycznie (1,93), mieszkające w największych miastach (2,09), prywatni przedsiębiorcy (1,92) oraz technicy (2,06) i pracownicy administracyjno-biurowi (2,07) [44]. Najwyższe przyzwolenie w powyższych kwestiach dla lekarzy wyrażały osoby praktykujące religijnie kilka razy w tygodniu (2,95) lub raz w tygodniu (2,64), osoby z wykształceniem podstawowym (2,77), mający 65 lat i więcej (2,69), uzyskujący najniższe dochody *per capita* (2,64), rolnicy (2,73) i emeryci (2,62) [47].

Z deklaracjami wiary wiąże się także kwestia klauzuli sumienia farmaceutów, w tym np. odmowa zrealizowania recepty na środki antykoncepcyjne, gdy jest to niezgodne z jego sumieniem i okazało się, że 76% respondentów było przeciwnych takiemu zachowaniu, a przyzwolenie na powyższe wyraziło jedynie 12% badanych [47].

Podsumowanie

Sumienie to świadomość, że istnieje w człowieku trybunat wewnętrzny
Immanuel Kant

Dyskusja nad autonomią sumienia pracowników ochrony zdrowia nabiera szczególnej wartości w obliczu coraz większego znaczenia zasad poszanowania autonomii pacjenta. Polski model prawny klauzuli sumienia nie odbiega ewidentnie od modeli w innych państwach demokratycznych, jednakże rozwiązania prawne (dotyczące zakresu obowiązku świadczenia pomocy i okoliczności jej odmowy) wymagają doprecyzowania zapisów.

Badania Pawlikowskiego i wsp. [43] zwracają jednak uwagę na fakt, że grupy lekarzy o różnej religijności wyrażały istotnie różne od siebie wybory moralne, niezależnie od przynależności do tego samego wyznania, co zdaniem autorów wynika z faktu, że zmienna religijności lepiej wyjaśnia opinie i postawy lekarzy, niż zmienna wyznania. Religijność lekarzy wydaje się być także istotnym czynnikiem kształtującym decyzje w kontrowersyjnych etycznie sytuacjach związanych z wykonywaniem zawodu. Powyższe rodzi potrzebę, z jednej strony bardziej precyzyjnego określenia granic autonomii pacjenta, a z drugiej granic autonomii lekarza (jego wolności sumienia). Poza tym wydaje się, że modele relacji lekarz – pacjent powinny uwzględniać nie tylko przekonania kulturowe i religijne pacjentów, ale również lekarzy [43].

Drozd [39] zwraca uwagę, że farmaceuta pracujący w aptece ma także dostęp do różnych produktów farmaceutycznych mogących wywołać konflikt sumienia, takich jak np. służące do eutanazji czy wspomagania samobójstwa. W przypadku niektórych osób problemem może być także wydawanie z apteki leków homeopatycznych oraz narkotyków. Warto także wykluczyć sytuacje, gdy farmaceuci o innym wyznaniu, np. Świadkowie Jehowy, mogliby odmówić wydania krwi czy środków krwiopochodnych jako niezgodnego z ich wiarą i sumieniem [41].

Piśmiennictwo

1. Kostrzanowska Z., Małek K., *Respektowanie zasad etycznych w pracy zawodowej pielęgniarek*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2008, nr 16, 259-268.
2. Wrońska I., Mariański J., *Etyka w pracy pielęgniarskiej*, Wyd. Czelej, Lublin 2002.
3. Fray S. T., *Etyka w praktyce pielęgniarskiej*, PTP, Warszawa 1997.
4. Zahradniczek K., *Kulturowe uwarunkowanie opieki pielęgniarskiej a kształcenie pielęgniarek*, „Pielęgniarstwo XXI w.", 2003, nr 2, 11-13.
5. Lankau A., *Przekonania religijne w sprawowaniu funkcji zawodowych przez pielęgniarki*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, 374-383.
6. Janus B., na konferencji 14.10.2005: *Kompetencje pielęgniarek i położnych a odpowiedzialność moralno-zawodowa*, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, 14.10.2005.
7. Patryn R., Pawlikowski J., Sak J., Przygoda-Dreher A., Marczewski K., *Wpływ przekonań religijnych na decyzje terapeutyczne w opinii studentów medycyny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" Sect D, 2005, nr 60, 241-244.
8. Rybka M., *Znajomość prawa a dylematy moralne*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej", 2004, nr 12, 6-7.
9. Bernard J., *Od biologii do etyki*, Żelechowska J. (tłum.), PWN, Warszawa 1994.
10. Pająk K., *Bioetyka a wybrane aspekty umierania człowieka*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne", 2011, nr 1, 77-81.
11. Beauchamp T. L., Childress J. F., *Zasady etyki medycznej*, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, 131-44.
12. Wulff H. R., Pedersen S. A., Rosenberg R., *Filozofia medycyny*, WN PWN, Warszawa 1993, 237-238.
13. Biesaga T., *Klauzula sumienia w etyce medycznej*, „Medycyna Praktyczna", 2008, nr 12, 132-136.
14. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. 2015 poz. 464 ze zm.
15. Prawo do odmowy wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z sumieniem http://trybunal.gov.pl/rozprawy/komunikaty-prasowe/komunikaty-po/art/8603-prawo-do-odmowy-wykonania-swiadczenia-zdrowotnego-niezgodnego-z-sumieniem/, data pobrania 17.02.2016.
16. Klauzula sumienia. Wyrok TK opublikowany, http://gosc.pl/doc/2764978.Klauzula-sumienia-Wyrok-TK-opublikowany, data pobrania 17.02.2016.
17. Kodeks Etyki Lekarskiej (KEL) z 2 stycznia 2004 roku, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy, http://www.mp.pl/etyka/dokumenty/show.html?id=86823, data pobrania 3.03.2015.
18. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 9 grudnia 2003 roku (KEPP), przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych,http://www.oipip-chelm.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=99:kodeks-etyki&catid=32:prawo-zawod&Itemid=12, data pobrania 3.03.2015.

19. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (u.z.p.p.), opublikowana w Dz. U. 2014 poz. 1136, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140001136**,** data pobrania 6.03.2015.
20. Jarmoluk P., Ikwanty K., Durak K., Tetych J., *Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki*, (w:) Materiały Zjazdowe, Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych TYGIEL 2009 „Czyli jak rozwijać naukę?", w ramach VI Lubelskiego Festiwalu Nauki „Nauka techniką życia" , Lublin, 19-25.09.2009, Caban J., Szala M. (red.), Lublin 2009, 116-120.
21. Kosicka B., Ksykiewicz-Dorota A., *Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2008, nr 16, 299-303.
22. Lauri S., Salanterä S., *Decision-making models in different fields of nursing*, „Research in Nursing & Health", 1998, nr 2, 443-452.
23. Narayan S., Corcoran-Perry S., *Line of reasoning as a representation of nurses clinical decision-making*, „Research in Nursing & Health", 1997, nr 20, 353-364.
24. Cioffi J. Markham R., *Clinical decision-making by emergency nurses in triage assessments*, *"Accident and Emergency Nursing"*, 1998 nr 6, t. 4, 184-191.
25. Clark R., *Clinical decision-making by beginning nurses*, Virginia University, Charlottesville 1996, 25-36
26. Case B., *Walking around the elephant: a critical thinking strategy for decision-making*, „Journal of Continuing Education in Nursing", 1994, nr 25, 101-109.
27. Zielińska E., *Klauzula sumienia*, „Prawo i Medycyna", 2003, nr 13, t. 5, 30.
28. Nawrot O., *Klauzula sumienia w zawodach medycznych w świetle standardów Rady Europy*, „Zeszyty Prawnicze", 2012, nr 3, 11-22.
29. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej przyjęta 7 grudnia 2000 roku, http://oide.sejm.gov.pl/oide/?option=com_content&view=article&id=14428&Itemid=42, data pobrania 3.03.2015.
30. Pawlikowski J., *Prawo do sprzeciwu sumienia w ramach legalnej opieki medycznej*. *Rezolucja nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 7 października 2010 roku*, „Studia Prawa Wyznaniowego", 2011, nr 14, 313-338.
31. Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 roku (EKPC), Dz. U. 1993 nr 61 poz. 284, http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19930610284, data pobrania 3.03.2015.
32. Waszczuk-Napiórkowska J., *Opinia prawna dotycząca wolności sumienia w konstytucjach krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Prawnicze", 2012, nr 3, 231-254.
33. *Klauzula sumienia w krajach Unii Europejskiej i USA, na podstawie materiałów Biura Analiz Sejmowych*, „Tygodnik Katolicki Niedziela", 20.02.2014, http://www.niedziela.pl/artykul/8062/ Klauzula-sumienia-w-krajach-Unii, data pobrania 6.03.2015.
34. Kościelny P., *Informacja prawna dotycząca klauzuli sumienia w zawodach medycznych w Niemczech*, „Zeszyty Prawnicze", 2012, nr 3, 254-256.
35. Waszczuk-Napiórkowska J., *Opinia prawna na temat klauzuli sum*ienia lekarzy, farmaceutów oraz pielęgniarek w prawie włoskim, „Zeszyty Prawnicze", 2012, nr 3, 257-269.
36. Głusiec W., *Klauzula sumienia dla farmaceutów*. *Analiza opinii wydanej przez comitato nazionale pre la bioetica, „Diametros",* 2012, nr 32, 62-76.
37. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, t.j. Dz. U. z 2014 poz. 1429 ze zm.

38. Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 stycznia 2012 r., http://www.nia.org.pl/dat/attach/566_kodeksetykiaptekarzarporyginal.pdf, data pobrania 5.02.2016
39. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, t.j. Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271 ze zm.
40. Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 4/2013 z 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. Klauzuli sumienia, https://koalicjaateistyczna.pl/wp-content/uploads/files/Stanowisko_KB_nr_4-2013.pdf, data pobrania 5.02.2016.
41. Drozd M., *Prawo farmaceuty do sprzeciwu sumienia w świetle obowiązujących regulacji prawnych*, Studia z prawa wyznaniowego, 2013, t. 16, 267-280.
42. Prusak M., *Konflikt sumienia katolickiego farmaceuty w praktyce aptecznej*, „Teologia i Moralność", 2013, nr 2, 35-49.
43. Uchwała Nr 26/2014 Czwartego Krajowego Zjazdu Diagnostów Laboratoryjnych z dnia 6 grudnia 2014 r. w sprawie programu działania Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych w latach 2015-2018, http://kidl.org.pl/uploads/uchwa%C5%82y%20KZDL/IV%20Zjazd%20KZDL/UCHWA%C5%81A%20NR%2026_2014%20-%20PROGRAM.pdf, data pobrania 5.02.2016.
44. Pawlikowski J., Sak J. J., Marczewski K., *Opinie lekarzy polskich o kontrowersyjnych moralnie procedurach medycznych*, „Alergologia Współczesna info", 2012, nr 2, 90-96.
45. Baranowska J., Baranowski S., Kuchta J., Liwińska Z., *Stanowisko farmaceutów i studentów farmacji wobec klauzuli sumienia,* „Pielęgniarstwo Polskie", 2012, nr 4, 187-189.
46. Jarmoluk P., Ikwanty K., Durak K., Tetych J., *Klauzula sumienia w praktyce pielęgniarki*, (w:) Materiały Zjazdowe, Lubelski Kongres Studenckich Kół Naukowych TYGIEL 2009 „Czyli jak rozwijać naukę?", w ramach VI Lubelskiego Festiwalu Nauki „Nauka techniką życia" , Lublin, 19-25.09.2009, Caban J., Szala M. (red.), Lublin 2009, 116-120.
47. Boguszewski R., *Klauzula sumienia lekarza i farmaceuty*, „Badanie CBOS nr 94/2014", Warszawa, 2014, nr 7, 1-10.

Mateusz Cybulski

SPOŁECZEŃSTWO WIELOKULTUROWE W POLSCE

Wprowadzenie

Współczesna Polska jest państwem względnie jednolitym, zarówno w aspekcie etnicznym, jak i religijnym. Zjawiska globalne, takie jak migracja, sprawiają, że w Polsce zaczynają osiedlać się osoby pochodzące z innych państw i kontynentów, wzbogacające polską kulturę o własną religię i zwyczaje. Możliwość swobodnego i niebywale taniego w skali historii ludzkości podróżowania sprawia także, że mieszkańcy Polski ulegają wpływom zewnętrznym, co wzbogaca ich kulturę i sposób rozumienia świata [cyt. za 1].

Definicja wielokulturowości

Wielokulturowość, zgodnie z definicją zawartą w *Encyklopedii PWN* [2], ma trzy znaczenia:

- w płaszczyźnie opisowej wskazuje na wielość kultur; jest więc stwierdzeniem obiektywnego faktu zróżnicowania kulturowego danego społeczeństwa lub – szerzej – faktu istnienia na świecie odmiennych kultur etnicznych, grup religijnych, subkultur itp.;
- oznacza politykę rządową zmierzającą do niwelacji napięć społecznych związanych z faktem wielokulturowości danej populacji;
- jest również nazwą pewnej doktryny, ruchu czy nawet filozofii. W tym ostatnim przypadku wielokulturowość oznacza działania środowisk mniejszościowych

skierowane na emancypację i pełniejszy udział różnych grup w życiu społecznym, politycznym i kulturowym kraju [cyt. za 2].

Rys historyczny

Wielokulturowość społeczeństwa polskiego można już zaobserwować w czasach średniowiecza, ponieważ nie istniały wówczas współczesne pojęcia granic terytorialnych, a osoby o różnym pochodzeniu mogły stanowić część danego społeczeństwa, jeżeli tylko uzyskały odpowiednie przywileje od suwerena. W związku z tym w charakterystyce społecznej średniowiecznej Polski obserwowano osadnictwo na prawie niemieckim oraz kolonistów niemieckich, kupców żydowskich i pochodzenia wschodniego, w tym m.in. Tatarów. Cechą charakterystyczną społeczeństw epoki średniowiecza było pierwszeństwo przynależności stanowej, pochodzenie stanowiło zaś czynnik drugorzędny [1].

W okresie I Rzeczpospolitej wielokulturowość stała się czynnikiem charakterystycznym dla państwa polskiego, na co przede wszystkim wpływał dwuczłonowy charakter państwa złożonego z Korony (Królestwo Polskie) i Wielkiego Księstwa Litewskiego [1].

II Rzeczpospolita, odrodzona w 1918 roku, po Traktacie Ryskim z 1921 roku ponownie stała się państwem wielonarodowym, wieloetnicznym i wielowyznaniowym [1]. Zasadnicza zmiana pomiędzy okresem I i II Rzeczpospolitej polegała na nowych warunkach społecznych i politycznych [1]. Ludność narodowości polskiej II Rzeczpospolitej stanowiła jedynie 2/3 całości (pomiędzy 64-69% według spisów powszechnych z lat 1921, 1931 i 1938) [1]. W niektórych województwach Polacy byli w mniejszości na rzecz Ukraińców, Białorusinów oraz Litwinów. Ludność żydowska skupiona była w mniejszych miastach, gdzie wielokrotnie stanowiła co najmniej połowę ludności, ale w Warszawie np. przekraczała 1/3 liczby mieszkańców, co sprawiało, że stolica Polski, po Nowym Jorku, była drugim największym skupiskiem ludności żydowskiej na świecie. Na zachodzie kraju pozostawały duże skupiska mniejszości niemieckiej [cyt. za 1].

Tragizm II wojny światowej, Holokaustu i przesunięcie granic państwowych spowodowały, że po 1945 roku, dawniej różnorodna Polska, nabrała charakteru jednolitego kulturowo. Powrót do wielokulturowości nastąpił dopiero po 1989 roku, dzięki otwarciu granic, wejściu Polski na arenę polityki globalnej i w konsekwencji procesu globalizacji, umożliwieniu swobodnych podróży, zniesieniu cenzury i wprowadzeniu demokratycznych zasad swobody wypowiedzi (wolność

zrzeszania, zgromadzeń i wyznania) [1]. Wejście Polski w roku 2004 do Unii Europejskiej i umożliwienie pracy oraz życia w innych krajach wspólnoty zaczęło sprzyjać powrotowi do wielokulturowości, zarówno poprzez nasiąkanie obcymi kulturami przez osoby, które wybrały emigrację, jak i dzięki możliwości osiedlenia się w Polsce osób z innych państw zjednoczonej Europy [1].

Uważa się za I. Czerniejewską [3], że we współczesnym świecie mamy do czynienia z tzw. „nowymi" społecznościami (uchodźcy, imigranci czy repatrianci) [3].

Migracje ludności – definicje i podział

Migracja (Sakson [4]), czyli zmiana miejsca pobytu i zamieszkania, jest odwieczną cechą ludzkości. Masowe przemieszczanie się ludzi jest wynikiem wielu czynników, przede wszystkim wojen i ich skutków, różnego rodzaju prześladowań (w głównej mierze politycznych i religijnych), jak również biedy, braku perspektyw życiowych, nieprzestrzegania praw człowieka, klęsk żywiołowych, a także narastających nierówności pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi [4].

Ze względu na czas trwania migracji w literaturze przedmiotu [5-10] wyróżnia się następujące jej rodzaje:

- stałe, gdy osoba migrująca podejmuje zamiar pozostania na zawsze (na okres stały lub bliżej nieokreślony), bądź przynajmniej bez zamiaru powrotu w możliwym do przewidzenia czasie;
- okresowe, inaczej nazywane czasowymi, dokonywane przede wszystkim w celach zarobkowych o określonym czasie trwania, najczęściej mające miejsce wówczas, gdy migranci wyjeżdżają z wyraźnym zamiarem powrotu do ojczyzny po zgromadzeniu określonych środków finansowych, umożliwiających im lepsze warunki życia w swoim kraju lub gdy ustaną przyczyny, z powodu których nastąpił wyjazd;
- sezonowe, które polegają na wyjazdach krótkookresowych (maksymalnie kilka miesięcy) w celach zarobkowych i wiążą się z wykonywaniem prac sezonowych;
- wahadłowe, najczęściej występujące na pograniczu państw, polegające na systematycznym przemieszczaniu się osób między miejscem zamieszkania a terytorium, na którym przebywają (najczęściej także w celach zarobkowych).

Inne, wyróżniane przez autorów [5-10], rodzaje migracji to migracje dobrowolne i przymusowe, indywidualne i masowe, żywiołowe i organizowane, legalne i nielegalne, wewnętrzne (np. ze wsi do miasta na terytorium tego samego kraju)

i zewnętrzne, w tym wewnątrzkontynentalne (międzypaństwowe) i międzykontynentalne.

Wojtaszak [11], ze względu na kierunek ruchów migracyjnych wyróżnia następujące formy migracji:

- emigrację – wyjazd poza granice kraju w celu osiedlenia się na stałe lub na określony czas;
- imigrację – przyjazd z zagranicy na terytorium danego kraju na pobyt stały lub czasowy;
- repatriację – zorganizowany lub spontaniczny powrót do ojczyzny, najczęściej obejmujący grupy jeńców, przesiedleńców, więźniów politycznych, itp.;
- reemigrację – przyjazd emigrantów do kraju ojczystego lub kraju będącego miejscem ich poprzedniego zamieszkania;
- przesiedlenia, wysiedlenia, deportacje – przymusowe wydalenie (przemieszczenie) danej zbiorowości poza granice państwa w wyniku wojen i konfliktów a w jednostkowych przypadkach z powodu wyroku sądu [11].

Mniejszości narodowe w Polsce

Polskę zamieszkują przedstawiciele dziewięciu mniejszości narodowych, są to: Białorusini, Czesi, Litwini, Niemcy, Ormianie, Rosjanie, Słowacy, Ukraińcy, Żydzi oraz czterech mniejszości etnicznych, czyli: Karaimów, Łemków, Romów, Tatarów. Ponadto, tereny województwa pomorskiego zamieszkują Kaszubi, społeczność posługująca się językiem regionalnym [12].

Zamieszkujące Polskę mniejszości to społeczności w większości starzejące się. Procentowy udział osób w wieku poprodukcyjnym (60 lat i więcej dla kobiet oraz 65 lat i więcej dla mężczyzn) wśród ogółu ludności Polski wynosi 16,91% i w przypadku siedmiu mniejszości osiąga wartości znacznie przewyższające średnią [cyt. za 13]. Najwyższe wartości dotyczą mniejszości białoruskiej (34,80% populacji), słowackiej (26,95%) i rosyjskiej (26,40%), a najniższe – mniejszości romskiej (6,34% populacji). Ponadto wartości niższe od średniej ogólnopolskiej odnotowano w przypadku mniejszości: ormiańskiej, karaimskiej, żydowskiej, tatarskiej i czeskiej [cyt. za 13]. Wśród przedstawicieli aż 11 mniejszości (Czesi, Słowacy, Litwini, Ukraińcy, Tatarzy, Łemkowie, Białorusini, Rosjanie, Niemcy, Żydzi, Karaimi) mniej niż 15,5% populacji stanowią osoby w wieku przedprodukcyjnym (0-17 lat). Dla porównania średnia dla ogółu ludności Polski wynosi 18,7%

populacji. Najmłodsze są mniejszości: romska (28,84% populacji stanowi grupa w wieku przedprodukcyjnym) i ormiańska (21,35%) [cyt. za 13].

Wśród przedstawicieli mniejszości narodowych i etnicznych widoczna jest względna równowaga w liczbie kobiet i mężczyzn, z wyjątkiem mniejszości rosyjskiej, w której aż 63,80% stanowią kobiety. Odsetek kobiet wśród mniejszości jest najniższy w przypadku Tatarów (43,44%), Czechów (42,46%) i Karaimów (36,31%). Zwłaszcza w tym ostatnim przypadku odbiega on znacząco od średniej ogólnopolskiej, wynoszącej 51,59% populacji [cyt. za 13].

Białorusini

Białorusini to mniejszość narodowa zamieszkująca przede wszystkim południowo-wschodnie tereny województwa podlaskiego [12]. W 2011 roku [14] narodowość białoruską zadeklarowało 43 880 obywateli polskich (według danych pochodzących z 2002 roku liczebność mniejszości białoruskiej wynosiła 47 640 osób), w tym: w województwie podlaskim – 38 358 osób (w 2002 roku – 46 041), mazowieckim 1 576 (w 2002 roku – 541), warmińsko-mazurskim 600 (w 2002 roku – 226) [14, 15]. Według danych liczbowych pochodzących z 2002 roku [15] mniejszość białoruska stanowiła w powiecie hajnowskim – 39,1% mieszkańców, bielskim – 19,80% mieszkańców, siemiatyckim – 3,46% mieszkańców, białostockim – 3,2% mieszkańców i w Białymstoku (mieście na prawach powiatu) – 2,53% mieszkańców [15]. Według najnowszych danych [14] na terenie dziewięciu gmin województwa podlaskiego przedstawiciele mniejszości białoruskiej stanowią ponad 20% mieszkańców gminy, w tym w czterech to ponad 50% [14]. Zdecydowana większość przedstawicieli mniejszości białoruskiej należy do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego [12].

Czesi

Czesi to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 2 833 obywateli polskich (wedle danych poprzedniego Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań (NSP) z 2002 roku [15] liczebność mniejszości czeskiej wynosiła 386 osób), w tym: w województwie śląskim 580 osób (według danych z 2002 roku – 61), mazowieckim – 453 (w 2002 roku – 37), dolnośląskim – 396 (w 2002 roku – 47) [14, 15]. Tradycyjne skupisko mniejszości czeskiej znajduje się w okolicach miejscowości Zelów (woj. łódzkie).

Pierwsza migracja czeska na tereny Polski miała miejsce w połowie XVI wieku i związana była z prześladowaniami religijnymi Braci Czeskich. Następne fale migracji miały miejsce w pierwszej połowie XVII wieku, drugiej połowie XVIII wieku i na początku XIX wieku, gdy związana była z rozwojem przemysłu włókienniczego w Łodzi [12].

Mieszkający w Polsce Czesi w głównej mierze są Ewangelikami [12].

Karaimi

Karaimi są najmniej liczną mniejszością etniczną w Polsce. Zgodnie z danymi z 2011 roku [14] narodowość karaimską zadeklarowało 313 obywateli polskich (według danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości karaimskiej wynosiła 43 osoby), w tym: w województwie mazowieckim – 98 osób, łódzkim – 46, dolnośląskim – 46 [14]. Karaimi mieszkają przede wszystkim w Warszawie i okolicach, Łodzi i Wrocławiu [14].

Pierwsze grupy Karaimów przybyły z Krymu w XIII wieku i osiedliły się na ziemiach księstwa halicko-wołyńskiego (Łuck, Halicz, Lwów). Na przełomie XIII i XIV wieku duża grupa Karaimów została osiedlona w Trokach koło Wilna. Na obecne tereny Polski Karaimi przesiedlili się po II wojnie światowej w wyniku repatriacji ze wschodnich kresów Rzeczypospolitej [cyt. za 12].

Polscy Karaimi zatracili znajomość ojczystego języka. Wyróżnia ich religia karaimska, wywodząca się z Judaizmu. Istotne znaczenie w życiu mniejszości karaimskiej ma działalność Karaimskiego Związku Religijnego w naszym kraju [14].

Litwini

Litwini to mniejszość narodowa zamieszkująca przede wszystkim północne tereny województwa podlaskiego. Narodowość litewską w 2011 roku [14] zadeklarowało 7 374 obywateli polskich (według danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości litewskiej wynosiła 5 639 osób), w tym: w województwie podlaskim – 4 867 osób (według danych z 2002 roku – 5 097), mazowieckim – 446 (według danych z 2002 roku – 99), warmińsko-mazurskim – 380 (według danych z 2002 roku – 83) [14, 15]. Największe skupisko osób należących do mniejszości litewskiej znajduje się na terenie powiatu sejneńskiego w województwie podlaskim, gdzie 21,20% obywateli polskich zadeklarowało w 2002 roku narodowość litewską [15]. Litwini zamieszkują głównie gminę Puńsk – 75,7% mieszkańców (według NSP

z 2011 roku) [14], gminę wiejską Sejny – 18,52% (według NSP z 2002 roku) [15], gminę miejską Sejny – 7,80% (według NSP z 2002 roku) [15] oraz należącą do powiatu suwalskiego gminę Szypiliszki – 2,66% mieszkańców (według NSP z 2002 roku) [15].

Zdecydowana większość przedstawicieli mniejszości litewskiej to wierni Kościoła Rzymskokatolickiego [12].

Łemkowie

Łemkowie to mniejszość etniczna, do której przynależność w 2011 roku zadeklarowało 9 641 obywateli polskich [14] (według danych z 2002 roku liczebność mniejszości łemkowskiej wynosiła 5 850 osób [15]), w tym: w województwie dolnośląskim – 4 735 osób (według danych z 2002 roku – 3 082), małopolskim – 2 186 (według danych z 2002 roku – 1 580), lubuskim – 1 413 (według danych z 2002 roku – 784) [14].

Tradycyjnie członkowie tej mniejszości zamieszkiwali tzw. Łemkowszczyznę, czyli Beskid Niski i część Beskidu Sądeckiego. Na tereny obecnego zamieszkiwania (zachodnie województwa kraju) zostali przesiedleni w 1947 roku w wyniku akcji „Wisła". Współcześnie jedynie część Łemków mieszka na terenach historycznej Łemkowszczyzny, zlokalizowanej obecnie w województwie małopolskim [12].

Niewielka część Łemków podkreśla swój związek (przynależność) z narodem ukraińskim [12]. W 2011 roku [14] 283 osoby należące do mniejszości łemkowskiej zadeklarowały także przynależność do narodu ukraińskiego. Deklarację przynależności do grupy etnicznej Łemków złożyło także 801 osób należących do mniejszości ukraińskiej. Zdecydowana większość Łemków deklaruje, że z narodem tym nie ma związków [14].

Łemkowie w zdecydowanej większości należą do dwóch Kościołów: Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego oraz Kościoła Katolickiego Obrządku Bizantyńsko-Ukraińskiego [12].

Niemcy

Niemcy to najliczniejsza mniejszość narodowa zamieszkująca Polskę. W 2011 roku [14] narodowość niemiecką zadeklarowało 144 238 obywateli polskich (w poprzednio przeprowadzonym spisie powszechnym liczebność mniejszości niemieckiej wynosiła 147 094 osób [15]), w tym: w województwie opolskim – 78 157 osób

(w 2002 roku – 104 399), śląskim – 34 799 (w 2002 roku – 30 531), warmińsko-mazurskim – 4 645 (w 2002 roku – 4 311) [14, 15]. Zgodnie z danymi pochodzącymi z NSP z 2002 roku [15] największe skupiska obywateli polskich narodowości niemieckiej znajdują się w centralnych i wschodnich powiatach województwa opolskiego: strzeleckim (20,62% mieszkańców powiatu), opolskim (19,82%), krapkowickim (18,38%), oleskim (16,82%), prudnickim (14,93%), kędzierzyńsko-kozielskim (13,15%), kluczborskim (9,75%) i opolskim-miejskim (2,46%) oraz w zachodnich powiatach województwa śląskiego: raciborskim (7,24%), gliwickim (4,25%) i lublinieckim (3,10%) [15]. Na terenie 19 gmin województwa opolskiego i 3 gmin województwa śląskiego przedstawiciele mniejszości niemieckiej stanowią ponad 20% mieszkańców gminy [14].

Przedstawiciele mniejszości niemieckiej są w większości Katolikami, a tylko nieliczni (głównie zamieszkujący województwa Polski północnej) deklarują przynależność do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego [12].

Ormianie

Ormianie to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 1 684 obywateli polskich (według danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości ormiańskiej wynosiła 262 osoby), w tym: w województwie mazowieckim – 403 osoby (w 2002 roku – 73), śląskim – 167 (w 2002 roku – 23), małopolskim – 155 (w 2002 roku – 22) [14, 15].

Kolonie ormiańskie powstałe około XI wieku na Rusi Kijowskiej (Lwów, Łuck, Kamieniec Podolski) weszły w skład państwa polskiego za panowania Kazimierza Wielkiego. W 1356 roku kolonie w Kamieńcu Podolskim i we Lwowie uzyskały potwierdzenie swojej autonomii, a Lwów został siedzibą biskupa ormiańskiego [12]. Po II wojnie światowej polscy Ormianie z dawnych kresów południowo-wschodnich w większości repatriowali się na obecne tereny państwa polskiego. W latach 90. XX wieku na terenach Polski osiedliła się stosunkowo liczna grupa migrantów z terenu Republiki Armenii. Największe skupiska polskich Ormian znajdują się w Warszawie i Krakowie. Ważnym centrum kulturalnym mniejszości ormiańskiej są też Gliwice [12].

Przedstawiciele mniejszości ormiańskiej przeważnie są Katolikami obrządku ormiańskiego lub łacińskiego albo należą do Apostolskiego Kościoła Ormiańskiego [12].

Romowie

Romowie to mniejszość etniczna, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 16 725 obywateli polskich (zgodnie z danymi pochodzącymi z 2002 roku [15] liczebność mniejszości romskiej wynosiła 12 731 osób), w tym: w województwie dolnośląskim – 2 028 osób (w 2002 roku – 1 319), małopolskim – 1 735 (w 2002 roku – 1 678), śląskim – 1 733 (w 2002 roku – 1 189) [14, 15]. Romowie w Polsce należą do pięciu grup: najliczniejszą jest grupa Bergitka Roma, kolejne to Polska Roma, Lowarzy, Kelderasze oraz niewielka grupa Sinti [12].

Pierwszy dokument poświadczający obecność Romów w Polsce datowany jest na rok 1401 i pochodzi z Krakowa [12]. Od XV wieku wzdłuż łuku Karpat i od strony Niziny Węgierskiej przybywały do Polski i osiedlały się grupy wędrujących Romów. Ich potomkami są Romowie Karpaccy. Od XVI wieku do Polski zaczęli przybywać z Niemiec Romowie nazwani później Polska Roma. W II połowie XIX wieku z terenów Siedmiogrodu i Wołoszczyzny rozpoczęła się migracja Kełderaszy (Kelderari – kotlarze) i Lowarów (Lovari – handlarze końmi) [12].

Romowie Karpaccy (prowadzący osiadły tryb życia od kilkuset lat) zamieszkują głównie górskie tereny województwa małopolskiego, w tym największy odsetek osób narodowości romskiej – gminę wiejską Bukowina Tatrzańska w powiecie tatrzańskim, gdzie 1,10% mieszkańców gminy zadeklarowało w trakcie spisu powszechnego w 2002 roku narodowość romską [15]. Stosunkowo duże skupiska osób należących do grupy Bergitka Roma znajdują się także w miastach Górnego i Dolnego Śląska oraz w krakowskiej Nowej Hucie, gdzie w latach 50. XX wieku zatrudniano Romów w ramach tzw. polityki produktywizacyjnej [12]. Większość Romów należących do pozostałych trzech grup prowadziła niegdyś wędrowny tryb życia. Obecnie przedstawiciele tych społeczności mieszkają głównie w miastach: Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu, Łodzi, Krakowie, Mielcu i Puławach oraz wielu mniejszych ośrodkach miejskich. Jest to konsekwencją przymusowej polityki osiedleńczej prowadzonej przez władze PRL [12].

Romowie w Polsce to w zdecydowanej większości członkowie Kościoła Rzymskokatolickiego, choć od kilku lat widoczny jest udział Romów w Kościele Zielonoświątkowym oraz Związku Świadków Jehowy [12]. W kraju zarejestrowanych jest ponad 80 romskich organizacji pozarządowych [12].

Rosjanie

Rosjanie to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 8 796 obywateli polskich (zgodnie z danymi z 2002 roku [15] liczebność mniejszości rosyjskiej wynosiła 3 244 osób), w tym: w województwie mazowieckim – 1 950 osób (w 2002 roku – 614), dolnośląskim – 861 (w 2002 roku – 362), śląskim – 829 (w 2002 roku – 275) [14, 15].

Rosjanie mieszkający w Polsce wywodzą się głównie z kolejnych fal migracyjnych, w ramach których przybywali do Polski: w okresie rozbiorów, po rewolucji październikowej, w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej oraz po rozpadzie Związku Socjalistycznych Republik Radzieckich [12].

Przedstawiciele społeczności rosyjskiej należą w większości do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego [12].

Ponadto w województwie podlaskim i warmińsko-mazurskim mieszkają staroobrzędowcy (starowiercy) [12]. Ta grupa wyznaniowa powstała w drugiej połowie XVII wieku w wyniku rozłamu w rosyjskiej cerkwi prawosławnej. Pod koniec XVIII wieku staroobrzędowcy osiedlili się na obecnych terenach Polski (Suwalszczyzna i Mazury) uchodząc przed prześladowaniami religijnymi. W okresie ostatnich lat w grupie tej obserwuje się przechodzenie od samoidentyfikacji religijnej do narodowej, co związane jest m. in. z zacieśnianiem współpracy z innymi organizacjami mniejszości rosyjskiej w Polsce, grupującymi przede wszystkim imigrantów oraz ich potomków oraz korzystaniem z programów Federacji Rosyjskiej przeznaczonych dla organizacji mniejszości rosyjskiej zza granicy [cyt. za 12].

Słowacy

Słowacy to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 2 740 obywateli polskich (według danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości słowackiej wynosiła 1 710 osób), w tym: w województwie małopolskim – 1 428 osób (w 2002 roku – 1 572), śląskim – 264 (w 2002 roku – 40), mazowieckim – 258 (w 2002 roku – 20) [14, 15].

Słowacy zamieszkują tradycyjnie tereny Spisza i Orawy [12]. Według danych z 2002 roku największe skupiska mniejszości słowackiej to gminy: wiejska Nowy Targ – 3,25% ludności, Łapsze Niżne – 2,64% i Jabłonka – 1,25% powiatu nowotarskiego oraz gmina Bukowina Tatrzańska (2,84% powiatu tatrzańskiego) [15].

Słowacy są w większości wiernymi Kościoła Rzymskokatolickiego [12].

Tatarzy

Tatarzy to mniejszość etniczna, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 1 828 obywateli polskich (wedle danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości tatarskiej wynosiła 447 osób), w tym: w województwie podlaskim – 539 osób (w 2002 roku – 319), mazowieckim – 332 (w 2002 roku – 22), pomorskim – 175 (w 2002 roku – 28) [14, 15].

Tatarzy zamieszkują rdzenne kolonie tatarskie na Białostocczyźnie (Bohoniki i Kruszyniany) oraz miasta: Białystok, Sokółkę, Dąbrowę Białostocką, Warszawę i Gdańsk [12].

Polscy Tatarzy mieszkali na ziemiach Wielkiego Księstwa Litewskiego od końca XIV wieku [12]. Ich przodkami byli emigranci lub uciekinierzy z terenów ówczesnej Złotej Ordy oraz z Krymu. Tatarzy w Polsce zatracili znajomość swojego ojczystego języka, pozostali natomiast wierni religii muzułmańskiej. Istotne znaczenie w życiu mniejszości tatarskiej odgrywa działalność Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej [12].

Ukraińcy

Ukraińcy to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 38 797 obywateli polskich (wedle danych z 2002 roku [15] liczebność mniejszości ukraińskiej wynosiła 27 172 osoby), w tym: w województwie warmińsko-mazurskim – 13 037 osób (w 2002 roku – 11 881), zachodniopomorskim – 4 482 (w 2002 roku – 3 703), pomorskim – 3 932 (w 2002 roku – 2 831) [14, 15].

W wyniku przeprowadzonej w 1947 roku przez ówczesne władze komunistyczne akcji „Wisła" niemal cała ludność ukraińska, zamieszkująca tereny południowo-wschodniej Polski, została przesiedlona na tereny Polski północnej i zachodniej, gdzie obecnie znajdują się jej największe skupiska. Części Ukraińców udało się uniknąć przesiedlenia z rodzimych terenów, a części pozwolono na powrót po 1956 roku, stąd też skupiska mniejszości ukraińskiej w województwach podkarpackim i małopolskim [cyt. za 12].

Ukraińcy w Polsce należą w większości do dwóch kościołów: Kościoła Katolickiego Obrządku Bizantyńsko-Ukraińskiego i Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego [12].

Żydzi

Żydzi to mniejszość narodowa, do której przynależność w 2011 roku [14] zadeklarowało 7 353 obywateli polskich (z danych pochodzących z 2002 roku [15] liczebność mniejszości żydowskiej wynosiła 1 055 osób), w tym: w województwie mazowieckim – 2 690 osób (w 2002 roku – 397), dolnośląskim – 880 (w 2002 roku – 204), małopolskim – 745 (w 2002 roku – 50) [14, 15].

Żydzi mieszkają w rozproszeniu, przede wszystkim w dużych miastach [12].

Pierwsze wzmianki o Żydach na terenach polskich pochodzą z X wieku, a pierwszym oficjalnym polskim dokumentem nadającym Żydom przywileje i autonomię był statut kaliski z XIII wieku. Żydzi napływali do Polski ze względu na stosunkowo najlepsze (na tle nieustannych pogromów w Europie Zachodniej) warunki bezpiecznego życia i rozwoju własnej kultury oraz gwarantowaną przywilejami królewskimi autonomię gmin wyznaniowych [cyt. za 12].

Liczba Żydów w Polsce tradycyjnie oscylowała w okolicach 10% populacji (najwięcej w Europie) [cyt. za 12]. Rozwój żydowskiego życia w Polsce został brutalnie przerwany przez II wojnę światową i hitlerowską politykę Endlösung. Z ok. 3,5 miliona polskich Żydów wojnę przeżyło ok. 300 tys. W okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w kilku falach emigracyjnych wyjechała większość polskich Żydów [cyt. za 12]. Po roku 1989 nastąpiło odrodzenie życia żydowskiego w Polsce. Wiele osób powróciło do swoich żydowskich korzeni. Powstały nowe organizacje działające na rzecz rozwoju życia społeczności żydowskiej w Polsce [cyt. za 12].

Żydzi to wyznawcy religii mojżeszowej. Istotne znaczenie w życiu mniejszości żydowskiej odgrywa działalność Związku Gmin Wyznaniowych Żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej oraz zrzeszonych w nim gmin [12].

Kaszubi

Językiem kaszubskim jako językiem najczęściej używanym w kontaktach domowych, zgodnie z danymi z 2011 roku [14], posługuje się 108 140 osób (wedle danych z 2002 roku [15] liczba użytkowników języka kaszubskiego wynosiła 52 665 osoby), w tym w województwie pomorskim – 107 742 osoby (według danych z 2002 roku – 52 588) [14, 15]. Zgodnie z danymi zwartymi w NSP 2002 roku [15] największe skupiska osób używających w kontaktach domowych języka regionalnego znajdują się w następujących powiatach województwa pomorskiego: kartuskim – 27,57% mieszkańców powiatu, puckim – 15,43%, wejherowskim – 5,13% i bytowskim – 2,50% [15]. Według danych NSP z 2011 roku na terenie 19 gmin

województwa pomorskiego osoby posługujące się w kontaktach domowych językiem regionalnym stanowią ponad 20% mieszkańców gminy, w tym w 5 – ponad 50% [14].

Osoby używające w kontaktach domowych języka regionalnego są w większości wiernymi Kościoła Rzymskokatolickiego [12].

Podsumowanie

Polska jest częścią coraz bardziej zglobalizowanego świata. Otwarcie się na ten świat, na jego mieszkańców, stanowi wielkie wyzwanie współczesności. Naszym obowiązkiem jest sprostanie temu zadaniu i jak najlepsze przygotowanie się do niego.

Piśmiennictwo

1. *Wielokulturowość w dziejach Polski* [online], http://www.edulandia.pl/edukacja/1,124764,6972491,Wielokulturowosc_w_dziejach_Polski.html, data pobrania 02.02.2015.
2. *Wielokulturowość – Encyklopedia PWN* [online], http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3995791/wielokulturowosc.html, data pobrania 02.02.2015.
3. Czerniejewska I., *Czy istnieje potrzeba edukacji wielokulturowej?*, (w:) *Sprawy Narodowościowe*, Seria Nowa, Poznań 2004, s. 24-25.
4. Sakson A., *Migracje – fenomen XX i XXI wieku, „Przegląd Zachodni"*, 2008, nr 2, s. 11-19.
5. Maryański A., *Migracje w świecie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1984.
6. Okólski M., *Współczesne europejskie migracje międzynarodowe a dynamika procesów integracyjnych, „Studia Socjologiczne"*, 2001, nr 1, s. 11-16.
7. Kraszewski P., *Typologia migracji*, (w:) *Migracje – Europa – Polska*, Burszta W. J., Serwański J. (red.), Zakład Badań Narodowościowych PAN, Poznań 2003, s. 27-29.
8. Kubiak M., Slany K., Migracje, (w:) *Encyklopedia socjologii*, t. 2, Oficyna Naukowa, Warszawa 1999, s. 243-249.
9. Zamojski J. E., *Migracje po II wojnie światowej*, (w:) *Migracje 1945-1995. Migracje i społeczeństwo*, t. 3, Zamojski J. E. (red.), Instytut Historii PAN, Warszawa 1999, s. 7-20.
10. Kwilecki A., *Ruchy migracyjne ludności w Polsce Ludowej. Stan i potrzeby badań,* (w:) *Z pogranicza problematyki narodowej i międzynarodowej*, Kwilecki A. (red.), *Studia i szkice*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1982, s. 38-61.
11. Wojtaszak A., *Problematyka migracyjna. Założenia teoretyczno-pragmatyczne*, (w:) *Wybrane problemy narodowościowe*, Czerwiński M., Mieczkowski J., Wojtaszak A. (red.), Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1998, s. 94.

12. *Charakterystyka mniejszości narodowych i etnicznych w Polsce* [online], http://mniejszosci.narodowe.mac.gov.pl/mne/mniejszosci/charakterystyka-niejs/6480,Charakterystyka-mniejszosci-narodowych-i-etnicznych-w-Polsce.html, data pobrania 02.02.2015.
13. *Czwarty raport dotyczący sytuacji mniejszości narodowych i etnicznych oraz języka regionalnego w Rzeczypospolitej Polskiej* [online], http://mniejszosci.narodowe.mac.gov.pl/download/86/.../TekstIVRaportu.pdf, data pobrania 02.02.2015.
14. Narodowy Spis Powszechny 2011 – wyniki [online], http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2011/nsp-2011-wyniki/, data pobrania 02.02.2015.
15. Narodowy Spis Powszechny 2002 – wyniki [online], http://stat.gov.pl/spisy-powszechne/narodowe-spisy-powszechne/narodowy-spis-powszechny-2002/, data pobrania 02.02.2015.

Andrzej Guzowski, Grzegorz Bejda, Elżbieta Krajewska-Kułak

CHRZEŚCIJAŃSTWO – POWSTANIE, PRZEMIANY

Kiedy śmierć zaśmieje się nade mną
Jako ta, co ostatnia się śmieje,
I narządy siły pozbawi po kolei,
Twoja niech będzie ze mną Siła.

Kiedy myśl w bezsile utonie,
Kiedy wola siebie zatraci
I nawet moje imię zapomnę,
Twoje niech będzie ze mną Imię.

Kiedy mowy kres nadejdzie
I język mój tak wielomówny
Zesztywnieje w milczeniu grobu,
Twoje niech będzie ze mną Słowo.

Kiedy przeminie wszystko, co się zdawało,
Co marzycielowi na jawie się śniło,
I hańba niebytu się obnaży,
Pustkę mą wypełnij Sobą [1].

Wprowadzenie

Próba opisu Chrześcijaństwa jako religii, wspólnoty ducha, rozumu oraz historii nie jest łatwą rzeczą. Dlatego przy opisie tej religii warto skupić się na najważniejszych sprawach bez zbędnego zagłębiania się w subtelne różnice teologiczne, takie jak np. Filioque, czy też bez podejmowania dyskusji o charakterze religijnym,

ponieważ dla całości podręcznika pt. *Pacjent inny kulturowo* – kwestie te nie mają aż takiego znaczenia.

Symbol apostolski wiary

Chrześcijanie wyznają wiarę w jednego Boga. A więc można stwierdzić, że jest to religia monoteistyczna – czyli taka, która zakłada istnienie jednego Boga w przeciwieństwie do religii politeistycznych. Jednego Boga w Chrześcijaństwie uosabia Trójca – Ojciec, Syn, Duch Święty. To zarazem Bóg-Ojciec-Stwórca: *Wierzę w jednego Boga Ojca Wszechmogącego stworzyciela nieba i ziemi wszystkich rzeczy widzialnych i niewidzialnych* [2]. Jego synem jest Jezus Chrystus Zbawiciel – *I w jednego Pana Jezusa Chrystusa, Syna Bożego Jednorodzonego, który z Ojca jest zrodzony przed wszystkimi wiekami. Bóg z Boga, Światłość ze Światłości, Bóg prawdziwy z Boga prawdziwego. Zrodzony, a nie stworzony, współistotny Ojcu, a przez Niego wszystko się stało. On to dla nas ludzi i dla naszego zbawienia zstąpił z nieba. I za sprawą Ducha Świętego przyjął ciało z Maryi Dziewicy i stał się człowiekiem. Ukrzyżowany również za nas pod Poncjuszem Piłatem został umęczony i pogrzebany. I zmartwychwstał trzeciego dnia, jak oznajmia Pismo. I wstąpił do nieba; siedzi po prawicy Ojca. I powtórnie przyjdzie w chwale sądzić żywych i umarłych, a królestwu Jego nie będzie końca* [2].

Trzeci w Trójcy jest Duch Święty Uświęciciel: *Wierzę w Ducha Świętego, Pana i Ożywiciela, który od Ojca pochodzi. Który z Ojcem i Synem wspólnie odbiera uwielbienie i chwałę* [3]. W tym miejscu należy wypunktować różnicę w postrzeganiu Ducha Świętego w zachodnim Chrześcijaństwie, mianowicie różnica polega na postrzeganiu pochodzenia Ducha Świętego, uznaje się bowiem, iż pochodzi on od Ojca i Syna lub od Ojca przez Syna [2].

Kiedy powstało Chrześcijaństwo – kiedy powstał Kościół?

Problem stwarza też określenie ram Chrześcijaństwa. Najprościej można przyjąć że Chrześcijaństwo rozpoczyna się wraz ze chrztem Jezusa – czyli w momencie Objawienia Jezusa jako Syna Bożego – który ma moc od Boga Ojca i należy się mu cześć i posłuszeństwo: *Jan chrzcił na pustyni i głosił chrzest nawrócenia dla odpuszczenia grzechów. Przychodzili do niego ludzie z całej judejskiej krainy i wszyscy*

mieszkańcy Jerozolimy; wyznawali swoje grzechy, a on chrzcił ich w rzece Jordan (…) [4]. *Wtedy przyszedł Jezus z Nazaretu w Galilei i został ochrzczony przez Jana w Jordanie. Zaraz po tym, kiedy wychodził z wody, ujrzał niebo otwarte i Ducha, który zstępował na Niego jakby gołębica. I rozległ się głos z nieba: 'Tyś jesteś moim Synem umiłowanym, ciebie upodobałem sobie'. Zaraz też Duch wyprowadził Go na pustynię, gdzie przebywał czterdzieści dni (…)* [5].

Jednak trzeba zwrócić uwagę na fakt, że w tym miejscu zastosowano epifanię – w różny sposób można ją interpretować – jednak znacząca część teologów zwróci uwagę na fakt, że Kościół został założony w momencie wylania na apostołów Ducha Świętego, kiedy po śmierci Mistrza zalęknieni ukrywali się w wieczerniku. Jan Paweł II wyjaśniał powstanie Kościoła w kazaniu na audiencji generalnej w 1998 roku w następujący sposób [6]: *W dniu Pięćdziesiątnicy zstępuje Duch Święty i rodzi się Kościół. Kościół jest wspólnotą tych, którzy się „powtórnie narodzili", „z wody i z Ducha", jak czytamy w Janowej Ewangelii (por. J 3, 3. 5). Wspólnota chrześcijańska nie jest w pierwszym rzędzie owocem wolnej decyzji wierzących; u jej początków tkwi najpierw bezinteresowna inicjatywa Bożej Miłości, udzielającej daru Ducha Świętego. Przyjęcie z wiarą tego daru miłości jest „odpowiedzią" na łaskę i ono samo jest dziełem łaski. Dlatego też istnieje głęboka i nierozerwalna więź między Duchem Świętym a Kościołem. Tak mówi o tym św. Ireneusz: Tam, gdzie jest Kościół, jest również Duch Boży; a gdzie jest Duch Pański, tam jest Kościół i wszelka łaska. Można więc zrozumieć śmiałe powiedzenie św. Augustyna: Człowiek ma Ducha Świętego w takiej mierze, w jakiej kocha Kościół (In Io., 32, 8). (…) Opis wydarzenia Pięćdziesiątnicy podkreśla, że Kościół rodzi się jako powszechny: taki sens ma lista ludów – Partowie, Medowie, Elamici... (por. Dz 2, 9-11) – które słuchają pierwszego przemówienia Piotra. Duch Święty zostaje dany ludziom wszystkich ras i narodowości i urzeczywistnia w nich nową jedność mistycznego Ciała Chrystusa. Św. Jan Chryzostom ukazuje tę komunię, zbudowaną przez Ducha Świętego, na konkretnym przykładzie: Kto mieszka w Rzymie, wie, że mieszkańcy Indii są jego członkami* [6].

W podobny sposób wypowiada się o wiele wcześniejszy autor, papież Leon XIII, w Encyklice *Divinym Illudum Munus* w 1897 roku pisząc o powstaniu Kościoła w następujący sposób [7]: *Kościół poczęty był już i wyszedł z boku drugiego Adama jakby śpiącego na krzyżu, pierwszy raz zaś ujawnił swą moc w życiu ludzi w najbardziej uroczysty dzień Pięćdziesiątnicy. W tym samym dniu Duch Święty zaczął dokonywać swoich dobrodziejstw w mistycznym ciele Chrystusa […]. Tak dobitnie spełniła się obietnica Chrystusa dana apostołom, że przyśle im Ducha świętego, który po przez swoje natchnienie uzupełni i jakby przypieczętuje depozyt przekazanej nauki: gdy zaś przybędzie ów Duch prawdy, nauczy was wszelkiej prawdy* (por. J 16,12-13).

Prawosławny teolog John Meyendorff ukazuje doskonale, w jaki sposób łączy się wylanie Ducha na apostołów z epifanią czyli Objawieniem i kim jest Syn Boży – co odbyło się w czasie chrztu w Jordanie.

Liturgiczne nabożeństwo z okresu Zielonych Świątek, choć skupia głównie się na roli Ducha świętego w odkupieniu i zbawieniu, to jednak również wysławiają ducha jako, „Tego, który rządzi wszystkimi rzeczami, który jest Panem wszystkiego i który zachowuje stworzenie przed rozpadem". […] Ta sama idea dominuje w Wielkim Błogosławieństwie Wody dokonywanym niezwykle uroczyście w święto Objawienia Pańskiego (epifanii). Woda, praelement kosmiczny, zostaje uświęcona po przez moc, skuteczne działanie i zstąpienie Ducha świętego. Skoro od upadku żywioły kosmiczne pozostają pod władzą księcia tego świata, przeto działanie Ducha świętego musi mieć funkcję oczyszczającą [8].

Tak więc działanie Ducha Świętego daje „nową ziemię do 'nowego' funkcjonowania człowieka", czyli dopiero chrzest w Duchu Świętym apostołów sprawia, że idą głosić Dobrą Nowinę. Oznacza to ni mniej ni więcej, że za sprawą Ducha Świętego Kościół staje się polifoniczny i dzięki niemu rozpoczyna głoszenie Słowa Bożego.

John Meyendorff wskazuje, że ta przemiana odbywa się cały czas nieprzerwanie od momentu zesłania na apostołów Ducha Świętego do chwili obecnej, a miejscem tej przemiany jest wszczepienie do Kościoła nowych członków poprzez chrzest święty.

Rola Ducha Świętego w przemianie społeczności grzeszników w Kościół Boży jest inna, choć nie jest znacząco różna, od Jego roli w stwarzaniu; albowiem nowy Adam, będąc nowym stworzeniem, jest również antycypacją powszechnej przemiany świata, która jest ostatecznym zamiarem i celem twórczej działalności Boga [9].

Chrześcijaństwo – nadzieja

Rozdział ten otworzył wiersz rosyjskiego poety, który jak w soczewce skupia istotę ludzkiego trwania w wierze w rozumieniu Nowego Testamentu. Wiara w Jedynego Boga Ojca, Syna i Ducha Świętego daje ludziom nadzieję na życie wieczne. Søren Aabye Kierkegaard w jeszcze inny sposób, ale bardzo podobnie do wspomnianego już Awiernicewa opisuje nadzieję wynikającą z Chrześcijaństwa [10]: *Gdyż, mówiąc po ludzku, śmierć jest rzeczą ostateczną i, mówiąc po ludzku, nadzieja istnieje, póki istnieje życie. Ale, rozumując po chrześcijańsku, śmierć nie jest czymś ostatecznym, jest tylko drobnym zdarzeniem w przebiegu całości, tzn. życia*

wiecznego i, rozumując po chrześcijańsku, w śmierci jest nieskończenie więcej nadziei niż wtedy, kiedy po ludzku mówimy, że istnieje jeszcze życie, nawet życie w pełni zdrowia i sił.

Warto kilka chwil poświęcić w tym miejscu na poszukanie źródeł nadziei w Chrześcijaństwie.

Kiedy Bóg Jahwe stwarzał świat – kreował w nim jasność, ciemność, ląd, wody, zwierzęta lądowe, latające i morskie – aż wreszcie z prochu ziemi stworzył człowieka. Co ważne, tylko o człowieku Biblia mówi, że otrzymał tchnienie Boże [11]. Jednak człowiek dopuszcza nadużywanie wolności danej przez Boga Jahwe i występuje poza prawa ustanowione przez Niego [12]: *A wąż był bardziej przebiegły od wszystkich zwierząt polnych, które Pan Bóg uczynił. Rzekł on do kobiety: Czy Bóg rzeczywiście powiedział: Nie wolno wam jeść ze wszystkich drzew tego ogrodu? Kobieta odrzekła: Owoce z drzew tego ogrodu jeść możemy, lecz o owocach drzewa, które jest w środku ogrodu, Bóg powiedział: Nie będziecie z niego jeść, a nawet go dotykać, abyście nie umarli. Odparł Wąż Kobiecie: Na pewno nie umrzecie. Ale Bóg wie, że gdy zjecie ten owoc, otworzą się wam oczy i staniecie się jak Bóg: poznacie dobro i zło. Wtedy Kobieta spostrzegła, że owoce tego drzewa ładnie wyglądają, są dobre do jedzenia i do zdobycia wiedzy. Sięgnęła więc po owoc, zjadła i dała też mężczyźnie, który był przy niej, a on zjadł. Wtedy obojgu otworzyły się oczy i poznali, że są nadzy. Zerwali więc liście figowe i zrobili sobie przepaski.*

Występek przeciw prawu Bożemu okazał się bolesny – człowiek jako ten, który otrzymał największy dar od Kreatora, jakim było jego tchnienie – został wypędzony z ogrodu Eden. Od tej chwili jego życie miało być wieczną tułaczką. Mogły go dosięgać choroby i śmierć. Jednak Bóg okazał łaskę i zapowiedział przyjście Mesjasza – Zbawiciela. Tego, który ma zmazać winę [13] i grzech pierworodny [14]. Pierwsza zapowiedź nadziei na pojednanie z Bogiem pada jeszcze w ogrodzie Eden [15]: *Ponieważ to uczyniłeś (mówi Bóg do szatana), bądź przeklęty wśród bydła i polnych zwierząt. Na brzuchu będziesz pełzać i proch będziesz jeść przez wszystkie dni swego życia. Wprowadzam nieprzyjaźń między tobą a kobietą, między twoim potomstwem a jej potomstwem. Ono zdepcze ci głowę, a ty zranisz mu piętę* (por. Iz 65, 25; Mi 7, 17; Ap 12, 13-17).

Zbawienie

Przyjście na świat Syna Bożego zrodzonego z niewiasty otwiera nowy rozdział w życiu rodziny ludzkiej. Bo oto ten, który był oczekiwany od tysięcy lat, rodzi się

w Betlejem w nocy. Wtedy to po raz pierwszy ciemność nocy rozbłyska światłością poranka. Nadzieja wybucha i otacza całą ziemię. Jezus Chrystus – Emanuel przychodzi zmazać odwieczną winę.

Izajasz zapowiadał przyjście tego, który da wolność więźniom, pociechę uciśnionym, opiekę wdowom i sierotom. I oto przychodzi Zbawiciel. Jako pierwsza dowiaduje się o tym Elżbieta, która była brzemienna mimo podeszłego wieku. Przyjście Jezusa zwiastowało wiele cudów, pierwszym było – wspomniane powyżej – zajście Elżbiety w ciążę.

Chrystus więc przychodzi na świat poprzedzony narodzeniem Jana Chrzciciela (Baptysty), który przygotowuje drogę dla Zbawcy. I Jan, i Chrystus umierają śmiercią męczeńską. Jan zostaje ścięty przez Heroda, a Jezus oddaje życie na Krzyżu. W śmierci Chrystusa wypełnia się wszystko, krew Jego spływająca na ziemię otwiera bramy Nieba. Zmartwychwstanie zaś wprowadza dusze zmarłych do raju. Najpiękniej oddaje to Prawosławny troparion okresu Paschalnego [16]: *CHRISTOS WOSKRESIE IZ MIERTWYCH, SMIERTIJU SMIERT' POPRAW I SUSZCZIM WO HROBIECH ŻYWOT DAROWAW – Chrystus powstał z martwych, śmiercią śmierć zwyciężył i znajdującym się w grobach życie wieczne darował.*

W Kościele Rzymskokatolickim radość ze Zmartwychwstania opisywana jest w starożytnym hymnie *Egzultet*, gdzie można przeczytać [17]: *O błogosławiona noc, która jako jedyna była godna poznać czas i miejsce zmartwychwstania, o szczęśliwa wina* (przyp. A Guzowski *Felix culpa*)*, którą zmazał tak wielki Odkupiciel.*

Jednak analizując Nowy Testament można się natknąć na opis tego wydarzenia w Ewangelii Mateusza w rozdziale potocznie nazywanym „Sąd nad Narodami" [por. 18].

Okazuje się, że pojęcie kary wiecznej będzie w historii późniejszej różnie interpretowane. I tak można wyróżnić dwa stanowiska w tej kwestii, które funkcjonowały na początku Chrześcijaństwa.

Uniwersalizm eschatologiczny – mający swe korzenie u greckich Ojców Kościoła oraz dualizm eschatologiczny ugruntowany po potępieniu niektórych tez Orygenesa. Uniwersalizm zakładał powszechność zabawienia – dopuszczał nawet w pewnym momencie zbawienie szatana, natomiast dominujący do dziś dualizm eschatologiczny zakłada istnienie dwóch królestw. Wiecznego szczęścia w niebie i cierpienia w odłączeniu od Boga w piekle.

Chrześcijanie w świecie

Kościół Rzymskokatolicki

Kościół Rzymskokatolicki w samej nazwie ma przymiotnik powszechny. Członkowie tej wspólnoty chrześcijańskiej wierzą, że ich Kościół pochodzi od apostołów, a prymat wiary został przekazany apostołowi Piotrowi przez Jezusa w słowach [19]: *Gdy Jezus przyszedł w okolice Cezarei Filipowej, pytał swych uczniów: Za kogo ludzie uważają Syna Człowieczego? A oni odpowiedzieli: Jedni za Jana Chrzciciela, inni za Eliasza, jeszcze inni za Jeremiasza albo za jednego z proroków. Jezus zapytał ich: A wy za kogo Mnie uważacie? Odpowiedział Szymon Piotr: Ty jesteś Mesjasz, Syn Boga żywego. Na to Jezus mu rzekł: Błogosławiony jesteś, Szymonie, synu Jony. Albowiem nie objawiły ci tego ciało i krew, lecz Ojciec mój, który jest w niebie. Otóż i Ja tobie powiadam: Ty jesteś Piotr [czyli Skała], i na tej Skale zbuduję Kościół mój, a bramy piekielne go nie przemogą. I tobie dam klucze królestwa niebieskiego; cokolwiek zwiążesz na ziemi, będzie związane w niebie, a co rozwiążesz na ziemi, będzie rozwiązane w niebie. Wtedy surowo zabronił uczniom, aby nikomu nie mówili, że On jest Mesjaszem.* Stąd też wyciągają wniosek, dotyczący urzędu papieża. Papież w rozumieniu Kościoła Katolickiego jest najwyższym kapłanem żyjącym na ziemi. Zgodnie z nauczaniem I Soboru Watykańskiego – papież jest nieomylny, kiedy naucza *ex cathedra* (tzn. gdy [papież] sprawując urząd pasterza i nauczyciela wszystkich wiernych, swą najwyższą apostolską władzą określa zobowiązującą cały Kościół naukę w sprawach wiary i moralności). Władza papieska w Kościele Rzymskokatolickim jest absolutna i nie podlega osądowi ziemskiemu. Biskup Rzymu zasiada na tzw. Katedrze Piotrowej, ponieważ, jak podaje tradycja, św. Piotr został zabity na jednym ze wzgórz rzymskich – a dokładnie w miejscu, gdzie znajduje się obecnie Bazylika Świętego Piotra w Watykanie. Papież jako namiestnik Chrystusa na ziemi ma prawo do wyznaczania biskupów, których zadaniem jest kierowanie Kościołem na całym świecie – mogą jednak to czynić tylko i wyłącznie zgodnie z wolą i nauczaniem „Rzymu", tj. papieża. Członkowie Kościoła Katolickiego wierzą, że w trakcie celebrowania Eucharystii (Mszy św.) dochodzi do transsubstancjacji i poprzez osobę kapłana chleb przemienia się w ciało Chrystusa – wino zaś w Jego krew.

Przez wiele wieków Kościół Rzymskokatolicki był silnie związany z polityką, co w konsekwencji doprowadzało do wielu skandali obyczajowych czy

moralnych – czego przykładem byli m.in. papieże z florenckiego rodu Medyceuszów (wł. De' Medici).

Kościół Rzymskokatolicki ma spójną naukę względem spraw związanych z etyką. Jest przeciwnikiem sztucznego planowania rodziny, nie dopuszcza eutanazji ani aborcji. Sprzeciwia się karze śmierci jako zabójstwu w majestacie prawa [20].

Cerkiew Prawosławna

Cerkiew Prawosławna, tak jak Kościół Rzymskokatolicki jest wyznaniem w Chrześcijaństwie, które swój początek bierze od apostołów. Jednakowoż z Jednego Powszechnego Kościoła Chrystusowego wyodrębniły się autonomiczne byty po tzw. Wielkiej Schizmie w 1054 roku. W Polsce często nazywa się to schizmą wschodnią. Uważam to za niezbyt trafne określenie, ponieważ ma ono wydźwięk deprecjonujący, pośrednio wskazując na grzech Kościoła Prawosławnego – co z całą pewnością nie jest prawdą. Problem, który doprowadził do rozstania i podziału, był o wiele bardziej złożony, zarówno z punktu widzenia teologicznego, jak i socjologiczno-kulturowego. Dlatego uznać należy za błędne określenie „schizma wschodnia".

O ile Kościół Rzymskokatolicki ma jeden centralny ośrodek władzy, tak w Cerkwi Prawosławnej nie można takiego jednego miejsca ustalić. Cerkiew ma charakter autokefaliczny – czyli, o ile w kanonach wszystkie kanoniczne cerkwie postępują tak samo, o tyle w kwestii bioetycznej czy porządkowych mogą zaistnieć różne zdania w zależności od lokalnej praktyki i ustaleń tamtejszych soborów. I tak, kremacja zwłok w Cerkwi Polskiej jest niedopuszczalna, a w Cerkwi w USA już można ją wykonać.

Lokalizacja danej Cerkwi wyznacza zatem przyjęty przez nią punkt widzenia – czyli czynnikiem decydującym jest funkcjonowanie wokół swojego biskupa, tak jak miało to miejsce w pierwszych wiekach Chrześcijaństwa, z zastrzeżeniem jednakże, iż gminy pierwszych Chrześcijan były znacząco mniejsze. Jednak co do zasady funkcjonujące dość podobnie.

W krajobrazie architektonicznym, zwłaszcza okolic Podlasia, można spostrzec charakterystyczne świątynie, nie ze strzelistymi gotyckimi wieżami, lecz łagodnie zakończone kopułami. Jak pisze ks. Konstanty Bondaruk [21]: *Od najdawniejszych czasów prawosławne świątynie wieńczone są kopułami, płaskimi lub cebulastymi. Symbolizują one firmament niebieski, Boga, świat anielski oraz świętych, ku którym winniśmy zawsze zwracać się myślami, albowiem i „nasza Ojczyzna jest w niebie". Cebulasty, podobny do płomienia świecy kształt kopuł symbolizuje płomienność*

modlitwy i nasze dążenie wzwyż, ku Bogu. Symboliczne znaczenie ma również ilość kopuł. Jedna – wskazuje na Jedynego Boga, dwie – na boską i ludzką naturę harmonijnie połączone w Jezusie Chrystusie. Trzy kopuły symbolizują Świętą Trójcę, pięć kopuł oznacza Chrystusa i czterech ewangelistów, siedem – oznacza 7 sakramentów, dziewięć – symbolizuje 9 stopni anielskich, zaś trzynaście oznacza Chrystusa i 12 apostołów. Świątynie prawosławne wieńczy krzyż. Oznacza to, że wszystkie świątynie służą chwale ukrzyżowanego Chrystusa, a Jego ramiona rozpościerają się na cały świat. Troje drzwi wejściowych wskazuje na Świętą Trójcę. Każda świątynia prawosławna otoczona jest placem oraz murem. Ma to nie tylko znaczenie praktyczne, ale oddziela świątynie, miejsce święte od zwykłego otoczenia, dom Boży od przestrzeni świeckiej.

Szczególne miejsce w życiu Cerkwi Prawosławnej zajmuje ikona. Jest ona jakby miejscem, gdzie niebo łączy się z ziemią. Człowiek spoglądając w ikonę, staje przed całym kosmosem istnienia pozaziemskiego. Metropolita Kaliistos Ware pisze o ikonie w następujący sposób [22]: *Ikony jako element składowy nauczania Kościoła. Jak mówił św. Leoncjusz, ikony są 'otwartymi księgami, które mają przypominać nam o Bogu'; są one jednym z elementów, używanych przez Kościół do nauczania wiary. Jeśli komuś brakuje wykształcenia albo czasu na studiowanie teologicznych traktatów, wystarczy, że wejdzie do świątyni i będzie oglądał rozpostarte przed nim na ścianach wszystkie misteria religii chrześcijańskiej. Jeśli poganin prosi cię, abyś pokazał mu swą wiarę, przyprowadź go do cerkwi i postaw go przed ikonami – zalecali ikonodule. W ten sposób ikony stanowią część Świętej Tradycji.*

Znaczącą różnicą w Cerkwi Prawosławnej w odróżnieniu od Kościoła Rzymskokatolickiego jest brak celibatu u księży, którzy nie są mnichami. Natomiast biskupi są wybierani z kapłanów, będących w stanie mniszym i żyjących w celibacie. Polska Autokefaliczna Cerkiew posiada obecnie 11 biskupów – są oni członkami Świętego Soboru biskupów Polskiej Autokefalicznej Cerkwi Prawosławnej. Na jej czele stoi Wielce Błogosławiony Metropolita Sawa.

Protestanci

Kiedy mowa o Protestantach, pierwsze co nasuwa się na myśl to 1517 rok i działalność mnicha z zakonu Augustianów, Marcina Lutra. Należy jednak w tym miejscu przywołać co najmniej trzy wcześniejsze nazwiska osób, które jako pierwsze podejmowały chęć zapoczątkowania zmian w łonie Kościoła Katolickiego. Pierwszym był kaznodzieja i teolog żyjący w Czechach na przełomie XIV i XV wieku, Jan Hus.

Był on niby Janem Chrzcicielem, poprzedzającym reformację. Płomienie stosu jego zapaliły wśród kościoła łunę, przed której blaskiem dziwnie pierzchała ciemność, i której światło nie tak prędko ugasnąć miało. Jan Hus był kaznodzieją i docentem uniwersytetu w Pradze. Krytykował ówczesny kościół, czym wzbudził nienawiść hierarchii; za to, że nie zechciał odwołać swoich poglądów, czcigodni ojcowie zebrani na soborze w Konstancji postanowili upiec go na wolnym ogniu. Jako męczennik Kościoła został ojcem ruchu antykatolickiego w Czechach [23].

Drugą osobą zasługującą na umieszczenie w tym rozdziale jest John Wycliffe (nie ma pewności co do pisowni jego nazwiska). *Jan Wiklif powszechnie znany jako „Gwiazda Poranna Reformacji" był naprawdę Gwiazdą – członkiem nosiciela światła dla sardyjskiego okresu Kościoła. Jego rzekome miejsce urodzenia znajduje się w pobliżu Richmond, w Yorkshire, a w jego rodzinie byli panowie feudalni i opiekunowie probostw. Niewiele zapisano o jego wczesnych latach i wykształceniu, chociaż został przeznaczony do kariery w Kościele w młodym wieku. W wieku 16 lat udał się na studia do Oxfordu, poświęcając wiele czasu logice i filozofii. Jednakże Wiklif zasłużył sobie na wdzięczność wszystkich następnych wieków jako teolog i tłumacz Pisma Świętego. (…) Jan Wiklif zmarł w 1384 roku. Około 30 lat później sobór w Konstancji napiętnował go jako upartego heretyka niegodnego chrześcijańskiego pochówku. Jego szczątki zostały ekshumowane, spalone i wyrzucone do rzeki Swift. Jednakże światło, jakie zaniósł ludowi bożemu nigdy nie wygasło. Obecnie jego nazwisko pozostaje żywe w nazwie wydawnictwa: Wycliffe Biblie Translators* [24].

O ile poprzedni teologowie, tłumacze Pisma Świętego, dali grunt pod próby wolnego myślenia niezanurzonego tylko w magisterium Kościoła Katolickiego, to augustiański mnich dr Marcin Luter zmienił oblicze Europy pod względem dominacji Kościoła Katolickiego, ale co ważne, zmienił sam Kościół Katolicki, który w odpowiedzi na działalność mnicha z Wittenbergii zwołał z dużymi trudami Sobór w Trydencie.

Jak zauważa w swojej książce Jan Wierusz Kowalski [25], *protest Lutra stał się głośny dopiero z chwilą, gdy zaatakował. Nie tyle dogmaty, ile praktykę rzymskiego katolicyzmu., jej charakter fiskalny i uderzył w materialny interes papiestwa. Chodziło mianowicie o jedno z najtrudniejszych źródeł dochodu Kościoła, jakim był handel odpustami.*

Głównym zadaniem handlu odpustami, czyli najkrócej mówiąc, wypuszczaniu dusz czyśćcowych z miejsca, w którym cierpią za grzechy – był spowodowany chęcią uzyskania środków na budowę nowej bazyliki św. Piotra. Budowę zaplanował i rozpoczął jeden z najciemniejszych w historii papiestwa papież Leon X z florenckiego rodu De' Medici.

Marcin Luter sprzeciwił się tej praktyce, jak i wielu innym, np. kultowi relikwii – znakiem tego sprzeciwu było przybicie do bram katedry w Wittenberdze [26]: *31 października 1517 roku o godzinie 12 (…) w towarzystwie swego famulusa Jana Schneidera 95 tez potępiających akcję odpustową. Były to krótkie oświadczenia, w których Luter odrzucał naukę o czyśćcu, o odpustach, o możliwości kupienia łask boskich itp. Tezy te były sformułowane oględnie po łacinie i nie zawierały inwektyw przeciwko władzy.*

Leon X nie rozumiał tego, co działo się w Niemczech współczesnych Lutrowi, początkowo wręcz całkowicie zlekceważył sytuację. Luter miał tę przewagę nad swoimi poprzednikami, że Gutenberg kilka dekad wcześniej wynalazł prasę drukarską. Teksty Lutra, krótkie, ale dosadne, były pisane po niemiecku i nie przepisywane ręcznie, lecz odbijane w drukarniach i rozpowszechniane. Leon X wydaje w 1520 roku potępiającą dr Lutra bullę pod znaczącą nazwą *Exsurge Domine* [27]. Luter w odpowiedzi na bullę wydał dwa manifesty, pierwszy *do szlachty chrześcijańskiego narodu niemieckiego* i drugi *o babilońskiej niewoli kościoła* [26].

W 1521 roku odbył się sąd nad Lutrem w Wormacji, ten jednak nie wyparł się swoich tez ani pisma, stwierdził jedynie – że jeśli nie zostanie przekonany przez Pismo Św., nie ustąpi. Cesarz postanowił ścigać heretyka, lecz Frederyk Mądry roztoczył nad nim opiekę. Ostatecznie znacząca część książąt niemieckich przyjęła myślenie Marcina Lutra i doprowadziła do wydania dekretu przez Cesarza – czyj region, tego religia.

Obecnie w Polsce

- Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej – Konkordat między Stolicą Apostolską i Rzeczypospolitą Polską podpisany w Warszawie 28 lipca 1993 r. (Dz. U. z 1998 r. nr 51 poz. 318), zwany dalej „Konkordatem", oraz ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 29 poz. 154 z późn. zm.), zwana dalej „ustawą katolicką";
- Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny – ustawa z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz. U. nr 66 poz. 287 z późn. zm.);
- Kościół Ewangelicko-Augsburski w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 73 poz. 323 z późn. zm.);

- Kościół Ewangelicko-Reformowany w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 73 poz. 324 z późn. zm.);
- Kościół Ewangelicko-Metodystyczny w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 97 poz. 479 z późn. zm.);
- Kościół Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 97 poz. 480 z późn. zm.);
- Kościół Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 97 poz. 481 z późn. zm.);
- Kościół Polskokatolicki w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 97 poz. 482 z późn. zm.);
- gminy wyznaniowe żydowskie tworzące Związek Gmin Wyznaniowych Żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do gmin wyznaniowych żydowskich w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 41 poz. 251 z późn. zm.);
- Kościół Katolicki Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 41 poz. 252 z późn. zm.);
- Kościół Starokatolicki Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 41 poz. 253 z późn. zm.);
- Kościół Zielonoświątkowy w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 41 poz. 254 z późn. zm.);
- Wschodni Kościół Staroobrzędowy, nieposiadający hierarchii duchownej – rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o stosunku Państwa do Wschodniego Kościoła Staroobrzędowego, nieposiadającego hierarchii duchownej (Dz. U. nr 38 poz. 363 z późn. zm.);
- Muzułmański Związek Religijny w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Muzułmańskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 30 poz. 240 z późn. zm.);
- Karaimski Związek Religijny w Rzeczypospolitej Polskiej – ustawa z dnia 21 kwietnia 1936 r. o stosunku Państwa do Karaimskiego Związku Religijnego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. nr 30 poz. 241 z późn. zm.).

Podsumowanie

Wyżej wymienione ustawy zwane są „ustawami kościelnymi". Szczególną pozycję pod względem prawnym wśród wymienionych wyżej kościołów i związków wyznaniowych zajmuje Kościół Katolicki w Rzeczypospolitej Polskiej z uwagi na fakt, że byt prawny Kościół ten wywodzi z umowy międzynarodowej, jaką jest Konkordat. Przepisy ustawy katolickiej obowiązują tylko w zakresie nieregulowanym przez Konkordat [28].

Piśmiennictwo

1. Wiersz Sergiusza Awierincewa pt. *Modlitwa w godzinie ostatniej.*
2. Breviarium Fidei 36.
3. http://liturgia.cerkiew.pl/texty.php?id_n=74&id=114, data pobrania 03.03.2015.
4. Mk 1, 4-5.
5. Mk 1, 9-12.
6. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/audiencje/ag_17061998.html, data pobrania 03.03.2015.
7. *Breviarium fidei* 808.
8. Meyendorff J., *Teologia bizantyjska*, PAX, Warszawa 1984, s. 217-218.
9. Meyendorff J., *Teologia bizantyjska*, PAX, Warszawa 1984, s. 224.
10. Kierkegaard S., *Bojaźń i drżenie: Choroba na śmierć*, PWN, Warszawa 1969, s. 144.
11. Por. Rdz 1, 1-2-25.
12. Rdz 3, 1-7.
13. Pojęcie grzechu pierworodnego nie występuje w Prawosławiu – natomiast można mówić o zmazie, naznaczeniu, winie.
14. Grzech pierworodny jest pojęciem występującym w kościołach zachodnich.
15. Rdz 3, 14-15.
16. http://www.cerkiew.pl/index.php?id=prawoslawie&a_id=436, data pobrania 3.03.2015.
17. Mszał Rzymski dla Diecezji Polskich, Pallotinum 2010.
18. Mt 25, 31-46.

    (*Gdy Syn Człowieczy przyjdzie w swej chwale i wszyscy aniołowie z Nim, wtedy zasiądzie na swoim tronie pełnym chwały. I zgromadzą się przed Nim wszystkie narody, a On oddzieli jednych [ludzi] od drugich, jak pasterz oddziela owce od kozłów. Owce postawi po prawej, a kozły po swojej lewej stronie. Wtedy odezwie się Król do tych po prawej stronie: Pójdźcie, błogosławieni Ojca mojego, weźcie w posiadanie królestwo, przygotowane wam od założenia świata!*

    Bo byłem głodny, a daliście Mi jeść;
    byłem spragniony, a daliście Mi pić;
    byłem przybyszem, a przyjęliście Mnie;
    byłem nagi, a przyodzialiście Mnie;

byłem chory, a odwiedziliście Mnie;
byłem w więzieniu, a przyszliście do Mnie;
Wówczas zapytają sprawiedliwi: Panie, kiedy widzieliśmy Cię głodnym i nakarmiliśmy Ciebie? spragnionym i daliśmy Ci pić? Kiedy widzieliśmy Cię przybyszem i przyjęliśmy Cię? lub nagim i przyodzialiśmy Cię? Kiedy widzieliśmy Cię chorym lub w więzieniu i przyszliśmy do Ciebie?' A Król im odpowie: Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, co uczyniliście jednemu z tych braci moich najmniejszych, Mnieście uczynili.
Wtedy odezwie się i do tych po lewej stronie: Idźcie precz ode Mnie, przeklęci, w ogień wieczny, przygotowany diabłu i jego aniołom!
Bo byłem głodny, a nie daliście Mi jeść;
byłem spragniony, a nie daliście Mi pić;
byłem przybyszem, a nie przyjęliście Mnie;
byłem nagi, a nie przyodzialiście Mnie;
byłem chory i w więzieniu, a nie odwiedziliście Mnie.
Wówczas zapytają i ci: Panie, kiedy widzieliśmy Cię głodnym albo spragnionym, albo przybyszem, albo nagim, kiedy chorym albo w więzieniu, a nie usłużyliśmy Tobie? Wtedy odpowie im: Zaprawdę, powiadam wam: Wszystko, czego nie uczyniliście jednemu z tych najmniejszych, tegoście i Mnie nie uczynili. I pójdą ci na mękę wieczną, sprawiedliwi zaś do życia wiecznego.)

19. Mt 16, 13-20.
20. Morgan P., *Problemy etyczne w tradycjach sześciu religii*, PAX, Warszawa 1996, 253-305.
21. http://www.cerkiew.pl/index.php?id=prawoslawie&a_id=397, data pobrania 03.03.2015.
22. http://www.cerkiew.pl/index.php?id=prawoslawie&a_id=75, data pobrania 03.03.2015.
23. http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,897, data pobrania 03.03.2015.
24. http://www.badacz.org/kosciol/kosciol_sardes_wiklif.html, data pobrania 03.03.2015.
25. Kowalski J. W., *Reformatorzy Chrześcijaństwa*, ISKRY, Warszawa 1970, s. 231.
26. Kowalski J. W., *Reformatorzy Chrześcijaństwa*, ISKRY, Warszawa 1970, s. 234.
27. *Breviarum Fidei* 304.
28. https://mac.gov.pl/files/wp-content/uploads/2013/09/koscioly-i-inne-zwiazki-wyznaniowe.pdf , data pobrania 03.03.2015.

Andrzej Guzowski, Elżbieta Krajewska-Kułak, Grzegorz Bejda,
Katarzyna Krajewska-Ferishah

JUDAIZM, ISLAM I TATARZY POLSCY

Wprowadzenie

Wielokulturowość i wielowyznaniowość naszego kraju tak naprawdę zaczęła się dużo wcześniej, niż powstało państwo polskie. Obecnego kolorytu kulturowego Europy, w tym także Polski, należy upatrywać już w epoce sprzed narodzenia Chrystusa. Obraz struktury kulturowej Polski ukształtowały bowiem wpływy zarówno semickie, jak i helleńskie, a także pochodzące ze starożytnego Rzymu. Nie można w tym miejscu zapomnieć o jednej z najważniejszych i zapewne w niedługim czasie dominującej kultury, jaka się kreśli na horyzoncie Europy – Islamu, jako tej, która przyszła do Polski z Bliskiego Wschodu.

Wiek XX przyniósł z kolei nową perspektywę kulturową, perspektywę Azji – Dalekiego Wschodu. Nie oznacza to wcale, że o wpływie Indii czy Chin na nasz kontynent można mówić dopiero w XX wieku, ale w perspektywie polskiej, rozwój zainteresowań tamtą stroną świata w kulturze masowej odnotowuje się dopiero w drugiej połowie XX wieku. Na zainteresowanie Dalekim Wschodem wpłynęło kilka czynników, z których za najważniejszy chyba należy uznać utratę przez Europę „ducha", a bardziej precyzyjnie – duchowości.

W tym rozdziale, w podróży przez wymienione w jego tytule religie (Judaizm, Islam i religię/filozofię Dalekiego Wschodu) będziemy podążać drogą przemiany myślenia w kierunku wiary i duchowości.

ŻYDZI

לארשי עמש
Słuchaj Izraelu

Wielka Oxfordzka Encyklopedia [1] pod hasłem „Judaizm" podaje następujące informacje: *Judaizm, mozaizm, wyznanie mojżeszowe, religia monoteistyczna wyznawana najpierw przez Hebrajczyków, a następnie ich potomków, Żydów. Oparta wg Starego Testamentu na przymierzu z Bogiem i Abrahamem zawartym ok. 1400 r. p.n.e. oraz odnowionym 1200 lat p.n.e. Znakiem przymierza jest obrzezanie. Podstawą jest wiara w Jahwe, Stwórcę świata i Ojca wszystkich ludzi. Wiara w przejście Mojżesza oraz uznanie Żydów za naród wybrany. Judaizm jest jedną z najstarszych religii monoteistycznych, w której mają swe korzenie chrześcijaństwo i islam. Zasady prawne i etyczne zawarte są w Torze. Obejmują prawa spisane w Biblii oraz Talmudzie. Religijna praktyka polega na nabożeństwach w synagodze i modlitwie codziennej. Nauczyciele religii, rabini, zastępują kastę kapłańską. Z modlitwą związane są przedmioty rytualne – tefilin, tałes z frędzlami. jarmułka (Kippa myscka). Rano i wieczorem odmawia się modlitwę „Słuchaj Izraelu" – tekst ten jest też umieszczany w specjalnym pudełku przy wejściu do domu mezuza. Głównym punktem liturgii synagogalnej jest Osiemnaście Błogosławieństw, uczczenie zwoju Tory oraz czytanie Tory. Obecnie żyje na świecie ok. 17 000 000 wyznawców Judaizmu, w Polsce ok. 10 000, w Izraelu 4 700 000 i w USA 5 600 000.*

Powyższy opis encyklopedyczny streszcza wszystkie najważniejsze fakty dotyczące Judaizmu jako religii, jednakże w tym rozdziale potraktowanie Judaizmu tylko i wyłącznie z perspektywy eklezjalnej byłoby obcięciem całej, jakże istotnej nadbudowy kulturowej, która to w znaczącej części dziedzictwa Żydów kształtowała polskie społeczeństwo. Do II wojny światowej często bywało tak, że katoliccy mieszkańcy wyczekiwali pierwszej gwiazdki, a ich żydowscy sąsiedzi w tym czasie palili świece chanukowe – co oznaczało wspólny czas świętowania. Mimo że jedni z nich wyczekiwali przyjścia Mesjasza, nie przeszkadzało im nawzajem wznosić wspólnych toastów.

Nasza kultura, jak jej się przyjrzeć bliżej, jest przeniknięta innymi kulturami począwszy od wspólnego nazewnictwa po zwyczaje kuchenne.

Pisząc ten rozdział, zastanawialiśmy się, od czego go rozpocząć i od razu przyszła nam na myśl rozmowa byłego już jezuity Stanisława Obirka z pewnym rabinem. Jezuita, Stanisław Obirek, w swojej książce zatytułowanej *Przed Bogiem* [2] tak to opisuje: *Pamiętam duże spotkanie w Cleveland, gdzie po moim wystąpieniu*

wstała kobieta i zapytała „Kiedy wreszcie Polska załatwi sprawę mienia żydowskiego?". Przyznam, że nie bardzo wiedziałem co mam odpowiedzieć. Dopiero po chwili ocknąłem się i odpowiedziałem: „Kwestia zwrotu mienia nie zależy ode mnie, ani od Pani. Może więc porozmawiajmy o tym co, zależy od nas. Jeśli oczywiście się Pani zgodzi". Dialog polsko-żydowski zgodnie z trafną propozycją rabina Scherwina, należy zacząć od kaszy, czyli od kuchni. To jest dobry początek, gdyż obie kuchnie mają ze sobą wiele wspólnego.

Kuchnia żydowska jest ułożona według kilku zasad, najważniejszą z nich jest „koszer" i ją tylko w tym rozdziale będziemy omawiać. Następnie omówimy cykl roczny od narodzin do śmierci – wielkie koło życia powtarzalne jak w każdej kulturze, w którym skupimy się na świętach oraz właśnie na kuchni i tradycyjnych daniach.

Koszer

W wielu miejscach można przeczytać, iż „koszer" to specyficzna zasada kuchenna niemieszania ze sobą produktów nabiału i mięsa czy też ryb [3]. Oczywiście, o ile jest to naczelna zasada kuchni żydowskiej, to żydowskie gminy wyznaniowe zwracają uwagę, że to co w Polsce często nazywa się kuchnią żydowską, to chociaż czerpie z tradycyjnego dziedzictwa kulturowego Judaizmu, często nie ma nic wspólnego z koszernością: *Trzeba pamiętać, że styl zwany „żydowskim" w kuchni polskiej nie ma nic wspólnego z koszernością. Koszerna może być pizza, hamburger, a niekoszerna ryba po żydowsku. Choć oczywiście można zrobić koszerną potrawę polskiej żydowskiej kuchni znanej i docenianej na świecie* [3]. W związku z tym, aby coś było prawdziwie koszerne, należy szukać na opakowaniach produktów opisu certyfikatu koszerności, ale takie certyfikaty należy umieć rozpoznać [3]: *Certyfikatów koszerności jest bardzo dużo, bo też Judaizm nie stanowi monolitu; są Żydzi sefardyjscy, orientalni, aszkenazyjczycy, czyli Żydzi europejscy. Są Żydzi należący do świata chasydzkiego, są ortodoksyjni Żydzi, którzy żyją w sposób zupełnie nowoczesny. Mijając taką osobę na ulicy nawet państwo by nie przypuszczali, że obok przechodzi ortodoksyjny Żyd lub Żydówka. Rabini zrzeszają się w specjalne organizacje, które przyjmują podobne standardy. Naczelny Rabin Polski i Warszawy jest członkiem międzynarodowej organizacji „Ortodox Union" – OU i produkty z Polski z Jego certyfikatem można znaleźć na całym świecie. Choć jest to jedna z większych organizacji tego typu – takich instytucji jest bardzo, bardzo wiele. Część z nich nie jest traktowana poważnie, inne spożywane są chętnie przez zdecydowaną większość Żydów na świecie. Jest to kwestia zaufania, standardów i kompetencji*

rabinów, którzy z daną instytucją współpracują. Niestety, jak zauważają sami Żydzi, w Polsce rynek produktów koszernych jest mały i w samej Warszawie jest zaledwie kilka miejsc, w których można kupić takie produkty bez problemu. Ich pełną listę można znaleźć na żydowskich stronach www.jewish.org.pl [3].

Rok liturgiczny – dni, miesiące

Rok obrzędowy/liturgiczny u Żydów, od tradycyjnie znanego kalendarza gregoriańskiego czy nieużywanego już, poza Prawosławiem, kalendarza juliańskiego, różni się przede wszystkim liczbą miesięcy [4].

Żydowski rok liturgiczny ma dwanaście miesięcy, a w roku przestępnym dodawany jest trzynasty miesiąc (*adar* II) [4]. Rozpoczyna się miesiącem *nisan*, kończy się miesiącem *adar*, a w latach przestępnych, wspomnianym już powyżej trzynastym miesiącem dodatkowym (*adar* II) [4].

Doba w systemie mierzenia czasu semickiego jest liczona względem czasu podanego w księdze Genesis [4]: *Początek doby zaczyna się wraz z nadejściem nocy. Pierwsza godzina – przypada na siódmą godzinę popołudniową, czyli na 18.00. Dzień – czyli okres od wschodu do zachodu słońca – dzieli się na 12 godzin (ma to istotne znaczenie ze względu na porządek modlitewny, bo określone modlitwy powinny być odmówione w odpowiednich godzinach dnia). Dni tygodnia oznacza się hebrajskimi nazwami liczebników porządkowych, np. niedziela – dzień pierwszy, (czyli jom riszon, dalej: jom szeni, sziszi, rewii, hamiszi), jedynie siódmy nosi nazwę szabatu. Szabat jest dniem świątecznym przeznaczonym na odpoczynek. Od piątkowego do sobotniego wieczoru obowiązuje rygorystyczny nakaz powstrzymywania się od pracy. Nadejście szabatu wita się zapaleniem świec, po powrocie z synagogi ojciec rodziny odmawia kidusz – błogosławieństwo nad winem, wysławiające Boga za dar szabatu. Błogosławi się również dwie chały, specjalnie upieczone na szabat. Świętowanie kończy się o zachodzie słońca w sobotę poświęceniem wina, błogosławieństwem nad ogniem świecy hawdalowej i nad wonnościami – besamim, których zapach ma osłodzić zakończenie szabatu. Poszczególne miesiące roku żydowskiego przypadają w następującym okresie: tiszri: wrzesień – październik; cheszwan: październik – listopad; kislew: listopad – grudzień; tewet: grudzień – styczeń; szwat: styczeń – luty; adar: luty – marzec; nisan: marzec – kwiecień; ijar: kwiecień – maj; siwan: maj-czerwiec ; tamuz: czerwiec – lipiec; aw: lipiec – sierpień; elul: sierpień – wrzesień. Miesiące rozpoczynają się od nowiu księżyca, liczą po 29 i 30 dni. Astronomiczny miesiąc księżycowy ma 29 dni, 12 godzin. Liczyć można tylko pełne doby, więc miesiące dzieli się na 29-dniowe (tewet, adar, ijar, tamuz, elul) i 30-dniowe*

(tiszri, szwat, nisan, siwan, aw). Dla dwóch (cheszwan i kislew) ilość dni jest zmienna. W zależności od długości nieregularnych miesięcy (cheszwan i kislew) rok liczy od 353 do 355 dni. Zróżnicowanie to wynika z przepisów religijnych, nakazujących czasem, w okresach okołoświątecznych, przełożenie pierwszego dnia roku na dzień kolejny lub po nim następujący. Jeśli miesiąc cheszwan ma 29, a kislew 30 dni, to rok składa się z 354 dni. Uważany jest wówczas za zwykły. Gdy oba mają po 29 dni, 353-dniowy rok określa się jako niepełny, natomiast gdy oba liczą po 30 dni, występuje pełny, 355-dniowy rok. Dla usunięcia różnicy między rokiem księżycowym a słonecznym, w latach przestępnych dodaje się jeszcze jeden miesiąc – dwudziestodziewięciodniowy adar II. Adar I w roku przestępnym ma 30 dni. W ten sposób lata przestępne liczą odpowiednio po: 383, 384 i 385 dni. U podstaw tych liczb leży następujący rachunek: 19 lat słonecznych po 365 dni daje 6935 dni, a tyle samo księżycowych po 354 dni – 6726. Stąd bierze się reguła, że w latach przestępnych, czyli siedem razy na dziewiętnaście lat, dodaje się trzydziestodniowy miesiąc, co daje w sumie 210 dni. W cyklu dziewiętnastoletnim otrzymujemy tym samym 6936 dni [4].

Miesiąc *nisan* – przypada wówczas najważniejsze żydowskie święto, jakim jest *Pascha*, które jest wspomnieniem wyjścia Żydów z niewoli egipskiej [4]. Wtedy to anioł śmierci zesłany przez Adoniaj (określenie Boga, może też być stosowane *Elochm, Eloi*), przeszedł ulicami egipskimi i zabił wszystko pierworodne, począwszy od bydła po syna faraona [4]. Faraon ugiął się i wypuścił Izraelitów z niewoli. Mojżesz prowadził naród wybrany przez pustynię, a następnie Morze Czerwone, które się rozstąpiło, do ziemi wybranej przez Boga [4].

Pesach to codzienność w życiu pobożnego Żyda [4]. Jest to ciągłe odradzanie się do jedności z Jahwe (Żydzi nie wymawiają tego imienia). Rabi Moshe Grylak [5] pisze o *Pesach*, sederze i exodusie w następujący sposób: *Każdego dnia w naszych modlitwach wspominamy wyjście z Egiptu. Ale w noc sederu przeżywamy Exodus. Jecijat Micraim jest kontynuacją wyzwalania z „wąskich szczelin – mecarim", które ciągle nas zniewalają, a Pesach jest czasem zrozumienia i zintegrowania poczucia wolności z naszą świadomością, aby wnieść ją do każdego kolejnego dnia. W ten sposób współczesne bożki, które próbują nas zniewolić, zostają postawione w prawdziwym świetle i możemy żyć w poczuciu osobistej wolności. (...) Dlatego, jeśli znów przyjaciel czy przyjaciółka zapyta cię „jak minęło święto Pesach", odpowiedz: „a jak twoje doświadczenie? Czy nadal je odczuwasz?".*

W związku z powyższym, o roku liturgicznym u Żydów możemy mówić jako o cyklu życia, jednak nie ziemskiego, lecz właśnie tej duchowej przemiany [6]. Część środowiska żydowskiego zadaje sobie pytanie, że skoro naród wybrany został oswobodzony przez Jahwe z niewoli egipskiej, dlaczego nie zrobił tego Bóg w czasie *Shoah*? W ciekawy sposób odpowiada na nie Denis Prager [6]: *Wreszcie,*

niektórzy Żydzi mogą odpowiedzieć, że Bóg w rzeczywistości uratował Żydów przed każdym tyranem, tak jak uratował ich przed faraonem. Bóg nie ocalił przecież wszystkich Żydów w Egipcie – pozwolił na zniewolenie setek tysięcy (w sumie może nawet milionów) Żydów w ciągu 400 lat, i tylko On wie, jak wielu żydowskich chłopców zostało utopionych w Nilu, zanim interweniował. Tak więc można dziś argumentować, że Bóg zawsze ratuje Żydów z rąk oprawców. Nie wszystkich z nich, jak byśmy tego chcieli, ale Żydzi przecież wciąż są obecni – i w tym sensie są ocaleni przed prześladowcami. Ja też należę do tych, którzy wierzą, że Bóg ocalał Żydów od czasu niewoli egipskiej. Trudne jest znalezienie jakiegokolwiek innego wyjaśnienia dla tak unikalnego przeżycia ludzi wielokrotnie wypędzanych, masowo mordowanych i stale zmuszanych do życia bez ojczyzny przez całe 2000 lat. Niemniej jednak, temu przetrwaniu, tak bardzo wspomaganemu przez Boga, jak tylko było to możliwe, nigdy nie towarzyszyło cokolwiek, co zbliżałoby się do jawnych oznak boskiej interwencji – podobnych do cudów Mojżesza i Aarona na dworze faraona, do plag, rozdzielenia morza, manny na pustyni, osłaniającej chmury w dzień i ognia nocą, prowadzących Żydów do Izraela – które towarzyszyły Wyjściu. A to właśnie jest tym, czego my śmiertelnicy pragniemy od czasów Egiptu – np. cudownego zniszczenia komór gazowych. I właśnie z powodu, że nic do tego nawet się nie zbliża, jest koniecznym, aby pamiętać, co Bóg uczynił ten jeden, jedyny raz, gdy wyprowadził nas z Egiptu.

Inne święta, o których należy wspomnieć to:

- *Rosz ha Szana* (הנשה שאר – początek roku), pierwszy dzień kalendarza żydowskiego. Święto upamiętnia stworzenie świata i przypomina o sądzie Bożym. W tym dniu naród żydowski staje ze skruchą przed Bogiem i oczekuje przebaczenia oraz miłosierdzia. W tym samym czasie szatan przedstawia dowody grzechów Izraela, a Bóg otwiera księgi z zapisanymi wszystkimi czynami człowieka, by wydać na niego wyrok. W związku z tym należy złożyć napotkanym osobom życzenia: *Abyście byli zapisani na dobry rok*.
- *Tiszri* – (ירשת) – pierwszy miesiąc cywilnego kalendarza żydowskiego, przypadający na wrzesień-październik w kalendarzu gregoriańskim. W kalendarzu religijnym miesiąc ten wypada jako siódmy i liczy 30 dni. Święto to obchodzi się przez dwa dni w diasporze, w Izraelu – jeden. Nowy Rok jest dniem upamiętniającym stworzenie świata i, według tradycji rabinicznej, przypomnieniem sądu Bożego.
- *Jom Kippur* (רופכ מוי) – dzień pojednania, przebaczenia i wyznania win, jedno z najważniejszych żydowskich świąt, mających charakter pokutny [7]. *Zwyczaje związane z Dniem Pojednania, to m.in. odwiedziny grobów cadyków i grobów członków rodziny w wigilię Nowego Roku i Dnia Pojednania. Część ludzi ma zwyczaj ubierać się na biało. Kolejny zwyczaj to kaparot – ofiara z drobiu (lub*

częściej dziś pieniądze), która przeznaczona jest na cele dobroczynne. Mężczyzna dokonuje rytuału kaparot kręcąc nad głową koguta (kobieta kurę), który następnie jest zabijany i przeznaczany dla ubogich. Po południu w wigilię święta mężczyźni udają się do mikwy. Przed rozpoczęciem postu spożywa się kolację. W Izraelu jest to dzień, w którym nie ma transmisji telewizyjnych i radiowych. Zamiera ruch lotniczy i drogowy. Nie działa komunikacja publiczna. Także większość mieszkańców kraju nie podróżuje w ten dzień [7].

- *Purim* (פורים) – święto obchodzone 14 dnia miesiąca *adar* (w roku przestępnym w drugim miesiącu *adar*), które upamiętnia uchronienie Żydów od zagłady w perskim imperium Achemenidów za czasów panowania króla Achaszwerosa [8]. *W tym dniu czytana jest w synagodze Księga Estery. Ilekroć pada słowo „Haman", zebrani hałasują, tupią, grzechoczą kołatkami. Po południu spożywa się posiłek świąteczny. Tradycyjnie spożywa się trójkątne słodkie bułeczki z makiem, zwane „uszami Hamana" (Oznei Haman). Obowiązkiem religijnym jest w ten dzień pić alkohol aż do momentu, w którym nie można będzie rozróżnić wznoszonych okrzyków: „Niech będzie błogosławiony Mordechaj" i „Niech będzie przeklęty Haman" – Adlojada. Święto Purim ma charakter karnawałowy i jest chętnie obchodzone także przez niereligijnych Żydów. Uczestnicy przebierają się w kostiumy, często mężczyźni w kobiece, a kobiety w męskie. W tym dniu wielu religijnych Żydów popełnia ograniczone wykroczenia przeciwko prawu żydowskiemu. Zakładane są maski. Tradycyjnie dzieci chodzą od domu do domu i odgrywają przedstawienie Purim Spiel, oparte na historii Estery, natomiast studenci w satyryczny sposób objaśniają naukę żydowską. Obyczaj nakazuje spełniać w święto dobre uczynki, posyłać prezenty z pokarmów ubogim osobom* [8]. Zwyczaje i tradycje związane z tym świętem opisuje polski film *Cud Purymowy* w reżyserii Izabelli Cywińskiej na podstawie scenariusza Macieja Karpińskiego, będący historią łódzkiego robotnika – Jana Kochanowskiego, zatwardziałego antysemity, który dowiaduje się, że jest Żydem.
- Znak przymierza – obrzezanie chłopców [9] (*brit mila).* Jest jednym z najbardziej znanych, najważniejszych momentów w życiu religijnego Żyda i rozpoznawalnych symboli u Żydów. Polega na usunięciu napletka [9]. *A obrzeżecie ciało odrzezku waszego, aby było na znak Przymierza między mną a wami. Dzieciątko ośmiu dni będzie obrzezane między wami* (Ks. Rodzaju 17:11-12). W tym momencie młody człowiek zostaje włączony do diaspory i otrzymuje znak związany z przymierzem Bożym: *Według tradycji żydowskiej, Abraham był pierwszym człowiekiem od czasów Adama, który był na tyle sprawiedliwy, aby móc znów zbliżyć się do Boga. Dlatego jemu wydane zostało polecenie obrzezania. Podczas uroczystości obrzezania ojciec chłopca wypowiada słowa:*

„Jestem gotów i oczekuję, aby wypełnić pozytywne przykazanie, które nakazał nam Stwórca, niech będzie błogosławiony, i obrzezać mojego syna". Mohel (dokonujący obrzezania) mówi: „Błogosławiony jesteś Ty, Bóg, nasz Bóg, Król świata, który uświęcił nas Swoimi przykazaniami i nakazał nam obrzezanie" [9].

Auschwitz – ostateczna projekcja oświeceniowego racjonalizmu. Zagłada narodu żydowskiego. Holocaust – Shoah

XX wiek po burzliwych latach industrializacji, wykorzystywania dzieci i rodzin do bogacenia się fabrykantów, został okrzyknięty wiekiem dziecka [10]. Miał to być czas niewinny, afirmujący życie, a stał się jednym z najciemniejszych okresów w historii. II wojna światowa zmieniła oblicze ziemi, a po zakończeniu tej hekatomby, filozofowie zaczęli zadawać pytania, czy możliwa jest jeszcze filozofia po Auschwitz?

Niemcy hitlerowskie zgotowały całemu cywilizowanemu światu gehennę, z którą związane są dwa symbole [10] – pierwszy to naród żydowski, drugi to krematorium Auschwitz.

Auschwitz jest skrajnym efektem oświeceniowego racjonalizmu – rozum pozbawiony ducha pozwolił na postawienie ludzi pod ścianą i w imię tzw. „rozumowego pojmowania świata" dokonywano tu segregacji. To skrajny racjonalizm pozwolił sklasyfikować świat na nadludzi – panów i gatunki inne.

Czym jest holocaust? Mirosław Miniszewski [10] w swojej książce pt. *Architektura zła* wskazuje na rozmycie tego pojęcia. Zwraca uwagę, że to dopiero w roku 1970 pojawiło się to określenie, a jego rozkrzewicielem był syjonistyczny dziennikarz Elie Wiesel [10]. W opinii autora nie oddaje ono jednak dokładnie znaczenia terminu ludobójstwa, zbrodni na narodzie wybranym, a odnieść je raczej należy do całopalenia składanego przez kapłanów w świątyni, czyli oddawania ofiary Bogu [10].

Czym innym jest natomiast pojęcie *Szoah* (zagłada, katastrofa), jak pisze Miniszewski [10]: *(…) ono również występuje w Starym Testamencie oznacza całkowitą zagładę lub zniszczenie oraz wyraża radykalne osamotnienie narodu żydowskiego wśród innych otaczających go ludów. Pomimo że pojęcie Szoah także da się powiązać z planem kary i sądu bożego, to jednak pisarze, teologowie i historycy uznali, że jest ono na tyle elastyczne, że można uwzględniać w ramach jego pola znaczeniowego konotację masowego mordu w niemieckich obozach zagłady. Szoah na polski tłumaczy się bezpośrednio jako Zagłada i dlatego to właśnie pojęcie weszło do krajowej nomenklatury, aczkolwiek jest stosowane niekonsekwentnie.*

ISLAM – pokój – PAX

Wierzymy w Allaha i w to, co zostało nam objawione,
jak i to, co zostało objawione Abrahamowi, Izmaelowi, Izaakowi,
Jakubowi i ich plemionom, oraz w to, co dane było
Mojżeszowi i Jezusowi i innym Prorokom od ich Pana.
Nie czynimy różnic między nimi i Jemu się oddajemy.
(Koran, 3:85)

Islam jest drugą co do wielkości religią monoteistyczną na świecie, która powstała w VII wieku n.e. [11].

Pisząc o Islamie, trzeba pamiętać o miejscu, w którym się on narodził, a był to pustynny półwysep arabski [11]. Już w VII w n.e. była tam rozwinięta kultura ze szlakami handlowymi i koczowniczymi. Okres narodzin Islamu to czas rozwiniętej kultury arabskiej, semickiej, jak i bizantyjskiej [11]. Jak opisuje Danecki [11], *obrzeża półwyspu* (miejsca powstania Islamu – przyp. A. G) *to żyzne i urodzajne tereny. Na południu był górzysty Jemen owiewany wiatrami monsunowymi, który przynosił regularne opady, z drugiej strony Mezopotamia z Tygrysem i Eufratem.*

W takim waśnie miejscu Mahomet, którego pełna wersja imienia brzmi Muhammada Ibn Adb Allaha [12], rozpoczyna nowy rozdział w historii świata. Z plemiennej religii, która miała swój początek w Mekce, dzięki podbojom i zaproponowaniu nowej płaszczyzny religijno-politycznej, wyrosła druga co do wielkości religia monoteistyczna. Mahomet, jak podają źródła [12], gdy modlił się w Mekce, ok. 610 roku, doznał objawienia *odwiedził Go, wedle Jego słów, archanioł Gabriel* (por. zwiastowanie w Chrześcijaństwie przyp. – A. G) *i kazał mu głosić słowa, które za chwile wypowie. Z początku przytłoczony majestatem tajemniczego gościa Mahomet zaniemówił, ale po kilkakrotnym napomnieniu odkrył, że istotnie jest w stanie recytować za aniołem słowo po słowie boskie przesłanie. Tę noc muzułmanie nazywają Nocą Przeznaczenia albo Nocą Mocy* [12].

Koran

W Imię Boga Miłosiernego Litościwego,
Głoś w Imię twego Pana, który stworzył,
Stworzył człowieka z grudki krwi.
Głoś! A Pan twój jest Najhojniejszy,
Który nauczał piórem,
Nauczył człowieka tego, czego on nie znał.
(Sura Al-'Alaq, 30: 1-6)

Powyższe objawienie i recytacja nie była jednostkowym wydarzeniem. Mahomet doznawał objawień wielokrotnie. Przesłanie Mahometa – jego recytacje za aniołem – zebrano w postaci księgi *al-Qur'an* (po arabsku: recytacja), stąd powstała nazwa Koran [12]. Natomiast *poszczególne objawienia stanowiące rozdziały Koranu noszą nazwę suey* [12]. Koran składa się ze 114 sur. Wyróżnia się 90 sur mekkańskich (krótkich) i 24 sury medyńskie (dłuższe). Prawie wszystkie sury rozpoczynają się formułą *basmala*: *bi-ismi Allahi ar-Rahmani ar-Rahim w imię Boga (Allaha) miłosiernego, litościwego*. Wyjątek stanowi sura dziewiąta. Wielu badaczy (Armour [12]) porównuje Koran do osoby Jezusa w Chrześcijaństwie. Koran jest dla Muzułmanów przedwiecznym słowem Bożym, a więc różnica jest taka, że w Chrześcijaństwie to Jezus jest objawieniem Bożym posiadającym dwie natury: boską i ludzką [12]. Armour pokazuje to dość dobitnie na przykładzie byłej Katoliczki Karen Armstrong, która twierdzi [cyt. za 12], że Koran można porównać do katolickiej Eucharystii. Dlatego że właśnie Koran *zapewnia wśród nas Obecność boskiego słowa* [12]

Pięć filarów Islamu

Kalimatul Szahada – wyznanie/deklaracja wiary – pierwszym krokiem na drodze do przyjęcia wiary islamskiej jest zadeklarowanie tego. Składa się ono z dwóch krótkich zdań stanowiących kwintesencję Islamu: *Nie ma innego Boga godnego czci prócz Allaha. Muhammad jest Jego Posłańcem* [13, 14];

Salat – modlitwa codzienna – odprawianie modlitwy w nakazanej formie, regularnie pięć razy w ciągu dnia, wierząc, że umożliwia to każdemu człowiekowi nawiązanie prawdziwego, żywego kontaktu ze swym Stwórcą oraz własny rozwój duchowy [13, 15].

Najczęściej z licznych modlitw jest używana pierwsza sura Koranu (tzw. Fatiha, czyli otwierająca) której końcowy fragment brzmi [13, 15]:

Oto ciebie czcimy i Ciebie prosimy o pomoc
Prowadź nas drogą prostą,
Drogą tych, których obdarzyłeś dobrodziejstwem;
Nie zaś tych, na których jesteś zagniewany,
I nie tych, którzy błądzą. (Koran I, 5-7)

Oprócz pięciu obowiązkowych modlitw są inne nadobowiązkowe typy modlitw.

Zaiste, Modlitwa powstrzymuje człowieka przed nieprzyzwoitością i jawnym złem. Al-Ankabut (29:46) [13, 15].

Czas pięciu obowiązkowych modlitw jest ustalony według danej pozycji słońca [13, 15]:

- *Fażyr* – czas modlitwy porannej, rozpoczynający się o świcie i kończy tuż przed wschodem słońca;
- *Zuhur* – czas modlitwy środowej, rozpoczynający się, kiedy słońce przekroczy zenit i zaczyna opadać;
- *Asr* – modlitwa popołudniowa;
- *Maghrib* – czas modlitwy *Maghrib*, rozpoczynający się natychmiast po zachodzie słońca i trwa aż do zmierzchu;
- *Isza* – czas modlitwy *Isza* – wieczornej, rozpoczynający się, kiedy zmierzch zniknie w ciemnościach nocy. Okres ten trwa aż do północy.

Każdy Muzułmanin jest zobowiązany do odprawiania modlitw w zgromadzeniu (meczety). Zgodnie z tradycją modlitwa ofiarowana w zgromadzeniu jest warta dwadzieścia siedem razy więcej niż składana indywidualnie [13, 15].

Modlitwa, oprócz rozmowy, jest oddaniem błagalnej czci Bogu, więc musi być odmawiana w szczególny sposób: *Klękanie i bicie czołem o ziemię symbolizuje chyba najdobitniej jak tylko możliwe ideały poddania się Bogu* [13, 15].

Post-sawm-Ramadan trwa 30 dni i odbywa się zawsze w dziewiątym miesiącu roku księżycowego [13, 16]. Nazwa Ramadan pochodzi od słowa *Ramd,* co oznacza „żar słońca". Powiada się [cyt. za 16] – *Ramada al-Saai'mu,* czyli wnętrze człowieka stało się gorące z pragnienia wywołanego postem. Nazywa wywodzi się z tego, że w tym miesiącu: poszczenie wywołuje gorąco i palenie wywołane pragnieniem; oddawanie czci Jedynemu Bogu wypala ślady grzechu w człowieku oraz pobożność człowieka wywołuje w jego sercu to potrzebne ciepło miłości do jego Stwórcy i innych ludzi [13, 16].

Każdego Muzułmanina na całym świecie obowiązuje przestrzeganie postu przez jeden pełny miesiąc w roku, a ponieważ chodzi tu o miesiąc księżycowy, to wypada on w różnych okresach roku słonecznego [13, 16]. *Post zaczyna się od świtu, a kończy wraz z zachodem słońca i w tym czasie należy całkowicie powstrzymywać*

się od jedzenia i picia. Istotne jest, że na muzułmański post składa się nie tylko głód i pragnienie, ale przede wszystkim rozwój charakteru [16]. W tym celu Muzułmanie *budzą się kilka godzin przed świtem, by wspominać Boga i odmówić modlitwę. Podczas postu, częściej też niż zwykle, cytuje się Koran. Spora część nocy jest poświęcana na ćwiczenia duchowe. Podczas dnia zaleca się, oprócz zaprzestania jedzenia i picia, także powstrzymywanie się od próżnych rozmów, sprzeczek i kłótni oraz „wszelkich czynności poniżej godności prawdziwego wyznawcy*" [16]. Nie wolno też oddawać się żadnym rozkoszom cielesnym. Także mąż i żona w ciągu dnia prowadzą osobne życie [13, 16].

Jałmużna – *Zakat/ Sadaqah* – W Islamie ogromne znaczenie mają dawanie jałmużny i opieka nad nędzarzami, co powinno być elementem codziennego życia Muzułmanina, a podczas ramadanu każdy musi działać w tym kierunku ze zdwojonym wysiłkiem [13, 17]. *Zakat* jest *obowiązkiem nałożonym przez Boga w interesie społeczeństwa jako całości* [17]. Z jednej strony pozwala na pokrycie potrzeb społecznych, z drugiej – jest to akt dawania *w imię Boga oczyszczający serce ofiarodawcy z egoizmu i chciwości.* Istnieją dwa rodzaje datków w Islamie: obowiązkowe (*Zakat*) i dobrowolne (*Sadaqah*). W Islamie *Zakat* ma formę określonej składki (wkładu), która oparta jest na bogactwie i dochodzie danej osoby, ale średnio przekłada się na 2,5% całkowitej wartości dochodu. Wpływy z *Zakat* mają być przeznaczone na [13, 17]:

- łagodzenie ubóstwa i cierpienia;
- pomoc osobom w długu;
- zapewnienie komfortu i wygody podróżującym;
- zapewnienie stypendiów;
- dostarczanie okupu za jeńców wojennych;
- propagowanie Islamu;
- pokrycie kosztów zbierania *Zakat*;
- inne rzeczy korzystne dla społeczeństwa.

Hadżdż – pielgrzymka do Mekki. Jest obowiązkiem każdego Muzułmanina i Muzułmanki, którzy przynajmniej raz w swoim życiu powinni, jeśli ich stan zdrowia fizycznego i psychicznego na to zezwala, odwiedzić Święte Miasto [13, 18]. *Centralnym punktem Pielgrzymki jest Kaaba odbudowane cztery tysiące lat temu przez Proroka Abrahama. Dzisiaj stoi ono na rozległym dziedzińcu świętego meczetu Masdżid al Haram. Oprócz Kaaba na dziedzińcu tym znajduje się Makam Ibrahim oraz źródełko Zamzam* [18].

Hadżdż odbywa się w muzułmańskim miesiącu *Dhul Hidżdżah*, który przypada dwa miesiące po święcie postu, *Iid-ul-Fitr*, jedynie w określonych dniach

miesiąca *Dhul Hidżdżah*, ale w dowolnym terminie roku każdy może odbyć tzw. Mniejszą Pielgrzymkę, czyli *Umra* [13, 18].

Do ceremonii obowiązujących podczas *hadżdżu* należą [13, 18]:

- wejście w stan *ihram* poprzez przyodzianie dwóch białych płacht tkaniny bez szwów (przed wjazdem do Mekki);
- odmawianie modlitwy *tal bija,* od momentu przybrania *ihramu*, czyli głośnego wypowiadania słów:

  Oto przybyliśmy, o Boże, oto przybyliśmy, Ty nie masz partnerów, oto naprawdę przybyliśmy. Modlitwy i błogosławieństwa są Twoje. Twoje też Królestwo. Ty nie masz partnerów. Oto przybyliśmy tutaj;
- odprawianie pierwszego *tałafu*, czyli rytuału polegającego na siedmiokrotnym okrążeniu Kaaba (Ka'bah) w kierunku przeciwnym do ruchu wskazówek zegara, co następuje po przybyciu do Mekki. Kaaba to budynek, do którego od ponad 1 400 lat, pięć razy dziennie, każdego dnia, Muzułmanie zwracają twarze w swych modlitwach;
- po zakończeniu *tałaf* odbywa się *sa'jj*, rytualny bieg pomiędzy wzgórzem Safa a Marła, nieopodal Ka'bah (pomiędzy tymi wzgórzami biegła Hagar w poszukiwaniu wody, gdy prorok Abraham musiał ją zostawić, na polecenie Boże);
- po *sa'jj* pielgrzymi udają się na równinę Mina, oddaloną o cztery mile od Mekki i pozostają na nocleg;
- następnego dnia wyruszają na górę Arafat, oddaloną o dziewięć mil na południowy wschód od Mekki. Przybywają do jej podnóża przed południem, pozostają u stóp Arafatu tylko do zachodu słońca i odmawiają tu jednocześnie modlitwy *Zuhr* i *Asr*, a później słuchają kazania imama (w tym miejscu prorok Muhammad wygłosił swoje pożegnalne kazanie);
- po zachodzie słońca pielgrzymi opuszczają Arafat i przechodzą do miejsca zwanego *Muzdalifah* – Święty Koran nazywa je *Mash'ar al Haram*, czyli Uświęcony Pomnik. Po dotarciu na miejsce pielgrzymi odmawiają *Magrhrib* (modlitwa po zachodzie słońca) oraz *Isza (*modlitwa wieczorna). Zostają tam na nocleg, a rano po zmówieniu *Fażyr,* wracają ponownie do Mina;
- na tę równinę docierają dziesiątego dnia miesiąca *Dhul Hidżdżah*, najpracowitszego dnia pielgrzymki. Pierwsza ceremonia polega na rzucaniu małymi kamykami, czyli *ramy al dżimar*, w trzy kolumny, co symbolizuje uderzanie diabła;
- dziesiąty dzień *Dhul Hidżdżah* to również dzień składania ofiar ze zwierząt i obchodów (w całym świecie muzułmańskim) święta ofiarowania *Iid-ul--Adha*;

- po złożeniu ofiary, pielgrzymi golą głowy lub wyrywają sobie włosy. Następnie wychodzą ze stanu *ihram* poprzez nałożenie zwyczajnych strojów i jeszcze raz odprawiają *tałaf* (*tałaf e zirat*) wokół Kaaba;
- przed zakończeniem dziesiątego dnia *Dhul Hidżdżah* pielgrzymi odprawiają jeszcze jedno *sa'jj* pomiędzy wzgórzami Safa i Marwa;
- następnie ponownie udają się na równinę Mina i pozostają tam do dwunastego albo trzynastego *Dhul Hidżdżah*, powtarzając (przez te dwa lub trzy dni) ceremonię *ramy al dżimar* (rzucania kamieniami);
- dwunastego (albo trzynastego) wracają do Mekki na ostatnią ceremonię pielgrzymki, która składa się z pożegnalnej *tałaf* wokół Kaaba, po czym pielgrzymi mogą iść, dokąd chcą.

POLSKI ORIENT – TATARZY

Pierwsze wzmianki o Tatarach polskich na terenach Wielkiego Księstwa Litewskiego pochodzą z okresu bitwy pod Grunwaldem, a znaleźć je można w zapiskach Jana Długosza kronikarza [19].

Obecnie główne ośrodki życia Tatarów w Polsce to Podlasie i w nim Białystok oraz dwie wsie z drewnianymi meczetami w Kruszynianach i Bohonikach, Gdańsk, Warszawa i Kraków [19].

Polscy Tatarzy nie zachowali swojego rdzennego języka, posługują się językiem polskim, mówią o sobie jako o Polakach i szczycą się swoją lojalnością względem ojczyzny [19].

Tatarzy prawie od zawsze mieli swoją organizację wojskową, która na początku przy boku króla, a następnie aż do II wojny światowej broniła ojczyzny (I i II Pułk Tatarski, czy też 13. Pułk Ułanów Wileńskich, gdzie na jednym z proporców widniał półksiężyc z gwiazdą) [19].

Problemem Tatarów w Polsce jest asymilacja z Polakami, jak pisze za Miśkiewiczem Warmińska [19]: *trudno znaleźć jednoznaczne powody zmniejszenia się liczby Tatarów na ziemiach zachodnich, można przypuszczać […], iż cześć Tatarów zasymilowała się z polskim otoczeniem* [19].

Obecnie na terenie Polski żyje ok. 4 000 Tatarów [19]. Tatarzy w Polsce praktykują wszystkie powyżej opisane zasady Islamu, ponieważ pomimo życia od wieków i zasymilowania się z ludnością polską, nadal pielęgnują zasadę, że nie ma Boga nad Allacha, a Mahomet jest jego posłańcem.

W Polsce działają dwie organizacje tatarskie [20]:

- od 1947 roku – Muzułmański Związek Religijny, którego głównym celem jest kultywowanie Islamu;
- od 1992 roku – Związek Tatarów Polskich w RP, który nawiązuje do działającego w okresie międzywojennym Związku Kulturalno-Oświatowego Tatarów RP. Jego celem jest odrodzenie ideologii etnicznej, opartej także na innych cechach niż odrębna religia.

Prowadzona jest także działalność publicystyczna i wydawane są, chociaż nieregularnie, „*Życie Muzułmańskie*" i „*Rocznik Tatarów Polskich*" [20].

Piśmiennictwo

1. *Wielka Encyklopedia Oxfordzka*, t. 8, Oxford Education, Warszawa 2008.
2. Obirek S., *Przed Bogiem*, WAB, Poznań 2005.
3. Gonczarska M., *Koszer*, http://warszawa.jewish.org.pl/koszer, data pobrania 05.05.2015.
4. Centrum Edukacyjne Joint, http://www.jewish.org.pl/index.php/pl/wiadomopci-mainmenu-57/96-kalendarz-iydowski-hebr-luach-ha-szana-.html, data pobrania 05.05.2015
5. Grylak M., *Jak minęło święto pesach?*, Mishpacha, 26 Nissan 5775, 2015.04.15, http://www.fzp.net.pl/izrael/jak-minelo-swieto-pesach, data pobrania 05.05.2015.
6. Prager D., *If God took the Jews out of Egypt…,* „*Jewish Journal*", Friday-May, 2015, http://www.fzp.net.pl/opinie/jesli-bog-wyprowadzil-zydow-z-egiptu, data pobrania 05.05.2015.
7. Datner Sz., Kamieńska A, *Z mądrości Talmudu*, PIW, Warszawa 1988.
8. http://virtualjerusalem.com/holidays1.php?Itemid=2660, data pobrania 05.05.2015.
9. Kameraz-Kos N., *Święta i obyczaje żydowskie*, Wyd. Cyklady, Warszawa 2001.
10. Miniszewski M., *Architektura zła*, Wyd. Marek Derewiecki, Kęty 2012.
11. Danecki J., *Podstawowe wiadomości o islamie*, Dialog, Warszawa 2012.
12. Armour J. R.: *Islam, chrześcijaństwo i Zachód, burzliwe dzieje wzajemnych relacji*, WAM, Kraków 2014.
13. Christian M., *Muzułmanie, islam i ja*, Wyd. Czuwajmy, Michałowice 2007.
14. *Kalimatul Szahada – Wyznanie wiary islamu*, http://www.alislam.pl/ islam/filary_ islamu/ kalimatul_szahada, data pobrania 05.05.2015.
15. *Salat – modlitwa codzienna*, http://www.alislam.pl/islam/filary_islamu/modlitwa, data pobrania 05.05.2015.
16. *Post – filar Islamu*, http://www.alislam.pl/islam/filary_islamu/post, data pobrania 05.05.2015.
17. *Zakat*, http://www.alislam.pl/islam/filary_islamu/zakat, data pobrania 05.05.2015.
18. *Hadżdż (Pielgrzymka) – filar islamu*, http://www.alislam.pl/islam/filary_islamu/hadzdz_pielgrzymka, data pobrania 05.05.2015.

19. Warmińska K., *Tatarzy Polscy, tożsamość religijna i etniczna*, Universitas, Kraków 1999.
20. Warmińska K., *„Polskość" a „tatarskość"" – narodowa i etniczna tożsamość Tatarów polskich*, (w:) *U progu wielokulturowości. Nowe oblicza społeczeństwa polskiego*, Kempny M., Kapciak A., Łodziński S., Oficyna Naukowa, Warszawa 1997, s. 237-242.

Katarzyna Van Damme-Ostapowicz

KONTEKST KULTURY W OPIECE ZDROWOTNEJ NA ŚWIECIE

Wprowadzenie

Dzięki wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej otworzyły się granice, nasiliła się migracja ludności z wielu krajów odmiennych kulturowo, doprowadziło to do wzrostu liczby imigrantów i uchodźców asymilujących się w Polsce oraz do korzystania przez nich ze świadczeń zdrowotnych. Powyższa sytuacja (Majda i Zalewska-Puchała [1]), wymaga od pracowników ochrony zdrowia, nie tylko postrzegania pacjenta przez pryzmat jego potrzeb biologicznych, psychicznych, społecznych i problemów zdrowotnych, ale także pod kątem potrzeb duchowych – wyznawanej religii czy wierzeń oraz pochodzenia społeczno-kulturowego.

Obserwowane zwielokrotnienie ruchów przestrzennych, (Jaroszewska [2]) wiąże się z intensyfikacją kontaktów przedstawicieli różnych kultur na rozmaitych płaszczyznach, co stwarza wyzwania dotyczące nie tylko uregulowań administracyjno-prawnych i działań politycznych, ale także wiąże się z uwarunkowaniami kulturowymi dla zdrowia człowieka oraz uniwersalnością stosowanych metod leczenia. Powyższe jest niezmiernie istotne z racji wpływu kultury na występowanie określonych chorób, na sposób podejmowanego leczenia, na bariery w diagnostyce i skuteczność terapii [2].

Każdą kulturę opieki nad chorym można nazwać kulturą zależną od kultury istniejącej [2]. Kultura, w ramach której kształtuje się opieka zdrowotna, decyduje w dużym stopniu o zmianach w kulturze zależnej, dlatego też nie można mówić o „kulturze opieki nad chorym" jako o zjawisku uniwersalnym na całym świecie [3].

Wszelkie czynniki, takie jak np. sytuacja ekonomiczna kraju, religia, edukacja, technologia, normy i wartości, odgrywają równie dużą rolę w kulturze opieki nad chorym, jak i w „kulturze-matce" [3, 4, 5].

Powyższe ma odzwierciedlenie w służbie zdrowia w danym kraju [3, 4, 5]. Na obszarach tropikalnych, gdzie jest dużo stojącej wody oraz niskie dochody na głowę jednego mieszkańca, często występuje malaria, brakuje środków i możliwości rzeczywistego oraz skutecznego zapobiegania tej chorobie, a farmaceutyki konieczne do leczenia są dla ludności niejednokrotnie zbyt drogie [3, 4, 5]. Opieka medyczna wygląda tam zupełnie inaczej niż w ogromnych zachodnich szpitalach uniwersyteckich, gdzie pacjenci bez problemu, dzięki dobremu ubezpieczeniu kosztów leczenia, mogą zwrócić się o pomoc w leczeniu swoich dolegliwości. Często na jednym oddziale takiego szpitala pracuje więcej pielęgniarek i lekarzy niż na bardzo dużym obszarze w kraju tropikalnym, w którym istnieje większe ryzyko zachorowania np. na malarię oraz inne choroby. System ubezpieczeń kosztów leczenia w dużym stopniu wpływa na sposób realizowania i korzystania z opieki medycznej, wzmacniając rolę rodziny i personelu medycznego [3, 4, 5].

Znaczenie kompetencji międzykulturowej

W obecnym świecie, coraz częściej pracuje się i komunikuje ponad granicami państw, a nawet pomiędzy kontynentami. W związku z tym niemal w każdej pracy coraz częściej dochodzi do kontaktów z obcą kulturą, a w konsekwencji do zmierzenia się z odmiennym sposobem myślenia czy stylem zachowania. Często wydaje się on zastanawiający, odmienny, niezrozumiały, a nawet wręcz dziwny. Kultura, do której każdy człowiek przywykł i z którą jest związany, stanowi istotny i determinujący pryzmat, nierzadko stwarzający, w relacjach z obszaru międzykulturowego, problem z akceptowaniem postaw, zachowań, sposobu komunikowania się, myślenia [6]. W związku z tym kompetencja międzykulturowa (gdy zderzają się normy, wartości i zachowania rozmawiających ze sobą partnerów lub wówczas, gdy partnerzy w rozmowie *uważają,* że się zderzają), wydaje się dostarczać rozwiązań dla problemów komunikacyjnych [3, 7]. Za przykład może posłużyć nadzór sprawowany przez rodziców niezależnie od pochodzenia, który wymaga przede wszystkim skutecznej komunikacji interpersonalnej, zakładającej posiadanie ogólnych umiejętności komunikacyjnych (słuchanie, empatia, gotowość partnerów w rozmowie na dzielenie się ze sobą przekonaniami, normami i wartościami albo ich poszukiwanie) oraz tzw. otwarcie się na drugą stronę [3, 7].

W komunikacji międzykulturowej nacisk kładzie się na poszukiwanie zgodnego stanowiska z poszanowaniem różnic kulturowych, a jeżeli weźmie się pod uwagę możliwe różnice, będzie to dobra podstawa do udanego porozumienia. Shirmohammadian i wsp. [8] zauważają, że międzykulturowy nadzór rodzicielski uczy obcowania z „innym" oraz „innego" spojrzenia na siebie [8]. Van de Pasch [9] podkreśla natomiast, że nie ma recepty na komunikację międzykulturową, każdy popełnia błędy, zarówno w przypadku „zwykłej", jak też i wielokulturowej komunikacji, jednakże na popełnianych błędach też można się uczyć.

Nabywanie kompetencji międzykulturowych powinno dokonywać się w oparciu o czynniki takie jak [1, 10-13]:

- świadomość (wrażliwość międzykulturową), dotyczącą zarówno własnego systemu wartości oraz wynikających z tego faktu ograniczeń, jak i punktu widzenia pacjenta, (różne perspektywy, hierarchia wartości, normy zachowań, wzory);
- wiedzę dostarczającą informacji swoistych kulturowo;
- umiejętności wielokulturowych strategii interwencyjnych.

Moralność a kultura

Moralność w dużej mierze łączy się ze światopoglądem i religią [3, 14]. Doświadczenie jednak dowodzi, że nie jest ona jedynie sprawą osobistą, wnętrza jednostki, a jest w całej rozciągłości sprawą publiczną, społeczną [3, 15]. W literaturze przedmiotu [3, 15] zwraca się uwagę, iż moralność kształtuje się nie tylko w środowisku społecznym i znajduje wyraz we współżyciu społecznym, regulując je, ale także formułuje się w działalności zawodowej, m.in. politycznej i gospodarczej. W obecnych czasach ludzie różnego pochodzenia, reprezentując niejednolite wartości i normy, korzystają z tych samych obiektów i instytucji [3]. Zwiększona różnorodność populacji ludzkiej stawia więc ochronę zdrowia w nowej sytuacji, a dziedziną medycyny, w której jest to szczególnie dobrze widoczne, jest pediatria [3, 16].

W przypadku małych dzieci to rodzice wraz z personelem medycznym decydują o opiece sprawowanej nad nimi i ich leczeniu [3, 16]. Obecnie, zwłaszcza w dużych miastach, bardzo wiele dzieci ma rodziców zakorzenionych w kulturze innej niż kultura tradycyjna kraju ich pobytu [3, 16]. Pamiętać należy, że przekonania rodziców tworzą swoisty kontekst, w którym propozycje osób udzielających pomocy przekształcają się we wspólny proces decyzyjny [3, 16].

Niestety, wraz z rosnącą różnorodnością, istnieje coraz większe prawdopodobieństwo, że wartości i normy rodziców oraz pacjentów będą różniły się w odniesieniu do wszelkich sfer życia, od wartości i norm pracowników ochrony zdrowia [3]. Istnieje jeszcze jedna motywacja do otwartości wobec norm i wartości przyjmowanych przez rodziców i pacjentów na podstawie ich tożsamości kulturowej, a jest nią wzajemny szacunek. Szacunek dla tożsamości i osobiste podejście do życia pacjentów i ich rodzin stanowi element profesjonalizmu lekarzy, pielęgniarek i innych osób niosących pomoc [3, 16, 17].

System opieki zdrowotnej a obszary różnorodności kulturowej

Do chwili obecnej (Cianciara [18]) system zdrowotny w Polsce nie nabył zbyt wielu doświadczeń związanych z opieką nad imigrantami, a istniejące przykłady nie są nagłośnione. Wydaje się więc, w związku z rosnącą wielokulturowością społeczeństwa, że niezbędne jest planowe uwzględnienie tej problematyki w systemie zdrowotnym [18]. Warto pamiętać, że wymiar kulturowy koresponduje z wieloma aspektami opieki zdrowotnej, a problemy występujące regularnie w różnych kulturach nie są nazywane, pojmowane i/lub oceniane w ten sam sposób [3]. Dodatkowo istotną rolę odgrywa kwestia świadomości danego problemu (co nie jest elementem opieki zdrowotnej), ponieważ nie we wszystkich kulturach doświadczane problemy są identyczne [3].

W literaturze fachowej [3, 16] podkreśla się, iż różnice kulturowe w opiece zdrowotnej wysuwają się na pierwszy plan właśnie w najbardziej newralgicznych sytuacjach.

Wrażliwość międzykulturowa

Wrażliwość międzykulturowa [cyt. za 1], to *świadomość występowania różnic kulturowych i umiejętność ich interpretacji w różnych sytuacjach. To droga do kształtowania konstruktywnej rzeczywistości i przyszłości.* W literaturze przedmiotu [1, 10-13] zwraca się uwagę, iż rozwój wrażliwości międzykulturowej obrazuje model OPAR, przedstawiający przejście od obojętności do różnorodności, gdzie:

- O – oznacza – obojętność, język nienawiści, „ślepotę kulturową", etnocentryzm, stereotypy, mikro- i makronierówności;

- P – oznacza – dostrzeganie podobieństw między ludźmi;
- A – oznacza – antydyskryminację, zachowania równościowe, akceptację, adaptację, mikroafirmację;
- R – oznacza różnorodność, szacunek wobec pluralizmu.

Podkreśla się także [1, 19], iż w zachowaniach oraz postawach pracowników ochrony zdrowia i pacjentów, można wyróżnić postawy etnocentryzmu i etnorelatywizmu.

Pod pojęciem „etnocentryzm" rozumiane są przekonania jednostki, traktującej swój światopogląd jako najważniejszy, a własną wizję świata jako centralną wobec rzeczywistości (kultura danej jednostki przeważa nad innymi) [1, 19]. W kontakcie z cudzoziemcem osoba prezentująca poglądy etnocentryczne będzie wykazywała tendencję do postrzegania danej sytuacji, interpretowania i oceniania zdarzeń, innych ludzi i ich zachowań w odniesieniu do własnych standardów, bo uważa, iż to, co jest właściwe w jej kulturze, powinno być standardem obowiązującym na świecie [1, 19, 20].

W postawie etnocentrycznej (Bennett [20]) można wyróżnić trzy fazy:

- zaprzeczenie (separacja, izolacja) – negacja istnienia jakichkolwiek różnic, niedostrzeganie innych wizji rzeczywistości, brak szans na konfrontację z różnicami, stawianie barier między ludźmi, celowe budowanie barier pomiędzy „swoimi" i „obcymi";
- obronę (oczernianie, odwrócenie, wywyższanie) – dostrzeganie różnic kulturowych, ale traktowanie ich jako trudne do przyjęcia i zagrażające, ze względu na preferowanie przez nie innych wizji rzeczywistości, a w konsekwencji tego podważanie tożsamości jednostki. Obejmuje także posługiwanie się stereotypami, obronę przed niechcianymi wartościami przez lekceważenie innych, pokazywanie swojej wyższości wobec osób odmiennych lub pozorną wrażliwość (wywyższanie osoby z innej kultury, a lekceważenie własnej grupy). Pomimo zauważania innego zachowania, stosowanie nadal własnych metod pracy, które traktowane są jako najlepsze, bo pochodzą z kraju rozwiniętego;
- minimalizację poprzez uniwersalizm fizyczny (wszyscy muszą jeść, trawić, umierać) i transcendentalny (odnajdywanie wartości łączących, a nie dzielących) – minimalizowanie zauważonych różnic.

Pod pojęciem „etnorelatywizm", inaczej relatywizm kulturowy [1, 19, 20], rozumie się postawę otwartą na poznawanie i rozumienie innych kultur, pod względem charakterystycznych dla nich kategorii i wartości. Osoba prezentująca taką postawę nie potraktuje różnic jako zagrożenia, ale jako swoiste wyzwanie i wartość. Nie oceni innych kultur według kryteriów własnej, rodzimej kultury, ponieważ rozumie, iż to, co jest pożądane i oczekiwane w jednej kulturze, może w innej

kulturze okazać się naganne i odrzucane [1, 19, 20]. Osoba taka będzie preferowała poznawanie innych kultur bez uprzedzeń i stereotypów, dostrzegała różnorodność kultur oraz uznawała, że sposoby działania i myślenia różnych społeczności można zrozumieć jedynie wtedy, gdy się je odniesie do specyficznych dla tych kultur reguł, symboli, znaczeń i wartości [1, 19, 20].

W postawie etnorelatywnej (Bennett [20]), można wyróżnić trzy fazy:

- akceptacji (respektowanie różnic w zachowaniu, wartościach) – akceptowanie różnic w zachowaniach werbalnych i niewerbalnych, światopoglądzie, normach i wartościach oraz zrozumienie i szacunek dla odmienności;
- adaptacji (empatia, pluralizm) – zdolność odbierania danej sytuacji z innego punktu widzenia, rozumienie innego człowieka poprzez pryzmat jego kultury i wartości, włączanie do swojego postępowania nowych zachowań i elementów zaczerpniętych z innej kultury;
- integracji (ocena kontekstowa, konstruktywna marginalność) – łączenie różnych sposobów rozumienia, odmiennych punktów widzenia oraz podejmowanie prób tworzenia jednego spoistego układu norm i wartości pochodzących z różnych kontekstów kulturowych.

Pamiętać należy (Szopski [19]), że kultura, w której dana osoba się wychowała, wyposaża ją we wskazówki, jak powinno się zachowywać i jakie ma się oczekiwania wobec innych.

Bariery komunikacyjne

Wiedza na temat różnic kulturowych odbiorców usług zdrowotnych oraz kształtowanie wrażliwości międzykulturowej wśród pracowników ochrony zdrowia jest niezbędna [1].

Każdy pracownik ochrony zdrowia, jak też i pacjent, mogą nie zrozumieć znaczenia tego, co próbuje przekazać druga strona [3, 18, 21]. Jeżeli wzajemna komunikacja przebiega z trudnościami, zaczynają górować uprzedzenia i emocje. Może to utrudniać współpracę z pacjentem, powodować poczucie frustracji u chorego i pracowników ochrony zdrowia oraz rodzić konflikty. W rezultacie powyższego sprawowana opieka może być na gorszym poziomie [3, 18, 21]. W związku z tym, aby zapobiec takim sytuacjom, pożądany jest duży wysiłek, wiele cierpliwości oraz właściwe, rzetelne podejście do chorego i jego problemów [3].

W kontakcie z osobami innymi, obcymi, zawsze funkcjonuje pewien rodzaj niepokoju, stąd za pomocą tempa mowy, akcentu, doboru słów można zyskać tzw. dystans komunikacyjny wobec osoby słuchającej, obejmujący [1, 19]:

- wrogość (wysoki poziom etnocentryzmu, a niski relatywizmu), używanie np. słów „pedał", „Rusek", „brudas", „żabojad", „żółtek";
- unikanie (wysoki poziom etnocentryzmu, a niski relatywizmu) – wykorzystywanie dialektu, żargon niezrozumiały dla „obcych";
- obojętność (umiarkowany poziom etnocentryzmu i etnorelatywizmu) – używanie podczas rozmowy z „obcym" uproszczonego, niegramatycznego, wolniejszego i głośniejszego sposobu mówienia oraz potocznych określeń, wiążących się z obniżonym statusem grupy obcej;
- wrażliwość (niski poziom etnocentryzmu i wysoki etnorelatywizmu) – wykazywanie dużej wrażliwości na istnienie różnic pomiędzy grupami, próby zmniejszenia dystansu komunikacyjnego używając języka preferowanego przez grupę obcą, np. zamiast „Cygan" – „Rom";
- równość (bardzo niski poziom etnocentryzmu i bardzo wysoki etnorelatywizmu) wykazywanie chęci do zniesienia dystansu komunikacyjnego, interpretowanie zachowania rozmówcy w kategoriach innych niż prezentowane przez własną grupę, unikanie wyrażeń mających charakter oceniający i wartościujący jako wyrazu nierównego statusu.

Kultura a problemy w diagnostyce i terapii

Badania dotyczące różnic kulturowych oraz wpływu różnych czynników na zdrowie człowieka [cyt. za 2], ewidentnie wskazują, że kultura spełnia rolę zarówno swoistego czynnika patogennego, generując wzrost ryzyka wystąpienia choroby, jak i terapeutycznego, redukując go. Kultura wpływa na charakter relacji międzyludzkich, spożywane pokarmy, zażywane używki, zasady higieny, aktywność, styl pracy, sposoby spędzania wolnego czasu, wybór określonego modelu opieki zdrowotnej, zasady opieki nad chorym, oddziałuje na otaczające człowieka środowisko [2].

Kultura wpływa np. na postrzeganie etiologii choroby. W biomedycznym ujęciu choroby, bardzo typowym dla Zachodu, [cyt. 2], za utratę zdrowia odpowiedzialne są różne patogeny (wirusy, bakterie, grzyby i inne szkodliwe substancje), w kulturach niezachodnich zaś za podstawową przyczynę uznany jest brak harmonii i równowagi (z Bogiem, otoczeniem, z przodkami, *yin* i *yang*). Wykazano

[2, 22, 23] korelację ryzyka różnych chorób z wymiarami kultury, stwierdzając, że wysoki dystans władzy podnosi ryzyko infekcji oraz chorób pasożytniczych i obniża ryzyko wystąpienia nowotworów złośliwych, chorób układu krążenia i chorób serca. Silniejsza skłonność do unikania niepewności zwiększa ryzyko chorób serca i redukuje zagrożenie chorób układu mózgowo-naczyniowego oraz układu oddechowego [2, 22, 23]. Wyższy poziom męskości zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia chorób układu mózgowo-naczyniowego [2, 22, 23]. Objawy depresji są bardziej groźne w przypadku krajów wysokorozwiniętych, a w kulturach niezachodnich częściej sprowadzają się do objawów psychosomatycznich, jak np. zmęczenie, jadłowstręt i spadek libido [3, 17, 23, 24]. Podobnie jest w przypadku schizofrenii, która ma dużo łagodniejszy przebieg w krajach rozwijających się [3, 17, 23, 24].

Boyd i Bee [25] wykazali, iż kultura może wpływać także na gotowość do podjęcia konkretnego leczenia przez chorego oraz wybór metody terapii. W USA [25] okazało się, że w przypadku mniejszości występuje wyższa zachorowalność na cukrzycę i jej gorszy przebieg (np. częściej dochodzi do amputacji kończyn). Powyższe związane jest z faktem, że chorzy przeważnie trafiają do lekarzy zbyt późno, z reguły w bardzo zaawansowanym stadium rozwoju choroby. Podobny problem dotyczy także innych schorzeń oraz udziału w działaniach profilaktycznych (np. badań cytologicznych, mammografii, raka prostaty) [25].

Matsumoto i Juang [23], zauważają, że w przypadku migrantów z krajów arabskich, latynoskich i azjatyckich pacjent z chorobą psychiczną trafia do lekarza bardzo późno, ponieważ najpierw rodzina sama próbuje poradzić sobie z problemem, potem korzysta z metod medycyny alternatywnej i uzdrowicieli, i dopiero na końcu z pomocy lekarza.

Występujące w przypadku leczenia międzykulturowego problemy z diagnozą mogą być związane z tym, że pacjent cierpi na schorzenie, które w kulturze reprezentowanej przez lekarza nie jest znane [2]. Problemy diagnostyczne mogą wynikać także ze zjawiska patoplastyczności (kulturowej specyfiki wyrażania zjawisk psychopatologicznych), dotyczących np. reakcji na ból pacjentów z różnych krajów. W licznych badaniach [26, 27] wykazano, że Żydzi i włoscy Katolicy w porównaniu z Protestantami i irlandzkimi Katolikami, bardziej emocjonalnie reagują na ból. Przyczyną błędnej diagnozy może być także emocjonalna reakcja pacjenta na lekarza (tzw. przeniesienie lub przeciwprzeniesienie kulturowe), która wynika z jego stosunku do kraju/regionu/kultury, reprezentowanej przez lekarza, albo też emocjonalna reakcja lekarza na pacjenta, wynikająca z jego stosunku do kultury, reprezentowanej przez pacjenta [2].

Wielokulturowy świat a kształcenie medyczne

Kształcenie wrażliwości międzykulturowej powinno obejmować wszystkich pracowników ochrony zdrowia oraz osoby tworzące i realizujące programy z zakresu edukacji międzykulturowej. Podstawa wrażliwości międzykulturowej powinna być jednym z elementów kompetencji zawodowych, nabywanych w procesie kształcenia podstawowego i podyplomowego przez studentów studiów medycznych, w zakresie zapewnienia uwarunkowanej kulturowo profesjonalnej opieki medycznej [1].

Pracownicy ochrony zdrowia, bez względu na specjalizację, powinni dysponować stosownymi umiejętnościami komunikacyjnymi, ujawniać postawę zrozumienia i zaufania oraz braku uprzedzeń względem pacjentów, bez względu na ich płeć, rasę, etap życia, status społeczno-ekonomiczny, wykształcenie, kulturę, orientację seksualną i światopogląd [3]. Ponadto powinni być otwarci na potrzeby i oczekiwania pacjenta i jego rodziny oraz ich normy i wartości. Winni liczyć się z sytuacją osobistą pacjenta oraz jego rodziny, zarówno w trakcie badań, konsultacji, leczenia, jak i całej opieki [3].

W związku z obecnymi zmianami kształcenia medycznego, jakie mają miejsce w większości centrów uniwersyteckich, nadarza się okazja wprowadzania zmian w strukturze programów nauczania uwzględniających wielokulturowość. Przy tej okazji większą rangę mogłyby zyskać następujące elementy [3]:

- wiedza medyczno-epidemiologiczna – pomiędzy poszczególnymi grupami ludności istnieją różnice w zakresie zachorowalności i śmiertelności, co zostało opisane w wielu dużych międzynarodowych badaniach [3, 28]. Pamiętać należy, że choćby za sprawą znaczącej liczby małżeństw w obrębie jednej grupy etnicznej, choroby metaboliczne i hemoglobinopatie występują tam z dużą częstotliwością. Równocześnie styl życia, odżywianie i czynniki społeczno-ekonomiczne wywierają wpływ na różnice w śmiertelności i zachorowalności (np. śmierć łóżeczkowa, śmierć w czasie wakacji w kraju pochodzenia, cukrzyca, określone choroby zakaźne i psychospołeczne). W literaturze fachowej [3, 28] przywołuje się określone przykłady, jak choćby ten, że wrzody żołądka u emigrantów zarobkowych przypisywano zawsze stresowi, aż do momentu, gdy okazało się, że *Helicobacter Pylori* był główną przyczyną tej choroby [3, 28].
- aspekty komunikacyjne – mimo że w miarę upływu czasu problemy językowe tracą na znaczeniu, duże grupy migrantów nadal nie posługują się językiem kraju pobytu lub posługują się nim w ograniczonym stopniu. Dotyczy to osób ubiegających się o azyl i uchodźców, pierwszego pokolenia imigrantów, którzy

są już starsi i wymagają opieki oraz współmałżonków z kraju pochodzenia. W związku z tym na uwagę zasługuje korzystanie z pomocy tłumacza i tłumacza telefonicznego oraz członków rodziny, posługujących się danym językiem [3, 28].

- różnice kulturowe – różnice kulturowe pomimo znaczącej integracji są często bardziej fundamentalne i dłużej obecne, niż problemy językowe i komunikacyjne [3, 28, 29]. Uważa się [3, 28, 29], iż odgrywają tutaj rolę następujące aspekty:
  - postrzeganie choroby i jej przedstawianie oraz silny nacisk na somatyzację;
  - relacja mężczyzna-kobieta (istotna m.in. przy badaniu fizykalnym, przy czynnościach pielęgnacyjnych i w sprawowaniu opieki);
  - religia (m.in. Ramadan, diety, obrzezanie, wiedza w zakresie planowania rodziny i rozrodczości oraz zachowań seksualnych);
  - wierzenia jako nadprzyrodzone przyczyny chorób (psychicznych) oraz ich leczenie (m.in. surinamskie wierzenie Winti, dżiny, zły urok, czarna magia);
  - relacja rodzice-dzieci;
  - wiedza ogólna i rozwój (jak dalece osoba wymagająca pomocy posiada niezbędną wiedzę o podstawowych aspektach medycznych i psychospołecznych oraz o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej w danym kraju pobytu);
  - leczenie w domu w porównaniu z leczeniem w placówce medycznej (w jakim zakresie wymagana jest opieka domowa/przy połogu);
  - rola terapeutów a rola pacjentów (czego się oczekuje po ich zachowaniu czy stosunku względem siebie i jak te oczekiwania mają się względem siebie);
  - stosowanie i wiara w tradycyjne sposoby leczenia (inny punkt widzenia niż ten, który reprezentuje medycyna zachodnia, np. w odniesieniu do anatomii);
  - myślenie o profilaktyce a leczenie (jak w różnych kulturach oceniane są działania profilaktyczne, jak zachęcać osoby obcego pochodzenia, by stosowały działania profilaktyczne?);
- umiejętności – bazując na wiedzy teoretycznej pracownicy ochrony zdrowia powinni rozwijać umiejętności w dziedzinie kontaktu z pacjentami obcego pochodzenia [3];
- nastawienie – pożądane jest aktywne formowanie nastawienia, przy czym rozważyć można w tej sytuacji zaangażowanie studentów obcego pochodzenia [3, 28, 30].

Podsumowanie

Rozwój nowych technologii przyspiesza kontakt między ludźmi, stwarza możliwości poznania i wymiany poglądów na różne sprawy. Ludzie, społeczeństwa, kultury i cywilizacje, które poprzednio były odizolowane, wchodzą we wzajemne interakcje. Wielokulturowość stanowi wyzwanie dla współczesnego świata, w tym również dla ochrony zdrowia, wymagając od medyków, zwrócenia uwagi nie tylko na potrzeby biologiczne i zdrowotne pacjentów, ale również na ich odmienność etniczną [31].

Piśmiennictwo

1. Majda A., Zalewska-Puchała J., *Wrażliwość międzykulturowa w opiece pielęgniarskiej*, *„Problemy Pielęgniarstwa"*, 2011, nr 19, s. 253-258.
2. Jaroszewska E., *Kultura, jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie, „Problemy Polityki społecznej. Studia i dyskusje"*, 2013, nr 21, s. 72-84.
3. Van Damme-Ostapowicz K., *Dialog wielokulturowy*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, 103-113.
4. Visser M., de Jong A., *Cultuur en zorg. Een interculturele benadering van zorg in de verpleging*, Uitgeverij Coutinho 2005, s. 152-153.
5. de Jong M., *Kennis voorkomt vergissingen*, *"Nursing"*, 2002, nr 9, Maastricht 2007, s. 36-39.
6. Magala S., *Kompetencje międzykulturowe*, Warszawa 2011.
7. Lester N., *Cultural Competence. A Nursing dialogue*, *„AJN, American Journal of Nursing"*, 1998, nr 8, s. 26-33.
8. Shirmohammadian M., Hoogsteder M., Huibregtsen I., *Mevrouw, verlaat mijn territorium. Interculturele ervaringen rond ouderschap en ouderbegeleiding*, *"Ouderschap & Ouderbegeleiding"*, 2002, nr 3, s. 12-13.
9. Van de Pasch T., *Een consultatiepunt voor cuulturspecifieke zorgproblemen*, *"TVZ Tijdschrift voor verpleegkundigen"*, 1998, nr 17, s. 518-520.
10. Grzymała-Moszczyńska H., *Jak można się uczyć innej kultury – treningi akulturacyjne dla studentów*, (w:) *Tolerancja i wielokulturowość. Wyzwania XXI wieku*, Borowiak A., Szarota P. (red.), Wyd. SWPS Academica, Warszawa 2004, s. 177-189.
11. Grzymała-Moszczyńska H., *Uchodźcy. Podręcznik dla osób pracujących z uchodźcami*, NOMOS, Kraków 2000.
12. Arredondo P., Toporek R., Brown S. et al., *Operationalization of the Multicultural Counseling Competencies*, *„Journal of Multicultural Counseling and Development"*, 1996, nr 24, s. 42-78.

13. Lipińska M., *Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytet Warszawski, Międzykulturowe Centrum Adaptacji Zawodowej, Inicjatywa Wspólnotowa EQU-AL, Warszawa 2008.
14. http://pl.wikipedia.org/wiki/Moralno%C5%9B%C4%87, data pobrania 24.02.2015.
15. http://www.szukacz.org/%2Ftekst%2F53031-54-moralnosc_a_etyka.html, data pobrania 24.02.2015.
16. Houtlosser M., Engberts D., *Verschillen in waarden en normen*, *"Tijdschrift voor verpleegkundigen"*, 2003, nr 11, s. 14-17.
17. Redakcja Nursing, *Cultuurverschillen rond het bed*, *„Nursing"*, 2002, nr 2, s. 32-33.
18. Cianciara D., *Promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i leczenie w kontekście wielu kultur – wskazówki z innych krajów*, *„Problemy Higieny i Epidemiologii"*, 2012, nr 93, s. 160- 167.
19. Szopski M., *Komunikowanie międzykulturowe*, WSiP, Warszawa 2005.
20. Bennett M. J., *Towards a developmental model of intercultural sensitivity*, (w:) *Education for the intercultural experience*, Paige R. M. (red.), Yarmouth, ME, Intercultural, Press, 1993, s. 21-71.
21. Koskinen L., Tossavainen K., *De interculturele competence van studenten vergroten: voordelen en problemen*, *"Verpleegkundig Perspectief"*, 2003, nr 5, s. 71-85.
22. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2007.
23. Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, GWP, Gdańsk 2007.
24. Schumacher J. F., Ward T., *Cultural Cognition and Psychopathology*, Westport, Prager 2001.
25. Boyd D., Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk – S-ka, Poznań 2007.
26. Shing S. W., McDermott J. F., *Culture, Mind And Therapy*, Brunner/Mesel Inc., New York 1981.
27. Kostrzanowska Z. (2010), *Pojęcie zdrowia i choroby w wymiarze biopsychospołecznym*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2012, s. 114-122.
28. Schulpen T. W. J., *Medisch onderwijs in multicultureel nederland*, *"Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen"*, 2000, nr 5, s. 268- 270.
29. Birsen A., *Migratie en mixcultuur*, *"Ouderschap & Ouderbegeleiding"*, 2001, nr 1, s. 51-55.
30. Hilhorst M., Harmsen H., Nijenhuis E., *"Culturele vaardigheden moet je trainen"; ervaringen uit de praktijk, "Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek"*, 2004, nr 4, s. 121-123.
31. Musiał Z, Kłapa Z., *Kulturowo-wyznaniowe uwarunkowania opieki pielęgniarskiej nad pacjentem pochodzenia indyjskiego*, *„Problemy Pielęgniarstwa"*, 2013, nr 21, s. 249-254.

Mateusz Cybulski

BARIERY W DOSTĘPIE IMIGRANTÓW DO OCHRONY ZDROWIA

Wprowadzenie

W Polsce powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych jest priorytetem zarówno dla decydentów politycznych, jak również dla organizacji międzynarodowych, ze Światową Organizacją Zdrowia na czele. Przesłanką do wzrostu znaczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych dla każdej jednostki społecznej było uznanie prawa do zdrowia za jedno z podstawowych praw człowieka [1]. Artykuł 25. Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka i Obywatela [2] uchwalonej w 1948 roku podczas Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych zakłada, że *każda osoba ma prawo do poziomu życia odpowiadającego potrzebom zdrowia i dobrobytu jej samej i jej rodziny, włączając wyżywienie, ubiór, mieszkanie, opiekę medyczną i niezbędne świadczenia społeczne, jak również prawo do zabezpieczenia na wypadek bezrobocia, choroby, niezdolności do pracy, wdowieństwa, podeszłego wieku, a także innych przyczyn utraty środków utrzymania w następstwie okoliczności niezależnych od jej woli* [cyt. za 2].

Cylkowska-Nowak [3] podkreśla, że prawo do zdrowia i dostępu do opieki medycznej stanowi jeden z podstawowych elementów bezpieczeństwa socjalnego ludzi i przysługuje każdej jednostce społecznej bez względu na jej status społeczny i materialny.

Coraz powszechniejszy proces migracji, a w głównej mierze objęcie świadczeniami opieki zdrowotnej nielegalnych migrantów, budzi (Jabłecka [4]) bardzo często protesty społeczeństwa. Przeciwnicy jako argumenty podają przede wszystkim kwestie finansowe, zwolennicy zaś nawiązują do działań antydyskryminacyjnych oraz humanitarnych [4].

Strach przed jednostkami korzystającymi ze świadczeń zdrowotnych bez ponoszenia kosztów ich udzielania występuje szczególnie często w krajach, w których system ochrony zdrowia jest finansowany ze środków publicznych (np. Polska) [4]. Migranci, którzy są osobami bezrobotnymi, a korzystają z różnego rodzaju świadczeń w ramach pomocy społecznej, są zwykle przypisywani przez pozostałą część społeczeństwa do powyższej grupy [4].

W opinii Chrzanowskiej i Klausa [5], zadaniem państwa jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych wszystkim osobom, zamieszkującym terytorium naszego kraju bez względu na to, czy dane jednostki są obywatelami polskimi, czy nie, bowiem brak dostępu do profilaktyki i świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (gabinety lekarza rodzinnego) zwiększa częstość korzystania z procedur specjalistycznych, w większym stopniu obciążających budżet państwa.

Według przeciwników korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez imigrantów (Jabłecka [4]) objęcie ich publicznym systemem opieki zdrowotnej może predysponować do napływania kolejnych cudzoziemców.

W Polsce, oprócz zapisów zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, obowiązują również zapisy ustawowe. Art. 68 ust. 1 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 mówi, że *każdy ma prawo do ochrony zdrowia* [6], natomiast ust. 2 zawiera stwierdzenie, iż *obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* [6]. Zapis ten ewidentnie wskazuje na ograniczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej tylko i wyłącznie do grupy obywateli polskich, co przeczy zapisom art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka.

Jabłecka [4] dzieli bariery i przeszkody w dostępie imigrantów do świadczeń opieki zdrowotnej na bariery strukturalne oraz kulturowe, a także bariery uwzględniające zjawisko dyskryminacji.

Bariery strukturalne

Dostęp imigrantów do świadczeń zdrowotnych, biorąc pod uwagę kryterium strukturalne, zależy od wielu czynników, przede wszystkim zaś od modelu systemu zdrowotnego, z którym mamy do czynienia w danym kraju, polityki migracyjnej państwa oraz środków finansowych, którymi państwo dysponuje [4].

Pod względem prawnym imigrantów dzieli się na [4]:

- nieudokumentowanych – ubiegających się o nadanie jednej z form ochrony międzynarodowej;
- o uregulowanym statusie w kraju pochodzenia.

Analizując systemy opieki zdrowotnej, funkcjonujące w krajach europejskich, migranci z prawem pobytu mają w zdecydowanej większości takie same prawa jak obywatele danego państwa [4]. Wyjątkiem wśród państw Europy jest Cypr, gdzie zakres i finansowanie dostępu do opieki zdrowotnej dla migrantów będących pracownikami jest uzależniony od sektora, w którym pracują [7]. W branżach, w których funkcjonują związki zawodowe, migranci są objęci pełnym ubezpieczeniem zdrowotnym, natomiast w pozostałych sektorach są zmuszeni pokrywać koszty korzystania ze świadczeń zdrowotnych w połowie (drugą połowę pokrywa pracodawca), a polisa ubezpieczeniowa nie obejmuje pełnego pakietu świadczeń [8].

Cudzoziemcy, ubiegający się o nadanie statusu uchodźcy, najczęściej mają ograniczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Bezpłatnie mogą korzystać z procedur medycznych tylko i wyłącznie w nagłych przypadkach, np. w sytuacji zagrożenia życia [4]. W niektórych państwach, np. w Niemczech, zostały wprowadzone ramy czasowe dla bezpłatnych świadczeń opieki medycznej, tzn. jednostki ubiegające się o status uchodźcy mają prawo korzystania z szerokiego wachlarza usług medycznych, ale dopiero po upływie 48 miesięcy. W przypadku krótszego pobytu cudzoziemców obejmuje jedynie bezpłatna pomoc w nagłych przypadkach [7].

W największym stopniu dyskryminowaną grupą imigrantów są migranci nieudokumentowani. W wielu krajach europejskich są oni całkowicie pozbawieni prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, również prawa do bezpłatnych procedur medycznych ratujących życie i zdrowie (Finlandia, Irlandia, Szwecja) [9, 10]. W Grecji prawo zabrania korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej osobom przebywającym na terytorium kraju nielegalnie, a w przypadku złamania tego przepisu nakłada na imigrantów kary. Cudzoziemcy nielegalni mogą korzystać tylko i wyłącznie z procedur ratujących życie [7].

Grupą ze specjalnymi przywilejami są kobiety ciężarne oraz dzieci [4]. W większości krajów dzieci pozostające bez opieki i starające się o status uchodźcy mają taki sam dostęp do opieki zdrowotnej jak dzieci będące obywatelami danego państwa. W przypadku dzieci osób starających się o nadanie statusu uchodźcy przysługują im mniejsze uprawnienia, niż dzieciom, które są obywatelami danego kraju. W najgorszej sytuacji znajdują się dzieci nieudokumentowanych migrantów [4]. Kobiety w ciąży przebywające na terytorium danego kraju nielegalnie z reguły mogą korzystać z procedur medycznych, ale odpłatnie (m.in. w Polsce). Tylko niektóre europejskie państwa, jak np. Hiszpania i Portugalia, przyznają im równe

prawa jak kobietom w ciąży – obywatelkom tego kraju, powołując się na prawo do szczególnej opieki, którą powinna być objęta kobieta w ciąży [7].

W Polsce (Jabłecka [4]) dla imigrantów o uregulowanym statusie pobytu w kraju prawodawstwo określa takie same warunki dostępu do opieki medycznej jak w przypadku obywateli urodzonych na terenie państwa. System opieki zdrowotnej w Polsce bazuje na modelu ubezpieczeniowym, w związku z tym imigranci o uregulowanym statusie mają prawo do takich samych świadczeń jak obywatele polscy [11, 12, 13]. Cudzoziemcy ubiegający się o ochronę międzynarodową mają zapewniony bezpłatny dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej oraz bezpłatnej opieki ambulatoryjnej, ale tylko w placówkach, które mają podpisaną umowę z Centralnym Szpitalem Klinicznym Ministerstwa Spraw Wewnętrznych oraz na podstawie odpowiedniego skierowania, wystawionego przez lekarza, będącego pracownikiem ośrodka dla uchodźców [11, 12, 13]. Najbardziej ograniczonym dostępem do procedur medycznych charakteryzują się migranci nieudokumentowani, którzy mogą korzystać bezpłatnie tylko ze świadczeń ratujących życie, natomiast pozostałe usługi medyczne wymagają przez nich pokrycia kosztów [11, 12, 13].

W wyniku analizy dostępnego piśmiennictwa [4] można wysnuć dwa podstawowe wnioski:

1. imigranci mają ograniczony dostęp do usług zdrowotnych w porównaniu do obywateli;
2. dostęp do procedur medycznych jest zależny od statusu prawnego imigranta.

Kwestie stanowienia prawa są podstawowym problem w zakresie ochrony zdrowia imigrantów [4]. Przede wszystkim chodzi tu o różnego rodzaju ograniczenia, nierówności i niedokładne określenie zasad dostępu do systemu opieki zdrowotnej. Niekiedy w przepisach znajduje się tyle luk prawnych, że mogą prowadzić do nadużyć [4]. Najlepszym przykładem takiej paradoksalnej sytuacji jest rozwiązanie dostępu do świadczeń zdrowotnych dzieci nieudokumentowanych imigrantów w Czechach [7]. Dzieci pozostające bez opieki posiadają w tym kraju większe prawa (mają zapewniony bezpłatny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej) niż dzieci znajdujące się na terenie kraju z rodzicami, które to muszą płacić za korzystanie z usług medycznych [7].

Innymi problemami w prawodawstwie jest brak jednoznacznie zdefiniowanego pojęcia „nagły przypadek", a także brak uwzględnienia kategorii imigrantów o specyficznych potrzebach zdrowotnych (pomijanie potrzeb osób niepełnosprawnych czy osób w podeszłym wieku) [4].

Poważnym problemem, który decyduje o korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej, jest także ubóstwo imigrantów [4]. W krajach Unii Europejskiej [14]

imigranci posiadają możliwość wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, ale najczęściej nie są w stanie tego zrobić, bo zwyczajnie ich na to nie stać. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku doraźnego regulowania opłat za świadczone usługi. Obie sytuacje prowadzą do odwlekania hospitalizacji bądź wizyty u specjalisty aż do momentu, kiedy dany problem zdrowotny zaczyna bezpośrednio zagrażać życiu i zdrowiu, a tym samym generuje wyższe koszty dla budżetu państwa [14].

Analogicznym problemem do odpłatności cudzoziemców za świadczenia zdrowotne jest dostęp do leków, który dla wielu imigrantów stanowi istotną barierę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym [4]. W Polsce bezpłatne leki są oferowane tylko osobom ubiegającym się o ochronę międzynarodową. Pozostałe grupy imigrantów muszą ponosić koszty w zależności od ich statusu ubezpieczeniowego. Często też z dostępem do usług medycznych oraz farmaceutyków wiąże się jeszcze jedna bariera, tj. problem dojazdu do podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych, gdzie imigrant jest zmuszony do ponoszenia kolejnych kosztów [11].

Istotną kwestią w przypadku cudzoziemców jest wiedza personelu medycznego na temat warunków bytowo-socjalnych migrantów [4]. Personel medyczny zwykle wykazuje niską świadomość na powyższy temat. Zdrowie migrantów jest determinowane wieloma czynnikami, przede wszystkim jednak zależy od warunków mieszkaniowych, niedożywienia czy środowiska pracy, a cudzoziemcy często należą do najuboższych grup społecznych.

Najczęstszy problem zgłaszany przez personel medyczny stanowią nieporozumienia związane z wizytami kontrolnymi [4]. Większość imigrantów nie stawia się na wyznaczoną wizytę w głównej mierze z powodów finansowych, prawnych czy praktycznych (uważają się za wyleczonych i twierdzą, że nie potrzebują kolejnej wizyty) [4].

Kolejną trudnością w udzielaniu świadczeń zdrowotnych imigrantom jest wypisywanie recept dla osób nieubezpieczonych bądź nieposiadających stałego adresu zamieszkania [4]. Znacząca liczba leków w Polsce dostępna jest na receptę. Lekarz ma prawo wypisania recepty tylko i wyłącznie z danymi osobowymi pacjenta (imię i nazwisko), jednak apteki realizujące receptę bardzo często wymagają dodatkowo adresu zamieszkania [4].

Imigranci są grupą, która szczególnie potrzebuje usług świadczonych przez psychologów, a głównym czynnikiem determinującym zapotrzebowanie na te usługi są przeżycia związane z opuszczeniem ojczystego kraju. Bardzo często rozwija się u nich syndrom stresu pourazowego, ale także sama imigracja jest procesem wyjątkowo stresogennym [4]. Uważa się (Grzymała-Moszczyńska [15]), że

niewystarczająca wiedza wśród lekarzy na temat warunków i potencjalnych schorzeń psychologicznych staje się często przeszkodą w udzieleniu odpowiedniej pomocy.

Ważną barierą dla imigrantów okazuje się także sposób prezentacji i formy danych [4]. Znajomość swoich uprawnień nie zawsze oznacza bowiem zrozumienie działania systemu opieki zdrowotnej w danym kraju i analogicznie – zrozumienie funkcjonowania systemu nie zawsze oznacza znajomość uprawnień przysługujących cudzoziemcom. Flagowym przykładem takiej nieznajomości są problemy ze znalezieniem odpowiedniego specjalisty [4].

Innym niezwykle istotnym utrudnieniem jest obowiązek wcześniejszej rejestracji do danego specjalisty, co dla osoby, która nie zna funkcjonowania obowiązującego systemu stanowi czynnik znacząco utrudniający korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, a dla osób niepotrafiących porozumieć się w języku kraju, w którym się aktualnie znajdują – dodatkowo czynnik odstraszający [4].

Następnym elementem ściśle powiązanym z obowiązkiem rejestracji są kolejki do specjalistów, jednakże jest to utrudnienie, które obejmuje zarówno cudzoziemców, jak i obywateli danego kraju [4].

Bariery językowe tworzą także jeden z najistotniejszych problemów w korzystaniu przez imigrantów ze świadczeń opieki zdrowotnej i wpływają na utrudnienia w dostępie do usług, na jakość leczenia, a także na jego ostateczny wynik [4]. Właściwe określenie przypadku chorobowego, spisanie historii choroby, jak i przekazanie informacji dotyczących dalszej diagnostyki, może okazać się w praktyce niemożliwe bez odpowiedniego zrozumienia dwóch stron. Pamiętać należy, że problemy w komunikacji na linii lekarz-pacjent bywają kłopotliwe zarówno dla personelu, jaki i pacjenta, trudno bowiem porozumieć się, jeżeli druga strona tej informacji nie rozumie [16]. Z drugiej strony imigrant, który potrafi w podstawowym stopniu posługiwać się językiem kraju, w którym przebywa, może nie zrozumieć przekazu ze strony personelu medycznego w momencie, gdy używana jest profesjonalna terminologia. Podobny problem z niezrozumieniem przekazu może wystąpić w przypadku, kiedy imigrant próbuje zapoznać się z ulotką informacyjną, dostarczoną do zakupionego leku [16]. Jedną z prób rozwiązania tych kwestii są propozycje zapewnienia dostępności tłumaczy w placówkach medycznych.

Uważa się (Torrey [17]), że w przypadku imigrantów czynnikami blokującymi podejmowanie leczenia mogą być nie tylko obawy wynikające z nieznajomości przysługujących im praw, brak orientacji w funkcjonowaniu lokalnego systemu opieki zdrowotnej czy słaba znajomość, ale także niska ocena miejscowych technik leczniczych. Jako przykład autor [17] podaje Meksykanów, którzy negatywnie

oceniając techniki terapeutyczne stosowane w USA, zarzucają np. lekarzom brak empatii, a technikom – brak elementu związanego z duchowością czy religią.

Bariery kulturowe

Przeszkody kulturowe w dostępie imigrantów do świadczeń opieki zdrowotnej są niezwykle trudne do rozwiązania i zależą w głównej mierze od współpracy na linii personel medyczny-pacjent (imigrant) oraz wzajemnego zrozumienia [4].

Różnice kulturowe (Jaroszewska [18]) mają także duże znaczenie w diagnostyce, gdzie występują następujące przeszkody: bariery komunikacyjne, brak wiedzy na temat obcej kultury, chorób specyficznych dla danej kultury (nieznanie chorób), nierozpoznanie choroby ze względu na zjawisko patoplastyczności (kulturowa specyfika wyrażania zjawisk psychopatologicznych). O ile odmienne pochodzenie lekarza i pacjenta, np. w przypadku chorób somatycznych, może mieć niewielkie znaczenie w procesie diagnozowania, to już brak wiedzy na temat uwarunkowań kulturowych stanowi istotne utrudnienie w postawieniu poprawnej diagnozy pacjenta z problemami psychicznymi [18].

Bariery kulturowe mogą wpływać w dwojaki sposób na udzielane świadczenia zdrowotne – jedne mogą oddziaływać na jakość świadczonych usług, a inne – powodować całkowitą rezygnację z wizyt u lekarza [4].

W tym miejscu warto podkreślić, iż problemy w komunikacji lekarz-pacjent nie obejmują tylko bariery językowej. Reguły komunikacji wyznaczane są także przez różnego rodzaju normy kulturowe i obejmują zarówno system wartości, jak też system przekonań danej grupy społecznej [4]. W każdym stylu komunikacji występują bowiem liczne różnice, które mogą stanowić istotną barierę w prawidłowym korzystaniu z oferowanych świadczeń zdrowotnych. Również sam proces przekazywania diagnozy może okazać się niezwykle problematyczny [4].

W literaturze przedmiotu [4] podkreśla się, iż charakterystyczną dla kultur azjatyckich przeszkodą jest zjawisko tzw. „utraty twarzy". W przypadku pacjenta, będącego jednostką, która zajmuje wysoką pozycję w hierarchii społecznej, kompromitacją byłoby przyznanie się lekarzowi do niezrozumienia przekazanego komunikatu [4].

Kolejną różnicę kulturową utrudniającą dostęp do opieki medycznej w kontekście jakości świadczonych usług stanowi liczba szczegółów i zawartych informacji w przekazie [4, 19]. Przy zderzeniu kultur często okazuje się, że to, co jednym wydaje się oczywiste, wcale nie jest takie dla drugich [cyt. za 4]. Przykładem

idealnie obrazującym tę przeszkodę jest różny sposób reakcji na ból, co ma wpływ na trudność w określeniu, na ile dany stan zdrowia pacjenta jest poważny [19].

Brak wiedzy o kraju pacjenta może także powodować niezrozumienie przez lekarza żartu wypowiedzianego przez chorego, aluzji czy też podanego przykładu, co w konsekwencji może doprowadzić do mylnej interpretacji zarówno sytuacji pacjenta, jak i jego samopoczucia oraz stanu zdrowia [18]. Sowa [cyt. za 20] twierdził, że *zdrowy jest każdy, kto jest taki, jakimi są ludzie stanowiący liczebną większość w danej zbiorowości*. W związku z tym, problemem może być także interpretacja zachowania pacjenta, bowiem to co w kulturach niezachodnich mieści się w granicach normy (np. słyszenie głosów, rozmowy z duchami), w kulturze Zachodu może być traktowane jako objaw choroby psychicznej [18].

W literaturze przedmiotu [cyt. za 18], zwraca się uwagę, iż znajomość danej kultury może pokonać trudności w stawianiu diagnozy, co bardzo dobrze obrazują choćby problemy żołądkowe pacjentów, które mogą wynikać z ograniczeń żywieniowych obowiązujących podczas ramadanu.

W stawianiu diagnozy nie można także zapominać, o tzw. etnohistorii (znajomości tła historycznego danej kultury) – za przykład powyższego Płaszewska-Żywko [21] podaje przypadek starej Żydówki, która reagowała strachem na widok łazienki. Lekarze podejrzewali u niej klaustrofobię lub niechęć do mycia, a w rzeczywistości jej stany lękowe były związane z przebywaniem w czasach młodości w obozie koncentracyjnym. W obozach tych zagazowywano więźniów w łaźni, a zwabiano ich tam pod pretekstem konieczności skorzystania z pryszniców. Jednak zamiast wody ulatniał się ze słuchawek prysznicowych śmiercionośny gaz.

Wymienione wyżej bariery mają istotny wpływ na poziom zaufania, jakim pacjent-imigrant obdarza określony system opieki zdrowotnej.

Imigranci, znajdujący się w kraju goszczącym, którzy dotychczas funkcjonowali w innym systemie opieki zdrowotnej, mogą mieć zupełnie inne oczekiwania dotyczące świadczeń medycznych [4]. Dobrym przykładem jest porównanie Polski i Czeczenii w przypadku stosowania antybiotyków [21]. W Polsce aktualnie odnotowuje się trend ograniczający wypisywanie i stosowanie antybiotyków z uwagi na liczne skutki uboczne, natomiast w Czeczenii ma miejsce odwrotna sytuacja – kraj ten charakteryzuje się dużą powszechnością i dostępnością stosowania antybiotyków. Pacjenci pochodzący z Czeczenii mogą zatem być w Polsce rozczarowani nieodpowiednią, w ich mniemaniu, formą prowadzenia terapii [21].

Ze względu na różną dostępność do usług medycznych w kraju pochodzenia pacjenta innego kulturowo może on być zwyczajnie nieprzyzwyczajony do kontaktowania się z lekarzem w przypadku niektórych chorób lub zgłasza się do niego, kiedy choroba jest już w stanie bardzo rozwiniętym [cyt. za 4]. Ważna jest także

kwestia sposobu prewencji chorób, gdyż nieświadomość i niewiedza na ten temat mogą prowadzić choćby do niechęci poddawania się szczepieniom [cyt. za 4].

Wszystkie powyższe problemy wiążą się ściśle z rozumieniem przez poszczególnych ludzi definicji zdrowia [4]. Medycyna zachodnia, jak podkreśla Jabłecka [4], w przeciwieństwie do ludowych wierzeń w zakresie zdrowia czy też tradycyjnych (holistycznych, czyli całościowych) systemów opieki zdrowotnej, upatruje źródła choroby tylko i wyłącznie w organizmie człowieka. Pozostałe systemy postrzegają zdrowie jako zjawisko nieco bardziej złożone i etiologię chorób tłumaczą np. zjawiskami nadprzyrodzonymi [4]. Według niektórych grup pacjentów terapia prowadzona zgodnie z zasadami medycyny zachodniej może wydawać się niewystarczająca, często też pacjenci, mimo zaleceń lekarza, wolą korzystać z prywatnych medykamentów [4].

Wyjątkowo ważna w procesie leczenia jest, sama w sobie, relacja lekarz-pacjent [4]. W ujęciu holistycznym lekarz powinien nie tylko zwracać uwagę na aspekt biologiczny choroby, ale również psychologiczny, społeczny czy środowiskowy, w związku z tym poświęcić więcej czasu pacjentowi niż w modelu biomedycznym, uwzględniającym tylko i wyłącznie czynniki biologiczne. Jest to tym samym kolejny element prowadzący do braku satysfakcji z konsultacji lekarskiej i zwiększający poczucie braku zaufania do personelu medycznego. Odwrotna sytuacja może spotkać się bowiem z poczuciem lekceważenia przez imigrantów [4].

Okazywanie zrozumienia dla obyczajów panujących w innej kulturze jest procesem ułatwiającym terapię i w pewnym stopniu znoszącym opór przed wizytą u lekarza [4]. W przypadku wielu społeczności bardzo ważna jest zasada starszeństwa i płci, więc np. wizyta osoby starszej u młodego wiekiem lekarza w niektórych grupach imigrantów może być czystym nietaktem. Innym przykładem może być karmienie pacjenta lewą ręką przez leworęczny personel, co w wielu kulturach azjatyckich jest niedopuszczalne, ponieważ ręka ta jest uważana za nieczystą [cyt. za 4].

Równie ważnymi czynnikami są czynniki religijne. Pacjenci mogą rezygnować z wizyt u lekarza np. z powodu obawy przed brakiem szacunku dotyczącego decyzji podjętych przez nich zgodnie z wyznawaną religią [4]. Szczególnie narażoną grupą w tym obszarze są Muzułmanie, a za przykład może posłużyć choćby fakt, iż kobiety wyznania muzułmańskiego oczekują dostępu do lekarzy tej samej płci, zwłaszcza jeżeli chodzi o gabinety ginekologiczne [21]. Ponadto kobiety Muzułmanki odczuwają duży wstyd w momencie rozebrania się przed lekarzem. Identyczna sytuacja ma miejsce w przypadku mężczyzn wyznania muzułmańskiego i kobiet będących lekarzami. Również zachowaniem nie na miejscu jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego między lekarzem a pacjentem przeciwnej płci oraz

uściśnięcie dłoni pacjentki przez lekarza płci męskiej. Innymi cechami charakterystycznymi dla wyznawców Islamu jest przestrzeganie restrykcyjnych zasad żywieniowych (niespożywanie wieprzowiny, mięsa niezabitego w sposób rytualny oraz alkoholu), unikanie spożywania niektórych preparatów leczniczych z powodu obaw, że mogą zawierać śladowe ilości ww. mięsa lub alkoholu czy też nieakceptowanie niektórych zabiegów operacyjnych (np. transplantacji narządów) [22].

Wstyd, obawa i strach jako bariery kulturowe mają ogromne znaczenie w odniesieniu do zaburzeń psychicznych [18]. Shing i wsp. [23] za przykład podają społeczność azjatycką, gdzie zalecenie sprawdzania, czy narzeczona nie leczyła się psychicznie, oznacza utratę szansy na zamążpójście. W przypadku chorób psychicznych podjęcie leczenia psychiatrycznego wynika z lęku przed stygmatyzacją, lęku przed tzw. utratą twarzy (kraje azjatyckie) czy też wstydu (kraje Ameryki Południowej) [23].

Mnogość religii i obyczajów pacjentów innych kultur nie oznacza, iż profesjonaliści medyczni muszą realizować wszelkie zasady obowiązujące w danej kulturze. Najważniejszym elementem w sytuacji zderzenia dwóch różnych kultur powinna być chęć osiągnięcia porozumienia, gotowość pójścia na kompromis oraz ogólna wrażliwość obu stron (lekarza i pacjenta) na siebie nawzajem. Problemy o charakterze kulturowym wymagają bowiem nakładu pracy od wszystkich osób biorących udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym [4].

Zjawisko dyskryminacji

W dostępie do świadczeń zdrowotnych imigranci mają do czynienia ze zjawiskiem dyskryminacji na dwóch poziomach: instytucjonalnym, którego nie da się całkowicie uniknąć, oraz poziomie indywidualnym [4].

Dyskryminacja na poziomie instytucjonalnym to najczęściej całkowity brak lub niejasność rozwiązań legislacyjnych odnoszących się do zasad korzystania cudzoziemców z procedur i usług medycznych [4].

Dyskryminacja na poziomie indywidualnym to poważne utrudnienie w dostępie imigrantów do świadczeń zdrowotnych pod względem obniżenia jakości wykonywanych świadczeń, kształtowaniu się oporu wobec procesu leczenia, a w konsekwencji do niechęci do kontaktów z lekarzem [4].

Imigranci jako mniejszość narodowa mogą czuć się dyskryminowani z powodu jednego lub kilku czynników pochodzenia strukturalnego, kulturowego, językowego lub religijnego. Działania dyskryminacyjne lekarzy mogą być wywoływane

wieloma czynnikami – najczęściej są to różnego rodzaju uprzedzenia wobec cudzoziemców [4]. Wyniki badań (Klorek [24]) pokazują, że w Polsce 19% obcokrajowców ubiegających się o status uchodźcy doświadczyło nieprzyjemnego traktowania lub dyskryminacji.

Podsumowanie

W pierwszej połowie 2013 roku liczba osób ubiegających się o nadanie statusu uchodźcy wyniosła 10 407 i osiągnęła najwyższą wartość w dotychczasowej historii [25]. Najczęściej o status uchodźcy ubiegali się obywatele rosyjscy (ponad 9 000 razy), Gruzini (761), Syryjczycy (144) oraz Ormianie (126) [25].

Pamiętać należy [26], iż osobom, którym przyznano status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub pobyt tolerowany w Polsce przysługuje takie samo traktowanie w zakresie opieki medycznej i pomocy społecznej jak Polakom. Powyższe wydaje się mieć istotne znaczenie odnośnie właściwego traktowania tej grupy w czasie korzystania przez nich z przysługujących świadczeń, w tym zdrowotnych.

Interesujących danych w powyższej kwestii dostarczają badania Laskowskiego i wsp. [27], dotyczące postaw 151 studentów kierunków medycznych wobec uchodźców jako przyszłych odbiorców usług medycznych. Niemal połowa ankietowanych (46,4%) była zdania, iż stan zdrowia uchodźców jest przeciętny. W kwestiach dostępu do opieki zdrowotnej na równych prawach z obywatelami polskimi, ankietowani byli najbardziej przychylni mniejszości żydowskiej, a najmniej – mniejszości arabskiej. Za najbardziej znaczący problem dotykający personelu medycznego wskazali barierę językową – 94,7% [27]. Kolejne, równie dotkliwe problemy u przyszłych medyków, pojawiające się w codziennych kontaktach na linii personel medyczny – uchodźca, to: nieznajomość i niezrozumienie zasad innej religii (66,2%), odmienne rozumienie pojęcia zdrowego trybu życia (62,3%) oraz niechęć do mówienia o niektórych dolegliwościach (53%). Ankietowani za najmniejszy problem uznali brak zdyscyplinowania pacjentów podczas leczenia (37,7%) [27]. O tym, że uchodźcy korzystają ze świadczeń zdrowotnych przekonanych było 34,5% respondentów. Większość ankietowanych (52,3%) była zdania, iż personel medyczny w kontaktach z pacjentami o odmiennych zwyczajach kulturowych może być narażony na pewne problemy. W kontekście kształtowania wrażliwości wielokulturowej jako kwestie wymagające największej pracy, ankietowani uznali monitorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego w ośrodkach dla uchodźców (70,2%) oraz nabywanie kompetencji zawodowych przez studentów

(59,5%) [27]. Zdaniem respondentów, obszarem najbardziej rozwiniętym w poruszanej kwestii, było zapewnienie przez państwo podczas leczenia uchodźców stałej pomocy tłumaczy dla pracowników ochrony zdrowia (57%). Większość ankietowanych nie umiała udzielić odpowiedzi na pytanie, czy polskie prawo przewiduje opiekę medyczną dla cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy (59,6%) oraz nie wiedziała, kto jest lekarzem pierwszego kontaktu dla uchodźców (58,3%) [27]. W opinii badanych największe trudności mogą stanowić zabiegi wymagające transfuzji krwi (44%), operacje związane z przeszczepami organów (31%), rzadziej zabiegi ginekologiczne (17,2%), porody (4,3%), zabiegi stomatologiczne (2,6%) i operacje plastyczne (0,9%). W opinii 35,8% studentów, tematy związane z problematyką opieki medycznej dotyczącej uchodźców powinny być przedmiotem nauczania na studiach medycznych [27].

Podsumowując, należy podkreślić, iż trzeba podjąć działania, które pozwolą zniwelować częściowo lub całkowicie wszystkie bariery występujące w dostępie do opieki zdrowotnej wśród imigrantów. Należy również pamiętać, że zapewnienie równego dostępu imigrantom oraz obywatelom do usług medycznych musi być związane z ogólnym podniesieniem świadomości społecznej o problemach cudzoziemców i konieczności objęcia tej grupy możliwością korzystania z ochrony zdrowia [cyt. za 4].

Piśmiennictwo

1. Romero-Ortuno R., *Access to health care for illegal immigrants in the EU: should we be concerned?*, „*European Journal of Health Law*", 2004, nr 11, s. 245-272.
2. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka [online], http://libr.sejm.gov.pl/tek01/txt/onz/1948.html, data pobrania: 03.02.2015.
3. Cylkowska-Nowak M., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Poznań 2008.
4. Jabłecka B., *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012.
5. Chrzanowska A., Klaus W., *Poprawa dostępu migrantów do opieki zdrowotnej. Rekomendacje wynikające z przeprowadzonych badań*, (w:) *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, Chrzanowska A., Klaus W. (red.), Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, s. 9-22.
6. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483).

7. Collantes S., *Czy osoby ubiegające się o nadanie statusu uchodźcy oraz nieudokumentowani migranci mają dostęp do opieki medycznej w Unii Europejskiej? Porównanie sytuacji w 16 krajach*, (w:) Chrzanowska A., Klaus W. (red.), *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, s. 113-142.
8. *Access to healthcare and living conditions of asylum seekers and undocumented migrants in Cyprus, Malta, Poland and Romania*, HUMA Network, 2010, 17.
9. Cuadra C. B., Cattacin S., *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in the EU 27 and Switzerland: Towards a Comparative Framework*, Health Care in Nowhereland, 2011.
10. Alexander S., *Humanitarian Bottom League? Sweden and the Right to Health for Undocumented Migrants*, „*European Journal of Migration and Law*", 2010, nr 12, s. 215-240.
11. Maśliński K., *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, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej,* Warszawa 2011, s. 23-44.
12. Cinciara D., Dudzik K., Lewczuk A., Pinkas J., *Liczba, charakterystyka i zdrowie imigrantów w Polsce, „Problemy Higieny i Epidemiologii"*, 2012, nr 93 (1), s. 143-150.
13. Cinciara D., Goryński P., Seroka W., *Hospitalizacja migrantów w Polsce , „Problemy Higieny i Epidemiologii"*, 2011, nr 92 (3), s. 497-503.
14. Gulliford M., Hughes D., Figeroa-Munoz J., Hudson M., Connell P., Morgan M., Beech R., Gibson B., Arumugam C., Mohiddin A., Sedgwick J., *Access to Health Care. Report of a Scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO)* [online], http://www.nets.nihr.ac.uk/data/assets/pdf_file/0015/82410/ES-08-1009-005.pdf, data pobrania: 03.02.2015.
15. Grzymała-Moszczyńska H., *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej,* (w:) Chrzanowska A., Klaus W. (red.), *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, s. 143-160.
16. Yeo S., *Language Barriers and Access to Care, „Annual Review of Nursing Research*", 2004, nr 22, s. 59-73.
17. Torrey E. F., *Czarownicy i psychiatrzy*, PIW, Warszawa 1981.
18. Jaroszewska E., *Kultura, jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje"*, 2013, nr 21, s. 72-84.
19. Horgas A. L., Yoon S. L., Nichols A. L., Marsiske M., *The relationship between pain and functional disability in black and white older adults, „Research in Nursing and Health*", 2008, nr 31, s. 341-354.
20. Kopczyński J., Siciński A., *Człowiek – środowisko – zdrowie*, Komitet Prognoz „Polska w XXI wieku", Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1990.
21. Płaszewska-Żywko J., *Model Joyce Newman Giger i Ruth Elanie Davidhizare,* (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 206-213.

22. Konferencja: *Różnice kulturowe barierą w dostępie do opieki medycznej* [online], http://wiadomosci.onet.pl/kraj/konferencja-roznice-kulturowe-bariera-w-dostepie-do-opieki-medycznej/ckwzs, data pobrania: 03.02.2015.
23. Tseng W. S., McDermott J. F., *Culture, Mind And Therapy*, Brunner/Mesel Inc., New York 1981.
24. Klorek N., *Ochrona zdrowia nieudokumentowanych migrantów i osób ubiegających się o ochronę międzynarodową w Polsce*, (w:) *Poza systemem. Dostęp do ochrony zdrowia nieudokumentowanych migrantów i cudzoziemców ubiegających się o ochronę międzynarodową*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2011, s. 45-112.
25. Uchodźcy/Urząd do spraw Uchodźców [online], http://udsc.gov.pl/uchodzcy-2/, data pobrania: 24.02.2015.
26. Pomoc dla uchodźców [online], www.polskapomoc.gov.pl/Pomoc,dla,uchodzcow,7.html, data pobrania: 24.02.2015.
27. Laskowski K., Krajewska-Kułak E., Fiłon J., *Uchodźcy, jako przyszli odbiorcy usług medycznych, w percepcji studentów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*, *„Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne"*, 2015, nr 5, s. 159-171.

Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda, Agnieszka Lankau

WPŁYW RELIGIJNOŚCI NA ZDROWIE

Wprowadzenie

Filed [1], w zależności od uwarunkowań kulturowych, wyróżnia pięć rodzajów reakcji na chorobę:

- religijną – akceptującą chorobę i śmierć bez zastrzeżeń, ze względu na uwarunkowane działaniem sił wyższych, niepodlegających kontroli człowieka i przypisującą im znaczenie symboliczne („Bóg dał, Bóg wziął", „kara za grzechy");
- magiczną – jako próbę zajęcia postawy czynnej wobec choroby, traktowanej jako rezultat działania bogów lub innych tajemnych mocy, których przychylność trzeba zdobyć (np. modlitwa za zmarłego, składanie ofiar);
- opiekuńczo-pielęgnacyjną – wiążącą się z psychologiczną opieką i emocjonalnym wsparciem pacjenta, ukierunkowaną na zmniejszenie stresu pacjenta i wzbudzenie poczucia zaufania i bezpieczeństwa;
- medyczną (instrumentalną) – obejmującą świadczenia związane z opanowaniem choroby za pomocą środków naukowych.

Pargament [2] natomiast zwraca uwagę na trzy sposoby „religijnego" radzenia sobie z chorobą:

- współpracujący – traktujący chorobę jako aktywny kontakt z Bogiem, a religię jako fragment jednego z elementów procesu radzenia sobie ze stresem (np. interpretowanie sytuacji stresowej w kategoriach próby, kary łaski lub zadania);
- pasywny – uważający, że religia wywiera całościowy wpływ na proces radzenia sobie z chorobą, prowadzący do zaakceptowania choroby i uznania jej za swój los, czego konsekwencją może być np. odwlekanie decyzji oraz wyborów związanych z procesem leczenia;

- aktywny – gdy religia stanowi skutek procesu w wyniku istotnego przewartościowania postaw religijnych.

Religijne radzenie sobie ze stresem może stanowić specyficzną strategię, odmienną od strategii zorientowanych zadaniowo czy emocjonalnie [3, 4].

Zdaniem Wandrasz [5], głęboka religijność uczy człowieka szacunku dla innych i siebie samego, podkreślając jego wewnętrzną godność i wartość. Może być ona pomocna w przezwyciężaniu poczucia brak własnej wartości, nieadekwatności i niekompetencji [5].

Religijność człowieka wiąże się z pozytywnym wpływem na jego zdrowie i inne szeroko pojmowane aspekty życia. Może korelować z przeżyciami człowieka, różnymi doświadczeniami, a także przyjmować mniej lub bardziej dojrzałe formy. Religia pozwala na określenie tożsamości, ułatwia nadawanie znaczenia życiu, znajdowanie miejsca w społeczeństwie i w stosunku do społeczeństwa, a także porządkowanie struktur życia psychicznego, sprzyja rozwojowi, dojrzałości, a także zdrowiu jednostki [6]. Odgrywa również istotną rolę w przystosowaniu się do warunków życiowych, w tym także do pracy zawodowej oraz ma wpływ na postępowanie ludzi i podejmowane przez nich decyzje moralne [7, 8]. Krymska zaś uważa, że wiara determinuje sposób postrzegania choroby i śmierci, a także niejednokrotnie określa metody leczenia i pielęgnowania [9].

Pozytywne aspekty wpływu religijności na zdrowie

W piśmiennictwie [10, 11, 12, 13, 14] podkreśla się, iż religijność może być powiązana z tzw. dobrostanem psychicznym w wyniku traktowania niepomyślnych wydarzeń życiowych jako szansy duchowego i osobistego rozwoju, a także poprzez odnajdywanie w negatywnych zdarzeniach głębszego sensu i w zachowaniu nadziei, co koreluje także dodatnio z satysfakcją z życia i ze szczęściem.

Z badań Czapińskiego [15] wykonanych w ramach tzw. weryfikacji „cebulowej" teorii szczęścia wynika, że praktyki religijne Polaków sprzyjały przede wszystkim zadowoleniu ze stanu własnego zdrowia, wyższej ocenie jakości życia, lepszemu samopoczuciu, większej nadziei na przyszłość, pozytywnemu bilansowi doświadczeń emocjonalnych, radości życia, oraz z osiągnięć osobistych.

Tygodnik katolicki „*Niedziela*" [16], powołując się na literaturę zachodnią, przedstawił wyniki badań przeprowadzonych na judaistycznym Uniwersytecie Yeshiva w Nowym Yorku, z których wynikało, iż *religia ma istotny wpływ na kondycję fizyczną człowieka. Ludzie religijni, biorąc pod uwagę dane statystyczne, są*

zazwyczaj zdrowsi, żyją dłużej i rzadziej zapadają na choroby sercowe. Naukowcy nie widzą w tym elementu cudowności, ale dostrzegają fakt, że religia zapewnia pokój wewnętrzny, co redukuje towarzyszący nam nieustannie stres, poza tym ludzie religijni odżywiają się zdrowiej i rzadziej sięgają po szkodliwe dla zdrowia używki, takie jak papierosy czy alkohol. Naukowcy z Yeshiva University przeprowadzili niedawno badania nad wpływem religijności na zdrowie na blisko stutysięcznej grupie kobiet między 50. a 70. rokiem życia. Badania potwierdziły, że w tej grupie kobiety, które przyznawały się do głębokiej wiary rzadziej zapadały na choroby sercowo-naczyniowe. Naukowcy obliczyli, że ryzyko śmiertelności zmniejszyło się o 20 proc. Ich zdaniem, nie wszystko da się wytłumaczyć zdrowszym stylem życia ludzi głęboko wierzących. W badaniach wyszło nam coś, czego do końca nie rozumiemy – tłumaczył kierownik zespołu dr Eliezer Shnall.

W wywiadzie udzielonym „*Nowinom Rzeszowskim*" kardiolog Stanisław Mazur [17], dyrektor Centrum Medycznego „Medyk" w Rzeszowie podkreślił, że *ludzie wierzący i praktykujący są mniej podatni na choroby wieńcowe. Mają niższe ciśnienie tętnicze krwi, tak skurczowe, jak rozkurczowe. Są bardziej systematyczni i konsekwentni w leczeniu nadciśnienia, a przez to mają lepsze wyniki zdrowotne. Wśród osób wierzących i praktykujących występuje niższa śmiertelność, aniżeli u niepraktykujących. Ale być może łączy to się też z tym, że są religie, które zwyczajowo preferują w diecie m.in. oliwę z oliwek, ryby, a niwelują wieprzowinę. Dowiedziono, że osoby wierzące i praktykujące statystycznie mniej się objadają*.

Religijność i skupienie się na wartościach duchowych wpływa nie tylko na zdrowie psychiczne, ale również fizyczne, gdyż zaobserwowano pozytywny wpływ szeroko rozumianej religijności na choroby, takie jak np. nowotwory i nadciśnienie tętnicze [18, 19, 20, 21].

Badanie przeprowadzone przez Koeniga [22] na grupie 337 pacjentów oddziału internistycznego, kardiologicznego i neurologicznego wykazało, że aż 90% badanych używało religii, jako sposobu radzenia sobie z chorobą, a 40% badanych sądziło, że religia była ważnym czynnikiem dającym im nadzieję na pokonanie choroby.

Zdaniem Pargamenta [2], religia nabiera specjalnego znaczenia w sytuacjach, gdy dochodzi do wyczerpania osobistych i społecznych sposobów radzenia sobie z chorobą, a człowiek zaczyna zdawać sobie sprawę z własnej ograniczoności.

W fachowym piśmiennictwie [10, 23, 24, 25] podkreśla się, iż ukierunkowanie się ku wartościom religijnym stwarza możliwość uzyskania specyficznego (duchowego) wsparcia, poczucia, że istnieje jakaś siła wyższa, wytyczenia kolejnych celów życiowych oraz różnych interpretacji obecnej sytuacji. Duchowość staje się swoistym rezerwuarem pomagającym w przezwyciężeniu kryzysów psychicznego

i fizycznego, które przyczyniają się do obniżania poziomu lęku, stresu i depresji, a także przystosowania do choroby i wynikających z niej ograniczeń oraz do podwyższenia jakości życia. Efekt pozytywny dotyczący radzenia sobie z chorobą poprzez religię, zaobserwowano [10, 23, 24, 25] zwłaszcza w przypadku pacjentów chorych na raka, a także osób starszych, doświadczających ograniczeń związanych z pogorszeniem się zdrowia, sprawności oraz obniżeniem aktywności życiowej.

W opinii Janiszewskiej [7] i Wandarasz [5], dyskusja na temat wpływu religijności na życie pacjenta w odniesieniu do badań medycznych jest rzeczą trudną, ponieważ wymaga przeredagowania ludzkiej duchowości na protokoły badawcze. W literaturze przedmiotu często stawiane jest pytanie, które ma wskazać na element łączący religię z medycyną. Opisywane są w niej przykłady chorych, którzy w religijności odnajdują źródło siły, dzięki czemu są w stanie przezwyciężać niewyobrażalne cierpienia, a swoją postawą potrafią wskazywać przykład innym [5, 7].

Barnes [cyt. za 7] uważa, iż wspólną płaszczyzną dla duchowości, religijności i medycyny jest cierpienie. Podobnego zdania jest Geertz [cyt. za 7], który podkreśla, iż *ponadkulturową rolą religii jest czynienie cierpienia bardziej znośnym*.

King i Bushwick [cyt. za 26] podają, że w ramach prowadzonego przez nich projektu badawczego 48% hospitalizowanych pacjentów wyrażało pragnienie, aby lekarz ich prowadzący uczestniczył z nimi we wspólnej modlitwie.

W badaniach Libiszowskiej-Żółtkowskiej [27], obejmujących ogólnopolską próbę inteligenckich zawodów, w grupie lekarzy stwierdzono największą religijność (77,2%) oraz najmniejszy odsetek ateistów (9,1%).

W 2004 roku w Nowym Jorku [28] poddano ocenie 1 100 lekarzy amerykańskich i wykazano, że 72% z nich uważało, iż religia nadaje sens ich życiu, 58% uczęszczało przynajmniej raz w miesiącu na spotkania modlitewne swojej wspólnoty religijnej, 46% twierdziło, że modlitwa spełnia bardzo ważną rolę w ich życiu, 67% zachęcało swoich pacjentów do modlitwy, 51% modliło się za swoich pacjentów, a 37% wierzyło w realność cudów opisanych w Biblii. Natomiast zdaniem 47% badanych religia ma pozytywny wpływ na zdrowie.

Holland i wsp. [29] swoimi badaniami objęli grupę chorych na czerniaka złośliwego i stwierdzili zależności pomiędzy efektywnością mechanizmów adaptacyjnych a poziomem stresu i religijności. Pacjenci uzyskujący wysokie wyniki na skali religijności, częściej wykorzystywali aktywno-poznawcze sposoby radzenia sobie z przeciwnościami związanymi z chorobą i potrafili dostrzegać pozytywne strony swojej sytuacji. Zdaniem badaczy [29], uzyskane wyniki wskazują na związek pomiędzy aktywną formą poznawczego radzenia sobie a wiarą religijną oraz na fakt, iż przekonania religijne mogą być pomocne w odnajdywaniu sensu własnej choroby.

Krajewska-Kułak i wsp. [30] badaniami objęli 175 studentów kierunku pielęgniarstwo i wykazali, iż najbardziej pożądaną (77,7%) przez respondentów osobą do udzielania wsparcia duchowego w hospicjum jest stały duchowny. Pozostali wskazywali: siostrę zakonną lub pielęgniarkę (po 34,3%), lekarza (24,0%), osoby po stracie kogoś bliskiego (16,0%), kleryków (13,1%), świeckich członków ruchów religijnych (12%) oraz świeckich szafarzy Eucharystii (8,0%). Zdaniem większości ankietowanych, kapelan hospicyjny powinien udzielać pomocy duchowej w pierwszym rzędzie choremu (84,6%), a potem jego rodzinie (60,0%) i personelowi (18,9%) [30]. Najbardziej pożądanymi praktykami religijnymi w hospicjum były msza św. (62,3%), rozważanie tekstów Pisma Świętego (33,1%), modlitwa różańcowa (33,1%), a także Droga Krzyżowa (14,2%) oraz lektura książek religijnych (6,3%). Większość badanych (98,8%) uznała, iż w hospicjum każdy chory powinien mieć zapewniony kontakt z osobą duchowną swojego wyznania [30].

W wielu innych badaniach [2, 5, 26] także podkreśla się, że przynależność religijna może pomagać radzić sobie w terminalnej fazie choroby. Należy pamiętać, iż w przypadku zdiagnozowania nowotworu pacjenci stawiają czoła kryzysom natury biologicznej i egzystencjalnej, a religia może pomagać im w radzeniu sobie z tym poprzez dostarczenie aktywnej struktury do stawiania czoła kryzysom, odwoływanie się do wartości moralnych i takiego modelu zachowania, który umożliwi im realizowanie wyższych wartości oraz nadanie głębszego znaczenia swojemu życiu [2, 5, 26].

Kaczorowski [31] prowadził badania wśród osób z zaawansowaną chorobą nowotworową, a ich celem było sprawdzenie teorii, czy lęk jest tym niższy, im wyższa jest religijność personalna. Autor stwierdził zależność pomiędzy wysoką religijnością a lękiem – stanem, ujawnianym w sytuacji zagrożenia oraz lękiem – cechą, charakterystyczną dla danej jednostki [31].

Janiszewska [32] wykonała podobne badania wśród kobiet z nowotworem piersi oczekujących na operację i wykazała, że personalny typ religijności wpływał na obniżenie poziomu lęku – stanu, będącego reakcją na sytuację związaną z leczeniem.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Kinney i wsp. [33] w populacji pacjentów z nowotworem okrężnicy wykazały, iż świadomość przynależności religijnej rokowała przeżycie, natomiast słabsze wsparcie emocjonalne – przyspieszało postęp choroby.

Z kolei badania Bjorck i Cohena [3] potwierdzają fakt, że religijne radzenie sobie ze stresem stanowi specyficzną strategię, inną niż taktyki zorientowane zadaniowo czy emocjonalnie.

W opinii Bjorck i wsp. [3], Holland i wsp. [29], Onga i wsp. [4] oraz Wandrasz [5], przynależność religijna może być bardzo pomocna w radzeniu sobie w terminalnej fazie choroby, zwłaszcza w przypadku zdiagnozowania nowotworu. Zdaniem autorów, pacjenci wyznający światopogląd oparty na religii, odwołują się często do wartości moralnych i preferują takie zachowania, które umożliwiają im realizowanie wyższych wartości i nadają głębsze znaczenia ich życiu [3, 4, 5, 29].

Wielu pacjentów (Sloan [cyt. za 5]), pod wpływem stresu związanego z doświadczeniem choroby bardziej zwraca się ku religii, a argumentuje się to faktem, iż wiara staje się jednym ze sposobów radzenia sobie z chorobą. Sami pacjenci w znacznym odsetku (79%) są przekonani o tym, że wiara pomaga ludziom wyzdrowieć oraz że lekarze powinni rozmawiać z nimi o przeżyciach natury religijnej (63%) [cyt. za 5]. Odmienne wyniki zaś uzyskał Feifel [34] badając osoby nieuleczalnie chore oraz zdrowe, ponieważ nie zauważył żadnego wpływu religijności na lęk przed śmiercią zarówno w jego formie świadomej, jak i nieuświadomionej. Jednakże, zdaniem Lazarusa [35], religia jest czynnikiem redukującym depresję, a osoby mające świadomość, że w pełni zgadzają się z wolą Boga, rzadziej ulegają przygnębieniu w sytuacjach niesprzyjających.

Ze względu na fakt, iż bardzo istotną kwestię dla buddystów stanowi medytacja (*samādhi*), ciekawe wydają się być wyniki badań, jakie uzyskał Kelly [36]. W literaturze przedmiotu [36, 37] podkreśla się m.in. pozytywny wpływ medytacji na układ immunologiczny człowieka, na pracę mózgu (zmiany w EEG) i na metabolizm człowieka. Wśród pozytywnych efektów medytacji, zweryfikowanych w badaniach, wymienia się m.in. wzrost świadomości własnych odczuć, lepsze radzenie sobie ze stresem i lękiem, a także wzrost koncentracji uwagi i wzrost zdolności empatycznych [36, 37].

Oman i wsp. [21] zajęli się analizą przeżywalności pacjentów w starszym wieku po przebytej operacji na otwartym sercu. Wykazali, że znamiennymi czynnikami ryzyka zgonu w okresie sześciu miesięcy po zabiegu były: brak przynależności do grup społecznych, stąd brak wsparcia społecznego oraz brak wypływającego z wiary poczucia siły i komfortu. Oba czynniki były niezależnie związane z ryzykiem zgonu. Osoby, u których one występowały, trzykrotnie częściej narażone były na ryzyko zgonu po przebytym zabiegu kardiochirurgicznym [21].

Matthews i wsp. [38] badali grupę 177 osób i ustalili, że głęboka religijność wiązała się nie tylko z mniejszym ryzykiem depresji, ale także z powrotem do zdrowia tych, którzy cierpieli z powodu depresji na początku programu badań. U 95 mężczyzn chorych somatycznie (w wieku 60 lat i powyżej) ze współwystępującą depresją, uwzględniono 27 zmiennych. Wewnętrzna religijność okazała się istotnie związana z większym prawdopodobieństwem remisji i faktycznie szybszą

remisją depresji [38]. W badaniach Koenig i wsp. [39] okazało się, że pacjenci, którzy korzystali z terapii poznawczo-behawioralnej z treściami religijnymi lub z samej opieki duszpasterskiej mieli po terapii znacząco mniejszą depresję w porównaniu z tymi, u których stosowano standardową terapię poznawczo-behawioralną. Z innych badań tych samych autorów [18], w których uczestniczyło 3 000 chorych, wynika, że religijne zaangażowanie wiązało się ze zmniejszeniem lęku (rozumianego jako stan) oraz lęku w ciągu życia (jako cecha) u osób w przedziale wieku 18-39 lat, ale nie u najstarszych (60-79 lat).

Mueller i wsp. [40] przytaczają wyniki prospektywnych badań Hixon i wsp., Oleckno i wsp., Azhar i wsp., które wykazały, że osoby religijne są mniej skłonne używać lub nadużywać alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. W badaniu grupy 1 014 mężczyzn (studentów medycyny) stwierdzono, że w ciągu dwudziestoletniego okresu kontrolnego prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu wśród religijnych studentów było o wiele mniejsze niż wśród ich niewierzących kolegów [cyt. za 40].

W opracowaniu Ellisa i wsp. [41], przeprowadzonym wśród lekarzy rodzinnych, 96% z nich wskazywało, że duchowy dobrostan ich pacjentów jest ważnym czynnikiem zdrowia.

Zdaniem Barnesa [cyt. za 42], wspólną płaszczyzną dla medycyny oraz religijności i duchowości jest cierpienie. Podobnie uważa antropolog Geertz [cyt. za 42] twierdzący, iż ponad/kulturowa rola religii polega na czynieniu cierpienia bardziej znośnym.

Według Holland [29] istnieje ścisły związek pomiędzy aktywną formą poznawczego radzenia sobie a wiarą religijną, w nadawaniu zaś znaczenia doświadczeniom choroby wydają się być pomocne przekonania religijne, bowiem *to one, podobnie jak praktyki i różnice kulturowe, dotyczą nie tylko preferowanych strategii radzenia sobie z tymi problemami, ale w znaczny sposób wpływają na przebieg leczenia oraz kształtują definicje oraz interpretacje problemu, formułowane nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeutę, w tym pielęgniarki i położne*.

Wandarasz [5] uważa, iż religia może ukazywać człowiekowi sens życia, a poprzez filozofię życia, system wartości, przekonań, praktyk, poczucie stabilności, religijność staje się bodźcem do pokonywania problemów dnia codziennego. W jego opinii głęboka religijność uczy człowieka szacunku nie tylko dla innych, ale także dla siebie samego, uwypuklając jego wewnętrzną wartość i godność, a co z kolei wydaje się być pomocne w przezwyciężeniu poczucia osobistej nieadekwatności, bezwartościowości i niekompetencji [5].

Koenig i wsp. [43] uważają, iż osoby silnie zaangażowane religijnie, lepiej radzą sobie ze zmianami w wyglądzie fizycznym, ponieważ ich poczucie dobrostanu i własnej wartości, nie jest związane tylko i wyłącznie z warunkami fizycznymi.

W literaturze przedmiotu [2, 5] podkreśla się, iż religijność wpływa również na poziom satysfakcji z życia. Osoby o silnych przekonaniach religijnych ujawniały bowiem wyższy stopień zadowolenia z życia, większe poczucie szczęścia i mniej psychospołecznych negatywnych konsekwencji traumatycznych wydarzeń życiowych niż te mało religijne [2, 5].

Wielu autorów [44, 45] podkreśla się, iż pacjenci religijni pokładają ufność w czymś więcej niż tylko w umiejętnościach osób ich leczących. Coraz częściej podkreśla się także rolę religijności w procesie „duchowego uzdrawiania", które polega na zastosowaniu modlitwy do zredukowania przyczyn negatywnego stanu emocjonalnego, w powiązaniu z głęboką wiarą i które nierzadko znajduje swój zewnętrzny skutek także w stanie somatycznym lub w tym, że pacjent zostaje zainspirowany do przezwyciężania dolegliwości [44, 45].

W literaturze przedmiotu (Rekas [46]) zwraca się uwagę, że strategie przystosowawcze podejmowane przez chorych nie wyłączają pierwiastka religijnego istniejącego w osobowości. W tym procesie tworzą się różne postawy wobec aktualnie przeżywanego cierpienia i choroby, w których religijność przyjmuje dominującą funkcję [46].

Foley (Szentmártoni [47]) na podstawie przeprowadzonych badań, odwołując się do różnych obrazów Boga w religijności człowieka, stworzył typologię jedenastu postaw wobec własnego cierpienia, takich jak postawy:

- ukaranego – fałszywy obraz Boga prowadzi do interpretacji cierpienia w kategoriach winy i kary;
- poddanego próbie – poczucie braku wdzięczności wobec Boga sprawia, że chory przyjmuje cierpienie jako próbę swojej wierności;
- nieszczęśliwego – wynika z fałszywego obrazu Boga, którego możliwości są ograniczone i który nie ma kontroli nad złem;
- uległości wobec praw natury – chory nie obarcza Boga winą za cierpienie, ale może mieć wątpliwości co do Jego dobroci i wszechmocy;
- rezygnacji wobec „woli Bożej" – to wyraz fatalistycznej wizji życia, która przyjmuje sadystyczny obraz Boga;
- akceptacji ludzkiego losu – nadzieja na koniec cierpienia oraz zaufanie do Boga prowadzą do przyjęcia cierpienia jako nieuchronnej konsekwencji życia ludzkiego;
- osobowego wzrostu – traktowanie choroby jako środka do osobowego wzrostu, ale bez akceptacji cierpienia i z poczuciem urazy względem Boga;

- defensywna – chory zaprzecza swojej chorobie i nadmiernie uruchamia takie mechanizmy obronne, jak: odrzucenie, tłumienie, izolacja, reakcje histeryczne, skrzywiona percepcja;
- minimalizowania – wiąże się z tym wdzięczność Bożej opatrzności, że ustrzegł przed czymś gorszym, a jednocześnie postrzega się Boga jako nieprzewidywalnego w wyborze;
- Bożej perspektywy – przyjmuje cierpienie jako doświadczenie niewytłumaczalne, któremu Bóg może nadać sens;
- odkupieńcza – dotyczy osób posiadających chrystocentryczną duchowość, która budzi nadzieję na duchowe korzyści ze zjednoczenia swojego cierpienia z Chrystusowym, która może przybierać różne formy: ofiarowania, jednoczącą, uczestniczącą, altruistyczną, poświęcającą, pokutującą, wynagradzającą, wstawienniczą.

Badania Koeniga [48] wykazały, iż 60% pacjentów kliniki chorób płuc przy Uniwersytecie w Pensylwanii stwierdziło, że przekonania religijne wpłynęłyby w sposób istotny na ich proces podejmowania decyzji dotyczących zalecanej terapii, 80% chorych zaś uznało, że byliby otwarci na rozmowy o ich przekonaniach religijnych, prowadzone z personelem medycznym.

W dwudziestoośmioletnim badaniu Kark i wsp. [49], w którym oceniali grupę 5 286 dorosłych (w wieku 21-65 lat) wykazano, iż wśród osób uczestniczących przynajmniej raz na tydzień w obrzędach i uroczystościach religijnych, prawdopodobieństwo śmierci było o 23% mniejsze (błąd ryzyka 0,77).

Podobnie Strawbridge i wsp. [50] w pięcioletnim badaniu 1 931 osób (wiek 55 lat i powyżej) wykazali, że prawdopodobieństwo śmierci było o 24% mniejsze wśród osób często uczęszczających na nabożeństwa niż wśród osób nieuczestniczących w obrzędach religijnych.

Clark [51] natomiast, w dziewięcioletnim okresie obserwacji przeprowadzonej w USA, opartej na reprezentatywnej grupie 22 080 dorosłych Amerykanów (w wieku 20 lat i powyżej) stwierdził, że ryzyko śmierci dla nieuczestniczących w religijnych obrzędach było o 1,87 wyższe od ryzyka osób praktykujących.

Koenig i wsp. [52] dokonali metaanalizy wyników 42 programów badawczych, w których uczestniczyło blisko 126 000 osób. Autorzy wykazali, że wysoce religijne osoby miały o 29% wyższe prawdopodobieństwo przeżycia w porównaniu z mniej religijnymi osobami [52].

McCullough i wsp. [53] analizowali związek religijnego zaangażowania z zapadalnością na zawał serca wśród osób żydowskiego pochodzenia. Niewierzący Żydzi w porównaniu z ortodoksami mieli znacząco większe prawdopodobieństwo pierwszego zawału mięśnia sercowego (wynosiło ono 4,2 u mężczyzn

i 7,3 u kobiet). Wśród czynników uwzględnianych w analizie znalazły się: wiek, pochodzenie etniczne, wykształcenie, palenie tytoniu, aktywność fizyczna, wskaźnik masy ciała (BMI) [53]. Autorzy [53] w prospektywnym dwudziestotrzyletnim programie badawczym, opartym na dużej próbce populacyjnej 10 059 Izraelitów, głównie pracowników służb cywilnych oraz samorządów lokalnych wykazali, że mężczyźni, ortodoksyjni Żydzi, mieli 20% mniejsze ryzyko choroby wieńcowej niż niereligijni Żydzi. Kolejne badanie prospektywne 232 osób (w wieku 55 lat i powyżej), które przeszły operację serca pozwoliło na stwierdzenie, że brak uczestnictwa w spotkaniach i działaniach grup społecznych, a także brak pokrzepienia pochodzącego z religii, stanowiły najbardziej niezmienne predykatory zgonu [53].

Koenig i wsp. [22] poddali analizie relacje między aktywnością religijną a ciśnieniem krwi u 3 963 osób, mieszkańców pewnej wspólnoty (w wieku 65 lat i powyżej). W programie badań wykorzystano dane z trzech okresów i uwzględniono następujące zmienne: wiek, płeć, pochodzenie etniczne, wykształcenie, stan wydolności fizycznej, wskaźnik BMI, poprzednie pomiary ciśnienia. W wyniku przeprowadzonej analizy ustalono, że osoby przynajmniej raz w tygodniu uczestniczące w uroczystościach religijnych, w porównaniu z rzadko uczestniczącymi, miały niższe skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi. Ponadto prawdopodobieństwo nadciśnienia rozkurczowego (przy wartości >90 mmHg) wśród często uczestniczących i prywatnie religijnie zaangażowanych (modlących się na co dzień) było 40% mniejsze niż wśród nieuczestniczących i prywatnie religijnie biernych [22].

Meraviglia [10] zbadał 60 dorosłych osób, głównie kobiet, w wieku 33-83 lata, z rozpoznanym rakiem płuca. Wykazał, iż częstsza modlitwa wpływała pozytywnie na stan emocjonalny i fizyczny chorych [10].

Badania Halla i wsp. [54] dotyczące 154 hospitalizowanych dorosłych doświadczających bólu (od poziomu umiarkowanego do wysokiego) ujawniło, że modlitwa była drugim, po lekach przeciwbólowych (76% do 82%), środkiem radzenia sobie z cierpieniem.

Negatywne aspekty wpływu religijności na zdrowie

Podkreślić jednak należy, iż nie każda przyjęta forma religijności może wywołać pozytywny efekt zaprezentowany powyżej.

W literaturze przedmiotu [7, 55] w ostatnich czasach pojawiły się publikacje dotyczące niewłaściwego oddziaływania religii na zdrowie psychiczne i somatyczne

człowieka. Przykładem może być tzw. dezadaptacyjne oddziaływanie religijnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, to jest [7, 55]:

- pasywny styl radzenia sobie – gdy jednostki w dużej mierze rezygnują z walki lub odpowiedzialności za problemy, poddają się;
- poczucie opuszczenia przez Boga;
- wiara, iż problemy osobiste są jakby odbiciem bożej kary, bożego osądu;
- uczucie złości na Boga.

Podkreśla się również związek pomiędzy posługiwaniem się tymi negatywnymi sposobami radzenia sobie a wynikami testów psychologicznych, niskimi wskaźnikami poprawy stanu zdrowia oraz podwyższonego ryzyka śmierci [55].

Allport [56, 57] wyróżnia dwa rodzaje religijności i wskazuje na różne motywacje leżące u ich podstaw [56, 57]:

- wewnętrzną (związaną z pełnym poświęceniem i zaangażowaniem);
- zewnętrzną (związaną z zaspokajaniem innych potrzeb).

Autor [56, 57] zauważa, iż *zewnętrzna orientacja religijna oznacza cenienie przez daną jednostkę więzi społecznych występujących w jej wspólnocie religijnej, przywiązywanie wagi do prestiżu społecznego oraz do poczucia bezpieczeństwa dostarczanego przez religię*.

Osobę o takiej właśnie orientacji religijnej cechuje powierzchowny stosunek do wyznawanej religii, a także nastawienie na zaspokojenie wielu swych potrzeb pozareligijnych (np. potrzeby bezpieczeństwa, szacunku, akceptacji, przynależności i in.) [56, 57].

W tym przypadku religia służy człowiekowi do realizacji własnych celów. Zdaniem autora wewnętrzna orientacja religijna oznacza praktykowanie religii dla niej samej oraz przekładanie jej na wszystkie inne sfery życia oraz wiąże się ze słabszą tendencją do uprzedzeń, niższym poziomem dogmatyzmu i impulsywności, słabszym lękiem przed śmiercią, a także z wyższym poziomem satysfakcji życiowej oraz częstszym podejmowaniem zachowań prospołecznych [56, 57].

Pargament [2] twierdzi, że religijność może mieć zróżnicowany wpływ na poczucie dobrostanu, a *poczucie szczęścia i satysfakcji towarzyszy religijności opierającej się na bezpiecznej relacji z bóstwem, charakteryzującej się poczuciem głębszego sensu życia i wspólnoty z innymi ludźmi*. Podkreśla też, że religijność narzucona, nieodczuwana, a także oparta na niepewnej relacji z Bogiem może mieć odwrotny wpływ na zdrowie człowieka [2].

Na związek pomiędzy posługiwaniem się tymi negatywnymi sposobami radzenia sobie a wynikami testów psychologicznych, niskimi wskaźnikami poprawy stanu zdrowia oraz podwyższonego ryzyka śmierci wskazują także wyniki badań

Flanelly i wsp. [55]. Autorzy [55] stwierdzili, iż na stan zdrowia mogą oddziaływać również wątpliwości natury duchowej, ponieważ:

- ciągłe wątpliwości mogą powodować poczucie braku pewnych i przejrzystych, istotnych źródeł egzystencji dla człowieka, a to z kolei prowadzi do wzrostu poczucia bezbronności w stresujących sytuacjach;
- rozterki duchowe mogą wywoływać poczucie wstydu i winy oraz konsekwentnie powstrzymywać jednostkę przed dzieleniem się z innymi swoimi problemami.

Rękas [46], długoletni duszpasterz chorych, wyróżnia cztery postawy pozytywne i cztery postawy negatywne wobec choroby. Pozytywna postawa charakteryzuje się tym, że chory akceptuje swoją chorobę jako zgodną z wolą Bożą i nie traci nadziei na wyzdrowienie (tzw. chory opanowany). Może też traktować chorobę jako szansę doskonalenia się wewnętrznego poprzez pokonywanie trudności (chory wzniosły). Choroba może przenieść uwagę człowieka ze spraw ziemskich na sprawy ducha. Wówczas pełniej odkrywa swoje przeznaczenie do życia wiecznego (chory duchowy) [46].

Pacjent może także przyjmować cierpienie w łączności z Chrystusem i składać je jako ofiarę za zbawienie świata (chory ofiarny) [46]. Chorzy przyjmujący negatywne postawy wobec choroby są zrażeni, zniechęceni, rozgoryczeni, zrozpaczeni, poddają się poczuciu bezradności i beznadziei. Niektórzy traktują chorobę jako sposób uzyskania korzyści różnego rodzaju (zainteresowanie ze strony innych osób, uczucia, zwolnienie z odpowiedzialności) [46].

Choroba może być traktowana jako efekt działania Boga lub innej siły wyższej, kara za winy jednostki w życiu doczesnym (popularne np. w Azji, Afryce, Ameryce Płd.) lub w jej poprzednim wcieleniu (np. w Azji), a w przypadku chorób dzieci jako kara za winy rodziców (np. w Ameryce Południowej) [cyt. za 58].

Przyczyną dolegliwości może być także wrogie działanie innych osób, które np. wypowiedzą przekleństwo, rzucą urok, mają złe myśli, złe oko lub wykorzystają lalkę *voodoo* (częste w krajach arabskich, Afryce, Ameryce Południowej) [cyt. za 58].

Badania epidemiologiczne (za Szpak [59]) dotyczące wpływu religijności na śmiertelność, wskazują na zmniejszenie śmiertelności o 25% w grupie osób regularnie chodzących do kościoła, co przekłada się na wydłużenie ich życia o 7-8 lat.

Niezmiernie istotne są także zależności istniejące pomiędzy zdrowiem, chorobą i kulturą, religią, odnoszące się np. do: różnicy poglądów na temat zdrowia jako wartości, zagrożeń z nim związanych, kulturowych uwarunkowań stylu życia i zróżnicowania stosunku do chorób i pacjentów. Jednakże przekazywanie różnych elementów wiedzy dotyczącej zdrowia, kształtowanie i uczenie pewnych nawyków higienicznych i pielęgnacyjnych, zachowań pro- czy antyzdrowotnych

(sposobu odżywiania, rekreacji, stosunku do używek itd.) oraz konkretnych zachowań w chorobie (oceny symptomów choroby, samoleczenia, szukania pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnej itd.), następuje głównie w ramach rodziny lub danej społeczności.

Rolę sfery religijno-duchowej dla nadziei potwierdzają wyniki badań Moadeli i wsp. [60], w których około 42% pacjentów onkologicznych, zamieszkujących obszary miejskie, deklarowało pomoc w odnalezieniu nadziei.

Herth [61] wykazał, że wiara w „siłę wyższą" powodowała wzrost nadziei u 92% spośród 25 członków rodzin opiekujących się terminalnie chorymi krewnymi.

Podsumowanie

Praktyki, przekonania i różnice kulturowe związane są nie tylko z preferowanymi strategiami radzenia sobie z tymi problemami, ale w istotny sposób mogą wpływać na prowadzony przebieg leczenia oraz na interpretacje problemu i kształtowanie definicji, formułowane zarówno przez pacjenta, ale także członków zespołu terapeutycznego.

Mniejsza gotowość do podjęcia kuracji, (Jaroszyńska [58]), może wynikać z różnych przyczyn, w tym elementów kulturowych/religijnych, takich jak przekonanie o bezsensowności leczenia, wynikające z poczucia niematerialnej etiologii choroby lub niewiary w możliwość wyleczenia, odczuwanie wstydu, lęku przed stygmatyzacją, obawy przed „utratą twarzy", czy też rezygnacji z leczenia ze względu na jego nieadekwatność. Chory może być bowiem przekonany, iż powodem jego choroby jest działanie diabła, Boga, duchów przodków lub rzucenia uroku, więc skorzystanie z pomocy medycznej i proponowane leczenie może być niezbyt wskazane [58].

Piśmiennictwo

1. Field M. G., *System zdrowia a system społeczny*, (w:) *Socjologia a zdrowie*, Sokołowska M. (red.), Wyd. PWN, Warszawa 1976, s. 133-154.
2. Pargament K. I., *Of means and ends: Religion and the search for significance*, „*The International Journal for the Psychology of Religion*" 1992, nr 2, s. 201-229.

3. Bjorck J. P., Cohen L. H., *Coping with threat, losses and challenges*, „*Journal of Social and Clinical Psychology*", 1993, nr 12, s. 56-72.
4. Ong L. M. L., Visser M. R. M., van Zuuren F. J., Rietbroek R. C., Lammes F. B., de Haes J. C., *Cancer patients' coping styles and doctor – patient communication*, „*Psycho-Oncology*", 1999, nr 8, s. 155-166.
5. Wandrasz M., *Religijność a postawa wobec chorób,* RW KUL, Lublin 1998.
6. Lankau A., *Przekonania religijne w sprawowaniu funkcji zawodowych przez pielęgniarki,* (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 374-383.
7. Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M., *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, „*Polski Merkuriusz Lekarski*", 2006, nr 21, s. 197-200.
8. Basińska M., Andruszkiewicz A., *Typy zachowań w pracy w grupie pielęgniarek w zależności od deklarowanej religijności*, „*Pielęgniarstwo XXI w.*", 2005, nr 4, s. 22-23.
9. Krymska B., *Ku pielęgniarstwu transkulturowemu. Religijne uwarunkowania opieki nad pacjentem*, „*Magazyn Pielęgniarki i Położnej*", 2007, nr 1, s. 42-43.
10. Meraviglia M. G. M., *The effect of spirituality on well-being of people with lung cancer*, „*Oncology Nursing Forum. Clinical Journal of Oncology Nursing*", 2004, nr 31, s. 89-94.
11. Heszen-Niejodek I., *Wymiar duchowy człowieka a zdrowie*, (w:) *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (red), Wyd. UŁ, Łódź 2003, s. 33-47.
12. Maltby J., Day L., *Religious orientation, religious coping and appraisals of stress: assessing primary appraisal factor in the relationship between religiosity and psychological well-being*, „*Personality and Individual Differences*", 2003, nr 34, s. 1209-1224.
13. Swinyard R. W., Kau A. K., Phua H. Y., *Happiness, materialism, and religious experience in the US and Singapore*, „*Journal of Happiness Studies*", 2001, nr 2, s. 13-32.
14. Bergan A., McCoantha J. T., *Religiosity and life satisfaction*, „*Activities, Adaptation & Aging*", 2000, nr 24, s. 23-34.
15. Czapiński J., *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 1994, s. 1-195.
16. *Zdrowie a wiara, z prasy zagranicznej*, „*Niedziela. Tygodnik Katolicki*", 2008, nr 49, http://www.niedziela.pl/artykul_w_niedzieli.php?doc=nd200849&nr=44, data pobrania 17.02.2015.
17. *Wiara i religia mają wpływ na zdrowie*, Andrzej Piątek rozmawia z lek. med. Stanisławem Mazurem, „*Nowiny Rzeszowskie*", 18.02.2009, http://www.nowiny24.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20090218/ZDROWIE/125123998, data pobrania 17.02.2015.
18. Koening H. G., Idler E., Kasl S., Hays J. C., George L. K., Musick M., Larson D. B., Collins T. R, Benson H., *Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics*, „*International Journal of Psychiatry in Medicine*", 1999, nr 29, s. 123-131.
19. Francis L. J, Robbins M., Lewis C. A., Quigley C. F., Wheeler C., *Religiosity and general health among undergraduate students: a response to O'Connor, Cobb, and O'Connor*, „*Personality and Individual Differences*", 2004, nr 37, s. 485-494.
20. Levin J. S., Markides K.S., *Religion and health in Mexican Americans*, „*Journal of Religion and Health*", 1985, nr 26, s. 9-36.

21. Oman D., Reed D., *Religion and mortality among the community-dwelling elderly*, „*American Journal of Public Health*”, 1998, nr 88, s. 1469-1475.
22. Koening H. G., McCullough M. E., Larson D. B., *Handbook of religion and health*, Oxford University Press, London 2001.
23. Laubmeier K. K., Zakowski S. G., Bair J. P., *The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping*, „*International Journal of Behavioral Medicine*”, 2004, nr 11, s. 48-55.
24. Cummings S. M., Neff J. A., Husaini B. A., *Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support*, „*Health & Social Work*”, 2003, nr 28, s. 23-32.
25. Parker M., Roff L. L., Klemmack D. L., Koenig H. G., Baker P., *Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults*, „*Aging & Mental Healt*”, 2003, nr 7, s. 390-397.
26. King D. E., Bushwick B., *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer*, „*Journal of Family Practice*”, 1994, nr 39, s. 349-352.
27. Libiszowska-Żółtkowska M., *Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii,* (w:) *Szkice z socjologii medycyny*, Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowska M., Piątkowski W. (red.), Wyd. UMCS, Lublin 1998, s. 39-62.
28. *Science or Miracle? Holiday Season Survey Reveals Physicians' Views of Faith Prayer and Miracles*, http://www.hcdi.net/News/PressRelease.cfm?ID=47, data pobrania 17.02.2015.
29. Holland J. C., Passik S., Kash K. M., Russak S. M., Gronert M. K., Sison A., Lederberg M., Fox B., Baider L., *The role of religious and spiritual belief in coping with malignant melanoma*, „*Psycho-Oncology*”, 1999, nr 8, s. 14-26.
30. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Penar-Zadarko B., Rozwadowska E., Lewko J., Kowalewska B., Kondzior D., Kowalczuk K., Klimaszewska K., Terlikowski R., *Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa*, „*Problemy Pielęgniarstwa*”, 2010, nr 18, t. 1, nr 1-10 .
31. Kaczorowski J. M., *Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer*, „*Journal of Hospital Infection*”, 1989, nr 5, s. 105-116.
32. Janiszewska J., *Wpływ postawy religijnej na poziom lęku u pacjentek z guzem sutka w różnych etapach choroby nowotworowej*, „*Advances in Clinical and Experimental Medicine*”, 2001, nr 10, suppl. 1, s. 119-124.
33. Kinney A. Y., Bloor L. E., Dudley W. N., Millikan R. C., Marshall E., Martin C., Sandler R. S., *Roles of Religious Involvement and Social Support in the Risk of Colon Cancer among Blacks and Whites*, „*American Journal of Epidemiology*”, 2003, nr 158, s. 1097-1107.
34. Feifel H., *Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill*, „*Journal for the Study of Religion, Nature & Culture*”, 1974, nr 13, s. 265-273.
35. Lazarus R. S., *Psychological Stress and the Coping Process*, New York 1966.
36. Kelly B. D., *Buddhist Psychology, Psychotherapy and the Brain: A Critical Introduction,* „*Transcultural Psychiatry*”, 2008, nr 45, s. 5-30.

37. Glita P., *Rozumienie zdrowia i choroby w wybranych tradycjach Dalekiego Wschodu*, cz. II, *Buddyzm. Sztuka Leczenia*, 1999, 5, s. 39-44.
38. Matthews D. A., Larson D. B., Barry C. P., *The Faith Factor: An Annotated Bibliography of Clinical Research on Spiritual Subjects*, Vol. 1, Rockville, National Institute for Healthcare Research, 2003.
39. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L., *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*, „*American Journal of Psychiatry*", 1998, nr 155, s. 536-542.
40. Mueller P. S., Plevak D. J., Rummans T. A., *Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice*, „*Mayo Clinic Proceedings*", 2001, nr 6, s. 1225-1235.
41. Ellis M., Vinson D. C., Ewigman B., *Addressing spiritual concerns of patients*, „*Journal of Family Practice*", 1999, nr 48, s. 105-109.
42. Ramonetta L. M., Sills D., *Spirituality in gynecological oncology: a review*, „*International Journal of Gynecological Cancer*", 2004, nr 14, s. 183-201.
43. Koenig H. G., George L. K., Titus P., *Religion, Spirituality, and Health in Medically III Hospitalized Older Patients*, „*American Geriatrics Society*", 2004, nr 52, s. 554-562.
44. Faricy R., *Modlitwa o uzdrowienie wewnętrzne*, Kraków 1993.
45. Heron B. M., *Modlitwa o uzdrowienie*, Wyd. Wyzwanie, Kraków 1992.
46. Rękas M., *Tajemnica cierpienia*, Wyd. Apostolstwa Chorych, Katowice 1949.
47. Szentmártoni M., *Psychologia pastoralna*, WAM, Kraków 1995, s. 91-93.
48. Koenig H. G., *Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice*, „*Southern Medical Journal*", 2004, nr 97, s. 1194-1200.
49. Kark J. D., Shemi G., Friedlander Y., Martin O., Manor O., Blondheim S. H., *Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel*, „*American Journal of Public Health*", 1996, nr 87, s. 957-961.
50. Strawbridge W. J., Cohen R. D., Sherma S. J., Kaplan G. A., *Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years*, „*American Journal of Public Health*", 1997, nr 87, s. 957-996.
51. Clark K. M., Friedman H. S., Martin L. R., *A longitudinal study of religiosity and mortality risk*, „*Journal of Health Psychology*", 1999, nr 4, s. 381-391.
52. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L., *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*, „*American Journal of Psychiatry*", 1998, nr 155, s. 536-542.
53. McCullough M. E., Hoyt W. T., Larson D. B., Koenig H. G., Thoresen C., *Religious involvement and mortality: a meta-analytic review*, „*Journal of Health Psychology*", 2000, nr 19, s. 11-222.
54. Hall B. A., *Ways of maintaining hope in HTV disease*, „*Research in Nursing & Health*", 1994, nr 17, s. 283-293.
55. Flanelly K. J, Ellison C. G., Strock A. L., *Methodologic Issues in Research on Religion and Health*, „*Southern Medical Journal*", 2004, nr 97, s. 1231-1241.
56. Allport G. W., *Pattern and growth in personality*, Holt, Rinehart and Winston, New York 1961.
57. Allport G. W., *The individual and his religion. A psychological interpretation*, Macmillan, New York 1950.
58. Jaroszewska E., *Kultura, jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie*, „*Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*", 2013, nr 21, s. 72-84.

59. Szpak S., *Długie życie po mszy, „Charaktery"*, 2005, nr 2, s. 24-26
60. Moadela A., Morgana K., Fatonea A., Grennan J., Carter J., Laruffaa G., Skummya A., Dutcherb J., *Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population, „Psycho-Oncology"*, 1998, nr 8, s. 378-385.
61. Herth K., *Hope in the family caregiver of terminally ill people*, *„Journal of Advanced Nursing"*, 1993, nr 18, s. 538-548.

Agnieszka Lankau

ROLA PRZEKONAŃ RELIGIJNYCH W SPRAWOWANIU OPIEKI MEDYCZNEJ

Wprowadzenie

Pielęgnowanie traktowane jest jako profesja, którą cechuje wypracowanie własnego kodeksu etycznego i standardów zawodowych. To natomiast przekłada się na wysoko wyspecjalizowane usługi oraz wypracowane podstawy teoretyczne wykonywania poszczególnych czynności i procedur zawodowych. Profesjonalizm pielęgnowania, w pełnym tego słowa znaczeniu, obliguje do posiadania przez personel wiedzy, jakich świadczeń jest kompetentny udzielać oraz holistycznego podejścia do pacjenta i jego rodziny.

Powyższa sytuacja oraz współczesne uwarunkowania zdrowia stawiają przed pielęgniarkami wymóg kształtowania nowych umiejętności i kompetencji zawodowych. Należy podkreślić, że są one bardzo szerokie i wynikają także z oczekiwań nie tylko pacjentów korzystających z usług medycznych, ale także ich rodzin. W świadczeniu profesjonalnej opieki pielęgniarskiej niezwykle ważne są opracowane naukowo i poparte praktyką modele pielęgniarstwa, które nawiązują do potrzeb, problemów, sytuacji oraz oczekiwań w zdrowiu i chorobie. Ponadto warunkiem powodzenia jest jednak wiedza i umiejętność korzystania z nauk społecznych, nauk humanistycznych, biologicznych i innych, zwłaszcza w obliczu zmian cywilizacyjnych i kulturowych oraz globalizacji współczesnego życia [1].

Funkcje religii wobec zdrowia

W opinii Libiszowskiej-Żółtkowskiej [2] religia spełnia w odniesieniu do zdrowia pięć ważnych funkcji, takich jak:

- eksplikacyjna i sensotwórcza – objaśniająca i przydająca znaczeń zjawisku zdrowia, choroby i śmierci w kontekście zdefiniowanego religijnie sensu życia i idei Boga;
- normatywna i kontrolna – będąca systemem nakazów i zakazów, sankcjonującym indywidualne i społeczne zachowania wobec zdrowia, choroby i śmierci oraz wyznaczająca granice medycznym eksperymentom, zwłaszcza w dziedzinie genetyki i zapłodnienia pozaustrojowego;
- opiekuńcza i charytatywna – świadczona chorym z pobudek religijnych przez zgromadzenia zakonne, instytucje dobroczynne oraz osoby świeckie;
- terapeutyczna – będąca duchowym wsparciem przez kapłana i wspólnotę wyznaniową;
- uzdrowieńcza – będąca przywracaniem zdrowia mocą sakramentów, praktyk religijnych (zwłaszcza modlitwy), miejsc świętych i relikwii, wstawiennictwa Maryi i świętych, a także charyzmatycznych uzdrowicieli.

Według Falvo [3], aby *uzdrowienie mogło nastąpić za sprawą modlitwy, chory musi spełnić pięć warunków: pragnąć uzdrowienia, prosić Jezusa o uzdrowienie, prosić o to z wiarą, modlić się z łagodnością i pogodą ducha, a nie wśród łez i jęków oraz usunąć wszelkie przeszkody blokujące Bożą interwencję (przez spowiedź i akt pokuty oczyścić się z grzechów)*. Współuczestniczący w modlitwie (za: Falvo) powinni natomiast: *odpowiednio się do niej przygotować, prosić Ducha Świętego o dar rozeznania, przygotować chorego, nałożyć ręce na chorego, modlić się prostymi i spontanicznie nasuwającymi się słowami oraz modlić się z pogodą ducha* [3].

Efekty uzdrowienia mogą być natychmiastowe lub wystąpić w późniejszym okresie. Falvo [3] przyczyn braku oczekiwanych efektów dopatruje się w: braku należytej wiary, życiu w grzechu, postawieniu fałszywej diagnozy, modleniu się niewłaściwych osób oraz w przyczynie choroby, która jest opętaniem przez złego ducha.

W opinii Thorsona i Powella [4], przeżywanie choroby, problemów, konfliktów staje się okazją do stawania się bardziej cierpliwym, rozmodlonym i zjednoczonym z Bogiem, a identyfikowanie się z wolą Bożą przynosi poczucie spokoju, wytchnienia i bezpieczeństwa.

Zdaniem Flanelly i wsp. [5] oraz Kinney i wsp. [6], osoby o wyższej religijności prawdopodobnie są bardziej skłonne do zachowań prozdrowotnych, takich jak niepalenie, abstynencja alkoholowa itp.

Badania Koeniga i wsp. [7] prowadzone w grupie osób w wieku podeszłym wykazały, że zachowania religijne, postawy i doznania duchowe były u nich powszechne i miały związek z silniejszym wsparciem społecznym oraz lepszym zdrowiem psychicznym [7].

W literaturze przedmiotu [8, 9, 10] podkreśla się, iż religijność podlega przemianom w procesie ontogenezy i wyróżnia się dziewięć stadiów rozwoju religijnego:

- stadium areligijne (1. rok życia) – w którym nie odnotowuje się przejawów religijności, poza ewentualnym naśladowaniem gestów religijnych, niemających znaczenia religijnego;
- stadium początków religijności (2.-3. rok życia) – w którym pojawiać się może zainteresowanie praktykami religijnymi rodziców, a treści religijne mogą być włączane przez dziecko do tematyki zabaw. W tym też stadium dzieci zaczynają odmawiać swe pierwsze modlitwy, zazwyczaj bezpośrednio związane z ich codziennymi troskami lub potrzebami;
- stadium religijności magicznej (4.-7. rok życia) – w którym dzieci stają się wrażliwe na treści religijne, lecz nie zmienia się tu znacznie charakter ich modlitw – nadal ich celem jest przekazanie próśb o zaspokojenie konkretnych potrzeb dziecka;
- stadium religijności autorytarno-moralnej (8.-12. rok życia) – w którym religijność jest silnie uzależniona od autorytetów, przy czym zasadniczą rolę w jej kształtowaniu odgrywa autorytet osób znaczących (najczęściej rodziców);
- stadium kształtowania się religijności autonomicznej (13.-17. rok życia) – w którym wyobrażenie Boga przybiera formę uduchowioną, stosunek zaś do Boga podlega indywidualizacji;
- stadium kształtowania się religijności autentycznej (18.-25. rok życia) – uważanego za decydujące o dalszym przebiegu rozwoju religijnego, w którym kształtują się światopogląd i postawy religijne jednostki. W tej fazie życia odnotowuje się najwięcej przypadków odejścia od religii, lecz również w tym okresie życia następuje zazwyczaj ukształtowanie stabilnego, osobistego stosunku do Boga. Praktyki religijne realizowane są już nie pod wpływem autorytetów, lecz z powodu własnych przekonań jednostki;
- stadium stabilności religijnej (25.-40. rok życia);
- stadium dojrzałości religijnej (40.-60./70. rok życia) – jest to faza pogłębiania własnego życia religijnego jednostki, nadawania mu cech stabilizacji, co jest typowe również dla innych sfer rozwoju człowieka w omawianym okresie życia;
- stadium religijności eschatologicznej (powyżej 60./70. rok życia) – w którym obserwuje się zarówno spadek nasilenia tej cechy, jak i jej wzrost, wydaje się jednak, że raczej następuje podnoszenie się poziomu religijności.

Wpływ religijności na relacje pacjent – personel medyczny

Religia i religijność mogą być czynnikami modyfikującymi przebieg interakcji między pacjentem a personelem medycznym. W związku z tym, wiedza na temat religijności pacjenta stanowi istotny czynnik wpływający na jakość relacji zachodzącej pomiędzy nim a personelem medycznym.

W opinii Koeniga [11], lekarze najczęściej nie są świadomi powodów, dla których mieliby poświęcać swój czas i energię na prowadzenie z pacjentami rozmów o wymiarze duchowym. Znaczna część badanych przez niego lekarzy twierdziła także, iż nie czuje się ekspertami w tym zakresie, nie odczuwa komfortu w sytuacjach dyskusji z pacjentem o kwestiach pozamedycznych oraz nie ma czasu na takie rozmowy. Autor [11] tłumaczy powyższe niedostatecznym poziomem wiedzy dotyczącej religii i duchowego aspektu człowieka, poczuciem skrępowania wynikającego z przekonania, że rozmowy na tematy religijne naruszają prywatność pacjenta oraz obawą, iż pacjenci zadawać będą lekarzowi pytania na temat jego religijności i wyznawanej przez niego religii.

Zdaniem Koeniga i wsp. [7], Koeniga [11] i Halla [12] w kształtowaniu powyższych relacji można wyróżnić kilka sfer, modyfikowanych przez poziom religijności zarówno pacjenta, jak i lekarza, takich jak:

- proces podejmowania ważnych decyzji zdrowotnych przez pacjenta,
- ryzyko wystąpienia konfliktów,
- sprzeczności pomiędzy światopoglądem religijnym pacjenta a wiedzą naukową,
- możliwość wystąpienia rozterek duchowych,
- poziom dostosowania do zaleceń lekarskich.

Interesujące wyniki uzyskano w projekcie badawczym obejmującym pacjentów onkologicznych (cierpiących na nowotwory płuc), członków ich rodzin oraz lekarzy onkologów [11]. Zadanie badanych polegało na ułożeniu, w kolejności od najważniejszego do najmniej istotnego, siedmiu czynników (zalecenie onkologa, wiara w Boga, szanse powodzenia kuracji, jej efekty uboczne, rekomendacja lekarza rodzinnego, rekomendacja ze strony małżonka oraz rekomendacja tej formy terapii ze strony dzieci pacjenta) decydujących o rozpoczęciu chemioterapii. Wszystkie grupy badanych (pacjenci, członkowie rodzin i lekarze) wskazały na zalecenia onkologa, jako czynnik najważniejszy, jednakże pacjenci oraz ich bliscy na drugim miejscu usytuowali czynnik religijny (wiarę w Boga), podczas gdy w hierarchii onkologów zajął on miejsce ostatnie [11].

W opinii Koeniga [11], uzyskane wyniki świadczą z jednej strony o tym, że lekarze wydają się nie doceniać roli przekonań religijnych w funkcjonowaniu swych

pacjentów, a z drugiej, że poziom religijności lekarzy jest niższy od poziomu religijności pacjentów [11].

W literaturze przedmiotu [7, 11, 12, 13], istotnym problemem, z punktu widzenia relacji pacjent-pracownicy ochrony zdrowia, jest możliwość wystąpienia konfliktu między religijnymi przekonaniami pacjenta a zaleceniami lekarskimi, opartymi na osiągnięciach nauki. W tym miejscu można wymienić np. normy religijne Świadków Jehowy, zabraniające im transfuzji krwi i podawania produktów krwiopochodnych, zakaz stosowania antybiotyków i szczepień czy nieuznawanie asysty położnika podczas porodu ani badań lub terapii prenatalnej przez zgromadzenie wiary, w stanie Indiana w Stanach Zjednoczonych [7, 11, 12, 13].

Hall [12] opisał przykład pacjenta obciążonego ryzykiem wystąpienia nowotworu okrężnicy, który odmawiał poddawania się regularnym badaniom kolonoskopowym, argumentując powyższe przeświadczeniem, że Bóg wysłucha jego modlitw i uratuje go przed nowotworem. Opisał [12] także przypadek kobiety, która zdecydowała się, pod wpływem nacisków ze strony jej wspólnoty religijnej, donosić ciążę i urodzić dziecko ze zdiagnozowaną prenatalnie anencefalią.

Zdaniem Muszalik i wsp. [13], proces chorobowy może prowadzić do pojawienia się niekorzystnych, z punktu widzenia zdrowia pacjenta, rozterek duchowych, gdyż nierzadko na wiadomość o zdiagnozowanej u nich chorobie pacjenci reagują stawianiem pytań typu: „Dlaczego ja?", „Czy Bogu w ogóle na mnie jeszcze zależy?" lub „Czy ta choroba to kara za grzechy?" .

Wyniki badań Koeniga [11] dowodzą, że w grupie pacjentów nękanych powyższymi rozterkami występuje wzrost śmiertelności, niezależny od stanu zdrowia psychicznego i fizycznego.

Istotne dla opieki zdrowotnej i podlegające wpływom religijnym są także tendencje do stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Koenig [7, 14] wykazał, że religijność koreluje dodatnio z poziomem otrzymywanego wsparcia społecznego, poziom ten zaś wiąże się z omawianą tendencją. Wysoki stopień wsparcia społecznego skutkował, z kolei, ściślejszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich, chociażby ze względu na troskę ze strony otoczenia (np. przypominanie pacjentowi o regularnym przyjmowaniu określonych leków) oraz silniejszą motywacją do kontynuowania terapii i walki o wyzdrowienie. Autor [7, 14] stwierdził także, że zaangażowanej religijności często towarzyszy niski poziom depresyjności, a co za tym idzie, większa motywacja do działania, w tym do aktywnego współuczestnictwa w procesie terapii.

Wpływ zjawiska uprzedzeń rasowych i religijnych na sprawowanie opieki medycznej

W opinii Heszen-Klemens [15], rodzaje złożonych relacji między personelem medycznym a pacjentem zależą od:

- poziomu aktywności obu stron interakcji, modyfikowanego zarówno przez uprzedzenia żywione przez przedstawicieli personelu medycznego, jak i przez pacjenta;
- nieufności np. wobec lekarza, wynikającej z jego praktyk dyskryminujących, doprowadzającej do bierności pacjenta lub wzmożonej aktywności, zmierzającej jednak do przeciwstawienia się zaleceniom lekarza;
- udziału stron w kierowaniu sytuacją, zależnej od postaw przedstawicieli środowiska medycznego i postaw pacjentów – uprzedzenia zarówno ze strony leczących, jak i leczonego mogą zaważyć na tym, że kontakt będzie ograniczać się wyłącznie do wymiany najważniejszych informacji na temat choroby, ogólna zaś sytuacja pacjenta (całokształt jego problemów zarówno somatycznych, jak i psychicznych) nie będzie stanowiła przedmiotu owego kontaktu;
- wzajemnych stosunków emocjonalnych, w sposób bezpośredni zależnych od uprzedzeń np. religijnych lub rasowych – wzajemne stosunki emocjonalne wyznaczane przez emocje powiązane z uprzedzeniem (np. niechęć, antypatię, lęk, złość).

W kontekście praktyki medycznej, w opinii Grabowskiej i wsp. [16], w społeczności pracowników ochrony zdrowia, która często ma ściśle określoną strukturę hierarchiczną, a pacjent stanowi w niej zazwyczaj najniższy szczebel, istnieje niebezpieczeństwo łatwego ujawniania się uprzedzeń. Zdaniem autorów [16], sytuacja taka może sprawiać, że *przedstawiciele personelu medycznego, czując się bezpiecznie jako grupa uprzywilejowana, mająca większe możliwości wywierania wpływu i dostępu do swoistych dóbr (wśród nich m.in. do wiedzy medycznej), mogą przejawiać silniejszą skłonność do ujawniania swych uprzedzeń i manifestowania ich w postaci zachowań dyskryminujących*.

W opinii Tarmana [17], dyskryminacja może powodować powstawanie tzw. zakłóceń w procesie myślenia racjonalnego, przynosząc w konsekwencji niewrażliwość na argumenty racjonalne, gdyż silne emocje, charakterystyczne dla uprzedzeń, nie pozwalają na efektywne przetwarzanie informacji, a fakty (np. istotne w procesie diagnozy) mogą być zniekształcane lub ignorowane.

W wyniku uprzedzeń, zdaniem Grabowskiej i wsp. [16] personel medyczny może również wyjaśniać zachowania pacjenta jego przynależnością rasową lub

religijną, nie zaś np. obiektywnymi przyczynami zewnętrznymi. Pacjent przestaje być wtedy postrzegany jako jednostka, a jest traktowany jako bezosobowy element jednorodnej grupy [16].

Uprzedzenia w kontakcie personel medyczny-pacjent mogą być także elementem pochodzącym ze strony pacjenta [16]. W takim wypadku uprzedzeniom towarzyszy zazwyczaj lekceważenie, podejrzliwość i nieufność chorego wobec personelu. Zdaniem autorów, pacjent żywiący uprzedzenia do grupy rasowej bądź religijnej, do której przynależy przedstawiciel personelu medycznego, postrzegać go może jako jednostkę gorszą od siebie pod wieloma względami, a co za tym idzie – niegodną tak ważnego tu zaufania [16].

Wandrasz [18] i Pargament [19] uważają, iż religijność wpływa na poziom satysfakcji z życia, ponieważ osoby o silnych przekonaniach religijnych ujawniają wyższy stopień zadowolenia z życia, większe poczucie szczęścia i mniej psychospołecznych negatywnych konsekwencji traumatycznych wydarzeń życiowych.

Istotne znaczenie ma również rola wiary religijnej w podejmowaniu decyzji dotyczących sposobów leczenia.

McMillmuray i wsp. (Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko [20]) próbowali ocenić psychospołeczne i duchowe potrzeby pacjentów nowotworowych. Większość badanej grupy stanowiły osoby o niskim statusie społecznym oraz niskim poziomie wykształcenia. 83% spośród badanych zdeklarowało się jako osoby wierzące. Pacjenci ci, w porównaniu z osobami niewierzącymi, byli mniej ufni w stosunku do profesjonalistów, mieli mniejszą potrzebę informacji, przykładali mniejszą wagę do zachowania niezależności oraz zgłaszali mniejszą potrzebę pomocy w radzeniu sobie z poczuciem winy. Zdaniem autorów [20] świadczy to o tym, że w przypadku osób słabo wykształconych, nierozumiejących zagadnień związanych z procesem leczenia, religijność jest elementem pozwalającym na wypełnienie braków w systemie poznawczym.

Wyniki badań Silvestri (Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko [20]) pokazały, że wysoki poziom religijności korelował z niskim poziomem wiedzy dotyczącej zagadnień medycznych. Okazało się bowiem, że w przypadku pacjentów nierozumiejących medycznych aspektów związanych z metodami leczenia, wiara religijna stawała się mechanizmem pozwalającym na zachowanie poczucia kontroli nad zdarzeniami [20].

W literaturze przedmiotu [21, 22] coraz częściej podkreśla się rolę religijności w procesie „duchowego uzdrawiania", polegającym na zastosowaniu modlitwy do zredukowania przyczyn negatywnego stanu emocjonalnego, w powiązaniu z głęboką wiarą. Uzdrowienie duchowe często znajduje swój zewnętrzny skutek także

w stanie somatycznym lub w tym, że pacjent zostaje zainspirowany do przezwyciężania dolegliwości [21, 22].

Istnieją również inne psychologiczne czynniki, za pośrednictwem których religia może wpływać na proces zdrowienia, takie jak poczucie własnej wartości oraz pozytywna samoocena [20].

W opinii Koeniga [7], osoby silnie zaangażowane religijnie mogą lepiej radzić sobie ze zmianami w wyglądzie fizycznym, ponieważ ich poczucie własnej wartości oraz dobrostanu nie są związane wyłącznie z warunkami fizycznymi.

Pielęgniarstwo a pacjent inny kulturowo – model Madeleine Leininger

W literaturze światowej (Płaszewska-Żywko [23]) za inicjatorkę rozwoju pielęgniarstwa transkulturowego, która po raz pierwszy określeń „pielęgniarstwo transkulturowe", „etnopielęgniarstwo" i „pielęgniarstwo międzykulturowe" użyła w latach 60. ubiegłego wieku, uznawana jest Madeleine M. Leininger.

W 1966 roku w Uniwersytecie w Kolorado zorganizowała pierwszy kurs z tej tematyki, a w 1979 roku podała [cyt. za 23] definicję pielęgniarstwa transkulturowego, określając je jako: *dziedzina lub gałąź pielęgniarstwa, która skupia się wokół badań porównawczych i analizowania kultur pod kątem pielęgnowania, zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą, przekonań i wartości w celu zapewnienia pacjentom efektywnej opieki pielęgniarskiej zgodnie z ich wartościami kulturowymi*.

Leininger [cyt. za 23] swoją teorię, ujętą w „modelu wschodzącego słońca", oparła na przekonaniu, że *ludzie z różnych kultur postrzegają i praktykują opiekę na różne sposoby, ale istnieją także podobieństwa między kulturami, co do opieki nad zdrowiem*. Wspólne elementy nazwała uniwersalizmem kulturowym, a odrębności – różnorodnością kulturową [cyt. za 23].

Według Leininger (Płaszewska-Żywko [23]) główny sens pielęgniarstwa tworzą:

- ludzka troska, opieka (*human care*);
- kultura, rozumiana jako *wyuczone, dzielone z innymi i przekazywane wartości, wierzenia, normy i sposób życia poszczególnych grup, który ukierunkowuje ich myślenie, podejmowanie decyzji i działanie w określony sposób*, którą w kontekście opieki nad zdrowiem, cechuje różnorodność – *zmienność i/lub różnice w znaczeniach, wzorcach, wartościach, sposobie życia w grupie lub pomiędzy grupami, które zostały wytworzone dla zachowania dobrostanu, poprawy jakości życia albo radzenia sobie ze śmiercią* oraz uniwersalizm – *wspólne, podobne*

lub dominujące przejawy opieki, wzorców, wartości, sposobu życia, symboli, które istnieją w różnych kulturach;

- światopogląd (sposób, w jaki ludzie postrzegają świat lub cały wszechświat, w którym żyją i tworzą jego obraz);
- struktura kulturowa i społeczna, tworzona przez:
  - czynniki technologiczne – wpływające np. na sposób komunikowania się ludzi i dostęp do informacji, także tych związanych ze zdrowiem (Internet, telefon komórkowy), a także pozwalające na rozwój nowoczesnych technik diagnostycznych i leczniczych ułatwiających wcześniejsze wykrywanie chorób i lepsze metody ich leczenia;
  - religijne i filozoficzne – wpływające na zachowania związane ze zdrowiem i chorobą (np. odżywianie, prokreacja i życie seksualne, rytuały związane ze śmiercią, umieraniem, pochówkiem, wyrażaniem żałoby) i na stanowisko w kwestiach etycznych związanych z działaniami medycznymi, jak transplantacje narządów, przetaczanie krwi itd.;
  - pokrewieństwo, czynniki społeczne, wartości kulturowe – związek pomiędzy rozwojem niektórych chorób a czynnikami genetycznymi i wsparciem społecznym (np. choroby układu krążenia, nowotwory, choroby psychiczne), rodzina – jej model, role, jakie pełnią poszczególni jej członkowie, nawyki i zachowania, które się w niej kształtują są jednymi z najistotniejszych czynników wpływających na zdrowie człowieka;
  - sposób życia;
  - czynniki polityczne – np. sytuacja polityczna, ustrój państwa, wojny wpływają na zdrowie populacji;
  - czynniki prawne – uregulowania prawne dotyczące np. opieki zdrowotnej, świadczeń socjalnych;
  - czynniki ekonomiczne – sytuacja ekonomiczna kraju determinuje zasoby materialne ludzi i ich styl życia (np. odżywianie, uprawianie sportu, wypoczynek), wiąże się też z opisanymi powyżej czynnikami technologicznymi;
  - czynniki edukacyjne – świadomość ludzi, ich poziom wykształcenia i wiedza o zdrowiu kształtują w dużym stopniu styl życia i wartościowanie zdrowia;
- kontekst środowiskowy – wszelkie zdarzenia, sytuacje i doświadczenia, które są powiązane z kulturą i wywierają wpływ na zdrowie oraz wzorce opiekowania się;
- etnohistoria – wszystkie fakty, sytuacje, doświadczenia jednostek, grup, kultur i instytucji, które wyjaśniają i interpretują ludzkie zachowania i sposób życia;
- systemy opieki pielęgniarskiej: ludowy (laicki) i profesjonalny;

- działania i decyzje pielęgniarki prowadzące do zapewnienia opieki zgodnej z kulturą pacjenta.

Leininger, [cyt. za 23], wymieniała trzy formy świadczenia pomocy, wymagające współpracy pomiędzy pielęgniarką a pacjentem:

- pomoc w zachowaniu lub utrzymaniu dotychczasowych wzorców zachowań – *asystowanie pacjentowi, wspieranie go i podejmowanie profesjonalnych decyzji tak, aby zachowując swoje przekonania i wartości kulturowe osiągnął on dobrostan, powrót do zdrowia lub gdy nie jest to możliwe, osiągnął umiejętność radzenia sobie ze śmiercią i umieraniem*;
- akomodacja lub negocjowanie zmian – *asystowanie i wspieranie pacjenta oraz podejmowanie wspólnie z nim decyzji tak, aby umiejętnie negocjował z profesjonalistami lub też potrafił zaadaptować swoje zachowania wynikające z uwarunkowań kulturowych do aktualnej sytuacji zdrowotnej*;
- pomoc w zmianie wzorców, przewartościowaniu *dotychczasowych zachowań na bardziej prozdrowotne, przy jednoczesnym zachowaniu swoich wartości i przekonań wynikających z kultury. Ten rodzaj interwencji należy zastosować, gdy poglądy pacjenta zagrażają jego zdrowiu i życiu*.

Uważała także, że człowiek jest istotą kulturową (rodziny, grupy społeczne, instytucje, a nawet całe kultury), więc powinien być rozpatrywany w powiązaniu z kulturą i ujmowany holistycznie [cyt. za 23].

W jej teorii, jak podkreśla Płaszewska-Żywko [23], pewną różnicę w stosunku do tradycyjnie rozumianego procesu pielęgnowania stanowił fakt, że pielęgniarka powinna uzyskać wiedzę o różnych kulturach znacznie wcześniej, zanim obejmie opieką konkretnego pacjenta. Nie ma też wymienionej fazy oceny opieki pielęgniarskiej, ale Leininger wielokrotnie podkreśla znaczenie systematycznego weryfikowania swoich działań przez pielęgniarkę, w celu zapewnienia opieki rzeczywiście zgodnej z kulturą pacjenta [cyt. za 23].

Pielęgniarstwo a pacjent inny kulturowo – model Joyce Newman Ginger, Ruth Elaine Davidhizare

Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare (Płaszewska-Żywko [24]) jest kolejnym modelem pielęgniarstwa transkulturowego, a jego elementami są:

- komunikacja – łączność, wymiana lub rozmowa, którą z uwagi na rodzaj używanego kodu, dzieli się na komunikację werbalną i pozawerbalną (mowa ciała);

- przestrzeń, czyli ramy, w których można określać odległości między obiektami lub punktami;
- czas;
- organizacja społeczna, na którą składają się więzi kulturowe, rodzina, role mężczyzny i kobiety, grupy religijne i rasa;
- kontrola środowiska, rozumiana jako zaplanowane działania, mające na celu kontrolowanie natury, które sprzyjają zdrowiu, są neutralne dla zdrowia lub dysfunkcjonalne;
- biologiczne różnice pomiędzy ludźmi (typologie ras ludzkich na podstawie różnic w kolorze skóry, włosów, oczu, proporcjach ciała, strukturze i masie mięśni itd.) [24].

W literaturze przedmiotu [24, 25] podkreśla się, że komunikowanie interpersonalne jest jednym z kluczowych elementów w pielęgniarstwie i innych dyscyplinach opieki zdrowotnej, mając istotne znaczenie w aspekcie opieki nad pacjentem szczególnie z odmiennej kultury, gdy może pojawić się konieczność pokonywania barier spowodowanych nieznajomością języka komunikacji, a także posługiwaniem się przez personel niezrozumiałym dla nich językiem (język ojczysty, zawodowy, gwara, dialekty, żargon).

Istotną rolę (Płaszewska-Żywko [23, 24]) odgrywa także tzw. parajęzyk, tj. ton głosu, rytm, szybkość i sposób mówienia, długość wypowiadanych zdań oraz milczenie, także ściśle związany z kulturą. Jak podkreśla autorka, w niektórych społecznościach przyjęte jest bowiem otwarte wyrażanie emocji, głośne mówienie, liczne dygresje i „pogawędki", a w innych precyzyjne, ciche wypowiedzi, co może stanowić poważną przyczynę niezrozumienia pomiędzy osobami z różnych kultur. Poza komunikowaniem werbalnym różnice kulturowe mogą dotyczyć także komunikacji pozawerbalnej, na którą składają się m.in.: dotyk, wyraz twarzy, ruchy oczu i postawa ciała [23, 24].

W kontaktach międzyludzkich, w tym w opiece medycznej istotne jest także wytyczenie przestrzeni działających [23]:

- prospołecznie (*sociopetal*), tj. takich, które sprzyjają nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów (np. małe, przytulne pomieszczenia, częściowo zaciemnione, zawierające osobiste przedmioty);
- odspołecznie (*sociofugal*), powodujących poczucie izolacji i braku intymności (np. dworce, duże hale, korytarze itd.), w których można określać odległości między obiektami lub punktami.

Nęcki [25] wymienia sfery:

- intymną (zarezerwowaną jedynie dla bardzo bliskich osób);

- osobistą (przestrzeń prywatną, do której są dopuszczane osoby dobrze znane, z którymi dobrze się czujemy);
- społeczną (odległość kontaktu z osobami obcymi);
- publiczną (w sytuacjach bardzo formalnych, np. wykład).

Model Giger i Davidhizare [cyt. za 24] uwzględnia także biologiczne różnice pomiędzy ludźmi, czego potwierdzeniem są liczne prace naukowe cytowane poniżej, a co może mieć olbrzymie znaczenie w sprawowaniu opieki medycznej zarówno w diagnostyce, terapii, jak i pielęgnacji chorych.

Porównując kraje Ameryki Łacińskiej i Afryki (Jakubik [26] i Krzyżowski [27]) stwierdzono, że w społecznościach amerykańskich sprawy wiary są częściej przedmiotem urojeń, a w krajach afrykańskich urojenia dotyczą raczej spraw lokalnej społeczności; mają one większy związek z mitami i przetrwałymi wierzeniami animistycznymi. Keltner i wsp. [28] potwierdzili częstsze występowanie nietolerancji laktozy u Meksykanów, Afrykanów, Indian i Żydów aszkenazyjskich oraz większe ryzyko zatrucia alkoholem u mieszkańców Azji i Indian ze względu na upośledzony jego metabolizm.

Według Torrey [29], w Japonii, szczególnie u osób młodych, występują dwie swoiste formy zaburzeń nerwicowych: *Shinkeishitsu* – zespół natręctw z objawami hipochondryczno-neurastenicznymi i silnym niepokojem oraz *Wagamama* – zespół apatyczny z negatywizmem, drażliwością i zachowaniami regresywnymi.

Wśród Eskimosów mieszkających na Grenlandii (Jakubik [26]) u 10% tamtejszych mężczyzn występują zaburzenia psychiczne nazywane „lękiem kajakowym", charakteryzujące się silnym lękiem w formie napadowej w czasie długiego pływania na pełnym morzu przy bezwietrznej pogodzie, z towarzyszącymi mu takimi objawami, jak zawroty głowy, zaburzenia percepcji (głównie iluzje), poczucie wywracania się kajaku, osłupienie, objawy wegetatywne (dreszcze, duszność, poty, parcie na mocz).

W literaturze przedmiotu [30, 31] podkreśla się, że w krajach zachodnich, USA i innych społeczeństwach wysoko rozwiniętych, np. w Japonii, częściej niż w innych krajach występuje jadłowstręt (8-13/1 000 000), a w grupie studentek w USA bulimia była stwierdzana w ok. 5%, w Norwegii – 7,3%, w Australii – 9,4%, a w Portugalii – 0,3%.

Rzadkie choroby układu nerwowego o charakterze zwyrodnieniowym (Kułak [32]) częściej niż w innych grupach etnicznych, występują u Żydów, w tym Żydów aszkenazyjskich niż Żydów sefardyjskich. Żydzi aszkenazyjscy (od biblijnego syna Gomera – Aszkenaza, którego potomków utożsamiono w średniowieczu z mieszkańcami Niemiec), zamieszkują Europę środkową, wschodnią i częściowo zachodnią, a od XVII wieku również Amerykę, a Żydzi sefadryjscy – obszar Półwyspu

Iberyjskiego, posługują się dialektami judeo-romańskimi i prawdopodobnie są genetycznie bardziej podobni do Palestyńczyków [32]. Do tych nieuleczalnych chorób genetycznych w populacji Żydów, często kończących się śmiercią, występujących zarówno u dzieci, jak i u dorosłych należą: choroba Canavana, choroba Gauchera, Mukolipidoza typu IV, choroba Niemanna i Picka, choroba Tay-Sachsa i dystonia torsyjna [33, 34].

Największą liczbę samobójstw (Kułak [32]) odnotowuje się w krajach Europy Wschodniej (Litwa 75,6/100 000), Łotwa, Estonia, Ukraina i Rosja, a najmniejszą – w krajach Ameryki Łacińskiej (Meksyk 5,4/100 000), w krajach muzułmańskich (Kuwejt 1,6/100 000 mieszkańców) i w kilku krajach azjatyckich.

Powyższe dane ewidentnie wskazują, iż współcześnie od pracowników ochrony zdrowia oczekuje się zapewnienia opieki w sposób uwzględniający odrębność kulturową każdego człowieka i znajomości czynników kulturowych, które wpływają na zdrowie i chorobę.

Piśmiennictwo

1. Bielawska J., *Interdyscyplinarny charakter pielęgniarstwa*, „*Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*",11(2)/2014.
2. Libiszowska-Żółtkowska M., *Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii*, (w:) *Szkice z socjologii medycyny*, Libiszowska-Żółtkowska M., Ogryzko-Wiewiórowska M., Piątkowski W. (red.), Wyd. UMCS, Lublin 1998, s. 39-62.
3. Falvo S., *Przebudzenie charyzmatyków*, Wyd. Ośrodek w Duchu Świętym, Łódź 1995, s. 1-208.
4. Thorson J. A., Powell F. C., *Meanings of death and intrinsic religiosity*, „*Journal of Clinical Psychology*", 1990, nr 46, s. 379-391.
5. Flanelly K. J, Ellison C. G., Strock A. L., *Methodologic Issues in Research on Religion and Health*, „*Southern Medical Journal*", 2004, nr 97, s. 1231-1241.
6. Kinney A. Y., Bloor L. E., Dudley W. N., Millikan R. C., Marshall E., Martin C., Sandler R. S., *Roles of Religious Involvement and Social Support in the Risk of Colon Cancer among Blacks and Whites*, „*American Journal of Epidemiology*", 2003, nr 158, s. 1097-1107.
7. Koenig H. G., George L. K., Titus P., *Religion, Spirituality, and Health in Medically III Hospitalized Older Patients*, „*American Geriatrics Society*", 2004, nr 52, s. 554-562.
8. Domagała H., Grzymała-Moszczyńska H., Socha P., *Psychologia religii*, Wyd. UJ, Kraków 1984.
9. Kuczkowski S., *Psychologia religii*, Wyd. WAM, Kraków 1993.
10. Wosińska W., *Psychologia życia społecznego*, Wyd. GWP, Gdańsk 2004.

11. Koenig H. G., *Religion, spirituality, and medicine, research findings and implications for clinical practice*, „*Southern Medical Journal*", 2004, nr 97, s. 1194-1200.
12. Hall D. E., *When clinical medicine collides with religion*, „*The Lancet*", 2003, nr 326, s. 28-29.
13. Muszalik M., Grabowska M., Kędziora-Kornatowska K., *Znaczenie przekonań religijnych w opiece zdrowotnej*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 157-165.
14. Koenig H. G., George L. K., Peterson B. L., *Religiosity and remission of depression in medically ill older patients*, „American Journal of Psychiatry", 1998, nr 155, s. 536-542.
15. Heszen-Klemens I., Jarosz M., *Stosunek lekarz-pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny*, (w:) *Psychologia lekarska*, Jarosz M. (red.), PZWL, Warszawa 1983, s. 293-320.
16. Grabowska M., Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., *Uprzedzenia rasowe i religijne oraz ich rola w procesie leczenia i pielęgnowania*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 214-222.
17. Tarman Ch., Sears D. O., *The conceptualization and measurement of symbolic racism*, JOP, 2005, nr 67, 731-761.
18. Wandrasz M., *Religijność a postawa wobec chorób*, RW KUL, Lublin 1998.
19. Pargament K. I., *Of means and ends, Religion and the search for significance*, „*International Journal for the Psychology of Religion*", 1992, nr 2, s. 201-229.
20. Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M., *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, „*Polski Merkuriusz Lekarski*", 2006, nr 21, s. 197-200.
21. Faricy R., *Modlitwa o uzdrowienie wewnętrzne*, Kraków 1993.
22. Heron B. M., *Modlitwa o uzdrowienie*, Wyd. Wyzwanie, Kraków 1992.
23. Płaszewska-Żywko L., *Model pielęgniarstwa transkulturowego Madeleine Leininger*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 197-205.
24. Płaszewska-Żywko L., *Model Joyce Newman Giger i Ruth Elaine Davidhizare*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 206-213.
25. Nęcki Z., *Komunikowanie interpersonalne*, Ossolineum, Wrocław 1992.
26. Jakubik A., *Psychiatria kulturowa*, (w:) *Psychiatria*, t. 3, Dąbrowski W. S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.), PZWL, Warszawa 1989, s. 51-64.
27. Krzyżowski J., *Psychiatria transkulturowa*, Medyk, Warszawa 2002.
28. Keltner N., Folks G., *Psychopharmacology update, culture as a variable in drug therapy*, „*Perspect. Psychiatr. Nurs. Care*", 1992, nr 153, s. 1472.
29. Torrey E. F., *Czarownicy i psychiatrzy*, PIW, Warszawa 1981, s. 1-282.
30. Franko D. L., Becker A. E., Thomas J. J. i wsp., *Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress*, „*International Journal of Eating Disorders*", 2007, nr 40, s. 156-164.
31. Lindberg L., Hjern A., *Risk factors for anorexia nervosa, a national cohort study*, „*International Journal of Eating Disorders*", 2003, nr 34, s. 397-408.

32. Kułak W., *Transkulturowa neurologia i psychiatria*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, s. 261-279.
33. Connor M., Ferguson-Smith M., *Podstawy genetyki medycznej*, PZWL, Warszawa 1997.
34. Vellodi A., *Lysosomal storage disorders*, „*British Journal of Haematology*", 2005, nr 128, s. 413-431.

Jolanta Lewko

HOLISTYCZNY MODEL OPIEKI NAD CHORYM

Wprowadzenie

Koncepcja holizmu (gr. *holos* – cały, całkowity lub całościowy), odnosi się do poglądów, kierunków filozoficznych i metod ujmujących czy też wyjaśniających zjawiska w sposób całościowy. Podejście holistyczne znalazło odzwierciedlenie w naukach przyrodniczych i społecznych [1].

Modele zdrowia i choroby

Paradygmatem obowiązującym w naukach medycznych w XX wieku jest model biomedyczny. Istotny wpływ na ten model wywarł dualizm kartezjański uznający psychikę i ciało za całkowicie odmienne sfery. Kartezjusz uważał ciało ludzkie za maszynę, natomiast umysł stanowi jego odmienną część, w związku z tym funkcje ciała i umysłu zostały całkowicie oddzielone. Przed przyjęciem dualizmu kartezjańskiego dostrzegano wpływ czynników psychicznych na zdrowie i chorobę, uważano, że wyobrażenia i emocje wpływają na proces chorobowy, ale jako takie nie wpływają na ciało. Społeczne i psychologiczne czynniki wpływające na problemy zdrowotne nie mieszczą się w wąskich ramach modelu biomedycznego, który nie propaguje profilaktyki i indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie [2].

Holistyczny model zdrowia wnosi odmienne spojrzenia na sytuację życiową pacjenta, uwzględniając te obszary jego funkcjonowania, które dotąd były pomijane w ocenie klinicznej [3]. Ogólna teoria systemów jest podstawą teoretycznego

holistycznego pojmowania istoty zdrowia i choroby. Twórcą teorii był Ludwig von Bertalanff (1984), zakładał on, że świat zbudowany jest z systemów, tworząc ich hierarchie, gdzie każdy system jest jednocześnie częścią większego sytemu i zbiorem systemów podrzędnych, każdy system stanowi jednocześnie całość i część [1, 3].

Ujęcie to zakłada powiązanie ze sobą i wzajemną zależność kilku wymiarów, na które składają się: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, zdrowie społeczne, zdrowie duchowe, zdrowie seksualne i prokreacyjne. Zdrowie fizyczne odnosi się do biologicznego funkcjonowania organizmu i jego poszczególnych układów, określając prawidłową ich funkcję (brak choroby lub niepełnosprawności), jak również odpowiedni poziom sprawności i wydolności. Zdrowie psychiczne (mentalne) oznaczające zdolność do jasnego, spójnego myślenia, uczenia się oraz zdrowie emocjonalne odnoszące się do zdolności kontrolowania emocji i zdolności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Zdrowie społeczne zakłada niezależność jednostki jako cechę ludzi dojrzałych, zdolność do utrzymania prawidłowych relacji interpersonalnych, współpracę oraz odpowiedzialność za siebie i innych. Natomiast zdrowie duchowe jest pojęciem wieloznacznym, w którego definicji znaleźć można takie elementy jak: samoświadomość, system wartości, poczucie celu życia. Jest związane z osobistymi przekonaniami, wierzeniami czy praktykami religijnymi. Zdrowie seksualne WHO określa jako zespół biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego istotnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Zdrowie prokreacyjne oznacza stan pełnego dobrostanu związanego z układem rozrodczym, jego funkcjami, procesami we wszystkich okresach życia człowieka [1].

Podejście holistyczne uznaje odrębność psychospołeczną każdego człowieka, poszukuje sposobów leczenia najlepiej dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb. Włącza rodzinę i grupę społeczną, a przede wszystkim samego chorego, w proces przejmowania kontroli nad chorobą, powrót do zdrowia oraz zwiększania jego potencjału. Holistyczna perspektywa zdrowia odnosi się do definicji zdrowia WHO, która określa je jako stan dobrego samopoczucia psychicznego, fizycznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności [3].

Społeczno-ekologiczny model zdrowia stanowi podstawę teoretyczną współczesnej promocji zdrowia. Zakłada, że istnieją powiązania między człowiekiem a środowiskiem, na zdrowie człowieka ma wpływ wiele czynników oraz to, że obecnie istnieje nierówny dostęp do zdrowia w zakresie systemu opieki zdrowotnej, jak i stylu życia oraz położenia społecznego jednostki [1].

Model salutogenezy opracowany w latach 70. XX wieku przez socjologa medycyny Aarona Antonovsky'ego opisuje i wyjaśnia uwarunkowania i mechanizmy osiągania zdrowia. W podejściu salutogenetycznym człowiek przemieszcza się

w swoim życiu na kontinuum (linii) rozciągającej się między dwoma krańcami. Pomiędzy tymi krańcami (biegunami) znajdują się różne stany pośrednie względnego zdrowia lub choroby. Poziom zdrowia człowieka to pewne miejsce w danym czasie, można je określić obiektywnie (np. w badaniach lekarskich) lub subiektywnie przez pacjenta. Autor omawianego modelu zaobserwował, że ludzie, mimo działania na nich czynników szkodliwych (stresorów), zachowują zdrowie lub w razie choroby powracają do zdrowia oraz że każda osoba zawsze na kontinuum przesuwa się w stronę zdrowia. W związku z tym Antonovsky zdefiniował dwa nowe pojęcia: uogólnione zasoby odpornościowe i poczucie koherencji. Uogólnione zasoby odpornościowe (ang. *generalized resistance resources*) stanowią „bufory" dla czynników ryzyka, właściwości jednostki lub grupy, umożliwiające uniknięcie stresorów i usprawnienie procesu radzenia sobie z czynnikami szkodliwymi. Do zasobów tych należą: właściwości człowieka (cechy biologiczne, psychologiczne i zdolności interpersonalne), cechy środowiska fizycznego, czynniki społeczno-kulturowe, warunki materialne czy pozycja zawodowa. Zasoby te wpływają na ochronę zdrowia i procesy zdrowienia. Bardzo ważna jest umiejętność wykorzystywania przez człowieka dostępnych zasobów, zdolność ta wiąże się z poczuciem koherencji [1, 4]. Poczucie koherencji (*ang. sense of coherence – SOC*) określane jest jako globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dominujące, trwałe poczucie pewności, że bodźce napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturowany, przewidywalny i wytłumaczalny. Posiada dostępne zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, a wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania [4]. Poczucie koherencji składa się z trzech powiązanych ze sobą komponentów:

1. Zrozumiałość (ang. *comprehensibility*) polega na odbieraniu przez człowieka bodźców jako uporządkowanych, jasnych informacji, dzięki czemu ma on poczucie, że można je pojąć, zrozumieć i przewidzieć;
2. Zaradności (ang. *manageability*) oznacza dostępność zasobów postrzeganych przez człowieka jako wystarczających, aby sprostać wymaganiom stawianym przez otoczenie. To przekonanie, że w razie potrzeby może on skorzystać z tych zasobów (własnych i zewnętrznych) lub wie, do kogo może się zwrócić o pomoc. W związku z tym człowiek nie czuje się bezradny, przyjmuje postawę aktywną, usiłuje zaradzić trudnościom i problemom;
3. Sensowność (ang. *meaningfulness*) człowiek czuje, że życie ma sens, że wymagania i problemy warte są wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Wysokie poczucie sensowności powoduje, że człowiek podejmuje wyzwania, poszukuje w nich sensu i robi wszystko, aby radzić sobie i rozwiązywać problemy.

Poczucie koherencji u człowieka można zmierzyć za pomocą opracowanego przez A. Antonovsky'ego „Kwestionariusza Orientacji Życiowej" (SOC-29). Dostępna jest również polska adaptacja tego kwestionariusza dostosowana do badań ludzi dorosłych [4, 5].

Medycyna holistyczna

W literaturze przedmiotu znaleźć można różne przykłady medycyny holistycznej, jednym z nich może być podejście mające na celu opiekę skoncentrowaną na pacjencie. Opieka skoncentrowana na pacjencie (ang. *Patient Centered Care, PCC*) uwzględnia indywidualne potrzeby i preferencje zdrowotne pacjenta i jego rodziny, budowanie relacji z lekarzem opartych na terapeutycznej komunikacji, empatii i zaufaniu [6].

Rozwój medycyny opartej na faktach (EBM) i opieki skoncentrowanej na pacjenta (PCC) powoduje, że oba te podejścia znacznie wzbogacają rozumienie medycyny. Takie połączenie pozwoli osobom pacjenta i lekarza na zaangażowanie się w proces wspólnego podejmowania decyzji terapeutycznych, odpowiedzialności i zaufania, przy jednoczesnym zapewnieniu, że praktyka kliniczna aktywnie gromadzi fakty naukowe. Zaleca się, że taki rozwój powinien odbywać się w ramach szerszej zmiany w ochronie zdrowia, odejścia od bezosobowych, rozdrobnionych systemów opieki zdrowotnej w stosunku do zindywidualizowanych, zintegrowanych modeli praktyki klinicznej. Dostarczanie pacjentom opieki humanistycznej, która uznaje znaczenie stosowania nauki w sposób, który szanuje pacjenta jako osobę. Uwzględnia w pełni jego wartości, preferencji, kontekst kulturowy, lęki, niepokoje i nadzieje oraz, oprócz potrzeb fizycznych, rozpoznaje i reaguje na jego emocjonalne, duchowe i społeczne potrzeby [7].

Innym podejściem, stosowanym szczególnie w medycynie paliatywnej, jest *case management* w medycynie. *Case management* realizuje każdorazowo potrzebę wsparcia, a osoba chora i jej krewni biorą w tym procesie aktywny udział. W *case management* dochodzi do połączenia działalności opiekuńczej i koordynacyjnej, jak również systematycznego postępowania w związku z planowaniem opieki. A zatem *case management* jest ukierunkowany na podopiecznego i dostępne zasoby, uwzględnia kompetencje chorego i jego zdolności do samodzielnego radzenia sobie, aktywuje i motywuje chorego i jego rodzinę, jest zależny od ich zdolności i gotowości do współdziałania. Koordynowaniem opieki zajmuje się *case manager* jako moderator ponoszący ostateczną odpowiedzialność za szacowanie potrzeb

swoich podopiecznych oraz koordynowanie usług medycznych, pielęgniarskich oraz socjalnych. Prowadzi rozmowy z pacjentami w sposób uporządkowany, skupiając się na poszczególnych problemach, okazuje empatię i współczucie wobec pacjentów z zachowaniem rzeczowego planu opieki [8].

Pielęgniarstwo holistyczne

Analizując koncepcję holizmu i jej wpływ na pielęgniarstwo, na uwagę zasługują teorie pielęgniarstwa charakteryzujące się podejściem systemowym do opieki. Odnoszą się one do ogólnej teorii systemów, ujmując podmiot opieki jako system otwarty, znajdujący się w dynamicznych relacjach ze środowiskiem.

Odzwierciedlenie tych założeń możemy znaleźć w modelu adaptacyjnym Calisty Roy (ang. *Roy's Adaptation Model, RAM*), gdzie autorka skupiła pielęgniarstwo i praktykę pielęgniarską wokół człowieka postrzeganego jako system otwarty. Pielęgniarka w zapewnieniu pomocy ogniskuje uwagę na rozpoznawaniu efektywnych i nieefektywnych reakcji adaptacyjnych oraz na działaniach niezbędnych do wspomagania procesu adaptacyjnego w zdrowiu i chorobie. Roy określa osobę/człowieka jako holistyczny system adaptacyjny wyposażony w podsystem regulacyjny i poznawczy, celem utrzymania adaptacji w czterech zakresach: funkcji fizjologicznych, koncepcji siebie, pełnionych ról i współzależności. Odbiorcą opieki może być jedna osoba, ale to samo odnosi się do rodziny, grupy, społeczności; według Roy każde z nich jest systemem adaptacyjnym i może stanowić część większego systemu. Model może być użyteczny w praktyce pielęgniarskiej zwłaszcza w opiece nad pacjentem przewlekle chorym, stanowi szerokie holistyczne podejście do człowieka [9, 10].

W oparciu o model adaptacyjny Calisty Roy opracowano kilka narzędzi do pomiaru poziomu adaptacji. Jednym z nich jest *Self-Consistency Scale* (SOC) mierząca poziom spójności, radzenia sobie u osób w podeszłym wieku. Utrzymanie własnej spójności jest zadaniem, które angażuje ludzi starszych i może być postrzegane jako wskaźnik określający, jak osoba radzi sobie ze stresem w procesie starzenia [11].

Model pielęgniarstwa transkulturowego Madelaine Leiniger (ang. *Transcultural Nursing Model*) jest pierwszym modelem skoncentrowanym wokół pielęgniarskiej troskliwości z perspektywy transkulturowej. Model ten zakłada, że ludzka troskliwość jest sednem pielęgniarstwa, ma podstawowe znaczenie dla zdrowia, dobrostanu człowieka, jest mocno osadzona w światopoglądzie, strukturze

socjalnej, w języku i kontekście środowiskowym. Model pielęgniarstwa transkulturowego ma charakter holistycznego ujmowania człowieka, tkwi swymi korzeniami w antropologii, jak i w pielęgniarstwie, obejmując swym zasięgiem teorię, praktykę, edukację oraz pielęgniarskie badania naukowe [12].

Inny modelem pielęgniarstwa, opartym na teorii systemów, jest model systemowy Betty Neuman (ang. *The Neuman Systems Model,* NSM). Przedmiotem pielęgniarstwa według tego modelu jest zapewnienie pomocy w utrzymywaniu równowagi systemów: człowieka, rodziny, grup. Model systemowy miał początkowo służyć wyłącznie celom dydaktycznym, ukazując jednostkę holistycznie w jej wymiarze fizjologicznym, psychologicznym, socjokulturowym i rozwojowym. Wyjaśnia, w jaki sposób człowiek osiąga równowagę pod wpływem działających na niego stresorów. Celem pielęgnowania jest pomaganie człowiekowi osiągnąć możliwie pełny dobrostan poprzez uzyskanie i utrzymanie równowagi, a działania pielęgniarskie ujmuje w kategorii prewencji pierwotnej, wtórnej i trzeciorzędowej. Znalazł on szerokie zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej i badaniach naukowych [10, 11, 13]. W oparciu o teorię Neuman opracowano dwa narzędzia badawcze. Jednym z nich jest *The Spiritual Care Scale* (SCS) oceniający duchowe i psychosocjalne aspekty opieki pielęgniarskiej, składa się z 27 pytań i odpowiedzi w czterostopniowej skali Likerta. *Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale* (LOCFAS) to relatywnie nowe narzędzie, opracowane w 1995 roku, oceniające poznawcze funkcjonowanie pacjenta po traumatycznych urazach mózgu [11].

W holistycznym pielęgniarstwie duży nacisk kładzie się na profilaktykę oraz promocję zdrowia, a modelem wykorzystywanym w pielęgniarstwie jest teoria humanistycznej opiekuńczości Jane Watson (ang. *Theory of Human Caring*). Pielęgnowanie koncentruje się według niej wokół okoliczności opiekuńczych, które wywodzą się z perspektywy humanistycznej połączonej z podłożem wiedzy naukowej. Znajomość indywidualnej sytuacji pacjenta, jego dotychczasowego poziomu wiedzy oraz percepcji obecnej w sytuacji zdrowotnej, pozwala pielęgniarce na dostosowanie kognitywnego planu edukacji do wymogów sytuacji. Właściwa opieka nad zdrowiem powinna skoncentrować się wokół stylu życia, warunków społecznych i środowiska [14]. Na podstawie filozofii humanistycznej opiekuńczości Watson opracowano narzędzia badawcze o charakterze jakościowym i ilościowym. Jednym z instrumentów ilościowych jest *Caring Behavior Inventory* (CBI), badający inwentarz zachowań opiekuńczych np. u pielęgniarek, zawierający 43 pytania z odpowiedziami według sześciostopniowej skali Likerta. Drugą skalą jest *Caring Behavior Assessment* (CBA) służącą do oceny zachowań opiekuńczych, zawierającą listę 61 pytań z odpowiedziami w pięciostopniowej skali Likerta w zakresie pielęgniarskich zachowań opiekuńczych w stosunku do pacjenta [11].

Holizm w odniesieniu do pielęgniarstwa oznacza świadczenie opieki we wszystkich stanach zdrowia i choroby i we wszystkich obszarach życia pacjenta. Pielęgniarka musi wykorzystywać wszystkie swoje umiejętności, by udzielić pacjentowi jak najwszechstronniejszej pomocy, w tym miejscu należy też podkreślić rolę procesu pielęgnowania. Proces pielęgnowania jest formą opieki, która obejmuje rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego podmiotu opieki (np. pojedynczego pacjenta, rodziny czy grupy ludzi) i postawienie diagnozy pielęgniarskiej, a także podjęcie celowych i planowych działań, które mają doprowadzić do utrzymania lub zmiany rozpoznanego stanu (wyrażonego w diagnozie pielęgniarskiej) oraz ocenę uzyskanych wyników pielęgnowania [15].

Jakość życia jako holistyczna ocena stanu zdrowia

Zagadnienia związane z jakością życia są obecnie przedmiotem zainteresowań medycyny, psychologii, socjologii, filozofii i innych nauk. Zainteresowanie pojęciem jakości życia datuje się już od czasów starożytnych, kiedy to Hipokrates czy Arystoteles na gruncie filozofii oraz medycyny zastanawiali się, co jest fundamentem szczęśliwego, satysfakcjonującego życia [16].

Pojęcie jakości życia (ang. *Quality of Life,* QoL) jest różnie definiowane przez określonych badaczy i coraz częściej podkreśla się jego wielowymiarowy, wieloaspektowy charakter. Trzebiatowski [16] uważa, iż *pomimo trwającego od lat osiemdziesiątych XX w. wzrastającego zainteresowania koncepcją jakości życia, wciąż brakuje definicji, która mogłoby być „bez zastrzeżeń" przyjmowana niezależnie od zróżnicowań interdyscyplinarnych*. Autor podkreśla, iż *istnieje wiele jakości życia*, które są odmiennie interpretowane przez psychologów, socjologów, pedagogów oraz reprezentantów nauk medycznych [16].

Złożone pojęcie, jakim jest jakość życia, konceptualizowane jest w różny sposób w zależności od podejścia (np. empiryczne lub teoretyczne), w jakim go się rozpatruje.

Kane [17] twierdzi, że dla niektórych *badaczy jest to pojęcie bardzo szerokie, znaczące prawie wszystko oprócz informacji o śmierci jednostki, dla innych to jedynie pewne elementy życia, jeszcze inni podkreślają społeczne i psychologiczne aspekty jakości życia*.

Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization)* definiuje jakość życia jako *kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej stanu zdrowia*

fizycznego, emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia zależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem, osobistych wierzeń i przekonań do środowiska [18].

W ujęciu socjologicznym jakość życia to stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb, natomiast z psychologicznego punktu widzenia oznacza dobrostan psychiczny [19].

Znaczna większość definicji jakości życia ogranicza się do wybranych aspektów zjawiska, bywa nadmiernie szczegółowa, natomiast inne ujmują zjawisko jakości życia w sposób bardziej holistyczny.

W ocenie jakości życia bierze się pod uwagę obiektywną sytuację życiową jednostki oraz jej subiektywną percepcję opartą na przeżyciach i poglądach.

Jakość życia jednostki odnosi się do rozległego zakresu ludzkiego doświadczenia i zależy od wielu czynników, takich jak: sytuacja finansowa i zawodowa, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, relacje osobiste, polityczny i kulturowy klimat, czynniki środowiskowe oraz wiele innych [20, 21].

W badaniu ogólnej jakości życia czynniki obiektywne wyjaśniają tylko część odczuwanej satysfakcji jednostki. Większy wpływ na percepcję ogólnego dobrostanu ma jednak subiektywny pomiar jakości życia, wyrażający się w globalnym poziomie satysfakcji z życia.

Jakość życia zależna od stanu zdrowia (ang. *health-related quality of life,* HRQOL) lub jakość życia wyznaczana stanem zdrowia oznacza, że przedmiotem oceny są zagadnienia decydujące o jakości życia, które jest bezpośrednio związane ze zdrowiem [22].

Definicja HRQOL uwzględnia cztery podstawowe aspekty funkcjonowania pacjenta – stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne oraz doznania somatyczne [16].

Trzebiatowski [16] podkreśla, z uwagi na fakt, iż *jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia* związana jest przede wszystkim ze zmiennymi, które określić można jako funkcjonalne – HRQOL zyskała miano miary obiektywnej.

Najważniejszym czynnikiem determinującym jakość życia jest stan zdrowia, dlatego w obrębie tego pojęcia wyróżnia się jakość życia niezależną od stanu zdrowia (NHRQoL) i jakość życia zależną od stanu zdrowia (HRQoL) [23].

Ferrans i Powers [24] definiują jakość życia, jako *indywidualne postrzeganie dobrostanu psychicznego wynikającego z zadowolenia lub niezadowolenia z wymiarów życia, które są ważne dla danej osoby*.

Za pomocą systematycznej, wielowymiarowej oceny jakości życia chorych można pozyskiwać cenne informacje o deficytach funkcjonowania chorego we wszystkich obszarach, w których konieczne jest wprowadzenie zmian.

Podsumowanie

W opinii Wasilewskiego [25] *medycyna w miejsce funkcjonowania, jako system sporadycznego wsparcia w okresie epizodów pogorszenia zdrowia, staje się w coraz większym stopniu służbą utrzymania życia, towarzyszącą człowiekowi od urodzenia do śmierci (…). Coraz większe znaczenie mają w medycynie aparaty, leki i procedury, coraz mniejsze personel medyczny, który za nimi stoi. Lekarz coraz rzadziej rozmawia z pacjentem, z którym dzieli go coraz więcej.*

Pacjent jest coraz bardziej osamotniony, straszony konsekwencjami choroby, jej powikłaniami i coraz częściej szuka wsparcia ze strony lekarza i innych członków zespołu terapeutycznego [25].

Wasilewski [25] podkreśla, że coraz częściej *leczone są narządy, przez coraz większą ilość „narządologów"*. Pacjent niejako *utracił partnera w postaci lekarza, który dotychczas koordynował jego sprawy zdrowotne i przyjmował za to odpowiedzialność, ma obecnie jedynie kontakt z menagerem od konkretnej procedury medycznej* [25].

Autor [25] podkreśla, iż nie powinno się lekceważyć znaczenia w medycynie czynników takich jak: psychologiczne, kulturowe, społeczne i wolicjonalne, niezbędnych dla podtrzymania zdrowia. Ignorowanie ich być może jest jedną z głównych przyczyn obecnego kryzysu kultury zachodniej.

Uważa [25] także, że obecnym nakazem chwili jest holistyczne rozumienie medycyny, które będzie uwzględniać czynniki psychologiczne, społeczne oraz psychosomatyczne mechanizmy powstawania chorób i modyfikowania ich przebiegu.

Podsumowaniem tego rozdziału mogą być więc słowa Sir Williama Oslera [26]: *Ważniejsze jest poznanie, jaki pacjent ma chorobę, niż jaką chorobę ma pacjent.*

Piśmiennictwo

1. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2007.
2. Sheridan C. L., Radmacher S. A., P*sychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
3. Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, *„Problemy Higieny i Epidemiologii",* 2012, nr 93, s. 682-686.

4. Antonowski A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie z stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
5. Dolińska-Zygmunt G., *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*, (w:) *Podstawy psychologii zdrowia*, Dolińska-Zygmunt G. (red.), Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 19-31.
6. Epstein R. M., Street R. L., *The values and value of patient-centered care*, „*Annals of Family Medicine*", 2011, vol. 9, nr 2, s. 100-103.
7. Miles A., Mezzich J., *The care of the patient and the soul of the clinic, person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice*, „*The International Journal of Person Centered Medicine*", 2011, nr 1, s. 207-222.
8. Schmitt H. J., *Case management w medycynie paliatywnej*, (w:) *Psychoonkologia*, Dorfmuller M., Dietzfelbinger H. (red.), Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, s. 249-252.
9. Płaszewska-Żywko L., *Callista Roy – model adaptacyjny*, (w:) *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 137-150.
10. Dobrowolska B., Wrońska I., *Pielęgniarstwo i pielęgnowanie holistyczne „Pielęgniarstwo XXI wieku"*, 2000, nr 1, s. 5-9.
11. Young A., Taylor S. G., Mclaughlin-Renpenning K., *Connections nursing research, theory and practice*, Mosby, St. Louis 2001.
12. Poznańska S., *Madelaine Leiniger – Model pielęgniarstwa transkulturowego*, (w:) *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 151-167.
13. Płaszewska-Żywko L., *Betty Neuman – Model systemowy*, (w:) *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 169-179.
14. Poznańska S., *Jane Watson – Model humanistycznej troskliwości*, (w:) *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Poznańska S., Płaszewska-Żywko L. (red.), Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 181-201.
15. Kawczyńska-Butrym Z., *Pielęgniarstwo rodzinne*, CEM, Warszawa 1997.
16. Trzebiatowski J., *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, „*Hygeia Public Health*", 2011, nr 46, s. 25-31.
17. Kane R. A., *Quality of life*, (w:) *Encyclopedia of Public Health*, Breslow L. (red.), Macmillan, New York 2002, t. 3, s. 1003-1006.
18. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy zdrowia i choroby*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, s. 233-251.
19. Dziurowicz-Kozłowska A., *Wokół pojęcia jakości życia*, „*Psychologia Jakości Życia*", 2002, nr 1, s. 77-99.
20. Polonsky W. H., *Understanding and assessing diabetes-specific quality of life*, „*Diabetes Spectrum*", 2000, nr 13, s. 36.
21. Lewko J., Krajewska-Kułak E., *Wielowymiarowa ocena jakości życia pacjentów z cukrzycą*, „*Polski Merkuriusz Lekarski*", 2010, nr 28, s. 486-489.
22. Pietrzykowska E., Zozulińska D., Wierusz-Wysocka B., *Jakość życia chorych na cukrzycę*, „*Polski Merkuriusz Lekarski*", 2007, nr 33, s. 311-314.

23. Bąk-Darbik K., Ziora D., *Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc*, **„***Pneumonologia i Alergologia Polska*", 2004, nr 72, s. 128-133.
24. Ferrans C., Powers M., *Quality of Life Index. Development and psychometric properties*, „*Advances in Nursing Science*", 1985, nr 8, s. 15-24.
25. Wasilewski B., *Holistyczne rozumienie medycyny wymogiem współczesności*, „*Sztuka Leczenia*", 2011, nr 1-2, s. 11-17.
26. http,//www.imc.wroc.pl/medycyna-holistyczna, data pobrania 27.03.2015.

Cecylia R. Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułak

SATYSFAKCJA Z OPIEKI JAKO ISTOTNY ELEMENT JAKOŚCI OPIEKI MEDYCZNEJ NAD PACJENTEM

Wprowadzenie

Pojęcie jakości usługi medycznej pojawiło się na początku XX wieku w Stanach Zjednoczonych, a w roku 1913 *American College of Surgeons* zapoczątkowała tworzenie standardów dotyczących udzielania oświadczeń zdrowotnych w szpitalach [cyt. za 1]. W drugiej połowie XX wieku zaczęto natomiast, w różnych placówkach opieki zdrowotnej, stosować zarządzanie przez jakość (TQM – *Total Quality Management*) [cyt. za 1].

W roku 1983 Pascoe [2] podał definicję „zadowolenia" pacjenta z opieki, określając nim satysfakcję pacjenta jako *reakcję odbiorcy opieki zdrowotnej na najistotniejsze aspekty procesu leczenia i doświadczenie personelu* oraz jako *proces porównawczy, angażujący zarówno sferę poznawczą, jak i emocjonalną reakcję świadczeniobiorcy na istotne aspekty jego doświadczeń dotyczących struktury, procesu i wyniku opieki*.

Ocena satysfakcji pacjenta z leczenia w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych prowadzona jest już od ponad pięćdziesięciu lat i jest powszechnym, a w niektórych krajach obowiązkowym badaniem [3-6].

W piśmiennictwie [7] zwraca się uwagę, iż wysoki poziom jakości świadczonych usług na oddziałach szpitalnych ma przełożenie na zdrowie i życie pacjenta, często zapobiegając błędom jatrogennym i pomyłkom, z którymi wiążą się wysokie koszty szpitala.

Wroński [8] uważa, iż *jakość usług medycznych jest nierozerwalnie związana ze standardami medycznymi, których zadaniem jest wskazanie lekarzowi odpowiedniej ścieżki postępowania diagnostyczno-leczniczego*. W opinii Vuori [9] *opieka nie może*

być uznana za wysokiej jakości dopóty, dopóki pacjent nie jest usatysfakcjonowany. Zdaniem Blenkiron [10] dobre wyniki leczenia uwarunkowane są zarówno profesjonalizmem pracowników ochrony zdrowia, jak też satysfakcją z leczenia, czyli subiektywną oceną jakości usług medycznych przez pacjenta i jego rodzinę.

Maciąg i Sakowska [11] wyróżniają trzy kluczowe sfery jakości usług medycznych:

- organizacyjną (niezawodność, dostępność, odpowiedzialność);
- informacyjną (umiejętność słuchania potrzeb pacjentów, ułatwiona komunikacja, kompetentny i wiarygodny przekaz);
- techniczną (przestrzeganie procedur, wyeliminowanie przyczyn potencjalnych usterek).

W literaturze przedmiotu [12-16] zwraca się uwagę, iż celem uzyskania wiarygodnych wyników dotyczących jakości opieki medycznej niezbędne są informacje zarówno od biorców, jak i osób świadczących usługi medyczne, a metodą oceny poziomu opieki jest np. badanie satysfakcji chorych.

Satysfakcja pacjenta a wielowymiarowości czynników prowadzących do jej osiągnięcia

W opinii Wrońskiego [8], za zasadnicze cele badania satysfakcji pacjentów na rynku usług medycznych uważa się m.in.: poznanie głównych wyznaczników satysfakcji oraz niezadowolenia pacjentów oraz poznanie oczekiwań pacjentów dotyczących obsługi, współpracy i pracy placówki, z uwzględnieniem obszarów wymagających poprawy.

Określenie słowa satysfakcja, z łac. *satis* [cyt. za 17] oznacza *wystarczająco*, czyli *tyle, ile potrzeba do pełnego zaspokojenia oczekiwań, potrzeb, dążeń, w sposób taki, aby nie było miejsca na skargę*.

Satysfakcja usługobiorcy to w opinii Kulczyckiej [18] *stopień akceptacji opieki przez pacjenta w odniesieniu do jego życzeń i potrzeb. Jest to odczucie indywidualne, subiektywne i emocjonalne. To uczucie przyjemności i zadowolenia, które przejawia się w postaci pewnych istotnych cech (postaw, zachowań, reakcji). Zdobyte doświadczenie chorego na przestrzeni całego życia kształtuje jego wartości i osobiste oczekiwania*.

Towarzystwo Pielęgniarek Amerykańskich (ANA) [cyt. za 19] terminem „satysfakcja pacjenta" określa *miarę opinii pacjenta lub rodziny na temat udzielonej opieki pielęgniarskiej.*

Dozier i wsp. [20] podkreślają, iż satysfakcji jako uczucia nie da się opisywać w prostych kategoriach: „tak" (jest satysfakcja) lub „nie" (brak satysfakcji), ponieważ poczucie satysfakcji może zmieniać się w czasie pod wpływem pewnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

Linder-Pelz [21, 22] uważa, iż podstawową koncepcją teoretyczną, używaną w określeniu satysfakcji, jest podejście związane z oczekiwaniami pacjenta. Zgodnie z tym modelem osoba szuka pomocy z różnych przyczyn, a ocena tego, co otrzymuje, zależy nie tylko od samej interwencji, ale także od całego procesu stawania się odbiorcą pomocy. Satysfakcja jest w tym ujęciu pojęciem nie tylko poznawczym, ale także emocjonalnym, zależącym od zmiennych psychologicznych, takich jak oczekiwania, system wartości [21, 22]. W tzw. modelu wielowymiarowym, satysfakcja zawiera takie wymiary, jak: „prowadzenie" przez lekarza, dostępność, wygoda i ogólny wymiar satysfakcji [21, 22]. W tzw. modelu „kontrastu" usługa o jakości zbliżonej do oczekiwań bądź wyższej uznana jest za satysfakcjonującą, a o jakości niższej od oczekiwań – za niesatysfakcjonującą [21, 22]. W tzw. modelu „asymilacji" – usługa nieco niższa niż oczekiwana zostaje przyswojona do większych oczekiwań i jest określana jako satysfakcjonująca [21, 22]. Linder-Pelz [21, 22] zauważa, iż to, czy pacjent lub/i jego rodzina wykazują postawę zgodną z jednym lub drugim modelem, związane jest z jego dotychczasowymi doświadczeniami: niejasny stosunek do poprzednich doświadczeń z leczeniem będzie skutkował stosowaniem modelu asymilacji, a bardziej wyrazisty – będzie powodować jasny stosunek emocjonalny i skłaniać do posługiwania się modelem kontrastu.

Ware [23] wyróżnia także inne wymiary satysfakcji z opieki, takie jak: jakość opieki, łatwość dostępu/wygoda, finanse, warunki otoczenia, osiągalność (dostępność).

Cook i wsp. [24] wykazali powiązania pomiędzy zaufaniem do świadczeniodawcy a satysfakcją. Okazało się, że pacjenci, którzy nie ufali lekarzowi, przejawiali niski poziom satysfakcji z opieki, unikali kolejnych wizyt i w mniejszym stopniu stosowali się do zaleceń lekarzy [24].

W literaturze przedmiotu [13, 25, 26] zwraca się uwagę, że spojrzenie na placówkę opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta może różnić się od wyobrażeń profesjonalistów zawodów medycznych i kadry zarządzającej. Człowiek chory bowiem wysoką jakość usług medycznych ocenia w wielu aspektach, w tym w odniesieniu do łatwości dostępu do świadczeń zdrowotnych, skuteczności terapii, dostatecznej informacji na temat własnego zdrowia, bezpieczeństwa pacjenta czy edukacji zdrowotnej [13, 25, 26].

Kurpas i wsp. [27] trudności oceny samego zjawiska satysfakcji pacjenta doszukują się w wielowymiarowości czynników prowadzących do jego osiągnięcia.

Podobnie Mahon [28] satysfakcję nazywa zjawiskiem wielowymiarowym, skorelowanym z oczekiwaniami pacjenta i sugeruje, że pacjent przychodząc do zakładu opieki zdrowotnej z niskimi oczekiwaniami, będzie prawdopodobnie prezentował wyższą satysfakcję i odwrotnie.

Badania Jaipaul i Rosenthal [29] pozwoliły na stwierdzenie, że poziom satysfakcji z opieki starszych pacjentów wzrastał równolegle do pogorszenia się ich ogólnego stanu zdrowia, a Thi i wsp. [30], że starsi pacjenci, których ogólny stan zdrowia był dobry, byli bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej. Jednakże wyniki badań polskich autorów [31, 32, 33, 34, 35] nie wykazały zależności między satysfakcją z opieki pielęgniarskiej a wiekiem pacjentów.

Zdaniem Mykowskiej [26] każdy pacjent przychodzący do placówki służby zdrowia ma dwa źródła oczekiwań:

- wewnętrzne, tzw. subiektywne potrzeby (które są z reguły stałe, mimo że ich liczba i hierarchia mogą być różne u różnych ludzi);
- zewnętrzne, czyli poprzednie doświadczenia i uzyskane od innych informacje (które są trudne do zbadania i określenia, i mogą być u różnych osób skrajnie odmienne i zmienne w czasie).

Najważniejsze potrzeby pacjenta

Do najważniejszych potrzeb pacjenta autorka [26] zalicza: potrzebę informacji, kontroli sytuacji, bezpieczeństwa, zainteresowania i wsparcia społecznego, szacunku i akceptacji, intymności i poufności, przyjaznej atmosfery.

Satysfakcja pacjenta zależy od różnicy pomiędzy tym, co pacjent dostaje a jego subiektywnymi oczekiwaniami i gdy jest ona pozytywna, pacjent jest usatysfakcjonowany, jeżeli negatywna – świadczy to o niezadowoleniu osoby korzystającej z opieki medycznej [26].

W opinii Palczewskiej [36] pacjent oczekuje od personelu medycznego ciągłości procesu leczenia i pielęgnacji, komfortu psychicznego i dobrej relacji z personelem. W związku z tym autorka [36] wyróżnia wiele czynników determinujących proces komunikowania się z chorym i zalicza do nich: wiek, płeć, grupę społeczną, z której pochodzi lub jednostkę chorobową z uwzględnieniem jej rokowania.

Lawthers [37] do najważniejszych obszarów oczekiwań każdego pacjenta zalicza:

- dostępność do opieki zdrowotnej;
- dopasowanie sprawowanej opieki do indywidualnych potrzeb i oczekiwań;

- respektowanie preferencji i praw związanych z wyborem sposobu leczenia;
- kontynuację i koordynację pełnego procesu terapeutycznego (koordynacja procesu leczenia przez lekarza, podczas gdy jego poszczególne etapy muszą odbywać się w innych ośrodkach, konsultacje z innymi lekarzami itp.);
- zapewnienie komfortu psychicznego (zarówno podczas badania, jak i w czasie procesu leczenia);
- dobrą komunikację i informację przekazywaną w sposób zrozumiały (odnośnie choroby, leczenia itp.).

Suhonen i wsp. [38] oczekiwania pacjentów, którzy przebywają w szpitalu, pogrupowali w takie grupy, jak: relacje międzyludzkie, komunikacja, dostęp do informacji, środowisko zewnętrzne, współuczestnictwo i zaangażowanie, profesjonalizm, kompetencje, postawa i zachowanie personelu. Ich zdaniem [38] musi istnieć zgodność pomiędzy celem działalności lekarzy oraz pielęgniarek i rzeczywistą opieką. Pacjent i jego rodzina mają bowiem prawo zapytać, wybrać, ocenić, a usługodawca (w tym przypadku pracownicy ochrony zdrowia, instytucje medyczne) musi liczyć się z ich opinią [38].

W literaturze przedmiotu [33, 39, 40] za jeden z najważniejszych obszarów świadczeń zdrowotnych, odbywających się w bezpośrednim kontakcie z chorym, uważa się także opiekę pielęgniarską, ocenianą z punktu widzenia świadczeniodawcy (pielęgniarki) i świadczeniobiorcy (pacjenta i jego rodziny). Bardzo często bowiem [33, 39, 40, 41] kompetencje, umiejętności, postawy i zachowania pielęgniarki mają ogromny wpływ na pierwsze opinie pacjenta o placówce zdrowia oraz sprawowanej w niej opieki i mogą mieć wpływ na dalsze samopoczucie chorego w trakcie jego pobytu w szpitalu.

W opinii Mahon [28] wyniki badań naukowych wskazują, iż satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu.

Potwierdzeniem powyższego mogą być badania Otani i Kurz [42], którzy wykazali, że spośród atrybutów mających wpływ na ocenę całościowego zadowolenia z pobytu w szpitalu, opieka pielęgniarska miała największe znaczenie (0,53), mniejsze natomiast przypisywano np. procedurze przyjęcia do szpitala (0,15), miłemu otoczeniu (0,11), podejściu do rodziny i bliskich (0,10), opiece lekarskiej (0,05), procesowi wypisu ze szpitala (0,03).

Także badania Lemke [41] wykazały, że pacjenci, którzy swój pobyt w szpitalu ocenili jako bardzo satysfakcjonujący, także w 95% ocenili pozytywnie opiekę pielęgniarską. Natomiast pacjenci, którzy ocenili całościowy pobyt mniej satysfakcjonująco, tylko w 34% ocenili opiekę pielęgniarską bardzo dobrze. Podczas pobytu pacjenta w szpitalu opieka pielęgniarska zajmuje najwięcej czasu i charakteryzuje

ją największe natężenie bezpośrednich kontaktów z pacjentem. W dużej mierze to właśnie od pielęgniarki zależy, jak pacjent hospitalizowany będzie radził sobie w chorobie, jak zniesie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego [41].

Radwin i wsp. [43] stwierdzili, że chorzy z wyższym wykształceniem mieli niższy poziom satysfakcji, a Bredart i wsp. [44] oraz Quintana i wsp. [45], że bardziej zadowoleni z opieki pielęgniarskiej byli chorzy z niższym wykształceniem. Lumby [46] tłumaczy niższy poziom satysfakcji chorych lepiej wykształconych ich oczekiwaniem wyższych standardów opieki. Potwierdza to także Johansson [47] twierdząc, że pacjenci lepiej wykształceni mają większe wymagania, które dotyczą nie tylko większych oczekiwań odnośnie opieki pielęgniarskiej, ale również wyższego poziomu wykształcenia pielęgniarek oraz McColl i wsp. [48], którzy analizując wpływ poziomu wykształcenia na ocenę opieki pielęgniarskiej, stwierdzili istotną statystycznie zależność zarówno w zakresie skali doświadczenia ($p<0,001$), jak i w zakresie skali satysfakcji ($p<0,01$). W publikacjach polskich autorów [17, 31, 32, 33, 34, 49], za wyjątkiem Kisiel i wsp. [35], nie wykazano zależności pomiędzy wykształceniem a satysfakcją z opieki pielęgniarskiej.

W literaturze przedmiotu [32, 43, 47, 50, 51, 52] podkreśla się, iż satysfakcja pacjenta zależy nie tylko od rodzaju jego problemu zdrowotnego, ale i od czasu hospitalizacji. Tokunaga i wsp. [51] wykazali np., że poziom satysfakcji chorych, przebywających w szpitalu powyżej jednego miesiąca, był wyższy niż u pacjentów hospitalizowanych krócej. Radwin [43] wyższą ocenę satysfakcji tłumaczy dłuższym kontaktem z pielęgniarkami oraz bogatszym doświadczeniem wynikającym z liczby interwencji pielęgniarskich. W opinii O'Connell i wsp. [52], podczas krótkiego pobytu w szpitalu pacjenci mogą nie odróżnić jakości opieki pielęgniarskiej od ogólnego doświadczenia szpitalnego jako źródła ich satysfakcji lub rozczarowania. W badaniach Stanisławskiej i wsp. [32], analiza statystyczna wykazała istotne różnice pomiędzy czasem hospitalizacji a oceną doświadczenia z opieki pielęgniarskiej. Okazało się, iż pacjenci przebywający w oddziale do pięciu dni, wyżej oceniali doświadczenie z opieki pielęgniarskiej i wyżej oceniali satysfakcję z opieki pielęgniarskiej niż pacjenci hospitalizowani od sześciu do dziesięciu dni [32]. Z kolei Gutysz-Wojnicka [17] wykazała, że najniższe oceny doświadczeń z opieką pielęgniarską wystawiali pacjenci, którzy przebywali w oddziale dłużej niż trzydzieści dni, natomiast w pracach Wyrzykowskiej i wsp. [40] oraz Kropornickiej i wsp. [34] nie potwierdzono wpływu długości pobytu pacjenta w szpitalu na wynik oceny opieki pielęgniarskiej.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu [17, 32, 30, 40, 47, 53] można stwierdzić, że istnieją różnice w ocenie satysfakcji z opieki pielęgniarskiej

w zależności od rodzaju szpitala oraz profilu oddziału i były one wyższe dla oddziałów zabiegowych niż oddziałów leczenia zachowawczego.

Stwierdzono także [47], że im więcej uwagi pielęgniarka poświęcała pacjentom, tym wyższy był poziom ich satysfakcji, a zaangażowanie emocjonalne w opiekę nad pacjentem dodatkowo wpływało na podniesienie jego poziomu satysfakcji, gdyż było dla nich nawet ważniejsze niż sprawność manualno-techniczna.

Małecka i Marcinkowski [54] podkreślają, iż negatywne odczucia pacjenta mogą potęgować: zły stan zdrowia, nieznajomość fachowego języka, jakim posługują się pracownicy ochrony zdrowia, a także nieprzyjazne, wzbudzające lęk otoczenie czy wygląd sprzętu medycznego.

Johansson i wsp. [47], na podstawie literatury przedmiotu, zidentyfikowali osiem grup czynników, które mają wpływ na satysfakcję pacjenta z opieki pielęgniarskiej:

- czynniki socjodemograficzne: wiek pacjenta (pacjenci starsi byli bardziej zadowoleni z opieki niż pacjenci młodsi), płeć (mężczyźni osiągali wyższy poziom satysfakcji niż kobiety), wykształcenie (pacjenci z wyższym poziomem wykształcenia osiągali niższy poziom zadowolenia);
- oczekiwania wobec opieki i wcześniejsze doświadczenia pacjentów z pobytu w szpitalu, dotyczące nie tylko wysokich kompetencji zawodowych i wiedzy, lecz także zindywidualizowanego podejścia, traktowania po przyjacielsku, doradzania, właściwego komunikowania, informowania, wpierania fizycznego i emocjonalnego, dobrej współpracy lekarzy i pielęgniarek;
- środowisko zewnętrzne – czystość, posiłki, hałas, estetyka pomieszczeń, komfort;
- współuczestnictwo i zaangażowanie pacjentów w podejmowanie decyzji dotyczących opieki;
- kompetencje techniczno-manualne, w tym adekwatne rady przekazywane pacjentowi, kompetentne wykonywanie zabiegów i skuteczna walka z bólem;
- organizacja opieki zdrowotnej – ciągłość opieki, dostępność pielęgniarek; satysfakcja zawodowa pielęgniarek determinowały poziom satysfakcji pacjentów. Pielęgniarka przepracowana, zmęczona, okazująca brak zadowolenia z pracy wywierała negatywny wpływ na postrzeganie jakości opieki przez pacjenta;
- komunikowanie się i przekazywanie informacji – łatwość w nawiązaniu komunikacji, adekwatne (proste, zrozumiałe) informowanie znacząco wpływały na poziom satysfakcji pacjentów;
- relacje interpersonalne między pielęgniarką a pacjentem – dobre relacje, to: zrozumienie, szacunek, zaufanie, szczerość, współpraca i humor, a także podmiotowe, zindywidualizowane traktowanie, empatia i cierpliwość ze strony pielęgniarki.

Na kształtowanie tych ostatnich (Allport [55]) wpływają nie tylko wiedza i umiejętności zawodowe, ale także osobowość pracowników ochrony zdrowia, pacjentów i członków ich rodzin.

Relacje między personelem medycznym a pacjentem (Heszen-Klemens i Jarosz [56]) porządkuje się według pewnych kryteriów, takich jak:

- poziom aktywności obu stron interakcji, modyfikowany zarówno przez uprzedzenia żywione przez przedstawicieli personelu medycznego, jak i przez pacjenta;
- udział stron w kierowaniu sytuacją, zależną od postaw przedstawicieli środowiska medycznego i postaw pacjenta;
- zakres kontaktu, gdy uprzedzenia zarówno ze strony leczących, jak i leczonego mogą wpłynąć na to, czy kontakt będzie się ograniczać wyłącznie do wymiany najistotniejszych informacji na temat choroby, czy zyska szerszy wymiar;
- wzajemne stosunki emocjonalne, które mogą być wyznaczane przez emocje powiązane z uprzedzeniem (np. niechęć, antypatię, lęk, złość).

W ocenie kontaktów lekarz-pacjent, w literaturze bioetycznej [57, 58] wymienia się modele:

- legalistyczny – z jednej strony jest lekarz, a z drugiej klient (*legalistic model: physician-client*);
- ekonomiczny lub biznesowy, konsumencki – lekarz ma do czynienia z konsumentem (*economic, consumer model: physician-consumer*);
- negocjacyjny i kontraktalistyczny – relacja między lekarzem a pacjentem ogranicza się do negocjowania lub zawarcia kontraktu (*negotiated contract model*);
- religijny (*religious model)* – relacja między lekarzem a pacjentem jest rozumiana jako przyrzeczenie, zobowiązanie religijne i moralne.

Houtlosser i Engberts [59] podkreślają, że dobra opieka medyczna to *pasująca do świata pacjenta* i lokująca go w centrum uwagi personelu. W związku z tym, aby osiągnąć wysoko jakościową opiekę, pracownicy ochrony zdrowia powinni szanować i uwzględniać w swych działaniach tożsamość kulturową pacjenta oraz jego bliskich [59]. Autorzy [59] zwracają uwagę, że różnice kulturowe w opiece zdrowotnej stają się problemem zwłaszcza w najbardziej niebezpiecznych sytuacjach, dlatego w podejściu do różnic kulturowych/etnicznych mają istotne znaczenie: tolerancja, szacunek i empatia.

Podsumowanie

Uważa się [30, 34, 60], że wyniki badań satysfakcji pacjenta są także uwarunkowane przez czynniki kulturowe, stanowiąc jej podłoże poprzez narodowość, postawę moralną, wierzenia, krąg cywilizacyjny, zainteresowania intelektualne i artystyczne.

W społeczeństwach zróżnicowanych kulturowo należy brać pod uwagę fakt, iż mniejszości etniczne i rasowe mogą być narażone na dyskryminację w zakresie jakości i liczby otrzymywanych usług medycznych. W przypadku gdy pacjent czy członkowie zespołu terapeutycznego są odmienni rasowo lub etnicznie, może powstać swoisty „dystans społeczny", obniżający poziom zaufania do systemu opieki zdrowotnej i satysfakcji z niej.

Chutnik [61] podkreśla, że zetknięcie się z pacjentem odległym kulturowo, podobnie jak praca na terenie z kulturą bardzo odmienną od własnej, może przyczynić się do rozwoju szoku kulturowego, pod którego pojęciem rozumie się *reakcję grupy lub jednostki na sytuację zetknięcia się z kulturą obcą, odmienną niż własna (…). Jest to zazwyczaj reakcja negatywna, która wiąże się z perturbacjami natury fizycznej, kognitywnej (poznawczej) oraz psychologicznej.*

W pierwszych chwilach kontaktu z odmienną kulturą, spotykaną w dotąd nieznanych okolicznościach, zarówno personel medyczny, jak i pacjenci mogą odczuwać lęk, niepokój, a nawet wrogość i nienawiść oraz nieprzewidziane reakcje (np. zaburzenia psychiczne, związane z niemożnością dostosowania się do całkowicie odmiennych zwyczajów i ludzi) [61], co w konsekwencji przekłada się na odczuwaną satysfakcję z opieki medycznej.

Badania przeprowadzone w USA przez Barra [62] pozwoliły na rozpoznanie rasowych i etnicznych różnic w poczuciu satysfakcji pacjentów z jakości opieki, zależnie od ich przynależności do mniejszości kulturowych.

Cook [24] podkreśla, np. że wielu Afroamerykanów nie ufa systemowi opieki zdrowotnej w USA z powodu przeprowadzonego w latach 1932-1973 badania „Tuskegee", którego celem była obserwacja przebiegu nieleczonej kiły w grupie biednych, czarnoskórych Amerykanów, nieinformowanych o tym i którym nie oferowano leczenia, chociaż skuteczne lekarstwa były już dostępne.

W literaturze fachowej [63, 64] przytacza się model postaw Kleinmana, według którego na poglądy na temat zdrowia i chorób wpływ mają m.in.: status społeczno-ekonomiczny i kontekst kulturowy personelu medycznego i pacjentów. Na postępowanie pracowników ochrony zdrowia może mieć wpływ także wcześniejsze doświadczenie oraz wpływ osób wywodzących się z innych kultur i z grup

defaworyzowanych. Pacjent także może mieć swoje uprzedzenia, oparte na doświadczeniach z kraju pochodzenia i doświadczeniach z innymi osobami udzielającymi pomocy [63, 64].

W badaniach Benker i wsp. [65] wykazano, że poczucie satysfakcji pacjenta negatywnie skorelowane jest z poczuciem rasizmu.

W związku z powyższym istotne jest, aby personel udzielający pomocy medycznej pacjentom obcego pochodzenia posiadał pewną wiedzę na temat ich kultury i religii, by świadczył opiekę medyczną w sposób dostosowany do ich potrzeb oraz by w celu zniwelowania różnic nie obawiał się skorzystać z wiedzy osoby dobrze znającej daną kulturę – pośrednika międzykulturowego. Jego udział w opiece nad chorym ułatwi komunikację pomiędzy osobami innymi kulturowo a personelem medycznym i w konsekwencji wpłynie na poprawę jakości opieki.

Piśmiennictwo

1. Wroński K., Cywiński J., Bocian R., *Jakość usług medycznych*, „*Ginekologia Praktyczna*", 2008, nr 2, s. 42-45.
2. Pascoe G. C., *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*, „Evaluating Program Planning", 1983, nr 6, s. 185-210.
3. Lynn M., McMillen B., Sidani S., *Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Unrsing Care*, „*Neuroscience Research*", 2007, nr 56, s. 159-166.
4. Moret L., Nguyen J., Pillet N., Falissard B., Lombrail P., Gasquet I., *Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect*, „*BMC Health Services Research*", 2007, nr 7, s. 197-202.
5. Suhonen R., Leino-Kilpi H., Valimaki M., Kim H. S., *The patient satisfaction scale-an empirical investigation in to Finnish adaptation*, „*Journal of Evaluation in Clinical Practice*", 2007, nr 13, s. 31-38.
6. Thomas L. H., McColl E., Priest J. R., Bonds S., Boys R. J., *Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessments of nursing care*, „*International Journal for Quality in Health Care*", 1996, nr 5, s. 67-72.
7. Sierpińska L., Dzirba A., *Poziom satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziałach zabiegowych*, „*Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*", 2011, nr 1, s. 18-22.
8. Wroński K., Bocian R., *Dlaczego zakłady opieki zdrowotnej powinny badać satysfakcję pacjentów z oferowanych przez siebie usług medycznych?*, „*Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*", 2009, nr 4, s. 127-130.
9. Vuori H., *Patient satisfaction. An attribute or indicator of the quality of care?* „*QRB. Quality Review Bulletin*", 1987, nr 13, s. 106-108.

10. Blenkiron P, Hammill C. A., *What determines patients. Satisfaction with their mental health care and quality of life? „Postgraduate Medical Journal"*, 2003, nr 79, s. 337-340.
11. Maciąg A., Sakowska I., *Rola i prawa pacjenta w obszarze usług zdrowotnych*, *„Studia i Materiały"*, Wydział Zarządzania UW, 2006, nr 1, s. 50-62.
12. Kulczycka K., *Kryteria oceniające satysfakcję pacjentów z opieki pielęgniarskiej*, *„Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne"*, 2001, nr 111, s. 53-56.
13. Gaweł G., Twarduś K., Kin-Dąbrowska J., Pyć L., *Jakość opieki pielęgniarskiej na oddziale kardiologicznym*, *„Problemy Pielęgniarstwa"*, 2008, nr 16, s. 339-342.
14. Maciąg R., *Pomiar i metody badań nad satysfakcją pacjenta*, *„Służba Zdrowia"*, 2001, nr 9, s. 17-20.
15. Bednarek M., *TQM – kompleksowe zarządzanie jakością*, *„Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa",* 2002, nr 7, s. 8-81.
16. Piątek A., *Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej*, (w:) *Podstawy organizacji opieki pielęgniarskiej,* Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 162-173.
17. Gutysz-Wojnicka A., Dyk D., *Adaptacja polskiej wersji The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*, *„Problemy Pielęgniarstwa"*, 2007, nr 15, s. 133-138 .
18. Kulczycka K., *Przedmiot i kryteria jakości świadczeń zdrowotnych, z punktu widzenia pacjenta*, (w:) *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Ksykiewicz-Dorota A. (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2004, s. 167-171.
19. Yellen E., Davis G., Ricard R., *The Measuring of Patient Satisfaction*, *„Journal of Nursing Care Quality"*, 2002, nr 16, s. 23-29.
20. Dozier A. M., Kitzman H. J., Ingersoll G. L., Holmberg S., Schultz A. W., *Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care*, *„Research in Nursing & Health"*, 2001, nr 24, s. 506-517.
21. Linder-Peltz S., *Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses*, *"Social Science & Medicine"*, 1982, nr 16, s. 583-589.
22. Linder-Peltz S., *Toward a theory of patient satisfaction*, *„Social Science & Medicin"*, 1982, nr 16, s. 577-582.
23. Ware J.E., Davies-Avery A., *Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care*, *„Evaluation and Program Planning"*, 1983, nr 6, s. 291-298.
24. Cook C., Kokoso-Lasaki O., O'Brien R., *Satisfaction with and perceived cultural competency of health care providers: the minority experience*, *„Journal of the National Medical Association"*, 2005, nr 97, s. 1078-1087.
25. Kurpas D., Steciwko A., *Jakość usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej*, *„Advances in Clinical and Experimental Medicine"*, 2005, nr 14, s. 603-608.
26. Mykowska A., *Satysfakcja pacjenta a jakość obsługi medycznej*, *„Zdrowie i Zarządzanie"*, 2002, nr 4, s. 69-73.
27. Kurpas D., Sapilak B., Steciwko A., *Ocena satysfakcji pacjenta dializowanego jako wykładnik jakości opieki długoterminowej świadczonej w praktyce lekarza rodzinnego*, *„Problemy Lekarskie"*, 2006, nr 45, s. 99-100.
28. Mahon P. Y., *An analysis of the concept of patient satisfaction as it relates to contemporary nursing care*, *„Journal of Advanced Nursing"*, 1996, nr 24, s. 1241-1248.
29. Jaipaul C. K., Rosenthal G. E., *Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?*, *„Journal of General Internal Medicine"*, 2003, nr 18, s. 23-30.

30. Thi P. L. N., Briancon S., Empereur F., Guillemin F., *Factors determining inpatient satisfaction with care*, „*Social Science & Medicine*", 2002, nr 54, s. 493-504.
31. Talarska D., Wolska A., *Ocena jakości opieki w oddziale urologicznym – satysfakcja pacjentów*, „*Pielęgniarstwo Polskie*", 2001, nr 2, s. 291-294.
32. Stanisławska J., Talarska D., Drozd E., Michalak M., Filipiak K., Gutysz-Wojnicka A., Dyk D., *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej w oddziale zabiegowym i niezabiegowym za pomocą The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)*, „*Przegląd Lekarski*", 2011, nr 68, s. 157-160.
33. Ozga D., Binkowska-Bury M., *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej na oddziale szpitalnym*, „*Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*", 2008, t. 4, nr 17, s. 298-303.
34. Kropornicka B., Baczewska B., Turowski K., *Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej w grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu dyskopatii lędźwiowej*, „*Annals Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*", Sectio D, 2003, 58, supl. 13, nr 29, 132-137.
35. Kisiel Ż., Samborska-Sablik A., Gaszyński W., *Ocena jakości opieki medycznej na przykładzie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*, „*Zdrowie Publiczne*", 2008, nr 118, s. 329-333.
36. Palczewska A., *Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej*, „*Problemy Pielęgniarstwa*", 2008, nr 16, s. 186-191.
37. Lawthers A. G., *Pomiar jakości a manager ochrony zdrowia*, „*Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*", 1999, t. 1, nr 3, s. 17-23.
38. Suhonen R., Schmidt L., Radwin L., *Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales*, „*Journal of Advanced Nursing*", 2000, nr 59, s. 77-85.
39. Wasilewski T. P., *Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych*, „*Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*", 2008, nr 3, s. 81-86.
40. Wyrzkowska M., *Ocena opieki pielęgniarskiej w opinii pacjentów*, „*Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*", 2007, nr 1, s. 3-10 .
41. Lemke R. W., *Identifying consumer satisfaction trough patient serveys*, „*Health Progress*", 1987, nr 68, s. 56-58.
42. Otani K., Kurz R. S., *The impact of nursing care and other healthcare attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions*, „*Journal of Healthcare Management*", 2004, nr 46, s. 181-196.
43. Radwin L. E., *Cancer patients' demographic characteristics and rating of patient-centered nursing care*, „*Journal of Nursing Scholarship*", 2003, nr 35, s. 365-370.
44. Bredart A., Robertson C., Razavı D., *Patients' satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden*, „*Psychooncology*", 2003, nr 12, s. 68-77.
45. Quintana J., Gonzales N., Bilbao A., *Predictor of patient satisfaction with hospital health care*, „*BMC Health Services Research*", 2006, nr 6, s. 102-108.
46. Lumby J., England K., *Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population*, „*International Journal of Nursing Practice*", 2000, nr 6, s. 140-145.

47. Johansson P., Oleni M., Fridlund B., *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study*, „*Scandinavian Journal of Caring Sciences*", 2002, nr 16, s. 337-344.
48. McColl E., Thomas L., Bond S., *A study to determine patient satisfaction with nursing care*, „*Nursing Standard*", 1996, nr 52, s. 34-38.
49. Zagroda M., Cudak-Bańska E., Dyk D., Krysiak I., Gutysz-Wojnicka A., *Ocena satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej*, „*Pielęgniarstwo Polskie*", 2005, nr 19, s. 49-52.
50. Larsson B.W., Larsson G., Starrin B., *Patients' views on quality of care: a comparison of man and women*, „*Journal of Nursing Management*", 1999, nr 7, s. 133-139.
51. Tokunaga J., Imanaka Y., *Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan*, „*International Journal for Quality in Health Care*", 2002, nr 15, s. 493-502.
52. O'Connell B., Young J., Twigg D., *Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum*, „*International Journal of Nursing Practice*", 1999, nr 5, s. 72-77.
53. Resnick A. S., Disbot M., Wurster A., Mullen J. L., Kaiser L. R., Morris J. B., *Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care*, „*Journal of Surgical Education*", 2008, nr 65, s. 243-252.
54. Małecka B., Marcinkowski J. T., *Satysfakcja pacjenta czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych*, „*Problemy Higieny i Epidemiologii*", 2007, nr 88, s. 17-19.
55. Allport G., *The nature of prejudice*, Addison-Wesley, 1979.
56. Heszen-Klemens I., Jarosz M., *Stosunek lekarz-pacjent; zespół diagnostyczno-terapeutyczny*, (w:) *Psychologia lekarska*, Jarosz M. (red.), PZWL, Warszawa 1983, s. 293-320.
57. Pellegrino E. D., Thomasma D. C., *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, New York 1993, s. 56.
58. Donovan D. K., *The physician-patient relationship*, (w:) Thomasma D. C., Kissell J. L. (red.), *The health care professional as friend and healer*, Georgetown University Press, Washington 2000, s. 13-23.
59. Houtlosser M., Engberts D., *Verschillen in waarden en normen. Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 2003, nr 11, s. 14-17.
60. Jacox A. K., Bausell B. R., Mahrenholz D. M., *Patient satisfaction with nursing care in hospitals*, „*Outcomes Management for Nursing Practice*", 1997, nr 1, s. 20-28.
61. Chutnik M., *Szok kulturowy, przyczyny, konsekwencje, przeciwdziałanie*, Universitas, Kraków 2007.
62. Barr D. A., *Race/Ethnicity and patient satisfaction*, „*Journal of General Internal Medicine*", 2004, nr 19, s. 937-943.
63. Schulpen T. W. J., *Medisch onderwijs in multicultureel nederland*, „*Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*", 2000, nr 5, s. 268-270.
64. Birsen A., *Migratie en mixcultuur*, „*Ouderschap & Ouderbegeleiding*", 2001, nr 1, s. 51-55.
65. Benker R., Peters R. M., Clark R., Keves-Foster K., *Effects of perceived racism, cultural mistrust and trust in provides on satisfaction with care*, „*Journal of the National Medical Association*", 2006, nr 98, s. 1532-1540.

Jacek Sobczak

MEDYCYNA DEFENSYWNA I JEJ PARADOKSY

Wiele racji miał Jan Kochanowski pisząc we fraszce *Na zdrowie*: *Szlachetne zdrowie / Nikt się nie dowie, / Jako smakujesz, / Aż się zepsujesz. /Tam człowiek prawie / Widzi na jawie / I sam to powie, / Że nic nad zdrowie / Ani lepszego, / Ani droższego.* Człowiek dotknięty chorobą gotów jest wiele znieść i wycierpieć, byle tylko uzyskać ulgę, pozbyć się bólu, potwierdzić to, że nic mu nie dolega, a jego obawy i podejrzenia co do stanu zdrowia były bezpodstawne. Nie dopuszcza do siebie myśli, że może się okazać, iż dotknięty został poważną chorobą, a nawet chwilową niedyspozycją. Chce być sprawny, jurny i pełny sił. Wymaga od lekarza, żeby pozwolił mu osiągnąć ten stan. Nie przyjmuje przy tym do wiadomości, że pewne procesy, związane chociażby ze starzeniem się organizmu, są nieodwracalne. Dotyka go częste u lekarzy stwierdzenie bezradnych wobec postępującego procesu starzenia się pacjenta: *Ja Pana młodszym nie zrobię*. Ciśnie się wówczas na usta odpowiedź: *Ja nie chcę być wcale młodszym – a chciałbym się jedynie przy Panu, Panie Doktorze, pogodnie starzeć*. W domyśle oznacza to: *Mogę mieć lat tyle, ile mam, ale nie chcę być chory. Chcę być sprawny fizycznie.*

Tego typu myślenie dotyczy także sytuacji, kiedy pacjent jest faktycznie chory, a nie tyle starzeje się, jest poddawany zabiegom, operowany, stosowana jest wobec niego różnego typu terapia, mająca w założeniu przywrócić mu zdrowie lub chociażby polepszyć jego stan fizyczny. Pacjent z trudnością przyjmuje, a nawet odrzuca z góry taką możliwość, że działania lekarza albo całego ich zespołu nie odniosą skutku, że nie uda się przywrócić mu w pełni sprawności fizycznej. Zupełnie nie do pojęcia jest dla współczesnego człowieka to, że zabiegi lekarza zakończą się niepowodzeniem, że poniesie on klęskę. Całkowicie odrzuca także możliwość popełnienia przez lekarza zaniedbania medycznego, błędu czy nadużycia. W razie zaistnienia takich sytuacji pacjent obciąża za to odpowiedzialnością lekarza,

dopatrując się w jego postępowaniu niedbalstwa, nienależytego wykonywania opieki, niedbałości medycznej bądź nadużyć. Efektem takiego przekonania mogą być postępowania dyscyplinarne, wszczynane z wniosków pacjentów przeciwko lekarzom, a nawet procesy cywilne bądź karne.

Pacjent widzi początkowo w lekarzu „szamana", który z racji swojej wiedzy, specyficznych umiejętności i sprawności powinien przywrócić mu zdrowie i siły. W oczach pacjenta, lekarz nie jest osobą, która poprzez racjonalne zabiegi przywraca mu zdrowie, ale kapłanem jakichś sił tajemnych, będących dawcami tego zdrowia. Myśląc racjonalnie każdy z pacjentów oczywiście wie, że lekarz może tylko tyle, na ile pozwala mu jego wiedza, umiejętności i stan myśli medycznej, jednak w sytuacjach rzeczywistego bądź tylko urojonego zagrożenia, człowiek nie zachowuje się racjonalnie. Jest w stanie przyjąć tezę, że gdyby lekarz poświęcił mu więcej uwagi, czasu, skupił się na jego problemach, skonsultował się z innymi, wówczas osiągnąłby sukces, przywracając zdrowie i siły. Na taki sposób myślenia nakłada się fakt przeciążenia lekarzy – szczególnie w Polsce – oraz żmudna działalność administracyjna. W stechnicyzowanym, zbiurokratyzowanym społeczeństwie lekarz przestał być przyjacielem swojego chorego. Nie ma czasu na chociażby krótką rozmowę z nim, rozwianie jego obaw, słowa pociechy czy otuchy. Lekarz coraz rzadziej widzi w pacjencie bliźniego, coraz rzadziej dostrzega w nim człowieka – a coraz częściej jest to dla niego zepsuty organizm, a nawet mechanizm, który musi zreperować [1]. Stały pośpiech, brak czasu, zabieganie powodują, że nie ma on już czasu na rozmowę z pacjentem, na cierpliwe wyjaśnianie mu rzeczy, które dla lekarza są proste, jasne i zrozumiałe, a dla obiektu jego działań tajemnicze i niepokojące. Lekarze humaniści odeszli w przeszłość, zastygli na kartach dziewiętnastowiecznych pozytywistycznych nowel i powieści. Dziś spotkać ich można jedynie w sentymentalnych – najczęściej amerykańskich filmach, ewentualnie w szpitalu w Leśnej Górze w jednej z polskich telenowel. Rzeczywistość jest zupełnie inna, a popularność przywołanej telenoweli świadczy o tęsknotach i oczekiwaniach prostych, zwyczajnych ludzi. Dochodzi nawet do takiej sytuacji, że wielu pacjentów chciałoby być traktowanymi z taką miłością i serdecznością, z jaką weterynarze odnoszą się do psów, oczywiście w obecności właścicieli tych czworonogów. Lekarze częstokroć zapominają, że pacjent nadal posiada prawo do godności i prawa tego nie stracił, tylko dlatego, że zachorował [2]. Pamiętać należy, że pojęcie „godności ludzkiej" jest rozumiane rozmaicie i nie zostało w sposób należyty dookreślone [3]. Godność człowieka jako wartość transcendentna, pierwotna wobec innych praw i wolności człowieka, których jest źródłem, ma charakter przyrodzony i niezbywalny – towarzyszy człowiekowi zawsze i nie może być naruszona ani przez prawodawcę, ani przez określone czyny innych podmiotów

[4]. Prawne znaczenie godności ludzkiej w prawie międzynarodowym, w szczególności w tej jego części, która odnosi się do praw człowieka jest sporne. Poza treścią preambuły EKPCz, odwołującej się – jak już wspomniano – do preambuły Powszechnej deklaracji praw człowieka do godności odwołuje się preambuła Protokołu 13 do Konwencji, dotyczącego zniesienia kary śmierci we wszystkich okolicznościach, stwierdzając: *zniesienie kary śmierci jest niezbędne dla ochrony tego prawa* [czyli prawa do życia] i *pełnego uznania wrodzonej godności każdej istoty ludzkiej* [5]. Sformułowanie w treści preambuły zasady godności człowieka ma charakter generalny i niezależenie od związania go z prawem do życia i jak przyjmuje się w literaturze, odnosi się do wszystkich praw i wolności chronionych przez Konwencję i jej protokoły dodatkowe [6]. W preambule określona jest ona jako „przyrodzona", co wskazuje na powiązanie jej z ponad pozytywnymi systemami prawa natury. Tak więc godność przysługuje człowiekowi niezależnie od tego, czy i jak została unormowana w międzynarodowych bądź wewnętrznych porządkach prawnych. Wynika z tego, że prawo krajowe ma jedynie rejestrować bądź ewentualnie odzwierciedlać w swej treści zasadę godności [7]. Brak wymienienia „godności" wśród praw podstawowych nie przeszkodził ETPCz do wskazywania, że godność należy do systemu wartości gwarantowanych przez Konwencję [8]. Co paradoksalne, pozwoliło to także Trybunałowi na rezygnację z opisu pojęcia godności oraz ze wskazywania pozytywno-prawnego umocowania [9]. Jak ujmuje to L. Garlicki, orzecznictwo ETPCz zdaje się stwierdzać, że pojęcie godności człowieka ma charakter na tyle uniwersalny, że wystarczającym jest odwołanie się do niej jako aksjologicznej podstawy formułowanej konkluzji [10].

Godność człowieka została wyraźniej niż ma to miejsce w Europejskiej konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności zaakcentowana w preambule Karty praw podstawowych Unii Europejskiej. Wskazano w niej w drugim akapicie, że Unia „świadoma swego duchowo-religijnego i moralnego dziedzictwa jest zbudowana na niepodzielnych, powszechnych wartościach godności osoby ludzkiej, wolności, równości i solidarności". Jednocześnie w art. 1 Karty praw podstawowych wskazano wyraźnie, że godność jest nienaruszalna i musi być szanowana i chroniona [11].

Godność człowieka sformułowana w treści art. 1 Karty praw podstawowych jest niewątpliwie publicznym prawem podmiotowym, które jak stwierdza się w literaturze może pozostawać w różnych relacjach z prawami określonymi w art. 2-5 Karty nie wykluczając także kolizji między nimi [12]. Godność ta jest prawem – zasadą, będąc jednocześnie normą obiektywnego porządku prawnego. Spornym natomiast jest to, czy jest to prawo absolutne, a więc takie, które nie podlega żadnym ograniczeniom [13]. W doktrynie podkreśla się, że godność ludzka,

chroniona przez prawo Unii Europejskiej, to kwintesencja praw przyrodzonych, a więc gwarancja podmiotowego statusu człowieka [14].

Warto podkreślić, że Europejska konwencja praw człowieka i podstawowych wolności nie dotyka kwestii ochrony zdrowia. Nie formułuje w tej kwestii także zasad wcześniejsza Powszechna deklaracja praw człowieka, wspominająca jednak w treści art. 25 ust. 1 o opiece lekarskiej. W obszarze prawa Europy, w kwestii ochrony zdrowia dotyczy art. 11 Europejskiej karty społecznej [15]. Problem ten został jednak ujęty w treści art. 35 Karty praw podstawowych Unii Europejskiej, w którym stwierdzono, że *Każdy ma prawo dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z leczenia na warunkach ustanowionych w ustawodawstwach i praktykach krajowych. Przy określaniu i urzeczywistnianiu wszystkich polityk i działań Unii, zapewnia się wysoki poziom ochrony zdrowia ludzkiego* [16].

W polskiej doktrynie prawa konstytucyjnego przyjmuje się, że regulacja zawarta w treści art. 68 Konstytucji, zapewniająca prawo do ochrony zdrowia, wywodzi się z art. 30 Konstytucji, w którym proklamowano godność człowieka jako nienaruszalne źródło wolności i praw, a także z art. 38, który gwarantuje każdemu prawo do ochrony życia [17].

Truizmem jest stwierdzenie, że relacja lekarza z pacjentem wytycza granice działań lekarskich oraz ramy legalnego świadczenia usług, będąc najważniejszą relacją w opiece zdrowotnej [18]. Relacje między lekarzem a pacjentem trudno zmieścić w gorsecie przepisów prawa. Od dłuższego czasu zaobserwować można traktowanie działalności leczniczej jako usługi, gdzie lekarz jest świadczeniodawcą a pacjent świadczeniobiorcą. Takie podejście w gruncie rzeczy stanowi zaprzeczenie pierwotnej koncepcji stosunku między lekarzem a pacjentem, gdzie praca medyka opierała się na powołaniu [19]. W literaturze wskazuje się, że lekarza winien cechować profesjonalizm, zasadzający się na doskonałym wykonywaniu czynności zawodowych, lekarskich, ale także na sztuce budowania relacji z pacjentem, w których przeważa empatia i troska [20]. Koniecznym jest także, aby lekarz pamiętał o autonomii pacjenta, budując pozytywne z nim relacje, stale rozwijając umiejętności komunikacyjne. Powinien przy tym znać swoje prawa, ale także prawa pacjenta.

Zarysowane wcześniej kwestie połączyć należy z niejako naturalnym przekonaniem pacjenta, że skoro nie przywrócono mu zdrowia albo przywrócono je nie w pełni, to ktoś musi ponosić za to winę. Stąd zjawisko dość licznych, trudnych procesów wytaczanych przez pacjentów lekarzom głównie o odszkodowanie i zadośćuczynienie, które pojawiły się najpierw w USA, a następnie praktycznie w całej Europie. W wytaczaniu i w prowadzeniu takich spraw specjalizują się w wielu krajach liczne kancelarie adwokackie. Bieg tych procesów spowodował, iż pojawiło

się niepokojące zjawisko, określane mianem „medycyny defensywnej" (*defensive medicine).* Chcąc uniknąć w toku procesów zarzutów niedokonania określonych czynności, nie przeprowadzania badań, nie podjęcia właściwej terapii lekarze zaczęli zlecać dodatkowe testy i procedury, kierując się nie tyle chęcią polepszenia stanu zdrowia chorego czy zamiarem udzielania mu pomocy, ale po to, aby uniknąć zarzutu niedopełnienia obowiązków czy niedbałości. Tego rodzaju działania noszą w literaturze miano „pozytywnej medycyny defensywnej" (*positive defensive medicine),* określanej czasem także terminem „zachowań zabezpieczających" (*assurances behaviour*). Występuje także zjawisko unikania niektórych pacjentów lub bardziej ryzykownych procedur, co nosi nazwę „negatywnej medycyny ofensywnej" (*negative defensive medicine),* czyli „zachowania unikającego" *(avoidance behaviour)* [21].

W gruncie rzeczy medycyna defensywna jest zaprzeczeniem wszelkich celów medycyny, gdyż nie polega ona na działaniach podejmowanych w celu poprawienie stanu zdrowia pacjenta, lecz zmierza do zredukowania ryzyka odpowiedzialności lekarza za ewentualne zaniedbania medyczne [22]. Trudno dociec wszystkich przyczyn, które legły u podstaw zjawiska medycyny defensywnej. Niewątpliwie jednym z najważniejszych jest strach przed odpowiedzialnością. Obok niego przekonanie o tym, że wymiar sprawiedliwości chętnie opowie się po stronie pacjenta, łatwiej się z nim zidentyfikuje, niż po stronie lekarza. Kolejną sprawą jest to, iż z natury rzeczy brak wyraźnie sformułowanego standardu należytej staranności. Ostatnią, ale wcale nie najmniej ważną, są wymogi biurokratyczne, sporządzanie licznych dokumentów celem wykazania swojej pracowitości, dokładności i dbałości o pacjenta. Koszty tego rodzaju postępowania ponoszą z jednej strony pacjenci, z drugiej finanse systemu ochrony zdrowia [23].

Powstanie zjawiska medycyny defensywnej związanej jest z istniejącą w systemie prawnym Stanów Zjednoczonych koncepcją prawa nadużyć medycznych, które oparte jest o koncepcję niedbałości medycznej (*medical negligence law)* [24]. Rozwiązania te trudno mechanicznie przenosić na grunt europejski, w tym także polski. Niemniej przyczyny i skutki tego zjawiska wydają się być podobne zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Europie. Niewątpliwie potraktowanie błędu w sztuce lekarskiej jako czynu niedozwolonego będzie powodowało odpowiedzialność lekarza za tego rodzaju błąd. Chcąc uniknąć ewentualnej odpowiedzialności, lekarz będzie starał się wykazać, że wcielając w życie w stosunku do pacjenta rozmaite dodatkowe procedury, wykonując serię badań, wykazał się nie tylko należytą, ale szczególną starannością [25]. Oczywiście, w toku ewentualnego procesu może się okazać, że biegli uznają znaczącą część tych działań za całkowicie zbędną. Z drugiej jednak strony doświadczenie uczy, że w sytuacji gdyby tych

działań nie było, z dużą dozą prawdopodobieństwa można założyć, iż na pytanie, czy nie doszłoby do zaistniałych skutków, gdyby przeprowadzono właśnie te procedury, odpowiedzą pozytywnie, stwierdzą, że nie można wykluczyć, iż wdrożenie ich miałoby istotne znaczenie. Jest to psychologicznie całkowicie zrozumiałe, gdyż „bezpiecznie" jest odpowiedzieć na tak postawione pytanie w formie przypuszczającej bądź alternatywnej niż stanowczo wykluczyć, że określone działania nie doprowadziłyby do pozytywnych dla pacjenta skutków. Tak więc z punktu widzenia lekarza zlecanie wszelkich możliwych badań jest celowe, gdyż zabezpiecza go przed odpowiedzialnością.

Nikt nie baczy przy tym na koszty tego rodzaju procedur. Wydają się one być bez znaczenia, ale przecież tak nie jest. Medycyna defensywna zwiększa z jednej strony koszty opieki zdrowotnej, z drugiej angażuje czas lekarzy i obciąża aparaturę, która mogłaby być wykorzystana w celu udzielenia pomocy osobom bardziej potrzebującym [26]. Ta ostatnia okoliczność jest szczególnie ważna w państwach, w których podobnie jak w Polsce dostęp do aparatury medycznej jest z przyczyn ekonomicznych trudniony. Stosowanie medycyny defensywnej wydłuża pobyty w szpitalach, blokuje miejsca innym pacjentom, generuje wyższe koszty opieki nad poszczególnymi pacjentami. Dodatkowo może być i tak, że niektóre ze zleconych w ramach działań defensywnych badań będą wręcz szkodliwe dla zdrowia pacjenta.

Oczywiście medycyna defensywna podnosi też koszty ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej. Psychologiczną stroną takiej odpowiedzialności jest to, że zarówno lekarz, jak i szpital czuje się w toku procesu bezpieczniej i pewniej. Generalnie jednak będzie starał się wykazać, że nie dopuścił się niedbalstwa, a zaistniały skutek jest tylko niepowodzeniem lekarskim. Oczywiście, ubezpieczenie w wielu sprawach nie zadośćuczyni żądaniom pokrzywdzonych pacjentów. W literaturze zwraca się uwagę, że medycyna defensywna nie zawsze może urzeczywistniać pozytywne wartości w relacji między pacjentem a lekarzem [27].

Liczne postępowania powodują, że po stronie lekarzy pojawiło się zjawisko podejrzliwości i braku zaufania do pacjenta i przekazywanych przez niego informacji o swoim stanie zdrowia [28]. Z drugiej strony pojawia się zjawisko tzw. „kultury winy", która kształtuje odpowiedni do niej sposób myślenia środowisk medycznych [29].

Reasumując można stwierdzić, że medycyna defensywna jest praktyką opartą o nadmierne środki diagnostyczne i terapeutyczne, wprowadzone przede wszystkim jako zabezpieczenie przed ewentualnym postępowaniem, z racji odpowiedzialności za niedbalstwo bądź błąd. Z natury rzeczy praktyka taka pomija inne elementy, w tym troskę o pacjenta i jego zdrowie. Jak zwraca się uwagę

w literaturze, medycyna defensywna jest swoistym fenomenem, uwypuklającym braki w zakresie etycznej natury praktyki medycznej [30].

Koniecznym jest określenie granic medycyny defensywnej. Z punktu widzenia etycznego działania lekarzy stosujących medycynę defensywną wydają się dopuszczalne, zwiększają ilość czasu poświęconego pacjentowi. Ujemną stroną medycyny defensywnej są kwestie ekonomiczne. W każdym też przypadku pojawiają się trudności z ustaleniem, czy mamy do czynienia ze wspomnianym zjawiskiem. Jedno wydaje się być niewątpliwe. Medycyna defensywna nie koncentruje się na człowieku, jego zdrowiu i cierpieniu, lecz postrzega go przez pryzmat ekonomii i pragmatyki. W ten sposób rozmija się z celem, jakim jest służba człowiekowi. Będąc zbiorem zachowań, opierających się na przesadnych i zbędnych procedurach medycznych bądź diagnostycznych, przeprowadzonych w celu uniknięcia ewentualnej odpowiedzialności za nadużycia medyczne jest zaprzeczeniem celu medycyny, jakim jest służba człowiekowi [31]. Efektem jest odejście od założeń przypisywanych Hipokratesowi, co prowadzi do utraty wzajemnego zaufania pacjentów i lekarzy. Oparcie relacji między nimi o model rynkowy prowadzi do zachwiania równorzędności podmiotów. To lekarz decyduje o alokacji środków i odgrywa strategiczną rolę w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Źródłem medycyny defensywnej, ale także jej skutkiem, jest swoista kultura lęku. Lekarze obawiają się odpowiedzialności, chcą uniknąć błędu. Pacjenci boją się, że zostaną zlekceważeni przez lekarza, że nie poświęci on im należytej uwagi, nie zastosuje wszelkich procedur medycznych. Lekarze koncentrują się na tym, aby zgromadzić dowody potwierdzające, że działali jako profesjonaliści, ludzie roztropni, troszczący się o pacjenta. Nie prowadzi to do upodmiotowienia tego ostatniego, lecz do jego uprzedmiotowienia, a w relacjach między pacjentami zdaje się dominować wrogość zamiast zaufania i sprawiedliwości.

Piśmiennictwo

1. Przedmiotowemu traktowaniu pacjenta sprzyjać może fakt, że wielokrotnie osoby poddawane zabiegom są nieprzytomne. Szulc R., *Dylematy etyczne intensywnej terapii w świetle jej postępów,* (w:) Musielak M. (red.), *Między filozofią a bioetyką. Konsekwencje społeczno-etyczne rozwoju biomedycyny*, Poznań 2005, 189 i n.
2. Sobczak J., *Godność pacjenta,* „Medyczna Wokanda" 2009, 1, 31-46. Godność jest właśnie tą wartością, która zakreśla etyczne ramy relacji między lekarzem a pacjentem. Pojęcie „godności człowieka" w ostatnim czasie stało się niezmiernie popularne w rozważaniach prawników, szczególnie tych, którzy poświęcają uwagę prawu

europejskiemu, głównie wspólnotowemu (unijnemu), oprócz tego zaś w środowisku teologów i filozofów. Przyczyny tego stanu rzeczy są dwojakie. Z jednej strony wydaje się to być skutkiem zwrócenia uwagi na „godność człowieka" w Karcie podstawowych praw Unii Europejskiej, która widzi w niej nie tylko podstawowe prawo, ale i źródło wszystkich praw człowieka. Zob. Wróbel A., (w:) Wróbel A. (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej,* Warszawa 2013, 28-43. Po drugie, do pojęcia tego zaczęła odwoływać się w swoich dokumentach społeczna nauka Kościoła katolickiego (por. Gałkowski J. W., *Jan Paweł II o godności człowieka,* (w:) Czerkawski J., *Zagadnienie godności człowieka,* Lublin 1994, 108 i n. Wbrew jednak pozorom, pojęcie godności jako kategoria prawna, w obszarze prawa międzynarodowego i praw człowieka nie jest nowością. Mówi o niej wyraźnie w preambule Powszechna deklaracja praw człowieka z 10 grudnia 1948 r. stwierdzając: *Zważywszy, że uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków rodziny ludzkiej stanowi podstawę wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie…* Zob. *Powszechna deklaracja praw człowieka,* (w:) Motyka K, *Prawa człowieka. Wprowadzenie, wybór źródeł,* Lublin 2004, 125) oraz w treści art. 1, w którym zauważono: *Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w swej godności i swych prawach(…)*, tamże. Odwołuje się do niej także Międzynarodowy pakt praw obywatelskich i politycznych z 16 grudnia 1966 r., stwierdzając w preambule: *Zważywszy, że zgodnie z zasadami ogłoszonymi w Karcie Narodów Zjednoczonych uznanie przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej stanowi podstawę wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie, uznając, że prawa te wynikają z przyrodzonej godności człowieka (…)*, tamże, 131; także Dz. U. 1977, nr 38 poz. 167 – załącznik. Do sformułowań odnoszących się do godności istoty ludzkiej, a przy okazji do Karty Narodów Zjednoczonych, akcentując, że oparta jest ona na zasadzie godności i równości wszystkich istot oraz do Powszechnej deklaracji praw człowieka odwołuje się w preambule Międzynarodowa konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej z 7 marca 1966 r. (Dz. U. 1969, nr 25 poz. 187, załącznik). Do tych samych aktów prawnych i do pojęcia „godności" odwołują się także w preambułach konwencje: w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet z 18 grudnia 1979 r. (Dz. U. 1982, nr 10 poz. 71, załącznik.), w sprawie zakazu stosowania tortur oraz innego okrutnego, nieludzkiego lub poniżającego traktowania albo karania z 10 grudnia 1984 r. (Dz. U. 1989, nr 63 poz. 378 – załącznik), o prawach dziecka z 20 listopada 1989 r. (Dz. U. 1991, nr 120 poz. 526), przy czym dwie ostatnie z nich akcentują „przyrodzony" charakter tejże „godności". Warto jednak zauważyć, że zarówno wspomniane Konwencje, jak i przywoływane przez nie inne akty prawa międzynarodowego, nie definiują w żaden sposób pojęcia „godność".

3. Godność człowieka jest jednocześnie kategorią teologiczną, filozoficzną i prawną. Badacze analizujący problem godności wywodzą ją z treści religijnych bądź z prawa natury. Na pierwszym z tych stanowisk stali m.in. Tomasz z Akwinu, Pico della Mirandola, a współcześnie J. Maritain oraz w nauczaniu społecznym: Jan XXIII, Paweł VI, Jan Paweł II. Por. Mazurek J., *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, Lublin 2001, 17 i n.; tenże, *Pojęcie godności człowieka. Historia i miejsce w projektach Konstytucji III Rzeczypospolitej,* „Rocznik Nauk Prawnych KUL" 1996, t. VI, 34 i n.;

tenże, *Prawa człowieka w nauczaniu społecznym Kościoła (od papieża Leona XIII do papieża Jana Pawła II),* Lublin 1991, 18; tenże, *J. Maritaina koncepcja praw człowieka,* (w:) *Jacques Maritain prekursor soborowego humanizmu*, Kowalczyk S., Balawajder S. (red.), Lublin 1992, 165 i n.; Soto-Klass E., *Starotestamentowe podstawy godności człowieka,* (w:) *Godność człowieka jako kategoria prawa (Opracowania i materiały)*, Complak K. (red.), Wrocław 2001, 55-64; J. Gałkowski J. W., *Jan Paweł II o godności człowieka,* (w:) Czerkawski J. (red.), *Zagadnienie godności człowieka*, Lublin 1994, 108; Maritain J., *Osoba i społeczeństwo,* (w:) Kowalczyk S., *Wprowadzenie do filozofii J. Maritaina*, Lublin 1992, 42-44. Drugie ze stanowisk zajmowała część filozofów greckich: Hezjod, Heraklit, stoicy (Cyceron), a także J. Kant. Por. Meyer M. J., *Idea godności u Kanta a współczesna myśl polityczna,* (w:) *Godność człowieka jako kategoria…,* 43-53; Łopatka A., *Prawa człowieka refleksje wokół pojęcia,* (w:) *Teoria prawa, filozofia prawa, współczesne prawo i prawoznawstwo*, Toruń 1998, 148; tenże, *Prawo natury a świadomość prawna,* (w:) *Powrót do prawa ponadustawowego,* Szyszkowska M. (red.), Warszawa 1999, 112; zob. także Kamela P., *Koncepcja minimalna treści prawa natury H.L.A. Harta i jej oddziaływanie w Polsce,* (w:) Szyszkowska M. (red.), *Powrót do prawa ponadustawowego,* 301-314; por. Complak K., *Uwagi o godności człowieka oraz jej ochrona w świetle nowej konstytucji*, „Przegląd Sejmowy" 1998, nr 5, 41 i n.; tegoż autora, *O prawidłowe pojmowanie godności osoby ludzkiej w porządku RP,* (w:) *Prawa i wolności obywatela w Konstytucji RP*, Banaszak B. i Preisner A. (red.), Warszawa 2002, 63; Redelbach A., *Natura praw człowieka. Strasburskie standardy ich ochrony*, Toruń 2001, 218 i nast.; Mazurek F., *Godność osoby ludzkiej*, passim.

4. Zob. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 5 marca 2003, sygn. K7/01 OTK ZU 2003, nr 3A, poz. 19, 272; Piechowiak M., *Filozofia praw człowieka,* Lublin 1999, passim; Mazurek F. J., *Godność osoby ludzkiej*, 13-15.
   Garlicki L., *Komentarz do art. 30 Konstytucji*, (w:) *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, Warszawa 2003, 3-4.
5. Europejski Trybunał Praw Człowieka w licznych orzeczeniach wskazywał, że prawo do życia przewidziane w art. 2 EKPCz oraz zakaz tortur gwarantowany w art. 3 pozostają w organicznym związku z godnością człowieka. Zob. Garlicki L., (w:) Garlicki L. (red.), *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności,* t. I, Komentarz do art. 1-18, Warszawa 2009, 20 i 100. W literaturze zwraca się uwagę, że do godności jako podstawy aksjologicznej odnosi się także należąca do systemu prawa Rady Europy Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny, która w preambule stwierdza, że uznaje *znaczenie zapewnienia godności jednostce ludzkiej* oraz że świadome niewłaściwe wykorzystanie biologii i medycyny może zagrażać godności ludzkiej. Dodatkowo w art. 1 tejże Konwencji stwierdzono, że *strony niniejszej Konwencji chronią godność i tożsamość istoty ludzkiej i gwarantują każdej osobie, bez dyskryminacji poszanowanie dla integralności oraz innych, podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny*. Por. w tym przedmiocie Wróbel A., (w:) Wróbel A. (red.) *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej,* Warszawa 2013, 32; Wnukiewicz-Kozłowska A., *Karta Praw Podstawowych a Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny (Konwencja Bioetyczna),* (w:) Wróbel A. (red.),

Karta Praw Podstawowych w europejskim i krajowym porządku prawnym, Warszawa 2009, 324-330.

6. Bergman J. M., *Das Menschenbild der Europäischen Menschenrechtskonvention,* Baden – Baden 1995, 116-118; Callies Ch., (w:) Callies Ch., M. Ruffert (red.), *EUV / EGV, Das Verfassungsrecht der Europäischen Union mit Europäischer Grundrechtecharta. Kommentar*; Ch. Grabenwarter, *Europäische Menschenrechtskonvention,* München – Basel – Wien 2008, 240.
7. Garlicki L., (w:) Garlicki L. (red.), *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności,* t. II, *Komentarz do art. 19-59 oraz Protokołów dodatkowych*, Warszawa 2011, 679.
8. Wyrok w sprawie Tyrer przeciwko United Kingdom z 25 kwietnia 1978 r., sygn. 5856/72, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57587, data pobrania 25.08.2016, 10.14); wyrok w sprawie Price przeciwko United Kingdom z 10 lipca 2001 r., sygn. 33394/96, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-59565, data pobrania 25.08.2016, 10.16; wyrok w sprawie Valasinas przeciwko Litwie z 24 lipca 2001 r. sygn. 44558/98, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-59608, data pobrania 25.08.2016, 10.18; wyrok w sprawie Rantsev przeciwko Cyprowi i Rosji z 7 stycznia 2010 r. sygn. 25965/04, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-96549, data pobrania 25.08.2016, 10.21; wyrok w sprawie Pretty przeciwko United Kingdom z 29 kwietnia 2002 r., sygn. 2346/02, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60448, data pobrania 25.08.2016, 10.23; wyrok w sprawie Mikulic przeciwko Chorwacji z 7 lutego 2002 r., sygn. 53176/99, http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60035, data pobrania 25.08.2016, 10.24; wyrok w sprawie I. przeciwko United Kingdom z 11 lipca 2002 r., sygn. 25680/94 http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-60595, data pobrania 25.08.2016, 10.26.
9. Zarówno w literaturze, jak i w judykatach ETPCz akcentuje się, iż godność człowieka legła u podstaw rozwiązań zawartych w art. 2, 3, 4 Europejskiej konwencji praw człowieka. Zob. w tym przedmiocie Wnukiewicz-Kozłowska A., *Karta Praw Podstawowych a Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny (Konwencja Bioetyczna)…,* 324-330; Gronowska B., Jasudowicz T., Balcerzak M., Lubiszewski M., Mizerski R., *Prawa człowieka i ich ochrona,* Toruń 2005, 251; Lewandowski M., *Realizacja art. 3 Konwencji Praw Człowieka w Europie Środkowo-Wschodniej. Przegląd orzecznictwa strasburskiego,* „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarnego" 2011, 92, Clayton R., Tomlinson H., *The Law of Human Rights,* t. 1, Oxford 2009, 488; Classen C., (w:) Opermann T., Classen C., Nettsheim M., *Eroparecht*, München 2009; Gronowska B., *Europejskie Trybunał Praw Człowieka w poszukiwaniu efektywnej ochrony praw jednostki,* Toruń 2011, 151-162 i 224-237.
10. Garlicki L., (w:) Garlicki L. (red.), *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka,* 20. Zob. także Meyer-Ladewid J., *Menschenwürde und Europäische Menschenrechtskonvention,* „Neue Juristische Wochenschrift" 2004, 982-984; Ph. Wallau, *Die Menschenwürde in der Grundrechtsourdnung der Europäischen Union,* Bonn 2011, 120.
11. W prawie unijnym „godność" długi czas nie znajdowała należnego sobie miejsca i nie stanowiła zasady ogólnej prawa unijnego. Zresztą prawa człowieka także stosunkowo późno pojawiły się w tym systemie. Problem godności nie występował w preambułach

do Traktatów założycielskich. Odwołanie do godności zdarzało się w prawie pochodnym. Do godności jako podstawowego prawa człowieka i integralnej części prawa unijnego odwoływał się natomiast w swych judykatach Europejski Trybunał Sprawiedliwości. Do godności osoby ludzkiej odwołał się natomiast art. 2 Traktatu o Unii Europejskiej, w którym stwierdzono, że *Unia opiera się na wartościach poszanowania godności osoby ludzkiej, wolności, demokracji, równości, państwa prawnego, jak również poszanowania praw człowieka w tym osób należących do mniejszości*. Dodano, w zdaniu drugim, że *wartości te są wspólne państwom członkowskim w społeczeństwie opartym na pluralizmie, niedyskryminacji, tolerancji, sprawiedliwości, solidarności oraz na równości kobiet i mężczyzn*. Treść art. 2 Traktatu o Unii Europejskiej wskazuje podstawy aksjologiczne praw człowieka w unijnym systemie prawnym.
Morawska E., *Konstrukcja normatywna praw podstawowych Unii Europejskiej w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej,* (w:) Mik C., Gałka K. (red.), *Prawa Podstawowe w prawie i w praktyce Unii Europejskiej*, Toruń 2009; Wallau Ph., *Die Menschenwürde in der Grundrechtsourdnung…,* 52; Borowsky M., (w:) Meyer J. (red.), *Kommentar zur Charta der Grundrechte der Europäischen Union,* Baden-Baden 2003, 55.

12. W kwestii prac nad Kartą, a w szczególności wypracowaniem koncepcji ochrony godności, zob. Bosek L., *Gwarancje godności ludzkiej…,* 212-215. Zob. także Voet P., van Vormizeele, (w:) Schwarze J. (red.), *EU – Kommentar,* Baden – Baden 2009, 2207; Nipperdey H. C., (w:) Enneccrus L., Nipperdey H. C., *Allemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts. Allgmeine Lehren, Personen, Rechtobjekte,* Tübingen 1959, 581; Dicke K., *The Founding Function of Human Dignity in the Universal Declaration of Human Rights,* (w:) Kretzmer D., Klein E. (red.), „The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse", Hague – London, New York 2002, 111-112.
13. Wróbel A., Wróbel A. (red.), *Karta Praw Podstawowych…*, 49-51. Zob. także Zajadło J., *Godność jednostki w aktach Międzynarodowej Ochrony Praw Człowieka,* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1989, 2, 115; Oleksiewicz I., *Ewolucja systemu praw człowieka w Unii Europejskiej,* http://znze.wsiz.rzeszow.pl/z11/2_Izabela_Oleksiewicz_Ewolucja.pdf, data pobrania 25.08.2016 , 12.46).
14. W doktrynie i judykaturze związanej z systemem unijnym podkreśla się, że *godność ludzka stanowi substrat i punkt wyjściowy dla wszystkich praw człowieka, które czerpią z niej, przyjmując poszczególne formy. Jednocześnie godność ludzka stanowi perspektywiczny punkt odniesienia dla poszczególnych praw człowieka, w odniesieniu do którego należy je rozumieć i interpretować. Stosownie do tego w niemieckiej teorii praw podstawowych godność ludzka określana jest mianem „fundamentalnej zasady konstytucyjnej" praw człowieka*. Podkreśla się, że *godność ludzka jest głęboko zakorzeniona w sformułowaniu obrazu człowieka w europejskim kręgu kulturowym, który pojmuje człowieka jako istotę obdarzoną autonomią i zdolnością samostanowienia. Ze względu na zdolność człowieka do samodzielnego, wolnego kształtowania woli stanowi on podmiot i nie może zostać zredukowany do rzeczy, przedmiotu. Stanowiąca pierwotne źródło praw człowieka godność ludzka dzieli z prawami człowieka w ogólności genezę ideologiczną i uzasadnienie. W związku z tym żądanie poszanowania praw człowieka jest skierowane przeciwko koncepcji, jakoby wartość człowieka należała do sfery dyspozycji państwa, narodu, większości, a w związku z tym przeciwko koncepcji definiowania jednostki*

poprzez wspólnotę i rozumienia jej jako jej funkcji. Godność ludzka stanowi odpowiednik koncepcji, zgodnie z którą każdy człowiek stanowi pierwotne źródło przyrodzonych i niezbywalnych praw. Odwołując się do orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości, stwierdza się, że *poszanowanie godności ludzkiej za integralną część ogólnych zasad prawa wspólnotowego oraz wzorzec i warunek zgodności z prawem aktów Wspólnoty. Niejasne jest jednakże, czy również w tym przypadku można argumentować, że [w przypadku godności ludzkiej] chodzi o formę wykładni przepisów prawa wspólnotowego w świetle praw podstawowych i że ochrona godności ludzkiej występuje w tym kontekście jedynie jako zasada wykładni.* Przyjęcie, że Trybunał nie uznaje jednak godności ludzkiej – jako ogólnej zasady prawnej w rozumieniu zasady służącej dokonywaniu oceny – za samodzielne prawo podstawowe lub samodzielną podstawę prawną [żądania ochrony] wydaje się na pierwszy rzut oka wywodzić z rozróżnienia w niemieckim tłumaczeniu wyroku pomiędzy „poszanowaniem" (godności ludzkiej) a „prawem podstawowym" (do nienaruszalności osoby). Jednakże pogląd ten nie znajduje oparcia w pozostałych wersjach językowych, łącznie z językiem postępowania (niderlandzkim), w których ewidentnie nie występuje wspomniane rozróżnienie i w których przywoływane jest „prawo podstawowe" do poszanowania godności ludzkiej". Zob. Opinia Rzecznika Generalnego Christine Stix – Hackl przedstawiona 18 marca 2004 r., http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=49004&pageIndex=0&doclang=pl&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=35986, data pobrania 28.08.2016, 10.53. W odniesieniu do badania roli godności ludzkiej w krajowych porządkach konstytucyjnych Państw Członkowskich, zob. Meyer J., *Kommentar zur Charta der Grundrechte der Europäischen Union*, 2003, 48 i n., 55; co do odniesień w porządkach konstytucyjnych zob. również Rau, Schorkopf, Der *EuGH und die Menschenwürde*, NJW, 2002, 2448, 2449. Tak Rau w Schorkopf (przywołany w przypisie 55), 2449 i Jones w *Common Constitutional Traditions: Can the Meaning of Human Dignity under German Law Guide the European Court of Justice?*, wyd. Public Law, wiosna 2004, 167 i n.; Geiger R., (w:) Geiger R., Khan D. E., Kotzur M. (red.), *EUV/AEUV Vertag über die Europäische Union und Vertag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Kommentar,* München 2010, 14; Grabenwarter Ch., *Die Charta der Grundrechte für die Europäische Union,* „Das Deutsche Verwaltungsblatt" 2001, 3; Meisner Ch., *Biopatentierung und Menschenwürde,* Baden-Baden 2006, 73-74;

15. Dz. U. 1999, nr 8 poz. 67. Zob. w tym przedmiocie Świątkowski A. M., *Karta Praw Społecznych Rady Europy,* Warszawa 2006, 369-375; tegoż, *Prawo socjalne Rady Europy. Europejska Karta Społeczna,* Kraków 2006, 152-157. Nie sposób w tym miejscu zauważyć, że prawa chronione Europejską kartą społeczną są mniej wyraziście zinternalizowane w obiegu społecznym.
16. Zob. Malczewski M., (w:) Wróbel A. (red.), *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej,* Warszawa 2013, 377-1114.
17. Zob. Grabowska S., Urbaniak M., *Prawne podstawy realizacji prawa do ochrony zdrowia w Polsce,* „Przegląd Prawa Konstytucyjnego" 2014, 5 (21), 95-107. W doktrynie wskazuje się, że art. 68 Konstytucji ze względu na swoją redakcję przypomina raczej normę programową niż prawo podmiotowe, aczkolwiek zakwalifikowanie go do norm programowych może budzić wątpliwości. Zob. Trzciński J., *Komentarz do art. 68*,

(w:) Garlicki L. (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz,* t. III, Warszawa 2003, 1-7. W kwestii treści art. 68 Konstytucji zob. m.in. wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z 7 stycznia 2004 r. sygn. K 14/03 OTK ZU 2004, nr 1A, poz. 1; z 22 lipca 2008 r. sygn. akt K 24/07 OTK ZU 2008, nr 6A, poz. 100; z 23 marca 1999 r. sygn. K 2/98 OTK ZU 1999, nr 3 poz. 38 (w wyroku tym Trybunał stanął na stanowisku, że z treści art. 68 ust. 1 Konstytucji można wywieść podmiotowe prawo jednostki do ochrony zdrowia).

18. Getzen T. E., *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka,* Warszawa 2000, 10; Rudawska I., *Ekonomizacja relacji lekarz – usługodawca w opiece zdrowotnej,* Szczecin 2006, 26. Wprawdzie ratowanie ludzkiego zdrowia najczęściej jest działaniem zespołowym, to jednak odpowiedzialność za ewentualne zaniedbania lekarskie spoczywa na konkretnym lekarzu.
19. Bolt K. F., *Publicznoprawne aspekty ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych Ameryki,* Warszawa 2012, 24.
20. Keidel G. C., *Burnout and compassion fatigue among hospice care givers,* „American Journal of Hospice and Palliative Care", 2002, 3, 200-205.
21. Manner P. A., *Practising defensive medicine – Not good for patiens or physicians http://www.aaos.org/AAOSNow/2007/JanFeb/Clinical/Clinical2/?ssopc=1* (odczyt 30.08.2016 13:57); Mello M. M., Studdert D. M., *The Medical Malpractice System,* (w:) M. Sage W., Kersh R., *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System*, Cambridge 2006, 23.
22. Sloan F. A., Shadle J. H., *Is tere emipirical evidence for „Defensive Medicine"? A reassessment,* „The American Journal of Health Economics" 2009, 28, 481-491.
23. Mello M., Amitabh C., Atul A., Gawande A., Studdert M. D., *National Costs of the Medial Liability System,* „Health Affers" 2010, 29, 1569-1577.
24. Kwestie medycyny defensywnej w USA zanalizowała mgr Daria Bieńkowska w swojej pracy doktorskiej *Nadużycia medyczne w systemie prawnym Stanów Zjednoczonych a koncepcja medycyny defensywnej*, napisanej pod kierunkiem prof. zw. dr. hab. Jacka Sobczaka (mps. Wydział Prawa Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS).
25. Zob. Bieńkowska D. *Biurokratyzacja śmierci. Kilka uwag prawno – etycznych w pryzmacie belgijskiej ustawy eutanautycznej,* „Sztuka Leczenia" 2015, 1-2, 13-24.
26. Danzon P. M., *Liability for Medical Mapractice. In Anthony J. Culyer and Jospeh P. Newhouse*, Handbook of Health Economics, Amsterdam, 2000, 1343; Hemer L. D., Brody H., *Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform*, „Journal of General Internal Medicine", 2010, 25(5), 470-473.
27. Wade H., *Public Responsibilities of the Learned Professions*, Law Review 1960, 21, 130-131; Gold A. S., Mille P. B., *Philosophical Foundations of Fiduciary Law*, Oxford 2014, 69; Sau-yan Wong D., *Legal Issues for the Medical Practitioner*, Honk Kong University 2010, 17-19; Devereux J., *Medical Law*, Londyn 2002, 357-358; Faunce T. A., *Pilgrims in Medicine: Conscience. Legalism and Human Rights: An Allegory of Medical Humanities, Foundational Virtue, Ethical Principles, Law and Human Rights in Medical Personal and Proffessional Development*, Leiden 2005, 345-348.
28. Mello M. M., Studdert D. M., *The Medical Malpractice System…*, 25; Por. Wen L., Kosowsky J., *When doctors Don't listen: How to avoid misdiagnoses and unnecessary tests*, Thomas Dunne. Ilustracją tego zjawiska jest stwierdzenie w jednym z odcinków

serialu o doktorze Housie: *Wszyscy kłamią! A najgorzej, że lekarze okłamują pacjentów, a pacjenci lekarzy.* (Zob. seria I odc. 1 i 7).

29. Konstatację taką poczynili badacze włoscy. Catino M., *Why do doctors practice defensive medicine? The solid-effects of medical litigation*, SS 2011, 15; http://ssmon.chb.kth.se/volumes/vol15/4_catino.pdf, data pobrania 30.08.2016, 15.32.
Por. Catino M., *Dilaga la medicina difensiva. Nell'ultimo mese „troppo prudenti" almeno una volta il 90,5% di intervistati*, Milano: Il Sole 24 Ore, Sanita 2011; Scotti E. Pietrantonio E. F., *Ma è vero che i medici commettono tanti errori?* „Bollettino Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Roma" 2009, 5; Forti G., Catino M., D'Alessandro M. F., Mazzucato C., Varraso G., *Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell'ambito dell'attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico,* „Centro Studi, Federico Stella, sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale" (eds.), Educational Testing Service, Pisa 2010. Zob. także Urbaniak M., *Konstytucyjne prawo do ochrony zdrowia w świetle orzecznictwa włoskiego Sądu Konstytucyjnego,* „Przegląd Prawa Konstytucyjnego" 2015, 1 (23); tejże, *Aspekty publicznoprawne organizacji i finansowania ochrony zdrowia w Republice Włoskiej,* Toruń 2014.
30. Adwok J., Kearns E. H., *Defensive medicine: effect on costs, quality and access to healthcare*, JBAH 2013, 3, 29-35, http://www.iiste.org/Journals, data pobrania 30.08.2016, 15.19.
31. Por. Chavarria-Islas R. A., González-Rodríguez B., *Medicina defensiva en un servicio de urgencias de ad*, „Revista Conamed" 2008, 13, 20-27.

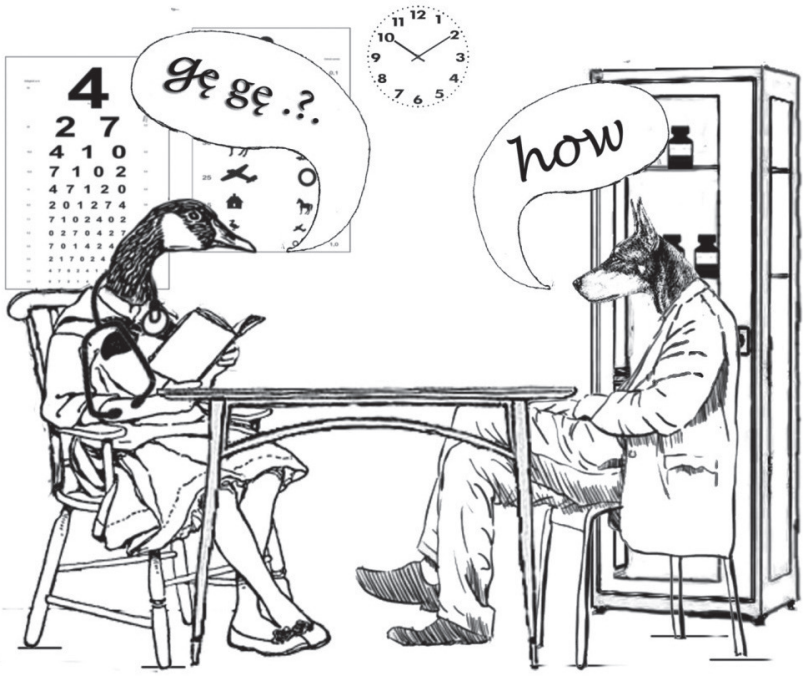
CZĘŚĆ II
BARIERY KOMUNIKACYJNE

Anna Ślifirczyk

KOMUNIKACJA MIĘDZYKULTUROWA W OCHRONIE ZDROWIA

Rytmiczne kołysanie słów układanych, powtarzanych na ulicy, w autobusie, w barach, na drogach, A tym bardziej w półśnie rannych godzin. Kiedy świadomość wynurza się jak diabelska góra. Ale umiałem to robić tylko po polsku, w języku którego nikt nie rozumie…

Czesław Miłosz Spokój



Rysunek 1. Problemy komunikacyjne (w modyfikacji własnej na podstawie literatury [za 8])

Porozumiewanie się ma duże znaczenie z wielu powodów: zaspokaja potrzeby praktyczne, przyczynia się do dobrego zdrowia, ma znaczący wpływ na kształtowanie się tożsamości i stanowi podstawę naszych kontaktów społecznych. Każdy człowiek porozumiewa się z innymi ludźmi: rodzice i dzieci, pracodawcy i pracownicy, studenci i profesorowie, przyjaciele, nieznajomi i wrogowie – wszyscy odczuwamy potrzebę porozumiewania się. Potrzeba kontaktu i towarzystwa innych ludzi jest bardzo silna. Doświadczyli tego ludzie żyjący w samotności z wyboru lub z konieczności. W. Carl Jackson, podróżnik, który w pięćdziesiąt jeden dni samotnie przepłynął Ocean Atlantycki, mówi w wywiadzie opublikowanym w 1978 roku przez „Wisconsin State Journal" o uczuciach, których doznaje większość samotników: *w drugim miesiącu podróży odkryłem, jak straszna jest samotność. Zawsze myślałem, że sam sobie wystarczam, ale wówczas zrozumiałem, że życie bez innych ludzi jest pozbawione sensu. Odczuwałem silnie potrzebę porozmawiania z prawdziwym, żywym, oddychającym człowiekiem* [4].

W Polsce personel medyczny ma coraz częściej kontakt z pacjentami innych narodowości. Poza mniejszościami narodowymi od dawna zamieszkującymi nasz kraj, często mamy do czynienia z pacjentami, którzy są:

- uchodźcami (czyli osobami, które musiały opuścić teren, na którym mieszkały, ze względu na zagrożenie życia, zdrowia bądź wolności, najczęściej na tle religii, rasy, przekonań politycznych i walk zbrojnych. Do Polski najczęściej napływają uchodźcy z Syrii, Afganistanu, Erytrei, Nigerii i Somalii);
- cudzoziemcami pracującymi w Polsce;
- studentami zagranicznymi;
- osobami z Kartą Polaka (czyli osobami polskiego pochodzenia, które na mocy ustawy z 2008 roku przyjechały do naszego kraju z Białorusi, Ukrainy, Rosji, Kazachstanu, Litwy, Estonii, Łotwy, Mołdawii, Gruzji, Azerbejdżanu, Armenii, Uzbekistanu, Tadżykistanu, Kirgizji i Turkmenistanu).

Świadczy to, że osoby, które dotychczas pracowały w monokulturowym środowisku, nagle muszą odnaleźć się w pracy ze zróżnicowanymi pod względem kulturowym pacjentami. W związku z tym faktem istotną staje się refleksja teoretyczna i praktyczna nad kulturowo adekwatnym niesieniem pomocy i komunikacją w tym zakresie z osobami należącymi do innych kultur. Bogaty repertuar zachowań to jeden z czynników składających się na kompetentne porozumiewanie się, trzeba jednak umieć wybrać w konkretnej sytuacji właściwe zachowanie. Podejście, które się raz sprawdzi, kiedy indziej może przynieść katastrofalne skutki. Skuteczne porozumiewanie się oznacza wybór stosowny do sytuacji. Ludzie mają największą szansę efektywnej wymiany wiadomości, kiedy rozumieją punkt widzenia partnera. Ponieważ nie wszyscy wyrażają swoje myśli i uczucia dostatecznie

jasno, bardzo przydatna jest zdolność wyobrażenia sobie, jak wyglądają sprawy z perspektywy drugiej osoby [4]. Pełne zrozumienie wymaga empatii, tj. zdolności do odtworzenia w sobie perspektywy drugiej osoby, doświadczenia świata z jej punktu widzenia. Nie można osiągnąć całkowitej empatii, ale przy pewnym wysiłku i umiejętnościach można się do niej zbliżyć. Złota zasada, która mówi: „Traktuj innych tak, jak sam chcesz być traktowany" wyraźnie przedstawia związek pomiędzy zdolnością do empatii a regułami etycznymi, dzięki którym społeczeństwo funkcjonuje w sposób nazywany cywilizowanym.

Informacje o innych klasyfikujemy za pomocą czterech kategorii [4]:

- kategoria cech fizycznych – dzieli ludzi według ich wyglądu (gruby czy szczupły, ładny czy brzydki, młody czy stary…);
- kategoria ról – określa pozycję społeczną (żona, uczeń, szef…);
- kategoria relacji – koncentruje się na zachowaniach społecznych (przyjazny, zrzędliwy, pomocny…);
- kategoria cech psychicznych – (otwarty, niepewny, niespokojny…).

Rodzaj kategorii używanej do uporządkowania informacji ma znaczny wpływ na sposób w jaki odnosimy się do innych ludzi. Kiedy już wybierzemy schemat klasyfikacji ludzi, posługujemy się nim, dokonując uogólnień na temat osób należących do grup, które zaliczają się do powyższych kategorii. Uogólnienia nie są złe, dopóki są prawdziwe. Funkcjonowanie bez nich byłoby naprawdę trudne. Kiedy jednak uogólnienia przestają być zgodne z rzeczywistością, prowadzą do stereotypów, czyli przejaskrawionych przekonań związanych z systemem kategoryzacji. Stereotypy wykraczają poza sprawdzalne fakty i generują wyjaśnienia nie oparte na wiarygodnej podstawie.

Kulturowa selekcja, organizacja, interpretacja i negocjacja wpływają na sposób, w jaki inni się porozumiewają. Podczas spotkania ludzi różnych kultur odmienne traktowanie mowy i milczenia może wywołać problemy w komunikowaniu się. Zarówno „rozmowni" mieszkańcy Zachodu, jak i „milczący" mieszkańcy Azji zachowują się tak, jak w ich odczuciu należy, a w zamian są traktowani z dezaprobatą i nieufnością przez drugą stronę. Dopiero poznając odmienne standardy zachowania, mogą się do siebie dostosować lub przynajmniej zrozumieć i uszanować różnice. Ludzie pochodzący z kultur kolektywistycznych i indywidualistycznych odmiennie spostrzegają zachowania i zobowiązania interpersonalne.

Jednym ze sposobów uniknięcia problemów dotyczących porozumiewania się związanych z nadmierną stereotypizacją jest „odkategoryzowanie" ludzi. Zachowanie takie daje niewątpliwie szansę potraktowania innych jako indywidualności, zamiast zakładania, że są tacy sami jak wszyscy inni członkowie grupy, do jakiej ich przypisaliśmy.

Pracownicy służby zdrowia udzielający świadczeń zdrowotnych powinni czynić to w sposób odpowiadający potrzebom i oczekiwaniom pacjentów, uwzględniając ich różnorodność kulturową, ponieważ każdy ma prawo do poszanowania swojego pochodzenia i dziedzictwa kulturowego. Ważne jest, aby personel udzielający pomocy medycznej pacjentom obcego pochodzenia zdobył pewną wiedzę na temat ich kultury i religii, co pozwoli zapewnić kulturowo wrażliwą i kompetentną opiekę [1]. Różnic kulturowych należy się bowiem spodziewać w wielu aspektach naszego życia [2]: w stylu komunikacji, w wyrażaniu emocji, w stosunku do władzy, w kontaktach między płciami, w relacjach i zadaniach, w postrzeganiu przestrzeni i w rozumieniu czasu.

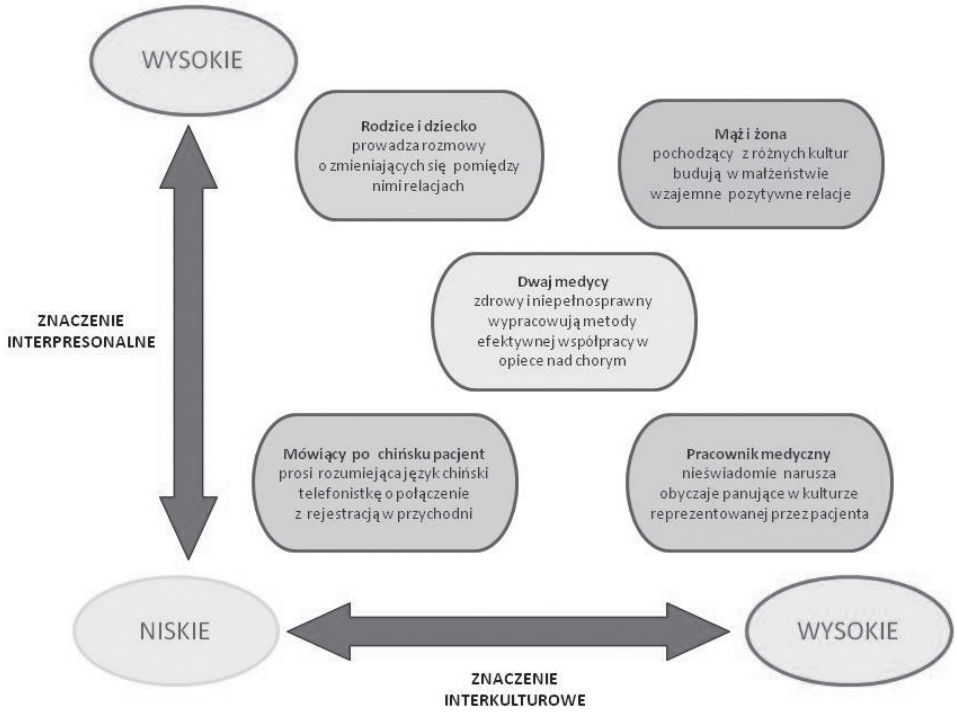
Sposób życia to niezliczona ilość szczegółów codziennego zachowania, które łączy to, że są one wspólne dla większości ludzi z danego społeczeństwa. To znaczy, że większość ludzi będzie reagowała na daną sytuację w ramach własnej zbiorowości niemal tak samo. Taka zgodność zachowania i jego społeczna akceptacja tworzy wzór kulturowy, zwany w literaturze przedmiotu skryptem zachowania [3]. Ludzie reagujący odmiennie uważani są za dziwaków. Kultura stanowi zatem mniej lub bardziej zorganizowany agregat takich wzorów, będąc zarazem dla członków każdego społeczeństwa rodzajem niezbędnego przewodnika we wszystkich sprawach życiowych; daje poczucie bezpieczeństwa i ciągłości. Wiele osób traktuje różnice w pochodzeniu kulturowym i etnicznym jako przeszkodę w komunikacji. Pochodzenie determinuje także sposób działania, myślenia i odczucia. Kultura sprawia, że życie jednostki staje się w pewnym sensie przewidywalne, pod warunkiem adekwatności jej sposobu bycia do ustalonych w danym społeczeństwie wzorów. Jednostki odstępujące od tych reguł podlegają presji społecznej, natomiast te, które je szanują, nagradzane są uznaniem i z reguły mają większe szanse na awans w swojej grupie [4].

Gdyby każdy kontakt został uznany za spotkanie kultur, to określenie „międzykulturowy" nie byłoby potrzebne. W rzeczywistości porozumiewanie się często zachodzi bez kulturowych wpływów. Nawet w coraz bardziej różnorodnym świecie nadal istnieje wiele relacji pomiędzy ludźmi o zasadniczo wspólnym podłożu kulturowym. W sytuacji, kiedy porozumiewają się osoby z różnych środowisk kulturalnych, wspólne wartości i doświadczenia są dla nich ważniejsze, aniżeli tło kulturowe, które wnoszą do tej relacji. Ilustrującą powyższego może być taka sytuacja dwojga ludzi – David jest Żydem, którego przodkowie przybyli z Europy Wschodniej, a rodzina Marii, która praktykuje Katolicyzm, pochodzi z Polski i mieszka w Ameryce od trzech pokoleń; tworzą oni parę i budują wspólne życie – jest to ważniejsze od dzielących ich różnic i pozwoli uporać się z nimi, gdy dadzą o sobie znać. Zatem zamiast klasyfikować jedne kontakty jako

międzykulturowe, a inne jako wolne od wpływów kulturowych, lepiej mówić o stopniu znaczenia kultury [5].

Podążając za teorią Adlera [4], czynniki interpersonalne i międzykulturowe tworzą macierz, której jeden wymiar to znaczenie porozumiewania się międzyosobowego, a drugi –znaczenie porozumiewania się międzykulturowego (rys.1). Model pokazuje, że pewne relacje interpersonalne w praktyce nie zawierają elementów międzykulturowych, inne są w całości międzykulturowe i nie mają wymiaru osobistego, a jeszcze inne relacje zawierają elementy zarówno międzyosobowego, jak i międzykulturowego komunikowania się. O komunikacji międzykulturowej można mówić wówczas, gdy zderzają się normy, wartości i zachowania rozmawiających ze sobą partnerów lub wówczas, gdy partnerzy w rozmowie uważają, że zachodzi reakcja owego „zderzenia". Oczywiście, ważne jest w niej poszukiwanie zgodnego stanowiska z poszanowaniem różnic kulturowych [5, 6].

W relacji stosunków międzyludzkich ważnym tematem jest komunikacja interpersonalna, dla której modelem jest porozumiewanie się dwóch osób,



Rysunek 2. Możliwe powiązania pomiędzy wymiarem interpersonalnym a wymiarem międzykulturowym w porozumiewaniu się dwóch osób (modyfikacja własna na podstawie literatury [5]).

w odniesieniu do których zakłada się, że należą do jednej kultury. Mimo to takie komunikowanie się bywa często konfliktowe i nieskuteczne, głównie dlatego, że osoby słuchają tylko siebie i nie przyjmują tego, co druga strona ma do zakomunikowania. Jest to przejaw egocentryzmu.

Komunikacja interpersonalna ⇨ Egocentryzm

W komunikowaniu międzykulturowym obie strony dyskursu z reguły posługują się odmiennymi, choć milcząco przyjmowanymi przesłankami na temat poruszanych kwestii w rozmowie. Z reguły każdą ze stron charakteryzuje etnocentryzm własnej perspektywy. Niezależnie od tego, dodatkowo występują problemy językowe [5, 7, 8].

Komunikacja międzykulturowa ⇨ Etnocentryzm

Etnocentryzm wyraża postawę wyższości własnej kultury nad innymi. Osoba etnocentryczna może być świadoma istnienia różnic kulturowych, a jednocześnie będzie uważała, jawnie lub nie, że każdy, kto nie jest członkiem jej kultury, jest na swój sposób obcy, nieodpowiedni lub wręcz gorszy. Etnocentryzm prowadzi do uprzedzeń, czyli niesłusznych, tendencyjnych i nietolerancyjnych postaw wobec ludzi należących do obcej grupy. Istotną zaś cechą uprzedzeń jest stereotypowość, czyli przesadna generalizacja obejmująca całą grupę [4, 8].

Prawidłowe nawiązywanie kontaktu i zadawanie pytań okazuje się szczególnie istotne, gdy chcemy zbadać potrzeby danej grupy lub zdiagnozować trudności, jakich doświadczają jej członkowie. Wykorzystując normy komunikacyjne przyjęte we własnej kulturze w stosunku do osoby odmiennej kulturowo, możemy otrzymać zafałszowany obraz danej grupy i jej potrzeb, a zaproponowane rozwiązania okażą się nieskuteczne i nieadekwatne. Zatem przygotowując się do rozmowy z przedstawicielem innej kultury, należy mieć na uwadze, że nie każdy żyje zgodnie z normami kultury, z jakiej pochodzi, a ponadto należy wziąć pod uwagę, że dana osoba może być w konkretnej fazie akulturacji, co z kolei przekłada się na ekspresję jej emocji i zachowanie podczas rozmowy [8]. Stosując się do tych zasad, zapobiegamy uruchamianiu stereotypów, które podbudowane etnocentryzmem, dokonują szybkiej i niestety często niepochlebnej oceny partnera międzykulturowego dyskursu.

Wymiary różnic w komunikacji międzykulturowej

Matsumoto wymienia czynniki utrudniające komunikację międzykulturową [8, 9]:

- zakładane podobieństwo – uczestnicy interakcji międzykulturowej często uważają, że wszyscy ludzie są jednakowi, a zatem myślą i mówią tak samo (np. ja, skoro jest mi przykro, nie uśmiecham się; wprost przeciwnie reaguje zażenowany Wietnamczyk, który właśnie wtedy się szeroko uśmiecha);
- różnice językowe – wieloznaczne pojęcia często są przyczyną nieporozumień nawet dla tych, którzy władają językiem, ale nie na tyle dobrze, żeby znać całe spektrum możliwych w danej kulturze interpretacji pojęcia (np. dobry mąż w każdej kulturze oznacza zupełnie inny rodzaj zachowania pana domu);
- błędne interpretacje sygnałów niewerbalnych – o tym jak bardzo trudno jest opanować język niewerbalny obcej kultury, może świadczyć fakt, że nawet prezydentom w tej kwestii zdarzały się w pomyłki, a już polskie kręcenie głową na nie, w Bułgarii oznaczające pełny entuzjazm i akceptację, niejednemu może przysporzyć frustracji; a to właśnie przydarzyło się piszącemu te słowa: Kilka lat temu szedłem na kolację z moimi, wówczas jeszcze przyszłymi, teściami, aby przedłożyć im swoje zamiary w stosunku do ich córki. Moja żona pochodzi z bardzo tradycyjnej rodziny, która od pokoleń opiekuje się świątynią w centralnym Tokio. Kiedy się oświadczyłem, mój przyszły teść, który jest buddyjskim mnichem, zamknął oczy i znieruchomiał. W moim odczuciu trwał w tej pozie zbyt długo. W rzeczywistości podkreślał w ten sposób ważny moment w historii tej szacownej tokijskiej rodziny.
- stereotypy i uprzedzenia – nadmierne poleganie na stereotypach może uniemożliwić obiektywne postrzeganie innych i wysyłanych przez nich komunikatów, a także zniechęcać do poszukiwania wskazówek, które ułatwiłyby nam interpretowanie przekazów zgodnie z intencjami nadawców;
- skłonność do formułowania sądów wartościujących – odmienność wartości kulturowych może skłaniać do formułowania niepochlebnych ocen naszych rozmówców. Wysoki poziom lęku lub napięcia może sprawiać, że ludzie kurczowo trzymają się sztywnych interpretacji, upierają się przy stereotypach pomimo obiektywnych dowodów ich nietrafności.

Matsumoto podaje również, że pomocne w doskonaleniu komunikacji międzykulturowej są [8, 9]:

- uważność – dzięki uważności ludzie mogą być świadomi swoich nawyków, skryptów umysłowych i oczekiwań kulturowych dotyczących komunikacji. Uważność stanowi przeciwwagę dla niepokoju i lęku;

- usuwanie niepewności – niepewność i lęk są uczuciami, które prawie zawsze towarzyszą pierwszej fazie komunikacji międzykulturowej. Zmniejszenie niepewności i lęku jest nieodzowne, aby uczestnicy interakcji mogli przetwarzać treść odbieranych sygnałów i poprawnie interpretować przekazy. Po usunięciu niepewności rozmówcy mogą skupić się na treści odbieranych sygnałów i komunikatów.

Komunikacja w kulturach wysoko- i niskokontekstowych

Edward Hall [cyt. za 4] mówi o dwóch odrębnych sposobach przekazywania wiadomości wewnątrz kultur (rys. 2):

- kultury niskokontekstowe posługują się głównie językiem, wyrażając myśli i uczucia jak najbardziej jasno i logicznie, a sens wypowiadanych zdań mieści się głównie w słowach;
- kultury wysokokontekstowe posługują się subtelnymi, często wyrażonymi niewerbalnie sygnałami.

Kultura przeważająca w Europie Północnej, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii sytuuje się bliżej niskokontekstowego krańca skali. W tych społeczeństwach osoby porozumiewające się cenią bezpośrednią rozmowę i reagują irytacją na tzw. „owijanie w bawełnę". Podstawowym kanałem przekazu informacji jest komunikacja werbalna, natomiast komunikacja niewerbalna służy przede wszystkim jako komentarz do wybranych aspektów komunikowania słownego. Osoby wywodzące się z tych kultur potrzebują dużo dokładniejszych informacji, nazywania rzeczy po imieniu, oczekują uszczegółowienia tła i źródła informacji. Mimika, gestykulacja oraz poczucie kontekstu sytuacyjnego i zwyczajowego są mniej znaczące. Za komunikat odpowiedzialny jest nadawca, który musi sprawić, żeby był on czytelny dla odbiorcy [4, 5, 10, 11].

Natomiast większość kultur Azji, Ameryki Południowej, Dalekiego Wschodu czy krajów Afryki, krajów arabskich, krajów Europy Środkowo-Wschodniej należy do kultur wysokokontekstowych. W zbiorowościach azjatyckich utrzymanie harmonii w relacji jest tak ważne, że rozmówcy unikają jasnego wyrażania myśli, jeśli wprawia ono w zakłopotanie drugą osobę. Ludzie wychowani w kulturze japońskiej lub koreańskiej są mniej od Amerykanów skłonni odpowiedzieć „nie" na niepożądaną ofertę i unikają zdecydowanego wyrażania zwrotów przeczących nie dlatego, że są nieuczciwi, ale dlatego, że mówiąc „nie", można kogoś rozczarować czy sprawić mu przykrość. Z tego powodu Japończycy uciekają się do całego arsenału eufemizmów:

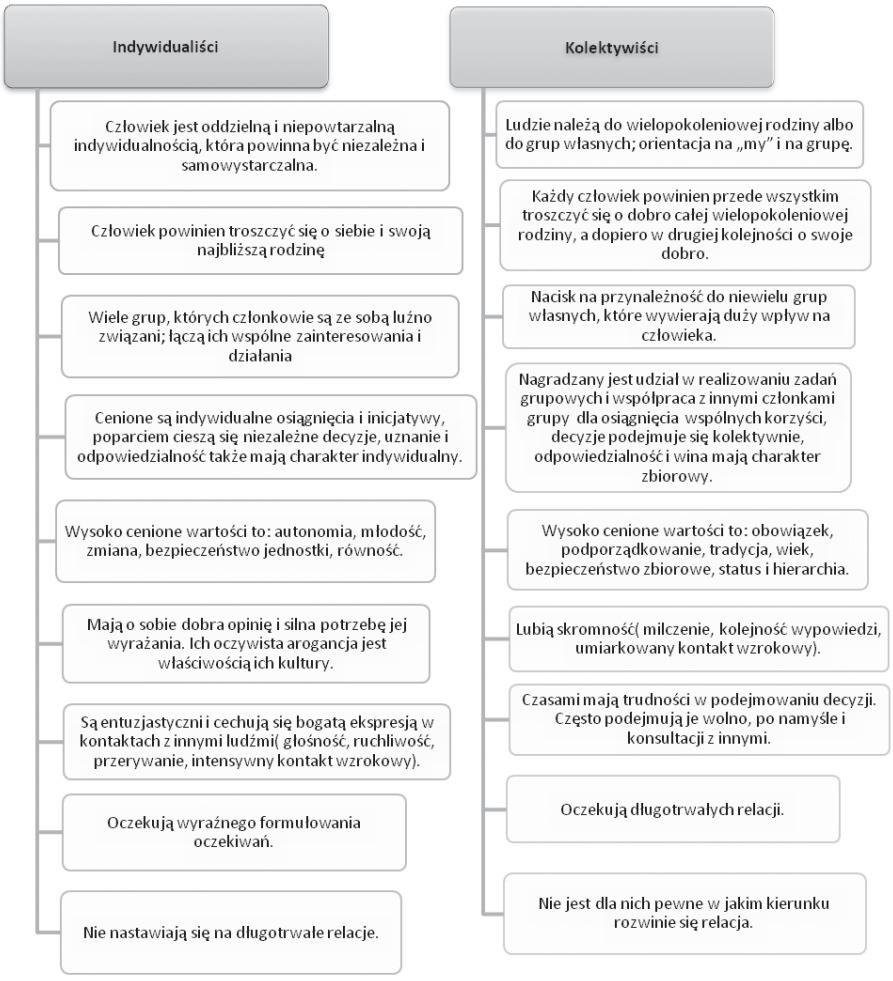
Rycina 3. Zasadnicze różnice w użyciu języka w kulturach nisko- i wysokokontekstowych (opracowanie własne na podstawie literatury [1]).

byłoby to, doprawdy trudne…, starannie przemyślimy pańską ofertę, proszę mi wybaczyć lecz… Istotną rolę odgrywają też takie elementy komunikacji, jak: dobór słów, barwa głosu, tempo, intonacja czy mowa ciała. Osoby tych kultur są przyzwyczajone do wtrętów, dygresji i przerywania. Wysyłają dużo mniej informacji, aby przekazać swój komunikat, a rozmówca powinien domyślić się wielu ważnych kwestii, będących istotą dyskursu. Odbiorca ma trudniejsze zadanie, gdyż to on musi odszyfrować komunikat, aby stał się dla niego jasny i czytelny [4, 5, 10].

Osoba zakorzeniona w kulturze wysokokontekstowej postrzega rozmówcę reprezentującego styl niskokontekstowy jako kogoś rozwlekłego, gadatliwego i mało subtelnego. Natomiast rozmówcy wysokokontekstowi wydają się osobom z kultury niskokontekstowej mało komunikatywni, a nawet nieuczciwi. Ponadto w kulturach wysokiego kontekstu zachowanie asertywne kwitowane jest jako brak dojrzałości społecznej. Od jednostki oczekuje się bowiem umiejętności wpasowywania się w układ relacji z innymi, a nie akcentowania swego ja [9].

Komunikacja z przedstawicielami kultury indywidualistycznej i kolektywistycznej

Niektóre kultury szanują jednostkę, a inne z kolei podkreślają wartość grupy. Osoby, które żyją w kulturach indywidualnych (Triandys [cyt. za 4]) uznają za swój podstawowy obowiązek pomaganie sobie, ci zaś, którzy żyją w kulturach kolektywistycznych poczuwają się do lojalności obowiązku wobec własnej grupy (tj. wielopokoleniowej rodziny, wspólnoty, organizacji…).



Rycina 4. Różnice pomiędzy kulturami indywidualistycznymi a kolektywistycznymi (opracowanie własne na podstawie literatury [5]).

W stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Australii (Hofstede [12]) rozwinęły się najsilniejsze kultury indywidualistyczne, natomiast kultury azjatyckie i latynoamerykańskie mają charakter kolektywistyczny (rys. 4).

Przedstawiciele kultur indywidualistycznych postrzegają siebie przez pryzmat tego, co robią, natomiast w kulturach kolektywistycznych są raczej skłonni określać siebie poprzez swoją przynależność. Kultury kolektywistyczne i indywidualistyczne inaczej traktują także różnicę zdań. Społeczeństwa indywidualistyczne względnie dobrze tolerują niejednomyślność i wykorzystują bezpośrednie, ukierunkowane na rozwiązanie problemu strategie. Przeciwnie (Cai i Fink [cyt. za 4]) rzecz się ma w społeczeństwach kolektywistycznych, które preferują „podejście okrężne".

Odmienność obu kultur jest również widoczna na poziomie poczucia lęku czy komfortu, jaki odczuwają ich członkowie w sytuacjach związanych z komunikowaniem się. Np. mieszkańcy Japonii, Chin, Korei ujawniają zdecydowanie wyższy poziom lęku przed wystąpieniami publicznymi niż osoby żyjące w krajach o kulturze indywidualistycznej [4, 9] i nie znaczy to, że nieśmiałość jest w tych kulturach postrzegana jako problem, przeciwnie, małomówność w społeczeństwach kolektywistycznych uznawana jest za zaletę. Asertywność jest raczej pożądana u ludzi Zachodu, natomiast w kulturach azjatyckich może być powodem do wstydu.

Porozumiewanie się w kulturach zorientowanych na osiągnięcia i w kulturach opiekuńczych

Określenie „kultura osiągnięć" odnosi się do społeczności, które wysoko cenią sukces materialny i koncentrują się na realizacji bieżących zadań. Natomiast kultura opiekuńcza przede wszystkim dba o podtrzymywanie relacji. Hofstede [12], opierając się na stereotypowym postrzeganiu płci, pierwszą z nich nazywa „męską" a drugą „żeńską". Kultury kładące nacisk na osiągnięcia, to kultury Japonii, Niemiec, Szwajcarii, kultury zaś oparte na związkach można spotkać w Skandynawii (Dania, Szwecja, Norwegia), we Francji, w Hiszpanii. Kultury zorientowane na osiągnięcia przyznają mężczyznom i kobietom odrębne role. Do cnót męskich zalicza się: niezależność, indywidualność i pewność siebie. Kobiety o tych cechach mogą być niemile widziane. Przeciwnie rzecz się ma w społeczeństwach nastawionych na relacje międzyludzkie, które preferują umiejętność współpracy w zespole [4, 12].

Kody i dialog międzykulturowy

Kody werbalne

Język jest zarówno wspaniałym narzędziem porozumiewania się, jak i źródłem wielu problemów interpersonalnych. Każdy język składa się z symboli, którymi rządzą określone reguły. Symboliczna natura sprawia, że język nie jest tworem precyzyjnym. Znaczenie tkwi w ludziach, a nie w samych słowach. Język jest nie tylko nośnikiem zawartego w przekazie znaczenia, ale kształtuje i odzwierciedla percepcję jego użytkowników. Język ukazuje też siłę związku, poziom atrakcyjności i zainteresowania mówiącego tematem. Władza, jaką dysponuje mówiący, także przekłada się na wzorce językowe.

Język, którym posługują się członkowie danej kultury, kształtuje tożsamość mówiących. W społeczeństwie, w którym jedni ludzie posługują się językiem dominującym, a inni językiem mniejszości, poczucie alienacji (tj. pozostawania członkiem obcej grupy) jest silne. Osoby mówiące językiem niedominującym (Giles [cyt. za 4]) mają do wyboru: ulec presji asymilacji i używać „lepszego" języka lub odrzucić język większości i zachować lojalność wobec języka etnicznego. Każdy język ma swój niepowtarzalny charakter, który wyróżnia go spośród innych. Na kompetencję językową składają się takie elementy, jak: precyzja lub ogólnikowość, zwięzłość lub szczegółowość czy liczba formalnych i nieformalnych zwrotów. Kiedy porozumiewający się próbuje przenieść styl mówienia z jednej kultury do innej, może to wywołać problemy. Używany nieostrożnie język bywa przyczyną wielu nieporozumień interpersonalnych. Stopień niejasności bądź precyzji wiadomości wpływa na to, czy zostanie ona dobrze zrozumiana przez odbiorcę. Język także potwierdza lub uchyla odpowiedzialność mówiącego za jego słowa, tj. kompetentny porozumiewający się wie, kiedy stosować formę wypowiedzi: „ ja", „ty", „my", by zapewnić optymalny poziom odpowiedzialności i harmonii relacji. Zdecydowanie pewne nawyki językowe, jak mylenie faktów z opiniami lub z wnioskami czy wypowiedzi emocjonalne, mogą doprowadzić do niepotrzebnej dysharmonii w relacji.

Zawsze na początku komunikowania się z pacjentem odmiennym kulturowo najważniejsze jest „dostrojenie się" do niego. Należy rozpoznać, jakiego używa języka, czy ma swoje ulubione zwroty oraz słowa – klucze. Posługiwanie się jego mową (personel dwujęzyczny lub tłumacz/mediator kulturowy) zdecydowanie zmniejszy dystans pomiędzy pacjentem a personelem medycznym.

Gudykunst [cyt. za 4] i Ting-Toomey [cyt. za 4] określili style porozumiewania się:

- Styl bezpośredni/nie wprost – określa stopień, w jakim rozmówca ujawnia w swojej wypowiedzi rzeczywiste intencje i zamiary oraz potrzeby. Pierwszy

sposób to mówienie prosto w oczy, drugi zaś często ukrywa prawdziwe pragnienia lub intencje i wymaga domyślenia się z kontekstu prawdziwego znaczenia wypowiadanych słów;
- Styl osobisty/kontekstowy – odnosi się do stopnia, w jakim osoba mówiąca podkreśla swoją osobę w interakcji, w przeciwieństwie do jej roli społecznej. W stylu osobistym dominuje zaimek „ ja";
- Styl rozwinięty/zwarty – komunikacja uwzględnia liczbę wypowiadanych słów oraz złożoność wypowiedzi. Styl rozwinięty jest metaforyczny i kwiecisty. Natomiast styl zwarty koncentruje wypowiedź na konkretach;
- Styl instrumentalny/uczuciowy – określa wagę stron oraz kierunek interakcji. Styl instrumentalny jest zorientowany na nadawcę komunikatu i koncentruje się na zadaniu, przy czym styl uczuciowy orientuje się na odbiorcę i faworyzuje proces komunikowania.

Kody niewerbalne

Inną ważną umiejętnością jest dostrojenie się do języka ciała pacjenta – jego postawy, wysokości tonu głosu, tempa mówienia czy rodzaju gestów. Zaobserwowano, że ludzie, którzy są ze sobą blisko emocjonalnie czy też świetnie się dogadują, zupełnie odruchowo i nieświadomie wchodzą w podobny rytm, przybierają zbliżone pozy oraz wykonują takie same gesty. Istnieją dwa rodzaje komunikatów niewerbalnych [13, 14]:
- Ruchy ciała, takie jak wyraz twarzy, gesty i postawa, zespół zachowań związanych ze sposobem patrzenia;
- Zależności przestrzenne, czyli np. dystans, jaki utrzymuje się między nadawcą a odbiorcą.

Rozumienie języka ciała jest istotną umiejętnością, ponieważ ponad 50% znaczenia komunikatu zawiera się w ruchach ciała. Jeżeli po pomoc zgłasza się np. pacjent odmienny kulturowo i ponadto doświadczył on przemocy, będzie przygaszony, pochylony, a więc sponiewierany przez los, to wydawałoby się, że najlepszym rozwiązaniem będzie zaprezentowanie innej postawy – silnej i przygarniającej. Jednak na wiele osób może zadziałać to w sposób przytłaczający. Na poziomie nieświadomej komunikacji pacjent zarejestruje ten fakt, jako dowód ogromnego dystansu. Skuteczniejsze będzie na samym początku komunikacji przyjęcie postawy zbliżonej do pacjenta i z czasem przechodzenie do innej. Mehrabian [15] odkrył, że rozkład znaczenia komunikatu wygląda następująco:
- 7% sygnały werbalne (słowa);
- 38% style mówienia (np. siła, wysokość, rytm…);
- 55% ruchy ciała (głównie mimika twarzy).

Wiele jest elementów komunikacji niewerbalnej (Brown [cyt. za 5]) podobnie jak języka mówionego i pisanego, wspólnych dla wszystkich ludzi, bez względu na kulturę. Jednakże, mimo podobieństw sygnałów niewerbalnych, zakres różnic w zachowaniach niewerbalnych jest ogromny. Znaczenie niektórych gestów różni się w poszczególnych kulturach [4, 7, 8]:

- mimika – szybkie uniesienie brwi dla Brytyjczyka oznacza sceptycyzm, dla Amerykanina zdziwienie, a dla Chińczyka niezgadzanie się z czymś;
- ruchy głowy, dłoni, ramion, nóg – skinienie głowy dla Polaka oznacza „tak", natomiast dla Bułgara jest zaprzeczeniem. Dla Amerykanina połączenie kciuka i palca wskazującego w kształcie kółka, to symbol wyrażający potwierdzenie „w porządku", ale we Francji i Belgii oznacza „jesteś zerem", w Japonii sugeruje, że chodzi o pieniądze, natomiast w Grecji i Turcji wyraża obraźliwą i wulgarną propozycję seksualną;
- kontakt wzrokowy – w różnych kulturach obowiązują inne normy, np. w Ameryce Łacińskiej, w świecie arabskim i Europie Południowej rozmówcy zwyczajowo patrzą sobie w oczy. Niektórzy mieszkańcy Azji, Hindusi, Pakistańczycy i Europejczycy z Północy spoglądają na słuchającego mimochodem albo wcale;
- pozycja ciała – Włosi żywo gestykulują w trakcie wypowiedzi, natomiast Anglicy stoją lub siedzą spokojnie w jednej pozycji;
- ton głosu, barwa, intonacja – dla Japończyka słowo *hai* („tak") znaczyć może zarówno zgodę, jak i niezgadzanie się lub oznakę szacunku i słuchania, co się do niego mówi, w zależności od intonacji czy kontekstu;
- dotyk – trzymanie przez Saudyjczyka drugiego mężczyzny za rękę to symbol wzajemnego szacunku, natomiast w krajach muzułmańskich to oznaka zachowań homoseksualnych. W kulturach powściągliwych (Japończycy, Chińczycy, Wietnamczycy) z wyjątkiem uścisków dłoni mało jest kontaktów dotykowych;
- przestrzeń interpersonalna – dla Włocha przestrzeń ta wynosi pół długości ręki, a dla Niemca długość wyciągniętej ręki. Amerykanie zazwyczaj prowadzą rozmowy stojąc w odległości około czterech stóp względem siebie, zaś ludzie na Bliskim Wschodzie utrzymują mniejszy dystans;
- uśmiech – dla Amerykanina wydaje się prostym sygnałem świadczącym o przeżywaniu pozytywnych emocji lub dobrych intencjach nadawcy, także dla Japończyka może być wyrazem zadowolenia, ale ponadto kryć zawstydzenie czy zakłopotanie.

Odmienne zachowanie rozmówcy nie znającego zwyczajów danej kultury sprawia, że czuje się on nieswojo. Kluczem do komunikacji niewerbalnej jest spójność. Sygnały niewerbalne zwykle występują w spójnych grupach gestów i ruchów ciała, które znaczeniem korespondują z towarzyszącymi im słowami.

Podejście do „obcego" wymaga szczególnej motywacji i postawy. Kassing [cyt. za 4] uważa, iż ludzie, którzy chcą się porozumiewać z przedstawicielami innych kultur, mają więcej przyjaciół wywodzących się z odmiennych środowisk niż ci mniej chętni do zabiegania o takie znajomości. Osoby, które porozumiewają się kompetentnie, akceptują niejasności, a nawet się ich spodziewają. Gdyby ludzie nie akceptowali niejasności, nie byliby, niestety, w stanie poradzić sobie z ogromną ilością wprawiających w zakłopotanie, a czasem nawet zupełnie niezrozumiałych wiadomości docierających do tych, którzy na co dzień obcują z przedstawicielami innych kultur.

Coraz większa różnorodność polskiego społeczeństwa sprawia, że zrozumienie komunikacji międzykulturowej stało się kwestią bardzo istotną. Porozumiewanie się międzykulturowe zachodzi wówczas, gdy następuje wymiana wiadomości pomiędzy osobami lub grupami osób wywodzących się z różnych kultur, a percepcja i system symboliczny specyficzny dla każdej kultury wpływa na sposób dokonywania tej wymiany [4, 5, 8].

Wywiad zorientowany na inną kulturę

Wywiad zorientowany na inną kulturę jest rozmową prowadzoną z osobą należącą do innej niż diagnosta grupy kulturowej (religijnej, etnicznej czy narodowościowej). Istotnym jego elementem jest kultura i jej wpływ na postrzeganie zdrowia i choroby oraz zachowania z nimi związane.

Za zachowania równościowe uważa się:

- dostosowanie tonu głosu do rozmówcy;
- nawiązywanie kontaktu wzrokowego;
- szanowanie granic przestrzeni osobistej rozmówcy i pilnowanie swoich;
- nieporuszanie w początkowym kontakcie tematów, które mogą się wydawać tematami tabu lub osobistymi;
- stosowanie wiedzy kulturowej zamiast stereotypów;

Za zachowania dyskryminujące uważa się:

- mówienie podniesionym głosem, krzyczenie;
- używanie ogólnych stwierdzeń w stosunku do jakiejś kultury (np. *bo z nimi to tak zawsze...*);
- przypisywanie jednemu przedstawicielowi danej grupy cech stereotypowo przynależnej całej grupie, z której się on wywodzi (np. leniwi, niezdyscyplinowani, niegrzeczni, aroganccy);

- tłumaczenie w danej sytuacji zachowań zdrowotnych osoby z innej kultury cechami jej charakteru, a nie czynnikami sytuacyjnymi czy uwarunkowaniami kulturowymi i zachowaniami adekwatnymi dla danej kultury;
- mówienie do dorosłej osoby z pozycji rodzica i/ lub nauczyciela (pouczenia, traktowanie nie partnersko).

W literaturze przedmiotu [9, 16] do umiejętności przydatnych do skutecznego i produktywnego komunikowania się międzykulturowego w opiece zdrowotnej zalicza się:

- OTWARTOŚĆ – powinno się być otwartymi i uważnymi, aby dostrzegać to, co dzieje się z osobą naszego rozmówcy, jak również być świadomi kontekstu sytuacyjnego, w którym interakcja zachodzi;
- ADAPTACJA – powinno się przystosować własne zachowanie do sytuacji i osób, z którymi się komunikuje;
- EMPATIA – należy się uwrażliwić na potrzeby drugiej osoby, spróbować zrozumieć ją i jej punkt widzenia, co może pomóc w uzyskaniu odpowiedniego poziomu wzajemności.

W opiece zdrowotnej duże znaczenie ma wymiana prawdziwych i rzetelnych informacji. Z powodu bariery językowej prowadzenie wywiadu i dokonywanie prawidłowej diagnozy jest niejednokrotnie trudne, a niekiedy nawet niemożliwe. Ważne jest, aby personel medyczny pamiętał, że w wywiadzie międzykulturowym pytania zbyt otwarte utrudniają odpowiedź i są zbyt ogólne. Istnieje ryzyko, że uzyskamy odpowiedzi ogólnikowe, z których niewiele będzie wynikało. Przy problemach w językowym porozumiewaniu się pytania zamknięte mogą pomóc w doprecyzowaniu informacji. Należy także pamiętać, że często (np. w rozmowie z Azjatą), możemy uzyskać odpowiedź „tak", która nie oznacza potwierdzenia treści pytania, lecz komunikat o pozostawaniu w kontakcie, gdyż tak nakazują reguły grzeczności w tej kulturze, co niekoniecznie odpowiada stanowi faktycznemu w odniesieniu do treści pytania. Ponadto nie należy stosować pytań wprost, kiedy chcemy zapytać o jakieś trudne czy, z punktu widzenia rozmówcy, kontrowersyjne kwestie. W Polsce przebywa bardzo dużo Czeczenów, którzy reprezentują kulturę honoru, tzn., że losy członka danej rodziny w sposób bezpośredni oddziałują na zachowanie honoru przez całą rodzinę. W kulturze tej fakt, że kobieta została zgwałcona, może być przez nią konsekwentnie ukrywany, ponieważ nie tylko kobietę zhańbiono, ale także i mężczyźni, którzy powinni chronić kobietę, okryli się hańbą. Kobieta z całą pewnością będzie mówiła cicho, niewyraźnie i ze spuszczoną głową z powodu przeżywanego wstydu. W takiej sytuacji zdają się przydatne pytania projekcyjne, które pomagają mówić o rzeczach trudnych dla rozmówcy [4, 8, 17].

Język w wywiadzie międzykulturowym powinien być dostosowany do poziomu językowego rozmówcy. Nie powinno się używać pojęć branżowych, niejednoznacznych i abstrakcyjnych. Prowadząc wywiad międzykulturowy, należy pamiętać, że w różnych kulturach zakres znaczeń słów różni się. Np. określenie członków rodziny zależy od koncepcji rodziny w danej kulturze. Afrykańczyk zapytany o rodzeństwo, może odpowiedzieć, że ma 64 braci i 36 sióstr. Hindus jako osobę do kontaktu wskaże ciocię, a w rzeczywistości sąsiadkę, z którą nie łączą go więzy krwi. Należy podkreślić, że personel medyczny powinien być ostrożny w interpretacji wypowiedzi i zawsze powinien się upewnić, czy właściwie rozumie jakieś pojęcie i czy naprawdę o tym samym rozmawia z pacjentem innym kulturowo.

Komunikując się z osobą z innej kultury, trudność sprawić może ocena stopnia zaangażowania rozmówcy. Personel medyczny powinien zawsze wziąć pod uwagę normy kultury pochodzenia rozmówcy dotyczące ekspresji emocjonalnej, znaczenia ciszy czy odrębności znaczeniowej uśmiechu.

Przykład komunikacji międzykulturowej z przedstawicielem kultury wysokokontekstowej (Grzymała-Moszczyńska [1]):

Lekarka zwraca się do pacjenta pochodzącego z Iraku, który przeszedł skomplikowany zabieg operacyjny:

- Jak się Pan dzisiaj czuje?

- Dobrze, wszystko jest w porządku (choć widać, że jest wyraźnie osłabiony, nie utrzymuje kontaktu wzrokowego, odpowiada zdawkowo na pytanie).

- Pielęgniarki mówiły, że jest pan bardzo osłabiony i nie najlepiej się czuje…?

- Nie, nie, wszystko jest w porządku (pacjent nadal nie utrzymuje kontaktu wzrokowego).

- Czy pielęgniarka ma pomóc umyć się i przebrać?

- Nie (odpowiada cicho).

- Wydaje mi się, że jest inaczej, że wymaga pan pomocy drugiej osoby…

- Nie, nie trzeba (jest wyraźnie zniecierpliwiony, wycofuje się z kontaktu).

- Skoro pan tak mówi (wychodzi).

Kulturowa analiza przypadku [1, 7, 17]: pacjent jest wyznawcą Islamu, w jego kulturze normą jest nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego z osobą nieznajomą, odmiennej płci, przez co w ten sposób okazuje również lekarce szacunek. Ze względu na uwarunkowania religijne i kulturowe, otrzymanie pomocy w zakresie tak intymnych dla niego czynności ze strony kobiety-pielęgniarki byłoby naruszeniem kulturowego tabu. Podczas rozmowy z polską kobietą najwyraźniej czuje się niekomfortowo. Proces komunikacji między lekarką a pacjentem jest zakłócony. Lekarka ma poczucie, że nie może porozumieć się z pacjentem i trafnie ocenić jego stanu zdrowia. Irytuje się, czuje się lekceważona przez pacjenta, który nie

utrzymuje z nią kontaktu wzrokowego. Znajomość uwarunkowań kulturowych sprawiłaby, że w kontakcie z pacjentem z Iraku czułaby się lepiej, nie miałaby poczucia bycia lekceważoną z powodu nieutrzymywania przez niego kontaktu wzrokowego. Z uwagi na płeć pacjenta poprosiłaby o pomoc osobę płci męskiej (pielęgniarza) oraz przekazałaby pacjenta pod opiekę lekarzowi-mężczyźnie. Dzięki temu proces komunikacji przebiegałby sprawniej i możliwe byłoby udzielenie mu pomocy adekwatnej do jego stanu zdrowia [1, 7, 17].

Odmienność może być także źródłem niechęci i poczucia zagrożenia [18]. Brak kompetencji kulturowych u pracowników opieki zdrowotnej może prowadzić do błędów, strat finansowych, ranienia uczuć innych osób i stygmatyzacji oraz braku satysfakcji z jakości świadczonej opieki, a także stawiania nieprawidłowych diagnoz, które mogą mieć niebezpieczne lub tragiczne skutki. Zapoznanie osób świadczących usługi zdrowotne z zasadami udzielania wrażliwej kulturowo i kompetentnej opieki medycznej wpływa na poprawę jakości opieki nad pacjentami, w tym zapewnia skuteczniejszą komunikację z osobami odmiennymi kulturowo. Niewątpliwie skutkuje to zmniejszeniem poziomu odczuwanego stresu, dezorientacji, dyskomfortu i bezradności w sytuacji kontaktu z pacjentem z innej kultury [1, 17].

Skuteczne komunikowanie wymaga znajomości i poszanowania różnic kulturowych w poglądach na świat i w zachowaniach, a także uwrażliwienia na różnice między stylami komunikowania się [7]. Aby spotkanie z „innym" było rozwijające, stymulujące, nastawione na kooperację, musi być on postrzegany jako osoba godna szacunku, ciekawa, wartościowa. W przeciwnym wypadku spotkanie może doprowadzić do wyzwolenia jednych z najgorszych ludzkich cech, tj. agresji i chęci dominacji, które zaprzepaszczają szansę na współpracę [18]. Zatem kultura pełni rolę filtra, który rzutuje na przebieg procesu komunikacji na wszystkich etapach. W znaczący sposób różnice kulturowe mogą zniekształcać sam proces komunikowania się jak i efektywność oddziaływania nadawcy. Skuteczna komunikacja pomiędzy pracownikiem ochrony zdrowia a chorym, pochodzącym z innego kontekstu kulturowego, nierzadko jest kwestią „życia i śmierci" i to właśnie poprawna komunikacja może zadecydować o ludzkim zdrowiu a nawet życiu. Faktem ilustrującym powyższe zjawisko może być kontakt matki chorego dziecka, która oczywiście nie znała w wystarczającym stopniu języka polskiego i nie potrafiła zrozumieć decyzji o konieczności hospitalizacji jej dziecka. W konsekwencji nie wyraziła zgody na hospitalizację poważnie chorego dziecka [17]. Nie ulega zatem wątpliwości, że sytuacja taka mogła się przyczynić do zagrożenia zdrowia i/lub życia dziecka. W sytuacji nagłego zagrożenia życia uwzględnienie problemów komunikacyjnych i różnic kulturowych może zdecydowanie pomóc choremu i jego najbliższym. Umożliwia to szybsze zdiagnozowanie i uzyskanie zgody na proponowane postępowanie terapeutyczne.

Przykładem może być nie wyrażenie zgody na rozebranie się pacjentki w obecności lekarza mężczyzny, skutkujące pominięciem pewnej części badania przedmiotowego i nie uwzględnienie go w dalszym postępowaniu, a to z kolei może opóźnić wdrożenie właściwego leczenia pacjentki [1].

Wrażliwa kulturowo opieka medyczna w Polsce często wymaga adaptacji standardowych interwencji, a osoby świadczące usługi medyczne powinny otrzymać określone informacje, które pozwolą komunikować się z chorym w prawidłowy sposób, odpowiadający jego oczekiwaniom, uwzględniając oczywiście różnorodność kulturową.

Standardy w Zakresie Udzielania Świadczeń Medycznych pod Względem Językowym i Kulturowym

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych oraz Urząd do spraw Zdrowia Mniejszości Narodowych opublikował w roku 2001 Standardy w zakresie udzielania świadczeń medycznych pod względem językowym i kulturowym (National Standards on Culturally and Linguistically Appropriate Services CLAS) [1]. Standardy stanowią rekomendacje w zakresie trzech grup problemów związanych z komunikacją z pacjentem odmiennym kulturowo:

1. Stosunek personelu ochrony zdrowia do kultury chorego.

Ważne jest, by personel medyczny posiadał wiedzę na temat uwarunkowań kulturowych wpływających na zachowania zdrowotne, zarówno tych normatywnych (normy, wzorce, wartości), jak i symbolicznych (symbole, przekonania, wierzenia), które charakteryzują kulturę, z jakiej wywodzi się pacjent. W komunikacji z pacjentem wskazany jest szacunek dla przekonań i odmiennych zachowań oraz poszerzanie wiedzy w tym zakresie.

2. Umożliwienie pacjentowi komunikowanie się z personelem medycznym w jego własnym języku.

Istotne również jest to, by z pacjentem komunikować się w jego języku (personel zna język) lub zapewnia tłumacza/mediatora kulturowego, który umożliwi

choremu właściwe porozumiewanie z personelem medycznym. Pacjent powinien być poinformowany o tym, że ma prawo do otrzymania takiej pomocy. Ponadto bardzo ważne jest zadbanie o materiały dla pacjentów oraz oznaczenia w placówkach ochrony zdrowia w językach, którymi posługują się grupy kulturowe zamieszkujące teren objęty daną placówką medyczną. Rzeczą znaczącą jest także zapisanie informacji w dokumentacji chorego o jego pochodzeniu etnicznym, rasowym czy językach, jakimi się posługuje w mowie i piśmie.

3. Współpracy placówek ochrony zdrowia z grupami kulturowymi zamieszkałymi na terenie, na którym świadczone są usługi i opieka medyczna.

Niewątpliwie niebagatelna jest współpraca personelu medycznego z grupami kulturowymi zamieszkującymi dane terytorium i włączenie ich w różne działania mające oczywiście na celu zapewnienie właściwej kulturowo opieki medycznej oraz niwelowanie konfliktów wokół tego zagadnienia.

Jeśli komunikacja personelu ochrony zdrowia z pacjentem odmiennym kulturowo ma być efektywna, to wymaga od personelu medycznego dużego zaangażowania i mobilizacji siły w obliczu stałej konfrontacji z niewątpliwie trudnymi sytuacjami. Świadczenie usług medycznych migrantom, uchodźcom, przedstawicielom mniejszości etnicznych i narodowych przebywających na terytorium Polski jest szczególnie wymagające, bowiem dodatkowym wyzwaniem jest stres związany z potencjalnymi nieporozumieniami, wynikającymi z różnic kulturowych, czy nawet z niemożności porozumienia.

Ponieważ porozumiewanie się kształtują pewne podstawowe dla kultury wartości, to kiedy spotykają się osoby z różnych kultur, wartości te wpływają na ich interakcję w sposób odczuwalny choć nie zawsze dla nich zrozumiały. Wartości te obejmują komunikowanie się wysoko- i niskokontekstowe, wysoki lub niski stopień unikania niepewności, dystans związany z władzą oraz orientacje kultury na osiągnięcia bądź związki. Kody, jakich używają ludzie w różnych kulturach, są najbardziej wyrazistymi czynnikami, oddziałującymi na porozumiewanie się ludzi o różnych zasobach kulturowych [4]. Kompetencja w porozumiewaniu się z pacjentem odmiennym kulturowo to umiejętność uzyskiwania pożądanych rezultatów w relacjach interpersonalnych poprzez budowanie wzajemnego kontaktu na zasadach akceptowanych przez każdą ze stron. Podstawę stanowi szeroki repertuar zachowań, autentyczne zainteresowanie pacjentem, złożoność poznawcza oraz zdolność do empatii. Ważną rolę w komunikowaniu się z pacjentem z innego kontekstu kulturowego odgrywa także samoobserwacja, gdyż czasem niezbędna jest korekta postępowania.

Piśmiennictwo

1. Grzymała-Moszczyńska H., Pawlus M., Hartmann P., Jackowska T., *Kulturowo wrażliwa opieka medyczna,* „Pediatria Polska", 2012, nr 97, 286-292.
2. Cieślikowska D., Siciarek M., *Pułapki w kontaktach międzykulturowych*, wykład w ramach warsztatów „Weź kurs na wielokulturowość" Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka , Warszawa 2014.
3. Linton R., *Kulturowe podstawy osobowości*, PWN, Warszawa 2000.
4. Adler R. B., *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2007.
5. Boski P., Wykłady dla studentów III roku psychologii stosunków międzykulturowych, SWPS, 2004.
6. Van Damme-Ostapowicz K., *Dialog wielokulturowy*, (w:) *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowska K. (red.), PZWL, Warszawa 2010, 103-110.
7. Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, Nowak A. (przeł.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
8. Lipińska M., *Komunikowanie z osobami odmiennymi kulturowo w mojej pracy – wywiad kulturowy, czym jest i jak go przeprowadzić*, (w:) *Warsztaty kompetencji międzykulturowych – podręcznik dla trenerów IW EQUAL*, Międzykulturowe Centrum Adaptacji Zawodowej, Instytut profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2008, 119-121.
9. Zalewska-Puchała J., Majda A., *Różnorodność kulturowa w opiece pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, Kraków 2014.
10. Szopski M., *Komunikowanie międzykulturowe*, WSiP, Warszawa 2005.
11. McKay M., Davis M., Fanning P., *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
12. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2009.
13. Stemplewska-Żakowicz K., Krejtz K., *Wywiad w różnych kontekstach praktycznych*, (w:) *Wywiad psychologiczny*, t. 3, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2005, 1-484.
14. Barański J., Waszyński E., Steciwko A., *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wyd. ASTRUM, Wrocław 2000.
15. Mehrabian A., Wiener M., *Decoding of Inconsistent Communications*, „Journal of Personality and Social Psychology", 1967 nr 6, 109-114.
16. Motyka M., *Komunikacja terapeutyczna*, (w:) *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panka W. (red.), Wyd. Czelej, Lublin 2003, 129-135.
17. Grzymała-Moszczyńska H., *Komunikowanie międzykulturowe*, (w:) *Pielęgniarstwo transkulturowe*, Majda A., Zalewska-Puchała J., Tęcza-Ogórek B. (red.), PZWL Warszawa 2010, 27-31.
18. Młynarczyk A., *Czy różnorodność może wzbogacać*, (w:) *Edukacja międzykulturowa wobec integracji dzieci polskich i czeczeńskich na przykładzie projektu. Ku wzbogacającej różnorodności*, Młynarczyk A., Potoniec K. (red.), Fundacja Uniwersytetu w Białymstoku Universitas Bialostocensis, Białystok 2009, 10-13.

Emilia Jaroszewska

BARIERY W KOMUNIKACJI Z ZAGRANICZNYM PACJENTEM

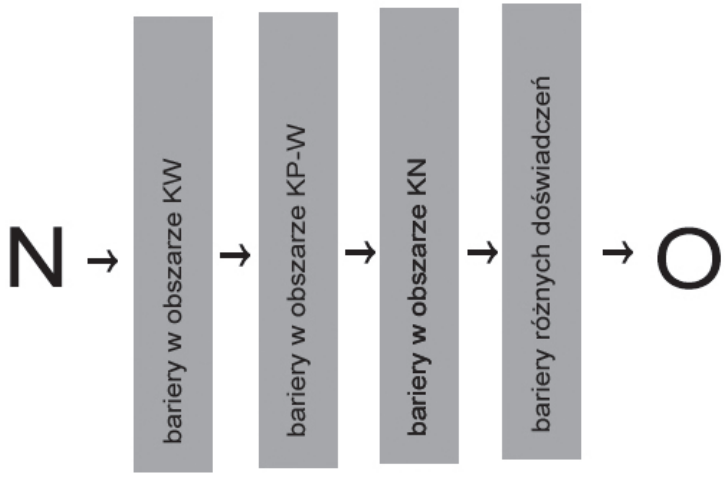
Wprowadzenie

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

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

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

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



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

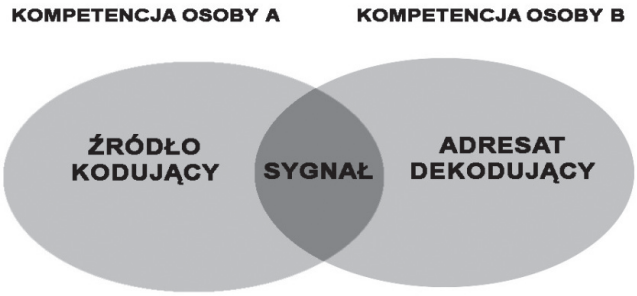
Bariery różnych doświadczeń

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Bariery w komunikowaniu werbalnym

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

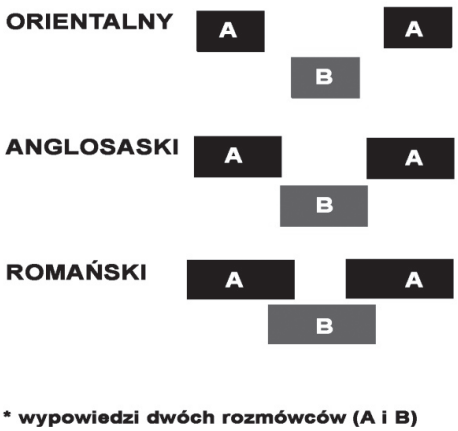
Zatrudnienie prawdziwego tłumacza wiąże się oczywiście z kosztami, z drugiej jednak strony może oznaczać ich oszczędność, jeśli weźmiemy pod uwagę potencjalne finansowe konsekwencje złej komunikacji – błędne diagnozy, niestosowanie się do zaleceń lekarza, konieczność powtórzenia badania, konieczność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

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

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

Bariery w komunikowaniu parawerbalnym

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



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

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

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

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

Bariery w komunikowaniu niewerbalnym

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

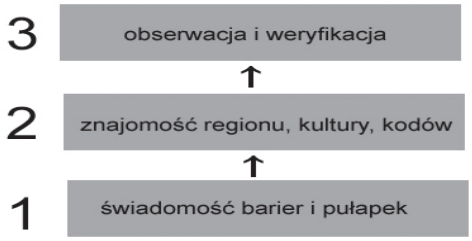
W miarę możliwości dobrze dodatkowo wizualizować swoje wypowiedzi przy pomocy grafik. W ramach projektu „Fit for Diversity Skills" dofinansowano w Niemczech przygotowanie materiałów pomocniczych, które mogą być użyte jako materiał podczas rozmowy z zagranicznym pacjentem. Materiały są dostępne na stronie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

Podsumowanie

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Piśmiennictwo

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

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

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

Józef Binnebesel, Zbigniew Formella, Halyna Katolyk

SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA I KOMUNIKACJI Z DZIECKIEM PRZEWLEKLE CHORYM

Kwestia komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym to nie tylko sposób rozmowy i przekazywania informacji, ale złożony aspekt relacji dwóch podmiotów: dziecka i rozmówcy. Istota owej relacji to złożoność dwu zakresowa. Pierwsza wynika z kwestii rozwoju psychosomatycznego charakterystycznego dla określonego okresu rozwojowego, druga zaś to złożoność związana z samą chorobą. Pochylając się nad jednym i drugim problemem, widać, że rysuje się tu złożoność wynikająca nie tylko z samych związanych ze sobą zawiłości, ale również relacji pomiędzy wiekiem a stanem somatycznym. Kwestia ta wpływa na całokształt funkcjonowania i rozwój psychospołeczny dziecka przewlekle chorego [1-6]. Samo pojęcie choroby przewlekłej wydaje się jednak zbyt enigmatyczne i ogólne, żeby w jego kontekście semantycznym prowadzić rzetelną i konkretną analizę dotyczącą kwestii funkcjonowania i komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym. Elementem uporządkowania pozwalającym na podjęcie przynajmniej próby prezentacji kwestii komunikacji z chorym dzieckiem jest uwypuklenie co najmniej trzech zasadniczych elementów. Pierwszy z nich to prezentacja specyfiki rozwoju psycho-intelektualnego dziecka, drugi to prezentacja specyfiki percepcji choroby i obrazu siebie przez dzieci hospitalizowane, trzeci element to pokazanie pedagogicznego kontekstu choroby przewlekłej.

Literatura naukowa ukazuje szereg klasyfikacji rozwojowych, wydaje się jednak, że w kontekście niniejszych analiz warto pochylić się nad dwiema propozycjami Piageta i Eriksona. Piaget w swojej teorii kładzie główny nacisk na rozwój myślenia, w którym dziecko przechodzi od schematów sensoryczno-motorycznych do schematów uwewnętrznionych. Piaget w swojej koncepcji rozwoju intelektualnego proponuje cztery stadia rozwojowe, które zostały ujęte w poniższym schemacie [7].

W ciągu 2 pierwszych lat życia dziecko zajmuje się nabieraniem umiejętności opanowywania wrodzonych odruchów fizycznych, zaspokajając tym samym swoją

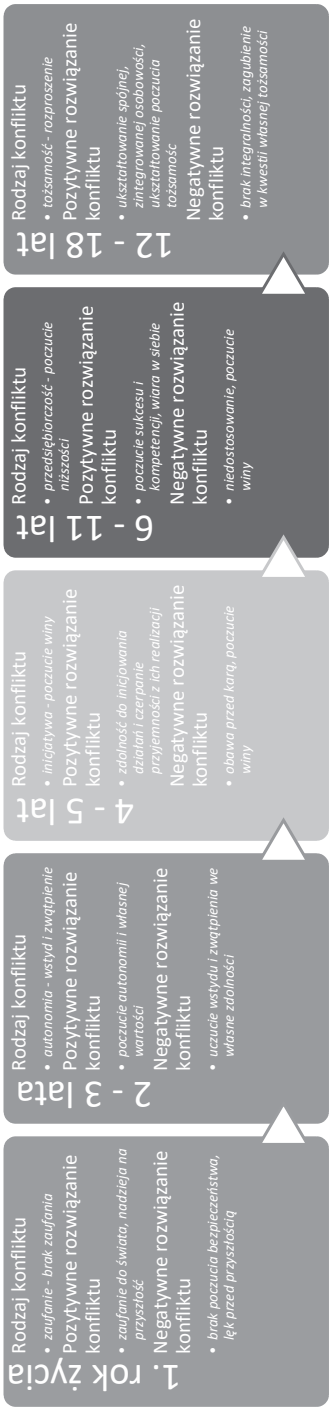
ciekawość oraz dostarczając sobie przyjemności. W stadium przedoperacyjnym (rozwoju inteligencji) dziecko uczy się określania rzeczy za pomocą słów, umysłowego posługiwania się nimi, a także nabiera zdolności do symbolicznego manipulowania otoczeniem za pomocą reprezentacji wewnętrznych (myśli). W stadium operacji konkretnych myślenie dziecka zaczyna dostosowywać się do praw logiki, a samo dziecko zaczyna być zdolne do klasyfikowania przedmiotów w swoim otoczeniu na podstawie zauważonych podobieństw czy różnic. W tym okresie rozwoju zaczyna też rozumieć pojęcie czasu i liczb. W ostatnim stadium (operacji formalnych) zaczyna kształtować się myślenie teoretyczne, dedukcyjne, dostrzegalne w rozwijającym się procesie myślowym, także o charakterze abstrakcyjnym lub hipotetycznym. Dziecko nabiera zdolności nie tylko do logicznego prezentowania własnych myśli, ale i do konfrontacji z opiniami innych osób [8, 9].

Rycina 1. Etapy rozwojowe wg Piageta (opracowanie własne).

Model rozwoju tożsamości Eriksona okres do 18 roku życia proponuje ująć w pięć stadiów rozwoju psychospołecznego [10, 11].

Stadium pierwsze (niemowlęctwo) jest związane z koniecznością przezwyciężenia kryzysu na linii: zaufanie – nieufność. Jest to niezbędne w kształtowaniu zdrowej osobowości. Kluczową rolę odgrywają tutaj osoby dorosłe, które budują relacje zaufania dziecka z otoczeniem poprzez zaspakajanie jego podstawowych potrzeb (fizjologicznych, bezpieczeństwa).

W drugim stadium rozwoju rozwija się autonomia dziecka poprzez dynamikę „ja-ty", „moje". Dzieje się to przede wszystkim poprzez poznawania siebie i swojego otoczenia. Rolą dorosłego jest tutaj umiejętne tworzenie sytuacji, pozwalających dziecku ćwiczyć własne sprawności, dając jednocześnie szansę na rozwój



Rycina 2. Etapy rozwoju tożsamości w dzieciństwie i w młodości wg Eriksona (opracowanie własne).

i samokontrolę w otoczeniu zapewniającym poczucie bezpieczeństwa. Niedociągnięcia w tym zakresie mogą powodować rozwijanie się u dziecka nadmiernego poczucia wstydu i zwątpienia.

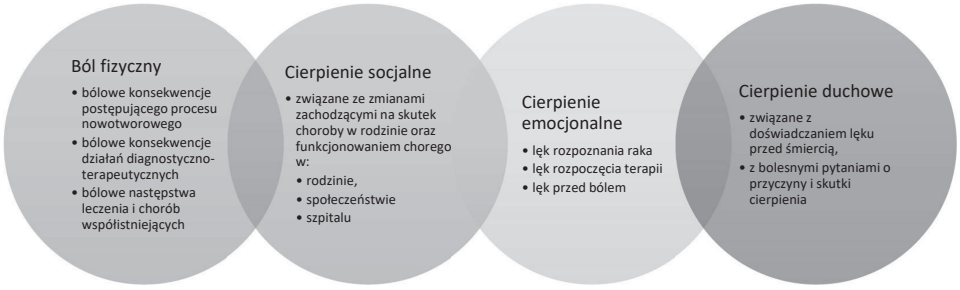
Trzeci okres rozwojowy, zwany także okresem zabawy, charakteryzuje się zaspakajaniem rozbudzonej potrzeby poznawczej. Dziecko kształtuje w sobie inicjatywę lub bierność, głównie poprzez stawianie pytań i odgrywanie różnych ról społecznych w eksperymentowaniu i zabawach. W tym czasie rozwija się w nim również sumienie jako wewnętrzny głos wspomagający w samoocenie. Zachowanie osób dorosłych będących w tym czasie w relacjach z dzieckiem ma ogromny wpływ na to, czy dziecko będzie się rozwijać w kierunku zindywidualizowanego wzrostu, czy też będzie to klimat poczucia winy i biernego dostosowywania się do wymagań otoczenia.

Czwarte stadium rozwojowe to przede wszystkim wiek szkolny oraz intensywny czas formowania się osobowości. Nowe obowiązki szkolne, nowe środowisko i zintensyfikowane relacje społeczne wpływają na rozwój własnych kompetencji, kreatywności i zaradności. Brak wsparcia ze strony osób dorosłych czy środowiska wychowawczego może wpływać natomiast na błędne kształtowanie obrazu siebie u dziecka jako kogoś niezdolnego, o niższej wartości, a to może z kolei skutkować włączaniem się mechanizmu kompensacji niezaspokojonej potrzeby wartości i uznania.

Ostatni, piąty etap rozwojowy obejmuje okres adolescencji. Najważniejsze wyzwanie to ugruntowanie własnej tożsamości (seksualnej, społecznej, zawodowej) oraz wybór ról społecznych. Istotnym elementem jest również zintegrowanie nabywanego doświadczenia życiowego, poszukiwanie sensu własnego istnienia i wypracowanie względnie stałej hierarchii wartości. Oczywiście, ten ogrom zadań dokonuje się w określonym środowisku, mogącym wpływać wspierająco lub nie na proces kształtowania się tożsamości indywidualnej i społecznej dorastającego człowieka. Szczególny wpływ mają tu niektóre osoby dorosłe (rodzic, nauczyciel, wychowawca, lider) oraz grupa rówieśnicza [12, 13, 14].

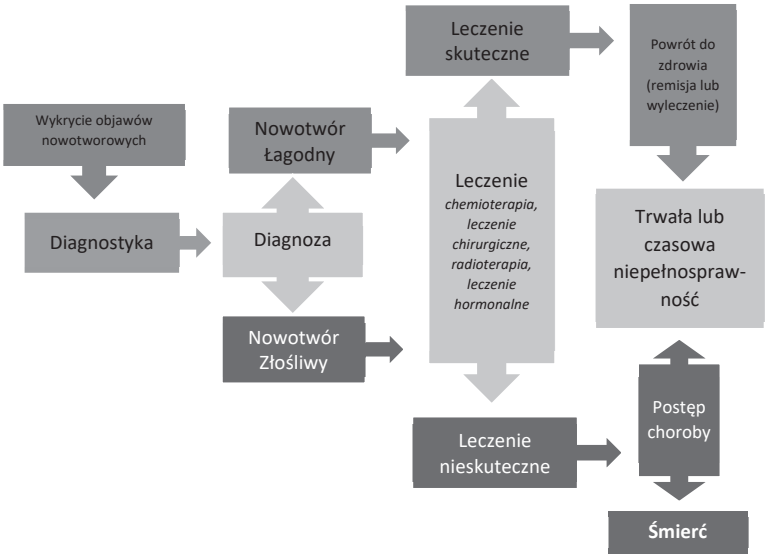
Dopełnieniem powyższych analiz mogą być poglądy Montessori, w których sam Erikson dopatrywał się źródeł swoich rozważań nad rozwojem człowieka. Montessori podkreślała odrębność ontyczną dziecka wskazując, iż *ono nie niesie w sobie pomniejszonych cech dorosłego, lecz rośnie w nim jego własne życie, które zawiera w sobie swój własny sens* [15]. W swoich koncepcjach zwraca ona szczególną uwagę na otoczenie kształtujące u dziecka obraz siebie i świata. Miszka [16] zauważa, że Montessori akcentując kwestie otoczenia, podkreśla zarówno jego pozytywny, jak i negatywny wpływ na percepcję dziecka i dalszy jego rozwój. Sytuacja chorowania i hospitalizacji stanowi istotny element kształtujący psychikę dziecka

i wpływający na jego obraz siebie [17]. Oczywistym jest jednak fakt, że złożoność kwestii związana jest ze specyfiką poszczególnych jednostek nozologicznych, podejmowanych procedur medycznych, konieczności hospitalizacji i czasu spędzonego w szpitalu, obciążenia fizycznego i psychicznego wynikającego z choroby. Inaczej wygląda sytuacja w przypadku choroby psychicznej [17-20], alergicznej [21], urologicznej [22], diabetologicznej [2, 23, 24]. Inaczej jeszcze wygląda sytuacja w przypadku chorób zagrażających życiu [25-29]. Skrzyński [30, 31] podkreśla, iż złożoność choroby wpływa na różne obszary życia. Wydaje się, że dobrym obrazem prezentującym złożoność problemu jest zaproponowana w monografii *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta* [32] koncepcja analizy w kontekście bólu (cierpienia) totalnego. Takie ujęcie zagadnienia uporządkowuje charakterystykę, prezentując zarazem uogólniony obraz percepcji choroby i hospitalizacji, który stanowić będzie jeden z wcześniej wspomnianych elementów przybliżający kontekst relacji, rozmowy z dzieckiem przewlekle chorym. Koncepcja ta wraz z centralnym pojęciem cierpienia totalnego w swoim charakterze ujmuje kwestię cierpienia obejmującego zarówno klasyczne pojęcie bólu, jak i cierpienie emocjonalne, duchowe, socjalne. Zatem, przyjmując za podstawę idee Saunders [33-36], można stworzyć następujący model cierpienia totalnego:



Rycina 3. Ból totalny w interpretacji Winkler (opracowanie własne na podstawie literatury [37]).

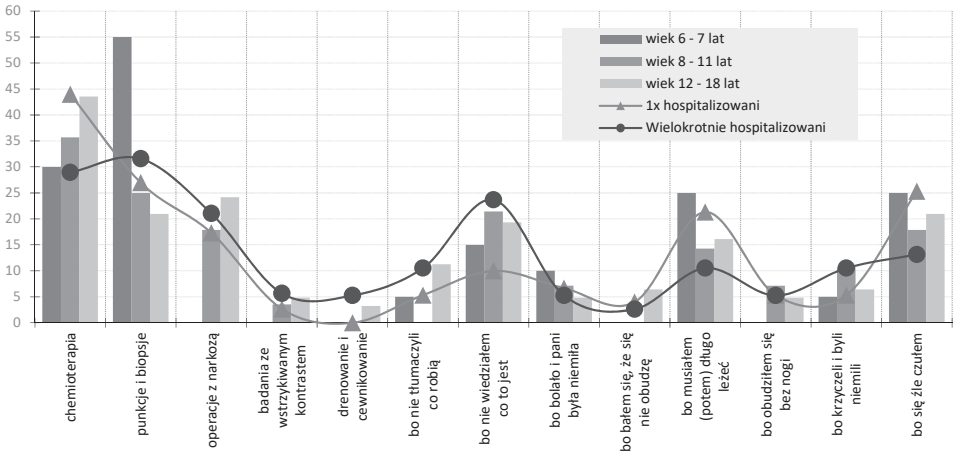
Ujęcie istoty rozważań w pojęciu cierpienia (w kontekście semantycznym języka polskiego wydaje się, że bardziej odpowiadającym pojęciem zamiast *Ból Totalny* będzie *Cierpienie Totalne* [38]) stwarza możliwość holistycznego oglądu problemu, traum doświadczanych przez pacjentów ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową. Istotą tej koncepcji cierpienia jest „totalność", czyli, jak mówi o tym Winkler za Saunders, wpływa ono na funkcjonowanie całego człowieka: na jego reakcje, myśli i uczucia, opanowuje wszystkie sfery ludzkiego życia – jest wszechogarniające [39]. Analiza Juczyńskiego [40] ujęta w poniższym schemacie wydaje się potwierdzać przyjęte powyżej założenie.



Rycina 4. Stres związany z chorobą nowotworową wg Juczyńskiego (opracowanie własne).

Poszczególne elementy związane z funkcjonowaniem dziecka przewlekle chorego w powyższym schemacie wpisują się w składniki cierpienia totalnego. Cała przedstawiona na schemacie dynamika stresu ma swoje ulokowanie zarówno w samej percepcji choroby, jak i hospitalizacji. Przeprowadzona powyżej analiza pozwala postawić tezę, że zaproponowana koncepcja cierpienia totalnego odnosi się również do przewlekle chorych dzieci, w tym i tych leczonych przeciwnowotworowo, pokazuje również, co tak naprawdę wiąże się z doświadczanym przez pacjentów bólem. Widać tu wyraźnie, że ból fizyczny wywoływany jest działaniami diagnostyczno-terapeutycznymi (chemioterapią, nakłuciami, zabiegami chirurgicznymi, itp.), jednakże traumatyczny ich charakter wyznaczają nie zawsze procedury medyczne, lecz sposób relacji interpersonalnych personelu z chorym, poddanym badaniu. Wykres poniżej stanowi pewne zobrazowanie i uogólnienie tego problemu, ukazując różnice w niejednolitym traktowaniu przyczyn doświadczanej traumy w kontekście wieku oraz „stażu szpitalnego".

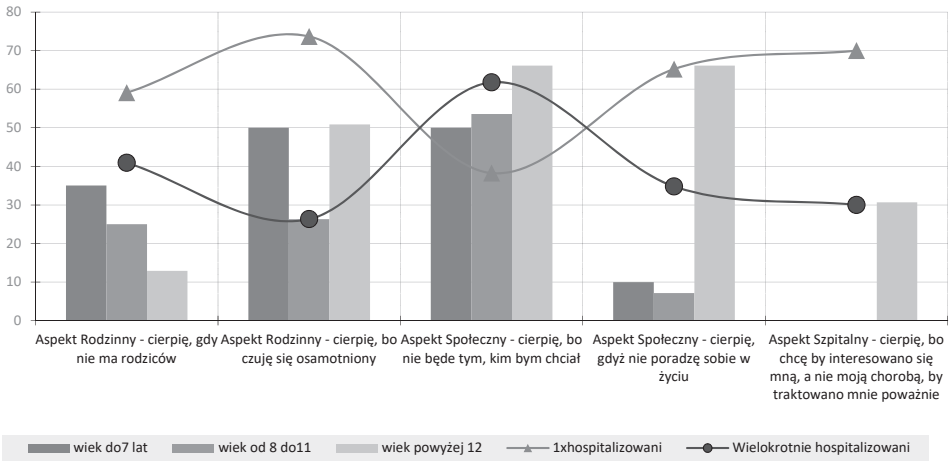
Wyniki zawarte w powyższym wykresie pokazują wyraźnie, że ból fizyczny dotyka wszystkich bez względu na wiek oraz ilość hospitalizacji. Pokazuje również fakt, iż w zależności od wieku i „stażu szpitalnego" jest on różnie odbierany. Okazało się, że ból fizyczny związany jest z wykonywanym zabiegiem lub badaniem i dotyczy przede wszystkim młodszych pacjentów oraz tych pierwszy raz hospitalizowanych. Szczególnie widać to w przypadku dwóch najliczniejszych wskazań bezpośrednio przywołujących niedogodności fizyczne (bo się źle czułem, bo musiałem potem



Rycina 5. Rozkład procentowy grup wiekowych i grup „stażu szpitalnego" w kontekście wypowiedzi odnoszących się do doświadczeń związanych z bólem fizycznym.

długo leżeć). Natomiast grono dzieci starszych, w szczególności zaś młodzież oraz osoby wielokrotnie hospitalizowane, opisując doświadczenia związane z bólem fizycznym, wskazywały, że jego traumatyczny charakter wiąże się z deprecjonalizacją, u źródeł której leży nie tyle sama procedura badawcza, lecz kontakt, a raczej jego brak, z personelem wykonującym badanie czy zabieg. Praktycznym następstwem tych analiz jest wskazanie na skoncentrowanie uwagi personelu, wydawać by się mogło, na pacjentów najmniej potrzebujących troski, czułości, ciepła i opieki, czyli tych najstarszych i zahartowanych w „boju" przez wielokrotną hospitalizację. Okazało się jednak, że właśnie grono tych pacjentów narażone jest najbardziej na traumę psychiczną doświadczaną w trakcie wykonywania zabiegów i badań, z drugiej strony jest to również związane z dorastaniem tych pacjentów, zarówno pod względem psychicznym, jak i społecznym oraz związany z tym podnoszący się poziom percepcji siebie i innych. Coraz doskonalsza farmakologia niwelująca ból oraz stosowany sprzęt do jej podawania (wenflony, dojścia centralne, itp.) winna być stosowana razem z uśmiechem, życzliwością, delikatnością i wyrozumiałością. Wydaje się, iż właśnie wtedy takie komplementarne działanie leków i życzliwości zniweluje traumatyczność działań i procedur medycznych [41].

Pochylając się nad cierpieniem socjalnym we wszystkich zaproponowanych w rycinie 3 sferach, wydaje się ono być głębokim bólem spowodowanym utratą własnej pozycji najpierw w oczach matki, ojca, potem wśród rówieśników, koleżanek, kolegów ze szkoły, podwórka, rodzinnego miasta czy wsi. Dopełnieniem tego jest poczucie, że jest się jedynie nieważnym trybikiem. Wykres poniżej pokazuje złożoność omawianej kwestii wiążącej się z jednej strony z wiekiem, z drugiej zaś ze „stażem" chorowania:



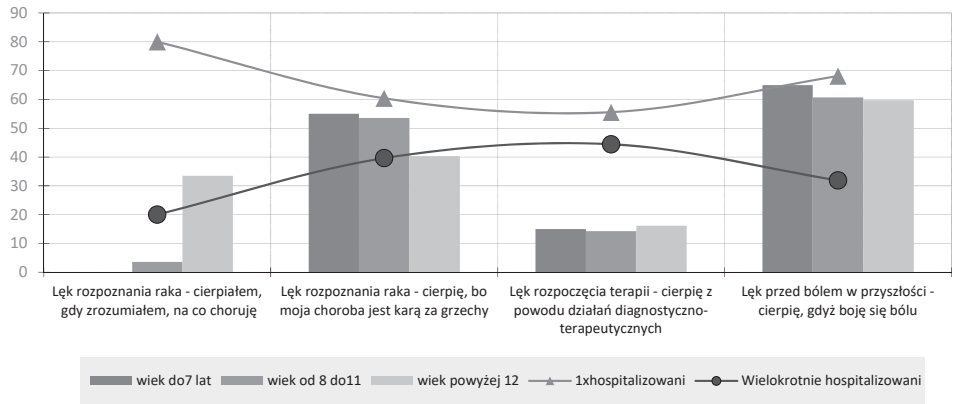
Rycina 6. Rozkład procentowy grup wiekowych i grup „stażu szpitalnego" w kontekście wypowiedzi odnoszących się do doświadczanego cierpienia socjalnego

Powyższy wykres pokazuje, iż jest ono udziałem pacjentów we wszystkich grupach wiekowych. Widać jednak wyraźnie, że młodzież w doświadczanym bólu socjalnym koncentruje się przede wszystkim na jego aspekcie społecznym. W przypadku dzieci, tych młodszych, jak i starszych, głównym źródłem cierpienia jest przede wszystkim jego aspekt rodzinny. Widać również wyraźnie, że aspekt rodzinny odczuwany jest bardziej przez dzieci pierwszy raz hospitalizowane, niż te, dla których pobyt w szpitalu nie jest nowością. Można zaobserwować również to, że aspekt społeczny w swojej złożoności problemu przeżywany jest zarówno przez nowych pacjentów, jak i tych, którzy wielokrotnie byli hospitalizowani z powodu choroby nowotworowej. Cierpienie socjalne z jednej strony ma w pewnym sensie charakter uniwersalny, jednak jego złożony charakter w różnych swoich wymiarach inaczej jest odbierany przez dzieci i młodzież, nie mniej jednak zawsze stanowi źródło cierpienia wyrażanego chyba w najbardziej dramatycznym pytaniu: *Czy mnie jeszcze ktoś kocha, czy ja jeszcze gdzieś będę mogła żyć bez raka, czy kiedyś przestanę się bać?* (Wypowiedź 10-letniej Moniki). Słowa te stanowią kwintesencję omawianego cierpienia – pytania o swoje miejsce w świecie, stanowią one również przyczynek do analizy kolejnego zaproponowanego elementu cierpienia totalnego – cierpienia emocjonalnego [42].

Stwierdzić można, że z jednej strony, doświadczany lęk przed bólem nie jest odczuciem jednorodnym, z drugiej zaś, trudny do oszacowania wpływ na jego występowanie działań medycznych nakazuje poszukiwanie innych jego przyczyn. Fakt wielokrotnej hospitalizacji, przeżywania bólu fizycznego podczas pobytów w szpitalu sprzyja omawianej kwestii. Przypuszczać jednak można, iż pewną podatność na odczuwanie lęku przed cierpieniem ma również sposób, w jaki dziecko

przyswoiło prawdę o chorobie. Z przeprowadzonych analiz widać wyraźnie, iż kwestia cierpienia emocjonalnego w swoich wszystkich trzech wymiarach (por. rycina 3) pokazuje złożony charakter przeżyć związanych nie tylko z podejmowanymi przez personel działaniami diagnostyczno-terapeutycznymi.

Poniższa analiza (ryc. 7) pokazuje, że podstawową rzeczą są dwie kwestie. Pierwsza to fakt, że cierpienie emocjonalne we wszystkich trzech kontekstach dotyka bardziej osoby pierwszy raz hospitalizowane. Przypuszczać można, że wynika to ze „swoistej" nowości sytuacji, w której pacjent się znalazł. Doświadczane przez chorego przeżycia oraz wymogi związane z działaniami diagnostyczno-terapeutycznymi, są sprzeczne z dotychczasowymi wymogami i zagrożeniami życia w świecie ludzi zdrowych. Natomiast większa „odporność" osób częściej hospitalizowanych wiąże się z tym, iż jest im dobrze znana procedura i specyfika działań diagnostyczno-terapeutycznych. Drugą charakterystyczną cechą wynikającą z powyższego wykresu jest to, iż cierpienie emocjonalne związane z rozpoczęciem terapii jest najmniej odczuwane przez pacjentów, a lęk przed bólem stanowi zaś najczęściej przywoływany element cierpienia emocjonalnego.



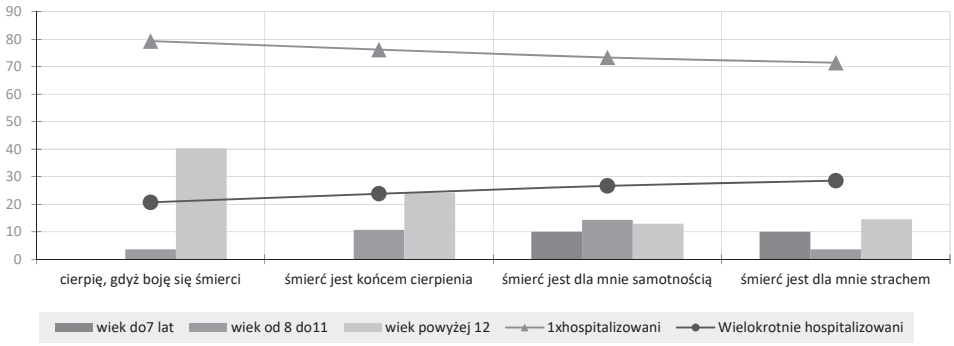
Rycina 7: Rozkład procentowy grup wiekowych i grup „stażu szpitalnego" w kontekście wypowiedzi odnoszących się do doświadczanego cierpienia emocjonalnego (opracowanie własne)

Przechodząc do cierpienia duchowego, analizy prezentowanych powyżej badań realizowanych w ramach projektu badawczego poświęconego percepcji choroby nowotworowej u dzieci i młodzieży [23] wydają się wskazywać na pytanie o wychowanie i kulturowy przekaz kwestii związanych ze śmiercią zarówno w kontekście wychowania, edukacji szkolnej i religijnej tym bardziej, że dziecięce wskazywanie cierpienia, bólu i śmierci jako kary za grzechy nie ma głębokiego teologicznego uzasadnienia w nauczaniu Kościoła Katolickiego. Widzenie Boga

jako sędziego, buchaltera spisującego złe uczynki i karzącego za nie, tkwi jednak głęboko w psychice:

- *bo Bóg to sędzia, który widzi wszystko, co robię i jeśli jestem niedobra to karze mnie za to* (Ewa, 11 lat);
- *Bóg, jak zobaczy, że jestem niegrzeczna, to mnie ukarze, dlatego tu jestem* (Monika, 7 lat);
- *jak tu jestem, to wydaje mi się, że te obrazy w kościołach, gdzie Bóg siedzi na tronie i zapisuje nasze złe postępowanie, i zsyła plagi na tych, którzy dopuszczają się grzechu, jest chyba prawdziwe* (Michał, 16 lat);
- *Bóg to pierdolony sędzia, który ma wszystko w dupie, byle mu się tylko zgadzało ilość grzechów z karami* (Adam, 17 lat).

Trudno jednoznacznie wskazać na przyczyny tego faktu, choć doszukiwać się ich można w przekazie treści religijnych płynących z tradycji, wychowania, jak również nierzadko z ambony. Tak więc przedstawione powyżej rozważania nad percepcją śmierci wśród pacjentów oddziałów pediatryczno-onkologicznych przyniosły więcej pytań niż odpowiedzi. Stanowią one bardziej początek niż koniec analiz, które winny być podjęte również przez innych badaczy, psychologów, kulturoznawców, teologów. Postawione pytania wydają się jednak być przede wszystkim pytaniami ogólnymi, dotykającymi istoty ludzkiego bytu. Odpowiedzi na nie w tym kontekście każdy winien poszukać sam. Pomimo wielu postawionych pytań i niewiadomych, rysuje się jednak pewien ogólny obraz pokazujący specyfikę osób doświadczających cierpienia duchowego.

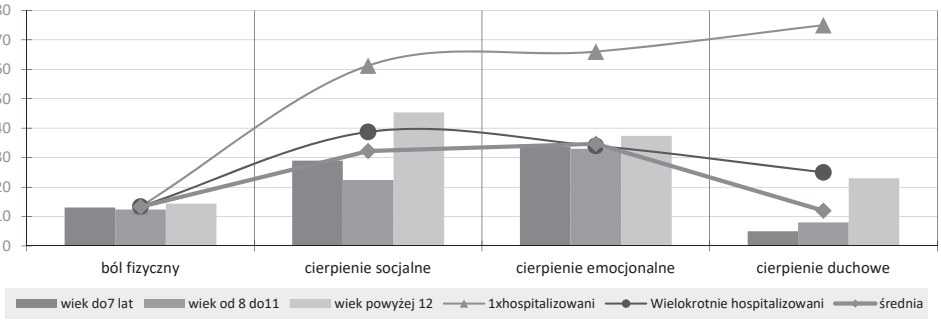


Rycina 8. Rozkład procentowy grup wiekowych i grup „stażu szpitalnego" w kontekście wypowiedzi odnoszących się do doświadczanego cierpienia duchowego (opracowanie własne).

Jak widać na powyższym wykresie, *w większości przypadków cierpienie związane z myśleniem o śmierci towarzyszy młodzieży, co również* widać w przeprowadzonych wywiadach, jak i w powyższym wykresie. Charakteryzuje ono przede wszystkim pacjentów pierwszy raz hospitalizowanych [43].

Analizowane powyżej kwestie pokazują wyraźnie, że koncepcja cierpienia totalnego stanowić może istotny element charakteryzujący sytuację dziecka hospitalizowanego z powodu choroby nowotworowej, gdyż poddani badaniu pacjenci podczas hospitalizacji doświadczają zarówno bólu fizycznego, emocjonalnego, socjalnego, jak i duchowego.

Rozważając poniższy wykres (ryc. 9), ujmujący średnie wartości wskazań w obrębie poszczególnych elementów doświadczanego przez pacjentów cierpienia totalnego, dostrzega się, iż jest ono złożonym problemem. Z jednej strony najrzadziej przez pacjentów wskazywany był ból fizyczny jako element cierpienia totalnego, z drugiej jednak strony stanowił on cierpienie zarówno u dzieci, jak i młodzieży, osób zarówno pierwszy raz, jak i wielokrotnie hospitalizowanych. W przypadku cierpienia socjalnego widać wyraźnie, że dotyczyło przede wszystkim młodzieży, w mniejszym zaś stopniu dzieci najmłodsze, w najmniejszym zaś dzieci starsze. Dało się zauważyć również, że dominowały tutaj osoby pierwszy raz hospitalizowane.



Rycina 9. Rozkład średnich wartości procentowych grup wiekowych i grup „stażu szpitalnego" w kontekście odczuwanego przez pacjentów cierpienia totalnego (opracowanie własne).

Cierpienie emocjonalne natomiast dotykało w podobnym stopniu wszystkie grupy wiekowe, jednak i tutaj widać wyraźnie, że było udziałem przede wszystkim osób pierwszy raz hospitalizowanych. W przypadku ostatniego typu cierpienia totalnego, czyli cierpienia duchowego, dało się zauważyć, iż w odróżnieniu od cierpienia socjalnego i emocjonalnego miało ono stosunkowo niewielką liczbę wskazań, podobnie jak wcześniej wskazywany ból fizyczny. W tym wypadku jednak wyraźnie rysuje się tendencja, że doświadczane ono było przede wszystkim przez młodzież oraz osoby pierwszy raz hospitalizowane. Charakterystycznym czynnikiem wskazywanym w powyższym wykresie jest fakt, że cierpienie totalne z wyjątkiem bólu fizycznego dotyka bardziej pacjentów pierwszy raz hospitalizowanych. Struktura omawianych cierpień pokazuje również, iż część z nich związana jest

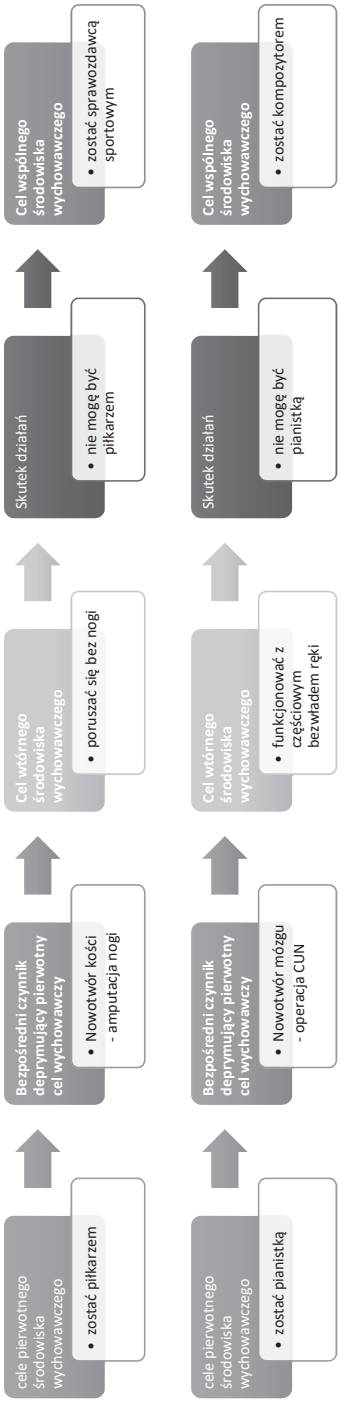
nierozerwalnie ze stosowanymi procedurami diagnostyczno-terapeutycznymi, część z panującymi na oddziałach ograniczeniami, a część dotyka istoty relacyjnych zależności dziecka z personelem związanych z trudnymi do zaakceptowania przez pacjentów zachowaniami pracowników oddziału [44].

Trzecim i ostatnim elementem wprowadzającym w specyfikę rozmowy z dzieckiem przewlekle chorym jest wychowawczy aspekt samej choroby. Wydaje się, że dobrze ilustruje to koncepcja środowisk wychowawczych [5].

Rycina 10. Schemat wspólnego środowiska wychowawczego, duchowego (opracowanie własne na podstawie literatury [45]).

Pierwszym z rzeczywistych środowisk wychowawczych jest tzw. pierwotne środowisko wychowawcze**,** które scharakteryzować można jednym zdaniem: owo środowisko stanowi wszystko to, czego doświadczało dziecko przed chorobą i co miało większy lub mniejszy wpływ na przebieg procesu wychowawczego [46]. Tak więc stwierdzić można, że w kontekście pierwotnego środowiska wychowawczego cele są artykułowane i realizowane adekwatnie do podejmowanych działań i wpływów. Realizacja ich jest również uzależniona od możliwości owego środowiska. Podkreślić należy tu również, iż w analizowanym kontekście nie jest istotnym fakt, czy mają one znamiona pozytywne moralnie czy na wskroś patologiczne. Ważnym jest to, że są one konsekwencją podjętych i aprobowanych przez wychowanka działań oraz indukcji analizowanego środowiska [47]. Wtórne środowisko wychowawcze jest drugim z rzeczywistych środowisk wychowawczych, mających wpływ na dziecko. Środowiskiem tym jest, ogólnie rzecz biorąc, w omawianym kontekście szpital. Maciarz [48] zauważa, iż niekorzystne zmiany w nastroju dziecka

wywołane długotrwałą jego chorobą mogą mieć charakter trwały lub przejściowy. Mogącą one ustąpić po kilku dniach, tygodniach lub nawet po kilku miesiącach po hospitalizacji. W innej pracy autorka ta [49] wskazując na psychospołeczny aspekt choroby u dziecka, podkreśla, iż nie tylko sama choroba, ale także proces leczenia, przeżywania przez małego pacjenta swojej choroby, lęków, frustracji potrzeb, bólu, a w szczególności zaś hospitalizacja, naraża dziecko na szereg traumatycznych przeżyć [50, 51]. Przedstawione wcześniej kwestie odnoszące się do cierpienia totalnego dobrze ilustrują traumatyczny charakter hospitalizacji wpływający na dziecko. Powiedzieć więc możemy, że szpital, stanowiąc środowisko wychowawcze, jest względem wcześniej omawianego środowiska wtórnym środowiskiem wychowawczym, gdyż nierzadko jego wpływ uniemożliwia działania lansowane przez pierwotne środowisko wychowawcze. Czynnikami wpływającymi na wtórne środowisko wychowawcze są wszelkie działania diagnostyczno-terapeutyczne podejmowane względem dziecka. Leczenie i rekonwalescencja stają się bezpośrednim czynnikiem deprymującym pierwotne cele wychowawcze, rezultaty wygenerowane przez pierwotne środowisko. Również i konieczność włożenia dużego wysiłku do realizacji celów narzuconych przez chorobę utrudnia czy wręcz uniemożliwia realizację celów pierwotnych. Traumatyczna natura podejmowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych nie wynika jedynie np. z inwazyjnego charakteru leczenia, lecz jest głęboko zakorzeniana w głębokiej frustracji celów, a jej skutki nie zamykają się w czasie i miejscu hospitalizacji, lecz dotyczą całego przyszłego życia pacjenta. Przy tak głęboko zantagonizowanych środowiskach, w których funkcjonowało dziecko (przed i w trakcie hospitalizacji), wydaje się konieczne swoiste wygenerowanie jakościowo nowego środowiska przyjaznego dziecku tak doświadczonemu, obciążonemu balastem skutków choroby przewlekłej. Rysuje się więc obraz trzeciego – postulowanego wspólnego środowiska wychowawczego, którego idea koncentruje się na tym, iż dziecko przychodzące na odział z tzw. pierwotnego środowiska, wiele wysiłku wkłada w realizację założonych przez siebie lub bliskich celów. Osiągnięcie ich daje dziecku satysfakcję, niejednokrotnie umożliwiając osiągnięcie subiektywnie odczuwanego sukcesu i samorealizacji. Niemożność osiągnięcia naznaczonych przez siebie lub bliskich celów wpływa na dziecko deprymująco, powodując szereg niepożądanych zachowań, jak również bardziej lub mniej negatywnie wpływając na życie psychiczne, emocjonalne i fizyczne młodego człowieka [52]. Choroba przewlekła i konieczność podjęcia nadzwyczajnych środków związanych z jej leczeniem lub doprowadzeniem do bardziej lub mniej stabilnej remisji powoduje, iż konieczne staje się realizowanie zadań adekwatnych do stanu somatycznego i podjętych działań diagnostyczno-terapeutycznych, ułatwiających lub wręcz umożliwiających dziecku funkcjonowanie. Większość z tych



Rycina 11. Dynamika celów środowiska wychowawczego (opracowanie własne na podstawie literatury [45]).

zadań, stoi w zasadniczej i pierwotnej sprzeczności z wcześniej realizowanymi przez dziecko celami. Środowisko szpitalne staje się więc pierwotnie zantagonizowane względem środowiska, w którym większość dzieci dotychczas przebywała. W sytuacji gdy nastąpiła konieczność rezygnacji z pierwotnych celów, z którymi mały pacjent był emocjonalnie związany i gdy nieodzowne jest realizowanie celów i zadań wynikających ze specyfiki i przebiegu choroby oraz podjętych działań diagnostyczno-terapeutycznych, wydaje się istotnym podjęcie działań pedagogicznych, które pomogą w sformułowaniu przez dziecko i jego rodziców nowych celów. Powinny one z jednej strony uwzględniać wcześniejsze, wytworzone przez pierwotne środowisko cele, z drugiej zaś winny być zgodne z tymi, które wygenerowane zostały w sytuacji chorowania. W taki sposób staje się możliwe uniknięcie niepożądanych efektów wynikających z frustracji, jak i zachowanie niezbędnych działań podtrzymujących efekty leczenia. Podjęte działania pedagogiczne winny mieć charakter wybitnie zindywidualizowany, adekwatny do dokładnie spenetrowanego przez pedagoga pierwotnego środowiska wychowawczego, oraz uwzględniający specyfikę funkcjonowania dziecka w oddziale szpitalnym i podczas chorowania. Stwierdzić więc możemy, iż wtórne środowisko wychowawcze jest zantagonizowane wobec pierwotnego środowiska. Kwestię tą dobrze ilustruje poniższa rycina odnosząca się do konkretnych przykładów pacjentów [53].

Powyższa rycina ilustruje swoistą dynamikę celów wychowawczych: od celów środowiska pierwotnego poprzez cele środowiska wtórnego aż do celów zintegrowanych środowiska wspólnego. W przypadku pierwszym amputacja nogi uniemożliwia bycie aktywnym zawodnikiem w drużynie piłkarskiej, jednak wykorzystując zamiłowanie do sportu, wiedzę na ten temat oraz uwzględniając sytuację (brak nogi), logicznym wydaje się, by pacjent realizował wcześniejszą pasję sportową jako np. sprawozdawca. Zadaniem pedagoga byłoby więc wspieranie chłopca w takim poszukiwaniu samorealizacji, która by w miarę możliwości uwzględniała wcześniejsze marzenia i podjęte działania z obecnym stanem somatycznym i psychicznym dziecka. Podobnie rysuje się sytuacja drugiego przypadku, gdzie na skutek bezwładu prawej ręki dziewczynka nie może realizować się jako pianistka. Nie stoi jednak nic na przeszkodzie, by talent swój rozwijała jako kompozytor. W tym konkretnym przypadku działania zmierzające do podjęcia nauki w Konserwatorium Muzycznym w klasie kompozytorstwa mogłyby być wsparte przez rodziców dziecka. Istotnym jest tu jednak pogodzenie się najbliższych z kalectwem, a często także z nieosiągnięciem pierwotnego celu, który nierzadko jest niespełnionym celem samych rodziców. Tak więc, oprócz działań terapeutycznych nakierowanych bezpośrednio na dziecko, niezbędne jest podjęcie terapii uwzględniającej potrzeby rodziców i pozostałych członków rodziny niemożliwe do spełnienia z powodu choroby dziecka [54].

Powyższe wywody dobrze wprowadzają w kwestię specyfiki komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym, uwzględniając trzy aspekty niezbędne do prowadzenia rozmowy: wiek dziecka, stan dziecka i sytuację dziecka. Kwestia racjonalnej pomocy dziecku winna ujmować trzy konteksty czasu związanego z relacją terapeuta – dziecko:

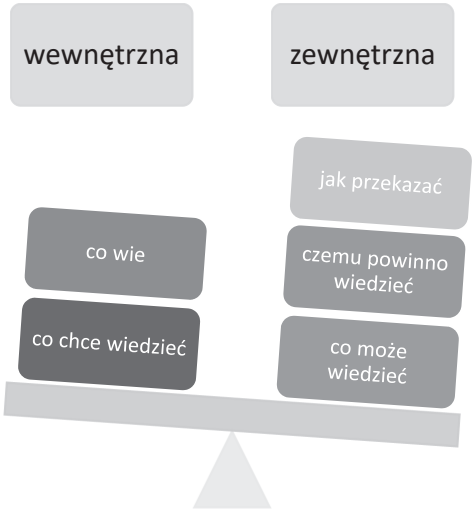
Rycina 12. Kontekst czasowy relacji z dzieckiem przewlekle chorym (opracowanie własne).

Pierwszy kontekst to czas przed rozmową. Często w natłoku obowiązków zapominamy właśnie o tym elemencie relacji – przygotowanie. Właśnie kwestia przygotowania się do spotkania z dzieckiem stanowić może kluczowy element, z jednej strony nawiązania prawidłowej relacji, z drugiej skuteczności owej relacji. Wydawać by się mogło, że uwagi tego typu mają charakter banalny, jednak w pracy z dziećmi i młodzieżą często właśnie to, co wydaje się banalne, determinuje jakość relacji. Podstawowym czynnikiem związanym z przygotowaniem się na spotkanie z małym pacjentem jest zapoznanie się z możliwie najszerszą jego dokumentacją. Przykład – prosta kwestia imienia. Zadając dziecku pytanie: *Jak masz na imię?*, wysyłamy mu nieświadomie komunikat, że go nie znamy. Kwestia imienia wydaje się w wielu sytuacjach kluczowa. Imię bardziej niż nazwisko dla małego dziecka jest elementem tożsamości, a kwestia znajomości imienia ma w pewnym sensie swoisty magiczny wymiar. *On/ona zna moje imię.* Podobnie pytania o wiek, rodziców, czyli wszystkie te dane, które można uzyskać z dokumentacji, zadane dziecku mogą budować bardziej charakter kontaktu z nieznajomym niż osobą bliską. W tym miejscu można podawać szereg przykładów i koniecznych działań, jednak każda z sytuacji na oddziale tak naprawdę jest inna, tak jak każde z dzieci jest inne. Podsumowując kwestię kontekstu czasu przed rozmową, chodziłoby tu o w miarę możliwości pozyskanie jak największej ilości informacji o dziecku. Drugi kontekst czasu to sama rozmowa.

Pierwszym elementem niejako pośredniczącym pomiędzy czasem przed rozmową a czasem rozmowy jest kwestia miejsca. Uwzględniając miejsce, w którym rozmowa będzie się toczyć, należy zwrócić przede wszystkim uwagę na dwie sprawy. Pierwsza to intymność rozmowy. Miejsce spotkania musi zapewniać dziecku niczym nieskrępowaną swobodę wypowiedzi i emocji. Musi to być miejsce, gdzie nie będzie

innych ludzi, gdzie nikt nie będzie przeszkadzał w rozmowie. Miejsce w miarę możliwości odizolowane od zgiełku otoczenia. Te założenia muszą jednak być podporządkowane kwestii poczucia bezpieczeństwa. Rozmowa winna być przeprowadzona w miejscu, gdzie dziecko czuję się najpewniej i najbezpieczniej. Oczywistym jest to, co było poruszone wcześniej w tekście, że sam oddział szpitalny generuje traumę i trudno znaleźć w nim miejsce, gdzie mały pacjent czułby się bezpiecznie i pewnie. Jednak właśnie elementem związanym z czasem przed rozmową jest zaobserwowanie, gdzie nasz podopieczny na oddziale czuje się najlepiej. Obserwacja powinna pomóc ustalić również czas w ciągu dnia, który byłby najbardziej odpowiedni dla dziecka. Koncepcja stresu kwestię tą ujmuje dość dokładnie. System krzywej energetycznej człowieka pokazuje, że okresem najbardziej wydajnym intelektualnie i emocjonalnie w ciągu doby to godziny od 8.00 do 11.00 i od 13.00 do 15.00. Wydaje się, że właśnie w tym czasie w miarę możliwości taka rozmowa powinna się odbywać [55-60].

Praktyka wskazuje na dwa konteksty relacji ujęte w poniższej rycinie 13.



Rycina 13. Konteksty relacji (opracowanie własne).

Jak widać na powyższej rycinie mamy dwa konteksty istoty relacji z dzieckiem przewlekle chorym, które kształtują całą dynamikę rozmowy. Pierwszy element to kontekst wewnętrzny, odnoszący się do dziecka. Istotą owego kontekstu są dwa kluczowe zagadnienia. Pierwsze *to, co dziecko już wie* o swojej chorobie, hospitalizacji. Kontekst ten ma dwa kolejne zasadnicze znaczenia. Pierwsze odnoszące się bezpośrednio do dziecka, drugie odnoszące się do terapeuty. W pierwszym przypadku istotą jest to, czy posiadana przez dziecko wiedza jest adekwatna do rzeczywistości

oraz czy wiedza ta ma charakter mobilizujący czy destrukcyjny [61]. Z przeprowadzonych badań wynika, że doświadczający leczenia przeciwnowotworowego, niemający odpowiednich informacji o swoim stanie, gorzej interpretują stan zdrowia i rokowania niż jest to w rzeczywistości [62], co wyraźnie powoduje ich zmiany emocjonalne i negatywne myślenie o sobie i przyszłości [32]. Elementem odnoszącym się do terapeuty jest to, że uzyskana przez niego informacja na ten temat pozwoli mu na ukierunkowanie i określenie kwestii adekwatności posiadanej przez dziecko wiedzy. Drugim elementem kontekstu wewnętrznego jest kwestia, *co dziecko chce wiedzieć* na temat swojego stanu. Istotą tego elementu jest diagnoza swoistej gotowości dziecka na informację o swoim stanie. W tym wypadku trzeba poznać, ile dziecko chce wiedzieć i na ile jest gotowe przyjąć informację. Trzeba w tym miejscu wyraźnie wskazać, że stwierdzenie *chcę poznać prawdę,* nie zawsze znaczy tyle, że chce ją poznać lub że jest gotowe ją przyjąć. Istotnym elementem tej kwestii jest również różnica pomiędzy „wiedzieć" a „zrozumieć". Przekazana informacja na poziomie intelektualnym może być przyjęta i potwierdzona w sposób werbalny przez dziecko, które bezbłędnie powtórzy diagnozę i istotę choroby przekazaną przez lekarza czy terapeutę. Inną kwestią jest zrozumienie na poziomie emocjonalnym, gdzie po jakimś czasie może dojść do pełnej integracji wiedzy i emocji. Czas ten to niekiedy kilka chwil, a niekiedy godzin lub dni, gdy mały pacjent zrozumie istotę swojego położenia. W tym miejscu w grę wchodzi drugi kontekst relacji – zewnętrzny, w którym terapeuta musi określić ramy przekazu. *Co powinien wiedzieć* pacjent, by wiedza miała elementy stymulujące i by nie blokowała rozwoju psychicznego i społecznego dziecka, jak również negatywnie nie wpływała na proces leczenia. W tym miejscu pojawia się klasyczny dylemat dotyczący prawdy przekazywanej pacjentowi. Uregulowania prawne w tym zakresie określają kwestie przekazu, jednak w sytuacji, gdy przekaz ten dotyczy dziecka, należy uwzględnić kilka dodatkowych i szczególnie wrażliwych elementów. Pierwszy to wola rodziców, jak i kompetencje emocjonalne i intelektualne rodziców. Wydaje się, ze poniższa rycina dość dobrze ujmuje tę kwestię.

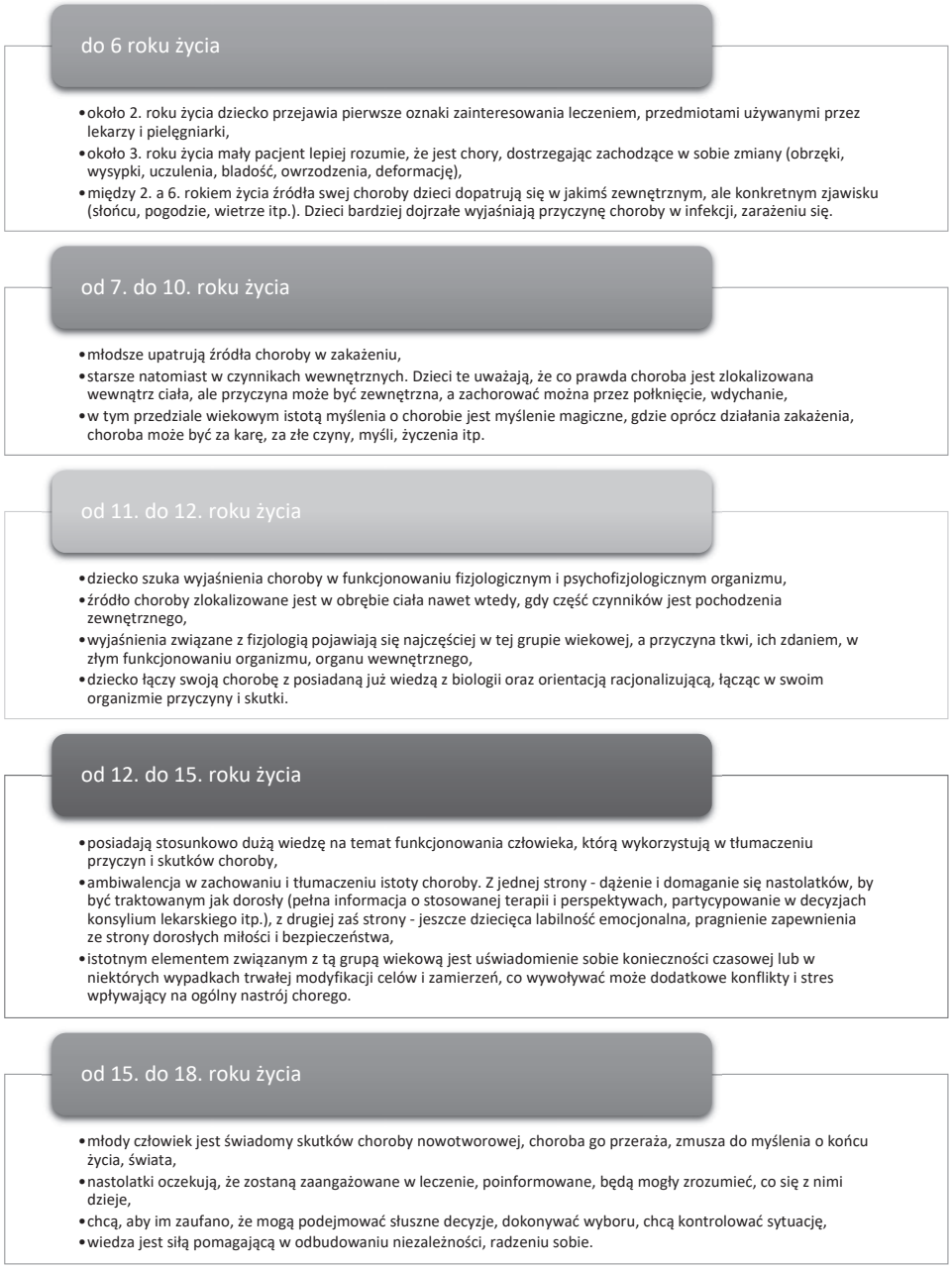
Element drugi to uwzględnienie w formie przekazu specyfiki wieku i poziomu rozwojowego dziecka oraz faktu jeszcze do końca nieukształtowanej psychiki (por. rycina 1, rycina 2). Rogiewicz jasno charakteryzuje istotę przekazu informacji o chorobie w oparciu o kwestię percepcji dziecka uzależnioną od wieku [64].

Rogiewicz podkreśla, że istotą działań zmierzających do przekazania dziecku informacji o chorobie jest przede wszystkim jego wiek, przedstawiając tym samym specyfikę percepcji informacji o leczeniu i chorobie w pięciu przedziałach wiekowych [63].

Trzeci element to aspekt przyszłościowy, gdzie należy wkomponować istotę przekazu i jego konsekwencje w struktury celów wychowawczych pierwotnych,

Rycina 14. Trzy podejścia do uczestnictwa rodziców w leczeniu (opracowanie własne na podstawie literatury [63]).

wtórnych i wspólnych (por. rycina 5). Kolejnym elementem jest kwestia odpowiedzi na pytanie: *dlaczego powinno wiedzieć,* wskazanie nie tylko na cel, ale i jego przyczyny. Zrozumienie przyczyn, dla których treści powinny być przekazane, pozwoli na zracjonalizowanie przekazu: *co może wiedzieć.* Czynnik ten to niejako podsumowanie powyższych dwóch elementów. Znajomość i świadomość choroby oraz swojego stanu, jak już zostało to zaakcentowane, może wpływać pozytywnie bądź negatywnie na psychikę dziecka, tak więc w relacji z dzieckiem należy uwzględnić ten kontekst, jak również zwrócić uwagę na doświadczenia dziecka w tym zakresie (por. wykresy 1, 2, 3, 4, 5). Określenie, co dziecko może wiedzieć i jak ta wiedza wpłynie na niego, stanowić musi istotny element sfery zewnętrznej komunikacji. W przeprowadzonych badaniach wśród dzieci hospitalizowanych z powodu choroby nowotworowej można zauważyć duży odsetek dzieci stwierdzających, że traumatyczny charakter przeżywanych przez nich badań i zabiegów wynika często z tego, iż nikt nie przekazuje im informacji o ich istocie. Podejście takie rzeczywiście wypływać może z braku zrozumienia. Patrząc obiektywnie, informacje na temat stanu zdrowia i zabiegów mogą być i często są podawane pacjentom, jednak język tych komunikatów bywa mało zrozumiały. Stan taki opisywany bywa zazwyczaj przez pacjentów jako opis choroby rozumiany subiektywnie, będący swoistą własną „prawdą" zrozumiałą dla chorego, jednak nie zawsze odpowiada rzeczywistości. Pacjenci na swój sposób usiłują wyjaśnić sobie zawiły i niezrozumiały komunikat lekarza. Tłumaczą oni sobie swój stan, porównując go do znanych wcześniej chorób, jednak duża ich grupa, nie znając prawdy podanej im adekwatnie do stanu psychicznego i intelektualnego,

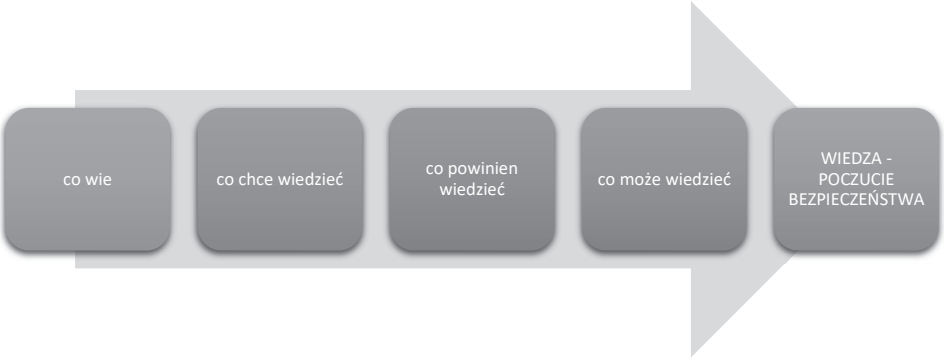


Rycina 15. Percepcja choroby w fazach wieku wg Rogiewicz (opracowanie własne na podstawie literatury [63]).

chorobę spostrzegało jako karę za grzechy. Przeświadczenie to nie sprzyja procesowi terapii, obciążając dodatkowo pacjenta poczuciem winy [64, 65, 66].

Ostatnim elementem aspektu czasowego, w kontekście którego czynione były rozważania na temat rozmowy z dzieckiem przewlekle chorym, jest okres po rozmowie.

Wydaje się, że pierwszym istotnym założeniem niejako spinającym wszystkie trzy okresy czasowe relacji jest to, że komunikacja jest procesem, w którym przekazywana informacja jest tylko środkiem do zasadniczego celu, którym jest poczucie bezpieczeństwa dziecka przewlekle chorego. Istotą więc tego procesu jest czas, nie należy zakładać, że przekaz będzie dopełniony w jednym spotkaniu. Wszystkie te elementy winny być rozłożone w czasie.



Rycina 16. Proces komunikacji w kontekście czasu (opracowanie własne).

Powyższa rycina ujmująca wcześniej wskazane kwestie, składające się na proces komunikacji, ujmuje je w zależności czasowej: okresu przed rozmową poprzez okres rozmowy aż do elementu finalnego, którym jest wiedza generująca poczucie bezpieczeństwa. Wiedza owa włączona w strukturę i dynamikę celów wychowawczych, daje perspektywę spójnego i harmonijnego rozwoju poprzez spójność tego, *co było* z tym, *co jest* w relacji z tym, *co będzie*. Założenie procesu to założenie czasu, gdzie poszczególne elementy relacji mogą być rozłożone na szereg spotkań. Założenie jednorazowego kontaktu od samego początku determinuje połowiczność przekazu, gdzie sam przekaz zostaje ograniczony do podania wiedzy bez elementów ją strukturalizujących i generujących kontekst czasowy w ujęciu dynamiki celów.

Uwzględniając powyższe rozważania, można zaproponować następujący schemat komunikacji. Poniższy schemat (rycina 17), to jedynie propozycja, gdyż nie ma gotowych i uniwersalnych rozwiązań. Patryk, mały pacjent jednego z oddziałów, ujął to w sposób tyleż prosty co dobitny: *Pani przychodzi i rozmawia ze mną zawsze tak samo, tak jakby miała to napisane co, jak i kiedy mówić.* Niech puentą będą właśnie słowa Patryka.

Rozmowa	Dowiedz się, co wie o chorobie	np. Proszę, powiedź mi, dlaczego jesteś w szpitalu.
	Dowiedź się, jak dziecko rozumie swój stan	np. Co to jest białaczka, jak myślisz?
	Dowiedz się, czy i co chce dziecko wiedzieć o chorobie	np. Co chcesz, bym Ci jeszcze powiedział ...
Uwzględnij wiek i możliwości intelektualne dziecka	W wieku przedszkolnym rozumienie choroby przez dziecko ma charakter magiczny i niejasny, używaj prostych i bezpośrednich analogii odwołujących się do konkretnych sytuacji i narządów.	np. Musisz dostać lekarstwo, by być silnym i by twoje serce dobrze pracowało. np. Musisz iść do szpitala, by pan doktor zobaczył, czemu boli ciebie brzuch.
	W wieku szkolnym udzielaj logicznych i bezpośrednich odpowiedzi, uwzględniających umiejętności logicznego myślenia.	np. Musisz jechać do szpitala, by zbadać twoje serce. np. Musisz połknąć to lekarstwo, by wyrównać ciśnienie krwi. np. Musisz mieć operację, by wstawić ci zastawkę, która będzie regulowała przepływ krwi.
	Nastolatek rozumie skutki i przyczyny choroby, zna ryzyko podejmowanych procedur. Doświadcza lęków egzystencjalnych i buntu.	
Ograniczaj negatywny choroby i hospitalizacji	Słuchaj, co dziecko do ciebie mówi.	
	Informuj dziecko, co je czeka.	
	Zachęcaj dziecko do zadawania pytań.	
	Zachęcaj dziecko do przebywania z innymi dziećmi.	
	Podkreślaj mocne strony dziecka, mów, co może robić, a nie koncentruj się na tym, czego nie może.	
	Pomóż dziecku wyrażać swoje emocje.	
	Pomóż dziecku mieć kontrolę nad sytuacją i generuj poczucie sprawczości.	
	Podkreślaj autonomię , niezależność i godność dziecka.	
Unikaj	Pośpiechu.	
	Stwierdzeń typu:	wszystko będzie dobrze na pewno nie będzie bolało bądź dzielny spóźniania się na spotkanie rozmawiania o nim z lekarzem w obecności dziecka bez wytłumaczenia mu, o co chodzi

Rycina 17. Schemat komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym (opracowanie własne).

Piśmiennictwo

1. Doroszewska J., *Nauczyciel wychowawca w zakładzie leczniczym*, PWN, Warszawa 1964.
2. Binnebesel J., *Traumatyzująca rola cukrzycy insulinozależnej*, „Acta Universitas Nicolai Copernici Pedagogika XX", 1994, 20, 137-146.
3. Maciarz A., *Pedagogika lecznicza i jej przemiany: wybrane problemy*, Żak, Warszawa 2001.
4. Maciarz A., *Dziecko przewlekle chore: opieka i wsparcie*, Żak, Warszawa 2006.
5. Tuszyńska-Bogucka V., *Funkcjonowanie systemu rodziny z dzieckiem przewlekle chorym dermatologicznie*, UMCS, Lublin 2007.
6. Antoszewska B., *Dziecko przewlekle chore – problemy medyczne, psychologiczne i pedagogiczne*, Akapit, Toruń 2011.
7. Wadsworth B. J., *Teoria Piageta: poznawczy i emocjonalny rozwój dziecka*, WSziP, Warszawa 1998.
8. Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka*, PWN, Warszawa 1992
9. Piaget J. i Inhelder B., *Psychologia dziecka*, Wydawnictwo Siedmioród, Wrocław,1996.
10. Erikson E. H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Rebis, Poznań 2000.
11. Erikson E. H., *Dopełniony cykl życia*, Rebis, Poznań 2002.
12. Erikson E. H., *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i S-ka, Poznań 2004.
13. Witkowski L. *Versus: O dwoistości strukturalnej faz rozwoju w ekologii cyklu życia psychodynamicznego modelu Erika H. Eriksona*, Impuls, Kraków 2015.
14. Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B., *Psychologia rozwoju człowieka*, GWP, Sopot 2016.
15. Berg H. K., *Maria Montessori – poszukiwanie życia razem z dziećmi: odpowiedzi na aktualne pytania pedagogiczne*, Jedność, Kielce 2007.
16. Miksza M., *Zrozumieć Montessori, czyli Maria Montessori o wychowaniu dziecka*, IMPULS, Kraków 2010.
17. Pottick K., Hansell S., Gutterman E., White H. R., *Factors Associated with Inpatient and Outpatient Treatment for Children and Adolescents with Serious Mental Illness*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry", 1995, 34, 4, 425-433.
18. Biłous P., *O rehabilitacji dzieci chorych psychicznie*, (w:) Dyrda M. J., Świderski A. (red.), *Rozwój osobowy i jego zagrożenia*, Akademia Podlaska, Siedlce 2003, 135-139.
19. LeCroy C. W., *Parenting Mentally Ill Children: Faith, Caring, Support, and Surviving the System*, ABC-CLIO, Santa Barbara 2011.
20. Lombardo K., *Secondary Trauma in Children of Parents with Mental Illness*, ProQuest, Hempstead 2007.
21. Dworak A., *Jakość życia dziecka z alergią. Uwarunkowania środowiska rodzinnego*, Akapit, Toruń 2010.
22. Lewandowska-Kidoń T., Korzeniecka-Kozerska A., *Style wychowania i postawy rodzicielskie wobec dzieci z zaburzeniami oddawania moczu*, Elipsa, Warszawa 2015.

23. Kellerman J., Zeltzer L., Ellenberg L., Dash J., Rigler D., *Psychological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of contro*, „The Journal of Pediatrics", 1980, 97, 1, 126-131.
24. Głąg E., *Psychological aspects of diabetes in children and adolescents*, (w:) Janowski K., *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease,* t. 2, 2009, 17-34.
25. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A., *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazuurskiego, Olsztyn 2002, 365-374.
26. Buczyński F. L. *Rodzina z dzieckiem chorym na białaczkę*, KUL, Lublin 1999.
27. Korzeniewska-Eksterowicz A., Młynarski W., *Pediatryczna opieka paliatywna*, UM, Łódź 2011.
28. Binnebesel J., *A terminally ill child in a family – the dynamics of the crisis*, (w:) Binnebesel J., Formella U., Domżał Z., Krakowiak P. (red.), *Experiencing a suffering volume II*, LAS – WSEZoNS, Roma – Łódź 2012, 173-190.
29. Binnebesel, J., Bohdan, Z., Krakowiak, P., Krzyżanowski, D., Paczkowska, A. Stolarczyk, A., *Przewlekle chore dziecko w domu: poradnik dla rodziny i opiekunów*, Fundacja Hospicyjna, Gdańsk 2012.
30. Skrzyński W., *Psychologiczne wyznaczniki jakości życia osób przewlekle chorych*, Medium, Warszawa 2006.
31. Skrzyński W., *Optymizm i poczucie własnej skuteczności jako wyznaczniki jakości*, (w:) *Psychologia i medycyna: wspólne obszary zainteresowań*, 2007, 121-134.
32. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003.
33. Saunders C. M., *The moment of truth: care of the dying person*, (w:) Pearson L. (red.), *Death and dying: Current issues in the treatment of the dying person*, Case Western Reserve University, Cleveland 1969, 49-78.
34. Saunders C. M., *Nature and management of terminal pain*, (w:) Shotter E. F. (red), *Matters of life and death*, London 1970, 15-26.
35. Saunders C. M., *Appropiate treatment, appropiate death*, (w:) Saunders C. M. (red.), *The management of terminal disease*, London 1978.
36. Clark D., *Total pain, disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967*, „Social Science and Medicine", 1999, 727-736.
37. Winkler B., *Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne*, (w:) , Siwek B. (red.), *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii,* LWP, Lublin 1996.
38. Binnebesel J., *Ból Totalny,* (w:) Wengler L., Janaszczyk A., Pawłowski L., Popowski P., Adamska-Pietrzak E., Pietrzak P., Zimmermann A. (red.), *Nauki o zdrowiu – architektonika dziedziny. Medyczne konotacje Tom IV*, PTPZ, Gdańsk 2012, 16.
39. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003, 21-22.
40. Juczyński Z., *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową,* (w:) de Walden-Gałuszko K. (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 24.

41. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003, 106-107.
42. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003, 135-136.
43. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003, 146-148.
44. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003,148-149.
45. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A. (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002, 371.
46. Sośnicki K., *Istota i cele wychowania*, Nasza Księgarnia, Warszawa 1967.
47. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A. (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazuurskiego, Olsztyn 2002, 366-368.
48. Maciarz A., *Dziecko długotrwale chore. Poradnik opiekuńczo wychowawczy*, VERBUM, Zielona Góra 1996.
49. Maciarz A., *Pedagogika terapeutyczna dzieci przewlekle chorych*, (w:) Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, UAM, Poznań 1997, 200-201.
50. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową – aspekt pozamedyczny*, UMK, Toruń 2002.
51. Binnebesel J. *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A. (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002, 368-369.
52. Obuchowska I., *Dynamika nerwic: psychologiczne aspekty zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, PWN, Warszawa 1983.
53. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A. (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002, 369-372.
54. Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla pedagogiki specjalnej*, (w:) Górniewicz E., Krause A. (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*, Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2002, 372 -373.
55. Capurso, M., *Quando si ammala un bambino*, Edizioni Magi, Roma 2008.
56. De Santi A., Morosini P. L., Noviello S. i (e cura di), *La comunicazione con il paziente oncologico. Valutazione e interventi*, Erickson, Gardolo 2009.
57. Binnebesel, J., Formella, Z., Janowicz, A. i Krakowiak, P., *Parlare di cose serie con i bambini a casa e a scuola. La sofferenza e la fine della vita*, LAS, Roma 2011.
58. Silvia K., *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Cortina Raffaello, Milano 2013.

59. Rosella C., *Bambini in ospedale. Per una pedagogia della cura*, Anicia, Roma 2015.
60. Binnebesel J., *Cierpienie w oczach dziecka z chorobą nowotworową w kontekście dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiegow*, (w:) Binnebesel J., Błeszyński J., Domżał Z. (red.), *Wielowymiarowość cierpienia*, WZEZ, Łódź 2010, 352-360.
61. Binnebesel J., *Odczuwane doświadczanie choroby nowotworowej przez dzieci hospitalizowane na oddziałach pediatryczno-onkologicznych*, (w:) Zych A. A., Nowicka A. (red.), *By człowiek nie musiał cierpieć*, DSzW, Wrocław 2007, 52-59.
62. Wojciechowska J., Stanisławska-Kubiak M., Mojs E., *Sytuacja psychologiczna matki dziecka chorego na cukrzycę. Etapy procesu adaptacyjnego do choroby jako wyznacznik wspierania i warunek pośredni równowagi glikemicznej dziecka*, „Nowiny Lekarskie", 2011, 80, 452-460.
63. Rogiewicz M., *Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży*, (w:) de Walden-Gałuszko K. (red.), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 101-116.
64. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń 2003, 203-204.
65. Binnebesel J., *Wpływ przewlekłej choroby na rozwój psychospołeczny dzieci (na przykładzie choroby nowotworowej)*, Zeszyty Promocji Rehabilitacji, 2008, 2, 47-57.
66. Bartoszewska E., *Formy pomocy dziecku nieuleczalnie choremu i jego rodzinie w hospicjum*, IMPULS, Kraków 2005.

Dorota Podgórska-Jachnik

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SENSORYCZNĄ

Wstęp

Sprawne zmysły są nie tylko warunkiem prawidłowej percepcji otaczającego świata, ale również kształtowania się bardziej złożonych procesów poznawczych, takich jak mowa czy myślenie, które z kolei mają wpływ na proces porozumiewania się ludzi i ich funkcjonowanie społeczne. W hierarchii zmysłów człowieka dwie nadrzędne pozycje zajmują wzrok i słuch, dlatego ich uszkodzenie, a tym bardziej zupełny brak, będą miały poważne skutki rozwojowe. Tworzą bariery między ludźmi, w tym bariery komunikacyjne. Wymagają kompensacji, której mechanizmy są złożone i zachodzą na różnych poziomach i w obszarach, zaczynając od kompensacji zmysłowej, przy udziale zmysłów nieuszkodzonych, a kończąc na kompensacji technicznej, czasem posługującej się złożonymi i zaawansowanymi technologiami (np. bionicznymi wzrokowymi implantami siatkówkowymi lub podsiatkówkowymi czy też słuchowymi implantami ślimakowymi lub pniowymi). Kompensacja zachodzi też w obszarze komunikacji, obejmując inne modalności i metody porozumiewania się. Czasem wiąże się to jedynie ze specyficznym wyeksponowaniem zachowanych środków ekspresji, czasem ze specjalnymi alternatywnymi metodami komunikacyjnymi. Jedne i drugie mają duże znaczenie w komunikacji osób (z osobami) z uszkodzonym wzrokiem lub słuchem, które z racji swej specyfiki percepcyjno-komunikacyjnej mogą być kolejną grupą pacjentów „innych". Innych, bo wymagających wnikliwej i empatycznej troski personelu medycznego, czasem znajomości określonego sposobu komunikowania się lub wykorzystania jakiejś technologii lub pośrednika językowego, a czasem także znajomości kontekstu specyfiki funkcjonowania osób z tego rodzaju niepełnosprawnościami – jako jednostek i jako pewnej grupy społecznej, nieraz posiadającej swoją szczególną tożsamość społeczno-kulturową.

Zakres pojęcia niepełnosprawności sensorycznej i zróżnicowanie funkcjonalne

Pojęcie „niepełnosprawność sensoryczna" to bardzo rozległy termin. Najczęściej kojarzy się z uszkodzeniami wzroku i słuchu – choć te dwa zmysły nie wyczerpują znaczenia słowa sensoryczny (czyli zmysłowy), ale zajmują dwa najważniejsze miejsca w hierarchii zmysłów [1]. Tak naprawdę niepełnosprawność sensoryczna dotyczy jednak wielu bardzo zróżnicowanych grup osób, o zupełnie innych problemach funkcjonalnych i komunikacyjnych, z czego nie zawsze zdaje sobie sprawę otoczenie – także specjaliści wspierający te osoby oraz pracownicy służb medycznych niezajmujący się bezpośrednio określoną niepełnosprawnością.

Medycyna posiada swoją własną, rozbudowaną klasyfikację licznych chorób i zaburzeń związanych z uszkodzeniem wzroku i słuchu – Międzynarodową ICD-10, Statystyczną klasyfikację chorób i problemów zdrowotnych [2], natomiast nauki społeczno-humanistyczne – w tym pedagogika specjalna i psychologia – opisując komunikowanie się osób z uszkodzeniami narządów zmysłów, kategoryzują te osoby pod względem funkcjonalnym. W założeniach bliskie jest to ujęciu klasyfikacji ICF – Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia [3], jednak brak jeszcze w naszym kraju profilów funkcjonalnych osób z uszkodzeniami wzroku i słuchu. Z pewnością można byłoby ich nakreślić przynajmniej kilkanaście, jeśli nie więcej. Samych zróżnicowanych grup funkcjonalnych osób z uszkodzonym słuchem dla celów dydaktycznych wyróżnia się w pedagogice specjalnej – w surdopedagogice – aż 107 [4], a klasyfikacja ta zawiera w sobie także aspekt komunikacyjny. W odniesieniu do praktyki medycznej nie ma powodu do aż tak szczegółowych rozróżnień, warto jednak zdać sobie sprawę, z jak bardzo niehomogeniczną grupą mamy tutaj do czynienia. Dlatego analizując klasyfikacje uszkodzeń słuchu [4, 5, 6, 7, 8, 9] i wzroku [10, 11, 12], z zakresu wymienionych wyżej nauk, można powiedzieć, że pojęcie „niepełnosprawność sensoryczna" dotyczy przynajmniej tak różnych grup, jak osoby:

- słabowidzące – w tym nie tylko z obniżoną ostrością wzroku, ale także z różnego rodzaju specyficznymi zaburzeniami widzenia, np. oczopląsem, zezem, światłowstrętem, trudnościami w akomodacji, tzw. ślepotą zmierzchową;
- niewidome – w tym niewidome całkowicie, ale także ze szczątkowym widzeniem lub z widzeniem w obrębie bardzo zawężonego pola (poniżej 20 stopni);
- ociemniałe – takie, które utraciły wzrok po 5. roku życia, a więc mają wspomnienia wzrokowe, na bazie których zbudowany jest ich słownik, w odróżnieniu od tych, które takich wspomnień nie mają;

- słabosłyszące – takie, które z powodu stopnia uszkodzenia słuchu będą miały trudności w komunikacji werbalnej, choć korzystanie z aparatu słuchowego czy implantu ślimakowego umożliwia im dostęp do mowy drogą słuchową;
- niesłyszące/głuche – które nie mają pełnego dostępu do mowy dźwiękowej, nawet używając aparatu słuchowego;
- ogłuchłe – w tym wcześnie ogłuchłe (np. w okresie rozwojowym przed opanowaniem lub w trakcie opanowania podstaw języka – czyli tzw. okresie prelingwalnym lub interlingwalnym) lub ogłuchłe później (w okresie postlingwalnym – po opanowaniu języka, czyli po 5-7 roku życia) [13, 14]; w dwu pierwszych przypadkach należy liczyć się z możliwością ograniczonej znajomości języka polskiego (czy innego języka ojczystego), wyrażającego się problemami w konstruowaniu gramatycznej poprawnej wypowiedzi i rozumieniu komunikatu sformułowanego, w tym języka w mowie lub piśmie;
- ze starczą utratą słuchu – *presbyacusis, presbycusis* [15] lub wzroku, inaczej starczowzrocznością – *presbiopia, presbyopia, prezbiopia* [16] – jako o specyficznych grupach osób późno ogłuchłych lub późno ociemniałych, na skutek procesów starzenia się; można mówić tu o szczególnej postaci odczuwania nie tylko ograniczeń percepcyjnych, ale i poczucia straty, gdyż z jednej strony traktowane są one jako coś naturalnie przychodzącego z wiekiem (dlatego często nieleczone czy niekompensowane, pacjent i jego rodzina pozostają bierni wobec nich, przyjmując owe ograniczenia – niesłusznie – jako oczywistość, nie przeciwstawiając się wynikającej z nich fizycznej i społecznej marginalizacji), z drugiej zaś wpisują się w traumatyczny (oparty na doświadczeniach straty) model starzenia się, co z kolei zwiększa ryzyko depresji;
- głuchoniewidome – z jednoczesnym uszkodzeniem wzroku i słuchu, można mówić o osobach głuchoniewidomych, jeśli mamy do czynienia z którąś z następujących kombinacji:
  - osoby niewidome i głuche;
  - osoby niewidome i słabosłyszące;
  - osoby słabowidzące i głuche;
  - osoby słabowidzące i słabosłyszące.

Za osobę głuchoniewidomą można uznać osobę słabowidzącą i słabosłyszącą, gdyż przy jednoczesnym uszkodzeniu dwóch najważniejszych zmysłów, znacząco obniża się potencjał kompensacji jednego zmysłu przez drugi [17].

Warto dodać jeszcze, że w odniesieniu do osób z uszkodzonym słuchem, poprawne jest używanie obydwu terminów: „głuchy" i „niesłyszący", ale już określenie „ślepy", wobec osób z uszkodzonym wzrokiem ma konotację

obraźliwą – pejoratywną i kolokwialną, w przeciwieństwie do leksemu „niewidomy", który należy uznać za neutralny [18].

Natomiast zupełnie nie znajduje pokrycia we współczesnym języku nauki chętnie używane w języku potocznym określenie „głuchoniemy" (B. Szczepankowski 1999), jako konotujące podwójną niepełnosprawność, czyli „głuchotę" i „niemotę". Już w XVI wieku nie tylko odkryto bowiem związek przyczynowo skutkowy pomiędzy głuchotą a brakiem mowy (G. Cardano [8]), ale także już w tamtych czasach opracowano pierwsze metody nauczania mowy osób głuchych (J. P. Bonet, P. Ponce de Leon, R. M. de Carrión [19]), pozwalające ograniczyć wpływ uszkodzenia słuchu na funkcje mowy. Nie ma więc powodu przywoływać współcześnie w niefortunnej nazwie tego niekoniecznego związku funkcjonalnego. Ponadto w nauce nie używa się obecnie terminu „niemota", zaś w języku potocznym jego znaczenie ma pejoratywny wydźwięk (*Słownik synonimów języka polskiego* umieszcza słowo „niemota" wśród licznych synonimów osoby niezdarnej życiowo, z czego „ciamajda, ciapa, cielę, ciemna masa" – to tylko wybrane próbki łagodnych określeń takiej osoby, zamieszczonych w *Słowniku* – zob. http://synonim.net/synonim/niemota). Należałoby zatem poddać refleksji również nie tylko zasadność używania, ale i wydźwięk słowa „głuchoniemy".

W naukach społecznych, kierując się zasadą demedykalizacji dyskursu niepełnosprawności, ogranicza się też używanie niektórych określeń medycznych, jak np. „niedosłuch" i tylko niektórzy autorzy używają „niedosłyszący" [8] – jeśli już tak, to na określenie osób z mniejszymi ubytkami słuchu (do 20 dB), niż słabosłyszący (20-70 dB).

W literaturze można się spotkać również coraz częściej z określeniem „Głuchy" (przez duże „G" w formie pisemnej lub z wyróżnieniem znaku litery „G" w alfabecie daktylograficznym), które wskazuje, że osoba niesłysząca identyfikuje się z naturalnym językiem migowym i kulturą Głuchych tworzoną wokół tego języka. Używanie określenia Głuchy związane jest z podkreślaniem własnej tożsamości społeczno-kulturowej tej grupy osób, które nie traktują głuchoty jako niepełnosprawności, tylko wiążą ją z funkcjonowaniem w innym języku na prawach mniejszości. Są osoby słabo słyszące, które przedstawiają się „jako kulturowo Głuche" i taki rodzaj identyfikacji wiąże się z pielęgnowaną przez to środowisko dumą z bycia Głuchym [20]. Dobrze objaśnia to film dokumentalny Jacka P. Bławuta (2012) *Ja, Głuchy*, który warto obejrzeć dla przybliżenia tej problematyki z punktu widzenia samych osób, określających się jako Głuche.

Podsumowując te rozważania semantyczne, należy podkreślić wielość znaczeń tego, co kryje się pod pojęciem „niepełnosprawność sensoryczna", przy czym już samo nazywanie różnych osób z tą niepełnosprawnością może nastręczać pewnych

problemów, jak i być źródłem nietaktu. Poczynione objaśnienia mają więc duże znaczenie praktyczne. Automatyczne przenoszenie wiedzy o jakiejś określonej znanej osobie z uszkodzonym słuchem lub wzrokiem na inne osoby z niepełnosprawnością sensoryczną mogą prowadzić do nieporozumień, zatem zawsze należy pamiętać o bardzo dużym zróżnicowaniu:

- stopnia i zakresu możliwości percepcyjnych: od częściowych ubytków w widzeniu lub słyszeniu – do całkowitej głuchoty czy ślepoty, a nawet obu niepełnosprawności jednocześnie;
- akceptacji własnej niepełnosprawności i adaptacji do niej: od przyjmowania jej w sposób naturalny – do braku umiejętności zaakceptowania własnej sytuacji, postawy depresyjnej, z poczuciem krzywdy i nieszczęścia, nasyconej pretensjami do losu i innych ludzi, często także wrogością do nich;
- stopnia samodzielności, i to niekoniecznie w bezpośredniej zależności od stopnia niepełnosprawności: od w miarę samodzielnego, aktywnego życia mimo istniejącej niepełnosprawności – do wyłączenia z życia i całkowitej zależności od innych;
- możliwości komunikacyjnych: od osób, które wsparte technologiami opanowały alternatywy komunikacyjne – do takich, które mają poważne ograniczenia w tym zakresie; u osób niewidomych dotyczy to przede wszystkim umiejętności pisania oraz korzystania z pomocy technicznych (obecnie zwłaszcza młodzi ludzie często mają przy sobie smartfony z lektorem i dostępem do internetu czy gps-y, umożliwiające poruszanie się po mieście); u osób niesłyszących – możliwości komunikacji werbalnej, stosowanej metody komunikacji niewerbalnej i umiejętności czytania (a właściwie znajomości języka polskiego); wśród osób niesłyszących można napotkać i takie, które nie czytają z ust, nie mówią bądź mówią niezrozumiale, są funkcjonalnymi analfabetami, jak i takie, które dobrze czytają z ust, zrozumiale artykułują oraz radzą sobie z czytaniem tekstu w języku polskim (choć mogą mieć pewne trudności z poprawnością gramatyczną przy pisaniu).

Założenia ogólne dotyczące komunikowania się personelu medycznego z osobą z niepełnosprawnością i z niepełnosprawnością sensoryczną

Komunikacja z pacjentem jest kluczowym elementem kontaktu terapeutycznego między lekarzem a pacjentem, a jej efektywność przekłada się coraz częściej bezpośrednio na skuteczność leczenia. *Coraz częściej pacjent nie chce jedynie*

biernie uczestniczyć w terapii zaleconej przez lekarza, ale chce także brać czynny udział w procesie decyzyjnym dotyczącym sposobu leczenia. Jednakże, oprócz fachowej porady oraz informacji, pacjenci oczekują szacunku, zrozumienia i empatii. Pacjent może odczuwać stres związany z poczuciem bezsilności oraz utratą niezależności, dlatego lekarz powinien okazać mu dostateczne wsparcie, podchodząc do niego indywidualnie, aby pacjent odczuwał satysfakcję z terapii odpowiadającej jego indywidualnym potrzebom, co wpływa na wzrost efektywności leczenia [21].

Pamiętając o dużym zróżnicowaniu opisywanej grupy osób z niepełnosprawnością, można ustalić pewne wspólne założenia dotyczące komunikacji, jak i poszukać wskazówek szczegółowych, uwzględniających to zróżnicowanie. W komunikacji z osobami z niepełnosprawnością sensoryczną należy zatem wziąć po uwagę:

- rodzaj bariery komunikacyjnej wynikającej z niepełnosprawności oraz możliwości jej ominięcia (kanał zmysłowy, możliwość posługiwania się informacją pisemną, alternatywne i wspomagające formy komunikacji, pośrednictwo tłumacza, środki techniczne wspomagające porozumiewanie się). Czasem najlepiej po prostu zapytać pacjenta lub kogoś z rodziny o preferowany sposób komunikacji. Często osoba, u której bariera komunikacyjna jest duża, sama zadba o to, by przyjść do lekarza z tłumaczem czy inną osobą wspierającą;
- możliwość orientacji pacjenta w sobie i w otoczeniu przy ograniczonych możliwościach korzystania z danego zmysłu lub zmysłów;
- hierarchię zmysłów, przekładającą się na hierarchię znaczenia odbieranych bodźców; w czym także zawiera się świadomość tego, jaki zmysł przejmuje znaczącą funkcję kompensacyjną. U osób niesłyszących i słabosłyszących wiodącą rolę odgrywa wzrok i o skuteczny przekaz wizualny należy zadbać w pierwszej kolejności. U osób niewidomych istotny staje się dotyk, choć podstawową rolę w orientacji przestrzennej odgrywał będzie jednak słuch (jako zmysł dalekonośny). U osób słabowidzących wszystko zależy od stopnia funkcjonalności zachowanych resztek wzroku, często jednak będą one i tak ważniejsze w orientacji od słuchu;
- specyficzne doświadczenia społeczne, doświadczenia w kontaktach z personelem medycznym, korzystania z instytucji opieki medycznej, w tym ewentualne urazy jatrogenne, których istnienie może szczególnie przekładać się na zaufanie pacjenta do lekarza – lub jego brak. Warto wziąć pod uwagę wcześniejsze negatywne doświadczenia pacjenta ze służbą zdrowia, gdyż często w historii choroby odnotować można wiele poważnych problemów zdrowotnych, częste hospitalizacje w dzieciństwie, przebyte zabiegi i in. Liczne problemy zdrowotne w dzieciństwie mogą bowiem być tłem utraty słuchu lub wzroku, w którym kryje się przyczyna tej utraty [20];

- zasady *savoir-vivre* wobec osób z niepełnosprawnością, w tym z zaburzeniami wynikającymi z uszkodzeń sensorycznych – specjalne wskazania „dobrego tonu" [22] ograniczają ryzyko zachowania nietaktownego, do czego nawiązuje jeszcze późniejszy fragment rozdziału;
- charakterystykę psychologiczną pacjenta wynikającą z niepełnosprawności, w tym także pewnych charakterystycznych rysów osobowości, które mogą być skutkiem doświadczeń osobistych i adaptacji do życia z niepełnosprawnością; dotyczy to postaw wobec niepełnosprawności, zdrowia, choroby, wobec życia, innych ludzi i samego siebie [23, 24];
- specyfikę zdrowotną wyznaczoną najczęstszymi przyczynami, ale i skutkami wtórnymi uszkodzeń słuchu i wzroku oraz współchorobowością. Uszkodzenia wzroku i słuchu – zwłaszcza te współwystępujące ze sobą – mogą być np. skutkiem określonego zespołu genetycznego (zespół Ushera, zespół Downa i in.). Spośród chorób – już niezwiązanych z wczesnym dzieciństwem – jako przyczynę uszkodzeń wzroku można wskazać cukrzycę [25], jako uszkodzeń słuchu – chorobę Meniere'a [15]. Należy więc liczyć się z dodatkowymi niepełnosprawnościami utrudniającymi kontakt i pogarszającymi stan funkcjonalny pacjenta, np. z ograniczeniem czy niepełnosprawnością intelektualną, powikłaniami neurologicznymi (np. w cukrzycy – [26]) czy długotrwałymi dokuczliwymi dolegliwościami (np. szumy uszne czy gwałtowne zawroty głowy w chorobie Menier'a [15];
- samodzielność życiową i komunikacyjną osób z niepełnosprawnością sensoryczną, uzależnienie od pomocy, pośredników i rzeczników, także w procesie podejmowania decyzji;
- możliwości i podatność pacjenta na psychoedukację i kształtowanie postaw prozdrowotnych, gotowość zmiany nawyków życiowych, obecność osób wspierających;
- profil socjoekonomiczny pacjenta w powiązaniu z niepełnosprawnością: częściej są to osoby samotne, na rencie, czasem ubogie, często słabo wykształcone [27] – choć pozory mogą mylić, coraz więcej osób niewidomych i niesłyszących kończy studia wyższe; częściej są to osoby nieaktywne zawodowo, przy czym nie muszą posiadać statusu osoby bezrobotnej (częściej poszukującej pracy, choć jeden i drugi status bywa najczęściej długotrwały) – choć coraz więcej z nich pracuje, często w atrakcyjnych zawodach; częściej są to osoby zależne od innych, z wyuczoną bezradnością – choć wiele z nich jest bardzo aktywnych i samodzielnych, zrzeszonych i działających w organizacjach pozarządowych, np. w Polskim Związku Głuchych czy Polskim Związku Niewidomych.

Jeśli chodzi o ogólne wskazówki dotyczące komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością – nie tylko sensoryczną – warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt. Chodzi mianowicie o postawy tych osób wynikające z ich niepełnosprawności, które mogą ujawniać się w relacji z innymi. Są to np. postawy nadkompensacji, identyfikacji ze zdrowymi, zaprzeczania czy izolowania się – nie tylko od osób zdrowych, ale także samych niepełnosprawnych; unikania ich [23]. To z takich postaw i braku akceptacji samego siebie jako osoby z niepełnosprawnością, mogą wynikać różnego rodzaju utrudniające kontakt społecznie nieakceptowane zachowania pacjentów. Można więc spotkać osoby afiszujące się ze swoją niepełnosprawnością, nie pogodzone ze sobą, agresywne, zakompleksione, przeczulone, wymuszające czy nastawione roszczeniowo [24]. Należy pamiętać, że choć takie postawy nie ujawniają się u wszystkich osób z niepełnosprawnością, to nawet jednostkowe przypadki będą kształtować negatywne stereotypy niepełnosprawności, czego przykładem jest choćby często wiązana z niepełnosprawnością roszczeniowość. Z jednej strony lekarz musi więc być przygotowany na ewentualność takich zachowań, z drugiej jednak nie może uprzedzać się do pacjenta i mylnie interpretować jego nie zawsze zrozumiałe zachowania. Poza tym należy poddać refleksji i odróżnić słuszne roszczenia pacjenta od niezasadnych, wygórowanych oczekiwań. Poza tym cały czas pozostaje on pacjentem, więc nawet jego roszczeniowa postawa nie zwalnia lekarza z obowiązku profesjonalnego pokierowania interakcją, włączywszy w to skanalizowanie niezasadnych pretensji i oczekiwań [28].

Podobnie ważną umiejętnością jest pogodzenie uzyskania kluczowych informacji o stanie czy kompetencjach komunikacyjnych pacjenta, z nietraktowaniem ich infantylnie. Głuchy mężczyzna, surdopedagog z wykształcenia, pisze o pewnej sytuacji urzędowej: *Kiedy załatwiałem sprawy notarialne, osoba wykształcona, jaką jest notariusz, zapytała mnie wprost, czy umiem czytać, zatem ja odpowiedziałem, że nie tylko umiem czytać, ale także skończyłem studia. Bardzo to notariusza zawstydziło* (materiały z badań własnych). W świetle wiedzy o zróżnicowanych kompetencjach osób niesłyszących czy w ogóle klientów biura, pytanie notariusza było zasadne (mogło nawet uprawomocnić podejmowaną czynność prawną), jednak notariusz nie spowodowałby takiej atrybucji całej sytuacji, gdyby zastosował tryb czynności jak wobec każdego innego klienta. Jeśli jest zasadne, upewnienie się, czy klient nie ma problemów ze zrozumieniem czytanego tekstu, być może mogłoby być zdanie: „Przed podpisaniem dokumentu jako prawnik muszę zadać pytanie, czy klient nie będzie miał problemu z jego odczytaniem…". W podobnej sytuacji będzie także lekarz, uzyskujący zgodę pacjenta na zabieg czy podpis pod innym dokumentem.

Należy bezwzględnie pamiętać, że osoba z uszkodzonym wzrokiem lub słuchem będzie mogła mieć trudności z dotarciem do pewnych informacji,

np. o organizacji pracy w poradni, z dotarciem do gabinetu lekarskiego czy nawet ze zrozumieniem tego, co dzieje się w poczekalni. Najlepiej informację o tym, że taki pacjent wybiera się na wizytę lekarską, odnotować już w rejestracji i uprzedzić o tym lekarza, który powinien wyłowić taką osobę spośród oczekujących. Nie musi to oznaczać przyjęcia w pierwszej kolejności, ale przekazanie informacji, że w stosownej chwili pacjent zostanie poproszony do gabinetu. Do percepcji sytuacji w poczekalni przez osoby niesłyszące jeszcze powrócimy w dalszej części tekstu.

Szczegółowe wskazówki dotyczące komunikacji z pacjentem z uszkodzonym wzrokiem

Pacjenci z uszkodzonym wzrokiem – jeżeli nie przejawiają innych zaburzeń – zazwyczaj pozostają w dobrym kontakcie słownym, chętnie mówią i zadają pytania. Nie powinno to stanowić większej bariery dla lekarza. Liczyć się należy natomiast z pewnymi barierami we wzajemnej interpretacji komunikatów werbalnych i niewerbalnych.

Podstawową trudność dla kogoś, kto nie ma częstego kontaktu z takimi osobami, zwłaszcza niewidomymi, jest ograniczona wartość wymiany spojrzeń i ekspresji mimicznej. Kontakt wzrokowy jest bowiem podstawą komunikacji, co tu – w sposób oczywisty – jest utrudnione. Problemem mogą być zarówno oczy półprzymknięte, często z widocznymi ruchami gałek ocznych, mniej lub bardziej silnym oczopląsem, jak i zakładane często w celu ich ukrycia ciemne okulary. Osoby niewidome mają bardzo ograniczoną ekspresję mimiczną twarzy, co wydaje się oczywistą konsekwencją niewidzenia twarzy innych osób – wyrażających własne emocje – w okresie socjalizacji. U wielu z nich wypracowany został uśmiech, jednak nie jest on tak żywy i zróżnicowany jak u osoby bez problemów ze wzrokiem. Może być też odbierany jako wyraz twarzy nieadekwatny do treści rozmowy.

Czasem, nie widząc rozmówcy i jego rekcji, osoba niewidoma sprawia wrażenie wolniej reagującej na jego słowa. W rezultacie tego, rozmówca nie jest od razu pewien, czy został usłyszany lub zrozumiany, łatwo się jednak przyzwyczaić do tego niewielkiego przesunięcia czasowego.

Wrażliwy rozmówca może być zmieszany, gdy wypowiadając się, automatycznie używa słów dotyczących percepcji wzrokowej (np. „jak pani widzi", „obejrzy sobie to pani w domu", „do zobaczenia"). Nie stanowi to jednak problemu, gdy używamy tych słów jako związku frazeologicznego naturalnie występującego w języku. Same osoby niewidome będą też tak mówiły, np. „zobaczę, co da się zrobić".

Jednak gdyby istniała jakakolwiek wątpliwość, istotna np. z punktu widzenia diagnostycznego, należy się upewnić co do słów budzących dysonans. Lekarz może wtedy zaakcentować swoją wątpliwość, np. słowami „powiedziała pani…., chciałbym dobrze zrozumieć, czy…". Taka dociekliwość w przypadku roli lekarza jest jak najbardziej oczywista i uzasadniona, nie stanowi żadnego nietaktu.

Konieczność wzięcia pod uwagę sytuacji pacjenta mającego problem ze wzrokiem nakłania do specjalnego, uprzedzającego komunikowania (zapowiadania) kolejnych czynności czy zmian w sytuacji, aby mógł on wiedzieć, co się dzieje i nie być zaskakiwany, np. niespodziewanym dotykiem, zwłaszcza części ciała uznanych za intymne. Za takie należy uznać w przypadku osób niewidomych nawet szyję czy dłoń – w celach komunikacyjnych, np. zwrócenia uwagi (także osoby niesłyszącej) zaleca się dotknięcia ramienia lub przedramienia, najlepiej po uprzednim komunikacie: „Muszę teraz pana dotknąć, zaprowadzę pana za parawan, gdzie będzie mógł się pan rozebrać do badania". Stosowne jest uprzedzić: „Chcę przeprowadzić badanie; dotknę najpierw pani brzucha, a potem podbrzusza…". Podczas badania należy zadbać o stabilne usadzenie pacjenta, by np. pod wpływem reakcji na dotyk nie wykonał ruchu, który spowoduje, że spadnie ze stołka. Komentarzem należy opatrzyć odgłosy związane z innymi osobami czy przebiegiem badania, np.: „Właśnie pielęgniarka przyniosła środki opatrunkowe, zaraz opatrzę pani ranę, może trochę szczypać…", „Nie ma pan nic przeciwko temu, że w czasie wizyty będzie nam asystować student medycyny? Jest tu dzisiaj na praktykach", „Zostawiam teraz panią na chwilę samą w gabinecie, proszę chwilę poczekać" albo „Poczuje pan ucisk na ramieniu, a potem usłyszy syczenie. Będę mierzyć panu ciśnienie".

Dobrze jest więc zadbać o to, by w każdej chwili pacjent wiedział, co się dzieje i co się będzie działo oraz dać mu możliwości zachowania samodzielności. Należy odpowiednio pokierować wizytą, np. podprowadzając pacjenta lub wskazując mu miejsce, gdzie może usiąść, rozebrać się, choć nie należy traktować go protekcjonalnie i paternalistycznie. Osobie niewidomej należy naprowadzić dłoń na oparcie krzesła, by sama mogła na tym krześle usiąść, zapewnić, że jest za parawanem, gdzie może swobodnie rozebrać się. Jeśli gdzieś położy swoją białą laskę – nie przekładać jej w inne miejsce, chyba, że wyraźnie przeszkadza w przeprowadzeniu badania. Wtedy należy zapytać o możliwość jej przełożenia. Ważne, by niewidomy pacjent miał poczucie bezpieczeństwa i intymności, a jednocześnie wpływu na to, co robi (np. mógł samodzielnie rozebrać się i ubrać, choć przy dostrzeżeniu wyraźnych trudności można zapytać o potrzebę pomocy).

Jeszcze jednym aspektem budzącym wątpliwości jest wizyta pacjenta niewidomego z psem przewodnikiem. Obecność zwierzęcia w gabinecie lekarskim może budzić pewne wątpliwości, natomiast nie należy traktować tego jako powodu

bezwzględnego zakazu wprowadzania psa. O ile rzeczywiście nie stoi to w sprzeczności z przepisami sanitarnymi i charakterem gabinetu (np. gabinet zabiegowy) należy zwrócić uwagę przede wszystkim na to, że pies umożliwia osobie niewidomej samodzielne poruszanie się. Warto może jednak przytoczyć decyzję Okręgowego Sądu Lekarskiego w Krakowie. Sąd przyznał rację lekarzowi okuliście, który nie zgodził się na to, by niewidoma kobieta weszła do gabinetu na wizytę w towarzystwie psa asystującego. Decyzja ta została oprotestowana przez środowisko osób niepełnosprawnych i budzi kontrowersje, natomiast należy się liczyć z pewną granicą dopuszczalności obecności zwierząt w placówkach służby zdrowia [29]. Wobec nieuregulowania do końca takich spraw, a jednocześnie przy świadomości, jak ważna jest dla osób niewidomych kwestia swobodnego poruszania się z psem przewodnikiem, rozumiana w kategoriach poszanowania praw osób z niepełnosprawnością, warto przyjąć w takim przypadku podejście negocjacyjne i nie doprowadzać do konfliktu, tylko wytłumaczyć racjonalne względy, przemawiające za pozostawieniem psa poza gabinetem lub wyjątkowo przyjście do lekarza z przewodnikiem w postaci innej osoby. Z drugiej jednak strony lekarz powinien wiedzieć, że psy (dogoterapeuci) wprowadzane są obecnie nawet na oddziały szpitalne, towarzyszą także niewidomym masażystom w ich gabinetach.

Szczegółowe wskazówki dotyczące komunikacji z pacjentem z uszkodzonym słuchem

Osoby z uszkodzonym słuchem komunikują się w różny sposób, niestety często trudny do zrozumienia przez osoby słyszące, nieposiadające specjalnego przygotowania (np. podstawowej znajomości języka migowego). Najbardziej oczekiwany przez osoby słyszące sposób to mowa dźwiękowa (w przypadku głębszych ubytków słuchu rzadko spotykana na poziomie zrozumiałości umożliwiającym sprawną komunikację) oraz odczytywanie mowy z ust (złożona i trudna umiejętność, znacznie przeceniana przez słyszących, gdyż sprawne czytanie z ust nie pojawia się automatycznie wraz głuchotą – wiele osób niesłyszących nie posiada tej umiejętności oraz jest wiele czynników sytuacyjnych ograniczających jego skuteczność). Jeśli ten rodzaj komunikacji znany jest pacjentowi, wystarczy mówić do niego nieznacznie wolniej niż zwykle (aby mowa nie straciła naturalnego charakteru, gdyż może to tylko utrudnić jej odbiór), nieco głośniej (przyrost głośności odbieranego dźwięku jest nieproporcjonalnie mały do dźwięku nadawanego, mowa na granicy krzyku nie jest dobrym rozwiązaniem). Gdy zaczynamy mówić,

powinniśmy skierować uwagę osoby niesłyszącej na siebie. Pomocne może być wspomniane dotknięcie przedramienia, pomachanie ręką, uderzenie w stół (osoby niesłyszące ograniczają to do sytuacji, gdy chcemy zakomunikować coś naprawdę ważnego), czasem tupnięcie w podłogę. Ważniejsze jest, by znajdować się naprzeciwko pacjenta, nie zasłaniać ust, nie chodzić, gdy mówimy. Nie mówimy do pacjenta, będąc za jego plecami, np. podczas badania osłuchowego. Istotna jest też odległość – pacjent korzystający z aparatów słuchowych odbiera za ich pomocą głos osoby znajdującej się nie dalej niż w odległości 1-1,5 m [9]. Należy też liczyć się z tym, że mimo wszystko niektóre słowa mogą zostać źle odczytane. Dotyczy to najczęściej mylenia głosek dźwięcznych z bezdźwięcznymi (słowo „metal" może być odczytane jak „medal") lub pomijania głosek dźwięcznych. Lekarz podczas wizyty nie będzie miał czasu na dokonywanie takiej analizy, a więc dla pewności kluczowe słowa, np. nazwy leków, wskazywane adresy czy nazwiska specjalistów, należy zapisać na kartce. Nie można jednak ulec złudzeniu, że wszystko co zapisane na kartce, będzie zrozumiałe przez każdego niesłyszącego pacjenta. Wiele z tych osób może mieć duże problemy ze zrozumieniem tekstu, szczególnie dłuższego. Są to problemy gramatyczne podobne do barier, jakie mają obcokrajowcy w czytaniu tekstów w języku polskim. Jednocześnie nie można z góry traktować każdej niesłyszącej osoby jak analfabety, choć i z takimi osobami może mieć do czynienia lekarz, zwłaszcza wśród przedstawicieli starszego pokolenia. Obecnie nawet osoby z głębokim uszkodzeniem słuchu coraz częściej kończą studia, często wspierani przez tłumaczy języka migowego.

Spośród innych środków komunikacji niż porozumiewanie się werbalne i za pomocą pisma, niesłyszący korzystają właśnie z języka migowego (przy czym może to być zarówno naturalny język migowy głuchych, zwany PJM – polskim językiem migowym, albo sztuczny system językowo migowy – SJM, powstały z połączenia znaków języka migowego z polską gramatyką), alfabetu palcowego zwanego daktylografią, specjalnego systemu tzw. fonogestów uzupełniających mowę odczytywaną z ust [4, 8]. Pewne uzupełniające znaczenie mają rysunki czy piktogramy, ale nie jest to element porozumiewania się językowego. Może mieć znaczenie przy komunikowaniu się z osobami niesłyszącymi z obniżoną sprawnością intelektualną, chociaż tego typu elementy graficzne stanowią także cenne uzupełnienie materiałów informacyjnych dla osób niesłyszących dotyczących np. zalecanego z powodów medycznych trybu życia, organizacji dnia w szpitalu, wyróżnionych miejsc w ambulatorium itd. Takie materiały najlepiej zbudowane na zunifikowanym materiale graficznym (np. zob. system ok 7 tysięcy piktogramów ogólnie dostępnego systemu SCLERA – www.sclera.be) uzupełnione dodatkowo tzw. tekstem łatwym w czytaniu (*easy reading* – zob. PSOUU) mogą stanowić

cenną pomoc o uniwersalnym przeznaczeniu dla wszystkich pacjentów z utrudnioną komunikacją także z innych powodów (niepełnosprawność intelektualna, uszkodzony wzrok, znaczna dysleksja, autyzm czy zespół Aspergera, demencja i in., także wartościowa wskazówka dla obcokrajowców). Wybór sposobu komunikacji powinien należeć do pacjenta, z uwzględnieniem możliwości lekarza.

Bardzo istotne jest to, by pamiętać o wspomnianym już dużym zróżnicowaniu możliwości komunikacyjnych, niezależnym bezpośrednio tylko i wyłącznie od stopnia uszkodzenia słuchu. Pisze o tym niesłysząca młoda kobieta:

Dzięki mamie i jej uporowi, a także pewnie moim wrodzonym zdolnościom osiągnęłam w życiu wiele. Mówię i rozumiem mowę z ruchu ust. Skończyłam studia, potrafię samodzielnie żyć. Czasami problemem są wizyty u lekarza (choć nie u każdego), podczas których on nie rozumie mnie, a ja jego. Trudno mi też załatwić skomplikowane sprawy w urzędach czy porozumieć się z kimś za pomocą telefonu – mogę tylko wysyłać i odbierać sms-y. Czasem zastanawiam się, dlaczego moi niesłyszący koledzy czy koleżanki mówią gorzej i rozumieją mniej niż ja. Często w liceum czy na studiach musiałam załatwiać za nich różne sprawy i tłumaczyć im, co mają robić. Niektórzy z nich mają ode mnie lepszy słuch i wcześniej dostali aparat. Niektórzy kończyli szkoły specjalne dla niesłyszących, inni masowe. Są osoby z umiarkowanym niedosłuchem, które mówią słabiej i popełniają więcej błędów artykulacyjnych, a także mają uboższe słownictwo i słabiej radzą sobie w kontaktach z rówieśnikami niż osoby mające głęboki ubytek słuchu.

Warto zaznaczyć, że podstawowej pomocy może udzielić lekarz, korzystając nawet z prostych gestów, pokazywania czy dotykania części ciała, posługiwania się z mimiką, choć nie należy robić z badania „przedstawienia teatralnego". Myślę o naturalnym uzupełnieniu badania komunikacją niewerbalną.

Często jednak to nie wystarczy i można uznać to jedynie za działanie doraźne. W takim przypadku należy pomyśleć o pośrednictwie tłumacza języka migowego. Zdarza się, że rolę tę pełnią dzieci, rodzeństwo czy inni członkowie rodziny niesłyszącego pacjenta. Osoby słyszące, wychowujące się w rodzinie, gdzie są użytkownicy języka migowego (np. słyszące dzieci głuchych rodziców – tzw. CODA, *children od deaf adults*) są uznawani za najlepszych tłumaczy, choć i ich umiejętności w tym zakresie są różne. Tak czy inaczej niesłyszący pacjent powinien wyrazić zgodę na obecność innej osoby w czasie badania. Często jednak zdarza się, że sam przychodzi z osobami tłumaczącymi. Lekarza nie powinno dziwić, że czasem są to nawet 10-12-letnie dzieci. Stanowią one naturalne wsparcie językowe dla swoich rodziców. Zakres tego, w czym w czasie badania może uczestniczyć dziecko, musi ocenić także sam lekarz.

Oprócz wsparcia rodziny czy znajomych istnieją jednak również rozwiązania systemowe w tym zakresie. Osoba niesłysząca może skorzystać z nieodpłatnej pomocy tłumacza języka migowego. Pomocny będzie zawsze kontakt z lokalnym oddziałem Polskiego Związku Głuchych (PZG). Tam można też zasięgnąć informacji o potwierdzonych kwalifikacjach tłumacza, gdyż PZG prowadzi rejestry certyfikowanych tłumaczy. Nie wszystkie osoby „migające" posiadają bowiem wystarczającą biegłość w tym zakresie i od rodzaju rozwiązywanego problemu zależy, z czyjej pomocy możemy skorzystać.

Istnieją dwa rodzaje certyfikatów tłumaczy języka migowego:

- Certyfikat T1 tłumacza języka migowego – może uzyskać osoba, która wykazuje się: znajomością słownictwa podstawowego języka migowego (ok. 1 000 znaków), potrafi przetłumaczyć tekst o średnim poziomie trudności oraz umie nawiązać kontakt z osobą niesłyszącą [32];
- Certyfikat T2 biegłego tłumacza języka migowego – może uzyskać osoba, która wykazuje się: znajomością ok. 2 500 znaków, spełnieniem pozostałych wymagań certyfikatu T1 oraz teoretyczną wiedzą z zakresu surdologii (interdyscyplinarnej wiedzy o głuchocie) [33].

Certyfikat T2 upoważnia już do ubiegania się o posadę tłumacza przysięgłego, którym powinna być osoba znająca nie tylko język migowy, ale także kulturę i środowisko głuchych [32]. Taka biegłość jest niezbędna, gdy w grę wchodzą np. ekspertyzy sądowe czy inne decyzje o wysokim stopniu odpowiedzialności, gdy niewłaściwe zrozumienie pacjenta może nieść za sobą poważne skutki. W większości wizyt najczęściej nie ma potrzeby korzystania z pomocy tłumacza biegłego. Dobrymi tłumaczami mogą być także osoby z uszkodzonym słuchem, tzw. osoby dwujęzyczne, najczęściej słabosłyszące, znające i język polski (czytają z ust), i język migowy, przy czym takie umiejętności tłumaczy również poświadcza PZG.

Korzystając z pomocy tłumacza, należy zwracać uwagę, że naszym pacjentem pozostaje jednak osoba niesłysząca. Należy zwracać się w jej stronę i mówić bezpośrednio do niej. Błędem w komunikacji jest rozmawianie z tłumaczem o pacjencie, a nie z pacjentem za jego pośrednictwem. Nie należy się dziwić, że proste pytanie jest czasem tłumaczone dłużej przez tłumacza, czasem pomiędzy nim a osobą niesłyszącą nawiązuje się nawet mini-dialog. Może to być proces wyjaśniania czy uzgadniania pewnych znaczeń – to zupełnie naturalne.

Dobrym, nowoczesnym rozwiązaniem, stosowanym obecnie przez różne instytucje, banki, urzędy – a więc możliwym do zastosowania także w poradni – są urządzenia pozwalające skomunikować się na odległość z dyżurnym tłumaczem za pomocą łączy internetowych, gdy pojawia się niesłyszący klient lub pacjent. Jest to tzw. wideo tłumacz, którego zasady można poznać na stronie internetowej

Polskiego Związku Głuchych [34]. Warto zaznaczyć, że jeden z podanych przykładów dotyczy wykorzystania wideo tłumacza w aptece, co pokazuje przykładowy obszar jego zastosowań w opiece zdrowotnej.

Przedstawiając różne ograniczenia i różne możliwości w komunikacji z osobami niesłyszącymi, chciałabym, aby obraz, który powstaje, po pierwsze, nie infantylizował tych osób, po drugie, nie budował dodatkowych barier w świadomości lekarza. Osoby niesłyszące, jeśli nie mają dodatkowych ograniczeń umysłowych, co dotyczy tylko pewnej niewielkiej części tej populacji, wykazują się również otwartością i inteligencją w kontaktach z innymi ludźmi i nie ma powodów do obaw, że przy dobrej woli dwóch stron – pacjenta i lekarza – osoby te nie „dogadają się". Pozostaje tylko wspomniana kwestia pogłębienia tego kontaktu przy potrzebie dotarcia do bardziej złożonych informacji. Po drugie bardzo istotne jest przede wszystkim empatyczne wczucie się w rolę osoby niesłyszącej, dla której trudniejsze niż kontakt z lekarzem może być samo dotarcie do gabinetu, o czym już wcześniej wspomniano. Chcąc pozostawić czytelnika z taką empatyczną refleksją raz jeszcze chciałam zacytować słowa samej niesłyszącej osoby, by pokazać sytuację z jej punktu widzenia. Warto zaznaczyć, że to opis studentki, stosunkowo dobrze znającej język polski (tekst po niewielkiej korekcie), z czego widać, że mimo dobrej komunikacji pisemnej, bariera w porozumiewaniu się słownym w codziennych sytuacjach jest nadal duża. Niesłysząca kobieta pisze:

U lekarza w kolejce wielką trudność sprawia zwykłe pytanie „kto jest ostatni w kolejce?" Sama miałam taką sytuację. Moim największym wrogiem jest poradnia lekarska. Jak przychodziłam do lekarza, nie umiałam tak od razu zapytać kto jest ostatni w kolejce? Najpierw muszę usiąść i przyglądam się, kto trzyma przy sobie numerek. Jeśli zauważyłam numerek, wiedziałam, że ktoś jest za mną. Zaczynałam pytać i pokazałam palcem do drzwi (pokoju lekarskiego) i powiedziałam „numer, a ja mam" (pokazuję mój numer), a ludzie już się zorientowali, że jestem osobą niesłyszącą. Bez problemu też pokazali palcem, kto jest przed mną. A czasami u lekarza tylko wyczytywane jest nazwisko. Tego nie będę mogła słyszeć. Teraz idę od razu do lekarza i pokazuję kartę chorobową z nazwiskiem, mówiąc „moje". Lekarz orientuje się. Jak już jest moja kolejka, a lekarz stara się przyjść na korytarz, szuka mnie, pokazując „chodź" głową. Czasami zatrzymuje dla mnie pierwszą kolejkę (materiały z badań własnych).

Pokazana scena ukazuje nie tylko zagubienie, którego osoba taka doświadcza, ale i sposoby, jakimi próbuje rozwiązać sytuację. Widać także, jak lekarz nieznający języka migowego „uczy się" swojej pacjentki i jak wspólnie próbują rozwiązać sytuację. Jest to naprawdę możliwe przy okazaniu empatycznej troski o trochę „innego" pacjenta.

Podsumowanie

Niniejszy rozdział miał za zadanie ukazanie złożoności problemów komunikacyjnych w kontaktach z pacjentami z zaburzeniami sensorycznymi. Celowo zestawiono uszkodzenia wzroku i słuchu, gdyż jako niepełnosprawności związane z uszkodzeniami zmysłów często bywają ujmowane wspólnie, a jak widać – będą generować zupełnie inne problemy praktyczne. W części pierwszej ukazano bardzo dużą różnorodność szczegółowych grup pacjentów, wyróżnionych ze względu na ograniczenia i możliwości funkcjonalne. Lekarz musi zdawać sobie z nich sprawę, gdyż będą często zmieniać ogólny, stereotypowy obraz pacjenta z takimi zaburzeniami. I powinny naruszać zbudowane stereotypy, gdyż tylko indywidualne podejście do jego problemów pozwoli na faktyczne poznanie jego możliwości i ograniczeń, jak i skuteczną komunikację. W rozdziale przedstawiono przede wszystkim pewne ogólne wskazówki dotyczące pacjentów z niepełnosprawnością w ogóle, gdyż to już sama niepełnosprawność tworzy specyficzną sytuację pacjenta, związaną z jej akceptacją lub jej brakiem; z nabyciem pewnych umiejętności kompensujących niepełnosprawność (w tym – kompetencji komunikacyjnych) – lub nie; z otwartą i aktywną postawą wobec życia bądź wycofaniem. Wskazano również na często sygnalizowany problem roszczeniowości osób niepełnosprawnych, który jednak także wymaga zrozumienia i nie może stać się kolejnym stereotypem budującym bariery pomiędzy lekarzem a pacjentem.

Przedstawiono również wskazówki bardziej specyficzne, związane zarówno z komunikowaniem się z osobami z niepełnosprawnością wzrokową, jak i słuchową. Dowodzą one zupełnie innych problemów praktycznych, mam jednak nadzieję, ze pozwalają również dostrzec szerokie spektrum obszaru poszukiwania rozwiązań na potrzeby konkretnego pacjenta, konkretnego lekarza i konkretnej sytuacji problemowej. Ważne w tym zakresie pozostają opracowane alternatywy komunikacyjne i różnego rodzaju pomoce techniczne, ale nadal jednym z najważniejszych „narzędzi" komunikacji pozostaje sam człowiek i jego empatyczne otwarcie na innego. Także na „innego" innego.

Piśmiennictwo

1. Kambaskovic D., Wolfe Ch. T. (brw), *The Senses in Philosophy and Science: From the nobility of sight to the materialism of touch*, https://www.academia.edu/3146325/ The_Senses_in_Philosophy_and_Science_From_the_nobility_of_sight_to_the_materialism_of_touch, data pobrania 2.03.2016.

2. Międzynarodowa ICD-10, Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, polska wersja językowa ICD-10. International Classification of Diseases, 2008, http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICD10TomI.pdf, data pobrania 2.03.2016.
3. ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia, CSIOZ, http://www. csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_ version.pdf, data pobrania 2.03.2016.
4. Krakowiak K., *Typologia uszkodzeń słuchu i osób nimi dotkniętych,* (w:) Grabias S., Kurkowski M. (red.), *Logopedia. Teoria zburzeń mowy*, Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2012, 215-248.
5. Eckert U., *Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika,* (w:) Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*, Wyd. UAM, Poznań 1997, 150.
6. Gałkowski T., Jastrzębowska G., *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, (red.), Wyd. Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1999.
7. Perier O., *Dziecko z uszkodzonym narządem słuchu*, WSiP, Warszawa 1992.
8. Szczepankowski B., *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Kraków 1999.
9. Szczepankowski B., *Wspomaganie rozwoju dziecka niesłyszącego. Audiofonologia pedagogiczna*, Wyd. UKSW, Warszawa 2009.
10. Adamowicz-Hummel A., *Posługiwanie się wzrokiem przez dzieci słabo widzące*, (w:) Jakubowski S. (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*, MEN, Warszawa 2001, 15-34.
11. Majewski T., *Tyflopsychologia rozwojowa*, PZN, Warszawa 2002.
12. Paplińska M., *Konsekwencje wynikające z braku wzroku,* (w:) Paplińska M. (red.), *Edukacja równych szans. Uczeń i student z dysfunkcją wzroku – nowe podejście, nowe możliwości*, Wyd. UW, Warszawa 2008, 12-19.
13. Gałkowski T., *Przestrzenne i ruchowe komponenty komunikacji z dziećmi głuchymi*, Polski Komitet Audiofonologii, Warszawa 1998.
14. Skarżyński H., Mueller-Malesińska M., Wojnarowska W., *Klasyfikacje zaburzeń słuchu*, „Audiofonologia", 1997, 10, 49-60.
15. Śliwińska-Kowalska M., *Audiologia kliniczna*, Mediton, Łódź 2005.
16. Prasałek B., *Starczowzroczność, czyli presbiopia*, Portal: poradnik zdrowie.pl, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/oczy/starczowzrocznosc-czyli-presbiopia_33545.html, data pobrania 3.03.2016.
17. Zaorska M., *Głuchoniewidomi w Polsce: specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja*, Wyd. UWM, Olsztyn 2002.
18. Kresa M., *Uniwersytet Warszawski – porada językowa*, (w:) *Słownik Języka Polskiego PWN*, Copyright 1997-2014, WN, PWN SA [online], http://sjp.pwn.pl/, data pobrania 2.03.2016.
19. Plann S., *A Silent Minority: Deaf Education in Spain, 1550-1835*, „The American Historical Reviews", University of California Press, 1997.
20. Podgórska-Jachnik D., *Głusi. Emancypacje*, Wyd. Naukowe WSP w Łodzi, Łódź 2013.
21. Czerw A., Religioni U., Matuszna A., i wsp., *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health", 2012, 47, 3, 247-253.

22. Cohen J., *Praktyczny poradnik savoir-vivre wobec osób niepełnosprawnych*, Wyd. polskie, tłum. na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, adaptacja: Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, https://www.power.gov.pl/media/13600/prak-tyczny-poradnik- savoir-vivre-wobec-ON.pdf, data pobrania 11.01.2016.
23. Bacelewska D., *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*, Wyd. „Śląsk", Katowice 2005.
24. Gorczycka E., *Psychologiczne i społeczne uwarunkowania aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych,* (w:) *Aktywizacja Zawodowa Osób Niepełnosprawnych*, KIGR, Warszawa 2005, 47.
25. Karnafel W., *Przewlekłe powikłania cukrzycy – patogeneza, implikacje kliniczne*, „Przewodnik Lekarza", 2000, 9, 61-68.
26. Kapica-Topczewska K., Snarska K., Bachórzewska-Gajewska H., Drozdowski W., *Powikłania neurologiczne cukrzycy*, „Terapia", 2010, 3, 236, 56-61.
27. *Niepełnosprawni. Normalna sprawa*. *Raport Integracji*, Fundacja „Polska bez barier" i Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji, Warszawa 2001, 33-34.
28. Podgórska-Jachnik D., *Autorytarne i dialogowe wzorce komunikacji nauczyciel–rodzice w praktyce wychowawczej*, (w): Błachnio A., Drzewowski M., Schneider M., Maliszewski W. J. (red.), *Interakcje komunikacyjne w edukacji z perspektywy sytuacyjności i kontekstowości znaczeń*, Wyd. Adam Marszałek, DSW, Wrocław 2008.
29. Agaciak A., *Pies przewodnik w gabinecie lekarskim niemile widziany*, Portal internetowy Dziennik Polski, 17 grudnia 2014, http://www.dziennikpolski 24.pl/artykul/3686680,pies-przewodnik-w-gabinecie-lekarskim-niemile-widziany,id,t.htmlhttp://www.dziennikpolski24.pl/artykul/3686680,pies-przewodnik-w-gabinecie-lekarskim-niemile-widziany,id,t.html, data pobrania 20.01.2016.
30. *Pictograms, visualizations & education*, Portal Sclera npo, http://www.sclera. be/en/vzw/home, data pobrania 20.01.2016.
31. *Tekst łatwy do czytania*, Portal Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, http://www.psouu.org.pl/publikacje-wai, data pobrania 20.01.2016.
32. Procedury certyfikacji tłumaczy języka migowego w zakresie systemu językowo migowego, Certyfikat T1. Polski Związek Głuchych, http://www.pzg.org.pl/ rokdownloads/SC/T1.pdf, data pobrania 20.01.2016.
33. Procedury certyfikacji tłumaczy języka migowego w zakresie systemu językowo migowego. Certyfikat T2. Polski Związek Głuchych, http://www.pzg.org.pl /rokdownloads/SC/T2.pdf, data pobrania 20.01.2016.
34. *Tłumacz języka migowego. Wideotłumacz w praktyce*, Portal Wideotłumacz, http://wideotlumacz.pl/2-wideotlumacz/21-tlumacz-jezyka-migowego-w-praktyce, data pobrania 20.01.2016.

Anna Wojnarska, Renata Zubrzycka

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

Wstęp

Efektywna komunikacja z pacjentem jest niezbędnym elementem zarówno etapu diagnozy, jak i procesu leczenia. W koncepcji fenomenologicznej podstawowym założeniem jest, zdaniem Rogersa, bezwarunkowo pozytywny stosunek do klienta oparty na empatii. Człowiek chory powinien być traktowany jako całość somatopsychiczna. Definicja zdrowia według WHO *(World Health Organization)* określa je jako *pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny*. Zależności pomiędzy somą a psyche mają charakter sprzężenia zwrotnego, co podkreślają psycholodzy oraz reprezentanci medycyny humanistycznej [1].

Komunikacja odgrywa duże znaczenie w regulowaniu relacji społecznych, ponieważ poprzez komunikaty wywieramy określony wpływ na otoczenie i sami podlegamy temu wpływowi. W procesie leczenia podkreśla się terapeutyczny i leczący aspekt efektywnej komunikacji. Dzieci przygotowywane do operacji poprzez rozmowy lub zabawę lepiej znosiły lęk związany z zabiegiem i szybciej wracały do zdrowia. Okazuje się, że dzieci – podobnie jak dorośli – interesują się informacjami dotyczącymi ich leczenia, brak informacji odbierają jako stres o sile traumy. Nawet w przypadku małych pacjentów, cierpiących z powodu chorób onkologicznych ze złym rokowaniem, rzetelna informacja przynosiła im dużą ulgę [2].

Znaczenie komunikacji społecznej w relacjach personel medyczny – pacjent

Efektywna komunikacja w relacjach personel medyczny – pacjent oznacza, że przekaz od nadawcy dokładnie odzwierciedla jego intencję, a odbiorca interpretuje przekaz w ten sam sposób jak nadawca. Ten typ komunikatów powinien być ważną składową procesu leczenia, ponieważ podmiotowe traktowanie pacjenta daje szansę na zaktywizowanie jego zasobów psychicznych w walce z chorobą. W sytuacjach ekstremalnych zapewnia mu godność w zmierzeniu się z nieuleczalną chorobą oraz dolegliwościami leczenia. Dodatkowo minimalizuje wtórny wpływ na przebieg leczenia czynników psychicznych, takich jak: lęk, apatia, agresja oraz poczucie podporządkowania i utraty indywidualności.

M. Jarosz [3] sformułował kilka postulatów dla realizacji skutecznej komunikacji werbalnej pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, w których zaleca:

- zwracanie się bezpośrednio do pacjenta;
- aktywne słuchanie jego relacji;
- zadawanie dodatkowych pytań;
- kontakt wzrokowy, reagowanie na stan emocjonalny pacjenta;
- dostosowanie języka do możliwości odbiorcy;
- udzielanie niezbędnych informacji.

Niestety, w praktyce te zalecenia bardzo często nie są realizowane i w relacji personel medyczny – pacjent pojawiają się błędy jatrogenne, takie jak: brak lub zbyt mało informacji, niekomunikatywny język – fachowe, obce terminy, wykorzystywanie dominacji nad pacjentem i traktowanie go jako przypadek, a nie jako osobę. Proces diagnozy opiera się w dużym stopniu na wywiadzie z pacjentem i dlatego w jego przebiegu należy unikać przede wszystkim: oceniania, krytykowania, dawania fałszywych obietnic, grożenia, okazywania zniecierpliwienia, pomniejszania i ośmieszania, zawstydzania, przedwczesnych interpretacji, niepotrzebnego uspokajania [4].

Warunki efektywności komunikacji niewerbalnej sformułował Kępiński, który na podstawie długoletnich doświadczeń stwierdził, że idealny obserwator łączy podejście humanistyczne z biologicznym, przekrój poprzeczny z podłużnym. Oznacza to, że nasze ciało reaguje na historię doświadczeń psychicznych, a te przeżycia pozostawiają trwały ślad w wyglądzie i zachowaniu. Najczęściej w kontaktach interpersonalnych skupiamy się na mimice i gestykulacji, przy czym szczególne znaczenie posiada twarz, która jest najbardziej „nagim" elementem naszego ciała [5].

Nowoczesna medycyna nie sprzyja wykorzystywaniu komunikacji niewerbalnej w procesie leczenia. Technicyzacja diagnozowania i leczenia powoduje, że

osobisty kontakt z pacjentem jest bardzo ograniczony i brakuje sposobności do obserwacji jego zachowania. Nadmiar obowiązków spoczywających na lekarzach i pielęgniarkach jest przyczyną braku uwagi poświęcanej zachowaniu się pacjenta. Brakuje również samoświadomości w zakresie własnych komunikatów niewerbalnych, które mogą nasilać lęk u pacjentów. Alternatywą dla niekorzystnego przedmiotowego traktowania chorego miała być instytucja lekarza rodzinnego, ale przy braku rozwiązań systemowych nie spełniła oczekiwań [3, 5, 6].

Kolejnym warunkiem sprzyjającym skutecznej komunikacji okazują się cechy osobowości personelu medycznego. Cechy, które korelują pozytywnie z poczuciem zadowolenia pacjentów z leczenia i jego większą skutecznością to:

- umiarkowany poziom empatii pielęgniarek [7];
- brak dominowania nad badanym, umiarkowany dystans;
- bezpośredniość, ufność, giętkość, opanowanie, równowaga emocjonalna;
- nonkonformizm, niepodatność na stereotypy;
- kompetencja zawodowa [8];
- rozumiejący, wrażliwy, plastyczny stosunek do pacjenta [3].

Jako, że komunikacja jest procesem dwukierunkowym, dlatego kolejną ważną determinantą są uwarunkowania indywidualne ze strony pacjentów. Longo [9], analizując model poszukiwania informacji przez pacjentów, wskazuje, że istotne znaczenie mają:

- czynniki socjoekonomiczne i demograficzne, wykształcenie;
- postawa wobec choroby;
- historia chorób w rodzinie;
- aktywność lub bierność w poszukiwaniu informacji;
- poczucie kontroli.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na skuteczność komunikowania jest rola kontekstu sytuacyjnego. Zdaniem pacjentów dyskrecja i brak udziału osób trzecich podczas badania pomaga w tworzeniu relacji podmiotowej i utwierdza ich w poczuciu sprawczości. Szczególnego taktu wymagają sytuacje, gdy podczas badania są obecni studenci. Sytuacje takie wymagają bezwzględnej zgody chorego. Dla dzieci ważne okazują się inne składowe kodu kontekstowego, takie jak: kolorystyka pomieszczeń, ubiór personelu medycznego, obecność zabawek.

Istnieje duże zapotrzebowanie na informację – 50% pacjentów chce informacji wyczerpujących, jednak 30 % mniej szczegółowych, zaś 10% nie chce nic wiedzieć. Najbardziej pożądane informacje to: rozpoznanie i ogólny stan zdrowia, przyczyny choroby, rokowanie i przebieg leczenia, skutki choroby [3].

W praktyce medycznej pojawiają się liczne specyficzne wyzwania wobec personelu medycznego. Często to właśnie personel medyczny informuje o istnieniu

choroby, niepomyślnym rokowaniu i konieczności bolesnego i uciążliwego leczenia. Kwestia pierwszej informacji jest bardzo ważna, ponieważ od sposobu jej przekazania zależy reakcja pacjenta i potem jego stosunek do procesu leczenia. Szczególnie trudnymi sytuacjami są te, w których informacja dotyczy dziecka, również tego nowonarodzonego. W ostatnich latach pojawiła się też potrzeba opracowania strategii prowadzenia rozmów z pacjentem terminalnym w celu wsparcia go w doświadczaniu śmierci [2, 6, 10].

Warto nadmienić, że już stosunkowo dawno pojawiły się próby modyfikowania postaw lekarzy wobec pacjentów. Już w latach 50. XX wieku Balint postulował podejście skoncentrowane na pacjencie, które okazało się mało ekonomiczne i zastąpiono go w 1965 roku podejściem skoncentrowanym na relacji lekarz – pacjent [3]. Kępiński był zdecydowanym zwolennikiem zmiany perspektywy wobec pacjenta z przyrodniczej na bardziej humanistyczną [5].

Pojawia się zatem pytanie, jakie powinny być strategie doskonalenia umiejętności komunikacyjnych personelu medycznego. Jarosz [3] postulował, aby w trakcie studiów medycznych były przeprowadzane treningi interpersonalne, które współcześnie posiadają wiele różnych wersji, jak np. doskonalenie empatii, trening umiejętności społecznych. Rozwiązaniem byłoby zwiększenie udziału psychologów klinicznych w procesie leczenia poprzez konsultacje, a nawet tworzenie interdyscyplinarnych zespołów. Współczesna technika również może okazać się użyteczna w doskonaleniu prowadzenia rozmów z pacjentem. Przykładem może być program VOSCE (*The Virtual Objective Structured Clinical Exam),* który poprzez symulację sytuacji badania pozwala uświadomić studentom medycyny błędy w komunikacji, zlikwidować je i usprawnić własne umiejętności [11].

W podejściu holistycznym należy pamiętać o znaczeniu zmiennych psychologicznych dla procesu leczenia. Postawy personelu medycznego powinny stymulować aktywny udział pacjentów w procesie leczenia , który przejawia się w zainteresowaniu przyczynami, przebiegiem i rokowaniem choroby, a także świadomym przestrzeganiem zaleceń. W przypadku małych dzieci, a także osób z niepełnosprawnością intelektualną, niebagatelną rolę odgrywa współpraca z rodziną. Zaangażowanie osób bliskich obniża lęk pacjenta i uruchamia rezerwy emocjonalne, które pomagają mu radzić sobie z sytuacją stresową związaną z chorobą i procesem leczenia [1, 12].

Charakterystyka kompetencji komunikacyjnych osób z niepełnosprawnością intelektualną

Definiowanie upośledzenia umysłowego ma historię sięgającą początku ubiegłego stulecia. Od tego czasu wielokrotnie modyfikowano zarówno kryteria określające omawiane zjawisko, jak i terminologię mu odpowiadającą. Wokół trafności proponowanych terminów toczyły się burzliwe dyskusje, w ich rezultacie stosowany dotychczas powszechnie termin „upośledzenie umysłowe" *(mental retardation)* został zastąpiony pojęciem „niepełnosprawność intelektualna" *(intellectual disability)*, aczkolwiek w naukach medycznych nadal można spotkać ich zamienne stosowanie. W psychologii i pedagogice zmiana nazewnictwa ma na celu odejście od stygmatyzowania osób niepełnosprawnych intelektualnie (NI) i zwrócenie uwagi na wewnętrzne zróżnicowanie tej grupy pod względem możliwości rozwojowych. Zaakcentowane są również konspekty kulturowe i środowiskowe funkcjonowania tych osób ze szczególnym uwzględnieniem akceptacji społecznej osób NI.

W Polsce powszechnie uznawaną i stosowaną jest definicja sformułowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV) [13], która określa upośledzenie umysłowe jako: *istotnie niższy niż przeciętny ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego (kryterium A), któremu towarzyszą istotne ograniczenia w funkcjonowaniu przystosowawczym, przynajmniej w zakresie dwu spośród wielu takich sprawności jak: komunikowanie się słowne, porozumiewanie się, samoobsługa (troska o siebie), radzenie sobie w obowiązkach domowych, sprawności interpersonalne, korzystanie ze środków zabezpieczenia społecznego, kierowanie sobą, zdolności szkolne, praca, sposoby spędzania wolnego czasu, troska o zdrowie (kryterium B)*. Warunkiem spełniającym kryterium C jest wystąpienie niższego poziomu funkcjonowania społecznego oraz ograniczeń w zachowaniu przystosowawczym przed ukończeniem 18 lat [13].

Amerykańskie Towarzystwo do Badań nad Upośledzeniem Umysłowym (*American Association on Mental Retardation* – AAMR) [14] nieco zwięźlej określa niepełnosprawność intelektualną jako *charakteryzującą się znacznym ograniczeniem zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i zachowań przystosowawczych, które wyrażają się w umiejętnościach poznawczych, społecznych i praktycznych. Niepełnosprawność ujawnia się przed 18 rokiem życia*. Obydwie definicje akcentują równoważność konsekwencji dysfunkcji intelektualnych i zaburzeń przystosowawczych w funkcjonowaniu osób dotkniętych niepełnosprawnością intelektualną – zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.

Badania dotyczące sprawności komunikacyjnych osób z istotnie obniżoną inteligencją przez wiele lat koncentrowały się na aspektach językowych i dotyczyły artykulacji, czyli umiejętności realizacyjnych mowy i/lub umiejętności użytkowania języka w kontekście społecznym [15, 16]. W zakresie badań nad artykulacją stwierdzono wysokie wskaźniki częstości występowania wad wymowy wahające się od 10% do nawet 90%, zależnie od stopnia niepełnosprawności intelektualnej. Początkowe analizy formalne kompetencji językowych i semantyczno-syntaktyczne zostały w latach 80. i 90. zastąpione analizami bardziej pragmatyczno- funkcjonalnymi, które oprócz kompetencji językowych analizowały kompetencje komunikacyjne, czyli umiejętność nabywania i posługiwania się językiem w sposób skuteczny, adekwatny i społecznie akceptowany, stosownie do kontekstu [17, 18].

Zależności między rozwojem językowym a rozwojem intelektualnym są dość złożone. We wczesnych okresach życia dziecka rozwój intelektualny jest stosunkowo niezależny od rozwoju mowy, szczególnie w stadium myślenia sensoryczno-motorycznego [19, 20]. Później jednak w stadium operacji konkretnych i formalnych rozwój intelektualny staje się coraz bardziej zdeterminowany językowo. Niski iloraz inteligencji nie musi powodować zaburzeń w rozwoju mowy, jednak bardzo często ten sam czynnik etiologiczny może być przyczyną zarówno zaburzeń mowy, jak i myślenia [21]. Wydaje się zatem słuszne przyjęcie tezy o sprzężeniu zwrotnym pomiędzy rozwojem językowym i intelektualnym. Zaburzenia rozwoju mowy mogą być jednym z objawów opóźnionego rozwoju intelektualnego, ponieważ utrudniają rozwój myślenia słowno-pojęciowego. Zdaniem Szumieniewicz aż 50% przypadków wad wymowy u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną wynika z istnienia uszkodzeń organicznych ośrodkowego układu nerwowego. Pozostałe przyczyny to zaburzenia czynnościowe związane z neurofizjologią, takie jak: duża męczliwość, zaburzenia w tworzeniu połączeń funkcjonalnych, patologiczna bezwładność procesów nerwowych, brak integracji między czynnościami ruchowymi a intelektualnymi oraz przyczyny psychogenne związane z emocjami i środowiskiem [16]. Dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej często nie manifestują wyraźnych deficytów o podłożu konstytucjonalnym takich jak uszkodzenia CUN (Centralnego Układu Nerwowego) lub wady w budowie i fizjologii narządów artykulacyjnych, natomiast pochodzą właśnie z takich ubogich w stymulacje środowisk [22]. Takie czynniki zewnętrzne jak brak podniet do mówienia, nadmiar bodźców słownych, nieodpowiednie wzorce, niewłaściwe reakcje otoczenia na pierwsze wypowiedzi dziecka powodują obniżenie kompetencji komunikacyjnych. Przedszkole i szkoła nie będą w stanie skompensować braków rozwojowych, które pojawiają się we wczesnym dzieciństwie w okresie krytycznym nabywania języka [23].

Badania oparte na założeniach psycholingwistyki wykazały, że w rozwoju dzieci niepełnosprawnych intelektualnie pewne stadia są nadmiernie rozciągnięte

w czasie , co dotyczy np. fazy przedjęzykowej. Jednocześnie następstwo stadiów rozwoju języka i myślenia jest takie samo jak u dzieci o typowym rozwoju intelektualnym. Różnice są głównie jakościowe, manifestujące się wolniejszym tempem rozwoju, dłuższymi stadiami oraz zatrzymaniem rozwoju na poziomie co najwyżej operacyjnym konkretnym [24]. O wiele później pojawiają się pierwsze słowa, umiejętności konstruowania poprawnych gramatycznie wypowiedzeń są ograniczone oraz pojawiają się niekorzystne dysproporcje w zakresie używanych części mowy [17]. W zakresie kompetencji narracyjnej stwierdzono również znaczne opóźnienie, ale z wyraźną tendencją do wzrostu, która była zdeterminowana wiekiem życia, płcią, sprawnościami percepcyjno-motorycznymi [25]. Natomiast w zakresie posługiwania się umiejętnościami językowymi w piśmie okazuje się, że tu również obserwowalny jest progres, ale teksty osób z NI wykazują niższy poziom w porównaniu z rówieśnikami w normie intelektualnej w zakresie kompozycji, składni, długości i zasobu słownictwa [26].

Tabela 1. Charakterystyka rozwoju językowego osób z NI
(opracowanie własne na podstawie literatury [27, za 28])

Stopień niepełnosprawności intelektualnej	**Charakterystyka mowy**
LEKKA	– opóźniony rozwój mowy: pojedyncze wyrazy do 3. r. ż. – zdania w 5. r. ż. – trudności z formułowaniem wypowiedzi – agramatyzmy – częste wady wymowy – mały zasób słownictwa
UMIARKOWANA	– znacznie opóźniony rozwój mowy: pojedyncze wyrazy ok. 5. r. ż. – zdania ok. 7. r. ż. – używa prostych zdań – liczne agramatyzmy – wymowa wadliwa, niewyraźna, ograniczony zasób słownictwa, brak pojęć abstrakcyjnych.
ZNACZNA	– głębokie opóźnienie rozwoju mowy: pojedyncze wyrazy w wieku szkolnym – często nie buduje zdań – wypowiada się monosylabami lub jednym wyrazem (ew. używa zdań prostych) – brak odmiany przez przypadki – bełkotliwa mowa – minimalny zasób słownictwa
GŁĘBOKA	– mowa niewykształcona – opanowuje 2-3 wyrazy – rozumie kilka prostych poleceń

Warto podkreślić, że obok kompetencji lingwistycznych istotną rolę w porozumiewaniu się osób z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza tych z głębszym stopniem niepełnosprawności, pełnią pozawerbalne formy komunikacji. Według Ferris-Taylor [za 29] komunikacja dotyczy *transmisji myśli między osobami, niezależnie od metody jej przekazania*. Taki sposób rozumienia komunikacji zakłada, że aktywizuje się ona nie tylko przez język, ale też przez naturalne gesty, ekspresję twarzy, kontakt wzrokowy, wspomagające metody komunikacji, takie jak: systemy znaków lub systemy obrazkowe. Niezaspokojone potrzeby ludzi z ograniczeniami w zakresie komunikacji werbalnej mogą być wyrażone przez różne formy behawioralne. W przypadku dzieci pochodzących ze szczególnie niekorzystnych stymulacyjnie środowisk związki pomiędzy komunikacją niewerbalną i werbalną są silniejsze. Pojawia się wówczas tendencja do posługiwania się werbalnym kodem ograniczonym, który nie wystarcza do efektywnej komunikacji, dlatego gestykulacja i intonacja stają bardzo ważnymi elementami wspierającymi.

Abbeduto i Hesketh [30] dokonali metaanalizy licznych badań na ten temat, zwracając uwagę na złożoność kompetencji pragmatycznych u niepełnosprawnych intelektualnie i na dowody świadczące o tym, że nie wszystkie składowe są u nich rozwinięte słabiej niż u osób w normie intelektualnej. Badania wykazały, że wyraźne deficyty są obserwowalne w zakresie rozwoju kodów niewerbalnych, organizacji konwersacji, a szczególnie przestrzegania reguł kolejności, ekspresji i rozumienia aktów mowy, rozumienia kontekstu, oceny rozumienia komunikatu i wyboru tematów. Z większym sukcesem osoby NI komunikowały się z osobami bliskimi, być może ze względu na ich większe dostosowanie się do poziomu możliwości niepełnosprawnego intelektualnie. Wyznacznikiem lepszego komunikowania się z otoczeniem były także wymagania poznawcze sytuacji: im bardziej była ona znana i typowa, tym większy był sukces w posługiwaniu się regułami komunikacyjnymi. Abbeduto we współpracy z innymi badaczami podkreśla, że zagadnienie kompetencji komunikacyjnych osób z NI wymaga dalszych wnikliwych eksploracji, opartych głównie na metodach eksperymentalnych [30-33].

W procesie komunikowania się osób NI ważną rolę odgrywa komunikacja alternatywna i wspierająca , która najczęściej jest stosowana wobec osób NI nie posługujących się mową lub posługujących się nią w stopniu ograniczonym. Polega ona na stosowaniu systemu znaków: manualnych (język migowy, język Makaton), graficznych (symbole Blissa, piktogramy, program MÓWIK) oraz przestrzenno- dotykowych (klocki słowne Premacka, alfabet Lorma). Systemy te pozwalają budować wypowiedzi wykorzystujące podstawowy zasób słownika, ale z uwzględnieniem zasad gramatyki. Warunkiem skutecznego wykorzystania komunikacji alternatywnej i wspierającej jest osiągnięcie przez osobę NI poziomu gotowości do komunikowania

się w postaci motywacji do komunikowania się, umiejętności naśladowania, zapamiętywania i odtwarzania wzorców ruchowych (w tym wypadku wymagany jest odpowiedni poziom dojrzałości motorycznej) [34].

Reasumując, należy podkreślić, że możliwości komunikacyjne NI są zróżnicowane ze względu na ich poziom rozwojowy, zdolności percepcyjno-motoryczne i kontekst społeczny.

Wsparcie komunikacji pacjenta z niepełnosprawnością intelektualną

Status zdrowotny osób z niepełnosprawnością intelektualną określa się zazwyczaj jako niższy w odniesieniu do ogólnej populacji. Badania wskazują, że deficyty wymagające interwencji medycznej dotyczą najczęściej: uszkodzeń wzroku i słuchu, higieny jamy ustnej, dolegliwości bólowych, epilepsji, zaparcia, niedożywienia, otyłości, zaburzeń psychicznych, refluksu żołądkowo-przełykowego, problemów układu immunologicznego, osteoporozy, chorób tarczycy, wnętrostwa jąder i hipogonalizmu [35, 36].

Diagnoza i terapia pacjentów z NI stanowi zatem wyzwanie dla specjalistów z wielu obszarów medycyny, a prawidłową komunikację miedzy personelem medycznym a tą specyficzną grupą chorych należy uznać za istotny czynnik warunkujący efektywność powyższych procesów.

Wsparcie komunikacji osób z niepełnosprawnością odbywa się w środowiskach, gdzie wykwalifikowany personel ma odpowiednie kompetencje w tym zakresie. Nie zawsze jednak rozumienie jej znaczenia współwystępuje z konsekwentną realizacją wspierających działań w praktyce [28]. W południowej Irlandii przeprowadzono badania personelu opiekującego się dorosłymi osobami z niepełnosprawnością intelektualną w ramach różnorodnych form opieki instytucjonalnej i domowej, których celem było uzyskanie informacji, czy posiada on wiedzę i umiejętności umożliwiające wsparcie komunikacji swoich podopiecznych oraz określenie dostępności tegoż wsparcia [29]. Objęto nimi 138 respondentów, większość z nich stanowili: pielęgniarki (45,7%) i opiekunowie (43,5%). Badania ilościowe przeprowadzono stosując samoopisowy kwestionariusz DeSimone & Cascella opracowany w oparciu o teoretyczny konstrukt CSC (*The Communication Supports Checklist for Programs Serving Individuals with Severe Disabilities*).

Zanotowano, że choć 58% niepełnosprawnych podopiecznych nie posługiwało się komunikacją werbalną, to większość (62,4%) ich opiekunów nie było nigdy profesjonalnie przeszkolonych w zakresie stosowania komunikacji niewerbalnej.

Rezultaty badań pokazały też, że większość osób z NI nie ma zabezpieczonego wsparcia procesu komunikacji – implementację międzynarodowych standardów w powyższym zakresie potwierdzono tylko u 32% badanych. Do najczęściej sygnalizowanych problemów należały: niewłączanie personelu pierwszego kontaktu do oceny efektywności komunikacji (80,5% respondentów), utrudniony dostęp do specjalistów terapii mowy (40% badanych) oraz niemożność udzielenia przez personel odpowiedzi na prośby podopiecznych. Trzy czwarte badanego personelu ujawniło też, że istnieją poważne problemy z dostępnością do urządzeń alternatywnej komunikacji (m.in. komunikacji obrazkowej czy elektronicznej), co w znacznym stopniu narusza prawo równego dostępu do komunikacji osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych [30].

Cenne spostrzeżenia na temat komunikacji pomiędzy specjalistami z zakresu opieki zdrowotnej a niepełnosprawnymi intelektualnie pacjentami wniosły także australijskie badania autorstwa Zivianni, Lennox i wsp. [35]. Zastosowano w nich procedurę jakościową, z wykorzystaniem technik wywiadu i obserwacji oraz uwzględnieniem perspektywy dorosłych osób niepełnosprawnych (n=3), ich opiekunów (n=7) oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (n=5). Analiza wyników ujawniła trudności lekarzy w komunikacji z niepełnosprawnymi pacjentami, które rzutowały na przebieg procesów diagnozy i terapii oraz udzielanie informacji pacjentom. Opiekunowie deklarowali co prawda zaangażowanie we wspieranie swoich podopiecznych, wskazywali jednak na brak umiejętności i dostatecznej wiedzy, które umożliwiłyby zapewnienie im wsparcia w porozumieniu się z lekarzem na poziomie zapewniającym efektywny kontakt. Z kolei niepełnosprawni intelektualnie mówili o przeżywanych uczuciach frustracji z powodu niemożności satysfakcjonującej komunikacji z lekarzem i odczuwaniu złości w sytuacji wykluczenia ich z rozmowy.

Szczegółowe wyniki, dotyczące barier komunikacji autorzy badań zaprezentowali w ujęciu tabelarycznym (tab. 2). Ich analiza posłużyła wypracowaniu pożądanego modelu przebiegu kontaktu lekarza z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną, przy współudziale asystującego mu opiekuna.

Tabela 2. Czynniki ułatwiające i utrudniające poprawną komunikację osób z niepełnosprawnością w badaniach Zivianni, Lennox i wsp. (modyfikacja własna na podstawie literatury [35])

Warunki sprzyjające dobrej komunikacji	**Bariery dobrej komunikacji**
Przed wizytą	
• spotkanie z opiekunami w celu sprecyzowania kwestii dotyczących wizyty • zebranie notatek/obserwacji • przygotowanie się wykwalifikowanego opiekuna • umówienie wizyty osoby z niepełnosprawnością • zminimalizowanie czasu oczekiwania na wizytę • przekonanie, że osoba z niepełnosprawnością intelektualną zasługuje na taki sam dostęp do opieki zdrowotnej jak osoba pełnosprawna	• brak przygotowania budzący obawy pacjenta • brak zanotowania istotnych zachowań i objawów pacjenta • brak dokumentacji, dotyczącej historii choroby • brak opiekuna podejmującego odpowiedzialność za monitorowanie stanu zdrowia • behawioralne trudności wynikające z choroby lub zakłóceń rutyny • przedłużający się czas oczekiwania • nuda podczas oczekiwania
W trakcie wizyty	
• lekarz zna pacjenta niepełnosprawnego i jego sposób komunikacji • lekarz uzyskuje werbalne i niewerbalne informacje od pacjenta w profesjonalny, pełen szacunku sposób • lekarz uzyskuje informacje od opiekuna, bez ignorowania pacjenta z niepełnosprawnością • opiekun jest wykwalifikowany w zakresie przekazywania istotnych informacji na temat niepełnosprawnego pacjenta • adekwatna ilość czasu na dyskusję i rozwiązywanie problemów • umożliwienie przeprowadzenia pełnego badania • właściwy dostęp do usług medycznych	• pacjent i opiekun nie znają lekarza • brak umiejętności opisania przez niepełnosprawnego pacjenta problemów zdrowotnych • korzystanie z alternatywnych metod komunikacji • brak obecności opiekuna • brak umiejętności właściwego zrelacjonowania przez opiekuna problemu osoby niepełnosprawnej • niesystematyczne uczestniczenieopiekunów w wizytach • brak czasu na rozwiązanie problemów • lęk osoby z niepełnosprawnością • brak poprawnej komunikacjiz niepełnosprawnym pacjentem
Po zakończeniu wizyty	
• rezultaty wizyty zapisane w centralnej bazie danych • system przekazywania informacji innym opiekunom osoby niepełnosprawnej • kontynuacja leczenia	• brak dokonania poprawnego zapisu rezultatów wizyty • brak komunikacji z innymi opiekunami osoby niepełnosprawnej • nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich

Wskazówki dotyczące efektywnej komunikacji z pacjentem z niepełnosprawnością intelektualną

Komunikacja z niepełnosprawnym intelektualnie pacjentem stanowi niewątpliwie wyzwanie dla wszystkich osób, uczestniczących w procesie jego rehabilitacji. Niniejsze opracowanie miało na celu zarówno wskazanie specyfiki językowych i pozajęzykowych aspektów tejże komunikacji, jak i szerszego kontekstu budowania relacji z „innym" pacjentem, opartej o współcześnie zrewidowane rozumienie niepełnosprawności. Niepełnosprawność jest częścią życia i może stać się doświadczeniem każdego człowieka. Żadna z osób z niepełnosprawnością nie powinna być dyskryminowana z powodu swego stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania [37], ale należy zadbać o to, aby była obdarzona instytucjonalnym i pozainstytucjonalnym wsparciem, adekwatnym do jej fizycznych i psychospołecznych potrzeb.

Należy podkreślić, że uświadomienie sobie równości podmiotowej osób pełnosprawnych i niepełnosprawnych oraz jej respektowanie przez osoby udzielające wsparcia są czynnikami otwierającymi przestrzeń dla efektywnej komunikacji i tworzenia relacji z adresatami tegoż wsparcia. Skuteczność zastosowanych metod komunikacji w kontakcie z niepełnosprawnym intelektualnie pacjentem zawsze ściśle wiąże się z przyjętą wobec niego postawą.

Zgodnie z amerykańskim dokumentem *Communicating With and About People with Disabilities* przygotowanym przez Office of Disability Employment Policy, Research and Training Center on Independent Living Uniwersytetu w Kansas oraz National Center for Access Unlimited (2002) [38, za 39] komunikację z niepełnosprawnymi pacjentami może ułatwić stosowanie poniższych wskazówek:

1. wprowadzenie powitania poprzez uścisk dłoni, które jest niewerbalnym komunikatem naszej akceptacji i szacunku;
2. w sytuacjach, gdy wydaje się, że pomoc byłaby wskazana, należy zapytać, czy i jakiej pomocy pacjent oczekuje. Zdarza się, że podczas kontaktu z osobami niepełnosprawnymi zakładamy z góry, że nie będą one w stanie wykonać pewnych czynności lub zajmie im to dużo czasu i oferujemy naszą pomoc bez czekania na odpowiedź. W przypadku osób niepełnosprawnych niezależne wykonywanie pewnych czynności jest bardzo ważne dla wzmocnienia ich samooceny i poczucia własnej wartości;
3. nie należy zakładać, że osoba na wózku inwalidzkim chce, by ktoś jej pomógł poprzez popychanie go. Odruch ten jest automatyczny dla wielu osób, szanując

jednak niezależność osoby niepełnosprawnej, należy zadać pytanie, czy taka forma pomocy jest przez nią oczekiwana;

4. komunikując się z osobą na wózku inwalidzkim, korzystne w zbudowaniu dobrej relacji jest schylenie się do jej poziomu, a przez to okazanie jej szacunku;
5. osoby niepełnosprawne są często traktowane z pobłażliwością, którą pełnosprawni w podobnym wieku uznaliby za obraźliwą. Należy traktować pacjentów odpowiednio do ich wieku: unikać klepania po plecach, ramieniu, głaskania po głowie oraz zwracania się do nich jak do dziecka;
6. podczas rozmowy z osobą, która ma wadę wymowy, ważne jest, by nie udawać, że jej wypowiedź została zrozumiana, jeśli w rzeczywistości tak nie jest. Należy poprosić spokojnie, by powtórzyła, o co jej chodzi lub też porozmawiajmy dodatkowo z jej opiekunem;
7. należy skupić uwagę na pacjencie w czasie, gdy próbuje on nam coś przekazać. Osoby z zaburzeniem mowy są najczęściej świadome swojego problemu. Postawione w sytuacji, w której ich rozmówca podczas dialogu wykonuje jakąś inną czynność, muszą nadmiernie starać się, by ich komunikat został zrozumiany. Powoduje to irytację i frustrację, która z kolei negatywnie wpływa na sposób wypowiadania się i ogólną atmosferę wizyty;
8. należy zarezerwować więcej czasu na przyjęcie niepełnosprawnego pacjenta oraz wykazać dużą cierpliwość w kontakcie z nim;
9. wskazane jest zadawanie prostych pytań, które będą wymagały krótkich odpowiedzi;
10. jeśli mamy trudności w zrozumieniu pacjenta, wówczas alternatywnym sposobem komunikowania się jest wykorzystanie słowa pisanego lub rysunku;
11. warto pamiętać, że rozmowa z niepełnosprawnym intelektualnie pacjentem powinna przebiegać w spokojnym otoczeniu, aby zminimalizować liczbę bodźców rozpraszających jego uwagę;
12. dobrze jest skorzystać z doświadczenia opiekunów, którzy znają swoich podopiecznych i ich możliwości w komunikacji werbalnej bądź niewerbalnej. Także, szczególnie w przypadku osób z zaburzeniami mowy lub głębszą niepełnosprawnością intelektualną, warto przed rozpoczęciem wizyty dowiedzieć się od opiekuna, na jakie komunikaty pacjent reaguje najbardziej, czego unikać, a jakie techniki mogłyby być pomocne.

Piśmiennictwo

1. Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.
2. Łazarewicz M., *Komunikacja interpersonalna pomiędzy lekarzem a pacjentem w stanie terminalnym*, „Nowiny Psychologiczne", 2006,1, 57-73.
3. Jarosz M., *Psychologia lekarska* . PZWL, Warszawa 1978.
4. Suchańska A., *Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej*, WAiP, Warszawa 2007.
5. Kępiński A., *Poznanie chorego*, PZWL, Warszawa 1989.
6. Mayerscough Ph. R., Ford M., *Jak rozmawiać z pacjentem*, GWP, Gdańsk 2001.
7. Wilczek-Różyczka E., *Empatia i jej rozwój*, Wyd. UJ, Kraków 2002.
8. Brzeziński J., Sęk H., *Społeczna psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa 1995.
9. Longo D.R., *Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumer: a comprehensive and integrated model*, „Health Expectation", 2005, 8, 189-194.
10. Rudnick A., *Informed consent to breaking bad news*, „Nursing Ethics", 2002,1, 61-66.
11. Johson K., Dickerson R., Raij A., Harrison C., Lok B., *Evolving an Immersive Medical Communication Skills Trainer*, „Presence: Teleoperators and Virtual Environments", 2006, 15, 33-46.
12. Goleman D., *Inteligencja społeczna*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2007.
13. Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, APS, Warszawa 2001.
14. Smith D.D., *Pedagogika specjalna*, PWN, Warszawa 2009.
15. Gałkowski T., *Dzieci specjalnej troski*, Warszawa 1972.
16. Ciećkiewicz E., *Z problematyki badań nad mową upośledzonych umysłowo,* (w:) Sękowska Z. (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki upośledzonych umysłowo*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1978, 76-83.
17. Tarkowski Z., *Ocena rozwoju mowy dziecka,* (w:) Gałkowski T, Tarkowski Z., Zalewski T. (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1993.
18. Twardowski A., *Kształcenie dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*, Instytut Pedagogiczno-Artystyczny UAM, Kalisz-Poznań 2002.
19. Jurkowski A., *Ontogeneza mowy i myślenia*, WSiP, Warszawa 1975.
20. Piaget J., *Mowa i myślenie u dziecka*, Wyd. PWN, Warszawa 1992.
21. Wyczesany J., *Pedagogika upośledzonych umysłowo*, IMPULS Kraków 2002.
22. Wójtowicz J., *O wychowaniu językowym*, Warszawa 1997.
23. Słodownik-Rycaj E., *O mowie dziecka. Jak zapobiegać powstawaniu nieprawidłowości w jej rozwoju*, Wyd. Akad. ŻAK, Warszawa 2000.
24. Hargis Ch. H., Mercaldo D. J., Johnson H. W., *A linguistic and cognitive perspective on retardation*, „The Journal of Genetic Psychology", 1975, 126, 145-154.
25. Nadolska H., *Wpływ wybranych czynników pozaintelektualnych na rozwój kompetencji narracyjnej uczniów klas VI*, (w:) Bałachowicz J., Paluszewski J (red.), *Sprawności językowe dzieci upośledzonych umysłowo*, Wyd. WSPS, Warszawa 1995, 48-58.

26. Sajkowska U., *Umiejętność pisemnego wypowiadania się uczniów klas VIII*, (w:) Bałachowicz J., Paluszewski J. (red.), *Sprawności językowe dzieci upośledzonych umysłowo*, Wyd. WSPS Warszawa 1995, 58-71.
27. Bogdanowicz M., *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, WSiP, Warszawa 1985.
28. Bobkowicz-Lewartowska, L., *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2011.
29. Dalton C. Sweeney J., *Communication supports in residential services for people with an intellectual disability*, „British Journal of Learning Disabilities", 2011, 41, 22-30.
30. Abbeduto L., Hesketh L. J., *Pragmatic Development in Individuals with Mental Retardation: Learning to Use Language in Social Interaction*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews", 1997, 3, 323-333.
31. Abbeduto L., Rosenberg S., *The communicative competence of mildly retarded adults*, „Applied Psycholinguistics", 1980, 1,405-426.
32. Abbeduto L., Boudreau D., *Theoretical influences on research on language development and intervention in individuals with mental retardation*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews", 2004, 10, 184-192.
33. Abbeduto L., Evans J., Dolan T., *Theoretical perspectives on language and communication problems in mental retardation and developmental disabilities*, „Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews", 2001, 7, 45-55.
34. Piszczek M., *Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych w stopniu znacznym i umiarkowanym*, cz. 1. Kompendium, Warszawa 2001.
35. Zivianni J, Lennox N., Allison H., Lyons M., Del Mar Ch., *Meeting in the middle: improving communication in primary health care consultations with people with an intellectual disability*, „Journal of Intellectual & Developmental Disability", 2004, 29, 21-225.
36. Lennox N. G., Brolan C. E., Dean J., Ware R. S., Boyle F. M., Taylor Gomez M., van Dooren K., Bain C., *General practitioners' views on perceived and actual gains, benefits and barriers associated with the implementation of an Australian health assessment for people with intellectual disability*, „Journal of Intellectual Disability Research", 2013, 57, 913-922.
37. Wojciechowski A, Sowa J., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*, Fosze, Rzeszów 2001.
38. *Communicating With and About People with Disabilities: Office of Disability Employment Policy*, The Media Project, Research and Training Center on Independent Living, University of Kansas, Lawrence, KS; and the National Center for Access Unlimited, Chicago, IL, August, 2002.
39. Borysewicz-Lewicka M., Hędzelek D., Gerreth K., *Czynności ułatwiające porozumiewanie się lekarza z osobami niepełnosprawnymi*, „Czasopismo Stomatologiczne", 2010, 63, 478-483.

Monika Banaszczyk, Błażej Kmieciak

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM DOŚWIADCZAJĄCYM ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

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

Prof. Antoni Kępiński

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

Zaburzenia psychiczne

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

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

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

Klasyfikacja ICD-10 dzieli zaburzenia psychiczne na jedenaście kategorii:

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

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

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

Komunikowanie się

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

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

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

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

Zaburzenia psychiczne i ich wpływ na komunikację

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Perspektywa prawna

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

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

Warto zapoznać personel medyczny z podstawowymi wskazówkami prawnymi i pragmatycznymi obowiązującymi w tych obszarach, gdyż niektóre sytuacje mogą się zdarzyć podczas każdej wizyty, u każdego specjalisty, nie tylko na oddziale psychiatrycznym.

Informowanie pacjenta o stanie zdrowia i przysługujących mu prawach

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

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

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

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

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

Informowanie o działaniach przymusowych

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

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

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

Sposób zwracania się do pacjenta

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

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

Problem tajemnicy

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

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

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

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

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

Podsumowanie

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

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

Piśmiennictwo

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

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

Szymon Murawski, Julita Zawadzka

KOMUNIKACJA Z PACJENTEM Z RÓŻNYMI ZABURZENIAMI ŚWIADOMOŚCI

Żadna noc nie może być aż tak czarna,
żeby nigdzie nie można było odszukać choć jednej gwiazdy.
Pustynia też nie może być aż tak beznadziejna,
żeby nie można było odkryć oazy.
Godzimy się z życiem takim, jakie ono jest.
Zawsze gdzieś czeka jakaś mała radość.
Istnieją kwiaty, które kwitną nawet w zimie.
Phil Bosmans

Sytuacja kryzysowa wymaga od pacjentów i ich rodzin często całkowitej reinterpretacji wartości życiowych i zmiany podejścia do spraw codziennych. W swojej pracy terapeuta nie powinien zapominać, iż życie po doświadczeniu traumy, życie w swej odmiennej formie wciąż jest życiem z jego wszystkimi smutkami i radościami. Dla terapeutów, ale i dla bliskich, praca z chorym jest w znacznej mierze pracą nad samym sobą. Wkraczając w świat podopiecznych, terapeuci zmieniają się wraz z nimi, aby móc doświadczać tej samej perspektywy, która kreuje ich rzeczywistość. Towarzyszenie pacjentom sprzyja rosnącej satysfakcji z jakości życia i skutkuje jej wzrostem.

Naszym podstawowym celem nie jest przeprowadzanie pacjenta na naszą stronę świadomości, ale spotkanie się z nim tam, gdzie on jest.
Arnold Mindell

Kluczem do skutecznej terapii jest ścisła współpraca całego zespołu, która pozwala na efektywne łączenie wiedzy i umiejętności różnych specjalizacji. Plan

opieki opracowywany jest indywidualnie dla każdego pacjenta z uwzględnieniem nie tylko deficytów fizycznych, poznawczych bądź emocjonalnych, ale również osobowości i prowadzonego trybu życia. Należy zatem skupić się przede wszystkim na osobie, która ukrywa się za niepełnosprawnością i w związku z tym niemałą część czasu poświęca się na poznanie pacjenta, jego preferencji, upodobań i awersji. Podejście takie pozwala stworzyć holistyczny plan, w którym jest miejsce nie tylko na terapię tradycyjną, interfejsy typu mózg-komputer, ale przede wszystkim na kontakt z tym człowiekiem w danym momencie.

Pierwszym i głównym zadaniem jest poprawa jakości życia każdej z osób wymagających specjalistycznej opieki. Osiągnięcie tego celu wymaga czasu przeznaczonego na poznanie pacjenta. Wiedzę tę wykorzystuje się podczas codziennych czynności pielęgnacyjnych i terapeutycznych przeplatając je drobnymi indywidualnymi przyjemnościami, pamiętając, iż małe rzeczy czynią wielką różnicę, dostarczając stymulacji i pomagając zmotywować podopiecznych do pracy. Wypełnienie czasu wolnego od zajęć zależy od potrzeb i preferencji pacjenta. U fundamentów opieki holistycznej leży równowaga pomiędzy pielęgnacją, działaniami terapeutycznymi a wypełnieniem czasu wolnego, rozumianego nie tylko jako forma relaksu, ale przede wszystkim jako sposób na podtrzymanie nadziei, iż życie po traumie może być dobrym życiem. Istotne jest, by doświadczanie radości stało się częstym udziałem podopiecznych poprzez ofertę różnorodnych typów aktywności. Dla niektórych jest to obejrzenie ulubionego filmu, posłuchanie audio-booków, dla innych spotkanie z innymi pacjentami lub spędzenie czasu w mieście.

Każdą osobę z diagnozą stanu wegetatywnego należy traktować jako osobę, która widzi, słyszy i czuje, aczkolwiek nie może odpowiedzieć nam tak, jak byśmy tego oczekiwali. W każdym pacjencie kryje się człowiek o określonej historii, zainteresowaniach, celach, które realizował i z własną ścieżką życia. Pamiętając o tym, do każdej osoby powinno podchodzić się bardzo indywidualnie, ponieważ podstawowym zadaniem terapeuty jest podnoszenie jakości życia w granicach możliwości.

Zespół terapeutyczny złożony m.in. z neurologopedy, oligofrenopedagoga oraz psychologów, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta, wspiera go na trudnej drodze rehabilitacji. Pacjenci z zaburzeniami świadomości to m.in. osoby w minimalnym stanie świadomości, w zespole zamknięcia i z różnymi zaburzeniami ze spectrum afazji.

Działania terapeutów opierają się na:

- ocenie potrzeb i możliwości danego pacjenta;
- ustaleniu indywidualnych celów w oparciu o stan obecny pacjenta i jego potencjał;

- specjalistycznej terapii ustalonej indywidualnie dla każdego pacjenta i realizowanej w ścisłej współpracy z członkami zespołu terapeutycznego;
- edukacji rodziny pacjenta.

Przystosowanie się do życia po traumie wymaga olbrzymiej determinacji ze strony chorych i ich rodzin, dlatego ważna jest pomoc w odnalezieniu potrzebnej motywacji, wzbudzenie nadziei i sięgnięcia do wewnętrznych zasobów, by adaptacja do nowej sytuacji stała się naturalnym procesem.

Za pomocą m.in. skali (CRS-R – *Coma Recovery Scale–Revised*, Glasgow oraz AVPU: A – *alert* – poszkodowany w pełni przytomny, zorientowany; V – *voice* – poszkodowany reaguje na głos; P – *pain* – poszkodowany reaguje na ból; U – *unresponsive* – poszkodowany nie reaguje na żaden z wyżej wymienionych) i różnorakich narzędzi poznawczych lekarz ocenia szacunkowo stan pacjenta. Przeprowadzając wywiad z rodziną, poznana zostaje osobowość, zainteresowania i przyzwyczajenia danej osoby z czasu przed zdarzeniem. Opierając się na tych informacjach, terapeuta pracuje nad poprawą nastroju, pamięci, percepcji i komunikacji. Działania te opierają się głównie na:

- nawiązaniu niewerbalnego kontaktu z pacjentem;
- pomocy w rozwinięciu sygnałów wysyłanych przez pacjentów;
- stałej weryfikacji kierunku pracy na podstawie zaobserwowanych reakcji pacjenta.

Pacjenci, z którymi prowadzona jest terapia, mają bardzo ograniczone możliwości komunikacji z otoczeniem, a co za tym idzie wyrażaniem swoich emocji i potrzeb. Zdarza się, że jedynym kanałem komunikacji pozostają tylko oczy. Czasem jest to przymknięcie powiek na raz czy dwa razy, ale nawet z tym niektórzy chorzy mają problem. Podczas zajęć logopedycznych wykorzystywane są ogólnodostępne metody komunikacji alternatywnej, m.in. znaki graficzne, manualne oraz elektroniczne komunikatory multimedialne, które jednak nie zawsze pozwalają nam wykorzystać wszystkie możliwości pacjenta. Właśnie to poczucie bezradności stało się przyczyną opracowania autorskiego narzędzia terapeutycznego, za pomocą którego zarówno pacjent, jak i terapeuta będą mogli szybko i sprawnie komunikować się ze sobą. Ważną kwestią było również to, żeby stroną decydującą o kształcie i kierunku konwersacji była właśnie osoba niepełnosprawna. Pomysł na książkę *Niech przemówią twoje oczy* [1] powstał w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Fundacji „Światło", gdzie przebywają pacjenci z różnymi zaburzeniami świadomości. Postrzeganie świata z punktu widzenia innej osoby jest niezmiernie trudne. Pacjenci pragnący wyrazić swoje potrzeby i emocje swoją determinacją próbowali wskazać właściwą drogę do zrozumienia ich. Otwarcie się

na tę odrębność przeżyć pozwoliło na stworzenie narzędzia, które daje możliwość spotkania się z drugim człowiekiem.

Narzędzie to jest odpowiednie dla osób w każdym wieku, niezależnie od wcześniejszych doświadczeń z technologią. Jest przede wszystkim elastyczne, ponieważ pozwala na szybkie tworzenie dowolnych sekwencji obrazów. Posiada także puste plansze pozwalające na tworzenie własnych fotogramów w zależności od indywidualnych potrzeb i upodobań osoby korzystającej z książki. Nie wymaga umiejętności długotrwałego skupiania wzroku. Pozwala na dopasowanie elementów planszy do zakresu pola widzenia pacjenta. Praktycznym rozwiązaniem jest tutaj funkcja podglądania reakcji zwrotnej pacjenta, gdyż wszystkie fotogramy umieszczone zostały na przezroczystych planszach. Opiekunom, którzy mają trudności z uzyskaniem informacji zwrotnej od osób, dla których wyraźny ruch gałki ocznej bądź celowe przymknięcie powieki wiąże się z pewnymi trudnościami, takie rozwiązanie pozwala na szybszy i bardziej adekwatny odbiór komunikatu. Przezroczyste arkusze podzielone zostały na kategorie, a każdej kategorii przyporządkowany jest kolor będący jednocześnie jej sygnaturą. Podział został stworzony z myślą o sprawniejszym przebiegu komunikacji. Cały zbiór fotogramów podzielono na dwanaście kategorii: „test, owoce, napoje, jedzenie, chcę, jest mi, boli, emocje, czas wolny, zwroty, tak/nie, alfabet". Kategoria „test" pozwala na wstępną ocenę możliwości pacjenta. Atutem tej pozycji są oryginalne fotogramy przedstawiające całą gamę ludzkich emocji, czego nie moglibyśmy osiągnąć przy zastosowaniu znaków graficznych.

Pierwszą osobą, która niejako zainspirowała terapeutów do podjęcia prac nad książką służącą do komunikacji, była 34-letnia Katarzyna, będąca w zespole zamknięcia, która notorycznie odmawiała współpracy z komunikatorem elektronicznym. Wiedząc, że pacjentka może i potrafi pracować z komputerem, zespół próbował zachęcić ją do tego, aczkolwiek bez rezultatów. Na szczęście asertywność Kasi była bodźcem do poszukiwań takiego sposobu komunikacji, który zadowoliłby obie strony. Po wielu miesiącach pracy nad skuteczną metodą okazało się, iż najbardziej odpowiednim narzędziem wspomagającym komunikację z pacjentką stały się przygotowane przeźroczyste plansze, przedstawiające różne symbole, fotogramy. Pacjentka bardzo szybko zaczęła z nich korzystać – w jednoznaczny sposób wskazywać wzrokiem konkretne symbole, a nawet tworzyć własne odpowiedzi wykorzystując nasz alfabet. W związku z tym, że z wykształcenia była weterynarzem, poproszona o jakąś poradę, bez większych problemów wyjaśniała zawiłości chorób zwierzęcych. Wiele razy kłóciła się z terapeutami, a z rodziną walczyła o prawo do swojego głosu, do możliwości decydowania o sobie. I co najważniejsze, osiągała zamierzony cel komunikacji. A celem najważniejszym był powrót do

domu. Dzięki obustronnej komunikacji udało się bardzo dobrze poznać Katarzynę, jej specyficzne poczucie humoru, inteligentny sarkazm i niewiarygodną pewność siebie. Postawa Kasi zwróciła uwagę na problem tożsamości osób mających bardzo ograniczone możliwości komunikowania się z otoczeniem. Aktywna komunikacja pozwala na odzyskanie tożsamości osobowej pacjenta, a tym samym na własny, unikalny, specyficzny dla danej osoby wpływ na rzeczywistość, co pozwala uniknąć poczucia bezradności.

Inna pacjentka, 22-letnia Klaudia, będąca w stanie minimalnej świadomości, pomogła zrozumieć, że rozwój ducha musi iść w parze z dbałością o ciało. Tożsamość nie istnieje w oderwaniu od społeczeństwa, co wiąże się z faktem, iż pragniemy wyrażać ją również poprzez nasz wygląd. Za sprawą Klaudii u podopiecznych zaczęły pojawiać się fryzjerki i kosmetyczki, a tablice znajdujące się w oddziale wzbogaciły się o dodatkowe elementy. Dzięki Klaudii dokonano bezcennej obserwacji, iż człowiek zadbany, wyrażający poprzez ubiór i kosmetyki swój własny indywidualny styl, jest odbierany zupełnie inaczej zarówno przez personel, jak i bliskich – przestaje być dla nas jednym z wielu pacjentów, a staje się bytem indywidualnym. W życiu każdej osoby, która przeszła niewyobrażalną traumę, powinien przyjść taki moment, kiedy z podopiecznego przeistacza się w człowieka wybierającego swoje własne, niepowtarzalne życie. Klaudia uświadomiła swoim opiekunom również wagę organizacji czasu wolnego. Człowiek świadomy sam wybiera aktywność, której poświęci swój czas. Dla Klaudii był to czas spędzony na spacerach z tatą, zakupach, spotkaniach z przyjaciółmi. To ona – wykorzystując nowe narzędzie – wywalczyła sposób, w jaki chce spędzić swoje życie.

38-letni Piotr, znajdujący się w minimalnej świadomości, także pokazał, jak istotna jest pomoc osobom z ograniczeniami komunikacyjnymi w nakreślaniu własnych granic. Czasami wystarczającym zabiegiem jest zwrócenie poczucia tożsamości danemu pacjentowi (poprzez ubiór, uczesanie, umożliwienie aktywnej komunikacji), często nie odnosi to jednak zamierzonego skutku. Dzięki Piotrowi powstały tablice z mocnymi komunikatami („Nie kłóć się o mnie przy mnie", „Nie traktuj mnie jak dziecko", itd.)

Rehabilitacja osób w śpiączce wymaga dostarczania pacjentowi jak najwięcej intensywnych bodźców, które dozowane w odpowiedni sposób, wpływają korzystnie na układ nerwowy i świadomość pacjenta. W chwili obecnej prowadzona jest praca z kilkoma chorymi, którzy znajdują się w śpiączce oraz z tymi, którzy odzyskali część świadomości, lecz ich kontakt z otoczeniem jest ograniczony. Narzędzia terapeutyczne takie jak sprzęt multimedialny, służący do śledzenia ruchów gałek ocznych oraz autorska książka *Niech przemówią twoje oczy* pomagają trafniej i szybciej ocenić poziom świadomości pacjenta i wydają się niezbędne w procesie

rozwijania komunikacji z osobą niepełnosprawną. Dotychczasowe doświadczenia pozwalają na stwierdzenie, że skuteczna alternatywna komunikacja z podopiecznymi daje pacjentom możliwość korzystania z uroków życia na nowo. Warto zadbać o to, by każdego dnia uzmysławiać chorym, że choć żyją teraz inaczej, to nadal mogą chociażby w części realizować swoje zamierzenia, plany i skryte marzenia.

Piśmiennictwo

1. *Niech przemówią twoje oczy*, Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło”

Józef Binnebesel, Zbigniew Formella

KOMUNIKACJA Z DZIECKIEM DOŚWIADCZAJĄCYM ŚMIERCI

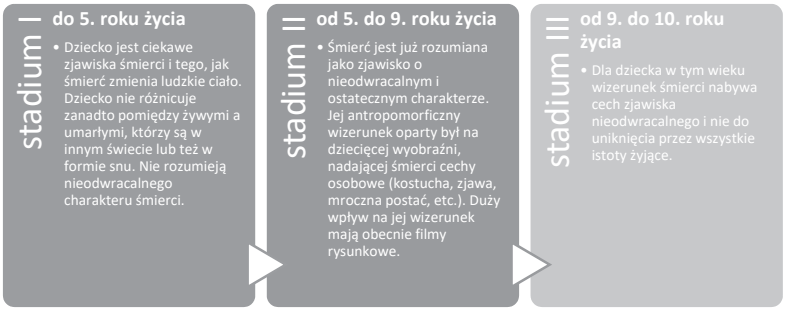
Ujmując problem rozmowy z dzieckiem o śmierci, należy na samym początku przyjąć dwa punkty różnicujące temat analizy. Pierwszy, to rozmowa z dzieckiem zagrożonym śmiercią własną, dzieckiem terminalnie chorym. Punkt drugi, to rozmowa z dzieckiem doświadczającym śmierci bliskiej osoby, przeżywającym żałobę. W pierwszym przypadku dziecko przeżywa zagrożenie, a nie fakt śmierci (trudno zresztą byłoby osobiście przeżywać żałobę po własnej śmierci…). Jednak ze względu na rozwój psychiczny dziecka, czym innym jest przeżywanie strachu, obawy przed mogącym nastąpić faktem, a czym innym jest przezywanie samego faktu (sytuacji zaistniałej nieodwołalnie) – jak ma to miejsce w drugim przypadku. Wspólnym mianownikiem jest swoista percepcja śmierci wśród dzieci, jak również kwestia lęku, co stanowić będzie teoretyczne wprowadzenie w temat, gdzie mówimy tu zarówno o fakcie śmierci (np. rodzica), jak i możliwości śmierci (np. u siebie).

Prezentacja kwestii dziecięcej percepcji śmierci, lęku przed śmiercią oraz podstaw tanatopedagogiki będzie stanowić ilustrację tematu wprowadzającą w specyfikę i dającą obraz istoty komunikacji.

Pierwsza naukowa analiza percepcji śmierci przez dziecko była udziałem Marii Nagy [1, 2], która badała zdrowie psychiczne dzieci doświadczonych traumami wojennymi. Autorka w oparciu o analizy Piageta wyodrębniła trzy stadia percepcji śmierci (rycina 1).

W prezentowanym obrazie mamy do czynienia z pewnym uśrednionym podejściem do zagadnienia. Percepcja dziecka będzie zależała również od takich czynników, jak: stopień rozwoju osobistego (kognitywnego), wpływ środowiska wychowawczego (zewnętrznego), ewentualne doświadczenia indywidualne [3, 4].

Kastenbaum [5] wykazywał, że sposób interpretowania śmierci przez dziecko jest wypadkową czterech kategorii czynników, które zostały ujęte w poniższej rycinie:



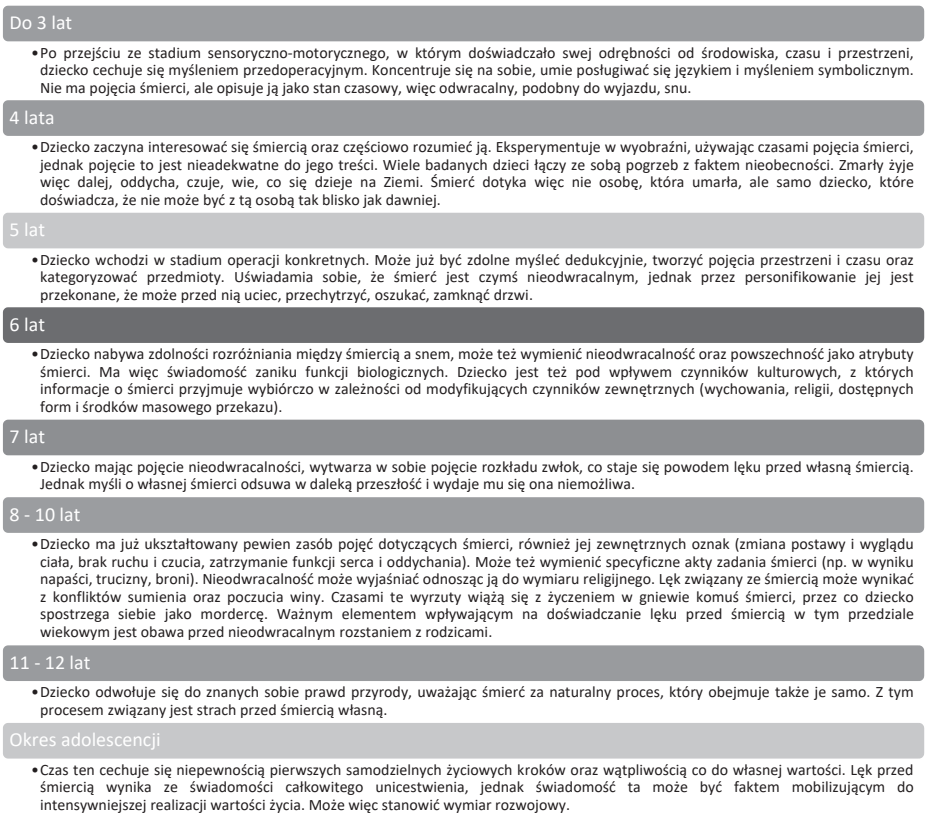
Rycina 1. Stadia percepcji śmierci u dzieci wg Nagy (opracowanie własne)

Rycina 2. Czynniki kształtujące obraz śmierci wg Kastenbauma (opracowanie własne)

Kastenbaum podkreśla, że z czterech elementów kształtujących obraz śmierci u dziecka najistotniejszy jest komponent otoczenia, w tym przede wszystkim aspekt rodziny, która może wesprzeć je w wysiłkach radzenia sobie ze stratami. Dziecko zmagając się z nimi, poradzi sobie, gdy rodzice przyzwolą mu na wyrażenie bólu, przyjmując postawę opiekuńczą i ochraniającą zarazem. Obecnie istotny jest również wpływ czynnika kulturowego, zarówno tego otaczającego materialnie dziecko, jak i tego wirtualnego, do którego coraz częściej dziecko zagląda.

W kontekście tanatopedagogicznej koncepcji lęku przed śmiercią akcentowany jest aspekt wychowania i doświadczenia, które generuje z jednaj strony postawy lękowe, z drugiej zaś sam lęk. W pewnym skrócie można powiedzieć: *Boję się bólu, bo go w jakiś sposób doświadczyłem lub widziałem* [6]. Przeprowadzone badania ujęte w powyższej koncepcji pokazują również, że lęk przed śmiercią w wielu kategoriach ma charakter uniwersalny. Jednak płeć, wiek wyznanie, jak i przynależność narodowa mogą generować pewne specyficzne jego postacie i koloryt (całość koncepcji, jak i całościowe wyniki badań oraz prezentacja narzędzia diagnostyczno-terapeutycznego CCJ przewidziane są w planowanej monografii pod roboczym tytułem: *Percepcja leku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej* autorstwa Józefa Binnebesel) [7, 8, 9].

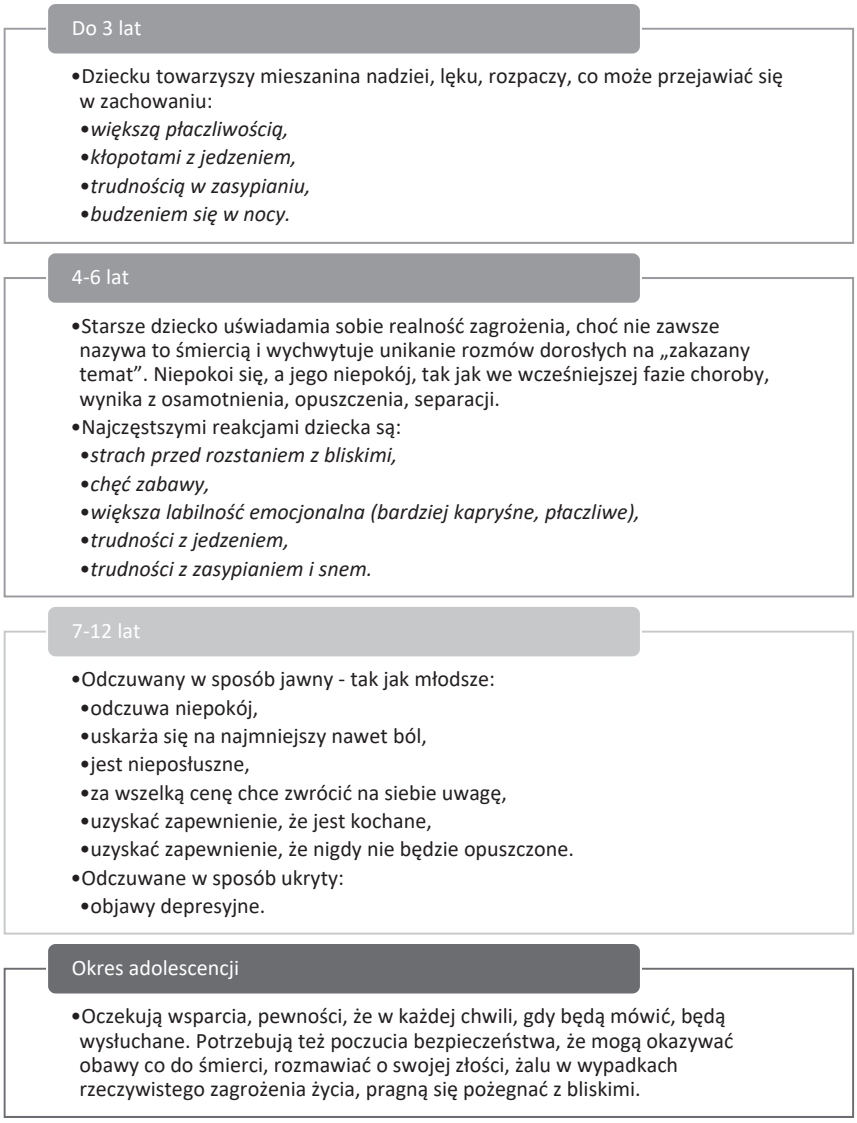
Przeprowadzona przez Buczyńskiego [10] analiza reakcji na śmierć ujmuje osiem charakterystycznych okresów, co przedstawia poniższa rycina 3.



Rycina 3. Reakcja na oczekiwaną śmierć w kontekście rozwojowym wg Buczyńskiego (opracowanie własne na podstawie literatury [11])

Rogiewicz [12] analizując ten problem, ujmuje go w czterech okresach, wypunktowując konkretne doświadczenia i emocje, które obrazuje rycina 4.

W dwóch powyższych rycinach (3 i 4), dostrzegamy w przedstawionych analizach wyraźny podział na czynniki osobiste (intra psychiczne) i czynniki środowiskowe (inter psychiczne). Muszą być one zawsze brane pod uwagę zarówno przy



Rycina 4. Reakcja na oczekiwaną śmierć w kontekście rozwojowym wg Rogiewicz (opracowanie własne na podstawie literatury [11])

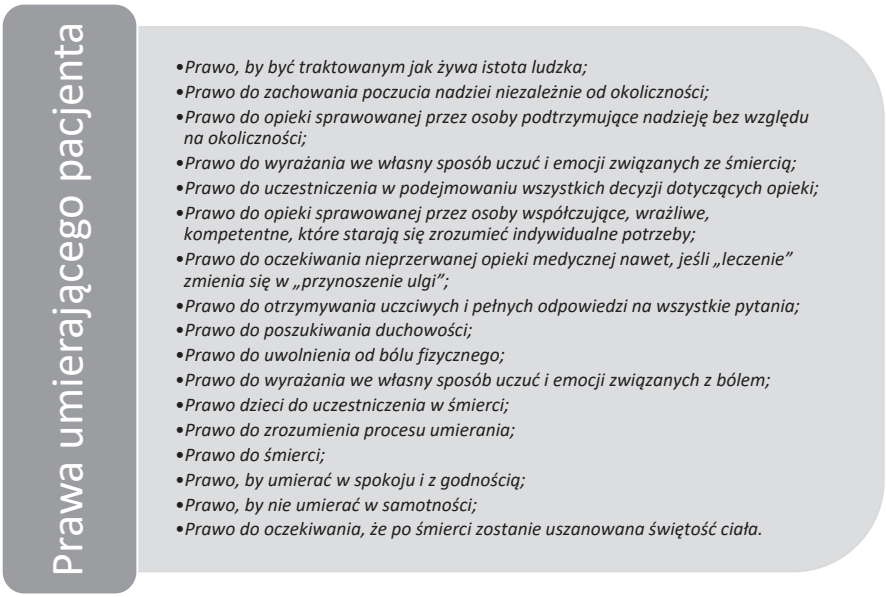
planowaniu, jak i realizowaniu interwencji wobec osoby cierpiącej. Wymagania te obejmują zarówno warsztat profesjonalny, jak i trudną do określenia „jakość" osoby podejmującej się interwencji [13]. Doświadczenia związane z przeżywaniem przez dziecko śmierci osoby bliskiej może generować zespół stresu pourazowego [14]. Charakter tego przeżycia może być jednak złożony, jak ukazuje to Dąbrowska [15] i ma on na ogół uogólniony przebieg, który ująć można w sześciu kategoriach przedstawionych w poniższej rycinie 5.

Rycina 5. Objawy zespołu stresu pourazowego u dzieci wg Dąbrowskiej (opracowanie własne na podstawie literatury [15])

Dąbrowska podkreśla, że *w dzieciństwie i niemowlęctwie wyróżniono dwie główne odpowiedzi na stres: pobudzenie lub dysocjacja. Młodsze dzieci wykazują skłonności do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi, takimi jak: unikanie, zamieranie, uciekanie w marzenia w ciągu dnia, fug…* – fuga to inaczej ucieczka… włoski – *fugire* = uciekać, łaciński – *fugitivus* = uciekinier – *(…) depersonalizacja, aż do katatonii. U starszych dzieci częściej widoczna jest nadaktywność układu sympatycznego. Dzieci odgrywają przeżycia traumatyczne podczas zabawy lalkami. Dzieci mogą mieć koszmary senne lub budzić się z lękiem i nie pamiętać treści snu.*

Mogą uskarżać się na bóle głowy, brzucha lub inne dolegliwości fizyczne. Częste jest współistnienie zaburzeń lękowych, depresji, zaburzeń zachowania, deficytu uwagi. Dzieci, które doznały urazu psychicznego, są podatne na uzależnienia i ryzykowne zachowania [15].

Punktem wyjścia podejmowanych działań względem dzieci terminalnie chorych, w tym i rozmowy, mogłaby być, zaproponowana przez Kesslera, typologia praw osoby umierającej [16].



Rycina 6. Prawa umierającego pacjenta wg Kesslera (opracowanie własne)

Oczywiście samo posiadanie prawa do czegoś, nie rozwiązuje problemu. Realizowanie prawa w życiu zależy od wielu czynników osobistych i zewnętrznych. Często nie wystarczy mieć prawo do czegoś. Potrzebne są osoby, które pomogą to prawo wprowadzić w praktyczne działanie. Tak jest z pewnością w sytuacji dziecka cierpiącego, zwłaszcza znajdującego się w sytuacji choroby terminalnej. Potrzebne są tu osoby dorosłe, aby prawa tego dziecka były realizowane [17].

Spilling [18] podaje następujące potrzeby umierających pacjentów, zobrazowane na rycinie 7.

Rycina 7 stanowić powinna kolejny czynnik, który należy uwzględniać w procesie komunikacji z dzieckiem terminalnie chorym. Wszystkie z wymienionych czynników w takim samym stopniu dotyczą dziecka, co osoby dorosłej. Wydaje się, iż właściwa komunikacja z dzieckiem i jego otoczeniem może być dobrym

Rycina 7. Potrzeby umierającego wg Spillinga (opracowanie własne)

początkiem zaspakajania jego potrzeb, aby pomóc mu odnajdywać się w tej trudnej dla niego sytuacji [19].

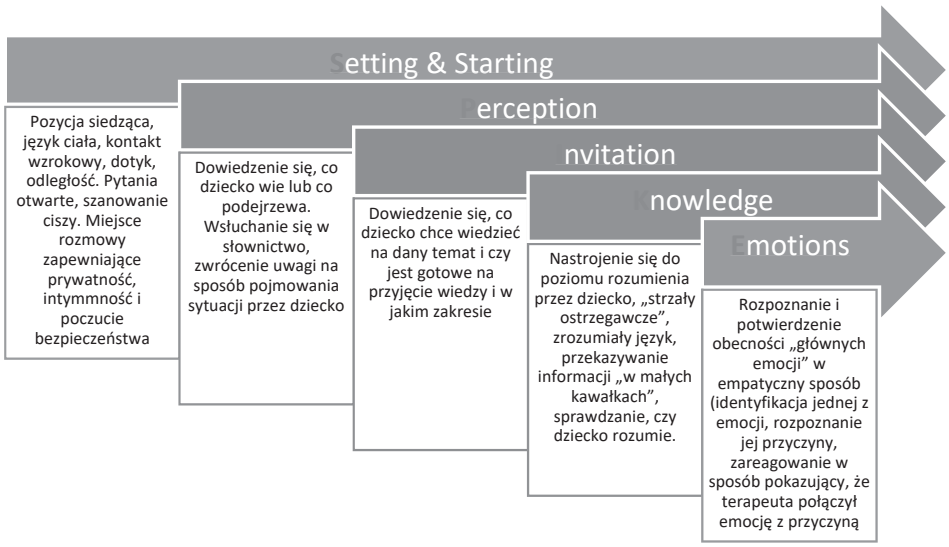
Punktem wyjścia jest wskazanie, iż komunikacja z dzieckiem odbywa się na trzech wzajemnie wpływających na siebie poziomach. Poziomie werbalnym, poziomie pozawerbalnym i poziomie potencjału, ujętych w poniższej rycinie prezentującej niezbędne do przeprowadzenia rozmowy aspekty, które powinien uwzględnić opiekun lub terapeuta.

Dobrym przykładem może być tu stosowany w psychoonkologii protokół przekazywania złych wiadomości SPIKE. Metoda SPIKE została opracowana przez lekarzy onkologów [19]. Metoda ta oparta na pięciu krokach pozwala terapeucie na przekazanie trudnych i bolesnych informacji. Rycina poniżej ujmuje owe pięć kroków, które winny być uwzględnione w procesie przekazywania bolesnych komunikatów [20].

Analiza literatury, jak i własne doświadczenia w tym zakresie, pokazują, że nie ma stuprocentowych i uniwersalnych recept na sukces. Trudno w ogóle mówić w tym kontekście o sukcesie, *czym on jest w przypadku pracy z dzieckiem umierającym czy będącym w żałobie po stracie bliskiej osoby*. Jedynym pewnikiem jest nasza obecność i konieczność pomocy uwarunkowana dobrą diagnozą i warsztatem. Wydaje się, że uniwersalnym elementem jest poczucie bezpieczeństwa dziecka. Owo poczucie, stanowiące ów swoisty sukces, uzależnione jest od osoby i sytuacji. Podobnie wygląda kwestia nadziei. Krystyna de Walden-Gałuszko ma zwyczaj

Poziom werbalny	komunikacja adekwatna do wieku dziecka
	komunikacja adekwatna do możliwości intelektualnych dziecka
	komunikacja adekwatna do nastroju dziecka
	jak najczęstsze używanie pytań otwartych nie narzucających odpowiedzi
	parafrazowanie uzyskanych odpowiedzi dziecka
	uściślanie wypowiedzi dziecka
Poziom pozawerbalny	adekwatność okazywanych uczuć i nastroju
	okazywanie zainteresowania
	komunikacja pozawerbalna potwierdzająca zainteresowanie i zrozumienie
	poczucie bezpieczeństwa
	adekwatność stroju słuchacza
Poziom potencjału	umiejętności nawiązywania i podtrzymywania rozmowy
	umiejętność milczenia
	umiejętności praktyczne w wykorzystaniu socjotechnik
	wiedza z zakresu psychologii, peadgogiki, tanatologii
	jak najdokładniejsze informacje na temat dziecka i jego sytuacji
	poziom empatii
	własne wewnętrzne uporządkowanie

Rycina 8. Poziomy komunikacji z dzieckiem doświadczającym śmierci osoby bliskiej (opracowanie własne na podstawie literatury [29])



Rycina 9. Model rozmowy SPIKE w kontekście komunikacji z dzieckiem terminalnie chorym (opracowanie własne na podstawie literatury [21])

mówić: *Prawda nigdy nie powinna zabierać nadziei*. Nadzieją zaś jest poczucie bezpieczeństwa rozumiane indywidualnie. Często nadzieją umierającego może być to, że będziemy przy nim, może być to, że nie będzie się dusił lub że nie będzie bolało. Nadzieją dziecka, które cierpi po stracie rodzica, jest to, że może się wypłakać, że będzie ktoś kto mu pomoże. Nadzieja to owo bezpieczeństwo, które jako terapeuci, opiekunowie możemy i musimy dać. Nadzieja to nie oszukiwanie, ale owa prawda wyrażona przez profesor Gałuszko. Problemem nie jest, CZY mówić prawdę np. dziecku z źle rokującym nowotworem. Pytanie powinno brzmieć: JAK i KIEDY to powiedzieć. Prawda w tym przypadku nie jest stanem. Prawda jest procesem, przez który przechodzi się poprzez mozolną pracę odsłaniania i odkrywania jej. Jest procesem relacji dziecko – rodzic – terapeuta. Tak więc wszelkiego rodzaju porady ważne i przydatne nie mogą jednak stanowić jedynie słusznego panaceum, co najwyżej mogą wskazywać istotny kierunek działań i podpowiedź, nigdy jednak nie powinny być traktowane jako jedynie słuszny we wszystkich bez wyjątku schemat działania. Poniższe propozycje stanowią więc pewnego rodzaju wypadkową wiedzy teoretycznej opartej na literaturze i własnym doświadczeniu. Ogólnikowość poniższych rozważań jest więc zamierzona, by nie tworzyć iluzji gotowej recepty. Istotą komunikacji jest relacja i to ona generuje skutki i ów wspomniany sukces [6, 22, 23, 24]. Poniższa rycina 10 ujmuje więc podstawowe elementy wiedzy o swoim stanie, wpływające na psychikę dziecka.

Ryciny 10 i 11 zawierają w sobie również swoistego rodzaju zaproszenie do zrównoważonego spotkania się w osobie towarzyszącej choremu dziecku wymiaru intelektualnego z wymiarem emocjonalnym. Odwołując się tu do koncepcji „inteligencji emocjonalnej" [25], moglibyśmy powiedzieć, iż w tych sytuacjach trzeba nie tylko wiedzieć, jak się właściwie odnosić do dziecka, aby go wspierać w jego stanie, ale i jakim trzeba być człowiekiem, aby ta posiadana wiedza uzupełniała się poprzez właściwą emocjonalnie relację z małym pacjentem. Te wyzwania formacyjne dotyczą nie tylko osób bliskich dla dziecka, ale i wszystkich tych, którzy są przy nim z powodów „profesjonalnych" [26, 27].

Chęć tworzenia uniwersalnych zasad rozmowy, komunikacji z dzieckiem, często prowadzić może na manowce poczucia posiadania panaceum. Szablonowość rozmowy oparta nawet o jak najlepsze podstawy teoretyczne i warsztatowe czynić z niej może techniczny element procedury. W pedagogice, a zwłaszcza w pedagogice specjalnej, istnieje swoista triada: nauka, technika i sztuka, która ujmuje istotę samej pedagogiki i jej oddziaływań. Wydaje się, że w przypadku rozmowy z dzieckiem doświadczającym śmierci winna ona mieć zastosowanie. Nauka – np. wiedza na temat zasad i specyfiki rozwoju dziecka, jego emocjonalności i duchowości, jak również na temat lęku, choroby, śmierci i umierania. Technika – np. umiejętność

Rycina 10. Wiedza jako element relacji (opracowanie własne)

Emocjonalny

- pozwalaj dziecku wyrażać swoje emocje
- nie ukrywaj swoich uczuć
- daj dziecku poczucie pewności poprzez przekazywanie informacji, co może się stać

Intelektualny

- tłumacz dziecku to, co się stało
- tłumacz dziecku to, co się z nim teraz dzieje
- mów prawdę, nie oszukuj go
- pozwól dziecku zadawać pytania
- jeśli nie znasz odpowiedzi na pytanie, powiedz dziecku, że nie wiesz

Działaniowy

- dowiedz się, co dziecko wie
- dowiedz się, co dziecko chce wiedzieć
- bądź zawsze gotowy do rozmowy z dzieckiem
- przekaż mu werbalnie i pozawerbalnie, że nie będzie samo
- okazuj gestami czułość i emaptię
- nie bądź nachalny ze swoją pomocą

Komunikacyjny

- mów językiem prostym i zrozumiałym, adekwatnym do wieku i stanu intelektualnego dziecka
- nie trywializuj przekazu (nie traktuj dziecka jako osobę, która nie potrafi niczego zrozumieć)
- przekazuj informację małymi porcjami
- sprawdzaj, czy przekaz jest zrozumiały
- staraj się mówić wprost to, co czujesz

Rycina 11. Elementy relacji z dzieckiem doświadczającym śmierci (opracowanie własne)

rozmowy, techniki prowadzenia terapii i zasady komunikowania się oraz przekazywania informacji. Sztuka – to coś nieuchwytnego, dar, talent wsłuchiwania się i BYCIA przy drugim. To umiejętność łączenia wiedzy i techniki w prosty i pełen zrozumienia oraz empatii przekaz. Trudno uznać, która z trzech kategorii jest najważniejsza, można jednak powiedzieć, że wykluczenie jakiejkolwiek prowadzić może albo do niekompetencji albo do szorstkości lub nieautentyczności relacji. Niech podsumowaniem będą słowa obecnie dorosłej Joanny, która w wieku 8 lat straciła mamę.

Pamiętam to, wszyscy mi mówili, co mam robić, że będzie dobrze, że Bóg tak chciał. To było puste i irytujące. Jako mała dziewczynka wkurzało mnie to. Nie, nie wykurzało, to złe słowo, prowadziło do złości, do tego, że nie chciałam nikogo słuchać, że czułam się sama. Dziadek, tak tylko to, co On zrobił, dało mi … no właśnie, co dało … teraz wiem, ocaliło wiarę w ludzi. Teraz po 19 latach to widzę. A co zrobił, gdy wszyscy tylko gadali? On przyszedł do mnie do pokoju i usiadł przy mnie, chwycił mnie za rękę i płakał. Oglądaliśmy zdjęcia Mamy. Był ze mną taki prawdziwy, nie mówił, widziałam, że też cierpi, że tęskni za swoją córką, że nie jestem sama.

Postscriptum

Na rynku wydawniczym coraz więcej znaleźć można różnego rodzaju książek, poradników poruszających problem komunikacji i wsparcia dzieci w żałobie. Wydawnictwa te, ważne i cenne, wydają się jednak tylko elementem prowadzącym do istoty zrozumienia, które chyba najpełniej wyraziła Elisabeth Kübler-Ross w książce pt. *Dzieci i śmierć* [30], stanowiącej swoisty katechizm opiekunów, terapeutów i tanatopedagogów. Pokazała, że każdy na swój sposób może nieść pomoc i wytchnienie nawet w najtrudniejszych sytuacjach. Poniższy fragment, opisując sytuację rodziny pogrążonej w żałobie, ujmuje istotę takiego rozumowania:

Nagle rozległ się dzwonek u drzwi. Podniosłam się z ociąganiem i poszłam otworzyć. Na ganku stał Emerson King.

- Przyszedłem, żeby wyczyścić wam buty - powiedział.

Jego słowa przedarły się przez gęstą watę owijającą moje uszy. Poprosiłam, żeby powtórzył, ponieważ nie byłam pewna, czy dobrze zrozumiałam.

- Donna musiała zostać z dziećmi - powiedział Emerson. - Ale chcemy wam pomóc. Pamiętam, że kiedy umarł mój ojciec, przez wiele godzin czyściłem buty naszych dzieci przed pogrzebem. Teraz chciałbym zrobić to samo dla was. Daj mi buty, nie tylko te najporządniejsze, chciałbym wyczyścić wszystkie.

Nie pomyślałam o butach, dopóki on o nich nie wspomniał. Nagle przypomniałam sobie, że Erie chodził po błocie w swoich najlepszych bucikach, kiedy wracaliśmy z kościoła w ubiegłą niedzielę. Meghan nie chciała być gorsza od brata i przez całą drogę zawzięcie kopała kamyki. Po powrocie do domu postawiłam ich buty w pralni. Zamierzałam wyczyścić je później, ale wyleciało mi to z głowy.

Prośba Emersona przywróciła mi zdolność koncentracji na rzeczach, którymi musiałam się zająć. Podczas gdy on rozkładał gazety na kuchennej podłodze, zebrałam wszystkie nasze buty: obuwie sportowe Larry'ego, jego półbuty, swoje szpilki i mokasyny oraz brudne tenisówki dzieci, na których pełno było plam po jedzeniu. Emerson znalazł miskę, do której nalał wody z mydłem. Wyjął stary nóż z szuflady i gąbkę, która leżała pod zlewem. Larry musiał rozpakować kilka kartonów, zanim odnalazł szczotkę i pastę do butów. Nasz gość usiadł na podłodze i zabrał się do pracy. Przyglądałam się, z jakim skupieniem pochyla się nad swoim zadaniem. Dało mi to siłę potrzebną do pracy. „Najpierw pranie", powiedziałam do siebie. Włączyłam pralkę i wykąpałam dzieci. Potem zaprowadziłam je do łóżek. Meghan miała lekką chrypkę, więc poszłam po apteczkę, żeby spakować ją na podróż. Zabrałam się do zmywania naczyń po kolacji, podczas gdy Emerson wciąż pracował w milczeniu. Pomyślałam o Jezusie, który mył nogi swoim uczniom. Nasz Pan usługiwał swoim przyjaciołom na klęczkach. Tak samo postępował teraz Emerson – czyścił nam buty, klęcząc na kuchennej podłodze. Był to akt miłości, który sprawił, że łzy popłynęły mi z oczu. Płacz obmył mgłę, która zaciemniała mój umysł. Znowu mogłam się poruszać. Odzyskałam zdolność myślenia. Powoli wracałam do życia. Wykonywałam kolejne czynności.

Wyjęłam ubrania z pralki i włożyłam je do suszarki.

Kiedy wróciłam do kuchni, Emersona już nie było. Zostawił wyczyszczone, lśniące buty. Stały równym rzędem pod ścianą. Później, kiedy zabrałam się do pakowania, zauważyłam, że Emerson wyskrobał nawet podeszwy. Mogłam włożyć buty do walizki bez obawy, że pobrudzą ubrania. Położyliśmy się spać późnym wieczorem, a wstaliśmy wczesnym rankiem. Zdążyliśmy jednak załatwić wszystkie sprawy. Czekały nas smutne i przygnębiające dni. W tym okresie podtrzymywała mnie na duchu świadomość obecności Chrystusa, którą symbolizował zachowany w pamięci obraz milczącego mężczyzny, który klęczał na podłodze w mojej kuchni obok miski z wodą. Dziś, kiedy dowiaduję się, że któryś z moich przyjaciół stracił bliską osobę, nie dzwonię już ze zdawkową propozycją w rodzaju: „Jeśli mogę coś dla ciebie zrobić...". Zastanawiam się nad konkretnym zadaniem, które może mu pomóc. Może to być umycie samochodu, wyprowadzenie psa albo opieka nad dziećmi w czasie pogrzebu. Kiedy przyjaciele pytają mnie później: – Skąd wiedziałaś, że właśnie tego potrzebowałem?

Odpowiadam:

– Pewien człowiek w takiej chwili wyczyścił mi buty [31].

Piśmiennictwo

1. Nagy M., *The Child's Theories concerning Death*, "The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology", 73/1948, Provincetown Mass, Toronto, 3-27.
2. Nagy M., *The Child's View of Death. In H. Feifel*, (w:) *The Meaning of Death*, McGraw-Hill, New York 1959, 79-98.
3. Capurso M., *Quando si ammala un bambino*, Edizioni Magi, Roma 2008.
4. De Santi A., Morosini P., Noviello L. & (a cira di), *La comunicazione con il paziente oncologico. Valutazione e interventi*, Erickson, Gardolo 2009.
5. Kastenbaum R., *Death and development through the lifespan*, (w:) H. Feifel (red), *New meanings of death*, McGraw-Hill, New York 1977, 17-45.
6. Binnebesel J., *Tanatopedagogika w doświadczaniu wielowymiarowości człowieka i śmierci*, Adam Marszałek, Toruń 2013.
7. Binnebesel J., Zikl P., *Percepce strachu ze smrti,* (w:) *Speciální pedagogika (2),* Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, Praha 2015, 109-122.
8. Біннебезел Г., Католик В., Сприйняття страху смерті в контексті замісної реляційної терапії танатопедагогіки, (w:) "*Психологія і особистість*", 2(8) (4,2), Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, ПІШУ імені В.Г. Короленка, Київ – Полтава, 2015, 208-222.
9. Binnebesel J., Formella Z., *La percezzione della paura di morte nel contesto della terapia relazionale sostitutiva tanatopedagogica: risultati di un'indagine in Italia*, (przygotowana do druku).
10. Buczyński F., *Jak sobie dziecko śmierć przedstawia. Leczenie bólu i opieka paliatywna u dzieci*, Instytut Matki i Dziecka & Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Warszawa 1996, 175-183.
11. Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową – w oczach pacjenta*, UMK, Toruń, 2003, 54-56.
12. Rogiewicz M., *Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży*, (w:) K. de Walden-Gałuszko (red), *Psychoonkologia*, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, 101-116.
13. Testoni I., *L'ultima nascita. Psicologia del morire e "Death Education"*, Bollatti Boringhieri, Torino 2015.
14. Lis-Turlejska M., *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*, PAN, Warszawa 2005.
15. Dąbkowska M., *Zespół stresu pourazowego u dzieci*, "Psychiatria w Praktyce Ogólnej", 2002, 2, 251 -254.
16. Kessler D., *Śmierć jest częścią życia: o prawo do godnego umierania*, Świat Książki, Warszawa 1999.
17. Testoni I., *Dopo la notizia peggiore. Elaborazione del morire nella relazione*, Piccin, Padova 2011.
18. Spilling R., *Terminal care at home*, Oxford University Press, Oxford 1986.
19. Caso R., *Bambini in ospedale. Per una pedagogia della cura*, Anica, Roma 2015.

20. Binnebesel J., *Rozmowa z dzieckiem o śmierci. Kontekst pedagogiczno-terapeutyczny,* (w:) Antoszewska B., Binnebesel J. (red.), *Porozmawiajmy o śmierci*, UAM, Olsztyn 2014, 105.
21. Binnebesel J., *Rozmowa z dzieckiem o śmierci. Kontekst pedagogiczno-terapeutyczny,* (w:) Antoszewska B., Binnebesel J. (red.), *Porozmawiajmy o śmierci*, UAM, Olsztyn 2014, 110-113.
22. Binnebesel J., *Pedagogical therapy of chronically and terminalny ill children*, (w:) *Sbornik příspěvků z mezinárodní konference*, Edukace zaku se specialnimi vzdelavacimi potrebami, UO, Ostrawa 2007, 25-29.
23. Binnebesel J., *Relacyjne aspekty terapii dzieci terminalnie chorych*, (w:) Klinik A. (red.), *Edukacja jako proces socjalizacji osób niepełnosprawnych*, IMPULS, Kraków 2009, 73-77.
24. Binnebesel J., *Thanatopedagogy as an Attempt to Understand Otherness – the Pinocchio Syndrome*, (w:) Wojciechowski A., Momot B., Filińska M. (red), *Presence and absence – The Situation of a Fragile Human Being in Contemporary Civilisation*, UMK, Toruń 2010, 203-211.
25. Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 1997.
26. Binnebesel J., Formella Z., Janowicz A., Krakowiak P., *Parlare di cose serie con i bambini a casa e a scuola. La sofferenza e la fine della vita*, LAS, Roma 2011.
27. Kanizsa S., *La paura del lupo cattivo. Quando un bambino è in ospedale*, Cortina Raffaello, Milano 2013.
28. Bailea W., Buckmand R., Lenzia R., Globera G., Bealea E., Kudelkab A., *SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*, "The Oncologist", 5, 2000, 5, 302-311.
29. Binnebesel J., *Psychopedagogiczne aspekty rozmowy z dzieckiem o śmierci i umieraniu*, "Psychoonkologia", 2011, 1, 12-13.
30. Kübler-Ross E., *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią*, Media Rodzina, Poznań 2007.
31. Kübler-Ross E., *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią*, Media Rodzina, Poznań 2007, 169-170.

Agnieszka Hamerlińska-Latecka

KOMUNIKACJA Z „OZDROWIEŃCEM" – PACJENTEM PO CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Wstęp

W literaturze dość obszernie opisywane są sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową [1, 2, 3]. Odnaleźć można charakterystykę faz przechodzenia przez chorobę [4], opis reakcji emocjonalnych chorujących na nowotwór [5]. W artykułach dotyczących zmagania się z chorobą onkologiczną opis dotyczy aktualnego momentu chorowania, a najczęściej opisywana jest problematyka lęku. Zauważyć można, że problem „ozdrowieńców" nie jest zbyt często poruszany. Być może dlatego, że jak samo określenie wskazuje, ozdrowieńcami są ci, którzy chorowali, ale już są uznani za zdrowych. Osobą uznaną za wyleczoną z choroby nowotworowej jest ta, która najczęściej w ciągu pięciu lat po zakończeniu leczenia nie ma zdiagnozowanych objawów choroby nowotworowej. Jednakże z perspektywy pacjenta wygląda to nieco inaczej. Każda jego kontrolna wizyta u lekarza wiąże się z lękiem przed tym, by nie usłyszeć niekorzystnych informacji. Lęk ten jest spowodowany wcześniejszym doświadczeniem usłyszenia diagnozy choroby, która zagraża życiu i jest chorobą nawracającą. Oczywiście, niekorzystne będzie postrzeganie siebie w kontekście nieustannego poczucia zagrożenia nawrotem choroby, ale nie można też zignorować przeszłości, ponieważ osoba, która była chora na nowotwór, może czuć lęk przed jego nawrotem nawet do końca swojego życia.

Poniższy tekst dotyczy opisu stresu przez jaki przechodzi osoba ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową, następnie zostanie przytoczony opis stresu potraumatycznego, który być może dotyczyć też i osoby wyleczonej z choroby, która mogła się skończyć śmiercią. Na koniec poniższego artykułu sformułowane zostaną wskazania do komunikacji z ozdrowieńcem.

Stres w chorobie

Pojawienie się jakiejkolwiek choroby w życiu człowieka wprowadza odczuwanie stresu. Dzieje się tak, ponieważ dochodzi do reorganizacji codzienności oraz do gorszego samopoczucia. Sposób zachowania wobec nowej sytuacji będzie zależał od wielu czynników, m.in. od tego jaka to jest choroba, w jakim momencie życia wystąpiła. W przypadku choroby, której leczenie wiąże się z szybkim powrotem do zdrowia, stres jest krótkotrwały. Jednak jeśli ma się do czynienia z chorobą, o której powszechnie wiadomo, że jest śmiertelna, pojawiające się negatywne emocje potrafią szybko zdezorganizować życie codzienne, a stres który temu towarzyszy, staje się przyczyną wielu zmian w funkcjonowaniu.

Całość wysiłków podejmowanych przez pacjenta w celu przezwyciężania stresu związanego z chorobą jest określana jako zmaganie się z chorobą lub radzenie sobie [2]. Przy czym warto podkreślić, że termin radzenie sobie oznacza pewien charakter i skuteczność podjętych działań w związku z chorobą, z kolei termin zmaganie nie charakteryzuje zachowania osoby chorującej.

Stres definiuje się jako wewnętrzny stan albo proces organizmu. Oznacza to, że umiejscawiany jest w jednostce, ujmuje się go jako proces psychiczny czy szczególnego rodzaju stan psychiczny, podobny do takich stanów jak lęk czy obniżony nastrój [6]. Zdaniem Strelaua [7], stres to stan charakteryzowany przez silne emocje negatywne, takie jak strach, lęk, złość, wrogość, a także inne stany emocjonalne, wywołujące dystres oraz sprzężone z nimi zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczające bazowy poziom aktywacji. Zajmując się pacjentami onkologicznymi oraz pisząc o stresie, warto przytoczyć teorię strukturalno-fenomenologiczną Aptera [8]. Zgodnie z tą teorią wymienia się dwa rodzaje stresu: napięcia i wysiłku (tab.1).

Tabela 1. Stres napięcia i wysiłku według Aptera (opracowanie własne na podstawie literatury) [8]

Stres w ujęciu strukturalno-fenomenologicznym Aptera	
Stres napięcia	**Stres wysiłku**
Rodzaj nieprzyjemnego doznania, będący odpowiedzią na przeżywane rozbieżności pomiędzy doświadczeniem i oczekiwaniami	Pojawia się w momencie uruchomienia i kontynuowania działania zmierzającego do zredukowania rozbieżności pomiędzy doświadczeniem i oczekiwaniami

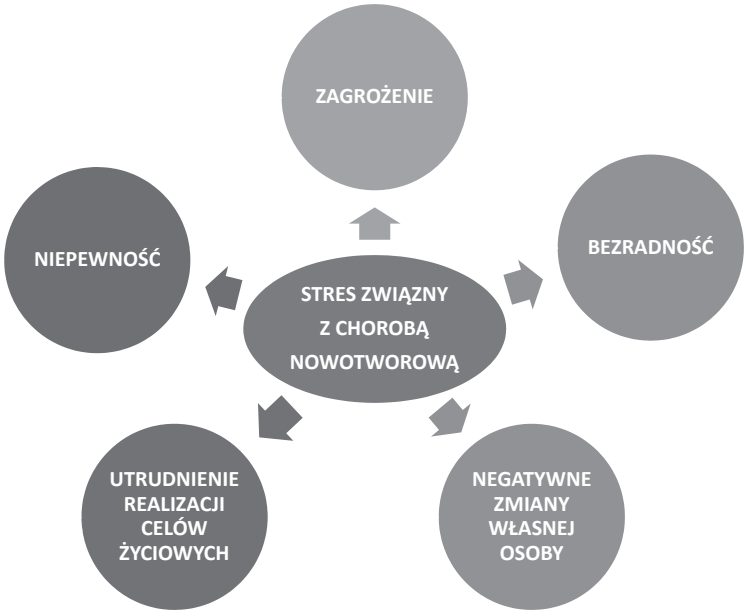
Bardzo ważnym pojęciem w teorii strukturalno-fenomenologicznej Aptera dotyczącej stresu jest aktywacja [8]. Zgodnie z tą teorią wyraźne przekroczenie podstawowego poziomu aktywacji wywołuje właśnie stan stresu. Oznacza to, że dana osoba przeżywa przykry i zakłócający jej aktywność stan napięcia. Taki stan pojawia się w oczekiwaniu na diagnozę lub pomiędzy kolejnymi etapami leczenia i czekaniem na wyniki badań. Podjęcie się leczenia także jest wysiłkiem, któremu towarzyszy stres. Nie jest się w stanie przewidzieć, jakie będą rezultaty leczenia, zatem istnieje duża rozbieżność pomiędzy doświadczeniem – *wiem, że ludzie chorujący na raka umierają*, a oczekiwaniami – *a może wygram walkę z rakiem*? Dzieje się tak, ponieważ chorobie towarzyszą emocje, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Na ogół przeważają te pierwsze, ale nawet w stanach bardzo trudnych zawsze pozostaje emocja pozytywna, jaką jest nadzieja [9].

Zdiagnozowanie choroby nowotworowej traktowane jest jako zdarzenie życiowe [8], którego efektem staje się zaistnienie zmiany. Zgodnie z podejściem homeostatycznym, w którym dana osoba żyje w określonym przez siebie schemacie bądź porządku, pojawienie się zmiany wymaga wysiłku adaptacyjnego, a już podjęcie się tego wysiłku jest określane mianem stresu. Utrata zdrowia fizycznego i psychicznego wiąże się właśnie z problematyką tzw. stresujących zdarzeń życiowych [8, 9]. Zachowanie wobec własnej choroby i jego organizacja u każdego może wyglądać bądź przebiegać inaczej. Dana osoba może przyjąć postawę instrumentalnego radzenia sobie [9], czyli będzie rozwijać nowe zasoby, będzie dobrze korzystać z posiadanych zasobów, zmniejszy wymagania wobec siebie. Taka postawa pomoże chorującemu przezwyciężać stres związany z samą świadomością „posiadania" choroby oraz z procesem leczenia. Chorujący będzie przejawiał strategie poznawcze, czyli będzie zdobywał wiedzę o chorobie i metodach leczenia oraz strategie behawioralne, czyli będzie wykonywał czynności zmierzające do poprawy stanu zdrowia poprzez wykonywanie zaleceń lekarskich i aktywność podejmowaną z własnej inicjatywy. Istnieją jednak reakcje, które w przyszłości mogą utrudnić powrót do pełnego funkcjonowania w społeczeństwie, jak np. zaprzeczanie chorobie. Chory nie przyjmuje do wiadomości faktu zachorowania lub konsekwencji choroby, mimo dostępnych informacji i intelektualnych możliwości ich wykorzystania. Odrzucenie informacji o chorobie jest nieświadome i pełni funkcję obrony przed zagrożeniem. Innym sposobem radzenia jest samoregulacja emocji, która polega na redukowaniu emocji negatywnych, w przypadku choroby nowotworowej głównie lęku, jak i na pobudzaniu emocji pozytywnych [9].

W reakcji człowieka nas sytuację kryzysową spowodowaną ciężką chorobą wyróżnia się następujące etapy [4, 10, 11, 12]:

1. etap odrzucenia – zaprzeczenia;
2. etap gniewu;
3. etap układów i pertraktacji;
4. etap depresji;
5. etap akceptacji.

Stres związany z chorobą nowotworową można scharakteryzować w kilku kategoriach, takich jak zagrożenie, bezradność, niepewność, utrudnienie realizacji celów życiowych oraz negatywne zmiany własnej osoby [2]. Zagrożenie dotyczy przede wszystkim życia i zdrowia pacjenta. Istotą bezradności jest świadomość ograniczonych możliwości działania, mającego na celu zwalczanie choroby. Niepewność dotyczy nie tylko szansy pomyślnego zakończenia leczenia, ale wiąże się także z możliwościami nawrotu choroby. Ponadto choroba i hospitalizacja utrudniają wykonywanie codziennych obowiązków, ograniczają aktywność oraz realizowanie planów rodzinnych, zawodowych. Bardzo ważną cechą stresu związanego z chorobą jest także efekt choroby i leczenia, a mianowicie trudne do zaakceptowania zmiany w wyglądzie zewnętrznym oraz zmiany w psychice np. drażliwość, lęk, depresja [2].



Ryc. 1. Stres a jego objawy w zmaganiu się z chorobą nowotworową wg Łosiaka (opracowanie własne na podstawie literatury [2]).

Wśród form zmagania się ze stresem stosowanych przez osoby z chorobą nowotworową wymienia się: przemianę, obwinianie siebie, koncentrację na problemie, ucieczkę-fantazjowanie, wzorowanie się na innych, rezygnację, odreagowanie, kontrolowanie emocji (tabela 1) [2].

Tabela 1. Formy zmagania się z chorobą nowotworową, opracowanie własne na podstawie literatury [2]

Forma zmagania się	**Charakterystyka formy**	**Przykład**
Przemiana	Obejmuje zachowanie polegające na dokonywaniu zmian w stosunku do siebie, w hierarchii wartości i celów życiowych, we własnym zachowaniu. Zmiany te dokonywane w obliczu trudności i zagrożenia mają ułatwić jednostce funkcjonowanie w nowych warunkach.	*„Zaczynam lepiej się odżywiać. Dieta bogata w witaminę A dobrze wpływa na organizm i chroni przed chorobą nowotworową".*
Obwinianie się	Obejmuje zachowania polegające na przyjęciu i akceptacji odpowiedzialności za własne kłopoty, a więc np. zachorowanie, czynienie sobie wyrzutów, krytycznym stosunku do samego siebie. Zachowania takie są pewną formą autoagresji, rozładowania negatywnych emocji wywołanych przykrymi doświadczeniami poprzez zmianę na niekorzyść stosunku do samego siebie.	*„Zbyt dużo pracowałem, paliłem, nie dbałem o siebie to teraz choruję".*
Koncentracja na problemie	Obejmuje zachowania związane z próbami pokonania trudności poprzez zdecydowane, racjonalne i planowe działanie, przemyśliwanie i analizę sytuacji, poszukiwanie alternatywnych sposobów rozwiązania problemu. Są one stosowane przez osoby mające kontrolę nad sytuacją i własnymi emocjami, pragnące włączyć się aktywnie w rozwiązywanie własnych trudności.	*„Muszę poznać wszystkie dostępne metody leczenia".*
Ucieczka--fantazjowanie	Obejmuje zachowania polegające na unikaniu problemu, ucieczce w marzenia, niedopuszczaniu do siebie negatywnych myśli i przeżyć, oderwaniu się od rzeczywistości. Celem jest doraźne zredukowanie negatywnych emocji wywołanych trudnościami, chwilową poprawą samopoczucia.	*„Przecież wszystko jest dobrze. Leczą mnie, wyleczą i pojadę na te wakacje do Turcji".*
Wzorowanie się na innych	Obejmuje zachowanie polegające na próbie podejścia do trudności poprzez zastosowanie sposobów stosowanych przez innych, np. osoby, które się podziwia, oraz znalezienie rozwiązania poprzez spojrzenie na sytuację z punktu widzenia różnych osób. Jest to szczególna forma strategii, polegającej na planowym, racjonalnym podejściu do problemu.	*„Zrobię tak, jak ona i też będę zdrowa"*

cd. tab 1

Forma zmagania się	Charakterystyka formy	Przykład
Rezygnacja	Obejmuje zachowania związane z akceptacją własnej sytuacji, pogodzeniem się z losem, poddaniem się sytuacji, powstrzymaniem się od aktywnych prób rozwiązania problemu. Pojawiają się one u osób, które nie widzą specjalnych szans na pokonanie trudności, nie mają w sobie dość sił, aby to robić, i raczej biernie czekają na to, co się wydarzy.	*„Ja już nic nie mogę zrobić".*
Odreagowanie	Obejmuje zachowanie mające na celu rozładowanie negatywnych emocji, wywołanych przykrymi przeżyciami, na zewnątrz, poprzez opowiedzenie komuś o swoich problemach, ekspresję negatywnych emocji, np. złości, w agresji wobec otoczenia czy też poprzez zaangażowanie innych osób w swój problem.	*„Muszę to wyrzucić z siebie".*
Kontrolowanie emocji	Obejmuje zachowania ukierunkowane na opanowanie i stłumienie własnych negatywnych emocji poprzez ograniczenie ekspresji emocjonalnej, niedopuszczenie do siebie negatywnych myśli, eliminowanie emocji w działaniu. zachowania te ułatwiają jednostce kontrolowanie sytuacji i planowe, racjonalne działanie albo przynajmniej nie dopuszczają do utraty równowagi emocjonalnej.	*„Dobrze to znoszę, nic po mnie nie widać".*

Stres traumatyczny jako stan po chorobie

Stres nie jest spowodowany samym pojawieniem się szkodliwego, zakłócającego czynnika, ale z niemożnością poradzenia sobie z nim [8]. Sytuację chorych na nowotwory należy traktować jako złożoną sytuację stresową [13]. O sile stresu decyduje zespół różnorodnych czynników – od bólu i cierpienia poprzez zmiany dotychczasowych relacji społecznych, realizowanych wartości osobistych, aż po zagrożenie życia. Należy podkreślić, że choroba nowotworowa jest zagrożeniem życia, długi czas leczenia stawia chorego w nieustannym poczuciu gotowości do walki, z trudnym do przewidzenia końcem.

Stres chroniczny jest to stres spowodowany codziennymi kłopotami, problemami niewywołującymi skrajnie silnego pobudzenia emocjonalnego [6]. Z kolei stres traumatyczny wywołany jest zdarzeniami wyzwalającymi silny strach, poczucie paniki i przerażenia, które stanowią zagrożenie życia lub zdrowia jednostki

[14]. Osoby przeżywające stres traumatyczny doświadczają trzech grup symptomów [14]:

- natrętne nawracanie obrazów i przykrych doznań związanych ze zdarzeniem traumatycznym;
- silna skłonność do unikania myśl, uczuć, miejsc i sygnałów, przypominających zdarzenie;
- utrzymywanie się stanu zwiększonego pobudzenia, nieobecnego przed zdarzeniem.

U większości ludzi uczestniczących w zdarzeniu traumatycznym objawy te zanikają po upływie kilku dni, ale u pewnej części osób utrzymują się dłuższy czas, a jeśli trwają dłużej niż miesiąc rozpoznaje się zaburzenie po stresie traumatycznym określanym skrótem PTSD – *post-traumatic stress disorder* [6].

Ozdrowieniec to osoba, która jest wyleczona np. z choroby nowotworowej. Warto jednak podkreślić, że istnieją jej odległe następstwa, które oddziałują na codzienność. Tą konsekwencją może być stres potraumatyczny, który wynikać może z następujących zjawisk:

- przede wszystkim ozdrowieniec przeszedł przez chorobę, która wiąże się z wysokim wskaźnikiem śmiertelności;
- hospitalizacja oznacza, że osoba chorująca znalazła się z dala od swojego domu i bliskich;
- hospitalizacja wiązała się także z częstymi badaniami, naruszaniem sfery ciała, obnażaniem siebie przed innymi – obcymi ludźmi;
- wielokrotnie choroba nowotworowa kończy się utratą części ciała np. piersi, krtani, języka, co wpływa na zmianę jakości życia;
- w obliczu pojawienia się choroby często dochodzi do reorganizacji życia rodzinnego, czego konsekwencją może być nawet rozbicie rodziny;
- z chorobą niejednokrotnie wiąże się utrata pracy i obniżenie poziomu ekonomicznego życia.

Czas po leczeniu wiąże się ze stałą obawą przed nawrotem choroby [15]. Zdaniem Izdebskiego [15] nawet pełne wyleczenie i brak nawrotów choroby nie oznacza zakończenia oddziaływania wcześniej przeżytej sytuacji stresowej i mogą wystąpić objawy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego. Badanie przeprowadzone przez Herschbacha i wsp. [15, 16] wykazało, że 40,9% chorych po leczeniu wskazywało na lęk przed nawrotami choroby jako podstawowy czynnik stresogenny. Wśród pozostałych stresorów wymieniano: poczucie słabości i zmęczenia, lęk przed ponowną hospitalizacją, lęk przed bólem, problemy ze snem, podenerwowanie.

Pacjenci po chorobie nowotworowej mogą sobie różnie radzić z przeżywaną traumą. Uznając, że opisywana trauma jest wynikiem przeżytego stresu, istotne

jest przyjrzenie się temu, jakie wysiłki podjęli ozdrowieńcy w celu przezwyciężania stresu i jego skutków. Dodatkowo warto dążyć do uzyskania odpowiedzi na pytanie, jak osoby wyleczone z choroby nowotworowej radzą sobie ze stresem w ogóle. Najczęściej cytowaną teorią dotyczącą stresu i radzenia sobie jest teoria Lazarusa i Flkmana [14], w której zasadnicze znaczenie przypisywane jest subiektywnej ocenie relacji między osobą a otoczeniem, jak również subiektywnej ocenie możliwości sprostania wymaganiom stawianym przez otoczenie. Aktualna sytuacja spowodowana przez chorobę może być odzwierciedlana w pierwotnej ocenie poznawczej jako krzywda/strata. W odniesieniu do przyszłości choroba może być traktowana zarówno jako zagrożenie dla cenionych wartości (życie, sprawność, samoocena, relacje w innymi ludźmi), jak i jako wyzwanie. Ocena choroby w kategorii wyzwania wiąże się ze świadomością możliwości leczenia choroby i własnego w tym udziału [9]. W literaturze podkreślane jest, że sposób radzenia sobie ze stresem wiąże się z temperamentem i osobowością [6, 7]. Osobowość wpływa na rozwój i utrwalenie się symptomów stresu traumatycznego, ponieważ decyduje o nasileniu i rodzaju emocji doświadczanych podczas zdarzenia traumatycznego i w okresie potraumatycznym, gdy jednostka próbuje poradzić sobie z następstwem traumy; wyborze strategii radzenia sobie ze stresem. Potwierdzono empirycznie, że takie cechy jak neurotyczność, sumienność i niechęć do ujawniania emocji sprzyjają rozwojowi PTSD, natomiast takie cechy, jak poczucie koherencji, siła i ruchliwość procesów nerwowych czy poczucie własnej skuteczności były czynnikami ochronnymi.

Osoby uznane za wyleczone z choroby nowotworowej po długim czasie częstych hospitalizacji, podporządkowywaniu swojego czasu i aktywności aktualnemu samopoczuciu (w szczególności po chemioterapii), koncentrowaniu się na procesie leczenia mają wrócić do dawnego życia. Często u tych osób pojawiają się zaburzenia zachowania diagnozowane jako zaburzenia adaptacyjne, które polegają na negatywnych zmianach w zachowaniu, emocjach i nastroju oraz pogorszeniu funkcjonowania, które są spowodowane stresem związanym z traumatycznym przeżyciem [8]. Prawdopodobną przyczyną takiego stanu może być „wyłączenie" z życia rodzinnego, zawodowego, towarzyskiego na czas trwania leczenia. Dana osoba może przeżywać trudności w podejmowaniu rozmów na tematy, w których nie może wykazać się aktualną wiedzą, ponieważ całą swoją uwagę skupiała na chorobie. Do tego pogorszenie nastroju może być spowodowane trudnościami życia codziennego, które były odsunięte na bok, np.: problemy finansowe bądź zaburzone relacje międzyludzkie.

Wśród wczesnych następstw stresu, zmian pojawiających się bezpośrednio po jego wystąpieniu wymieniane są: obniżenie nastroju, zakłócenia somatyczne, pogorszenie sprawności działania, modyfikacje procesów poznawczych

[8]. Heszen [17] prowadząc badania wśród chorujących osób N-45, wykazała, że niemal wszystkie badane osoby odczuwały wpływ choroby na samopoczucie i wygląd. Z kolei spośród odległych następstw stresu wymienia się: zjawisko sekwencji stresowych wydarzeń życiowych, zmianę postawy wobec siebie i świata, pogorszenie funkcjonowania społecznego, pogorszenie samooceny, pesymistyczna postawa [8].

Komunikacja z „ozdrowieńcem"

Mimo, że wydaje się to być kontrowersyjne, wartym zwrócenia uwagi jest fakt istnienia pozytywnych skutków zachorowania na raka [15]. Często chorzy dokonują bilansu choroby i najczęściej bilans ten jest ujemny [9]. Choć warto, aby osoba wychodząca z choroby zauważyła także wtórne zyski, jak np. zainteresowanie ze strony otoczenia, uzyskiwanie ulg. Zauważenie pozytywnych zmian zazwyczaj wymieniane jest przez osoby, które mają zakończony proces leczenia. Zdecydowanie większość wykazuje często lepszy poziom przystosowania niż osoby zdrowe. Co więcej, wielu chorych przypisuje pozytywne zmiany w życiu, które zawdzięczają doświadczaniu choroby [15]. Choroba nowotworowa stanowi psychospołeczną tranzycję, która może doprowadzić do dystresu, ale także i do rozwoju. Termin ten został zaproponowany przez Parkesa [15, 18], który odnosił psychospołeczną tranzycję do wydarzeń życiowych, wymagających od jednostki „restrukturalizacji własnych sposobów spostrzegania świata i własnych planów życia w nim". Tedeschi i Calhoun [15, 19] wprowadzili termin rozwoju pourazowego do opisu pozytywnych zmian życiowych, spowodowanych sytuacją stresową. Być może takie podejście będzie wskazówką do rozmowy z ozdrowieńcami. Nie można komuś na siłę wyszukiwać korzyści z choroby – być może dana osoba, nie będzie na to gotowa lub tych korzyści nie dostrzega lub nie ma. Najlepiej, aby tak prowadzić rozmowę z ozdrowieńcem, by on sam te pozytywne zmiany zauważył.

Łosiak opisując stres u pacjenta onkologicznego, podkreślał, iż warto pamiętać o tym, że [2]:

1. Każdy pacjent podejmuje jakieś formy zmagania się ze stresem choroby;
2. Różne formy zachowań mogą być przejawem tej samej formy zmagania się ze stresem;
3. W większości przypadków pacjent nie ogranicza się do jednej formy zmagania się ze stresem;

4. Nie jest możliwa ocena efektów i skuteczności poszczególnych form zmagania się ze stresem bez uwzględnienia bardzo szerokiego kontekstu indywidualnego i sytuacyjnego;
5. Wskazana jest bardzo duża ostrożność przy ingerowaniu w formy zmagania się ze stresem choroby podejmowane przez pacjentów.

Warto, aby w kontakcie z drugą osobą, która przeszła chorobę nowotworową, postępować według określonych zasad. Pierwszą z nich, jak wskazuje Pilecka [20], jest traktowanie pacjenta jako osobę odpowiedzialną i zdolną do podejmowania decyzji (o ile nie ma stwierdzonych zaburzeń rozumienia). Należy tak umiejętnie prowadzić rozmowę, by pacjent czuł, że jest traktowany poważnie i z szacunkiem. Do tego istotne jest nawiązanie dialogu na poziomie partnerskim – dorosły człowiek z dorosłym, w sposób realistyczny i otwarty. Oznacza to, że nie można zaprzeczać temu, przez co pacjent przeszedł. Choroba, z którą się borykał, narażała go na utratę życia i trzeba taką wiadomość zaakceptować, cokolwiek nie można się na niej skupiać. Ponadto trudna w kontakcie z ozdrowieńcem może się stać zmienność uczuć – od radości z poczucia wyzdrowienia po stan lękowy spowodowany obawami przed nawrotem choroby. Korzyścią dla pacjenta byłoby pogodzenie się z negatywnymi myślami poprzez stosowanie otwartej i wspierającej komunikacji, opartej na wyrażaniu uczuć i myśli.

Informowanie pacjenta o chorobie wymaga uwzględnienia znajomości stylu zmagania się z chorobą, a ogólnie postawy wobec informacji, a więc poszukiwania lub unikania informacji [13]. Informacja powinna być dostosowana do indywidualnego stylu zmagania się z chorobą, który niezależnie od ogólnych modeli zmagania się z sytuacją krytyczną jest swoisty dla każdego pacjenta.

Pilecka opracowała wskazania do rozmowy z pacjentem, które wyznaczają drogę postępowania terapeutycznego [20]:

- Nie uciekaj przed pytaniami chorego, ale cierpliwie go wysłuchaj, a jeśli trzeba, ustosunkuj się do nich.
- Jeśli odczuwasz lęk w kontakcie z chorym zastanów się, czego właściwie się boisz.
- Staraj się każdorazowo informować chorego o czekających go badaniach diagnostycznych czy zabiegach terapeutycznych.

Być może o osobie, która już nie jest chora na raka, nie powinno się mówić „chora", ale jest to też pacjent, który może borykać się z innymi trudnościami, dlatego też powyższe wskazówki do prowadzenia rozmowy są warte zastosowania.

Podsumowanie

Chorych onkologicznie charakteryzuje wysoki poziom nadziei, który wpływa pozytywnie na funkcjonowanie chorego w kolejnych etapach leczenia [1, 21].Wydawałoby się, że osoba wyleczona powinna się już tylko cieszyć zdrowiem i zapomnieć o tym, co przeżyła lub wyciągnęła wnioski, jak może zmienić swoje życie, by nie narażać siebie na utratę zdrowia. Należy jednak pamiętać, że nie każdy jest w stanie oddzielić swoją „onkologiczną" przeszłość od teraźniejszości i spojrzeć w optymistyczną przyszłość, której wizję już raz utracił. Wyrozumiałość, otwartość na rozmowę i gotowość do podjęcia trudnej rozmowy z „ozdrowieńcem" może być dla niego wsparciem. Ważne jest, aby ta rozmowa była prowadzona ze specjalistą, który będzie posiadał odpowiednie kompetencje w umiejętnym poprowadzeniu takiej rozmowy.

Piśmiennictwo

1. Chojnacka-Szawłowska, G., *Psychologiczne aspekty przewlekłych chorób somatycznych*, Vizja Press It, Warszawa 2012.
2. Łosiak, W., *Proces zmagania się ze stresem choroby przez pacjentów*, (w:) Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, UJ, Kraków 1999, 183-197.
3. Izdebski P., *Funkcjonowanie osób z chorobą nowotworową po chemioterapii*, WSP, Bydgoszcz 1998.
4. Kübler-Ross E., *On Death and Dying*, McMillan Publishing Co. Inc., New York 1969.
5. Kopczyńska-Tyszko A., *Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór*, (w:) Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, UJ, Kraków 1999, 125-143.
6. Dudek B., *Niespójność osobowości jako czynnik ryzyka rozwoju symptomów zaburzenia po stresie traumatycznym,* (w:) Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, UJ, Kraków 2005, 119-127.
7. Strelau J., *Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*, (w:) Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, UŚ, Katowice 1996, 88-133.
8. Łosiak W., *Psychologia stresu*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

9. Heszen I., *Zasoby duchowe człowieka a zdrowie somatyczne*, (w:) Brzeziński J. M., Cierpiałkowska K. (red.), *Zdrowie i choroba. problemy teorii, diagnozy i praktyki*, GWP, Gdańsk 2008, 96-119.
10. Dohrenvend B. P., *Stressful life events and psychopathology: some issues of theory and method*, (w:) Barret J. F., Rose R. M. (red.), *Stress and mental disorder*, Raven Press, New York 1979.
11. Dolińska-Zygmunt G., *Elementy psychologii zdrowia*, Wyd. UW, Wrocław 1996.
12. Nasiłowska-Barud A., *Choroba jako kryzys psychologiczny*, (w:) Kubacka-Jasieck D., Mudyń K. (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcie i możliwości*, Wyd. Ada Marszałek, Toruń 2004, 17-28.
13. Wrona-Polańska H., *Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu*, (w:) Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, UJ, Kraków 1999, 197-225.
14. Lis-Turlejska M., *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*, PAN, Warszawa 1998.
15. Izdebski P., *Psychologiczne aspekty przebiegu choroby nowotworowej piersi*, UKW, Bydgoszcz 2007.
16. Herschbach P., Keller M., Knight L., Brandi T., Huber B., Henrich G., Marten-Mittag B., *Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer specific questionnaire*, „British Journal of Cancer", 2004, 91, 504-511.
17. Heszen I., *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*, PWN, Warszawa 2013.
18. Parkes C. M., *Psychosocial transitions: A field for study*, „Social Science and Medicine", 1971, 5, 101-115
19. Tedeshi R. G., Calhoun L. G., *Trauma and transformation: Growing in yeh afetrmath of uffering*, Thousands Oaks, Sage 1995.
20. Pilecka B., *Kryzys psychiczny u bliskich chorego somatycznie*, (w:) Kubacka-Jasiecka D., Ostrowski T. M. (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, UJ, Kraków 2005, 109-118.
21. Lin C. C., Tsay H. F., *Realtionships among perceived diagnostic disclosure, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients*, „Psycho-Oncology", 2005, 14, 376-385.

Dariusz Kuć

EMPATIA JAKO FORMA KOMUNIKACJI W CODZIENNEJ PRAKTYCE PRACOWNIKA OCHRONY ZDROWIA

Wprowadzenie

Empatia to zdolność do postawienia siebie na miejscu drugiej osoby i odbierania w podobny sposób zachodzących wydarzeń oraz odczuwania podobnych emocji (np. radości czy smutku). Taką powszechnie znaną definicję empatii przedstawiają autorzy podstawowych podręczników psychologicznych [1]. Jednakże taka definicja mówi zbyt mało, zwłaszcza jeśli mamy rozpatrywać empatię jako cechę czy zjawisko przydatne do komunikowania się lekarza lub innego pracownika ochrony zdrowia z pacjentem lub jego rodziną.

Rozszerzając spojrzenie na empatię rozumianą czy to jako bieżący stan, czy to jako stałą cechę, można dostrzec, że jest to pojęcie niejednorodne i oznaczać może trzy dość różne i niezależne od siebie zjawiska [2].

Najpierw empatią możemy nazwać przyjmowanie punktu widzenia i spojrzenie innej osoby oraz zrozumienie jej problemów „jej oczami", z jej perspektywy. W empatycznej relacji dwóch osób chodzi więc o zawieszenie czy też odłożenie na bok, choćby na chwilę, własnej perspektywy i zrozumienie, jak daną sytuację odczuwa ktoś inny. W takiej relacji trzeba zrozumieć myśli, zamiary i uczucia innej osoby. Może to być bardzo trudne, ponieważ zawsze myślimy z własnej perspektywy i bardzo często uważamy, że jest ona jedynie słuszna i prawdziwa.

Po drugie, empatia oznacza też ciepłe, emocjonalne współbrzmienie – współczucie dla partnera będącego w jakimś kłopocie. I choć współczucie jest emocją własną, czyli moją, to jednak skierowaną nie na mnie, ale na innego człowieka – odczuwaną z jego powodu i w jego sprawie.

Na trzeci sposób empatią można nazwać własne cierpienie na widok innego człowieka znajdującego się w opresji. Chociaż jest to emocja podobna do poprzedniej, bo nasza, to jednak jest ona skierowana na nas, nie zaś na znajdującego się w potrzebie człowieka.

Empatię możemy rozumieć także jako zdolność czy umiejętność odczuwania emocji oraz stanów psychicznych lub duchowych innych osób (empatia emocjonalna), albo też zrozumienia ich sposobu myślenia, światopoglądu czy choćby widzenia danej sprawy (empatia poznawcza). Każda z tych emocji, postaw i sytuacji może mieć olbrzymie znaczenie w relacji pacjenta z lekarzem, pielęgniarką czy innym pracownikiem ochrony zdrowia. Każda też może mieć pozytywny, ale i negatywny wpływ na komunikację z osobą chorą, proces diagnostyczny i terapeutyczny.

W profesjonalnej relacji medycznej bardzo ważne jest dostrzeżenie i zrozumienie własnych emocji związanych z pacjentem. Ponieważ każdy, kto udziela pomocy chorym, przeżywa jakieś emocje, powinien więc uczciwie odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie one są i czy są skierowane na pacjenta, czy na siebie. Przykładem niech będzie ekstremalna sytuacja umierania człowieka bardzo cierpiącego, który „stoi już na progu śmierci" i któremu trudno pomóc w złagodzeniu cierpienia związanego z jego terminalnym stanem. W każdym obserwatorze takiej tragicznej sytuacji może pojawić się emocja współodczuwania i zaświtać myśl: „Lepiej by było, gdyby już odszedł". I pewnie to prawda, że lepiej byłoby dla tego pacjenta, aby jego cierpienia ustały i żeby umarł. Jednakże stwierdzenie, że lepszym rozwiązaniem byłoby „odejście pacjenta", wymaga postawienia sobie pytania: dla kogo lepszym? dla niego czy dla mnie? W takiej sytuacji, lekarz czy inny pracownik ochrony zdrowia, musi sobie zadać to pytanie i uczciwie na nie odpowiedzieć. „Czy kieruję się troską o tego człowieka, czy chciałbym, aby przestał już cierpieć, czy może uważam, że powinien już odejść, bo to ja nie mogę na to patrzeć, bo to dla mnie za trudne, bo to ja nie potrafię pomóc? A więc współczuciem dla kogo kieruję się i komu chcę pomóc? Pacjentowi czy samemu sobie?" Może być bowiem tak, że to moje mechanizmy obronne podpowiadają mi: „Lepiej by pacjent ten zszedł z mego pola widzenia, niż bym ja cierpiał z powodu tego strasznego widoku". Jest to więc empatia rozumiana jako własne cierpienie, skierowana na nas. Nie jest ona korzystna w relacji medycznej, choć oczywiście zdarza się i to wcale nierzadko.

Aby dobrze zrozumieć pojęcie empatii, trzeba oddzielić ją od sympatii i od litości. Sympatia, w klasycznym rozumieniu, to pozytywny stosunek do osoby. Kierując się sympatią, chciałoby się, aby tej osobie było lepiej, życząc jej wszystkiego najlepszego, chce się ją też zobaczyć w korzystniejszym dla niej położeniu.

Oczywiście, każdy pracownik ochrony zdrowia powinien mieć takie nastawienie do pacjentów. Litość zaś to żałowanie kogoś, kto sam sobie nie jest w stanie pomóc, kogoś komu pomagamy, rozwiązujemy jego problemy np. materialne. Oba te uczucia nie są empatią, ponieważ nie angażują nas emocjonalnie, w obu nie wchodzimy „w skórę innego człowieka".

W dalszej części rozdziału omówiona zostanie empatia jako cecha pozytywna, która może poprawić komunikację z pacjentem i cały proces leczenia.

Rozumienie pacjenta jako całości

Empatia wymaga zobaczenia pacjenta jako człowieka i zrozumienia go jako całości. Choć to oczywiste i banalne, że pacjent jest człowiekiem (bo niby kim innym mógłby być?), to jednak praktyka pokazuje, że bardzo często dla lekarza pacjent jest nazwiskiem, przypadkiem chorobowym, numerem leżącym na sali szpitalnej, kimś anonimowym. Warto więc sobie zadać pytanie, czy będąc na miejscu pacjenta, chciałbym, żeby profesjonalny pracownik ochrony zdrowia myślał czy mówił o mnie jako „przewlekła trzustka", „ten/ta z czwórki", „ten/ta przy drzwiach" czy „ten z HIV"? Empatia każe nam postępować tak, jakbyśmy chcieli, aby postępowano wobec nas. Każdy z nas ma najpierw swoje własne imię, potem dopiero nazwisko (które mają inni członkowie rodziny). Następnie pacjent ma jakąś chorobę i leży na którejś sali. Ważne jest więc byśmy myśląc o pacjencie, rozmawiając o nim, wywołując go z kolejki do gabinetu używali właściwych słów identyfikujących go: nigdy „Kowalski", ale – „pan Jan Kowalski", nigdy zwracając się do pacjenta w 3. osobie: „rozbierze się". Tego też wymagają zwykłe zasady dobrego wychowania, o których jednak często lekarze i inni pracownicy ochrony zdrowia zapominają. Pośpiech i zła organizacja nie może być nigdy żadnym wytłumaczeniem dla lekceważenia pacjenta i zwykłego chamstwa. Personelowi medycznemu zawsze powinno towarzyszyć przekonanie, że pacjent jest osobą, jednostką indywidualną, jedyną i niepowtarzalną (tak jak i ja, i jak każdy z nas).

Musimy też uświadomić sobie, że człowiek jest całością. Składa się z części fizycznej, psychicznej i duchowej. Ma także relacje z innymi ludźmi, jest więc istotą społeczną. Każda z tych części jest bardzo ważna i żadna z nich nie ma uprzywilejowanej pozycji w konstruowaniu osoby ludzkiej. Spojrzenie całościowe, holistyczne (z greckiego *holos* oznacza całość) na osobę, polega na zobaczeniu człowieka, jako nie dającej się podzielić całości, która składa się z pierwiastków: cielesnego, emocjonalnego, duchowego i społecznego. Wszystkie one są ze sobą połączone

i oddziaływają wzajemnie na siebie. Ból fizyczny wpływa na nasze emocje, lęk potęguje ból, poczucie bezsensu życia wywołuje objawy somatyczne, osamotnienie wzmaga cierpienie psychiczne i fizyczne. I mimo że już Galen żyjący w II wieku p.n.e. zaobserwował, iż rak piersi częściej dotyka kobiet „pełnych smutku i zamkniętych w sobie", współcześni lekarze często zapominają, jak wielki wpływ mają na siebie te sfery.

Empatia wobec „innych"

Obecnie w gabinecie lekarskim czy w sali szpitalnej coraz częściej możemy spotkać pacjentów wywodzących się z innej kultury, wyznających inny niż powszechnie obowiązujący światopogląd czy religię, innej narodowości, innego koloru skóry, mówiących innym językiem itd. Dla uproszczenia, choć może nazbyt dużego, możemy ich nazwać „innymi". Tacy pacjenci będą większym wyzwaniem dla pracowników ochrony zdrowia, dlatego też powinniśmy im poświęcić więcej czasu i uwagi.

Naturalna empatia, która ułatwia proces poznania pacjenta, w takiej relacji okaże się mniejsza, ponieważ każdy bardziej może współodczuwać czy rozumieć człowieka podobnego do nas. W przypadku pacjenta „innego" trzeba zadać sobie więcej trudu. Kłopot w komunikacji może pojawić się już w czasie zbierania wywiadu od pacjenta, choćby z powodu niewystarczającej znajomości języka polskiego. Jeśli pacjent łamaną polszczyzną mówi np. „głowa problem", to nie wiadomo, czy chodzi mu o to, że ma bóle głowy, czy może cierpi z powodów problemów psychicznych. W sytuacji, gdy nie jesteśmy pewni, czy pacjent rozumie nas, a my pacjenta, nieprawidłowe zebranie wywiadu może nam utrudnić, a często uniemożliwić postawienie prawidłowej diagnozy. Olbrzymią przeszkodą w relacjach mogą być także wartości uznawane przez pacjenta, które są inne niż powszechnie obowiązujące. Przykładem niech będzie odmowa przetaczania krwi u pacjentów, Świadków Jehowy. Jeśli lekarz nie spróbuje zrozumieć motywacji takiej odmowy, działanie pacjenta będzie dla niego całkowicie irracjonalne. Jeśli jednak kieruje się empatią poznawczą zrozumie, że dla pacjenta ważniejsze może być życie wieczne od doczesnego, a przetoczenie krwi może mu, w jego mniemaniu, zamknąć drogę do zbawienia.

To, że „inny" pacjent nie uznaje podobnych do naszych wartości, nie oznacza wcale, że nasze są lepsze czy bardziej prawdziwe. Oprócz wyznawanych wartości bardzo ważne jest bowiem zrozumienie warunków kulturowych, w jakich żyje

pacjent. Pamiętać należy, że zwłaszcza choroby psychiczne przebiegają różnie – inaczej u pacjentów z kultury zachodniej, inaczej u pacjentów z kultury orientalnej. U tych pierwszych objawy depresji są dużo silniejsze i towarzyszy im wynikające z wychowania w tej kulturze większe poczucie winy oraz niższa samoocena. Kultura zachodnia wymusza szybsze tempo życia, co może być przyczyną stresu, napięcia i wypalenia, przyznaje też większe niż w kulturze wschodu, miejsce dla indywidualizmu człowieka. Z tym jednak wiąże się większa odpowiedzialność spoczywająca na jednostce, bez dostatecznego wsparcia rodziny czy otoczenia. Kultura zachodnia uznająca racjonalizm jako drogę poznania rzeczywistości, nie akceptuje myślenia magicznego. Pacjent o zachowaniach psychotycznych będzie więc miał większe poczucie winy z powodu tego, że jego objawy odbiegają od normy.

Elementy kulturowe mają także wpływ na postrzeganie przyczyn i istoty choroby. Ludzie z Zachodu wiedzą, że za wystąpienie choroby odpowiadają patogeny, wirusy czy bakterie albo szkodliwe substancje, które dostają się do organizmu. W przypadku ludzi z Azji czy Afryki, nie jest to takie oczywiste, ponieważ utrata zdrowia może mieć przyczynę w braku harmonii i zachwianiu równowagi (np. *yin i yang*) lub działaniu sił wyższych czy innych ludzi (rzucenie uroku). Jeśli więc mamy do czynienia z takim pacjentem, musimy poznać i zrozumieć jego sposób myślenia, inaczej bowiem jesteśmy skazani na niepowodzenie w leczeniu. Więcej o tym można przeczytać w artykule Emilii Jaroszewskiej *Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie* w kwartalniku *„Problemy Polityki Społecznej"* (2013, 21, 2).

Relacja medyka z dzieckiem

Pacjentem, który wymaga szczególnej empatii poznawczej i emocjonalnej, jest dziecko.

Przyjęcie empatycznej postawy w tej sytuacji nie będzie bardzo trudne, jeśli każdy z pracowników ochrony zdrowia przypomni sobie samego siebie, kiedy był dzieckiem i zada sobie pytania: „Jakie wówczas odczuwałem potrzeby, czego chciałem, co było i kto był dla mnie ważny, a co i kto nie?".

Drugi sposób to wyobrażenie sobie, że na miejscu naszego małego pacjenta stoi nasze własne dziecko. Jeżeli wykonamy w wyobraźni takie krótkie ćwiczenie, będzie nam łatwiej zrozumieć i wczuć się w skórę małego cierpiącego człowieka.

Żeby zrozumieć specyfikę dziecka jako pacjenta i różnicę pomiędzy dorosłym a dzieckiem, należy powiedzieć, kim dziecko nie jest. Na pewno nie jest „człowieczkiem", czyli „dorosłym – tylko mniejszym", nie jest przedmiotem terapii, ale podmiotem tej terapii, nie jest też pacjentem, który „i tak nic nie rozumie", więc nie ma potrzeby rozmowy z nim, wystarczy, kiedy poinformujemy rodziców. Dziecko nie jest samodzielne (często jest całkowicie zależne od rodziców lub innych osób), nie ma tak jak dorosły człowiek możliwości obrony, nie jest odporne na krytykę i zranienie fizyczne oraz psychiczne. Nie jest osobą pozbawioną autonomii i godności ludzkiej. Nie jest organizmem, który nie odczuwa bólu, wręcz przeciwnie – ból i cierpienie u dziecka może być dużo wyższe niż u osób dorosłych. Jeszcze niedawno część chirurgów, anestezjologów i pediatrów uważała, że nie ma potrzeby podawania środków przeciwbólowych noworodkom czy niemowlętom w czasie zabiegów chirurgicznych, ponieważ tak małe dzieci nie odczuwają bólu. Dowodem na to miało być to, że jako osoby dorosłe nie pamiętały traumy operacji. Fakt rozpaczliwego płaczu podczas zabiegu tłumaczono tym, że dziecko małe albo śpi, albo płacze, a więc ten obecny płacz nie musi oznaczać bólu. Taka postawa pokazuje, że często traktujemy dzieci jako „przyszłych dorosłych". Bardzo dobrze ujmuje to Janusz Korczak: *Są jakby dwa życia: jedno poważne, szanowne, drugie pobłażliwie tolerowane, mniej warte. Mówimy „przyszły człowiek, przyszły pracownik, przyszły obywatel". Że będą, że później zaczną naprawdę, że na serio dopiero w przyszłości* [3]. Niech więc stary Pan Doktor Korczak metaforycznie powie, kim jest dziecko: *Dziecko jest cudzoziemcem, nie rozumie języka, nie zna kierunku ulic, nie zna praw i zwyczajów. Niekiedy samo rozejrzeć się woli, gdy trudno, prosi o wskazówkę i radę. Potrzebny przewodnik, który grzecznie odpowie na pytanie* [3]. W empatycznej relacji jako dorośli nie możemy traktować dziecka jak dorosłego, ale też nie możemy chcąc, „upodobnić się" do dziecka, przyjmować postawy „zdziecinniałego" dorosłego. Tak więc dla kontaktu z dzieckiem, nie tylko kontaktu medycznego, najlepsza byłaby postawa przyjaznego przewodnika.

Szczególną starannością i delikatnością musimy wykazać się, kiedy dziecko znajduje się w szpitalu, miejscu dla niego zupełnie obcym. Zdecydowanie więcej do zrobienia podczas hospitalizacji dziecka będą miały pielęgniarki, ponieważ to one, częściej niż lekarze, towarzyszą dziecku. Już na początku pobytu szpitalnego trzeba dziecku wytłumaczyć powód hospitalizacji. Dzieci często myślą, że zostały oddane do szpitala za karę, że nie były wystarczająco grzeczne, że nie zasługują na miłość rodziców i dlatego rodzice nie chcą ich w domu. *Szpital – z punktu widzenia dziecka, szczególnie małego – może jawić się jako więzienie. Ograniczenie wolności, odebranie ubrania, zbiorowe sale, reżim, izolacja, personel ubrany w uniformy, ogolenie głowy, przemoc, przywiązywanie do łóżka, niedostępność rodziców – mogą*

być odbierane jako niezrozumiała kara [4]. W kategoriach kary dzieci mogą pojmować także fakt swojej choroby oraz zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne. Przyczyniają się do tego sami rodzice, mówiąc: „Jak nie będziesz grzeczny, to będą zastrzyki". Nigdy nie wolno straszyć dzieci doktorem czy szpitalem, chcąc wymusić posłuszeństwo czy określone zachowanie. Tak jak dorosłych, tak i dzieci, nie wolno okłamywać, a w miarę ich zdolności rozumienia przekazywać tylko prawdę. Dotyczy to sytuacji bardzo trudnych emocjonalnie, jak np. przekazywanie informacji o chorobie nieuleczalnej, ale i prostych, jak np. bólu przy drobnym zabiegu u stomatologa czy podczas szczepień. Nie okłamujmy więc dziecka, że „nie będzie bolało", bo po pierwsze, dziecko może pamiętać podobne sytuacje z przeszłości i wie, że nie jest to prawda, po drugie, obserwując otoczenie, zdenerwowaną mamę, przeczuwa, że nie będzie tak, jak zapewniają dorośli, a po trzecie zaś, nie będzie w stanie nam już zaufać – nam, pracownikom ochrony zdrowia lub nam, wszystkim dorosłym. Pamiętać należy, że psychiczne urazy jatrogenne z dzieciństwa mogą mieć olbrzymi wpływ na późniejszy rozwój osobowości dziecka.

Sztuka rozmowy

Relacja terapeutyczna pracownika ochrony zdrowia z pacjentem rozpoczyna się od spotkania i rozmowy dwóch osób – profesjonalisty z cierpiącym, potrzebującym pomocy człowiekiem. Truizmem jest stwierdzenie, że od jakości tej rozmowy, czyli dokładnego zebrania wywiadu medycznego zależy w bardzo dużej mierze postawienie właściwej diagnozy, a także prawidłowe leczenie. Jeśli to jest oczywiste, dlaczego więc tak wielu pacjentów narzeka na niewłaściwą komunikację z pracownikami medycznymi? *Hipokrates do perfekcji opanował sztukę rozmowy z pacjentem, podczas gdy dziś lekarze to chodzące komunikacyjne koszmary* – tak współczesnych medyków określa David H. Newman (także lekarz) [5].

Nieprawidłowa relacja komunikacyjna jest jedną z przyczyn niskiego zaufania pacjentów do lekarzy, a to uderza w obie strony partnerskiego, w założeniu, układu dwóch osób. Badania [6] pokazują, że poziom zaufania pacjentów do przedstawicieli tej profesji medycznej spada, dając w roku 2014 polskim lekarzom niechlubne, ostatnie miejsce wśród lekarzy z 29. badanych krajów (polskim lekarzom ufało 43% badanych, podczas gdy najlepszym w rankingu Szwajcarom – aż 83%, podobnie jeśli chodzi o satysfakcję z wizyt lekarskich – 25. miejsce i 23% zadowolonych pacjentów) [6]. Przyczyn tego stanu rzeczy należy szukać nie tylko w złym systemie organizacyjnym lecznictwa, przepracowaniu, braku czasu, wypaleniu

zawodowym, niedostatecznej motywacji do pracy, ale także w niemal nieobecnym kształceniu w tej dziedzinie przyszłych pracowników lecznictwa na studiach medycznych. Student uczelni medycznej uważa, że jego praca jako lekarza, pielęgniarki czy jakiegokolwiek przedstawiciela profesji medycznej, będzie polegała na walce z chorobą, a nie na rozmowie („od tego jest psycholog"). Rzeczywistość jednak okaże się inna. Pacjentów nie będą interesować ograniczenia organizacyjne i kompetencyjne – będą domagać się rozmowy i zrozumienia, to ostatnie nie może się obyć bez naszej postawy empatycznej, zarówno poznawczej, jak i emocjonalnej. W sztuce prawidłowego komunikowania w relacji medycznej trzeba na początku pamiętać, że nie jest to relacja dwóch równych sobie osób. Lekarz jest na pozycji dominującej, ma większą wiedzę, ma możliwości diagnostyczne, ma pewną władzę, reprezentuje dorobek poprzedników – jest co prawda człowiekiem, ale jest także instytucją. Pacjent to osoba cierpiąca, zaniepokojona swoim zdrowiem, szukająca rozwiązania problemów, oparcia czy pociechy. Aby wytworzyć postawę empatyczną, warto przypomnieć sobie przed każdym spotkaniem z pacjentem, jak sami czuliśmy się, co myśleliśmy, jakie mieliśmy obawy, gdy byliśmy pacjentami. Na temat prawidłowej komunikacji więcej można przeczytać w książce *Jak skutecznie rozmawiać z pacjentem i jego rodziną* (S. Chlabicz, L. Marcinowicz, PZWL, Warszawa, 2014).

Prawidłowa komunikacja rozpoczyna się od przywitania pacjenta, nie można (co jest praktyką powszechną), wywoływać go zza zamkniętych drzwi: „Następny!" Choćby dla rozprostowania nóg trzeba wstać zza biurka, otworzyć drzwi i zaprosić pacjenta słowami np. „Proszę bardzo", „Zapraszam, pani Mario". Otwierając drzwi i zapraszając do siebie pokazuję, że jestem otwarty na pomoc i że pacjent jest oczekiwanym gościem na moim terenie. Jako gospodarz wyznaczam też warunki, na jakich to spotkanie się odbywa. Do pacjentów powinniśmy się zwracać z szacunkiem *per* pan/pani, nigdy w trzeciej osobie „Niech się położy" albo w tonie rozkazującym za pomocą bezokoliczników „Oddychać, nie oddychać". O dziecku, które przychodzi z mamą, mówimy używając jego imienia: „Od kiedy Kuba gorączkuje?", nie zaś: „Czy dziecko kaszle?" Jeśli z dzieckiem przychodzą rodzice, zwracamy się do obojga, nie zaniedbując żadnego z nich, chyba że wyraźnie widzimy, iż opiekę nad dzieckiem sprawuje jedna osoba, zwykle mama, a tata jest tylko asystą w czasie wizyty. Nie powinno się jednak założyć z góry (co robi wielu pediatrów czy pielęgniarek), że tata nic nie wie o chorobie dziecka, a już na pewno nie ma pojęcia o karmieniu czy pielęgnacji malucha. W czasie rozmowy należy ograniczyć bariery typu ekran komputera, karty pacjentów, segregatory, sprzęt do badania. Jeśli ma się naprawdę bardzo ważną informację do przekazania, powinno się usiąść obok pacjenta – przez co zmniejszy się w ten sposób dystans, a zwiększy

zaufanie. Podczas rozmowy nie należy zachowywać się jak protokolantka sądowa, która słyszy (nie słucha) i tylko spisuje przebieg rozmowy na komputerze. Najpierw trzeba wysłuchać, zadać pytania, porozmawiać – potem dopiero napisać w dokumentacji to, co potrzebne i ważne. Można nawet podczas pisania podsumować na głos to, co powiedział pacjent i upewnić się, że wszystko zrozumiało się dobrze (często dopiero w podsumowaniu okazuje się, że pacjentowi tak naprawdę chodziło o coś innego, że nie na tym polega jego problem). Nie trzeba się bać używania słów: „Jeśli dobrze zrozumiałem, to pani problemem jest…" – wówczas można dokładniej zrozumieć problem pacjenta. W ten sposób pokazuje się swoje zainteresowanie i nie sprawia, że pacjent będzie zakłopotany tym, że nie potrafił dobrze wytłumaczyć, o co mu chodzi. Nigdy nie powinno używać się niezrozumiałego żargonu medycznego „strojąc się w ten sposób w piórka profesjonalisty". W rozmowie trzeba zejść do poziomu rozumienia pacjenta, pamiętając, że większość z nich nie jest wykształcona medycznie i że źródłem ich informacji jest rodzina czy znajomi, a najczęściej doktor Google [7]. Badania [8] pokazały, że to Internet jest miejscem, w którym pacjenci dowiadują się o zdrowiu, chorobach czy ich leczeniu (88% wskazań), na drugim miejscu są lekarze i przedstawiciele służby zdrowia (73%). W czasie rozmowy należy pomóc pacjentowi zrozumieć istotę jego choroby, wytłumaczyć możliwości terapii, ewentualne powikłania, wskazać różne drogi i pomóc podjąć decyzję co do leczenia, pamiętając, że czasy paternalizmu w medycynie się skończyły. Nie wolno podejmować decyzji za pacjenta (chyba, że takiej decyzji sam nie może podjąć) – zarówno w interesie jego, jak i własnym. Na zakończenie wizyty trzeba upewnić się, że pacjent zrozumiał treść informacji mu przekazanych. W badaniach [8] wykazano bowiem, że ponad 80% chorych wychodzi z gabinetu z poczuciem, że nie rozumie diagnozy, nie wie dokładnie, jak ma postępować i co im dolega.

Przekazywanie trudnych informacji

Szczególną i niezwykle wymagającą od personelu medycznego sztuką jest przekazanie trudnej informacji pacjentowi nieuleczalnie choremu. Studia medyczne przygotowują nas do walki z chorobą i to walki z założenia wygranej, jednak nie każda taka walka kończy się sukcesem. W takiej sytuacji personel medyczny może odczuwać poczucie klęski czy nawet winy, a na pewno bezradności. W związku z tym medycy unikają komunikowania złych wiadomości z powodu tego, że obawiają się zarówno własnych uczuć, jak i reakcji pacjenta. Często w unikaniu tego

robią wszystko, aby nie doszło do sytuacji „konfrontacji w obliczu prawdy". Uciekają się do zdawkowego pocieszania, skupiają uwagę (swoją i pacjenta) na wynikach badań, czy chowają się za dokumentacją medyczną.

Decydując się jednak na przekazanie złej informacji, powinno się dobrze przygotować do takiej rozmowy. Złą informację powinien przekazać lekarz opiekujący się pacjentem, zdarza się jednak, że robi to pielęgniarka w czasie jakiejś czynności medycznej czy lekarz na dyżurze, który nie zna dobrze pacjenta. Należy zarezerwować odpowiednio długi czas, zapewnić intymne miejsce (nie na korytarzu szpitala), wyłączyć telefon komórkowy (nikt i nic nie może w takiej rozmowie przeszkodzić). Trzeba też wiedzieć, co pacjent wie obecnie na temat choroby i swego stanu oraz ile chce wiedzieć. W rozmowie takiej nie wolno kłamać, ale też, nie raniąc pacjenta, prawdę przekazywać stopniowo. Prawda bowiem w tej sytuacji, jak lekarstwo, musi być odpowiednio dawkowana, w zależności od indywidualnych potrzeb chorego. W rozmowie można wypuścić tzw. „balon próbny" np. „Obawiam się, że sprawa wygląda poważniej niż myśleliśmy". Reakcja pacjenta na taki sygnał podpowie nam, czy możemy kontynuować, czy na razie na tym poprzestać i wrócić do rozmowy za jakiś czas. Jeśli chory o nic wówczas nie pyta, nie narzucajmy się z informacjami, przyjdzie czas, kiedy będzie gotów wiedzieć więcej. Pozwólmy choremu na reakcje nieracjonalne, emocjonalne, płacz, zaprzeczenie, wysłuchajmy jego obaw, spróbujmy zrozumieć, czego najbardziej się boi, jakie jest źródło jego lęku. Nigdy w rozmowie nie udzielajmy precyzyjnych odpowiedzi na pytanie: „Ile mi jeszcze zostało?". Nie dlatego, że chcemy uniknąć takich odpowiedzi albo by chronić emocje chorego, ale dlatego, że zwyczajnie tego nigdy nie wiemy. Rozmowę powinniśmy zakończyć daniem racjonalnej nadziei, większej lub mniejszej. Bardzo ważne są tzw. „nadziejki", czyli drobne, ale realne nadzieje: „Co prawda nie da się wyleczyć, ale jak pani widzi, wymioty już ustąpiły i zrobimy, co można, aby nie powróciły". Na koniec powinno się chorego zapewnić, że może się do nas zwrócić z kolejnymi pytaniami, wątpliwościami i przede wszystkim, że nie zostanie bez opieki. Jeśli pracownik ochrony zdrowia wykaże naprawdę empatyczną postawę, łatwiej zrozumie, po co naprawdę przyszedł pacjent. Może się okazać, że wcale nie po to, aby go ktoś wyleczył, ale aby wysłuchał, pocieszył lub po prostu „był z nim". Powinno się pamiętać o wskazaniu, które od dawna towarzyszy medykom: *Wyleczyć czasami, ulżyć często, pocieszyć zawsze* – taką właśnie dewizą kierowała się Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego.

Podsumowanie

Każdy pacjent, tak jak każdy człowiek, jest inny i niepowtarzalny, podobnie jak każdy medyk, lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, radiolog czy ktokolwiek, kto opiekuje się pacjentem. Każdy z nich ma swoje doświadczenia życiowe, emocje, większe lub mniejsze umiejętności komunikacyjne. W relacjach z pacjentami nie będzie się idealnym, będzie się popełniać błędy. Empatia, czyli próba wczucia się w innego człowieka, od tych błędów nie uchroni, ale pozwoli je zminimalizować.

Piśmiennictwo

1. Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M., *Psychologia społeczna*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 1997.
2. Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi*, Wyd. Naukowe „Scholar", Warszawa 2002.
3. Korczak J., *Prawo dziecka do szacunku*, Rzecznik Praw Dziecka, Warszawa 2012.
4. Dangel T., *Godność dziecka – refleksja lekarza*, *„Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka"*, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 2006, nr 4, s. 47-61.
5. Newman D. H., *Cień Hipokratesa. Tajemnice Domu Medycyny*, Wyd. Znak, Kraków 2010.
6. Blendon R. J., Benson J. M., Hero J. O., *Public trust in physicians – U.S. medicine in international perspective*, *„New England Journal of Medicine"*, 2014, nr 371, s. 1570-1572.
7. Serwis Polskie Badania Internetu, marzec 2011, http//pbi.org.pl/raportyzdrowie serwisy.pdf, data pobrania 4.02.2015.
8. Sęk H., Heszen I. , *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2007.

CZĘŚĆ III
WYBRANE ASPEKTY OPIEKI MEDYCZNEJ

Agnieszka Kułak-Bejda, Piotr Kułak, Grzegorz Bejda, Wojciech Kułak

KULTUROWE UWARUNKOWANIA WYBRANYCH JEDNOSTEK CHOROBOWYCH

Wprowadzenie

Kultura zdrowotna (poczucie odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne, uwrażliwienie na potrzeby zdrowotne) tworzona jest przez system wartości, które przypisuje się zdrowiu [1]:

- fizycznemu oraz psychicznemu;
- obiektywnemu oraz subiektywnemu;
- jednostkowemu i publicznemu.

Zależności pomiędzy zdrowiem, chorobą i kulturą dotyczą kryteriów zdrowia, różnicy poglądów na temat zagrożeń zdrowia, traktowania zdrowia jako wartości, uwarunkowań stylu życia oraz zróżnicowań stosunku do chorób i chorych osób [1].

Badania dotyczące różnic kulturowych oraz analizy wpływu różnych czynników na zdrowie człowieka (Grzymała-Moszczyńska [2]) wskazują iż kultura może powodować wzrost ryzyka wystąpienia choroby (czynnik patogenny) lub redukować ryzyko wystąpienia choroby (czynnik terapeutyczny).

W literaturze przedmiotu [2, 3, 4] zwraca się uwagę na fakt, że wpływ kultury na zdrowie jednostki jest bardzo istotny, ponieważ nie tylko może zwiększać ryzyko wystąpienia danej choroby, ale również wpływać na jej przebieg (rozwój i/lub zahamowanie). Uważa się [2, 3, 4], że najsilniej związany z kulturą jest styl życia jednostki, wpływając np. na charakter relacji międzyludzkich, spożywane potrawy, stosowane używki, normy higieny, aktywność ruchową, styl pracy, sposób spędzania wolnego czasu. Kultura wpływa także na wybór modelu opieki zdrowotnej, na zasady opieki nad chorym, na otaczające człowieka środowisko oraz biologię człowieka (np.: zwiększenie ryzyka wystąpienia niektórych chorób w konsekwencji związków osób blisko spokrewnionych) [3, 4]).

Pamiętać należy, iż w wielu krajach i społeczeństwach funkcjonują różne kulturowe strategie radzenia sobie z codziennymi problemami, każda związana z innymi stresorami, niekorzystnie wpływającymi na stan zdrowia.

Środowisko kulturowe wywiera na jednostkę wpływ poprzez instytucje [5, 6]:

- pierwotne (struktura rodzinna) – wywierające wpływ m.in. poprzez określony model rodziny, metody wychowywania dzieci, wzorce socjalizacji;
- wtórne (struktura społeczna) – to przede wszystkim system norm i wartości, wierzenia, rytuały, obyczaje, cechy struktury społecznej, wzorce myślenia oraz zachowania, różne systemy (prawne, ekonomiczne, polityczne itd.).

W przypadku terapii międzykulturowej problemy z diagnozą mogą wynikać z faktu, że pacjent jest obciążony schorzeniem, które w kulturze danego lekarza nie jest znane. Poza tym lekarz kształcony w USA lub Europie, może mieć problem z diagnozą pacjenta pochodzącego z Azji, Krajów Arabskich lub Ameryki Południowej i odwrotnie. W obrębie danej kultury istnieją różne szkoły medyczne, stąd zależnie od kraju pochodzenia lekarza, ocena stanu zdrowia u tego samego pacjenta może być inna.

Funkcjonujące współcześnie zróżnicowane stadia rozwojowe krajów oraz regionów świata wykazują ścisłe powiązania z mnogością wierzeń, obyczajów, hierarchii wartości i kultur, co wpływa na postrzeganie chorób *w* kontekście ich przyczyn, rozpoznań, leczenia i postaw wobec chorych [7, 8].

Matsumoto i Juang [9] przeprowadzili badania dotyczące 28 krajów z całego świata (z pięciu kontynentów), reprezentujących rozmaite warunki etniczne, kulturowe i społeczno-ekonomiczne. Uwzględniono w nich wskaźniki umieralności sześciu rodzajów chorób oraz cztery wymiary kulturowe Hofstede. Zgodnie z jego teorią [10] różnice kulturowe sprowadzają się do takich wymiarów jak: indywidualizm-kolektywizm (dbałość o siebie vs. o własną grupę), dystans władzy (siła społecznej hierarchii), unikanie niepewności (nietolerancja dwuznaczności, zapotrzebowanie na jasne reguły i prawo), męskość-kobiecość (męskość – role społeczne związane z płcią są wyraźnie określone, kobiecość – role męskie i żeńskie wzajemnie się przenikają) oraz orientacja długo- i krótkoterminowa. Matsumoto i Fletcher [9] uważają, iż indywidualizm człowieka jest skorelowany z niebezpieczeństwem rozwoju złośliwych nowotworów i chorób serca, ale z mniejszym prawdopodobieństwem infekcji oraz chorób pasożytniczych i układu mózgowo-naczyniowego [9]. Im silniejsza jest skłonność do unikania niepewności, tym większe ryzyko chorób serca, ale zredukowanie zagrożeniem chorobami układu mózgowo-naczyniowego oraz układu oddechowego. Z kolei wyższy poziom męskości wiąże się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia chorób układu naczyniowego mózgu [9].

Badania Parsonsa [11] wykazały, że Amerykanie traktują chorobę, jako *dewiację od pełnienia ról, a dominujące wartości narzucają określone oczekiwania wobec osób chorych.*

Zola [12] badał reakcje na choroby u osób pochodzących z różnych grup etnicznych i stwierdził, że *postrzeganie objawów chorobowych, sposób ich prezentowania oraz sposób podjęcia decyzji udania się po pomoc lekarską, współgrają z daną kulturą (…) sposoby, w jakie pacjenci relacjonują lekarzom swe objawy chorobowe są wynikiem zróżnicowanego postrzegania procesów chorobowych.*

Należy wspomnieć (Kępińska-Mirosławska [13]), że zjawiska biologiczne które dotyczą człowieka, zwłaszcza choroba *mająca wpływ na psyche, jak i soma, mogą zainspirować różnego rodzaju <kulturowe opowieści>, przesuwać ich znaczenie w obręb mitów czy religii (zwłaszcza wtedy, gdy nie sposób ich w danym czasie i miejscu wytłumaczyć) bądź generować poczucie lęku społecznego, lęku przed <Innym>.*

Postrzeganie ciała

Powszechnie uważa się, iż ciało to najważniejszy symbol kulturowy [14]. Brocki [15, 16] pisze *Wielu badaczy społecznych podkreśla obecnie, że ciało należy do najważniejszych symboli kulturowych, że jest w stanie symbolizować wszystko, ale daje także umysłowi gotową ramę klasyfikacyjną w postaci swych części, dzięki czemu wszystko to, co poza ciałem, daje się rozumieć w kategoriach cielesnych. Jest to przywilej najbardziej agresywnych pojęć w kulturze, czyli pojęć dla niej najważniejszych.*

Starowicz [17] podkreśla, iż ciało było postrzegane jako: w koncepcjach orfickich – więzienie duszy, przez pitagorejczyków – powłoka dla duszy, przez Platona – jaskinia dla duszy, a przez Arystotelesa – podporządkowane duszy. Kartezjusz propagował koncepcję dualizmu duszy i ciała, a teorie socjobiologiczne traktowały ciało jako wyraz ewolucji przyrody, pomoc w prokreacji oraz przekazywaniu „samolubnych genów". We współczesnej obyczajowości erotycznej uważa się, iż ciało służy zdrowiu, rekreacji, przyjemności, relacjom więziotwórczym.

W Judaizmie ciało uważane jest za wyraz twórczego aktu Boga, jest dobrem i podkreśla się rozbieżność między mądrością, a namiętnością [cyt. za 17]. W Chrześcijaństwie przez długi okres dominowała negatywna postawa wobec ciała (więzienie dla duszy, źródło grzechu – zalecenia ascezy, celibatu, dziewictwa), ale teologia ciała zmieniła tę postawę i ciało zaczęto postrzegać jako dobro, wartość (zalecenie dbania o ciało, krytyczna ocena dualizmu i manicheizmu).

W Islamie traktuje się ciało jako wartość pozytywną, stąd dużo uwagi poświęca się jego atrakcyjności [cyt. za 17]. W Hinduizmie uważa się ciało za tymczasowe, stanowiące źródło cierpienia, za wartość niższego rzędu w odniesieniu do wartości duchowych, stąd za ideał doskonałości uważane jest wyzwolenie się od materii, cyklu narodzin i śmierci. W Tantryzmie ciało jest uważane jako mikrokosmos odzwierciedlający wszechświat, jest świątynią, o którą należy dbać, ponieważ jest drogą do ekstazy, czemu służy aktywność seksualna. Także pozytywną postawę wobec ciała ujawnia taoizm.

Na przestrzeni wieków obraz piękna ulegał zmianie, a każda kultura preferowała swój własny ideał. W starożytności za osobę piękną uważana była taka, która miała odpowiednie proporcje poszczególnych części ciała i wykazywała się ich symetrią (odpowiedni stosunek długości, odpowiedni kształt, wszystko w zgodności i harmonii) [18]. W okresie antyku preferowane były kobiety o „porcelanowej cerze" (blada twarz uważana za oznakę luksusu i bogactwa), szczupłe, drobne, o delikatnych rysach i nienagannym wyglądzie. W średniowieczu – kobiety szczupłe, z małymi piersiami, bez oznak opalenizny, korygujące defekty urody (np. „niskie czoło" – goląc włosy nad linią czoła, nawet czasem do połowy). W odrodzeniu zaczyna się podążanie za modą, a kobieta renesansowa to osoba stosująca kosmetyki, farbująca włosy na blond (czasem o rudym odcieniu). W okresie baroku kobieta musiała mieć „rubensowskie kształty" – być pulchna, mieć fałdki tłuszczu, krągłe ramionami, wielkie piersi. W okresie romantyzmu kobieta idealna to piękna dama o delikatnych rysach, filigranowej figurze, gładkiej skórze i długich blond włosach [18].

Obecnie powszechnie uważa się, iż ciało to najważniejszy symbol kulturowy, a wręcz mówi się o kulcie ciała służącym kształtowaniu całościowej wizji świata, obecnym w każdych mediach (telewizja, radio, Internet, prasa, gry komputerowe) [14]. Ideał pożądanego piękna i szczupłości, za Suszyńska i wsp. [19], ukazywany jest np. przez lalkę Barbie, tak popularną wśród małych dziewczynek. Zdaniem Baumana [20] ten fakt zwraca uwagę na *współczesne traktowanie ciała w sposób przedmiotowy, a nawet konsumpcyjny, czyli wyłącznie w sposób użytkowy* (…). *Ciało ludzkie jest dziś w pierwszym rzędzie organem konsumpcji i miarą należytego stanu jest zdolność wchłonięcia i zasymilowania wszystkiego tego, co społeczeństwo konsumpcyjne ma do zaoferowania.* Featherstone [21] porównuje ciało do *wehikułu przyjemności*, ponieważ *jest zarówno pożądane, jak i pożądające. Wystawiane jest na sprzedaż, na pokazanie światu, wykraczając poza sferę własnego kręgu, poza sferę sypialni. Nie jest już kojarzone z grzechem. Straciło wartość biologiczną, nie jest już ograniczone przez naturę. Uznaje się je za plastyczne.* Natomiast Wolf [22] określa to mianem *mitu piękności*, stwierdzając: „*kobiety muszą jej pragnąć, mężczyźni muszą pożądać kobiet, które je posiadają*".

W piśmiennictwie fachowym [23, 24] zwraca się uwagę na podobieństwo pomiędzy średniowiecznymi postami i umartwianiem ciała, a jadłowstrętem psychicznym oraz podkreśla się [24, 25, 26, 27], iż zaburzenia odżywiania zaczynają stanowić oddzielny aspekt kultury masowej, pod postacią własnych niezależnych kulturotwórczych zjawisk internetowych (np. *Thinspiration*, *Pro-ana*, *Mia)* i przestają być postrzegane jako zaburzenia, a stają się przejawem osobistej transgresji oraz autokreacji, która jest wspierana przez inne uczestniczki.

Anoreksję i bulimię uważa się za zaburzenia emocjonalne, poważnie zagrażające zdrowiu fizycznemu, a nawet życiu dziewcząt i młodych kobiet oraz dezorganizujące ich funkcjonowanie psychospołeczne.

Nazwa bulimii pochodzi od słowa *bulimis – byczy głód* (*limos* – głód; *bous* – byk) [14]. Pierwszy tego określenia użył w II wieku n.e. Galen celem opisania choroby zwanej inaczej „wilczym głodem". Dopiero jednak po roku 1979 została wyodrębniona, przez londyńskiego psychiatrę Geralda Russell, który zauważył, iż niektóre z jego pacjentek z anoreksją, cierpiały na „złowieszczą odmianę" tej choroby (okresowe napady żarłoczności z utratą kontroli nad ilością spożywanych pokarmów). Z kolei terminu anoreksja (z greckiego *an* oznaczającego coś ujemnego, zaprzeczenie i *orexis* – apetyt, łaknienie) po raz pierwszy użył angielski lekarz William Gull w 1873 roku [14].

Lindberg [14] za przyczynę powyższych problemów uważa lansowanie ideału szczupłej sylwetki, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych.

Dane epidemiologiczne wskazują, iż w krajach zachodnich częstość występowania anoreksji kształtuje się od 0,1 do 5,7% nastoletnich kobiet, zaś bulimia – od 0,3 do 7,3% kobiet oraz dotyka ok. 2,1% populacji męskiej w tym wieku [28]. Według innych badań zakres chorobowości obejmujący bulimię to 0,1-1,4% mężczyzn i 0,3-9,4% kobiet [28].

Postrzeganie menstruacji

Podejście do menstruacji, zarówno kulturowe, religijne, jak i osobiste, z jednej strony jest wynikiem doświadczeń, a z drugiej odzwierciedla stosunek całego społeczeństwa tego okresu życia kobiety [29, 30, 31].

Arystoteles uważał, że w akcie zapłodnienia równie ważne są dwie substancje: krew menstruacyjna (materię) i męska sperma (nadająca jej formę), a nadwyżka krwi menstruacyjnej w trakcie porodu miała inicjować proces laktacji [29, 30, 31]. Podobnie Tybetańscy Khumbu są przekonani, że w procesie formowania zarodka

identyczną rolę odgrywa sperma (odpowiedzialna za formowanie kości i mózgu) i krew menstruacyjna (odpowiedzialna za tworzenie materii ciała i jego kształt). W starożytnym Rzymie mężczyźni, aby zapewnić sobie wierność partnerek, używali ich krwi menstruacyjnej. Z kolei australijscy Aborygeni w czasie obrzędów naśladują kobiecą menstruację i celem spowodowania krwawienia nacinają sobie penisy [29, 30, 31].

W Europie miesiączkę postrzega się, jako okres uciążliwy, wstydliwy dla kobiety (często próbują ukryć ten fakt) i temat nie do dyskusji [29, 30, 31]. Wśród konserwatywnych Prawosławnych w Grecji, kobiety w okresie menstruacji mają pewne ograniczenia, np. uważa się, iż nie powinny przyjmować Komunii świętej. W Portugalii kobieta w trakcie miesiączki nie mogła brać udziału w świniobiciu oraz spoglądać na obrządzane mięso, aby go nie popsuć [29, 30, 31].

W społeczności Romów mężczyźni unikają kontaktu fizycznego w czasie miesiączki i po porodzie, a kobiety w tym czasie nie mogą dotykać mężczyzn oraz przedmiotów mających z nimi kontakt [29, 30, 31].

W niektórych żydowskich rodzinach panuje zwyczaj, że dziewczynkę, która miesiączkuje po raz pierwszy w życiu, rodzice powinni lekko uderzyć w policzek, aby odgonić złe duchy oraz przypomnieć jej, że staje się gotowa do małżeństwa [29, 30, 31]. Z kolei wśród ortodoksyjnych Żydów menstruacja postrzegana jest jako nieczystość i w związku z tym funkcjonuje rytuał Nidy nakazujący unikania przez mężczyzn kontaktów z kobietami w trakcie miesiączki i około tydzień po jej zakończeniu. Do mężczyzny kobieta może zbliżyć się dopiero po kąpieli w łaźni. Nakazy te dotyczą również małżonków [29, 30, 31].

Asanti (grupa etniczna z Ghany) świętują uroczyście pierwszą miesiączkę, ciało młodej kobiety zdobią skomplikowanymi wzorami, ponieważ wierzą, że krew kobiet chroni przed złem [29, 30, 31]. Z kolei lud Mae Enga, zamieszkujący Nową Gwineę, używa krwi menstruacyjnej jako trucizny przed wrogami. U nigeryjskich Tiwów krwi menstruacyjnej używa się w rytuałach związanych z płodnością ziemi i kobiet. W społecznościach kreolskich i metyskich Ameryki Łacińskiej (Meksyk, grupy latynoskie w Stanach Zjednoczonych) uroczyście obchodzone są piętnaste urodziny – XV *ańos* (*quinceańos*), uważane jako rytuał przejścia ze statusu dziecka do statusu kobiety. Uroczystość ma generalnie jedynie wymiar symboliczny, bowiem współcześnie dziewczęta zaczynają miesiączkować o wiele wcześniej. Zwyczaj „ślubu bez oblubieńca" składa się z uroczystej mszy i przyjęcia, w którym uczestniczy rodzina, znajomi i sąsiedzi [29, 30, 31].

W krajach islamskich kobiety w okresie menstruacji nie mogą przebywać w meczecie, w sali modlitewnej, nie mogą się modlić, pościć ani dotykać Koranu i powinny powstrzymać się od współżycia z mężem i wziąć rytualną kąpiel po zakończeniu

miesiączki [29, 30, 31]. W Hinduizmie kobiety w ciągu 4 pierwszych dni cyklu nie mogą uczestniczyć w uroczystościach religijnych, a w niektórych regionach Nepalu, z racji traktowania ich jako nieczyste, podlegają rytuałowi Chaupad i pozostają odosobnione (głównie w szopach). W tym czasie nie wolno im korzystać z ciepłych koców i kąpać się, wchodzić na dziedziniec ich własnych domów, dotykać mężczyzn i muszą spożywać jedynie suchy rodzaj pożywienia, sól i ryż [29, 30, 31].

W Japonii praktykuje się wykluczenie kobiet w okresie miesiączki ze świątyń, ponieważ krew menstruacyjna jest utożsamiana ze śmiercią [29, 30, 31].

Na Borneo kobiety ze społeczności Rungus w czasie miesiączki muszą przebywać na specjalnie zbudowanych listwach bambusowych [29, 30, 31]. Podobnie jest w tradycji ludu Dogon z Zachodniej Afryki, gdzie miesiączkujące kobiety mieszkają w odosobnieniu, w zbudowanych specjalnych barakach. Kobiety plemienia Beng (Wybrzeże Kości Słoniowej) w okresie miesiączki przygotowują specjalne danie, które mogą spożywać wyłącznie kobiety, które już miesiączkowały [29, 30, 31].

Schorzenia neurologiczne

Padaczka – słowo *epilepsia* znane jest od ok. 2 500 lat i pochodzi od słowa greckiego *epilamvanein* oznaczającego „atakować", „chwycić", „posiąść" [32, 33]. Na padaczkę na całym świecie choruje około 50 mln osób [cyt. za 34]. W Europie schorzenie to dotyczy 6 mln osób, a średnie rozpowszechnienie na 1 000 osób wynosi 5,2 bez względu na wiek pacjentów, a w przypadku dzieci 4,1. Z uwagi na fakt, iż w niektórych krajach europejskich padaczka nie jest rozpoznawana jako zaburzenie neurologiczne, szacuje się, że nawet 40% pacjentów chorujących na to schorzenie może nie być poddanych leczeniu [cyt. za 34].

W krajach uprzemysłowionych wskaźnik zachorowalności na padaczkę ogółem wynosi około 50/100 tys. na rok (przedział 40-70/100 tys. na rok) [cyt. za 34], u dzieci z częstością od około 0,7-0,8% do 1% [35, 36]. Według Panayotopoulos [36] w krajach rozwiniętych przynajmniej jednego napadu padaczkowego doświadcza około 6-7% dzieci, a w krajach rozwijających się – od 7 do nawet 15%. Większe ryzyko zachorowania występuje w przypadku osób pozbawionych odpowiednich środków społeczno-ekonomicznych [cyt. za 34]. U osób po 65. roku życia wskaźnik zachorowalności na padaczkę jest największy i wynosi ok. 1,5%.

W Anglii padaczkę zdiagnozowano u około 362 tys.-415 tys. osób, wskaźnik zapadalności szacowany jest na 50/100 tys./rok, a chorobowość utrzymuje się na poziomie 5-10/1 tys. przypadków [cyt. za 34]. W Szkocji żyje około 20 tys.-40 tys.

ludzi z aktywną padaczką, dodatkowo w kraju tym diagnozuje się co roku około 2 tys. do 3 500 nowych przypadków choroby, a w Kanadzie napadów padaczkowych doświadczyło około 250 tys. osób [cyt. za 34]. W USA na padaczkę choruje około 2 milionów osób, w Indiach 5,5 miliona, a w Azji mieszka ponad 25 milionów osób chorujących na padaczkę, czyli połowa światowej populacji chorych [cyt. za 33].

W Polsce na padaczkę choruje około 300 tys.-400 tys. osób, co stanowi w przybliżeniu 1% całego społeczeństwa [cyt. za 34].

Za najstarszy dokument dotyczący padaczki uważa się zapisaną w języku sumeryjskim glinianą tabliczkę z okresu 1067-1046 p.n.e., (panowanie króla babilońskiego Adad-apla-iddina) – *antashubba* – „chorobę padania" [37].

Pierwsze informacje na temat padaczki pojawiły się ok. roku 1900 p.n.e. w Kodeksie Hammurabiego [38]. Wzmianki o tej chorobie są też w papirusach egipskich, Ewangelii, Koranie oraz Talmudzie. Określana była, jako „wielka choroba", „choroba św. Walentego". Pierwszego zasadniczego opisu padaczki, na podstawie obserwacji chorego, dokonał Hipokrates. Plutarch, grecki pisarz i filozof, jako autor monografii pierwszych cesarzy rzymskich *Od Augusta do Witeliusza* oraz Żywotów sławnych mężów, opisał dwa napady padaczkowe Juliusza Cezara. Podobne relacje opisał także historyk rzymski Appianusa, autora *Historii Rzymu* oraz William Szekspir w I akcie tragedii *Juliusz Cezar*. Pierwsza nowoczesna definicja padaczki stworzona została w drugiej połowie XIX wieku, przez Jacksona, uczonego amerykańskiego [38].

W wielu kulturach osobom cierpiącym na epilepsję przypisywano nadprzyrodzoną moc, otaczano czcią, kojarzono z mistycyzmem, magią i szamaństwem [39]. W średniowieczu chorych na epilepsję uważano za opętane przez demony i siły nieczyste [38]. W starożytnym Egipcie np. uznawano ją jako chorobę nadprzyrodzoną, pochodzenia boskiego i określano jako „choroba święta" (*morbus sacer*). Starożytni Grecy wierzyli, że jedynie bogowie mogli przejąć władzę nad człowiekiem i powalić go na ziemię w napadzie drgawek [38].

W wierzeniach wielu plemion Afryki padaczka jest wynikiem rzuconego uroku, czarów i o ile odnajdzie się osobę, która taki urok rzuciła, skazuje się ją nawet na wygnanie. Ludy te przyczyny tej choroby upatrują również w „zatruciu" traktują ją jako zaraźliwą [39, 40]. W Bassá i Bambiliké (Kamerum) za przyczynę padaczki uważa się oparzenia ciała. W krajach Ameryki Środkowej sądzi się, że padaczka jest spowodowana nadmiernym cierpieniem zwierzęcia, a także walką sił Dobra ze Złem [41].

W terapii padaczki do 5 wieku p.n.e. wierzono, że aby wyleczyć chorobę, należy wypędzić złe duchy i w tym celu używano czarów, amuletów (ochrona przed czarną magią) lub talizmanów (gwarancja szczęścia) [32]. W Tanzanii stosuje się

leczniczy rytuał polegający na goleniu całego ciała przy użyciu szkła, a w krajach Trzeciego Świata ponad 80% pacjentów stosuje jedynie leki ziołowe, różne rytuały, duchowe kuracje lub połączenia tych wszystkich metod [41, 42, 43, 44].

Stwardnienie rozsiane (SM), to przewlekła, zapalna, demielinizacyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w której dochodzi do wieloogniskowego uszkodzenia tkanki nerwowej, której częstość jej występowania zależy od rejonu geograficznego kraju i konkretnej populacji [45].

Zachorowalność na SM jest większa w krajach o wysokim dochodzie (89/100 tys.) i średnio wysokim dochodzie (32/100 tys.), a niższa w krajach o średnio niskim dochodzie (10/100 tys.) i o niskim dochodzie (0,5/100 tys.). [cyt. za 46].

Na SM w Europie północnej, kontynentalnej części Ameryki Północnej i Australii choruje około 1/1tys. mieszkańców, mniej na półwyspie arabskim, w Azji i kontynentalnej części Ameryki Południowej, wśród mieszkańców terenów położonych bliżej równika. Stosunkowo rzadka jest w Afryce [cyt. za 47]. Szacuje się, iż liczba osób z SM na całym świecie przekracza 2,5 mln, z czego około 630 tys. mieszka w Europie, 520 tys. – w obu Amerykach, 66 tys. – w krajach wschodniej części Morza Śródziemnego, 56 tys. – w obrębie zachodniego Pacyfiku, 31 500 – w południowo-wschodniej Azji, a 11 tys. – w Afryce [cyt. za 46]. Kraje o wysokim wskaźniku występowania choroby to Szkocja (190/100 tys.), Węgry (176/100 tys.), Irlandia Północna (170/100 tys.), Stany Zjednoczone (135/100 tys.), Kanada (132,5/100 tys.), Czechy (130/100 tys.), Norwegia (125/100 tys.), państwa basenu Morza Śródziemnego – Francja, Hiszpania, Dania (122/100 tys.), Anglia i Walia (100-140/100 tys.), Włochy (60/100 tys.) i Cypr (110/100 tys.) [cyt. za 46]. Stosunkowo najniższa częstość występowania SM występuje w Japonii, Iranie (1,4-2,67/100 tys. mieszkańców) i Kuwejcie (6,88/100 tys.), chociaż w ostatnich latach występuje tam znaczący wzrost zachorowalności [cyt. za 46].

W Polsce zapadalność na SM wynosi od 45 do 92 przypadków na 100 tys. mieszkańców, przy czym rocznie notuje się około 2 tys. nowych zachorowań. Szacuje się, że od 40 tys. do 60 tys. osób w skali całego kraju cierpi z powodu SM [cyt. za 46].

Średni wiek zachorowań na SM jest najniższy w krajach wschodniej części Morza Śródziemnego (26,9 lat), w Europie (29,2 lat), w Afryce (29,3 lat), obu Amerykach (29,4 lat), w Azji Południowo-Wschodniej (29,5 lat), a najwyższy w obrębie zachodniego Pacyfiku (33,3 lat) [cyt. za 46].

SM występuje głównie u osób rasy białej [cyt. za 46]. Wykazano, że niektóre grupy etniczne (np. kanadyjscy Inuici, Lapończycy z północnej części Skandynawii, australijscy Aborygeni) charakteryzują się znacznie mniejszą częstością występowania SM w porównaniu do innych mieszkańców tych regionów, gdzie choroba jest rozpowszechniona [46, 48]. Stwierdzono także większe zróżnicowanie

etniczne u dzieci z SM w porównaniu do osób dorosłych [49, 50]. Rzadziej jest rozpoznawana wśród Maorysów z Nowej Zelandii (20,6/100 tys.) niż u innych mieszkańców (73,2/100 tys.) [51, 52]. Wykazano [53, 54], że najwyższa zapadalność na SM dotyczy mieszkańców Szkocji, a na całym świecie obszary wysokiego ryzyka choroby zostały zaludnione przez szkockich imigrantów. Badania Visser i wsp. [55] prowadzone w północno-wschodniej Szkocji, w Aberdeen, na Orkadach i Szetlandach, wykazały w ciągu ostatnich 30 lat znaczny wzrost zachorowalności na SM. Za przyczyny powyższego stanu uważa się podłoże genetyczne, czynniki środowiskowe i kulturowe [55].

Czynniki środowiskowe, które rozważa się jako prawdopodobnie mające znaczenie dla regionalnych różnic w zachorowalności na SM to: klimat, dieta, toksyny, ekspozycja na promieniowanie słoneczne, czynniki genetyczne, zakaźne i kulturowe [47]. Według Marrie [47] jeśli migracja nastąpi przed 15. rokiem życia, to osoby migrujące przejmują podatność na zachorowanie na SM typową dla danego nowego regionu, a jeśli po 15. roku życia – zachowują podatność na zachorowanie typową dla swojego wcześniejszego miejsca zamieszkania.

Badania Smestad i wsp. [56] wykazały, że Oslo (stolica Norwegii), jest miastem o jednym z największych odsetków występowania SM i częściej schorzenie stwierdzano wśród imigrantów z Bliskiego Wschodu niż Azji lub Afryki, co może świadczyć o większej predyspozycji do SM mieszkańców z Bliskiego Wschodu niż pozostałych imigrantów.

W literaturze przedmiotu [57, 58, 59] zwraca się uwagę na rolę niedoboru witaminy D w wyjaśnieniu nieproporcjonalnego wzrostu występowania SM w niektórych populacjach. Badania kohortowe wykazały, że zmniejszona ekspozycja na słońce może być istotnym czynnikiem spadku poziomu witaminy D, a jej niedobór może mieć wpływ na komórkową odpowiedź immunologiczną przeciwko autoantygenom i patogenom powiązanym etiologią SM [58, 59]. Niedobór witaminy D występujący zwłaszcza w krajach o klimacie umiarkowanym oraz u pacjentów w początkowych stadiach SM, sugeruje szkodliwość tego czynnika w grupie pacjentów z SM [58, 59]. Badania epidemiologiczne [46, 60, 61] wykazały, że rozpowszechnienie występowania SM na kuli ziemskiej nie jest regularne i zależy od szerokości geograficznej. Częstość występowania wzrasta wraz ze zwiększaniem się szerokości geograficznej i ograniczeniem ekspozycji na światło słoneczne. Okazało się, że 15% ludności świata żyjącej na obszarach położonych na północ lub południe od 40. równoleżnika, zarówno na półkuli północnej (znaczna część Europy, Kanada, północna część USA, Rosja), jak i południowej (Patagonia, Nowa Zelandia, Tasmania) jest narażona na niedobór witaminy D i jednocześnie jest tam największa częstość występowania SM [60, 61]. 85% populacji zamieszkujących

tereny bliżej równika, gdzie występuje znaczny dostępu do światła słonecznego, mają niską zachorowalność na SM [60, 61]. Częstsze zachorowania odnotowuje się w szerokościach geograficznych o klimacie chłodnym i umiarkowanym aniżeli w strefie zwrotnikowej i podzwrotnikowej. Na półkuli północnej istnieje wzrastający gradient zachorowań z kierunku południowego na północny, a na półkuli południowej wzrastający gradient z północy na południe [cyt. za 46, cyt. za 47]. Ascherio [62] zwraca uwagę na przewagę liczby zachorowań na SM w szerokościach geograficznych o klimacie umiarkowanym.

Szacuje się [63], że do roku 2030 liczba zgonów z powodu udaru mózgu (UM) może osiągnąć wielkość 7,68 mln osób, zaś ryzyko wystąpienia udaru mózgu w ciągu roku u młodych osób wynosi 1/30 tys. osób, u osób w wieku 75-85 lat 1/45 osób, a u jeszcze starszych 1/30 osób.

Rocznie na świecie występuje około 15 mln udarów, w tym ponad 1 mln udarów w Europie (rocznie ok. 2,5 mln nowych zachorowań na UM i 4,6 mln zgonów rocznie) [63, 64]. W skali globu ziemskiego zachorowalność na UM jest zróżnicowana (np. w krajach Afryki ok. 30/1 mln, w Rosji i Japonii – 300/100 tys.). Za kraje o niskim ryzyku rozwoju UM uważa się Belgię, Francję, Grecję, Włochy, Luksemburg, Hiszpanię, Szwajcarię i Portugalię, a pozostałe kraje europejskie, w tym Polskę, jako regiony wysokiego ryzyka [65].

Na podstawie badań MONICA (*Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease*) [cyt. za 66] podaje się, że współczynnik zapadalności na pierwszy w życiu człowieka udar mózgu (*First Ever Stroke, FES*) wynosił w USA i Europie od 110 do 290/100 tys. populacji ogólnej. Najwyższa zapadalność dotyczyła krajów europejskich, głównie mężczyzn i kobiet w grupie wieku od 35 do 64 lat w Finlandii, Rosji, Jugosławii i na Litwie, a najniższa – w Niemczech i Włoszech. Według danych WHO (*World Health Organization***,** Światowa Organizacja Zdrowia) [cyt. za 63, cyt. za 67], współczynniki zapadalności w udarach mózgu mieszczą się w granicach 17-317/100 tys., przy czym stwierdza się różnice w poszczególnych regionach świata. Najniższy współczynnik zapadalności zarejestrowano w Nigerii (17/100 tys.), natomiast najwyższy w Japonii (317/100 tys.). W Niemczech, Estonii, Litwie odnotowano wzrost współczynnika zapadalności [cyt. za 67].

Według WHO Regional Office for Europe [cyt. za 64], w Europie liczba zgonów rocznie z powodu chorób naczyń mózgowych jest najniższa w Szwajcarii – 33,63/100 tys., we Francji – 37,99//100 tys., w Islandii – 46,23/100 tys., a najwyższa w Rosji – 306,61/100 tys., w Kirgistanie – 272,14/100 000 i w Rumunii – 224,77/100 tys. W Chinach (Liu i wsp. [68]) choroba stanowi wiodącą przyczynę zgonów i trzecią co do częstości przyczynę utraty zdrowia, a wskaźniki zachorowalności są czterokrotnie wyższe niż w Stanach Zjednoczonych lub krajach Europy Zachodniej.

W Polsce rocznie odnotowuje się od 60 tys. do 70 tys. nowych zachorowań na UM, współczynniki zapadalności dla mężczyzn wynoszą 177/100 tys., dla kobiet – 125/100 tys. kobiet, liczba zgonów 98,57/100 tys., 20-30% chorych umiera w ciągu roku od zachorowania, a połowa z tych, którzy przeżyli, pozostaje trwale niepełnosprawnymi [67, 69].

W literaturze przedmiotu [70, 71] podkreśla się, że rzadkie choroby układu nerwowego o charakterze zwyrodnieniowym częściej niż w innych grupach etnicznych występują u Żydów, głównie Żydów Aszkenazyjskich (zamieszkują Europę środkową, wschodnią i częściowo zachodnią, a od XVII wieku również Amerykę), a rzadziej Żydów sefardyjskich (zamieszkują obszar Półwyspu Iberyjskiego, posługują się dialektami judeo-romańskimi i prawdopodobnie są genetycznie bardziej podobni do Palestyńczyków). Występowanie części z tych chorób tłumaczy się kulturową regułą endogamii, która nakazywała dobieranie sobie partnera oraz zawieranie małżeństw wewnątrz własnej grupy. Powyższe miało na celu zabezpieczenie jej przed utratą członków, wzmocnienie izolacji oraz utrzymanie odrębności [70, 71]. Z reguły choroby te są dziedziczone autosomalnie recesywnie, nieuleczalne (często kończących się śmiercią) oraz występują zarówno u dzieci, jak i dorosłych. Zalicza się do nich takie schorzenia jak np.:

- *choroba Canavana* (zwyrodnienie gąbczaste układu nerwowego, leukodystrofia gąbczasta) – zwyrodnienie istoty białej i szarej mózgu w wyniku niedoboru *N*-acetyloaspartazy, związanego z mutacją w kodującym ten enzym genie *ASPA* w *locus* 17pter-p13 [72, 73]. Pierwszy opis choroby pozostawiła Myrtelle Canavan w 1931 roku. Wyróżnia się kilka postaci choroby. Postać wrodzona i dziecięca charakteryzuje się wielkogłowiem, zespołem wiotkiego dziecka, opóźnieniem rozwoju motorycznego i umysłowego, napadami padaczkowymi, następnie niedowładem spastycznym i zespołem opuszkowym, a w konsekwencji śmiercią w ciągu kilku lat. Postać młodzieńcza i u dorosłych objawia się otępieniem, objawami móżdżkowymi, zwyrodnieniem barwnikowym siatkówki [72, 73]. Ich rozwój umysłowy jest odpowiedni do wieku – bardzo dużo rozumieją, próbują porozumiewać się z otoczeniem poprzez gesty i mimikę twarzy, są wesołe, lubią towarzystwo, muzykę, lubią tańczyć oraz ściskać się i przytulać. Natomiast rozwój fizyczny odpowiada dziecku w wieku kilku miesięcy – nie chodzą, nie mówią, słabo widzą i często nie potrafią same jeść [72, 73];
- *dystonia torsyjna typu I* – rzadka choroba układu pozapiramidowego, objawiająca się, powtarzającymi się, niezależnymi od woli skurczami mięśni (ruchami dystonicznymi), początkowo jednej kończyny (górnej albo dolnej), a z czasem obejmującymi pozostałe kończyny i tułów. Spowodowana jest mutacjami genu

DYT1 (*TOR1A*). Szacuje się, że częstość jej występowania wśród osób pochodzenia europejskiego wynosi około 1 na 200 tys. przypadków, a np. wśród Żydów Aszkenazyjskich – od 1 na 16 tys. do 1 na 20 tysięcy wśród Żydów Aszkenazyjskich [74];

- *choroba Gauchera* – lizosomalna choroba spichrzeniowa o autosomalnym recesywnym sposobie dziedziczenia, spowodowana mutacją w genie *GBA* kodującym białko enzymu glukocerebrozydazy [70]. W różnych częściach organizmu (śledziona, wątroba, kości) dochodzi do odkładania się glukozyloceramidu. Wyróżnia się kilka postaci klinicznych choroby: typ 1 nieneuronopatyczny o przewlekłym przebiegu (ok. 1 przypadek na 50 tys. urodzeń), typ 2 ostry neuronopatyczny niemowlęcy (ok. 1 przypadek na 100 tys. urodzeń), typ 3 podostry neuronopatyczny (ok. 1 przypadek na 100 tys. urodzeń) [70]. W typie 1 występują objawy trzewne, a nie ma pierwotnych zmian w mózgu, a w typach 2 i 3 występują objawy postępującej neurodegeneracji, drgawki mioklioniczne i zespołu opuszkowego. Ta ostatnia forma kliniczna (silne bóle kostne, zmiany w układzie kostnym typu osteoporozy, które prowadzą do patologicznych złamań) wydaje się być częstsza u Polaków w porównaniu z innymi populacjami europejskimi [70];
- *choroba Morquio* (*Mukolipidoza typu IV)* – sulfataza siarczanu (6)-N-acetyloglukozaminy, opisana niezależnie w tym samym 1929 roku przez Luis Morquio w Montevideo oraz James Frederick Brailsford z Birmingham [75]. Spowodowany jest mutacją z utratą funkcji w jednym z genów kodujących enzymy: *GLB1* w *locus* 3p21.33 kodującym beta-galaktozydazę (typ B) albo *GALNS* w *locus* 16q24.3 kodującym sulfatazę galaktozaminy (typ A). Pierwsze objawy pojawiają się około 7. roku życia i postępują wraz z wiekiem – deformacja twarzy (grube wargi, szeroko rozstawione zęby), zniekształcenie klatki piersiowej (spłaszczenie kręgów, znaczne skrócenie tułowia i szyi, klatka piersiowa jest zniekształcona ze znacznym wysunięciem mostka do przodu tzw. kurza klatka piersiowa), karłowatość, garb lędźwiowy, zmiany kostne (nadmierna ruchomość stawów – rozwój koślawości, szpotawości kolan, ciężkiej dysplazji szkieletowej) oraz niedomykalność zastawki aorty, zmętnienie rogówki, wydalanie z moczem keratosiarczanu. Z reguły rozwój umysłowy jest prawidłowy [75];
- *choroba Niemanna i Picka* – lizosomalna choroba spichrzeniowa, heterogenna pod względem etiologicznym i klinicznym [76, 77, 78]. Wyróżnia się kilka typów schorzenia (A, B, C), które łączy obecność w miejscach, gdzie typowo spotyka się makrofagi (wszystkie narządy układu siateczkowo-śródbłonkowego) komórek piankowatych, tzw. komórek Niemanna-Picka. Jako pierwszy jednostkę chorobową opisał Albert Nieman w 1914 roku. W latach 20. Ludwig

Pick uznał, że jest to nowa, nieznana wcześniej choroba. Typy A i B (typ I) związane są z deficytem sfingomielinazy (charakteryzują się nagromadzeniem sfingomieliny), a typ C (typ II), ma ten sam eponim, jak A i B, ale jest spowodowana nieprawidłowym funkcjonowaniem białka NPC1 lub białka NPC2, co prowadzi do odkładania niezestryfikowanej formy (wolnego) cholesterolu i glikosfingolipidów w przedziale endosomalno-lizosomalnym komórki) [76, 77, 78]. Na typ C (dziedziczenie w sposób autosomalny recesywny), zapada rocznie w Europie Zachodniej średnio 1 na 120 tysięcy żywo urodzonych dzieci [79];

- *choroba Tay-Sachsa* (gangliozydoza GM2) – związana z gromadzeniem się w neuronach mózgu substancji tłuszczowej (gangliozydu GM2) [70, 80, 81]. Nazwa choroby pochodzi od brytyjskiego okulisty Warrena Taya oraz amerykańskiego neurologa Bernarda Sachsa. U jej podłoża leży zmniejszenie aktywności lub brak syntezy enzymu beta-heksozaminidazy A. Wywołana jest przez jedno-genową mutację dziedziczoną w sposób autosomalnie recesywny. Częstość tej choroby wśród Żydów aszkenazyjkskich ocenia się na 1 na 2 500-3 600 porodów, natomiast w ogólnej populacji na 1 na 360 tys. porodów. Dzieci rodzą się zdrowe, ale w ciągu pierwszych miesięcy życia dochodzi do szybko postępującej degeneracji układu nerwowego – zahamowania rozwoju dziecka, pojawienia się zaburzeń motorycznych, objawów upośledzenia umysłowego, niedowładów kończyn, utraty wzroku i śmierci najczęściej w pierwszych czterech latach życia [70 , 80, 81].

Zaburzenia psychiczne

Zaburzenia psychiczne, za Krzyżowski [82], występują we wszystkich kręgach kulturowych, jednakże to, co w jednej kulturze uważane jest za prawidłowe, w innej może być postrzegane jako patologia i odwrotnie.

Gureje i wsp. [83] prowadzili badania w 14 krajach i objęli nimi ponad 25 tys. pacjentów. Wykazali, że stopień somatyzacji był wyraźnie większy w krajach „trzeciego świata" i może to wypływać z niskiego poziomu edukacji oraz istnienia u pacjenta inwalidztwa, co zwiększa szanse na większą somatyzację zaburzenia psychicznego [83]. Podobne wyniki otrzymali także Ritsner i wsp. [84] badając częstość występowania somatyzacji wśród imigrantów w Izraelu.

Uważa się, za Jakubik [8], że podobieństwa objawów chorobowych w różnych kulturach są duże (Chiny, Filipiny, Indonezja, USA), ale już np. w dawnym ZSRR,

nie obserwowano różnic w postaciach zaburzeń psychicznych między grupami rasowymi i narodowościowymi.

Badania Kirmayera i Younga [85] prowadzone w grupie 2 248 chorych z różnych grup etnicznych w Kanadzie wykazały, że pacjenci pochodzący z różnych kultur, nawet przy jednorodnej opiece socjo-psychiatrycznej, charakteryzowali się różnym nasileniem somatyzacji, przy czym zawsze większym niż biali (rasy kaukaskiej) Kanadyjczycy oraz posiadali odmienne systemy ocen choroby psychicznej, co miało ewidentny wpływ na szybkość i przebieg leczenia oraz zdrowienie pacjentów.

Heerlein i wsp. [86] prowadząc badania w grupach pacjentów psychotycznych z dwóch populacji niemieckiej i chilijskiej, stwierdzili większą zgodność w rozpoznaniu psychoz depresyjnych niż w porównawczych grupach ze schizofrenią.

Badania Rydera i wsp. [87] wykazały, że imigranci chińscy w Kanadzie ciężej i dłużej chorują psychicznie, niż pozostali Kanadyjczycy, a przyczyny powyższego upatrywali w zakorzenionym wśród Chińczyków wstydzie przed przyznaniem się do choroby. Nie bez wpływu jest także fakt, iż chińskie rodziny mniej motywują swoich członków do leczenia w przypadku zachorowania oraz preferują szukanie pomocy u uzdrowicieli.

W literaturze przedmiotu [70, 88, 89] zwraca się uwagę, iż w krajach afrykańskich i latynoamerykańskich choroby afektywne występują głównie w formie zespołów maniakalnych, przy czym do ich cech zasadniczych należą: brak urojeń winy i grzeszności, somatyzacja objawów, przewaga zespołu hipochondrycznego i neurastenicznego, brak poczucia niskiej wartości oraz niewielki odsetek samobójstw. Np. w Tunisie znane są zaburzenia określane jako „stamboli", wierzy się, iż są one wywołane przez owładnięcie przez złego ducha i aby je usunąć, należy wykonać taniec, który przy wzrastającym tempie przechodzi w stan transu, kończącego się drgawkami [70, 88, 89].

Depresja u Hutterytów (chrześcijańskie wyznanie protestanckie, odłam anabaptystów) (za Eaton i Well [90]) jest traktowana nie jako choroba, lecz jako próba boska. Już w V wieku objawy melancholii opisywał Hipokrates. Kim i wsp. [91] analizowali skargi depresyjne w społecznościach chińskiej oraz koreańskiej i stwierdzili, że Chińczycy częściej skarżyli się na utratę zainteresowań, brak chęci do pracy, bezsenność i niepokój, a Koreańczycy – na obniżenie nastroju, poczucie winy i utratę zainteresowań. Dankner i wsp. [92] za pomocą edynburskiego kwestionariusza depresji (*EPDS – Edinburgh Postpartum Depression Scale*) badał w jerozolimskim szpitalu 327 kobiet będących kilka tygodni po porodzie i charakteryzujących się wielokulturowym pochodzeniem. Autor [92] wykazał, że ortodoksyjne podejście do wiary może wywierać wpływ na ciężkość przebiegu depresji

poporodowej – im większa była restrykcyjność wiary, tym większe było nasilenie objawów depresyjnych. W niektórych nacjach (np. Chiny, Korea), niski wskaźnik hospitalizacji pacjentów z zespołami depresyjnymi spowodowany jest prawdopodobnie wstydem przed przyznaniem się do choroby lub nadmierną somatyzacją zespołu depresyjnego [8].

Jakubik [8] niewielkie rozpowszechnienie zespołów depresyjnych w społecznościach plemiennych i grupach etnicznych wyjaśnia społeczną akceptacją chorego na depresję, a także jego brakiem przekonania o własnej niewydolności fizycznej i psychicznej.

Wśród mieszkańców Fidżi znana jest specyficzna forma zespołu maniakalnego tzw. *matiruku*, charakteryzująca się nasileniem objawów w godzinach rannych, krótkim przebiegiem oraz częstymi nawrotami [93].

Pfeiffer i Schoene [93] twierdzą, iż depresję reaktywną często obserwuje się np. u imigrantów, a przyczyn powyższego upatrują w ich niższym statusie społecznym, izolacji, dyskryminacji, słabej więzi społecznej danej grupy etnicznej, braku poczucia bezpieczeństwa w nowym środowisku, braku tolerancji na stres, trudnościach adaptacji, nieznajomości języka, itp. W ostatnich latach u osób powracających z Europy lub USA (po studiach, pracy zarobkowej, służbie wojskowej itd.) do rodzinnego kraju stwierdzono wzrost depresji reaktywnych [93].

W Korei występuje zespół *hwa-byung* będący prawdopodobnie skutkiem tłumienia gniewu. Pojawiają się takie objawy, jak: bezsenność, poczucie znużenia, depresja i paniczny lęk przed śmiercią [89, 94].

W literaturze przedmiotu [8] za zespoły depresyjne uwarunkowane kulturowo uważa się np.

- *hiwa-itck* („zespół złamanego serca") występujący przede wszystkim u Indian z północno-amerykańskiego plemienia Mohikanów, mężczyzn, starszych wiekiem, porzuconych przez młode żony. Jest to stan związany z silnym przeżywaniem żałoby (nawet z odbywaniem rytualnych czynności żałobnych, w tym malowaniem twarzy na czarno), zaburzeniami snu, utratą apetytu, lękiem i izolacją przed innymi. Zahamowanie i obniżenie nastroju występuje naprzemiennie z podnieceniem psychoruchowym. Czasem nawet popełniają samobójstwo;
- *tawatl ye sni* („zespół całkowitego zniechęcenia") występujący wśród Indian Siuksów w Ameryce Północnej i traktowany jako stan prawidłowy, a nie patologiczny. Zespół objawia się poczuciem beznadziejności, pesymistyczną oceną własnej przyszłości, obniżeniem aktywności, myślami samobójczymi oraz skoncentrowaniem się na rozważaniach religijnych i pojawieniem się skłonności do mistycyzmu;

- *windigo* – występujące u głodujących w okresie zimy koczujących kanadyjskich Indian Ojibwa, rzadziej u Eskimosów Cree. U chorego rozwija się urojone przekonanie, że pod wpływem czarów został zamieniony w *windigo*, czyli potwora o postaci olbrzymiego szkieletu z lodu, który według wierzeń odżywia się ludzkim mięsem, co w konsekwencji doprowadza do zaburzeń zachowania z tendencją do spożywania swoich towarzyszy. Zaburzenia zaczynają się depresją, tendencją do odosobnienia, silnym lękiem oraz brakiem łaknienia, nudnościami, wymiotami i biegunką.

Psychozą poporodową występującą w Afryce i przebiegającą z zaburzeniem świadomości jest *Amakiro* [89, 94, 95]. Przyczyną jej jest prawdopodobnie przekonanie o utracie duszy na korzyść nowonarodzonego dziecka. Podobne zaburzenia poporodowe występują na Fidżi pod nazwą *tadoka* i przeważają w nim objawy somatyczne z lękiem i obniżeniem nastroju [89, 94, 95].

Kolejna grupa schorzeń, to grupa histerycznych (dysocjacyjnych) zespołów reaktywnych, różnorodnych postaci zaburzeń psychicznych uwarunkowanych kulturowo [70].

Wśród plemienia Bena z Nowej Gwinei znany jest reaktywny zespół rzekomo omamowo-urojeniowy (*negi-negi)* traktowany jako jedyna społecznie akceptowana forma wyrażania uczuć rozpaczy po śmierci żony lub członka tego samego klanu [8, 82]. Objawy pojawiają się nagle w nocy u młodych mężczyzn, którym obyczaje plemienne zabraniają ujawniania na zewnątrz jakichkolwiek stanów uczuciowych i trwają od 3 do 24 godzin.

Także w Nowej Gwinei u mężczyzn z plemion Gururumba i Huli jako konsekwencja wrogiej postawy niektórych członków społeczności występuje redukcja napięcia emocjonalnego pod postacią reakcji histerycznej o typie zespołu „dzikiego człowieka" (*lulu)* [8, 82].

Kolejnym problemem jest likantropia (z gr. *lýkos* – wilk i *ánthropos* – człowiek), to przemiana człowiek-zwierzę, zarówno w ujęciu kulturowym, jak i medycznym [13, 96]. Na Zachodzie i Bliskim Wschodzie przemiana ludzi w zwierzęta, wilkołactwo, wywołuje negatywne skojarzenia, a nawet postawę odrzucenia, a w innych kulturach odwrotnie [13, 96].

Likantropię uważa się za objaw psychopatologiczny, który może pojawić się w różnych zaburzeniach psychicznych (w tym np. w depresji, schizofrenii) i z jednej strony ma aspekty mityczno-mitologiczne, a z drugiej pokazuje, iż świat biologii i kultury nieustannie się przenikają, [13, 96].

W tradycji greckiej pojawiają się np. przemiany ludzi lub herosów w węże (Kadmos, Harmonia), w pszczoły (Periklymenos), w konia (Odyseusz), w psa (Hekabe); w kruka (Agron), w sowę pójdźkę (Byssa), w krogulca (Dedalion);

w mrówkę (Myrmeks); w rysia (Lynkos); w świnię (Kalchos); w niedźwiedzia (Kallisto) [97]. W Indiach i na wyspach azjatyckich mówi się o przemianie w tygrysa, w północnej Europie – w niedźwiedzia, w Japonii – w lisa, w Afryce – w lamparta lub hienę, czasem w lwa, w Środkowej Ameryce – w jaguara, w Amazonii – w delfina [96]. W Ameryce Północnej pojawia się wątek szamana lub wojownika, który może przyjąć kształty zwierzęce, przy czym gatunek zwierzęcia różnicuje region (np. Wielkie Równiny – kojot). We współczesnych opowieściach wymieniany jest Wendigo (wierzenia ludu Algonquin). W rejonach Abisynii moc przemiany przypisuje się jednemu z zamieszkałych tam plemion, zajmującemu się tradycyjnie pracą z żelazem i gliną [96]. To powszechne zjawisko kulturowe w tradycjach kultur starożytnych, w rejonach Afryki i Azji (w kulturach totemicznych i szamańskich) stanowiło i stanowi element wierzeń i obrzędów religijnych bądź praktyk magicznych [97].

W kulturze Zachodu, jak podkreśla Kępińska-Mirosławska [13] *przekonanie o możliwości transformacji człowiek-zwierzę wykraczające poza obszar religijno-magiczny oraz baśniowo-fikcyjny, występujące jednostkowo i związane z jej mentalnym doświadczaniem, traktowane jest współcześnie jako objaw chorobowy*.

Ainowie (Kleczkowska [96]) twierdzili, że *jeśli ktoś postąpi okrutnie wobec zwierzęcia, to duch niedźwiedzia, lisa, konia czy kota może wniknąć w człowieka i opętać go w taki sposób, że będzie jadł, biegał i zachowywał się, jakby sam był tym zwierzęciem.*

Likantropia, za Porter [98], jest kojarzona z wilkołactwem, będąc jego synonimem, *pożywką dla literatury, sztuki i filmu* i w tym aspekcie nawiązując do ludowych wierzeń w wilkołaki. Jest także utożsamiana z przemianą wewnętrzną, duchową, która zachodzi w czasie niektórych obrzędów rytualnych o charakterze magiczno-religijnym (tzw. kulturach szamańskich) [13, 96, 98].

W literaturze medycznej pojęcie „likantropia" prawdopodobnie zostało opisane po raz pierwszy przez Marcellusa Sidetesa, lekarza greckiego (II w. p. Chr.). O likantropii pisał także Areteusz z Kapadocji oraz Galen i Paweł z Eginy. W księdze III medycznego poematu Marcellusa likantropia została opisana jako szczególny rodzaj melancholii, powodujący, że osoby chore wychodzą nocą, naśladują we wszystkim wilki i przebywają aż do rana nad grobowcami [13, 96]. Charakteryzują się bladością skóry, słabowitym wyglądem, suchością oczu, języka i zatrzymaniem wydzielania śliny. *Chorzy ci są spragnieni, a na ich nogach znajdują się nieuleczalne, zapadające się owrzodzenia*. Za sposoby leczenia napadów choroby uznawał otwieranie żył i upuszczanie krwi aż do omdlenia, stosowanie zdrowej diety, kąpieli w słodkiej wodzie i środków [13, 96].

W polskiej literaturze medycznej ten temat jest poruszany stosunkowo rzadko, częściej zaś odnoszono się do niej w literaturze niemieckiej, francuskiej i skandynawskiej [13, 96].

Rao i wsp. [99] zwracają uwagę na fakt, że zwiększone prawdopodobieństwo ujawnienia się zaburzeń metamorfozy dotyczy zwłaszcza grup, które żyją w izolacji kulturowej, a także osób które doświadczają wewnętrznych (uświadomionych lub nie), konfliktów natury seksualnej (tłumionych, agresywnie zabarwionych potrzeb nieznajdujących akceptacji w świadomości danej osoby). Pacjent, by udowodnić, iż jest np. wilkołakiem rozchyla palcami usta, pokazując wielkie (w jego mniemaniu) kły, narzeka na pokrycie ich ciała sierścią, twierdzi, że chce jeść wyłącznie surowe mięso, a spoglądając w lustro, widzi np. wilczy łeb, wyrastające ze stóp pazury.

W roku 1988 Keck i wsp. (Kępińska-Mirosławska [13]) podał dwa kryteria diagnostyczne pozwalające na rozpoznanie likantropii, w przypadku gdy spełnione jest przynajmniej jedno z nich: zgłaszanie przez pacjenta, że czasami czuje się (bądź czuł się) jak zwierzę lub zachowywanie się pacjenta w sposób przypominający zwierzę np. szczekanie, wycie itd. Od roku 1850 opisano ok. 56 przypadków ludzi wierzących w przemianę w zwierzę, a 13 z nich spełniało kryteria klinicznej likantropii**.**

Według współczesnej nomenklatury medycznej, likantropia nie jest chorobą, ale objawem psychopatologicznym, który pojawia się w różnych zaburzeniach psychicznych: psychozach (depresja, schizofrenia), zaburzeniach będących efektem używania bądź nadużywania środków psychoaktywnych (np. kannabinoidy, alkohol), chorobach organicznych ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Powyższe zaburzenia charakteryzuje zazwyczaj ciężki przebieg [100].

W literaturze medycznej, za Davis i wsp. [100], pojawiają się różne próby wytłumaczenia ekspresji transformacji przez niektórych chorych: podłoże psychologiczne (związek z depersonalizacją, poczuciem winy i grzeszności) lub podłoże natury biochemicznej (efekt zaburzeń na poziomie neuroprzekaźników, skutek istnienia w OUN szczególnej substancji, tzw. likantropogenu).

Likantropia może pojawić się w każdym wieku, nie jest związana z płcią, objawy trwają zwykle do kilku dni, wykazują różne nasilenie [13, 101]. Opisywana jest od ponad dwóch tysięcy lat, nadal nie została do końca zbadana – zarówno jako zjawisko medyczne, jak i kulturowe [13].

Egzotyczne zespoły psychiatryczne, to za Pfeiffer [6] zespoły zaburzeń psychicznych swoiste dla określonych kręgów kulturowych, z reguły typu ostrej reakcji psychogennej, o nietypowej symptomatologii i przebiegu. Do zaburzeń psychicznych o zasięgu regionalnym zalicza się np. „zespół całkowitego zniechęcenia"

występujący u Sjuksów lub „szaleństwo ćmy" i „chorobę upiora" dotykające Indian Nawaho [8, 95]. W chorobie szalonej ćmy (*moth madness*) u chorych występują napady podobne do padaczkowych, zachowania autodestrukcyjne, utrata kontroli nad zachowaniem (zachowanie chorego przypomina miotanie się ćmy) oraz poczucie, że głowa, tułów, narządy płciowe kurczą się. Indianie wierzą, że przyczyną choroby jest pogwałcenie tabu kazirodztwa. W patogenezie szaleństwa ćmy i choroby upiora brany jest także pod uwagę wpływ czynnika somatycznego, np. infekcje, choroby pasożytnicze, głód, niedożywienie, odwodnienie w klimacie tropikalnym czy też działanie stosowanych w ceremoniach magicznych, obrzędach religijnych i czynnościach rytualnych związków psychozomimetycznych (liście koka, konopie indyjskie, pejotl, teonanakatl, ololiukwi itp.) [8].

W grupie 10% męskiej części Eskimosów zamieszkających Grenlandię występują zaburzenia psychiczne nazywane „lękiem kajakowym" [6]. Pojawia się on napadowo w czasie długiego pływania na pełnym morzu przy bezwietrznej pogodzie i towarzyszą mu takie objawy, jak: poczucie wywracania się kajaku, zawroty głowy, zaburzenia percepcji (głównie iluzje), osłupienie, objawy wegetatywne (dreszcze, duszność, poty, parcie na mocz) [6].

W literaturze przedmiotu [6, 8, 86, 93, 94, 95, 102, 103, 104, 105] zwraca się uwagę, że w różnych kulturach występują specyficzne zespoły z dominującą symptomatologią lękową:

- *bewitchment* („zaczarowanie") – przekonanie mężczyzn z plemienia Yoruba z Nigierii, o wywołanej przez czary impotencji;
- *imu* – głównie u japońskich kobiet, związane z napadowym lękiem, niepokojem, czemu towarzyszą objawy takie jak echolalia, echopraksja i zachowania agresywne;
- *irkun*i lub *menkeiti* – wśród tubylczych ludów syberyjskich Tatarów stan napadowego, nieprzewidywalnego lęku;
- *koro* – występujący w Chinach, Indonezji, Malezji, Singapurze, Indiach i na Tajwanie, rzadziej w Sudanie i Izraelu, znany w tradycyjnej medycynie chińskiej (jako *suo yang* – „kurczenie się członka") i indyjskiej (jako *dhat* lub *jiryan* – lęk przed „utratą nasienia" bądź *jinjinia bemar* – lęk przed wciągnięciem członka). Zaburzone zostaje zachowanie chorego i jego otoczenia, ponieważ chory odczuwa kurczenie się członka i wszyscy starają się udzielić mu pomocy (np. trzymając członek w specjalnych uchwytach lub przymocowując do niego ciężarki). U chorego (zwykle w wieku 30-40 lat) napady pojawiają się nagle, trwają od pół godziny do kilku dni, z zawsze towarzyszącymi objawami wegetatywnymi, a nawet zaburzeniami świadomości i przypadkami śmierci;

- *mal ojo* („złe oko") – dotyczy młodych ludzi w Ameryce Środkowej i polega na nagłym, krótko trwającym pojawieniu się lęku i niepokoju, zwężeniu świadomości, obniżeniu nastroju, zaburzeniach snu, nudnościach, gorączce. Tubylcy wierzą, że choroba jest spowodowana rzuconym urokiem lub czarami przez zazdrosną osobę;
- *olanczuk* – stan napadowego, nieprzewidywalnego lęku wśród syberyjskich Tatarów;
- *pa-leng* lub *pa-feng* (inaczej: *frigophobia*) – dotykający Chińczyków i Japończyków silny lęk przed zimnem lub wiatrem, które mogą doprowadzić do śmierci, powodując utratę energii witalnej poprzez przepełnienie negatywną, a nawet niszczącą energią żeńską (*yin*);
- *pelo y tata* („za dużo serca") – wśród mieszkańców Botswany (południowa Afryka), silny lęk zlokalizowany w okolicy serca;
- *pibloctoq* – występuje za Kołem Podbiegunowym i objawia się napadami gwałtownych zachowań takich jak np. zrywanie z siebie ubrania, darcie go, bieg bez celu, tarzanie się w śniegu, pojawieniem się echolalii, niszczeniem przedmiotów, a także zjadaniem odchodów, czasem tym objawom towarzyszą drgawki. Atak trwa z reguły kilkanaście minut i po zakończeniu chory całkowicie go nie pamięta;
- *rok-joo* w Tajlandii;
- *shenkui* – u mężczyzn w Chinach, paniczny lęk występujący w połączeniu z wieloma objawami somatycznymi, takimi jak: zawroty głowy, męczliwość, bóle w krzyżu, bezsenność, niewydolność seksualna, uwarunkowane nadmierną utratą nasienia w czasie częstych masturbacji, zmaz nocnych lub zbyt częstych stosunków;
- *sukra pramcha* („utrata nasienia") – w Sri Lance;
- *sustu* – („strach", „przerażenie") lub *esparto,* rzadziej *tripa idea,* mieszany zespół lękowo-depresyjny przed śmiercią, występujący w krajach Ameryki Łacińskiej oraz wśród latynoskich obywateli USA, u młodych mężczyzn i kobiet, głównie wśród Indian z plemienia Inków i Aimara jako wynik poczucia rozbicia, niepewności oraz oczekiwania na śmierć. Związany jest z przekonaniem o „utracie duszy" w wyniku czarnej magii, rzuceniu uroku i działania złych duchów (kradzież duszy w czasie snu, kichanie lub przestrach – stąd nazwa *susto*). Początek jest nagły, pojawia się ostry lęk i silny niepokój (z wyraźnymi objawami wegetatywnymi), następnie rozwija się apatia, zahamowanie ruchowe, spadek aktywności, męczliwość, utrata łaknienia, zaburzenia snu, wymioty, biegunki, dreszcze, podwyższona ciepłota ciała oraz postępujące wyniszczenie fizyczne, a nawet śmierć;

- *tanatomania* – pogorszenie zdrowia, u Indian Ameryki Południowej i Murzynów Afryki Środkowej, wynikające z przekonania, że na chorego rzucono czar lub że grozi mu kara ponieważ złamał tabu, opisane po raz pierwszy przez Cannona w roku 1942, jako tzw. „śmierć Voodoo" , będąca ostrą reakcją na stres (złamanie tabu i lęk przed gniewem bogów oraz ostracyzmem plemiennym). Osoba, która dopuściła się gwałtu tabu, musi opuścić plemienną wioskę i po upływie 1-2 dni umiera bez konkretnej przyczyny (podkreśla się współistnienie somatycznych czynników przyczynowych, jak głód i zimno);
- *ufufunyana* – u dziewcząt z plemienia Zulu w Afryce południowo-wschodniej, występowanie koszmarnych, stereotypowych marzeń sennych o powodziach, tłumach zmarłych, niskich czarnobrodych ludziach, wężach i pawianach wywołujących lęk na jawie;
- *ufufuyana saka* – częściej dotyczy niezamężnych kobiet w południowej Afryce i przypisywana jest wpływom magicznym, wywołanym np. przez podanie zatrutego napoju przez odrzuconego kochanka, przez działanie duchów lub czasem w wyniku spojrzenia mężczyzny, szczególnie obcego. Osoba chora krzyczy, płacze, powtarza słowa nie związane ze sobą, może zachowywać się, jakby była sparaliżowana, może mieć drgawki. Stan taki może trwać kilka dni lub tygodni;
- *utox* – wśród tubylców w prowincji Formoza na antypodach, ostra reakcja lękowa z zaburzeniami świadomości.

W Korei zanany jest zespół *sin-byung*, rozpoczynający się bólami w różnych okolicach ciała i w miarę ich trwania rozwojem rozszczepienia osobowości, co przypisuje się opętaniu przez duchy przodków [86, 94].

Za zaburzenie specyficzne kulturowo uznano także *Karōshi (Karoshi),* czyli przekonanie chorego, że nieodwołalnie umrze z przepracowania, które po raz pierwszy zdiagnozowano w 1969 roku w Japonii, gdzie z tego powodu umiera około 10 tysięcy ludzi rocznie [106, 107, 108]. Dotyczy z reguły pracoholików, osoby pracujące w ciągłym stresie i ponad sześćdziesiąt godzin tygodniowo, mające ponad pięćdziesiąt nadgodzin w miesiącu, nie wykorzystujące urlopu, ale odnoszące sukcesy. Pojęcie pracoholizmu zostało stworzone w 1971 roku przez Wanyne'a Oatesa, amerykańskiego pastora i profesora psychologii religii. Określa ono rodzaj uzależnienia psychicznego, związanego z obsesyjną i wewnętrzną potrzebą ciągłego wykonywania pracy kosztem innych czynności, w tym rodziny i odpoczynku [106, 107, 108]. Pracoholizm obejmuje 5% populacji na świecie i stale nasila się. Oprócz Japonii wysokie miejsce w statystykach znajdują Australia, Chiny i Stany Zjednoczone. Średnia liczba godzin przepracowanych w roku 2013 przez jednego pracownika w krajach OECD wynosiła w Korei Południowej – 2 090 godzin,

w Grecji – 2 032 godzin, w Rosji – 1 981 godzin, w Polsce – 1 937godzin, w Hiszpanii – 1 690 godzin, w Wielkiej Brytanii – 1 625 godzin, we Francji – 1 476 godzin i w Niemczech – 1 413 godzin [106, 107, 108]. W Stanach Zjednoczonych wskaźnik ten wynosi 1 787 godz. Rocznie. Z *karōshi* związane jest zjawisko *karo-jisatsu*, czyli samobójstwo z przepracowania [106, 107, 108].

Z zaburzeniem świadomości (za Grzywa [86]) przebiega *zar*, występujący w Północnej Afryce. Wiąże się z opętaniem przez złego ducha, co prowadzi do zaburzeń zachowania. Chory taki śmieje się, płacze, krzyczy, uderza głową w drzewo. Poza szamanem działań tych nie może skorygować rodzina ani osoby trzecie.

Ważnym problemem, który należy rozpatrywać w aspekcie kulturowym, jest schizofrenia. Maslowski i wsp. [109] na podstawie wyników badań *Present State Examination* (PSE) i *Landmark`s Manueal for the Assessent of Schizophrenia* stwierdzili, że w dwóch grupach pacjentów (czarnych i białych) w Namibii osiowe objawy w schizofrenii nie różnią się zasadniczo, ale po przeanalizowaniu objawów dodatkowych pojawiły się różnice. Świadczy to, zdaniem autorów [109], o wpływie pochodzenia społecznego, edukacji i wzorców kulturowych.

Jenkins [88] zauważa, iż w krajach zachodniej cywilizacji w obrazie schizofrenii dominują: depresja, urojenia i zaburzenia myślenia, a w krajach nazywanych „egzotycznymi" – halucynacje i niepokój.

W Azji schizofrenia może przybierać postać zespołu katatonicznego**,** przy czym stany osłupienia katatonicznego są częste u ludności hinduskiej, co prawdopodobnie związane jest z przyjętymi w tej kulturze postawami *Yogi* i *Sanayasi*, a brak zachowań agresywnych z nawykiem kontrolowania ujemnych emocji [88]. W Indiach u chorych stwierdza się zaburzenia afektu, zaś w Nigerii – zachowania agresywne, popędliwe oraz takie, które uznawano za „dziwaczne" [8, 82]. W krajach Ameryki Łacińskiej przedmiotem urojeń są bardzo często sprawy wiary, zaś w krajach afrykańskich, z uwagi na związek z mitami i wierzeniami animistycznymi, sprawy lokalnej społeczności. W Afryce Północnej i Ameryce Południowej (Maslowski [109]) rozwija się częściej schizofrenia paranoidalna, a w treści urojeń dominuje tematyka: magiczna, mistyczna i religijna (wśród wyznawców Chrześcijaństwa i Islamu). Związek pomiędzy treścią urojeń a wiarą w czary, uroki i demony, był także obserwowany w Europie. Natomiast w Azji (gł. w Chinach) w obrazie klinicznym przeważają urojenia niewierności [109].

W plemionach afrykańskich zespół paranoidalny charakteryzuje się nagłym, ostrym początkiem, krótkim okresem trwania, raczej nieusystematyzowanymi urojeniami, bogactwem omamów (wzrokowych, słuchowych – z reguły głosów przyjaznych, czuciowych), słabo wyrażonym autyzmem, swoistymi zaburzeniami

mowy (tzw. *recitativo*) oraz wyraźną dziwacznością i stereotypowością czynności ruchowych (wiązane z wpływem tańców i śpiewów rytualnych) [8, 82].

Uważa się [110], że u plemion afrykańskich zaburzenia psychosomatyczne są częste, a nerwice przybierają głównie postać zespołów hipochondrycznych, lękowych i histerycznych. W Chinach rozwijają się z reguły nerwice lękowe, histeryczne i depresyjne, a na Filipinach – nerwice depresyjne [111]. W Japonii, szczególnie u osób młodych, obserwuje się dwie swoiste formy zaburzeń nerwicowych [112]:

- *shinkeishitsu* – zespół natręctw z objawami hipochondryczno-neurastenicznymi i silnym niepokojem;
- *wagamama* – zespół apatyczny z negatywizmem, drażliwością i zachowaniami regresywnymi.

Opler [102] zwraca uwagę, iż trudne do oceny jest rozpowszechnienie dewiacji seksualnych, ponieważ bywa ono akceptowane społecznie (w niektórych kulturach homoseksualizm jest uważany za zachowanie prawidłowe, a nawet obowiązkowo poprzedzające inicjację heteroseksualną). W plemionach indiańskich transwestytyzm usankcjonowany kulturowo zezwala na zwalnianie słabszych biologicznie mężczyzn od pełnienia roli męskiej [102].

Za zespoły histeryczne uwarunkowane kulturowo uważa się m.in. [8, 89, 113, 114]:

- *amok* – występuje głównie u mężczyzn, w rejonach Azji południowo-wschodniej, rzadziej w Ameryce Środkowej, Nowej Zelandii i Kenii, z reguły trwa minuty, ale może utrzymywać się także przez szereg godzin, ma początkowo postać stanów medytacji, potem silnego podniecenia, zwężenia świadomości, agresji fizycznej (do zabójstwa włącznie), a kończy się z reguły snem lub osłupieniem, z amnezją okresu zaburzeń, ale także samobójstwem;
- *colera* – podobne do amoku reakcja „szałowa" na terenie Gwatemali;
- *hsieh-ping* – występujący w Chinach i na Tajwanie stan, w czasie którego chory identyfikuje się z osobą zmarłą, według miejscowych wierzeń żyjącą nadal w zaświatach;
- *iich'aa* – podobnie do amoku reakcja „szałowa" u Indian Nawaho;
- *latah* – dotykający kobiety w Malezji i Indonezji, na Jawie, Madagaskarze, w Japonii i w Tybecie napadowy, krótki lęk (od kilku minut do 1-2 godzin), pojawiający się z reguły na widok węża, tygrysa lub na dźwięk nazwy tych zwierząt, polegający na zawężeniu świadomości, echolalii, echopraksji, echomimii, czasem także koprolalii i kopropraksji, nierzadko kończący się podnieceniem oraz bezładną ucieczką przed siebie;
- *lęk złośliwy* – podobna do amoku reakcja „szałowa" w Kenii;
- *mal de pelea* – podobna do amoku reakcja „szałowa" w Porto Rico;
- *szał niedźwiedzi* – podobna do amoku reakcja „szałowa" w Nowej Gwinei.

Samobójstwa

Samobójstwo – (łac. *suicidium*) – to zachowania autodestrukcyjne, polegające na pozbawieniu się życia lub samouszkodzenie na skutek zaburzeń psychicznych, nieuleczalnej choroby, ujemnego bilansu życiowego jest problemem znanym od dawien [115, 116].

Arystoteles potępiał samobójstwo, Epikur zaś twierdzi, że *człowiek może podjąć decyzję ucieczki od życia, jeżeli przestało go ono cieszyć i interesować*. W starożytnych Atenach (Szasz [117]) osoba, która popełniła samobójstwo, nie mogła liczyć na normalny pogrzeb, była chowana samotnie poza miastem, nie mogła mieć mogiły i nagrobka. Samobójstwo było dopuszczalne w starożytnej Grecji i Rzymie tylko jako metoda radzenia sobie z porażką militarną [118].

W wieku XIX w Europie za przyczynę samobójstwa przestano uważać grzech i jego powodów zaczęto upatrywać w szaleństwie, w Wielkiej Brytanii zaś próbę popełnienia samobójstwa traktowano na równi z usiłowaniem zabójstwa i groziła za nią karą śmierci przez powieszenie [119].

W Katolicyzmie samobójstwo uważane jest za grzech (przez wieki grzech śmiertelny), który skazuje samobójcę na wieczne potępienie [115]. Według Kościoła, życie ludzkie nie jest własnością człowieka i nie on, ale Bóg powinien decydować o jego zakończeniu: *Nie powinno się tracić nadziei dotyczącej wiecznego zbawienia osób, które odebrały sobie życie. Bóg, w sobie wiadomy sposób może dać im możliwość zbawiennego żalu. Kościół modli się za ludzi, którzy odebrali sobie życie* [120]. W świetle współczesnej nauki Kościoła samobójcy mogą osiągnąć zbawienie, o ile samobójstwo było wynikiem działania diabła, efektem silnego stresu, aktem poświęcenia lub skutkiem depresji albo innego zaburzenia czynności psychicznych. W takich sytuacjach może nie dojść do popełnienia grzechu śmiertelnego [115].

Talmud także zawiera potępienie samobójcy, zakazując rytualnego jego pochówku. Muzułmanie są przekonani, że człowiek umiera dopiero wtedy, kiedy zostanie wezwany przez Boga, dlatego nie wolno przyspieszać tego momentu [115]. W Buddyzmie jedna z głównych zasad nauczanych przez Buddę zabrania zabijać lub czynić jakiegokolwiek zła rzeczom żywym, w tym samemu sobie. Samobójstwo uważane jest za czyn moralnie błędny, który ma swoje negatywne konsekwencje w „karmie", a w konsekwencji negatywny skutek w następnej inkarnacji [115].

W wieku XVII wokół Kościoła prawosławnego istniały sekty (raskolnicy, skopcy), których członkowie dokonywali ciężkich samookaleczeń lub popełniali masowe samobójstwa [115]. Obecnie także w niektórych sektach np. w ruchu Świątynia Ludu, dochodzi do zbiorowych samobójstw, co ma być najlepszą drogą

ku zjednoczeniu się z bóstwem [115]. W niektórych kulturach spotyka się zjawisko popełniania samobójstwa z powodów honorowych (tzw. seppuku-harakiri polegającego na rozcięciu sobie brzucha) [115]. W dawnych Chinach popełniało się samobójstwo z zemsty [115].

Masajowie z Afryki sprzeciwiali się zamierzonej śmierci, a na Wyspach Trobrianda, na człowieku, który nie przestrzegał wartości społecznych, wręcz wymuszano samobójstwo, uważając je za wyjście honorowe [121]. Starożytni Germanie uważali samobójstwo za sposób uwolnienia się od cierpień i dolegliwości wieku starczego, a społeczność Traków preferowała samospalenie się na stosie wdowy wraz ze zwłokami męża [121].

Badania Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD – Organization for Economic Co-operation and Development) z 2015 roku pokazują, że Korea Południowa po raz kolejny ma największy wskaźnik samobójstw wśród krajów rozwiniętych [122]. Średnia liczba śmierci samobójczych to ok. 12 na 100 tys., a w Korei Południowej – 29,1 śmierci na 100 tys. mieszkańców. Według danych z 2014 roku samobójstwo było tam najczęstszą przyczyną śmierci wśród Koreańczyków w wieku od 10 do 39 lat. Według psychiatrów zasadniczym powodem powyższego czynnikiem jest stres (ogromne tempo życia, niepewność zatrudnienia, wzrost liczby rozwodów, wysokie ceny mieszkań i edukacji) oraz niska samoocena. Koreańczycy, ze wszystkich krajów OECD, spędzają najwięcej czasu w pracy. Inne kraje znajdujące się wysoko w statystyce OECD to Japonia (18,7 samobójstw na 100 tys. mieszkańców), Finlandia, Polska (ok. 15 przypadków samobójstw na 100 tys. mieszkańców), Belgia, Węgry i Szwajcaria. Najmniejsza liczba samobójstw jest w Turcji (ok. 2,6 na 100 tys.) [122].

W ostatnich czasach zwraca się uwagę na tzw. efekt Wertera (nazwa pochodzi od tytułowego bohatera powieści Johanna Wolfganga von Goethego *Cierpienia młodego Wertera)*, polegający na związku pomiędzy wzrostem liczby popełnionych samobójstw a nagłośnieniem w mass mediach faktu popełnienia samobójstwa [123]. Szacuje się, iż wzrost ten sięga średnio 1 tys.% w przypadkach samobójstw sławnych ludzi i kilkaset procent w przypadku mniej znanych osób. Zauważa się także wzrost liczby wypadków samochodowych (samobójstwa mające upozorować wypadek) i katastrof lotniczych. Badania na ten temat prowadził Philips, wyjaśniając, że *efekt Wertera* jest skrajnym przykładem działania jednostki, która fakt popełnienia samobójstwa przez np. sławną osobę uważa za wystarczający powód, aby własne samobójstwo uznać za właściwą decyzją. W przypadku nagłaśniania samobójstw, w których ginie więcej niż jedna osoba (np. morderstwo dokonane przez samobójcę) zauważalny jest wzrost liczby podobnych wypadków, a grupą najbardziej podatną na powyższe są nastolatkowie oraz osoby podobne do samobójcy [123].

Podsumowanie

Religia oraz stosunek jednostki do wiary i sposób, w jaki rodzice lub kapłani przekazują naukę religijną (Przesławska [124]) może wywierać dwojaki wpływ na życie oraz zdrowie jednostki:

- negatywne – np. liczne zakazy, natręctwo grzechu, lęk przed ostatecznym potępieniem, strach przed bliźnimi, fantazje mesjanistyczne;
- pozytywne – np. uspokajające, pozwalające na osiągnięcie równowagi umysłowej (modlitwa i medytacja).

Denton [cyt. za 124] wykazał, że najwięcej przypadków chorób zdarza się wśród Protestantów, mniej u Katolików, a najmniej u Żydów. Durkheim [cyt. za 124] z kolei zauważył, iż liczba samobójstw wzrasta odwrotnie proporcjonalnie do integrującego charakteru religii. Uważa się także np. że naród żydowski jest, bardziej niż inne narody, podatny na choroby psychiczne, bardziej troszczy się o swoje zdrowie i częściej niż wyznawcy innych religii zgłasza się po porady do specjalistów [124].

W prowadzonych w tym rozdziale dywagacjach należy podkreślić, iż ważną grupą wyznaniową są także sekty, które sprzyjają rozwojowi chorób, co (Przesławska [124]), *związane jest z ich dążeniem do natchnienia Duchem Świętym oraz totalnego uduchowienia*. Udowodniono [cyt. za 124], iż sekty:

- miejskie i ezoteryczne – rozwijają i pogłębiają bunt przeciw światu, co sprawia często wrażenie objawów klinicznych, a w gruncie rzeczy jest tylko faktem kulturowym, przyciągając często osoby poszukujące bliskości i akceptacji oraz osobników słabych i przygnębionych;
- będące wspólnotami zamkniętymi – stanowią specyficzną ochronę przed zaburzeniami psychicznymi, dając poczucie bezpieczeństwa, otaczając wiernego opieką, wytyczając mu cele i dające nadzieję.

Obecnie powstaje coraz więcej placówek zajmujących się powiązaniem religii z medycyną, zwłaszcza psychologią, takich jak np. powstała w 1999 roku *Spirituality and Psychiatry Special Interest Group* (SIG), która prowadząc forum dla psychiatrów, analizuje działania najważniejszych religii świata kształtujących wartości kulturowe oraz badając aspiracje zarówno psychiatrów, jak i pacjentów [124]. Zasadniczym celem SIG jest propagowanie wśród uczonych zainteresowania tematem wpływu wiary na psychikę, zachęcenie do prowadzenia dyskusji w tym temacie i promowania zintegrowanego podejścia do opieki nad zdrowiem psychicznym [124].

Piśmiennictwo

1. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia*, Wyd. Collegium Medium, Kraków 1995.
2. Grzymała-Moszczyńska H., *Uchodźcy jako wyzwanie dla polskiego systemu opieki zdrowotnej*, (w:) *Migranci na polskim rynku pracy. Rzeczywistość, problemy, wyzwania*, Stowarzyszenie Interwencji Prawnej, Warszawa 2007.
3. Jaroszewska E., *Kultura jako czynnik warunkujący zdrowie, diagnozowanie chorób i ich leczenie*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje", 2013, 21, 71-84.
4. Wysocki M. J., Miller M., *Nowe zdrowie publiczne w perspektywie ostatnich 30 lat*, „Zdrowie Publiczne", 2003, 113, 3-7.
5. Krzyżowski J., *Psychiatria trans kulturowa*, Medyk, Warszawa 2002
6. Pfeiffer W. M., *Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme*, Thieme, Stuttgart 1971.
7. Brodniak W. A., *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
8. Jakubik A., *Psychiatria kulturowa*, (w:) Dąbrowski W.S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red.), *Psychiatria t. 3*, PZWL, Warszawa 1989, 51-64.
9. Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007, 260-261.
10. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2007.
11. Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, PWN, Warszawa 1969.
12. Zola I., *Culture and Symptoms, An Analysis on Patients Presenting Complaints*, „The American Sociological Review", 1966, 31, 615-630.
13. Kępińska-Mirosławska B., *Likantropia – mity i fakty*, www.kulturaihistoria. umcs.lublin.pl/archives/1728, data pobrania 27.01.2016.
14. Lindberg L., Hjern A., *Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study*. „International Journal of Eating Disorders", 2003, 34, 397-408.
15. Brocki M., *Język ciała w ujęciu antropologicznym*, Wyd. Astrum, Wrocław 2001.
16. Brocki M., *W cieniu ciała*, „Charaktery", 2003, 5, 75.
17. Starowicz L., *Słownik Encyklopedyczny Miłość i Seks*, Wyd. Europa., Wrocław 1999.
18. Eco U., *Historia piękna*, Wyd. Rebis, Poznań 2005.
19. Suszyńska K., Sobolewska E., Kulik T., Pacian A., *Problemy medyczne, pedagogiczne i społeczne funkcjonowania osób z zaburzeniami odżywiania*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", 2014, 20, 235-240.
20. Bauman A., *Ponowoczesne przygody ciała*, (w:) Chałupnik A. (red.), *Antropologia ciała: zagadnienia i wybór tekstów*, Warszawa 2008, 99.
21. Featherstone M., *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*, (w:) Chałupnik A. (red.), *Antropologia ciała: zagadnienia i wybór tekstów*, Warszawa 2008, 111-112.
22. Wolf N., *Mit piękności,* (w:) Chałupnik A. (red.), *Antropologia ciała: zagadnienia i wybór tekstów*, Warszawa 2008, 103.

23. Benninghoven D., Tetsch N., Kunzendorf S., Jantschek G.., *Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning*, „Comprehensive Psychiatry", 2007, 48, 118-123.
24. Pilecki M. W., *Kontekst kulturowy zaburzeń odżywiania się – badania własne*, „Psychiatria Polska", 2012, 2, 189-200.
25. Fox N., Ward K., O'Rourke A., *Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet: an 'anti-recovery' explanatory model of anorexia*, „Journal Sociology of Health & Illness", 2005, 27, 944-971.
26. Lipczynska S., *Discovering the cult of Ana and Mia: a review of pro-anorexia websites*, „Journal of Mental Health", 2007,16, 545-548.
27. Dias K., *The Ana sanctuary: women's pro-anorexic narratives in cyberspace*, (w:) Moore L. J., Kosut M. (red), *The body reader: essential social and cultural readings*, University Press, New York 2010, 399-412.
28. Wojtyła A., Biliński P., Bojar I., Wojtyła C., *Zaburzenia odżywiania u polskich gimnazjalistów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", 2011, 92, 343-350.
29. Bartczak D., *Postrzeganie menstruacji w różnych kulturach*, http://www. menopauza.pl/postrzeganie-menstruacji-w-roznych-kulturach/, data pobrania 29.01.2016.
30. Douglas M., *Czystość i zmaza. Analiza pojęć nieczystości i tabu*, PIW, Warszawa 2007.
31. Sznajder I., *Kobieta, księżyc i czerwona sukienka. Rzecz o miesiączce*., Wyd. Jacek Santorski & Co, Warszawa 2004.
32. Jędrzejczak J., *Padaczka stare i nowe wyzwania*, „Postępy Nauk Medycznych", 2012, 1, 45-50.
33. Kacperska M. J., Jastrzębski K., Kozera-Kępiniak A., Klimek A., *Wybrane farmakokinetyczne interakcje leków w trakcie leczenia padaczki. Część I*, „Aktualności Neurologiczne", 2013, 13, 40-49.
34. Oxepilax® (okskarbazepina, tabletki) stosowany w monoterapii lub leczeniu skojarzonym I rzutu napadów padaczkowych częściowych z towarzyszącymi lub nie wtórnie uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi u dorosłych i dzieci w wieku 6 lat i starszych. Analiza problemu decyzyjnego (APD)., Centrum HTA Sp. z o.o. Spółka komandytowa, Kraków, maj 2015.
35. Appleton R., Gibas J., *Padaczka u dzieci i młodzieży*, wydanie I polskie pod red. Elżbiety Marszał, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Warszawa 2000.
36. Panayiotopoulos C. P., *A practical guide to childhood epilepsies. The educational kit on epilepsies. Volume 1*, Medicinae, Oxford 2006.
37. Engel J., Pedley T. A., Aicardi J., *Epilepsy: A Comprehensive Textbook*, Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
38. Błaszczyk B., Święta choroba, czyli historia padaczki, Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej, 2003, 1, 209-212.
39. Carod F.J., Vázquez-Cabrera C., *Magical thinking and epilepsy in traditional indigenous medicine*, „Revista de Neurología", 1998, 26, 1064-1068.
40. Jilek-Aall L., *Morbus sacer in Africa: some religious aspects of epilepsy in traditional cultures*, „Epilepsia", 1999,40, 382-386.
41. Majkowski J., *Padaczka*, PZWL, Warszawa 1986.

42. Schmitz B., Steinhoff B. J., *Padaczki. Kieszonkowe vademecum z atlasem*, Wydanie I polskie pod red. Tomasza Zyssa, Wydawnictwo Medyczne Sapota, Wrocław 2006.
43. Michałowicz R., *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*, PZWL, Warszawa 2001.
44. Dowżenko A., *Padaczka*, PZWL, Warszawa 1971.
45. Kozubski W., Liberski P. P., *Neurologia*, PZWL, Warszawa 2007.
46. Guzik A., Kwolek A., *Częstość występowania i rozmieszczenie stwardnienia rozsianego w Polsce i na świecie*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie", Rzeszów, 2015, 1, 55-62.
47. Marrie R. A., *Environmental risk factors in multiple sclerosis aetiology*, „The Lancet Neurology", 2004, 3, 709-718.
48. Sawcer S., *The genetic aspects of multiple sclerosis*, „Annals of Indian Academy of Neurology", 2009, 12, 206-214.
49. Patel Y., Bhise V., Krupp L., *Pediatric multiple sclerosis*, Ann. Indian. Acad. Neurol., 2009, 12, 238-245.
50. Weisbrot D., Charvet L., Serafin D., Milazzo M., Preston T., Cleary R., Moadel T., Seibert M., Belman A., Krupp L., *Psychiatric diagnoses and cognitive impairment in pediatric multiple sclerosis*, „Multiple Sclerosis Journal", 2014, 20, 588-593.
51. Pearson J. F., Alla S., Clarke G., Taylor B. V., Miller D. H., Richardson A., Mason D. F., *Multiple sclerosis in New Zealand Māori*, „Multiple Sclerosis Journal", 2014, 20, 1892-1895.
52. Alla S., Pearson J., Debernard L., Miller D., Mason D., *The increasing prevalence of multiple sclerosis in New Zealand*, „Neuroepidemiology", 2014, 42, 154-160.
53. Mackenzie I. S., Morant S. V., Bloomfield G .A., MacDonald T. M., O'Riordan J., *Incidence and prevalence of multiple sclerosis in the UK 1990-2010: a descriptive study in the General Practice Research Database*, „Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry", 2014, 85, 6-84.
54. McCrone P., Heslin M., Knapp M., Bull P., Thompson A., *Multiple sclerosis in the UK Service use, costs, quality of life and disability*, „Pharmacoeconomics", 2008, 26, 847-860.
55. Visser E. M., Wilde K., Wilson J. F., Yong K. K., Counsell C. E., *A new prevalence study of multiple sclerosis in Orkney, Shetland and Aberdeen city*, „Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry", 2012, 83, 719-724.
56. Smestad C., Sandvik L., Holmoy T. i wsp., *Marked differences in prevalence of multiple sclerosis between ethnic groups in Oslo*, „Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry", 2008, 255, 49-55.
57. Compston A., Coles A., *Multiple sclerosis*, „Lancet", 2008, 372, 1502-1517.
58. Pierrot-Deseilligny C., Souberbielle J. C., *Contribution of vitamin D insufficiency to the pathogenesis of multiple sclerosis*, „Therapeutic Advances in Neurological Disorders", 2013, 6, 81-116.
59. Fernandes de Abreu D. A., Landel V., Feron F., *Seasonal, gestational and postnatal influences on multiple sclerosis: the beneficial role of a vitamin D supplementation during early life*, „The Journal of the Neurological Sciences", 2011, 311, 64-68.
60. Wingerchuk D.M., *Environmental factors in multiple sclerosis: Epstein-Barr virus, vitamin D, and cigarette smoking*, „Mount Sinai Journal of Medicine", 2011, 78(2), 221-30.
61. Brola W., Góral A., *Witamina D a stwardnienie rozsiane*, „SM Express", 2014, 11, 16-18.

62. Ascherio A., *Environmental factors in multiple sclerosis*, „Expert Review of Neurotherapeutics", 2013, 13, (12 Suppl), 3-9.
63. Kwolek A., *Rehabilitacja w udarze mózgu*, wydanie I, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2009.
64. Siebert J., Nyka W., Trzeciak B., Gutknecht P., Molisz A., Świerkocka M., Siebert B., Wierzba T., *Udar mózgu — możliwości efektywnego monitorowania. Zastosowanie kardiografii impedancyjnej, tonometrii aplanacyjnej oraz spirografii* mózgowej, „Forum Medycyny Rodzinnej", 2011, 5, 87-107.
65. Conroy R. M., Pyorala K., Fitzgerald A. P., Sans S., Menotti A., De Backer G., i wsp., *Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease In Europe: the SCORE Project*, „European Heart Journal", 2003, 24, 987-1003.
66. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K., *Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość*, „Przegląd Epidemiologiczny", 2010, 64, 439-442.
67. Kalisz K., Kalisz Z., Hagner-Derengowska M., Żukow W., Trela E., *Ocena równowagi u pacjentów po przebytym udarze*, „Journal of Health Sciences", 2012, 2,4,141-177.
68. Liu M., Wu B., Wang W. Z., Lee L. M., Zhang S. H., Kong L. Z., *Stroke in China: epidemiology, prevention, and management strategies,* „The Lancet Neurology", 2007, 6, 456-464.
69. Kozera G., Chwojnicki K., Sobolewski P., Stoiński J., Brola W., Zdrojewski T., Nyka W. M., *Epidemiologia i leczenie udaru mózgu w województwie pomorskim oraz regionie świętokrzysko-sandomierskim w świetle danych Pomorskiego Rejestru Udarów Mózgu*, „Udar Mózgu", 2010, 12, 1-9.
70. Connor M., Ferguson-Smith M., *Podstawy genetyki medycznej*, PZWL, Warszawa 1997.
71. Vellodi A., *Lysosomal storage disorders*, „The British Journal of Haematology", 2005, 128, 413-431.
72. Kleinman, A., Lin, T. Y., *Normal and abnormal behavior in Chinese culture*, Reidel, Dordrecht 1908.
73. Kaul R., Gao GP., Aloya M. i wsp., *Canavan disease, mutations among Jewish and non-Jewish patients*, „The American Journal of Human Genetics", 1994, 55, 34-41.
74. Müller U., Kupke K. G., *The genetics of primary torsion dystonia*, „Human Genetics", 1990, 84, 107-115.
75. Opoka-Winiarska V., Jurecka A., *Żuber* Z., *Mukopolisacharydozy w diagnostyce różnicowej chorób reumatycznych*, „Przegląd Reumatologiczny", 2012, 3-6, 1-4.
76. Vance J. E., Peake K. B., *Function of the Niemann-Pick type C proteins and their bypass by cyclodextrin*, „Current Opinion in Lipidology", 2011, 22, 204-209.
77. Prinetti A., Prioni S., Chiricozzi E., Schuchman E. H., Chigorno V., Sonnino S., *Secondary alterations of sphingolipid metabolism in lysosomal storage diseases*, „Neurochemical Research", 2011, 36, 1654-1668.
78. Tängemo C., Weber D., Theiss S., Mengel E., Runz H., *Niemann-Pick Type C disease: characterizing lipid levels in patients with variant lysosomal cholesterol storage*, „The Journal of Lipid Research", 2011, 52, 813-825.

79. Vanier M.T., *Niemann-Pick disease*, „Handbook of Clinical Neurology", 2013, 113, 1717-1721.
80. Zlotogora J., *Population programs for the detection of couples at risk for severe monogenic genetic diseases*, „Journal of Human Genetics", 2009, 126, 247-253.
81. Shapiro B.E., Natowicz M.R., *Late-onset Tay-Sachs disease presenting as a childhood stutter*, „Journal of Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry", 2009, 80, 94-95.
82. Krzyżowski J., *Psychiatria transkulturowa*, Medyk, Warszawa 2002.
83. Gureje O., Simon G., Ustun T., Goldberg D. P., *Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care*, „American Journal of Psychiatry", 1997, 154, 989-995.
84. Ritsner M., Ponizowsky A., Kurs A., Modai I., *Somatization in an immigrant population in Israel*, „American Journal of Psychiatry", 2000, 157, 385-392.
85. Kirmayer L. J., Young A., *Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives*, „Psychosomatic Medicine",1998, 60, 420-430.
86. Heerlein A., Santander J., Richter P., *Intolerance of ambiguity and endogenous psychosis from a cross-cultural perspective*, „Fortschritte der Neurologie Psychiatrie", 1996, 64, 358-361.
87. Ryder A., Bean G., Dion K.L., *Caregiver responses to symptoms of first-onset psychosis: a comparative study of Chinese – and Euro-Canadien*, „Transcultural Psychiatry", 2000, 2, 255-265.
88. Jenkins J. H., Barrett R. J., *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*, Libron, Kraków 2005.
89. Grzywa A., Morylowska-Topolska J., Gronkowski M., *Kultura a zaburzenia psychiczne*, „Current Problems of Psychiatry", 2012, 13, 39-43.
90. Eaton J. W., Weil R. J., *Culture and mental disorders: A comparative study of the Hutterites and other populations*, Free Press, New York 1955.
91. Kim K., Li D., Kim D., *Depressive symptoms in Koreans, Korean-Chinese and Chinese: A transcultural study*, „Transcultural Psychiatry", 1999, 36, 303-316.
92. Dankner R., Goldberg R. P., Fisch R. Z., Crum R. M., *Cultural elements of postpartum depression: A study of 327 Jewish Jeruzalem women*, „Journal of Reproductive Medicine", 2000, 45, 97-104.
93. Pfeiffer W. M., Schoene W., *Psychopathologie im Kulturvergleich*, Enke, Stuttgart 1980.
94. Grzywa A., *Oblicza psychozy*, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
95. Grzywa A., *Pogranicza psychiatrii*, Wyd. Czelej, Lublin 2009.
96. Kleczkowska K., *Kiedy człowiek zmienia się w zwierzę. O pochodzeniu likantropii*, Maska, 2011, 11, 85-103.
97. di Nola A. M., *Wstęp*, (w:) *Wampiry i wilkołaki: źródła, historia, legendy od antyku do współczesności*, Petoia E. (red.), Kraków 2003, 6.
98. Porter R., *Szaleństwo. Rys historyczny*, Karłowski J. (tłum.), Poznań 2003, 22.
99. Rao K., Gangadhar B. N., Janakiramiah N., *Lycanthropy in Depression: two cases reports*, „Psychopathology", 1999, 32, 169-172.
100. Davis W. M., Wellwuff H. G., Garew L., Kydd O. U., CMAJ, 1992, 146, 1191-1197.
101. Nejad A.G., *Relief in transforming another person into a Wolf: could it be a wariant of lycanthropy?*, „Current Problems of Psychiatry", 2007,115, 159-161.

102. Opler M. K., *Culture and mental health*, Macmillan, New York 1959.
103. Parrot A., *Kac po ekstazie*, „Charaktery", 2009, 8, 88-91.
104. Quinlan M. B., *Ethnomedicine and ethnobotany of fright, a Carib-bean culture-bound psychiatric syndrome*, „Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine", 2010, 17, 6-9.
105. Sumathipala A., Siribaddana S. H., Bhugra D., *Culture-bound syn-dromes: the story of dhat syndrome*, „British Journal of Psychology", 2004, 184, 200-209.
106. Kozłowska D., *Karoshi – syndrom śmierci z przepracowania*, http://japonia-online.pl/article/46, data pobrania 28.01.2016.
107. Kuzub J., *Karoshi po polsku*, https://zielonalinia.gov.pl/-/karoshi-po-polsku-66635, data pobrania 28.01.2016.
108. Kłosowska J., Śmiercionośna praca, http://praca.interia.pl/news-smiercionosna-praca,nId,1011302, data pobrania 28.01.2016.
109. Maslowski J., Jansen van Rensburg D., Mthoko N., *A polydiagnostic approach to the differences in the symptoms of schizophrenia in diffrent cultural and ethnic populations*, „Acta Psychiatrica Scandinavica", 1998, 98, 41-46.
110. Al-Issa, I., *Culture and Psychopathology*, University Park Press, Baltimore 1982.
111. Caudill W., Lin T.Y. (red.), *Mental health research in Asia and the Pacific*, East-West Center Press, Honolulu 1969.
112. Torrey E. F., *Czarownicy i psychiatrzy*, PIW, Warszawa 1981.
113. Kenny M.G., *Latah: the symbolism of a putative mental disorder*, „Culture, Medicine and Psychiatry", 1978, 2, 209-231.
114. Hatta S. M., *A Malay crosscultural worldview and forensic review of amok*, „The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", 1996, 30, 505-510.
115. Ringel E., *Gdy życie traci sens: rozważania o samobójstwie*, PTZ, Warszawa,1992.
116. Makara-Studzińska M., *Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Sectio I", 2001, 26, 219-231.
117. Szasz T., *Fatal freedom: the ethics and politics of suicide*, Praeger, Westport 1999.
118. Maris R., *Comprehensive textbook of suicidology*, Guilford Press, New York 2000.
119. McLaughlin C., *Suicide-related behaviour understanding, caring and therapeutic responses*, John Wiley & Sons, Chichester 2007.
120. Katechizm Kościoła Katolickiego, Pallotinum, Poznań, 2012.
121. Jarosz M., *Samobójstwa – statystyczno-socjologiczna charakterystyka środowiska*, PWN, Warszawa 1980.
122. http://www.koreatimesus.com/11-years-in-a-row-south-korea-is-no-1-in-suicide-rate-among-oecd-countries/, data pobrania 27.01.2016.
123. Philips D.P., *The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect*, „American Sociological Review", 1974, 39, 340-354
124. Przesławska A., *Choroby psychiczne a różne wyznania*, „Anales Societatis Doctrinae Studentium Academiae Medicae Silesiensis", 2007, 33, 57-61.
125. Denton D. D., Min D., *Context, Consensus and Con-troversies*, „The American Journal of Psychiatry", 1998, 155.

Elżbieta Maciorkowska, Magdalena Zalewska, Magdalena Maciorkowska, Magdalena Malesińska, Piotr Musiałowski

UWARUNKOWANIA KULTUROWE ŻYWIENIA W ZDROWIU I CHOROBIE

Żywność i sposób jej spożywania to podstawowe elementy rozwoju ludzkości, stanowią bowiem swoisty czynnik umożliwiający człowiekowi zarówno przeżycie, jak i właściwy rozwój. Brak pożywienia w przeszłości stanowił często przyczynę unicestwienia dużych zbiorowisk ludzkich. Był również przyczyną migracji dużych grup ludności.

Obecnie pomimo nadmiaru dostępnych dóbr, niewłaściwe żywienie staje się przyczyną wielu rodzajów chorób przewlekłych, powstających na tle niedoborów, jak i nadmiaru niektórych składników żywieniowych w diecie.

W rozwoju ontogenetycznym człowiek wytworzył różnorodne wzory zachowań żywieniowych, a dzięki ich stosowaniu zaspokajał nie tylko głód, ale także wiele innych potrzeb. Rodzaj żywności, jej ilość, sposób oraz miejsce spożywania zmieniały się wraz ze zmianą uwarunkowań środowiskowo-społecznych. W poszczególnych okresach rozwoju społeczeństw pod wpływem różnorodnych czynników dochodziło do modyfikacji sfery żywieniowej.

Obecnie wiadomo, że nie tylko ilość, ale również jakość żywności wpływa na stan zdrowia i rozwój psychomotoryczny dziecka, a później osoby dorosłej. Modyfikacja diety stanowi bardzo ważny element leczenia, niejednokrotnie ratujący życie. Szczególnie widoczne jest to u najmłodszych dzieci, czyli niemowląt. Co ciekawe, przez stulecia wydawało się to mało ważne, a ludzkość nie poświęcała temu szczególnej uwagi.

Impulsem wyjściowym do oceny żywienia u małych dzieci był wzrost umieralności wśród niemowląt oraz powiązanie tego zjawiska ze sposobem żywienia. Sposób ten zależał tak naprawdę głównie od panującej mody, dopiero później od dostępnej wiedzy. Współcześnie duży wpływ na sposób żywienia wywiera przemysł

spożywczy. Firmy prześcigają się w produkcji mlek dla niemowląt i małych dzieci, a głównym kryterium ich rozkwitu często są preferencje konsumentów.

Pogląd, że pokarm matki jest najlepszym pożywieniem dla noworodków i niemowląt, nie zawsze był powszechny. Pomimo zaleceń lekarzy karmienie piersią od pierwszych dni życia nie zawsze było realizowane. Co ciekawe, przez wiele wieków karmienie siarą było wręcz zabraniane.

Epokowym odkryciem w żywieniu niemowląt było wprowadzenie w XIX wieku sterylizacji mleka krowiego w oparciu o wiedzę bakteriologiczną. Uratowało to miliony istnień ludzkich od śmierci głodowej.

Rozkwit karmienia piersią nastąpił w XX wieku. Wówczas to, po latach wnikliwej obserwacji i badań naukowych stwierdzono, że mleko matki jest najlepszym pokarmem i nie da się niczym go zastąpić. Podkreślić jednak należy, że po okresie wielkiego rozkwitu karmienia naturalnego ponownie obserwuje się tendencję spadkową karmienia piersią. Lobby przemysłu żywieniowego, reklamy i duża dostępność sztucznych mieszanek dla niemowląt zachęca matki bezpośrednio po urodzeniu do przechodzenia na żywienie sztuczne.

W stanie zdrowia niemowlęta otrzymują różnorodną żywność i są karmione w sposób, który wyznacza pozytywne skojarzenia z żywnością. W okresie poniemowlęcym dostarczana jest dziecku żywność o różnorodnej jakości i zawartości składników odżywczych, a ono samo zaczyna decydować o tym, co zjada. Odczuwany głód i sytość decydują o dostosowaniu spożycia do potrzeb.

Wczesne programowanie żywieniowe stanowi efekt nakładania się na siebie natury i pielęgnacji, jest więc związane z interakcją czynników genetycznych i środowiskowych. Różnice doświadczeń żywieniowych w krytycznych okresach początku życia programują rozwój i zdrowie w następnych latach.

Już w okresie wieku rozwojowego powstające pozytywne wzory żywieniowe może zaburzać wiele czynników. Dzieci przejawiające np. objawy alergii lub nietolerancji pokarmowych mogą kojarzyć żywność jako przyczynę powyższych objawów z występującymi dolegliwościami klinicznymi i będą unikać jej spożywania. Utrwalanie się takich zachowań prowadzi do nabywania awersji żywieniowej na określone produkty.

Zmiana nawyków żywieniowych mająca na celu poprawę stanu zdrowia jest procesem długotrwałym, często niekończącym się nigdy. Wymaga głębokiego przekonania, że zmiana jest konieczna. Przykładem takich zachowań są diety stosowane u dzieci z chorobą trzewną, cukrzycą czy w chorobach metabolicznych.

Miniona dekada XXI wieku przyniosła wiele przesłanek wskazujących na rozwój nowych dyscyplin naukowych związanych z żywieniem (nutrigenetyka, nutrigenomika), które wydają się mieć znaczenie w projektowaniu i produkcji żywności

oraz żywieniu, poczynając od najwcześniejszego okresu życia człowieka. Odkrycia te mogą mieć duży wpływ na kształtowanie się nawyków żywieniowych.

Szybko dokonujący się postęp w naukach podstawowych nie przekłada się jednak tak szybko na korzyści praktyczne dla rozwoju i zdrowia człowieka, poczynając od najmłodszego okresu życia, jak to by się mogło wydawać. Większość dotychczasowych badań z zakresu genealogii medycznej prowadzona jest w warunkach *in vitro*, a ich wyniki jak dotychczas mają niewielki wpływ na projektowanie i produkcję żywności funkcjonalnej. Dotychczasowe osiągnięcia tej nowej dyscypliny nauki pozwoliły jedynie sformułować hipotezy o interakcjach pomiędzy składnikami diety a ekspresją genów. W niektórych przypadkach mogą wyjaśnić je na poziomie molekularnym, a także zdefiniować nowe biomarkery, których identyfikacja lub pomiar ułatwią ocenę zagrożenia lub poprawy stanu zdrowia człowieka.

Założeniem nutrigenomiki jako nauki, która wskazuje na to, jak dieta wpływa na ekspresje genów i metabolizm, jest indywidualizacja zaleceń żywieniowych ze względu na zdrowie i prewencje chorób.

Wiele wskazuje na to, że wybór żywności powinien pozostawać pod wpływem czynników środowiskowych, które łącznie z genetycznymi predyspozycjami sprzyjają rozwojowi uwarunkowań zdrowotnych. Przykładem mogą być problemy zdrowotne współczesnych Amerykanów, stanowiących w większości ludność migracyjną pochodzącą z Europy, Afryki czy Azji. Rosnący tam odsetek osób chorujących na cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, otyłość, miażdżycę jest częściowo wynikiem uwarunkowań genetycznych (tzw. genealogia medyczna).

To właśnie częściowo z powodu medycznej genealogii współcześnie promowany jest powrót lub utrzymanie diety opartej na żywności pochodzenia roślinnego, gdyż kuchnie tradycyjne często oparte były na roślinach strączkowych, które stanowiły podstawę jadłospisu człowieka przez stulecia.

Soczewica coraz powszechniej stosowana m.in. w USA znana była jako jeden z najstarszych produktów żywnościowych spożywanych od 8 tys. lat. W Stanach Zjednoczonych popularna staje się żywność azjatycka, chińska, japońska, tajska, meksykańska z dużą ilością fasoli, a urozmaicenia poszukuje się w warzywach, owocach oraz produktach sojowych. Duże zainteresowanie wzbudza dieta śródziemnomorska oparta na warzywach strączkowych i oliwie z oliwek.

Oprócz nauki i dużego postępu techniki wytworem ewolucji jest również kultura kulinarna, w toku której zostały przyjęte pewne typy zachowań żywieniowych, sprzyjające rozwojowi człowieka, ułatwiając jego przystosowanie do środowiska. Inne natomiast zostały odrzucone z racji swojej szkodliwości. Wśród czynników kulturowych, które mają wpływ na sposób odżywiania się ludzi, można wymienić znaczenie wierzeń religijnych, kraju i regionu.

Wpływy kulturowe w pewnych przypadkach prowadzą do ograniczeń, takich jak np. wykluczenie z diety mięsa czy mleka. Wpływy kulturowe są jednak podatne na zmiany, co potwierdzają fakty, iż po przeprowadzeniu się do innego kraju ludzie często przejmują nawyki żywieniowe specyficzne dla kultury lokalnej.

Kultura kulinarna określająca sposób działania związany z zaspokojeniem potrzeb pokarmowych społeczeństwa żyjącego w określonym czasie i miejscu przesądzać może o tym, która część danego zwierzęcia czy rośliny jest jadalna, a która nie. Czasami odrzucanie jednych pokarmów, a akceptowanie innych miało chronić miejscową ludność przed głodem lub zatruciami. Niektóre grupy religijne i etniczne rygorystycznie przestrzegają nakazów i zakazów dotyczących przygotowywania posiłków oraz niełączenia konkretnych produktów w jeden posiłek. Przykładowo ortodoksyjni Żydzi spożywający koszerne pożywienie rygorystycznie przestrzegają szczegółów rytuału uboju zwierząt oraz rozdzielności spożywania potraw mięsnych i mlecznych.

W kuchni żydowskiej zasadą jest podział na posiłki mięsne i mleczne, których nie należy łączyć, ani spożywać po sobie, co nie znajduje żadnego uzasadnienia naukowego. Potrawy przygotowywane są poprzez długie gotowanie, duszenie, pieczenie, co daje straty witaminowe. Część potraw z ryb, placki ziemniaczane, chałka pszenna z kuchni żydowskiej przyjęły się również w kuchni europejskiej.

Wierzenia i religie, które w większości narzucają ściśle określone poglądy i zachowania żywieniowe, związane są z faktem propagowania w określonych religiach postaw jakościowych i ilościowych, a także spożywania pokarmów obrzędowych i świątecznych. W niektórych religiach zabrania się jedzenia wybranych potraw.

Zróżnicowana geografia religii powoduje, iż nie ograniczają się one do regionów lub krajów, z których wzięły swój początek, ponieważ rozprzestrzeniły się w ciągu wieków na odległe kontynenty. Niektóre z nich stały się religiami światowymi, uniwersalnymi i nie ograniczają się do jednej grupy etnicznej lub narodu, ale obejmują różne kraje czy też części kontynentu. Nakazy i zakazy istniejące w różnych religiach stanowią wytyczne żywieniowe głównie co do spożywania roślin oraz mięsa różnych zwierząt. W religii ma również swoje wytłumaczenie różnorodność przyrządzania posiłków.

W wielu religiach i wyznaniach występują głodówki czy posty, które stanowią ważny element oczyszczania organizmu ludzkiego. Post oznacza dobrowolne powstrzymywanie się od jedzenia pewnych rodzajów pokarmów (najczęściej mięsa) w określonym czasie. Religia chrześcijańska pokarm traktuje jako dar od Boga i zaleca umiar w jego spożywaniu, chociaż nie nakłada obecnie żadnych zakazów na swoich wyznawców pod względem asortymentu. Z kolei Kościół Adwentystów Dnia Siódmego jest największym Kościołem promującym dietę bezmięsną.

Powstrzymywanie się od pokarmów mięsnych, zwane wstrzemięźliwością, polega na niespożywaniu pokarmów mięsnych w każdy piątek z wyjątkiem uroczystości. Zwolnione z przestrzegania postu są dzieci do 14. roku życia, osoby chore, osoby będące w podróży oraz korzystające z punktów zbiorowego żywienia.

W religii rzymskokatolickiej post ścisły oznacza spożywanie w ciągu dnia wyłącznie jednego posiłku do syta lub dwóch niepełnych, powstrzymaniu się od spożywania mięsa i obowiązuje w Środę Popielcową i w Wielki Piątek. W przeszłości w czasie postu odmawiano sobie również spożywania tłuszczów zwierzęcych, takich jak: masło, słonina czy smalec.

Rozpowszechniony jest również pogląd, że posty i krótkotrwałe głodówki korzystnie wpływają na stan zdrowia. Głosiciele tego poglądu odwołują się do genetycznych predyspozycji organizmu człowieka, twierdząc, że w neolitycznej erze łowiectwa i zbieractwa, gdy kształtował się podstawowy genotyp naszego gatunku, okresy obfitości pokarmu związane z upolowaniem dzikiego zwierzęcia lub owocowaniem roślin, przeplatane były okresami niedostatku pożywienia i mimowolnej głodówki. Obecnie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, lekarze często zalecają okresowe ograniczanie lub powstrzymywanie się od jedzenia jako środek rewitalizujący i poprawiający stan zdrowia.

Przeciwieństwem postów są posiłki spożywane podczas świąt religijnych i narodowych oraz uroczystości rodzinnych, które są zwykle obfite i wyszukane. Świętom religijnym towarzyszą charakterystyczne potrawy i pokarmy, których spożywanie nadaje im odświętny, podniosły charakter. Tradycje kulinarne różnych grup etnicznych i kulturowych obejmują także rozmaite pokarmy okolicznościowe, związane z narodzinami dziecka, chrzcinami, obrzezaniem, weselem, pogrzebem, obchodzeniem urodzin i imienin, świętowaniem nadejścia wiosny, zakończenia zbiorów itp. We wszystkich tych przypadkach pożywienie ma podkreślać odświętny charakter posiłku, sprzyjać wytworzeniu przyjemnej atmosfery i okazaniu gościnności, przy czym bardziej niż wartość odżywcza posiłku liczy się wtedy jego wartość symboliczna. Do pokarmów odświętnych zalicza się te, które z przyczyn ekonomicznych nie mogą być często spożywane przez daną społeczność. Jadłospis uroczystych posiłków jest też bardziej niż zwykle urozmaicony i obejmuje potrawy najczęściej pracochłonne, wyszukane, na których przygotowanie w dni powszednie nie starcza czasu.

Sposób żywienia jest elementem podkreślającym odrębność narodową, a także zróżnicowanie regionalne. Tradycje kulinarne stanowią ważny element dziedzictwa kulturowego. Zarówno kuchnia, jak i kultura stołu są nierozerwalnie związane z kulturą danego społeczeństwa. Uczty i biesiady od zawsze towarzyszyły ważniejszym wydarzeniom historycznym, mającym dużą rangę dla danej społeczności.

Duży wpływ na uwarunkowania żywieniowe ma również kuchnia regionalna. Kuchnia regionalna jest kuchnią, która wyrosła z tradycji żywieniowych kształtowanych przez wieki przez ludność zamieszkującą poszczególne regiony. Opiera się na surowcach i produktach pochodzących z danego regionu, a sposoby przyrządzania potraw są zgodne z tradycyjną recepturą. Podstawową cechą charakterystyczną produktów tradycyjnych i regionalnych jest tradycyjny sposób wytwarzania oraz walory danego miejsca, jak specyficzny klimat czy skład gleby, które mają zasadniczy wpływ na jakość surowca.

Odzwierciedleniem wpływów kulturowych na zwyczaje żywieniowe są kuchnie poszczególnych narodów i regionów na świecie. Najbardziej znane kuchnie świata wynikające z tradycji kulturowych i religijnych, to kuchnia żydowska, arabska, chińska, turecka, meksykańska oraz francuska, angielska, włoska, grecka czy polska.

Zjawisko to ulega jednak postępującym zmianom i zanikowi w wyniku procesu globalizacji, który powoduje, iż życie społeczeństw ulega korzystnym zmianom z podwyższeniem jego poziomu i zanikiem tradycji regionalnych. Obecnie trudno wyobrazić sobie świat bez globalizacji. Przyczynia się ona do zwiększenia gamy produktów, dostępnych dla konsumentów, wpływa na obniżenie ich cen oraz jednocześnie podwyższenie jakości produktów i usług. Producenci krajowi, posiadając zagranicznych konkurentów zmuszeni są do ulepszania swoich produktów pod różnymi względami. Jednak, co najważniejsze, globalizacja ułatwia życie, sprawia, że to, co dawniej było nieosiągalne, staje się dostępne prawie w każdym miejscu na świecie. Na szczęście, istniejący stały kontakt z określoną kuchnią w okresie dzieciństwa pozostawia pewne przyzwyczajenia, które przenoszą się w okres życia dorosłego niezależnie od miejsca zamieszkania.

Domeną dzisiejszych czasów poza wszelkim postępem nauki staje się fakt, iż tradycyjne zwyczaje żywieniowe wcześniej kultywowane w wielu krajach nie są już przestrzegane. Można tu mówić o procesie homogenizacji, czyli upodabniania się wzorców konsumpcji żywności, którym sprzyjają: rozwój międzynarodowych sieci restauracji, media, zwłaszcza telewizja, w tym programy emitowane przez stacje komercyjne, rozwój sieci satelitarnej, upowszechnianie się internetu, rozpowszechnianie tzw. żywności *fast food*, żywności wygodnej (półproduktów, dań gotowych, koncentratów spożywczych, sosów, zup błyskawicznych typu gorący kubek oraz chipsów, batonów itp.). Intensywny i masowy rozwój turystyki sprzyja także wymianie wzorców konsumpcji między turystami a miejscową ludnością.

Wzrost zapotrzebowania na żywność wygodną wynika z relatywnie wyższej zamożności konsumentów, aktywności zawodowej kobiet, jak i rosnącej liczby małych gospodarstw domowych. Jest to żywność wstępnie przetworzona, tak aby

przygotowanie posiłku wymagało jak najmniej czasu. Asortyment tych produktów jest bardzo bogaty. Należy do nich zaliczyć: pokrojone i zapakowane pieczywo, gotowe zestawy posiłków obiadowych przeznaczonych do podgrzania w mikrofali, koncentraty zup, soków, deserów, ciast i wiele innych produktów.

Wynikiem tych działań jest wzrost kaloryczności diety związany z coraz większymi porcjami, nadmiarem tłuszczu, cukru oraz obniżoną jakością diety wynikającą ze zmniejszonego spożycia witamin i składników mineralnych. Masowa konsumpcja żywności w krajach wysoko rozwiniętych prowadzi do nadkonsumpcji, a ta do nadwagi i otyłości – problemu ogólnoświatowego związanego z wadliwym stylem życia (siedzący tryb życia, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, mała aktywność fizyczna, spożywanie posiłków typu *fast food* w restauracjach, ciągły stres).

W wielu krajach na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat, wraz z ich rozwojem ekonomicznym również sposób żywienia ulegał widocznym zmianom. Obecnie tzw. „dieta zachodnia" kojarzona jest przede wszystkim ze Stanami Zjednoczonymi, Kanadą oraz państwami Europy Zachodniej. Zwyczaje żywieniowe ludności zamieszkujących te kraje w znacznej mierze różnią się od sposobu żywienia charakterystycznego dla krajów słabiej rozwiniętych gospodarczo. „Dietę zachodnią" charakteryzuje wysoka energetyczność, znaczny udział tłuszczu (kwasów tłuszczowych nasyconych), produktów pochodzenia zwierzęcego, w tym czerwonego mięsa, a także cukrów prostych. Charakterystyczna dla tej diety jest wysoko przetworzona żywność, potrawy smażone oraz słone przekąski. Z kolei w krajach rozwijających się typowa dieta opiera się w przeważającej mierze na produktach roślinnych, przy jednocześnie niskim spożyciu tłuszczu (w tym także kwasów tłuszczowych nasyconych) i cukrów. W porównaniu z „dietą zachodnią" obserwuje się wysokie spożycie warzyw i owoców, pełnoziarnistych produktów zbożowych oraz drobiu, a wśród ludności zamieszkujących wyspy oraz tereny nadmorskie także ryb.

Ma to diametralne znaczenie dla zdrowia i życia człowieka, gdyż racjonalna dieta powinna zawierać umiarkowane ilości białka, najlepiej pochodzącego z ryb i produktów roślinnych, zdrowe tłuszcze pochodzące z olejów roślinnych i ryb, pełnoziarniste produkty zbożowe bogate w błonnik oraz dużą ilość warzyw i owoców. Dieta w połączeniu z codzienną aktywnością fizyczną uważana jest za najlepszy sposób na utrzymanie właściwej masy ciała i zapobieganie chorobom przewlekłym, takim jak choroby układu krążenia czy choroby nowotworowe.

Zmiany spożycia żywności w dziejach ludzkości wynikały z rozwoju światowej gospodarki, który odmiennie przebiegał w krajach Europy Wschodniej i Europy Zachodniej. Skutkowało to ograniczonym rynkiem produktów spożywczych oraz sposobem odżywiania zależnym od lokalizacji geograficznej, który zwiększał ryzyko

występowania chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych. W ostatnich latach sytuacja ta uległa zmianie, jednak w dalszym ciągu istnieje różnica w korzyściach zdrowotnych wynikających ze sposobu żywienia między wschodnią a zachodnią częścią Europy. Od lat 90. XX wieku dostępność wołowiny, wieprzowiny i tłuszczów zwierzęcych w krajach UE10 gwałtownie zmalała na korzyść olejów bogatych w kwasy omega-3 (olej rzepakowy i sojowy). Pomimo powyższych zmian, w niektórych krajach UE10 obserwuje się niedobory kwasów omega-3, które występują głównie w rybach i olejach roślinnych nadal mało dostępnych we wszystkich krajach UE10. Malejąca konsumpcja zbóż (zwłaszcza w postaci wysoko przetworzonej) i ziemniaków, a także wzrost spożycia warzyw i owoców, są w dużym stopniu przyczyną poprawy sytuacji zdrowotnej w krajach UE10.

Dowiedziono, że najwięcej osób w podeszłym wieku żyje w krajach, w których stosuje się dietę śródziemnomorską, co sugeruje, że taki sposób odżywiania może być korzystny w prewencji chorób neurodegeneracyjnych. Dieta śródziemnomorska stanowi pewien zbiór nawyków żywieniowych, które są tradycyjnie stosowane przez ludzi z regionu śródziemnomorskiego. W co najmniej 16 krajach sąsiadujących z Morzem Śródziemnym zwyczaje żywieniowe zmieniają się nieco w zależności od kultury, tła etnicznego i religii. Badania wykazały, że u osób stosujących dietę śródziemnomorską ryzyko rozwoju łagodnych zaburzeń poznawczych jest mniejsze o 28%, a ryzyko rozwoju choroby Alzheimera jest mniejsze aż o 48% w porównaniu z osobami nie stosującymi takiej diety.

Zainteresowanie badaczy wpływem żywności, a szczególnie tłuszczów, na zdrowie człowieka wzrosło dzięki rezultatom pierwszych badań prowadzonych w latach 50. XX wieku, które opublikował w 1970 roku Keys.

Tradycyjną dietę śródziemnomorską cechuje spożywanie żywności nisko przetworzonej, w której zalecane są produkty pochodzenia roślinnego, m.in.: zbóż, owoców, warzyw, roślin strączkowych, ziemniaków, orzechów, nasion. Zalecane są produkty zbożowe: makarony z mąki nisko przemiałowej, brązowy ryż, które są bogatym źródłem błonnika, witamin z grupy B, składników mineralnych (Fe, Mg, Zn). Duża ilość warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych, orzechów i migdałów zapewnia składniki mineralne, w tym potas, witaminy A, E, C i z grupy B, flawonoidy i błonnik. Obecne w diecie ryby i mięso drobiowe stanowią źródło pełnowartościowego białka i kwasów tłuszczowych n-3, zastępują mięso czerwone i jego przetwory. Oliwa z oliwek jest podstawowym źródłem tłuszczu w tej diecie, dostarczając jednonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz witaminy E, ponadto bioflawonoidów: tyrozolu i oleuropeiny. Produkty mleczne są spożywane głównie w postaci jogurtów i serów. W umiarkowanej ilości spożywa się również ryby i drób. Czerwone mięso występuje w diecie zaledwie kilka razy w miesiącu

i to w małych porcjach, natomiast wino pije się umiarkowanie, tylko do posiłków. Czosnek, cebula i zioła (m.in. oregano, mięta czy rozmaryn) są nieodłącznym składnikiem tej diety. Taki skład diety zawiera bardzo mało niekorzystnych lub niepożądanych substancji, takich jak nasycone kwasy tłuszczowe, kwasy tłuszczowe w pozycji trans czy cholesterol. Obfituje natomiast w składniki niezbędne dla organizmu człowieka i jego zdrowia tj.: nienasycone kwasy tłuszczowe, witaminy, minerały i mikroelementy. Dieta śródziemnomorska jest modelem zdrowej diety. Liczne badania potwierdzają nierozerwalny związek pomiędzy tą dietą i jej korzystnym wpływem na obniżanie ryzyka zachorowań na chorobę niedokrwienną serca, miażdżycę, nadciśnienie, cukrzycę i otyłość. Istnieją dowody na to, że dieta ta może odgrywać rolę w profilaktyce nowotworów.

Dieta śródziemnomorska to nie tylko sposób żywienia. Jest ona także związana z określonym trybem życia – wysoką aktywnością fizyczną, unikaniem palenia tytoniu i picia alkoholu. W licznych programach badawczych udowodniono, że dieta śródziemnomorska wykazuje działanie: przeciwmiażdżycowe, przeciwnowotworowe i zmniejszające zachorowalność na choroby degeneracyjne.

Obecnie w wielu krajach północnych i zachodnich Europy i Ameryki zaleca się przestrzeganie zasad diety śródziemnomorskiej przede wszystkim w profilaktyce schorzeń kardiologicznych, ale także w szeroko rozumianej promocji zdrowia. Mimo że tradycyjny sposób żywienia w krajach Europy północnej różni się znacznie od diety europejskich krajów śródziemnomorskich, to dostępność produktów spożywczych, charakterystycznych dla diety śródziemnomorskiej na północy, jest obecnie powszechna. Ułatwia to przynajmniej częściową zmianę zwyczajów żywieniowych krajów północy zgodnie z zasadami diety śródziemnomorskiej.

Cechom diety śródziemnomorskiej odpowiadają również zalecenia żywieniowe rekomendowane przez American Heart Association (AHA), w których znajdują się duże ilości warzyw i owoców, produkty z pełnego ziarna zawierające duże ilości błonnika, ryby, zwłaszcza tłuste. Ograniczają one spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych, nienasyconych kwasów tłuszczowych trans oraz cholesterolu. Ponadto ograniczenia dotyczą spożycia soli i napojów alkoholowych.

Zmiany zostały także wprowadzone w aktualnej piramidzie żywieniowej w naszym kraju. Według najnowszych zaleceń Instytutu Żywności i Żywienia największy udział w codziennej diecie powinny stanowić owoce i warzywa (co najmniej 400 g, 3/4 warzywa i 1/4 owoce). Dostarczają one wielu cennych składników mineralnych i witamin, co w istotny sposób zmniejsza zachorowalność oraz umieralność na choroby układu krążenia, cukrzycę czy nowotwory.

Na kolejnym miejscu znajdują się produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste. Wyżej znajduje się mleko i jego przetwory. Kolejne miejsce w piramidzie

zajmują mięso, ryby i jajka. Zaleca się, aby wybierać ryby morskie, które stanowią źródło kwasów omega-3.

Zaleca się, aby tłuszcze zwierzęce zastąpić tłuszczami roślinnymi. Ponadto należy unikać cukru i nadmiernego solenia. Warto też sięgać po zioła, które zostały uwzględnione w aktualnej piramidzie żywienia. Z napojów zalecana jest woda oraz niewielkie ilości herbaty i kawy (maksymalnie 3-5 filiżanek).

Rysunek 1. Piramida zdrowego żywienia
Źródło: Strona internetowa Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła (www.izz.waw.pl).

W racjonalnym żywieniu istotne zalecenia żywieniowe stanowią pewnego rodzaju wskazania, które proponują zmiany w spożyciu produktów żywnościowych, a tym samym zawartych w nich składników odżywczych. Zmiany te są szczególnie uzasadnione ochroną zdrowia, poprawą stanu odżywiania oraz względami profilaktycznymi.

Piśmiennictwo

1. Cybulska B., *Zdrowe żywienie dla zdrowego serca*, „Przegląd Lekarski", 2007, 2, 49-54.
2. Estruch R., Ros E., Salas-Salvado J. i wsp., *Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet*, „The New Englend Journal of Medicine", 2013, 368, 1279-1290.
3. Gajewska M., *Akulturacja sposobu żywienia i jej wpływ na stan zdrowia imigrantów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", 2012, 93, 178-182.
4. Goryńska-Goldmann E., Ratajczak P., Świadomość żywieniowa a zachowania żywieniowe konsumentów, „Journal of Agribusiness and Rural Development", 2010, 4, 41-48.
5. Jeżewska-Zychowicz M., *Zachowania żywieniowe i ich uwarunkowania*, Wyd. SGGW, Warszawa 2004.
6. Kwasek M., *Tendencje w spożyciu żywności w krajach Unii Europejskiej*, Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – Państwowego Instytutu Badawczego, Warszawa 2010.
7. Lawrence G. D., *Dietary fats and health: dietary recommendations in the context of scientific evidence*, „Advances in Nutrition an International Reviev Journal", 2013, 4, 294-302.
8. Mizgier M., Jeszka J., Jarząbek-Bielecka G., *Rola diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu nadwadze i otyłości, niektórym chorobom dietozależnym oraz jej wpływ na długość życia*, „Nowiny Lekarskie" 2010, 79, 451-454.
9. Rejman K., Kowrygo B., Laskowski W., *Ocena struktury spożycia żywności w Polsce w aspekcie wymogów zrównoważonej konsumpcji*, 2015, 3, 503-512.
10. Rybak M., *Powiedz mi, co jesz, a powiem ci, kim jesteś*, Studia Humanistyczne AGH, 2012, 11 211-215.
11. Socha J., Stolarczyk A., Socha P., *Zachowania żywieniowe – od genetyki do środowiska społeczno-kulturowego*, „Nowa Pediatria", 2002, 3, 212-217.
12. Szostak-Węgierek D., Kłosiewicz-Latoszek L., Szostak W. B., Cybulska B., *The role of dietary fats for preventing cardiovascular disease: a review*, „Rocznik Państwowych Zakładów Higieny", 2013, 64, 263-269.
13. Wroniak M., Maszewska M., *Oliwa z oliwek w diecie śródziemnomorskiej*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość", 2011, 5, 78, 26-36.
14. Zych P., Szostak-Węgierek D., *Dieta paleolityczna. Część II. Porównanie z dietą śródziemnomorską*, „Nowa Medycyna", 2014, 1, 28-35.
15. www.izz.waw.pl, data pobrania 4.02.2016.

Grzegorz Bejda, Agnieszka Kułak-Bejda

PACJENT-KATOLIK WOBEC ZAGADNIEŃ CHOROBY I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Choruje ktoś wśród was?
Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim
i namaścili go olejem w imię Pana.
A modlitwa pełna wiary będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie,
a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone.
(List św. Jakuba 5, 14-16)

Wprowadzenie

Katolicyzm, jest największym (jeśli chodzi o liczbę wiernych) wyznaniem chrześcijańskim. Podobnie jest w Polsce, gdzie jego wyznawcy stanowią grupę, za GUS – 33. 384 936 (dane z 2012 roku) [1].

W Katolicyzmie [2, 3] (tak jak w całej religii chrześcijańskiej) funkcjonuje przekonanie, że choroba i towarzyszące jej okoliczności posiadają ukryty dla człowieka sens, który często jest trudny do zrozumienia i uświadomienia. Religia pozwala jednak znosić cierpienie, dając siłę do walki z chorobą i pomagając w procesie zdrowienia.

Kościół Katolicki naucza, że życie i zdrowie fizyczne to jedne z najcenniejszych dóbr powierzonych człowiekowi przez Boga i w związku z tym należy się o nie rozsądnie troszczyć, uwzględniając także potrzeby drugiego człowieka oraz dobro wspólne. Zasadna jest zatem dbałość o zachowanie lub odzyskanie zdrowia, skoro jest ono darem od samego Boga. Każdy człowiek jest powołany do tego, aby czynić dobry użytek z własnego życia i troszczyć się o zdrowie, co daje możliwość

podążania za Bogiem przy wykorzystaniu naturalnych środków. Jednak życie cielesne, stanowiąc składową całej ludzkiej egzystencji ukierunkowanej na wieczność, jest niezaprzeczalnym dowodem kruchości i skończoności ludzkiego istnienia, co szczególnie uwydatnia się w chorobie i cierpieniu [2-5].

Katolicy wierzą, że poprzez te aspekty ludzkiej egzystencji uczestniczą w zbawczym dziele Chrystusowego Krzyża. Postawa uczniów Jezusa wobec zdrowia, zarówno fizycznego, psychicznego, jak i duchowego w pewien sposób relatywizuje chorobę, ponieważ traktuje doświadczenie cierpienia jako jedną z dróg do osiągnięcia zbawienia.

Podejście do zdrowia i choroby

W czasie ciężkiej choroby Katolicy z reguły akceptują podejmowane działania lecznicze oraz pielęgnacyjne. Rozumieją również powody rezygnacji z terapii uporczywej, nieprzynoszącej pozytywnych rezultatów, a także przyczyniającej się do niepotrzebnego cierpienia pacjenta. Jednakże wszelkie działania przyczyniające się czy wręcz zadające człowiekowi śmierć (przykładem tego jest eutanazja) są według doktryny chrześcijańskiej surowo zakazane [2-5].

W opiece medycznej sprawowanej nad świeckim pacjentem nie ma większych problemów, jednakże w przypadku gdy chorym jest kapłan lub osoba konsekrowana, to najlepiej by opiekę sprawował personel tej samej, co pacjent, płci, a chory, o ile to możliwe, był umieszczony w oddzielnej sali [6].

Ustanowienie niedzieli przez Kościół Dnia Pańskiego przyczynia się do tego, by wszyscy Chrześcijanie korzystali z odpoczynku i czasu wolnego, który mogliby poświęcić życiu rodzinnemu, społecznemu i religijnemu. W Katolicyzmie główne miejsce tego dnia zajmuje msza święta. Imperatyw czynnego w niej uczestnictwa jest zawarty pośrednio w trzecim przykazaniu Bożym, a bezpośrednio w pierwszym przykazaniu kościelnym. W niedzielę i inne nakazane dni świąteczne wierni powinni powstrzymać się od wykonywania prac lub zajęć niekoniecznych, które przeszkadzają oddawaniu czci należnej Bogu, przeżywaniu radości właściwej dla Dnia Pańskiego, pełnieniu uczynków miłosierdzia oraz należytemu odpoczynkowi duchowemu i fizycznemu (KPK, kan. 1247). W większości szpitali, dzięki powszechnemu dostępowi do kaplicy i duszpasterzy, pacjenci wyznania katolickiego mogą swobodnie uczestniczyć w cotygodniowej Eucharystii [7].

Istotnym czynnikiem, umożliwiającym podtrzymanie sił witalnych organizmu i właściwe jego funkcjonowanie, jest zastosowanie odpowiedniej diety (w sensie dostarczania mu potrzebnych substancji odżywczych).

Kościół Katolicki zachęca do dbałości o własne odżywianie, dostrzegając w tym też realizację piątego przykazania Bożego, i zaleca umiarkowanie co do ilości spożywanych pokarmów, widząc w obżarstwie jeden z grzechów głównych.

Nakaz wstrzemięźliwości, który został podniesiony do rangi swoistego ideału, znajduje swoje odzwierciedlenie w ostrzeżeniu Jezusa z Kazania na Górze: *Uważajcie na siebie, aby wasze serca nie były ociężałe wskutek obżarstwa, pijaństwa* (Łk 21, 34) [8]. O poście mówi zarówno Stary, jak i Nowy Testament (Jezus nauczając o nim osobiście go praktykował). Na przestrzeni wieków w Kościele Rzymskokatolickim została wypracowana tradycja poszczenia. W opiece nad chorymi należy jednak pamiętać, iż zgodnie z nauką Kościoła możliwe jest nieprzestrzeganie postu, usprawiedliwione stanem zdrowia człowieka lub zaleceniem lekarza (KKK 1378, 1430, 1434, 1438, 2043).

Obecnie nakazanymi dniami postu (post ilościowy) i abstynencji od pokarmów mięsnych (post jakościowy) są: Środa Popielcowa i Wielki Piątek. Zgodnie z przepisem Kościoła tego dnia obowiązuje zakaz jedzenia pokarmów mięsnych poza rybą i ograniczona do maksymalnie trzech posiłków możliwych do spożycia. Natomiast Katolicy od 14. roku życia wzwyż zobligowani są do wstrzymania się od spożywania pokarmów mięsnych w każdy piątek (poza uroczystościami). Post ten obowiązuje wszystkich Katolików między 14. a 60. rokiem życia. Odnosi się to również do wszelkiego rodzaju nadużyć dotyczących picia alkoholu i zażywania leków [9].

Podejście do macierzyństwa

Kościół Katolicki macierzyństwo traktuje jako swoistą misję szczególnej odpowiedzialności i służby obcowania z tajemnicą życia, dojrzewającą w łonie kobiety. Zgodnie z etyką Kościoła Katolickiego każda kobieta w stanie błogosławionym powinna mieć zagwarantowaną wszechstronną pomoc, nie tylko ze strony rodziny, ale także personelu medycznego i współwyznawców.

Kobieta Katoliczka w okresie połogu ma obowiązek dbania o swoje zdrowie i stosowania się do wskazówek lekarza oraz pielęgniarki. Nie ma natomiast żadnych zakazów i nakazów wynikających z religii dotyczących pielęgnacji i karmienia dziecka po porodzie, o ile pozwala jej na to stan, wiedza i umiejętności. Szpital powinien (podobnie jak innym pacjentom), na jej życzenie umożliwić kontakt z duchownym i zapewnić odpowiednie warunki (cisza, spokój, intymność) do skorzystania z posługi kapłańskiej; ułatwić odbywanie praktyk religijnych (np. udział

we mszy świętej); stworzyć atmosferę życzliwości, otwartości i szacunku dla wartości religijnych; zapewnić dietę jarską w piątki, Środę Popielcową i w dni, w które należy je zachowywać zgodnie z przepisami Kościoła [9].

Kościół Katolicki w myśl głoszonego prawa do ochrony życia i jego rozwoju, głębokiej troski i opiekuńczości Kościoła w stosunku do bezbronnej istoty, jaką jest dziecko, nakazuje otaczać je miłością, czułością i wyrozumiałością. Nie wyznacza też szczegółowych wytycznych dotyczących sprawowania opieki nad noworodkiem i dzieckiem chorym, a w przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka dopuszczalne jest wykonanie wszelkich czynności medycznych niezbędnych dla jego zachowania. W sytuacji zagrożenia życia noworodka, po wyrażeniu przez jego rodziców takiego życzenia, Kościół Katolicki dopuszcza, by pielęgniarka ochrzciła dziecko. Powyższe związane jest z wiarą Katolików, iż chrzest jest konieczny do zbawienia. Według nauczania Katechizmu Katolickiego Kościoła (KKK 1284) *(...) w razie konieczności może ochrzcić każda osoba, nawet nieochrzczona, mająca wymaganą intencję, używając trynitarnej formuły chrzcielnej: «Ja ciebie chrzczę w imię Ojca i Syna i Ducha Świętego» oraz wylewając odrobinę wody na czoło chrzczonego – jako widzialny znak chrztu* [9].

Punkt widzenia Kościoła Katolickiego dotyczący sztucznej prokreacji jest wyrażony w dokumentach Soboru Watykańskiego II oficjalnych dokumentach (takich jak encykliki), orędziach papieży, biuletynach informacyjnych kurii biskupiej, wywiadach [10]. Zgodnie z moralnością katolicką trzeba negatywnie odnosić się do sztucznego zapłodnienia, ponieważ *w małżeństwie nie ma oddzielenia prokreacji od związku małżeńskiego* [10]. Za jeszcze bardziej niemoralne uważane jest sztuczne zapłodnienie nasieniem, które jest pobrane z banku nasienia, ponieważ jest ono *przeciwne związkowi małżeńskiemu, godności małżonków, powołaniu rodzicielskiemu i prawu dziecka do poczęcia i przyjścia na świat w małżeństwie i dzięki małżeństwu* [10]. Generalnie Kościół Katolicki kategorycznie nie zakazuje stosowania różnych środków sztucznych, mających jedynie na celu ułatwienie naturalnego aktu, za przykład może posłużyć sztuczne zapłodnienie homologiczne, tj. inseminacja dokonana w obrębie małżeństwa nasieniem małżonka, ale pod warunkiem, że zostało ono uzyskane w wyniku normalnego aktu małżeńskiego [10].

Zapłodnienie *in vitro* z przechowywaniem embrionów Kościół Katolicki uważa za niegodziwe, tłumacząc to tym, że poczęcie nie dokonuje się w wyniku aktu małżeńskiego, lecz poza nim, jest efektem działania techników determinujących zarówno warunki poczęcia, jak i czas jego zaistnienia [10]. Poza tym metoda *in vitro* nie zapewnia poszanowania godności osoby ludzkiej oraz jej poczęcia, także z powodu strat licznych embrionów i konieczności ich zamrażania, co zdaniem Kościoła Katolickiego oznacza „zawieszenie" ich życia, a często także unicestwienie [10].

Niedopuszczalna jest również w Kościele Katolickim inseminacja *post mortem*, dokonana nasieniem pobranym przed śmiercią małżonka [10]. Negatywnie odnosi się również do technik heterologicznych zapłodnienia *in vitro*, ponieważ wykorzystanie gamet osób obcych, którzy nie są małżonkami, jest w sprzeczności z jednością i wiernością małżonków oraz uderza w prawo dziecka do poczęcia i przyjścia na świat w małżeństwie i z małżeństwa [12]. Powyższe przedkłada się także na nieuznawanie sztucznego zapłodnienia kobiet niezamężnych lub pozostających w związkach nieformalnych [10].

Kongregacja Nauki Wiary [11] uważa, że implantacja w łonie kobiety embrionu, genetycznie od niej różnego lub zapłodnienie kobiety z konsekwencją obowiązku oddania dziecka „zleceniodawcy", nie są wskazane, gdyż są sprzeczne z godnością kobiety i nie szanują godności dziecka.

Moralność katolicka zakłada, że prawo do życia należy do praw osobowych człowieka, stąd jednoznacznie sprzeciwiała się jakiejkolwiek postaci świadomego zamachu na życie nienarodzonych, zakazuje wykonywania zabiegów przerywania ciąży i nie dopuszcza żadnych okoliczności łagodzących i usprawiedliwiających przeprowadzenie zabiegu usunięcia ciąży [12]. Zabieg ten traktuje bezwzględnie jako zabójstwo istoty ludzkiej, a Kodeks Prawa Kanonicznego (KPK, kan. 1398) przewiduje dla osoby powodującej przerwanie ciąży karę ekskomuniki (wykluczenie z życia Kościoła) [7]. Kościół Katolicki (Zawiła [13]) uważa jednak, że oprócz kobiety, która poddała się zabiegowi przerwania ciąży, w równym stopniu odpowiada ojciec nienarodzonego dziecka oraz wszystkie osoby, które w jakikolwiek sposób przyczyniły się do aktu aborcyjnego (pracownicy służby zdrowia, zarządcy instytucji służby zdrowia, propagatorzy legalizacji aborcji).

Kościół Katolicki podkreśla także, że personel medyczny wobec płodów pochodzących z aborcji powinien podchodzić z należytym mu szacunkiem. O ile to możliwe, płód, jeszcze żyjący, powinien być ochrzczony i należy mu zapewnić godny pochówek. Płód nie może stać się także przedmiotem eksperymentów ani źródłem narządów do przeszczepów.

Podejście do eutanazji

W aspekcie eutanazji Kościół Katolicki uważa, że życie jest darem Stwórcy dla człowieka, nie może więc sam rozporządzać własnym życiem i dlatego jednoznacznie, za pośrednictwem Katechizmu, wypowiada się, że: *Eutanazja bezpośrednia, niezależnie od środków, polega na położeniu kresu życiu osób upośledzonych,*

chorych umierających. Jest ona moralnie niedopuszczalna. W ten sposób działanie bądź zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu powoduje śmierć, by likwidować ból, stanowi zabójstwo sprzeczne z godnością osoby ludzkiej i z szacunkiem wobec Boga Żywego, jej Stwórcy (KKK 2277) [9].

Podejście do transplantologii

W nauczaniu Kościoła Katolickiego można doszukać się poparcia dla transplantacji, ale pod warunkiem że komórki, tkanki i narządy są pobierane za wyraźnym przyzwoleniem dawcy, a zgoda na powyższe musi być wyrażona wprost, np. poprzez deklarację zgody na przeszczep [6].

Przeszczepianie narządów dla Katolika nabiera wartości moralnej i usprawiedliwia ich zastosowanie w medycynie, jednakże podczas ich dokonywania powinno się okazywać pełen szacunek do osoby dawcy i ofiarowanych narządów [12]. W przypadku przeszczepów autologicznych (pobranie i przeszczep organu dokonywane są na tej samej osobie) usprawiedliwia się je zasadą, że można zadysponować pewną częścią organizmu dla dobra całego organizmu. W przypadku przeszczepów homologicznych (pobranie jest dokonywane na jednostce tego samego gatunku, co biorca) usprawiedliwia się je zasadami miłości i solidarności, łączącymi różne osoby i skłaniającymi je *do daru wobec cierpiących bliźnich* [12]. W przypadku przeszczepów heterologicznych (dawca i biorca nie należą do tego samego gatunku) Kościół Katolicki uważa, iż każdy przypadek powinien być rozpatrywany indywidualnie, np. dopuszcza przeszczepianie rogówki pochodzącej z organizmu zwierzęcego, ale za niemoralne (odrzuca je) przeszczepy zwierzęcych gruczołów płciowych. Pobranie narządów od osoby żyjącej może być uprawnione tylko wtedy, gdy chodzi o narządy, których przeszczep nie spowoduje poważnej i nieodwracalnej szkody dla dawcy [12].

Etyka katolicka zabrania ofiarowywania takich narządów jak: mózgowie czy gruczoły płciowe, zapewniające odpowiednio osobową i prokreacyjną tożsamość danej osoby [12].

Święty Jan Paweł II wielokrotnie okazywał swoją akceptację dla przeszczepów, szczególnie na XVIII Międzynarodowym Kongresie Towarzystwa Transplantologicznego w 2001 roku: *Należy zaszczepić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów* czy 7 lutego 2001 roku do włoskiego Stowarzyszenia Przeszczepów Wątroby: *Coraz więcej chorych będzie mogło przeżyć*

dzięki większej liczbie darowanych organów [10]. Wyraźnie popierał transplantację organów jako przejaw „kultury życia" i wielki postęp służący człowiekowi. Pochwalające transplantację organów stanowisko papieża znalazło swe odbicie w poprawionej wersji Katechizmu Kościoła Katolickiego (KKK 2296): *oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały* [9].

Stanowisko wobec uporczywej terapii

W Katechizmie (KKK 2278) zawarte jest także stanowisko Kościoła wobec „uporczywej terapii", a rezygnacja z niej uznana jest za dopuszczalną, za zgodą wyrażoną przez pacjenta lub osoby uprawione: *Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii". Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta* [9].

Podejście do śmierci/umierania

W Chrześcijaństwie bardzo ważna jest kwestia duchowego przygotowania wiernego na nieuchronny moment własnej śmierci. W związku z powyższym umierający (jeśli jest to fizycznie możliwe) powinien mieć zapewniony kontakt z kapłanem swojego wyznania.

W związku z tym w Kościele Katolickim ogromne znaczenie ma przyjęcie przez konającego sakramentów pokuty, namaszczenia chorych i Komunii w postaci tzw. „wiatyku".

Procesowi umierania oraz samej śmierci często towarzyszy określony ceremoniał i symbolika, jak choćby wkładanie w dłonie umierającego Katolika zapalonej gromnicy czy po śmierci różańca lub książeczki do nabożeństwa, obrazka.

Zgodnie z oficjalną nauką Kościoła Rzymskokatolickiego (KKK 1019), sam akt śmierci jest jedynie przejściem z życia doczesnego do życia wiecznego. Egzystencja człowieka nie kończy się więc wraz z jego śmiercią, jest jedynie końcem życia ziemskiego, przejściem i początkiem nowego rodzaju istnienia. W nauce Kościoła

funkcjonuje wiara w Zmartwychwstanie, która zakłada przywrócenie nieśmiertelnego życia ciału i połączeniu go z duszą ludzką (KKK 1005). W przypadku Katolika moment śmierci jest definitywnym zjednoczeniem się z Chrystusem. W związku z tym Kościół Katolicki zachęca swoich wiernych do przygotowania się na śmierć przez modlitwę, katechezę i kazania (KKK 1014) [9].

Osoby wierzące bardzo dużą wagę przywiązują do obecności w szpitalu kapelana i możności kontaktu z nim w ciągu całego przebiegu choroby, co ma zasadnicze znaczenie w ich powrocie do zdrowia, a także daje kapelanowi uprzywilejowaną rolę w stopniowym przygotowaniu chorego do śmierci.

Do zadań personelu medycznego, za Ogarek [4], w codziennej opiece nad chorym należy: umożliwić choremu (jeżeli ma taką potrzebę) umieszczenie w jego otoczeniu symboli religijnych (krzyża, medalika, obrazka itp.) i kontakt z kapelanem szpitalnym – na życzenie chorego lub jego rodziny; zapewnić choremu warunki pozwalające mu na skupienie i intymność w czasie odwiedzin duchownego (zwłaszcza w przypadku gdy pacjent pragnie skorzystać z sakramentu pojednania i komunii eucharystycznej); podać choremu przegotowanej wody, jeżeli chory przyjmuje komunię i będzie potrzebował się po niej napić; utrzymywanie stałego kontaktu z chorym i jego rodziną; wspieranie rodziny pacjenta i rzetelne przekazywanie informacji dotyczących stanu świadomości chorego. W przypadku pogorszenia się jego stanu personel powinien: wyrazić zgodę na zapalenie świecy (na życzenie pacjenta/rodziny), o ile nie ma w tej kwestii żadnych przeciwwskazań (np. w sali chorego nie jest prowadzona tlenoterapia); po śmierci chorego odmówić krótką modlitwę: *Wieczny odpoczynek racz mu dać Panie, a światłość wiekuista niechaj mu świeci na wieki wieków. Amen*; po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, stworzyć rodzinie możliwość spokojnego pożegnania się ze zmarłym i poinformować najbliższych pacjenta, że jego zwłoki muszą pozostawać na oddziale jeszcze przez dwie godziny [10]. Trzeba także poinformować rodzinę zmarłego, czy była wykonana toaleta pośmiertna. Ważne, by cały czas ciału zmarłego pacjenta był okazywany szacunek, a wszystkie czynności były wykonywane spokojnie, kompetentnie, z przestrzeganiem obowiązujących w szpitalu procedur i zarządzeń. Jeżeli istnieje potrzeba, można zaproponować rodzinie osoby zmarłej pomoc w załatwieniu szpitalnych formalności związanych ze zgonem [10].

Nakaz pietyzmu w stosunku do ciała ludzi zmarłych jest z jednej strony traktowany jako *sacrum*, a z drugiej wzmacniany treścią dogmatów o wcieleniu Chrystusa i o zmartwychwstaniu ciał (KKK 958, KPK, kan. 1176, §3) [7, 9].

Chrześcijanie uważają, że śmierć stanowi przejście do wyższego stanu świadomości, które daje spotkanie z Bogiem. W teologii chrześcijańskiej śmierć jest

traktowana jako etap życia człowieka na ziemi i po spotkaniu z Bogiem w ramach sądu ostatecznego daje początek życia wiecznego [14, 15].

Deklaracja Papieskiej Akademii «Pro Vita» podkreśla, iż niezależnie czy umierający jest w stanie zrozumieć solidarność i braterską pomoc w znoszeniu cierpienia: *Człowiek umierający nie powinien być nigdy pozbawiony pociechy, jaką daje obecność najbliższych i tych, którzy opiekują się nim z miłością, niosąc mu cenną i wieloraką pomoc* [16].

U Chrześcijan zazwyczaj umierającemu towarzyszy sakrament i modlitwa. Sakrament związany jest z rytami, wykształconymi w pierwszych wiekach Chrześcijaństwa i zwanymi „ostatnią posługą" [14, 15]. Składają się na nie trzy sakramenty tj. namaszczenie chorych, spowiedź oraz Eucharystia, których udzielenie daje umierającemu pewność wsparcia Chrystusa w chwili wejścia w otchłań śmierci oraz umożliwia spokojne, zwycięskie wyjście naprzeciw śmierci [14, 15].

Chrześcijanin, który jest dotknięty poważną chorobą i cierpieniem, we wszystkich wymiarach swego życia (biologicznym, duchowym, społecznym i religijnym), otrzymuje od Chrystusa i Kościoła specjalną pomoc w postaci sakramentu namaszczenia chorych [Krakowiak]. Jest to religijna odpowiedź na pytanie o sens/wartość ludzkiego cierpienia w chorobie oraz pomoc Boża w przezwyciężeniu choroby i przeżyciu jej w sposób godny, wartościowy i zbawienny w perspektywie życia wiecznego [17].

Sakrament namaszczenia chorych jest celebracją liturgiczną i wspólnotową, której miejsce nie jest ściśle określone; jest zależne od tego, gdzie chory się znajduje – może to być np. szpital, dom, kościół. Szafarzami tego sakramentu są wyłącznie biskupi i prezbiterzy. Namaszczenie może być także udzielane zarówno jednej osobie, jak i całej grupie.

Celebracja sakramentu rozpoczyna się liturgią słowa, która jest z kolei poprzedzona aktem pokuty. Obrzęd polega na nałożeniu w milczeniu przez kapłanów rąk na chorego i modlitwie nad nim, w której proszą o udzielenie specjalnej łaski osobie przyjmującej sakrament. Następnie dochodzi do namaszczenia chorego świętym olejem, wcześniej poświęconym (najlepiej przez biskupa). W obrządku Kościoła Rzymskokatolickiego namaszcza się czoło i ręce chorego, a w obrządkach wschodnich inne części ciała.

Sakramentu namaszczenia chorych nigdy nie udziela się zmarłym, ale problem dotyczy tych, co do których istnieje uzasadniona wątpliwość, czy jeszcze żyją [17]. W przypadku „śmierci klinicznej" może istnieć uzasadniona wątpliwość, czy człowiek jeszcze żyje, czy już umarł. Na tej podstawie Kościół zezwala udzielać osobom w stanie śmierci klinicznej sakramentu namaszczenia chorych, ponieważ udane przypadki reanimacji zdają się uzasadniać tę praktykę Kościoła [17].

Z drugiej strony, za ks. Krakowiakiem [17], względy pastoralne i wychowawcze przemawiają raczej za tym, aby w takich przypadkach, zwłaszcza gdy nie prowadzi się reanimacji, poprzestać jedynie na modlitwie za zmarłego i nie udzielać sakramentu namaszczenia.

Jeżeli wierny z powodu choroby lub innych przyczyn znajdzie się niespodziewanie w niebezpieczeństwie śmierci, może przyjąć trzy sakramenty: sakrament pokuty i pojednania, namaszczenie i Eucharystię jako Wiatyk (SCh nr 30) [17].

W rozdziale IV Rytuału „Duszpasterstwo umierających" zawarty jest obrzęd „Udzielanie sakramentów choremu w bliskim niebezpieczeństwie śmierci". Pamiętać jednak trzeba, że w praktyce duszpasterze mogą mieć do czynienia z kilkoma sytuacjami [17]:

- w bliskim niebezpieczeństwie śmierci (*in proximo mortus periculo*), jeżeli wierny może przyjąć te sakramenty, udziela się ich w następującej kolejności: sakrament pokuty, namaszczenia i Eucharystia jako Wiatyk (SCh nr 30a);
- jeśli „niebezpieczeństwo śmierci jest bliskie" (*instante mortis periculo*) i nie ma czasu, aby udzielić tych sakramentów w kolejności podanej wyżej, wtedy należy udzielić sakramentu pokuty, nawet tylko po spowiedzi ogólnej, po czym udziela się Wiatyku, *do przyjęcia którego w niebezpieczeństwie śmierci każdy wierny jest obowiązany*. Dopiero potem, jeśli czas na to pozwala, należy udzielić (*conferatur* – udziela się) świętego namaszczenia (SCh nr 30b);
- gdy chory nie może przyjąć Komunii św., wtedy po sakramencie pokuty udziela się namaszczenia (SCh nr 30c).

W niebezpieczeństwie śmierci prawo kościelne przewiduje ponadto udzielanie bierzmowania. Należy go udzielić po sakramencie pokuty, *bezpośrednio przed błogosławieństwem oleju chorych*, opuszczając *włożenie rąk, które należy do obrzędu namaszczenia* (SCh nr 159) [17]. Po namaszczeniu udziela się Wiatyku. W przypadku udzielania bierzmowania i błogosławienia małżeństwa w niebezpieczeństwie śmierci kolejność udzielanych sakramentów jest następująca: sakrament pokuty, bierzmowanie, małżeństwo, namaszczenie chorych i Wiatyk [17].

W przypadku chorego, którego stan pogorsza się, należy na prośbę pacjenta/rodziny wyrazić zgodę na zapalenie świecy (jeżeli nie ma w tej kwestii żadnych przeciwwskazań – np. tlenoterapia). Po śmierci chorego powinno się odmówić krótką modlitwę: *Wieczny odpoczynek racz mu dać Panie, a światłość wiekuista niechaj mu świeci na wieki wieków. Amen* i po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, stworzyć rodzinie możliwość spokojnego pożegnania się ze zmarłym. Ważne jest, aby cały czas ciału zmarłego pacjenta był okazywany szacunek, a wszystkie czynności były wykonywane spokojnie, kompetentnie, z przestrzeganiem obowiązujących w szpitalu procedur i zarządzeń.

Ciało zmarłego zwyczajowo wkłada się do trumny w ubraniu, w pozycji leżącej, z rękami splecionymi na brzuchu. Przyjęło się także poddawanie zmarłych zabiegom kosmetycznym (np. maskowanie pośmiertnych zmian twarzy, uzupełnianie braków ciała) [14, 15].

Organizacja pogrzebu nie jest ściśle określona, od 96 godzin do ponad tygodnia od śmierci, co wiąże się z umożliwieniem udziału w uroczystości przyjezdnych członków rodziny. Obrzędy pogrzebu (*Ordo Exsequiarum*) liturgii rzymskiej proponują trzy formy pogrzebu, odpowiadające trzem miejscom ich sprawowania (dom, kościół i cmentarz).

Trumnę ze zmarłym zazwyczaj umieszcza się w grobach ziemnych, wykopanych na głębokość ok. 2 m, zasypywanych i przykrywanych nagrobkiem kamiennym lub betonowym. Może być złożona w murowanych grobowcach rodzinnych. Każdy grób posiada opis informujący o nazwisku osoby pochowanej, dacie urodzenia i śmierci, a niektórzy umieszczają także słowa religijne lub słowa osobiste odwołujące się do osoby zmarłej [14].

W ostatnich latach coraz częściej spotyka się pochówek osoby zmarłej po spopieleniu jej ciała w specjalnym piecu krematoryjnym (tzw. kremacja zwłok) i zsypywaniu prochów do urny [14, 15].

Kościół (Dobrowolska [6]) nie sprzeciwia się kremacji (od czasów Soboru Watykańskiego II), chociaż preferują tradycyjny pochówek. W Kościele Katolickim od 1964 roku kremacja zwłok jest dozwolona jedynie w przypadku gdy prośba o nią nie wynika z odrzucenia chrześcijańskiej nadziei na życie wieczne [6].

Kościół Katolicki dopuszcza wykonanie sekcji zwłok dla celów dochodzenia sądowego lub badań naukowych (KKK, 2301) [9].

Przejrzeliśmy kwestie etyczne, a teraz przyjrzyjmy się jeszcze badaniom socjologicznym, które wskazują, jak bardzo religia katolicka jest potrzebna pacjentom.

Badani przez Guzowskiego i wsp. [18] Katolicy, którzy największe znaczenie towarzyszenia obrzędu religijnego przypisali takiej ceremonii jak pogrzeb – 75,3%. Najwięcej badanych (22, 9%) nie uczestniczyło w praktykach religijnych, a pozostali czynili to tylko w przypadku świąt – 20,1%, kilka razy w roku – 18, 2%, kilka razy w miesiącu – 13,8%, raz w tygodniu – 11%, kilka razy w tygodniu – 7%, codziennie – 4, 5%, bądź tylko w innych okolicznościach – 2,5%, takich jak ślub lub pogrzeb. Ankietowani deklarowali, iż uczestniczą w takich praktykach religijnych, jak: śniadanie wielkanocne – 91, 8%, Wigilia Bożego Narodzenia – 77,2%, sakrament komunii – 76,8%, nawiedzanie kościoła – 71,2%, śpiewanie kolęd – 53, 5%, bierzmowanie – 44,5%, pierwsza komunia – 15,8%, procesja z okazji uroczystości Bożego Ciała – 11,2% i kolęda księdza – 10% [18].

W badaniu Krajewskiej-Kułak i wsp. [19], którymi objęto 175 studentów kierunku pielęgniarstwo (Katolików), wykazano, że badani studenci za najbardziej pożądane praktyki religijne w hospicjum uznali w większości (62,3%) mszę. Byli także przekonani, iż pacjenci powinni mieć możliwość porozmawiania z duchownym co najmniej 4 razy w tygodniu (50,3%). Aż 98,8% z nich uważało, iż w hospicjum chory powinien mieć bez problemu zapewniony kontakt z osobą duchowną swojego wyznania [19].

Mickiewicz [20], w badaniu 103 losowo wybranych członków personelu hospicjum (grupa I) i 104 losowo wybranych przedstawicieli rodzin chorych hospitalizowanych w hospicjum (grupa II), wśród których wszyscy byli Katolikami, przedstawił, iż za najbardziej pożądane praktyki religijne w hospicjum pracownicy hospicjów uważali mszę świętą (74,8%) i modlitwę różańcową (42,7%). W dalszej kolejności: rozważania tekstów Pisma Świętego (25,2%), lekturę książek religijnych (19,4%) lub drogę krzyżową (7,8%). Członkowie rodzin chorych, także jako na najbardziej pożądane praktyki religijne wskazali mszę świętą (76,9%) oraz modlitwę różańcową (31,7%), rzadziej: rozważania tekstów Pisma Świętego (17,3%), drogę krzyżową (13,5%), lekturę książek religijnych (10,6%). W kategorii odpowiedzi „inne" 16.5% osób z grupy członków personelu hospicjum oraz 5.8% z grupy członków rodzin najczęściej wymieniali: spowiedź, sakramenty, modlitwy indywidualne oraz rozmowy z kapłanem [20]. Wsparcia duchowego w hospicjum, w opinii badanych z grupy I, powinien udzielać stały duchowny w opinii 78,6% oraz pielęgniarka (49,2%) lub lekarz (30,1%). Rzadziej wymieniano osoby po stracie kogoś bliskiego (21,4%) siostrę zakonną (16,5%), kleryków, świeckich członków ruchu religijnego (po 12,6%) lub świeckich szafarzy Eucharystii (5,8%). Badani z grupy II z reguły wymieniali: stałego duchownego (67,3%), pielęgniarkę (46,2%) lub lekarza (35,6%). Rzadziej: siostrę zakonną (19,2%), osoby po stracie kogoś bliskiego (16,3%), kleryków (11,5%), świeckich członków ruchu religijnego (8,7%) i świeckich szafarzy Eucharystii (6,7%). W kategorii odpowiedzi „inne, jakie", 5,8% badanych z tej grupy wskazało również rodzinę i osoby bliskie choremu, wolontariuszy, psychologa. Byli również i tacy, którzy uważali, iż wsparcia duchowego powinni udzielać choremu wszyscy pracujący w hospicjum. Problem z udzieleniem odpowiedzi miało po 1% osób z każdej grupy [20].

W innym badaniu, w którym Mickiewicz i wsp. [21] objęli oceną 183 pielęgniarki, które wyznawały religię katolicką, stwierdzono, że za najbardziej pożądaną praktykę religijną w hospicjum badane uważały mszę świętą (61,2%), modlitwę różańcową (37,2%), rozważania tekstów Pisma Świętego (31,1%) lub lekturę książek religijnych (21,9%). Rzadziej wymieniały drogę krzyżową (8,7%), a w kategorii odpowiedzi „inne" (8,7% badanych): spowiedź, sakramenty, modlitwy

indywidualne oraz rozmowy z kapłanem. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 6,6% badanych. Według ankietowanych w hospicjum wsparcia duchowego powinni udzielać: stały duchowny (80,9%) oraz pielęgniarka (49,2%). W dalszej kolejności wymieniano: lekarza (34,4%), siostrę zakonną (32,8%), osoby po stracie bliskiej osoby (21,3%), kleryków (18,6%), świeckich członków ruchu religijnego (9,8%) lub świeckich szafarzy Eucharystii (9,3%). Problem ze wskazaniem odpowiedniej osoby miał 1,1% badanych. Za osoby najbardziej potrzebujące wsparcia duchowego większość respondentów wskazała chorego (90,2%) oraz rodzinę (80,9%). Pozostali wymieniali personel hospicjum (33,9%), a 1,1% badanych stwierdził, że wsparcie duchowe powinno być udzielane wszystkim, którzy tego potrzebują [21].

Opieka duszpasterska nad chorymi pacjentami szpitali (Knychała [22]) ma umocowanie prawne, zawarte w ustawach okołokonkordatowych. Dyrektor danej placówki ma obowiązek zapewnić swoim pacjentom możliwość posługi religijnej. Mówiąc o posłudze religijnej nie mamy na myśli tylko wyznania katolickiego. Ustawa ta jest w znakomitej większości placówek realizowana, dyrektorzy szpitali zatrudniają kapelanów, organizują kaplice czy miejsca modlitwy. Duchowni zatrudnieni w szpitalach na umowę o pracę realizują swoje zadania według własnych inwencji i własnych pomysłów [22].

Chmiel i Górkiewicz [23] badaniem objęli 55 osób wyznania katolickiego w terminalnym okresie choroby nowotworowej, które udzieliły odpowiedzi na 35 pytań autorskiego kwestionariusza. Autorzy wykazali, iż każdy z badanych oczekiwał i doświadcza dotyku pielęgniarki. Spełnienie oczekiwań deklarowało 52 osoby (95%) na temat otrzymywania dotyku instrumentalnego, 51 osób (93%) – dotyku opiekuńczo-pielęgnacyjnego, 50 osób (91%) – dotyku komunikacyjnego, a 53 osoby (96%) – dotyku wspierającego [23]. Podobne dane uzyskano dla dotyku ze strony rodziny i lekarza. Wyłoniono dwa style dotyku wspierającego – przyjacielski i matczyny, i stwierdzono, iż tylko 19 osób (35%) akceptowało oba style dotyku wspierającego, 32 osoby (58%) akceptowały styl przyjacielski, nie akceptując stylu matczynego, 4 osoby (7%) odwrotnie. Autorzy uważają, iż uzyskane wyniki potwierdzają występowanie znacznych różnic indywidualnych preferencji na temat stylu i form działań wspierających. Ich zdaniem cechy demograficzne i kliniczne pacjenta, jego zachowania w trakcie doświadczania dotyku nie dają dostatecznie dobrych podstaw do wnioskowania o preferencjach [23].

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania, należy podkreślić istotę znajomości podstawowych prawd, które wyznają Katolicy, aby w sposób właściwy, z szacunkiem i poszanowaniem sprawować nad innymi opiekę medyczną. Jednakże nie należy ograniczać się w swojej postawie wyłącznie do religii katolickiej czy całego Chrześcijaństwa, ponieważ dotyczy to każdego człowieka bez względu na jego wiarę, poglądy czy pochodzenie, gdyż jak stwierdził podczas Audiencji generalnej 11 września 2002 roku św. Jan Paweł II: *Każdy człowiek ma prawo, by szanowane było jego życie i godność, które stanowią dobra nienaruszalne*.

Piśmiennictwo

1. Główny Urząd Statystyczny: Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2013, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2013.
2. Markwell H. J., Brown B. F., *Bioethics for clinicians: 27. Catholic bioethics*, CMAJ, 2001, 165, 189-192.
3. Pauls M., Hutchinson R. C., *Bioethics for clinicians: 28. Protestant bioethics*, CMAJ, 2002, 166, 339-343
4. Ogarek M., *Uwarunkowania religijne opieki zdrowotnej nad pacjentem wyznającym katolicyzm,* (w:) Majda A., Zalewska-Puchała J., Ogórek-Tęcza B., *Pielęgniarstwo transkulturowe*, PZWL, 2010, 32-43.
5. *Iura et bona. Deklaracja o eutanazji. Kongregacja Nauki Wiary, 1980,* (w:) *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. ks. K. Szczygieł, Wyd. Biblos, Tarnów 1998, 333-339.
6. Dobrowolska B., *Chrześcijaństwo,* (w:) Krajewska-Kułak E., Wrońska I. Kędziora-Kornatowska K. (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wyd. PZWL, Warszawa, 2010, 23-27.
7. *Kodeks Prawa Kanonicznego*, Wydawnictwo Palliotinum, Poznań 2008.
8. *Biblia Tysiąclecia*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 2000.
9. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallotinum, Poznań 2002.
10. http://twojdarzycia.pl/sample-page/, data pobrania 22.02.2015.
11. Królikowski J., Zimowski Z., *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, Biblos, Tarnów 1997.
12. *Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej: W Trosce o życie*, Biblos, Tarnów 1998.
13. Zawiła M., *Postawy wobec śmierci w środowisku lekarzy i ich religijne uwarunkowania,* (w:) Baniak J. (red.), *Katolicyzm polski na przełomie wieków. Teologiczny, instytucjonalny i wspólnotowy wymiar Kościoła*, Wyd. Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, *Studia i materiały*, t. 56, Poznań 2002, 185-197.

14. Kózka M., Śmierć *w różnych religiach świata,* (w:) Krajewska-Kułak E., Wrońska I., Kędziora-Kornatowskiej K. (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, PZWL, 2010, 60-68.
15. Pruszyński J., *Potrzeby i oczekiwania prawosławnych chrześcijan w czasie choroby i schyłkowego okresu życia*, „Gerontologia Polska", 2007, 4, 128-136.
16. *Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita"* (1999), 24-27 II 1999, dz. cyt.: 4.
17. Krakowiak Cz., *Sakrament namaszczenia chorych w praktyce pastoralnej Kościoła*, http://diecezja.waw.pl/medicina/kapelani/sakramentnamaszczenia.htm, data pobrania 19.01.2016.
18. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M., *Współczesne postawy wobec śmierci i umierania*, „Medycyna Paliatywna", 2013, 4, 163-170.
19. Krajewska-Kułak E., Van Damme-Ostapowicz K., Bielemuk A., Penar-Zadarko B., Rozwadowska E., Lewko J., Kowalewska B., Kondzior D., Kowalczuk K., Klimaszewska K., Terlikowski R., *Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2010, 18, 1, 1-10.
20. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Kędziora-Kornatowska K., Muszyńska-Rosłan K., *Hospice workers' and family of hospice patients' perception of hospice care*, „Progress in Health Sciences", 2011, 1, 106-112.
21. Mickiewicz I., Krajewska-Kułak E., Kędziora-Kornatowska K., Rosłan K., *Opinie zawodowo czynnych pielęgniarek na temat opieki paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna", 2011, 3, 151-162.
22. Knychała J., *Opieka religijna w szpitalu. Kapelan na dyżurze*, „Menadżer Zdrowia", 2006, 9, 74-76.
23. Chmiel I., Górkiewicz M., *Zakres akceptacji przez pacjentów matczynego i przyjacielskiego stylu wspierających zachowań pielęgniarki w opiece paliatywnej*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2010, 18, 399-405.
24. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/audiencje/ag_11092002.html, data pobrania 22.02.2015.

ks. mitrat mgr Jan Fiedorczuk, Irena Fiedorczuk, Justyna Fiedorczuk-Fidziukiewicz

PACJENT PRAWOSŁAWNY WOBEC ZAGADNIEŃ CHOROBY I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wstęp

Słowo „prawosławie" jest tłumaczeniem greckiego słowa *orthodoksia*, co znaczy: *ort ho* – prawdziwie, *dokso* – sławię, wierzę. Owo tłumaczenie ściśle oddaje charakter tego wyznania chrześcijańskiego – niezmiennego w dogmatycznym charakterze od czasów apostolskich, trwającego przy ustalonych prawdach wiary. Do połowy XI wieku większość Kościołów lokalnych należała do jednego Powszechnego Kościoła Chrystusowego. Jednakże wyraźne różnice i rozdźwięk między Wschodem i Zachodem zarysowały się już w IX wieku. Do ostatecznego rozłamu doszło w 1054 roku, kiedy papież przez swych legatów ostatecznie zażądał zwierzchnictwa nad całym Kościołem. Patriarchaty: Konstantynopolitański, Aleksandryjski, Antiocheński i Jerozolimski nie przyjęły zwierzchnictwa biskupa Rzymu i zachowały nadal w podejmowaniu ważnych decyzji kościelnych zasadę soborowości [1].

Prawdy wiary, przy których Kościół Prawosławny trwa wiernie do dziś, zostały sformułowane w czasie siedmiu Soborów Powszechnych (IV-VIII wiek) – Nicejskiego, Konstantynopolitańskiego, Efeskiego, Chalcedońskiego, Konstantynopolitańskiego II, Konstantynopolitańskiego III oraz Nicejskiego II. Wprowadzenie do Symbolu Wiary formuły *filioque* („I od Syna") było jednym z pierwszych i poważniejszych powodów podziału. Cerkiew prawosławna ponadto nie uznaje nauki o pierwszeństwie apostoła Piotra wśród innych apostołów, na czym zbudowano dogmat o prymacie papieża jako głowy Kościoła Powszechnego. Odrzucane są także ustalone w okresie po rozłamie Kościołów inne dogmaty Kościoła Zachodniego, w tym o niepokalanym poczęciu Najświętszej Marii Panny [2].

Kościół prawosławny uznaje siedem sakramentów, traktowanych jako widzialne znaki łaski Bożej. Są nimi: chrzest, bierzmowanie, spowiedź, Eucharystia, małżeństwo, kapłaństwo i sakrament chorych [1, 2, 3].

Eucharystia przyjmowana jest pod dwiema postaciami: Ciała i Krwi. Do Eucharystii używa się chleba kwaśnego (tzn. wyrośniętego). Dzieci od chwili chrztu i bierzmowania (sakramentów tych udziela się jednocześnie) przystępują do Eucharystii.

W Cerkwi Prawosławnej nie obowiązuje zasada celibatu kapłanów, chyba że decydują się na życie mnisze (zakonne). Biskupi są powoływani ze stanu zakonnego.

Prawosławni żegnają się nie całą dłonią, lecz trzema palcami, symbolizującymi Świętą Trójcę, natomiast dwa ostatnie palce symbolizują Chrystusa w dwóch naturach [1, 2, 3].

Prawosławie w Polsce

Chrześcijaństwo wschodnie jest obecne na ziemiach Polski od ponad tysiąca lat. W obrządku wschodnim były one chrystianizowane częściowo z Moraw, gdzie działali święci bracia Cyryl i Metody, a częściowo z Rusi Kijowskiej, która przyjęła chrześcijaństwo z Bizancjum.

W 1924 roku Cerkiew Prawosławna w Polsce uzyskała autokefalię, czyli kościelną samodzielność [4].

W Polsce mieszka około 500 tys. wyznawców prawosławia (na 38 mln ludności kraju), dane według rocznika statystycznego GUS. Największe skupisko około 300 tys. wiernych znajduje się na Białostocczyźnie. Cerkiew Prawosławna w Polsce składa się obecnie z 6 diecezji i Prawosławnego Ordynariatu Wojska Polskiego (łącznie 33 dekanaty i 232 parafie, około 400 cerkwi i kaplic) [4, 5].

Na czele Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego stoi Metropolita Warszawski i całej Polski. W 1998 roku na urząd ten został wybrany Arcybiskup Sawa, poprzednio Ordynariusz Diecezji Białostocko-Gdańskiej oraz Prawosławny Ordynariusz Wojska Polskiego. W skład Świętego Soboru Biskupów Prawosławnych oprócz Jego Eminencji Wielce Błogosławionego Sawy, Metropolity Warszawskiego i całej Polski, wchodzi obecnie 9 biskupów.

Polska Cerkiew posiada 10 monasterów, w tym 5 męskich (Supraśl, Jabłeczna, Ujkowice, Saki, Kostomłoty) i 5 żeńskich (Grabarka, Zwierki, Wojnowo, Turkowice, Zaleszany). Przebywa w nich łącznie około 80 mnichów i mniszek [4].

W Polsce działają prawosławne uczelnie: Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie (Wydział Teologii Prawosławnej), Prawosławne Seminarium Duchowne w Warszawie, Katedra Teologii Prawosławnej Uniwersytetu w Białymstoku, Szkoła Ikonograficzna w Bielsku Podlaskim, Szkoła Psalmistów i Dyrygentów Cerkiewnych w Hajnówce.

Cerkiew prowadzi aktywną działalność wśród młodzieży (od 1980 roku istnieje Bractwo Młodzieży Prawosławnej w Polsce), zajmuje się działalnością wydawniczą (istnieje Wydawnictwo Metropolii Warszawskiej), działalnością kulturalną (istnieją 4 diecezjalne centra kultury prawosławnej i 3 dekanalne instytuty kultury prawosławnej), działalnością charytatywną (od 1996 roku istnieje Prawosławny Ośrodek Miłosierdzia „Eleos", który prowadzi 7 domów opieki i 6 świetlic socjoterapeutycznych) [6].

W polskich szkołach od 1991 roku prowadzi się zajęcia z przedmiotu religia prawosławna. Od 2007 roku w Białymstoku funkcjonuje Prawosławny Zespół Szkół pw. św. Cyryla i Metodego. Od 2002 roku w Białymstoku działa prawosławne Radio Orthodoxia. Od 1999 roku w Telewizji Białystok nadawany jest cotygodniowy prawosławny program *U źródeł wiary*, a w Radiu Białystok dwie cotygodniowe audycje: *Duchowe spotkania* i *Przed wyjściem do cerkwi*. Znanym czasopismem prawosławnym jest miesięcznik „Przegląd Prawosławny", a najbardziej znanym portalem prawosławnym jest strona Cerkiew.pl. Organizowanych jest wiele festiwali muzyki cerkiewnej i przeglądów kolęd prawosławnych.

Na terenie Polski językiem liturgicznym jest język cerkiewnosłowiański, aczkolwiek istnieją parafie gdzie nabożeństwa odprawiane są w języku polskim – np. Katedra Św. Mikołaja Cudotwórcy w Białymstoku, Cerkiew Św. Ducha w Białymstoku, Cerkiew we Wrocławiu [2, 5].

Wiara a zagadnienie choroby i poszukiwanie zdrowia

W Prawosławiu silnie podkreśla się, iż podstawą stosunku do osób chorych i cierpiących powinien być fragment zapisany w Ewangelii św. Mateusza (25, 31-46): *Pan oceni nas za stosunek wobec bliźnich*. Pomoc i posługa chorym traktowane są w Prawosławiu jako część drogi ku zbawieniu. Dopuszczalna jest pomoc medyczna wykorzystująca wszystkie metody znane nauce. Wyjątkiem jest sytuacja, w której pomoc choremu ma się odbywać kosztem innej osoby. Warto więc zwrócić uwagę, że główną dominantą w Prawosławiu staje się przykazanie miłości bliźniego – we wszystkich działaniach medycznych warto szczególnie je podkreślić [3, 4].

Znaczenie modlitwy w czasie choroby

Podczas choroby, zarówno duszy, jak i ciała, Cerkiew odsyła i zachęca do modlitwy, stąd niezwykle ważny jest np. podczas hospitalizacji dostęp do kaplicy szpitalnej bądź też możliwość posiadania przy łóżku chorego ikonki, wody święconej, artosa (chleb poświęcony na Wielkanoc) lub prosfory. Prosfora w Kościele Prawosławnym to mała przaśna bułeczka używana do komunii świętej [4].

W Prawosławiu istnieje silna tradycja modlitwy „O/za zdrowie". Poza modlitwami indywidualnymi, domowymi sprawowane są także specjalne modlitwy w świątyniach. Modlitwa taka to wspominanie chorego podczas liturgii eucharystycznej i Moleben (nabożeństwo po świętej liturgii). Moleben to rodzaj modlitwy w intencji konkretnej osoby.

Cerkiew naucza, iż droga modlitwy to przede wszystkim droga uzdrawiania – zarówno duszy, jak i ciała [5]. Stąd podczas choroby szczególnie istotne staje się świadome przystępowanie do sakramentów – spowiedzi i Eucharystii.

Sakrament Pokuty i Eucharystii jako odnajdywanie zdrowia duszy i ciała

Prawosławne dzieci otrzymują komunię świętą od niemowlęctwa. Gdy stają się wystarczająco dojrzałe, aby odróżnić dobro od zła, i zaczynają rozumieć, czym jest grzech (prawdopodobnie w wieku ok. 6 lub 7 lat), przystępują do jeszcze jednego sakramentu, jakim jest pokajanie, pokuta lub spowiedź (gr. *metanoia* lub *exomologisis*; cs. *Pokajanie* lub *ispowiedanije*). Spowiedź w czasie choroby działa jak zabieg mający na celu uzdrowienie duszy, bowiem kapłan udziela nie tylko rozgrzeszenia, ale również duchowej porady. Przez to, że wszelki grzech jest grzechem nie tylko wobec Boga, ale także wobec bliźnich i wobec wspólnoty, spowiedź i dyscyplina pokutna w Kościele pierwszych wieków były sprawowane przed całym zgromadzeniem, ale z czasem zarówno we wschodnim, jak i zachodnim Chrześcijaństwie spowiedź przyjęła formę prywatnej „narady" jedynie pomiędzy duchownym i spowiadającym się [8].

Spowiedź, w cerkiewno-słowiańskim pokajanie, a po grecku metanoia, to przede wszystkim zmiana swego życia (*metanoia* – zmienić zdanie). Spowiedź nie może być tylko żalem za przeszłość, musi być połączona z gruntowną zmianą naszego światopoglądu, ma więc wiele cech terapii. Św. Jan Klimak mówi, iż *Pokajanie jest córką nadziei i odrzuceniem rozpaczy*, a więc jest formą zmiany własnego

spojrzenia na siebie, innych i otaczający świat. Wiek i doświadczenie życiowe samego duchownego nie ma znaczenia w momencie udzielania przez niego sakramentu, ponieważ nie on sam tego dokonuje, a tylko w jedności i dzięki łasce Ducha Świętego, poprzez to rada duchowa, pouczenie w czasie spowiedzi udzielane jest pod natchnieniem Ducha Świętego, i nie będzie mniej pełne od pouczeń starszych duchownych. Takie pouczenie jest jednocześnie zadaniem, z którym odchodzi człowiek i w swej wolnej woli próbuje wcielać w życie, dokonując przemiany swej duszy. Spowiedź ma niezwykle silną siłę sprawczą, zarówno w sytuacji chorób duchowych, jak i fizycznych [8, 9].

Jeśli dana osoba przystępuje do Świętej Komunii rzadko – np. 3 lub 4 razy do roku – oczekuje się spowiedzi przed każdym przystąpieniem do tego sakramentu, jednak wśród praktykujących częste przystępowania do Komunii, kapłan nie wymaga, aby za każdym razem poprzedzała ją spowiedź. Komunię chorzy mogą przyjmować nawet kilkakrotnie podczas jednej choroby. Komunia chorych nie różni się niczym od Komunii zdrowych. Różnica polega jedynie na tym, że chory ze względu na swój stan zdrowia jest częściowo zwolniony z przygotowania do sakramentu. Należy pamiętać, że osoby prawosławne przyjmują Komunię pod postacią chleba i wina. Komunia to dzielenie jednego chleba, symbolu jednego ciała, według słów apostola Pawła w liście do Koryntian: *Z jednego Chleba, z jednego Ciała jesteśmy wszyscy (nas jest wielu), przyjmujemy komunię z jednego Chleba*, natomiast wino komunijne jest symbolem męki Chrystusowej, w czasie której przebito jego bok, z którego pociekła wówczas krew i woda. W prawosławiu wino komunijne miesza się więc z wodą [8, 9].

Sakrament namaszczenia chorych

Chorym przebywającym na hospitalizacji w szpitalu udziela się sakramentu namaszczenia chorych świętym olejem (sakrament chorych, *soborowanije*). Sakramentu namaszczenia udziela się zgodnie ze słowami: *Choruje ktoś pośród was? Niech wzywa prezbiterów Kościoła i niech się modlą nad nim, namaszczając go olejem w imię Pana! A modlitwa wiary zbawi dotkniętego słabością i Pan mu ulży, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone*. Dzięki poświęconym olejom, którymi namaszcza się części ciała w imię Ducha Świętego, wierny otrzymuje w ten sposób dary Ducha Świętego, potrzebne mu do wzrastania i umacniania w życiu duchowym. W trakcie samego aktu namaszczania chorego w modlitwie przywołuje się Łaskę Bożą (*blagodat*), która leczy duchową i cielesną niemoc. Ten święty obrzęd

pochodzi od apostołów, którzy dostali moc uzdrawiania od samego Chrystusa. *Wielu chorych namaszczano i zostali ozdrowieni*. Akt namaszczania jest celebrowany na prośbę chorego bądź rodziny. Sakrament ten jest prośbą o uzdrowienie ciała i duszy i polega na siedmiokrotnym namaszczeniu ciała chorego świętym olejem (wymieszanym z winem) podczas czytania fragmentów Listów Apostolskich, siedem Ewangelii i siedem modlitw. Są to wybrane fragmenty dotyczące chorych i ich uzdrawiania; siedem modlitw odmawia się tylko w intencji chorych, są one zarezerwowane „do uzdrawiania". W celu udzielenia powyższych sakramentów do chorego wzywa się duchownego [4, 5].

Cierpi kto wśród was? Niech się modli. Weseli się kto? Niech śpiewa psalmy. Choruje ktoś pośród was? Niech wzywa prezbiterów Kościoła i niech się modlą nad nim, namaszczając go olejem w imię Pana! A modlitwa wiary zbawi dotkniętego słabością i Pan mu ulży, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone (Jkb 5,13-16). Znaczenie tych słów jest przejrzyste: uzdrowienie jest częścią misji apostolskiego Kościoła. Wyraźnie świadczą o tym teksty ewangeliczne, które ukazują posługę Chrystusa jako wypełnienie proroctwa: *Ślepi odzyskują wzrok, chromi chodzą, trędowaci zostają oczyszczeni a głusi słyszą, umarli są wskrzeszani, a ubogim zwiastowana jest ewangelia* (Mt 11,2-5; Iz 35,5-6). Dokonując tych znaków, Jezus ogłasza nadejście Królestwa, wskazuje na to, jak ono wygląda i w rzeczywistości zapoczątkowuje to Królestwo. Celem tych wszystkich uzdrowień dokonywanych przez Jezusa nie było wywoływanie obawy i strachu, lecz wskazanie na obecność Boga, zapoczątkowanie Królestwa. Z czasem Jezus polecił swym uczniom rozejść się i robić to samo. Oni również mieli uzdrawiać i głosić Królestwo [10].

W części szpitali są to kapelani szpitalni. Jeśli ich nie ma, powiadamia się najbliższą parafię.

Prawosławne podejście do sytuacji śmierci pacjenta

W przypadku śmierci chorego jego rodzina dostarcza rzeczy potrzebne do pogrzebu: ikonkę wkładaną w ręce zmarłego, krzyżyk na szyję itp. Przed pogrzebem ciało zmarłego jest myte i odświętnie ubierane. Czynności te wykonują bliscy zmarłego lub też zleca się je firmie pogrzebowej.

Tradycja prawosławna wytworzyła aż pięć obrządków grzebania zmarłych: odrębne dla osób świeckich, dzieci, duchownych, zakonników i wszystkich wiernych zmarłych w Oktawie Wielkanocnej [11, 12].

Cerkiew, co warto podkreślić, zabrania kremacji ciała, która jest sprzeczna z wiarą w życie po śmierci. Dlatego też ciało osoby świeckiej jest przed pogrzebem myte, ubierane w nową odzież i nakrywane sawanem, czyli białym, lnianym płótnem będącym znakiem przynależności zmarłego do cerkwi prawosławnej. Po śmierci osoba zmarła przez dwa dni spoczywa w trumnie, żałobnicy zaś modlą się o przejście duszy do nowego świata. W trzecim dniu odprawiany jest pogrzeb. Na początku kapłan sprawuje nabożeństwo zwane litią, podczas którego wyprasza spokój duszy dla zmarłego. Dopiero po okadzeniu ciała przenosi się je do cerkwi, gdzie odbywa się liturgia pogrzebowa. Po ostatnim pożegnaniu trumna zostaje zamknięta i złożona do grobu. Obrzędy pogrzebowe dzieci są nieco inne. Mowa tutaj o dzieciach do lat siedmiu, czyli takich, które nie odbyły jeszcze pierwszej spowiedzi, a więc w chwili śmierci nie potrafiły w pełni odróżnić dobra od zła, a zarazem przyjęły już sakrament chrztu, który oczyścił je z grzechu pierworodnego. W trakcie pogrzebu uczestnicy skupiają się zatem na niewinności dziecka, a nie na błaganiu o zbawienie jego duszy.

Pogrzeb jest najważniejszym obrzędem żałobnym, jednak za zmarłych sprawuje się również specjalne nabożeństwa – panichidę. Pochodzące z języka greckiego słowo „panichida" oznacza całonocne czuwanie. Wierni przynoszą koliwo, czyli gotowaną pszenicę lub ryż z miodem. Posiłek ten spożywa się po zakończeniu nabożeństwa na znak jedności żywych i umarłych [11, 12].

Prawosławie wobec antykoncepcji

W chwili obecnej Cerkiew Prawosławna z rozwagą podchodzi do różnych metod antykoncepcyjnych oraz planowania rodziny. Wielu teologów oraz ojców duchownych stoi na stanowisku, że stosowanie środków antykoncepcyjnych z rozwagą nie jest grzechem. Fakt ten świadczy o tym, że Kościół Prawosławny stara się nadążyć za wymogami współczesnego świata i dostrzegać potrzeby człowieka oraz coraz głośniej akcentuje, że o liczebności potomstwa i czasie, w którym przychodzi ono na świat powinni decydować tylko i wyłącznie rodzice. Wynika to z innego rozumienia celu małżeństwa niż w Katolicyzmie – w Prawosławiu nadrzędnym celem małżeństwa jest miłość i duchowa wspólnota obojga małżonków, natomiast życie seksualne i prokreacja są drugorzędne. I właśnie z tych również powodów wyznawcy nie są ograniczani żadnymi zakazami i nakazami dotyczącymi życia seksualnego, w tym także wyboru środków antykoncepcyjnych czy metod regulacji płodności [13].

Prawosławie wobec *in vitro*

W kwestii *in vitro* Kościół Prawosławny swoje stanowisko opiera na Objawieniu Bożym i naturze osoby ludzkiej. W świecie zdominowanym przez mentalność naukowo-techniczną i empiryczno-eksperymentalną, który staje się niewrażliwy na tajemnicę człowieka, koniecznym jest, aby jasno, zdecydowanie i konsekwentnie dawać świadectwo prawdziwemu wymiarowi życia człowieka. Każdy z nas zaistniał dzięki stwórczej miłości Boga i od momentu poczęcia powołany jest do wieczystej komunii z Bogiem. Według nauki Kościoła Prawosławnego życie rozpoczyna się w momencie poczęcia i jest aktem bogoludzkim. Składa się bowiem z działania Boga i prokreacyjnego aktu rodziców. W ten sposób samo rodzicielstwo znajduje się na płaszczyźnie sakramentalnej, a jego najgłębsza prawda polega właśnie na objawianiu samej Miłości Boga. Ludzkie rodzicielstwo nie wyraża się wyłącznie w działaniach, które miałyby charakter fizyczno-przyczynowy, biologiczny czy bio-technologiczny. Nie daje to również podstaw do jakichkolwiek roszczeń, dających się rozumieć jako „prawo do posiadania dziecka", czy też w ogóle „prawo do człowieka". Życie przekazywane przez rodziców ma swe źródło w Bogu. Świadectwo tego można znaleźć na wielu stronicach Pisma Świętego, gdzie ze czcią i miłością mówi się o poczęciu, o kształtowaniu się życia w łonie matki, narodzinach i o ścisłej więzi, jaka zachodzi między pierwszą chwilą istnienia a działaniem Boga Stwórcy. Uznając życie ludzkie od samego początku za święte i nienaruszalne, należy tym samym uznać, że metody sztucznej prokreacji są sprzeczne z tymi zasadami [13, 14]. Według Kościoła Prawosławnego dopuszczalność zapłodnień *in vitro* przeciwstawia się integralnej koncepcji natury i osoby ludzkiej stworzonej przez Boga, skłania do uprzedmiotowienia człowieka, ma destrukcyjny wpływ na pojmowanie miłości mężczyzny i kobiety w wymiarze duchowym, moralnym, fizycznym i psychicznym, wypacza sens ludzkiej płciowości i seksualności. Z punktu widzenia prawosławnej teologii moralnej nie do pomyślenia jest traktowanie zapłodnień pozaustrojowych *in vitro* jako formy leczenia niepłodności. W Prawosławiu zachęca się te pary do wspólnej modlitwy, mogącej przynieść łaskę.

Prawosławie wobec aborcji

W twierdzeniach o poczęciu człowieka stanowisko Kościoła Prawosławnego jest jasno określone. W Psalmie 138-9 zapisano: *Bo ty stworzyłeś nerki moje, ukształtowałeś mnie w łonie matki mojej. Wysławiam cię za to, że cudownie mnie*

stworzyłeś [14]. Płód jest pod ochroną szczególną, postrzegany za dzieło boskie, któremu należy się szacunek, w związku z tym posiada godność i nie należy do swoich rodziców, ale do Boga. Każdy zatem, kto przyczynia się do aborcji w jakikolwiek sposób, niszczy dzieło boskie i sprzeciwia się jego woli. W Apokalipsie Piotra znajdujemy przejmujący obraz kary dla kobiet, które dopuściły się aborcji: *A w jeziorze tym siedziały niewiasty, a krew sięgała po gardła ich. A naprzeciwko nich siedziało wiele dzieci zrodzonych przed czasem i płakało. I padały od nich błyskawice ognia, i biły w oczy niewiast. To były te, co poza małżeństwem począwszy, spędziły swój płód* [15]. Prawo kanoniczne Kościoła Prawosławnego utożsamia aborcję z morderstwem i tak samo żąda za ten czyn surowej kary ekskomuniki [13, 14].

Prawosławie wobec sytuacji ciąży i położnicy

W myśl zasad panujących w Kościele Prawosławnym, jego ojcowie duchowni zachęcają ciężarne do przyjmowania jak najczęściej sakramentów świętych pod postacią Komunii świętej i świętych darów. To za ich przyczyną dziecko przychodzi na świat z Bogiem i jego miłością. Poza tym nie ma szczególnych nakazów, które dotyczyłyby kobiet w ciąży. Jeśli jednak przebieg ciąży byłby patologiczny, Kościół pozwala na wszystkie zabiegi, które mogłyby się przyczynić do uratowania życia i zdrowia matki i dziecka. Jeśli rodząca chce odbyć poród w domu, towarzyszą temu inne kobiety, najczęściej z rodziny [14].

Prawosławie wobec transplantologii

Prawosławie musiało także opowiedzieć się względem współczesnych problemów medycznych, będących przecież problemami ogólnoludzkimi. W kwestii transplantologii wyznawcy Prawosławia hołdują zasadzie odpowiedzialności za dar życia, popierając dawstwo narządów, o ile jest aktem bezinteresownej miłości bliźniego i służy celom terapeutycznym. Stanowczo sprzeciwiają się przyspieszaniu śmierci dawcy dla przyspieszenia transplantacji w imię dobra biorcy, piętnując uznawanie czyjegoś życia za bardziej wartościowe [16].

Warto zwrócić uwagę, że kwestia transplantacji ludzkich organów (szczególnie serca) to pytanie o granicę życia i śmierci. W historii ludzkości, w historii

medycyny różnie wyznaczono moment, w którym człowieka uznawano za martwego. Ta granica jest przesuwana coraz dalej. Sama śmierć jest też przez naukę i medycynę różnie interpretowana. Cerkiew nie ma wypracowanego jednolitego dokumentu, zakazu lub nakazu odnośnie przeszczepów. Podchodzi do tej kwestii z ostrożnością, choćby ze względu na wspomnianą granicę życia i śmierci. Podsumowując, większość przeszczepów i transfuzji jest wyrazami miłości ze strony dawcy, należy jednak uważać, aby ta gałąź medycyny nie stała się targiem, przyczynkiem do eutanazji i handlu ludzkimi narządami [13, 16].

Prawosławie wobec eutanazji

Kościół Prawosławny jednoznacznie sprzeciwia się eutanazji. Eutanazją jest czynne spowodowanie śmierci człowieka chorego lub cierpiącego. Nie jest zaś eutanazją zaprzestanie działań, gdy choroba zbliża się ku śmierci i nie można temu zaradzić. Cerkiew za każdym razem modli się o spokojny i bezbolesny koniec doczesnego życia. Istnieje piękna modlitwa, w której zwracamy się prośbą do Zbawiciela o ulżenie w mękach okrutnie cierpiącego człowieka i przyjęcia jego duszy [16].

Chrześcijańska koncepcja życia ludzkiego oparta jest na fundamencie Objawienia, zawartego w Piśmie Świętym i wielowiekowej Tradycji, zakłada bezwzględny szacunek dla każdego życia ludzkiego, niezależnie od stadium jego rozwoju, a zatem od poczęcia do naturalnej śmierci [17].

Ikonografia w sytuacji choroby

Prawosławie ściśle wiąże się z ikonografią i w sytuacji choroby bardzo często Chrześcijanie zwracają się z prośbami ku Matce Boskiej. Szczególnym jej wizerunkiem jest ikona Matki Bożej „Uzdrowicielka". Należy ona do najstarszych ikon Bogarodzicy. Została napisana w IV wieku, w czasach działalności misyjnej oświecicielki Gruzji – św. Niny. Przedstawia ona stojącą w światłości Matkę Bożą, przed którą znajduje się leżący na łożu chory człowiek. Święto Ikony Matki Bożej „Uzdrowicielka" obchodzone jest 18 września/1 października [1, 4].

W Prawosławiu patronem lekarzy i jednym z wielu wielkich uzdrowicieli jest święty Męczennik Pantelejmon. Pochodził z Nikomedii, z Azji Mniejszej i żył w czasach cesarza Maksymiliana (286-305). Otrzymał staranne wykształcenie medyczne i jako lekarz służył przy dworze cesarskim. Dzięki kapłanowi Ermołajowi Pantaleon przybliżył się do Chrześcijaństwa i przyjął Święty Chrzest. Bóg obdarzył Pantelejmona darem uzdrawiania poprzez modlitwę. Czynił to bez żadnej korzyści, prosząc jedynie uzdrowionych, by uwierzyli w Chrystusa. Z życia świętego znanych jest wiele cudownych uzdrowień. Jednym z największych jest to, kiedy przywołując imię Chrystusa, wskrzesił martwego młodzieńca, ukąszonego śmiertelnie przez żmiję. Innym cudem było uzdrowienie ślepca, który następnie doniósł o tym cesarzowi. Przed imperatorem zeznawał, że Pantelejmon uzdrowił go przy pomocy imienia Chrystusa. Cesarz skazał świętego Pantelejmona na śmierć. Wydany na męki święty mężnie znosił tortury, nie wypierając się ani na chwilę Chrystusa. Święty dobrowolnie przyjął wieniec męczeństwa [1, 4].

Specyfika podejścia do opieki nad prawosławnym pacjentem

Niejednokrotnie osoby innych wyznań mają dylemat w kwestii zwracania się do prawosławnego duchownego. Właściwe zwroty to „batiuszka" bądź „ksiądz". Absolutnie niedopuszczalne jest określanie prawosławnego duchownego mianem „pop" – jest to określenie pogardliwe, podobne w swoim wydźwięku do słowa „klecha", ani tym bardziej zwracanie się do niego w ten sposób.

Prawosławie jest religią miłości – danej od Boga, kultywowanej poprzez relację z bliźnimi. Choroba jawi się jako zakłócenie tej relacji. Nie może więc być ujmowana jedynie organicznie. Współczesna medycyna nie dysponuje lekarstwami gwarantującymi uzdrowienie całego człowieka – we wszystkich jego sferach. Sfery duchowej w człowieku nie leczą żadne środki farmakologiczne. Świadomość ograniczeń tradycyjnej medycyny, a może i intuicyjne odczucie, że metody leczenia ograniczające się do oddziaływania na płaszczyznę fizyczną bądź psychiczno-fizyczną, nie są ani wystarczające, ani skuteczne, każą człowiekowi poszukiwać pomocy gdzie indziej. Prawosławny wierzący Chrześcijanin poszukuje owej pomocy w Cerkwi, w modlitwie, w świętych sakramentach i jego oczekiwaniem jest respektowanie tej drogi jako wspomagającej i współtowarzyszącej innym działaniom medycznym.

Podsumowanie

W kontekście nakreślonych powyżej zagadnień wiary, prawosławny wierzący chrześcijanin oczekuje w procesie leczenie holistycznego podejścia do niego jako człowieka składającego się zarówno z duszy, jak i ciała. Niezwykle istotne staje się pytanie ze strony lekarza o duchowe przygotowanie do zabiegu, operacji czy innych procesów medycznych. W przypadku długotrwałej choroby warto zwrócić uwagę na wsparcie, jakie może płynąć ze strony wiary. Bezcenne w postawie lekarza i innego personelu medycznego byłoby zauważalne respektowanie modlitwy – szanowanie znaku krzyża, ikony, niezależnie od własnych poglądów. Człowiek to istota w pełni niezbadana, lekarz może stać się narzędziem w rękach Boga, jednakże w tej relacji i w tym procesie walczy ze sobą *sacrum*, rozumiane jako świętość i *profanum*, składające się z ludzkiej pychy.

Prawosławny pacjent jest pacjentem wrażliwym, bo wierzącym, z otwartym sercem, które poszukuje rozwiązania. Jest też pacjentem pokornym, skupionym na modlitwie. Nie istnieją żadne szczególne religijne oczekiwania w kwestii warunków szpitalnych, warunków leczenia, opieki zdrowotnej – poza możliwością kultywowania własnego wyznania bez szyderstw, napiętnowania. Personel sprawujący opiekę nad człowiekiem chorym niejednokrotnie sam silnie potrzebuje i szuka wsparcia w modlitwie. Z tego też względu w środowisku osób chorych i pomagających im powinno panować obustronne zrozumienie, empatia.

Piśmiennictwo

1. Bułgakow S., *Prawosławie. Zarys nauki Kościoła prawosławnego*, Białystok – Warszawa 1992.
2. Leśniewski K., Leśniewska J., *Prawosławie. Światło wiary i zdrój doświadczenia*, Prawosławna Diecezja Lubelsko-Chełmska, Lublin 1999.
3. Przybył E., *Prawosławie*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2006, 10-12, 126-128.
4. Evdokimov P., *Prawosławie*, PAX, Warszawa 1986.
5. „Arche – Wiadomości Bractwa", 1997, 2.
6. „Arche – Wiadomości Bractwa", 1998, 3-4.
7. Osipow A., *Modlitwa prawdziwa modlitwa fałszywa*, „Przegląd Prawosławny", 2004, 5.
8. Іерей Роман Боднарюк, Повернення до Бога: Таїнства Покаяння і Причастя, Ivano – Frankiwsk 1994,13. (tłum. autora).
9. Ware K., *Królestwo Wnętrza*, Lublin 2003, 87.
10. Ware K., *Prawosławie*, Warszawa 2002.

11. Hryniewicz W., *Nadzieja powszechnego zbawienia. Rozważania nad tradycją wschodnią*, (w:) J. Majewski (red.), *Puste piekło? Spór wokół ks. Wacława Hryniewicza nadziei zbawienia dla wszystkich*, Warszawa 2000, 11-12.
12. *Bóg żywy. Katechizm Kościoła Prawosławnego*, IX, 458
13. *Prawosławie i bioetyka – wywiad z o. Arturem Aleksiejukiem*, http://www.old. cerkiew.pl/uczelnie/text.php?id=311, data pobrania 12.02.2015.
14. Olszewska J., *Ciąża i poród w religiach świata*, „Problemy Pielęgniarstwa", 2013, 21, 534-541.
15. Roberson R. G., *Chrześcijańskie Kościoły Wschodnie*, Bydgoszcz 1998.
16. Szczur J., *Cerkiew wobec transplantacji*, „Istocznik" 2001, 4, 20.
17. Galewicz W., *Wokół śmierci i umierania*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2009.

Jerzy Sojka, ks. Adrian Korczago

PACJENT PROTESTANT WOBEC ZAGADNIEŃ CHOROBY I OCHRONY ZDROWIA

Teologiczne podstawy protestanckiej etyki

Kościoły protestanckie są zgodne co do tego, że zbawienie człowieka jest darem, który otrzymuje on jedynie z łaski Boga, dzięki ofierze Jezusa Chrystusa, który na krzyżu zadośćuczynił grzechowi człowieka (*solus Christus* – jedynie Chrystus). Zbawienie to jest przyjmowane przez człowieka przez wiarę (*sola gratia per fidem* – jedynie z łaski przez wiarę). W protestanckiej perspektywie etyczne postępowanie – dobre uczynki – nie są zatem podstawą zbawienia. Ma ono jednak swoją wartość jako owoc wiary, a więc jest jej praktycznym wyrazem w życiu człowieka. Wierzący człowiek powinien postępować etycznie jako dowód wdzięczności Bogu za otrzymane zbawienie, wyraz posłuszeństwa woli Boga. Stanowi to także element procesu uświęcenia, w którym człowiek poddaje się leczeniu ze swojej grzeszności, która przejawia się w konkretnych grzesznych czynach, i coraz bardziej zaczyna w swoim życiu realizować wolę Bożą. Uświęcenie w życiu Chrześcijanina jest dziełem trzeciej osoby Trójcy Świętej – Ducha Świętego.

Szukając wskazówek na temat etycznego postępowania Protestanci w pierwszej kolejności odwołują się do Pisma Świętego jako podstawowego i nadrzędnego źródła wiary i rozstrzygnięć na temat sposobu prowadzenia życia chrześcijańskiego (zasada: *sola Scriptura* – jedynie Pismo Święte). Szczególne miejsce w tych odwołaniach mają m. in. Prawo Boże streszczone w dziesięciu przykazaniach, ewangeliczne wskazania Jezusa Chrystusa (w tym szczególnie nakaz miłości bliźniego), a także etyczne nauczanie listów nowotestamentowych. Pomocne w rozstrzygnięciach są także wyznania/zasady wiary poszczególnych Kościołów, które niejednokrotnie wskazują na zasadnicze pryncypia etycznego działania lub też ze względu na okoliczności

historyczne w jakich powstawały uwzględniają pewne określone treści etyczne (zwykle dotyczące kwestii małżeństwa czy stosunku do władzy świeckiej).

W Protestantyzmie silny jest rys indywidualny. Zbawienie przyjmowane jest w wierze przez konkretnego człowieka. By kontaktować się z Bogiem nie potrzebuje on pośrednictwa specjalnej grupy – kapłanów, ale może robić to bezpośrednio przez Jezusa Chrystusa (powszechne kapłaństwo wszystkich wierzących). Także za decyzje etyczne odpowiedzialny jest indywidualny wierzący, co czyni etykę protestancką etyką odpowiedzialności.

Specyfika protestanckiego dyskursu etycznego

Decyduje o niej:

1. indywidualna odpowiedzialność;
2. praktyka wypracowywania rozstrzygnięć dotyczących wiary i moralności w odniesieniu do Pisma Świętego, co powoduje konieczność stałego dialogu (z udziałem nie tylko duchownych, ale i świeckich) na temat zastosowania wywiedzionych z niego zasad w praktyce życiowej;
3. pluralizm zarówno wyznań i tradycji protestanckich, jak również ich wewnętrzne podziały organizacyjne oraz mnogość wewnętrznych sposobów zarządzania.

Mowa jest o dyskursie etycznym, gdyż na gruncie Protestantyzmu nie sposób mówić o jednorodnej hierarchii instytucji bądź osób, które mocą przyznanego im autorytetu w sposób wiążący dla wszystkich Protestantów rozstrzygają problemy natury etycznej.

Odpowiedź na pytanie, co dana osoba wyznania protestanckiego uważa odnośnie konkretnych problemów etycznych, jest ostatecznie jej indywidualnym wyborem i sposobem realizacji jej własnej chrześcijańskiej wolności połączonej z odpowiedzialnością za siebie i bliźnich w oparciu o źródło zasad życia chrześcijańskiego, jakim jest Pismo Święte. Nie oznacza to jednak zupełnej dowolności w decyzjach. Punktem odniesienia dla ich podejmowania są różne głosy pojawiające się w protestanckim dyskursie etycznym na forum danej tradycji wyznaniowej, konkretnej organizacji kościelnej czy konkretnego zboru. Wśród takich głosów i drogowskazów dla etycznych decyzji znajdują się obok indywidualnego czy grupowego studium Pisma Świętego:

1. opinie duchownych danego Kościoła;
2. opinie współczesnych teologów;

3. wypowiedzi osób cieszących się autorytetem w danym środowisku wyznaniowym;
4. poglądy znaczących postaci w historii Kościoła;
5. wyznania wiary danego Kościoła;
6. oświadczenia i stanowiska etyczne odpowiednich organów kościelnych;
7. oświadczenia i stanowiska etyczne organizacji międzynarodowych (zrzeszających Kościoły danego wyznania czy też mających charakter ekumeniczny).

Głosy te niejednokrotnie uzupełniane są odwołaniami do wiedzy fachowej osób, które są w stanie przedstawić, jak faktycznie wygląda np. będąca przedmiotem kontrowersji procedura medyczna. Poniższe rozważania szczegółowe będą starały się uwzględnić te z powyższych typów wypowiedzi w danym temacie, które są reprezentatywne dla poszczególnych środowisk protestanckich w Polsce. W prezentacji poszczególnych stanowisk zastosowany będzie następujący zestaw skrótów nazw wybranych Kościołów protestanckich w Polsce: KEA – Kościół Ewangelicko-Augsburski (Luterański); KZ – Kościół Zielonoświątkowy; KADS – Kościół Adwentystów Dnia Siódmego; KChB – Kościół Chrześcijan Baptystów; KEM – Kościół Ewangelicko-Metodystyczny; KER – Kościół Ewangelicko-Reformowany oraz protestanckich organizacji międzynarodowych: WKEE – Wspólnota Kościołów Ewangelickich w Europie zrzeszająca Kościoły tradycji luterańskiej, reformowanej, unijnej, metodystycznej, a także Kościoły waldensów oraz braci czeskich. W tym miejscu należy także wyjaśnić , że część z wymienionych Kościołów (KZ, KChB, a także np. Kościół Ewangelicznych Chrześcijan, Kościół Chrystusowy w RP) należy do nurtu tzw. pobożności ewangelikalnej. Jest to nurt pobożności protestanckiej, kładący nacisk na osobiste nawrócenie jako podstawowe doświadczenie chrześcijańskie, podkreślający rolę Biblii jako podstawowej normy wiary oraz widzący w niewielkich lokalnych grupach nawróconych Chrześcijan podstawowy przejaw Kościoła [5].

Teologiczne podstawy protestanckich rozstrzygnięć bioetycznych

W protestanckiej refleksji na temat etyki życia – bioetyki – stałym punktem odniesienia jest wskazanie na wiarę w Boga jako Stwórcę i Dawcę życia. Życie jako dar pochodzi od Niego, On też jest jedynym, który może je odebrać (por. Genesis 1-2).

Godność życia ludzkiego nie jest wynikiem jakiś szczególnych przymiotów jednostki, ale Bożego uznania każdego człowieka, które swój wyraz znalazło w stworzeniu człowieka na Boży obraz i podobieństwo oraz zapewnieniu mu wszystkiego co do życia jest potrzebne (Bóg jako Stwórca, który ciągle działa na

rzecz zachowania swojego stworzenia). Na tej podstawie formułowany jest wniosek o równej godności wszystkich ludzi przez cały czas trwania ich życia, a także równości przysługującej mu ochrony. Ta równość godności znajduje swoje potwierdzenie w zbawczej ofercie Boga kierowanej do wszystkich bez wyjątku.

Od strony stosunków międzyludzkich istotne znaczenie ma także przykazanie „Nie zabijaj", które stoi na straży ludzkiego życia. Jest ono niejednokrotnie interpretowane nie tylko jako zakaz odbierania życia, ale również jako nakaz troski o zapewnienie bliźniemu tego, co do życia jest mu potrzebne.

Zdrowie

Kościoły protestanckie w swoich wypowiedziach w większości nie zajmują się szczegółowo kwestiami zdrowia. Zwykle zalecenia dotyczące dbania o stan własnego zdrowia są uargumentowane tym, że życie i zdrowie są Bożym darem ofiarowanym człowiekowi, o który powinien on dbać. Niekiedy jako uzasadnienie występuje także pozytywna wykładnia zakazu z przykazania „Nie zabijaj", która nie tylko wzywa do troski o życie bliźniego, ale również swoje własne.

Wątek prozdrowotny mają także oparte o przykazanie święcenia dnia świętego, zachęty bądź nakazy poświęcenia tego dnia nie tylko na udział w nabożeństwach, ale także na odpoczynek od pracy. Kościoły protestanckie za dzień święty uznają niedzielę. Wyjątkiem jest KADS, który świętuje sobotę.

Jeśli chodzi o osiągnięcia medycyny, Kościoły protestanckie zwykle odnoszą się do nich pozytywnie, wskazując jednak na sfery, które z perspektywy bioetyki protestanckiej uznaje się za kontrowersyjne. W takich przypadkach zwykle podejmowane są wysiłki, by w bliższy sposób nazwać problem i związane z nim niebezpieczeństwa oraz określić własne stanowisko – przykłady takich kwestii zostaną omówione niżej.

Niektóre Kościoły, znane ze swojego zaangażowania społecznego, które stanowi istotną część ich tożsamości, zajmują się bardziej szczegółowymi kwestiami zdrowotnymi. KEM wzywa do powstrzymywania się od spożywania alkoholu, palenia tytoniu, zażywania tabaki i używania narkotyków (za wyjątkiem przypadków, gdy jest ono wskazane ze względów terapeutycznych – uśmierzania bólu). Jednocześnie podkreśla, że osoby uzależnione od narkotyków nie są kimś gorszym, ale osobami chorymi wymagającymi leczenia. Natomiast KADS nie tylko odrzuca spożywanie alkoholu i używanie tytoniu oraz narkotyków, ale także wzywa swoich członków do mądrej troski o własne ciała jako świątynie Ducha Świętego. Zaleca

przy tym właściwe korzystanie z ruchu fizycznego i odpoczynku oraz stosowanie właściwej diety, w tym niespożywanie pokarmów uznanych w Piśmie Świętym za nieczyste (np. wieprzowina).

Niektóre Kościoły protestanckie nawiązują w swoim nauczaniu do biblijnych świadectw o uzdrowieniach. Np. KZ deklaruje wiarę w uzdrowienie chorych dzięki Bożej łasce przez: *…modlitwę wiary w zbawcze dzieło Jezusa Chrystusa, dary uzdrawiania oraz przez nauki medyczne* (KZ: wyznanie wiary) [8].

Początek życia

Planowanie rodziny

Kościoły protestanckie afirmują ludzką seksualność jako dar Boży. Jako właściwe miejsce jej realizacji wskazują małżeństwo.

Kościoły zachęcają do odpowiedzialnego podejścia do planowania rodziny, a także popierają edukację seksualną. Problem dozwolonych/niedozwolonych środków antykoncepcyjnych poruszany jest zwykle w kontekście aborcji, przy czym odpowiedzialnie stosowana antykoncepcja widziana jest jako środek zmniejszający liczbę niechcianych ciąż. Jasno jest przy tym formułowane, że środki antykoncepcyjne powinny być narzędziem dla małżeństw do realizowania ich seksualności, a nie ułatwiać seksualne stosunki przed i pozamałżeńskie.

Jedyną szczegółową wytyczną odnośnie stosowania środków antykoncepcyjnych jest odrzucenie środków wczesnoporonnych. Należy jednak zauważyć, że oświadczenia Kościołów nie definiują tego terminu, a w omówieniach protestanckiej etyki seksualnej do środków wczesnoporonnych zaliczana jest także „tabletka po" [1]. Wyjątek stanowi stanowisko KADS, w którym stwierdzono, że „tabletka po" naśladuje naturalne procesy zachodzące w organizmie kobiety i co za tym idzie jest dozwolona.

Zapłodnienie *in vitro*

Odnośnie etycznej oceny procedury *in vitro* wypowiedziały się tylko nieliczne Kościoły protestanckie w Polsce. KEA pozytywnie ocenia stosowanie metody *in vitro* jako pomocy dla bezpłodnych *…przy jednoczesnym stanowczym podkreśleniu*

sprzeciwu wobec tworzenia i przechowywania zamrożonych embrionów nadliczbowych bez wyraźnego celu późniejszej implantacji do organizmu matki [2]. Wyrażono także brak aprobaty dla zapłodnienie *in vitro* niehomologicznego oraz korzystania z matek zastępczych (surogatek). Zaznaczone jest, że procedura *in vitro* powinna być przeznaczona dla małżeństw, a skutki uboczne towarzyszące tej terapii wymagają głębokiego namysłu poprzedzającego decyzję obojga małżonków.

Do metody *in vitro* odniósł się pozytywnie także KEM. Zastrzeżono jednak, że: *Nie powinniśmy również, nawet w celach reprodukcyjnych, produkować więcej zarodków niż możemy wprowadzić do macicy w nadziei implantacji* [3].

Uzupełniając powyższe warto wskazać na ujęcie tematu w pozycji reprezentatywnej dla nurtu ewangelikalnego autorstwa J. Stotta [4]. We wspomnianej pozycji J. Wyatt, zajmujący się w niej m. in. *in vitro*, podsumowuje swoje wywody pozytywną oceną *in vitro* jako drogi do uzyskania przez pary ich własnego genetycznie potomka, zastrzega jednak, że nie może być to droga „produkcji" dzieci o pożądanych cechach. Natomiast dyskusję w polskich kręgach ewangelikalnych podsumowuje M. Wichary, wskazując na trzy zasadnicze wypływające z niej wnioski natury duszpasterskiej. Po pierwsze konieczność ochrony życia od momentu poczęcia. Po drugie akceptację metody *in vitro* jako takiej ze względu na fakt, że służy ona prokreacji. Po trzecie zachętę do zmiany indywidualnych i społecznych wzorców, które sprzyjają bezpłodności, oraz poszukiwanie rozwiązań alternatywnych zanim para zdecyduje się na skorzystanie z *in vitro* [9].

Aborcja

Kościoły protestanckie widzą w aborcji przerwanie życia ludzkiego. Dlatego odrzucają aborcję „na życzenie" bądź z przyczyn społecznych. Aborcja nie może stać się środkiem kontroli urodzeń czy też selekcji płci dziecka. Podkreślony przy tym zostaje niejednokrotnie fakt odpowiedzialności zarówno matki jak i ojca za nienarodzone życie, a także konieczność tworzenia właściwych warunków społecznych, sprzyjających podjęciu decyzji o urodzeniu dziecka, które nie było planowane.

Część Kościołów w swoich oświadczeniach ogranicza się do uznania aborcji za grzech (np. KZ, KChB). Inne analizują także przypadki szczególne. KEA w przypadku zagrożenia życia matki decyzję pozostawia rodzicom i konsylium lekarskiemu, kwestię zaś płodów uszkodzonych i zdegenerowanych uznaje za wymagającą dalszych badań. KEM dopuszczają aborcję *z zastosowaniem wszelkich niezbędnych*

procedur postępowania medycznego, jeśli życie matki jest zagrożone oraz w sytuacji, *gdy występuje poważna patologia płodu uniemożliwiająca jego życie*. W obu przypadkach *…wyłącznie po dogłębnym i modlitewnym rozważeniu* [decyzji o aborcji – J.S.] *przez wszystkie zaangażowane strony, z uwzględnieniem porady medycznej, duszpasterskiej oraz wszelkiej innej niezbędnej w zaistniałych okolicznościach* [6]. Przedstawiciel środowisk ewangelikalnych [4] J. Stott dopuszcza możliwość zaistnienia sytuacji usprawiedliwionego przerwania ciąży ze względu na ochronę życia matki. Dzięki postępowi medycyny przypadki takie zdarzają się coraz rzadziej. W przypadku deformacji płodu dopuszcza aborcję jedynie w skrajnych przypadkach, kiedy niemożliwe jest przeżycie płodu tuż po urodzeniu. Podsumowując zaś debatę o aborcji w polskim środowisku ewangelikalnym J. Burnell wskazuje, że decyzja w sytuacji zagrożenia życia matka pozostawiana jest matce (rodzicom) [10]. KADS w przypadku zagrożenia życia matki, deformacji płodu, a także ciąży pochodzącej z gwałtu, pozostawia decyzję matce po odpowiedniej konsultacji (zarówno medycznej, jak i w odniesieniu do biblijnych pryncypiów), podkreślając, że Kościół nie może jej przymuszać do żadnego z rozwiązań.

Warto zaznaczyć, że Kościoły protestanckie są przekonane, że realizację powyższych wskazań nie warunkuje stan regulacji w prawie państwowym. Część z nich rozważa ten problem w ogóle bez odnoszenia się do prawa państwowego (KZ, KChB). Inne odżegnują się od dyktowania ustawodawcy właściwych rozwiązań (KEA, KER). Pojawiają się też głosy, że podstawą chrześcijańskich decyzji etycznych odnośnie aborcji powinny być nie regulacje prawne, a chrześcijańskie sumienie (KEM), nie powszechne normy społeczne, a prawo Boże i norma Pisma Świętego (KADS).

Wyzwania terapeutyczne

Transplantacje

Względem transplantologii oficjalne stanowisko zajęły jedynie dwa spośród Kościołów protestanckich w Polsce: KEM i KEA. Poparły one dawstwo organów. Przy czym KEA zastrzegł, że transplantacja nie może być wykorzystywana jako narzędzie w chirurgii plastycznej oraz nie ma służyć wymianie sprawnych narządów na będące w lepszym stanie. Zdecydowanie potępiono też handel organami.

HIV/AIDS

Wobec HIV/AIDS swoje oficjalne stanowisko zajęły KEM i KADS, ten ostatni niejednokrotnie. Oba Kościoły wyraźnie podkreślają godność osób zarażonych i chorych oraz konieczność zaangażowania Kościoła w troskę i służbę na ich rzecz. KEM kładzie przy tym nacisk na prawa chorych do zatrudnienia, odpowiedniej opieki zdrowotnej, uczestnictwa w publicznej edukacji i życiu Kościoła. Natomiast KADS uwypukla konieczność edukowania na temat HIV/AIDS. Sam realizuje ten postulat w swoich oświadczeniach, przekazując w nich podstawowe informacje o naturze choroby, sposobach zakażenia i leczenia oraz podstawowych wskazaniach profilaktycznych. Te wskazania uzupełnione są specyficznym akcentem, tj. podkreśleniem ideału wierności małżeńskiej jako sprzyjającemu uniknięciu HIV/AIDS. KADS w przypadku, kiedy jeden z małżonków jest zarażony, zdecydowanie zaleca stosowanie prezerwatyw.

Terapie z wykorzystaniem komórek macierzystych

Kontrowersje budzą terapie związane z pozyskiwaniem embrionalnych komórek macierzystych. Spośród polskich Kościołów protestanckich szersze stanowisko zaprezentował jedynie KEM. Odrzuca w nim tworzenie embrionów ludzkich celem zniszczenia bądź z przeznaczeniem do badań albo nieprzewidzianych do implantacji do organizmu matki. Jednocześnie dopuszcza wykorzystanie już istniejących embrionów nadliczbowych, które zostały odrzucone w procesie przedimplantacyjnej selekcji, do badań. Odrzucenie tworzenia embrionów celem zniszczenia dla pozyskania komórek macierzystych dotyczy także procedur tzw. „klonowania terapeutycznego".

Uzupełniająco należy wspomnieć, że KEA w swoim oświadczeniu dotyczącym *in vitro* opowiedział się *za ochroną ludzkiego embrionu* oraz sprzeciwił się *…wykorzystywaniu bezbronnych istot ludzkich dla celów badawczych* [3]. Wskazówką dla oceny terapii, w których komórki macierzyste pozyskuje się na drodze niszczenia embrionów, mogą być także stanowiska Kościołów protestanckich potępiające aborcję. Wychodzą one bowiem z założenia, że od momentu zapłodnienia mamy do czynienia z życiem ludzkim, które domaga się ochrony.

Odnośnie zaś klonowania terapeutycznego luterański etyk bp. M. Hintz wskazuje, że w trakcie tej procedury powoływane jest jedno istnienie ludzkie tylko po to, by użyć go dla dobra drugiego. Odwołując się do rozstrzygnięć niemieckich etyków protestanckich radykalnie chroniących embrion ludzki, odrzuca zatem możliwość klonowania istoty ludzkiej, wspierając swoją argumentację przywołaniem teologicznej tezy o człowieku jako stworzeniu Bożym o przyrodzonej godności.

Terapie genetyczne

Metody terapeutyczne, przewidujące ingerencję w materiał genetyczny człowieka, stały się przedmiotem rozważań w oświadczeniach KEM i KADS. Oba Kościoły widzą uzasadnienie ingerencji w materiał genetyczny człowieka tylko w minimalizowaniu cierpienia oraz dążeniu do wyleczenia chorób genetycznych. Odrzucają ingerencje dla celów eugenicznych. Podkreślają także, że nie dysponując wiedzą o ich konsekwencjach, należy zaniechać ingerencji, których skutki miałyby być dziedziczone przez potomstwo. (KADS precyzuje to zagadnienie, wzywając do zaniechania terapii genowej ludzkich komórek rozrodczych). Powyższe uzupełnia wyraźny postulat zachowania poufności odnośnie informacji dotyczących danych genetycznych poszczególnych osób.

Koniec życia

Zaprzestanie uporczywej terapii

Zagadnienie zaprzestania interwencji medycznej w sytuacji, w której taka decyzja pociąga za sobą śmierć pacjenta, zostało poruszone w stanowiskach KEM i KADS oraz w dokumencie WKEE (jej członkami w Polsce są: KEA, KER i KEM). Wszystkie wymienione wskazują, że należy zaniechać terapii, jeśli jest ona jedynie wydłużeniem procesu umierania i skazywaniem pacjenta na ból oraz dodatkowe cierpienia, które nie przyniosą poprawy jego stanu zdrowia. Do podobnego wniosku dochodzi J. Burnell podsumowując polską debatę w kręgach ewangelikalnych [10]. KADS wskazuje także, że należy zaniechać podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta, jeśli brak nadziei na przywrócenie mu świadomości. WKEE zwraca uwagę, że do nieuzasadnionego przedłużenia umierania może prowadzić także podtrzymywanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta (np. sztuczne żywienie). WKEE ostrzega także, że skupienie się jedynie na wyczerpaniu wszelkich możliwości terapeutycznych u kresu życia pacjenta może prowadzić do sytuacji, w której wyczerpany kolejnymi procedurami medycznymi pacjent nie będzie miał możliwości przygotowania się na śmierć (pojednanie z bliskimi itp.).

Jednym z istotnych elementów omawianego problemy jest pytanie o to, kto podejmuje decyzję o zaprzestaniu terapii. Wszystkie Kościoły podkreślają właściwe poinformowanie pacjenta o jego stanie medycznym. WKEE rozważa także

możliwość złożenia wcześniej deklaracji o zaprzestaniu leczenia. Odnośnie do pacjenta nieświadomego podnoszona jest rola rodziny, a także osoby wyznaczonej przez niego (KADS) lub prawnego przedstawiciela (WKEE).

Eutanazja

Kościoły protestanckie odrzucają eutanazję, rozumianą zarówno jako pozbawienie życia osoby nieuleczalnie chorej bezpośrednio przez lekarza, jak i jako pomoc w samobójstwie poprzez dostarczenie przez lekarza koniecznych środków.

KEM, KADS oraz WKEE, które szerzej zajęły się problemem, podkreślają rolę opieki paliatywnej oraz podejmowania wszelkich możliwych wysiłków na rzecz uśmierzenia bólu i cierpienia osób u kresu życia. Odnosząc się do problemu wspomaganego samobójstwa KEM oraz WKEE odrzucają jednakże potępienie samobójców.

Należy także zwrócić uwagę, że WKEE, rozważając kontekst prawny eutanazji, sprzeciwia się jej legalizacji, gdyż byłoby to równoznaczne z uznaniem jej za procedurę normalną. Jednocześnie WKEE dopuszcza, że w skrajnych sytuacjach, kiedy dokonanie eutanazji przez lekarza będzie przyniesieniem pacjentowi na jego wyraźne żądanie ulgi od bólu nie do zniesienia, można odstąpić od karania lekarza. Podobny postulat dekryminalizacji został sformułowany wobec osób pomagających w samobójstwie, przy podkreśleniu, że nie jest to podstawą dla uznania prawa człowieka do samobójstwa. Wynika to z faktu, że człowiek nie jest suwerennym panem swojego życia i nie powinien używać swojej wolności, by decydować o jego końcu.

Pacjenci wywodzący się z protestanckich denominacji w kontekście szpitalnym

Podejmując się prób poszukiwania i artykułowania potrzeb pacjenta o protestanckiej duchowości, należy jednoznacznie stwierdzić, iż niełatwo zaprezentować katalog takich potrzeb. Akcentowany w Protestantyzmie indywidualizm podejścia do życia uniemożliwia wyłuskanie i nazwanie wszystkich istniejących potrzeb. Nadto różnią się one w zależności od tego, czy będziemy mieli do czynienia z pacjentami przynależącymi do tzw. Kościołów historycznych (KEA, KER, KEM), czy też Kościołów wolnych (KZ, KADS, KChB), zwłaszcza o charakterze zdecydowanie charyzmatycznym. Istotnym staje się, by nie przegapiać tych potrzeb, dostrzegając, że w kraju tak homogenicznym wyznaniowo jak Polska, nie tylko mogą się pojawiać, ale też cały czas trafiają na szpitalne oddziały pacjenci – Protestanci. By

nie wykazać się dyletanctwem i ignorancją, warto sięgnąć np. do publikacji pod redakcją H. Trandy i M. Patalona, wydanej w Krakowie w 2009 roku przez Wydawnictwo WAM pod tytułem: *W drodze za Chrystusem. Kościoły chrześcijańskie w Polsce mówią o sobie*. W powyższym „przewodniku", w bardzo przystępny sposób ukazane zostają różnice pomiędzy poszczególnymi Kościołami.

Najogólniej jednak rzecz ujmując, należy na samym wstępie podkreślić, że poza małymi wyjątkami (KADS podkreśla zakaz spożywania mięsa i wyrobów z wieprzowiny, bardzo silnie akcentuje zakaz przyjmowania używek takich jak alkohol i papierosy, Adwentyści świętują sobotę, a nie niedzielę) nie napotkamy na jakieś wielkie różnice kulturowe w zakresie zachowań czy postaw życiowych. Różnorodność o wiele bardziej będzie widoczna na płaszczyźnie duchowego przeżywania rzeczywistości.

Niezależnie od szczegółowego zróżnicowania wyznaniowego w łonie samego Protestantyzmu, w życiu Protestantów, jak zostało to już wcześniej wspomniane, ogromne znaczenie odgrywa wywodzenie i osadzenie duchowości na Piśmie Świętym, w myśl zasady *sola Scriptura*. Biblia odgrywa w życiu codziennym Protestantów fundamentalne znaczenie. Dlatego też w okresie choroby, a zwłaszcza pobytu w szpitalu, pacjenci posilają się Słowem Bożym, oddając się jego wnikliwej lekturze, powiązanej z medytowaniem przeczytanych fragmentów. Zatem na szafkach szpitalnych Biblia znajdzie swe poczesne miejsce. Nie od razu musi to oznaczać, że będziemy mieli do czynienia z pacjentem, który będzie próbował ewangelizować czy nawracać, chociaż w przypadku niektórych odłamów ewangelikalnych, charyzmatycznych może coś takiego nastąpić, jest to bowiem składowa religijnego przeżywania w tych kręgach. Jednakże dla większości ewangelickich pacjentów Biblia jest codziennym przewodnikiem duchowym, zatem nie będą epatowali lekturą Biblii, lecz czytali Słowo Boże w skupieniu, bez zakłócania przestrzeni i potrzeb pozostałych pacjentów.

Nie ulega wątpliwości, że w krok za lekturą Pisma Świętego kolosalne znaczenie w życiu duchowym Protestantów odgrywa modlitwa. Natychmiast znów należy podkreślić jej indywidualny i niepowtarzalny charakter. Protestanci modląc się, poza Modlitwą Pańską, postrzeganą jako najdoskonalsza modlitwa, nie używają modlitewnych formuł. Sporadycznie też korzystają z modlitewników. Modlitwę traktują jako indywidualną rozmowę z Bogiem, w czasie której bez udziału jakichkolwiek pośredników, przedkładają Bogu swe zniecierpliwienie, pytania, zwątpienia, nadzieje. Modlitwa postrzegana jest jako sposobność pozyskania nowej perspektywy na zaistniałą w życiu sytuację. I w tym osadza się jej uzdrawiający, a zarazem naprawczy charakter. Modlitwa pomaga wytrzymać napięcie wynikające z bezsilności bycia konfrontowanym z wydarzeniami rodzącymi rozgoryczenie

czy cierpienie. Stąd bardzo rzadko protestanci traktują modlitwę jako liturgiczny sztafaż, zwykłą formalność czy przykry obowiązek (raczej w takich przypadkach w ogóle się nie modlą). Modlitwa, w myśl biblijnych wskazań, powinna odbywać się w cichości „izby", a zatem bez włączania w jej przebieg innych osób, chyba że za ich przyzwoleniem. Mogą się jednak zdarzyć przypadki niezwykle uduchowionych pacjentów, którzy, bez akceptacji ze strony innych, swe modlitwy będą wypowiadali na głos. W przypadku pewnych nurtów ewangelikalnych będziemy mieli do czynienia z tzw. „mówieniem językami" (tzw. glosolalia, wypowiadanie w stanie religijnego uniesienia niezrozumiałych dźwięków), które może nastąpić podczas modlitwy. W trakcie odwiedzin bliskich lub członków zboru charyzmatycznego może pojawić się chęć wspólnego pomodlenia się, co stanowi o tyle trudność, że w trakcie takich modlitw wszyscy równocześnie wypowiadają swe prośby, w tym także „mówiąc językami", co może być uciążliwe w odbiorze dla pozostałych pacjentów, nieprzywykłych do takiego przeżywania modlitewnych zawołań.

W związku z powyższym warto na terenie szpitala wyznaczyć specjalne pomieszczenia, w których takie praktyki mogłyby się odbywać. Mogą ku temu służyć ekumeniczne kaplice szpitalne, w których w konkretnych godzinach będą mogli się spotykać reprezentanci poszczególnych denominacji. Takie praktyki od wielu lat z bardzo pozytywnym skutkiem są stosowane w pewnych regionach naszego kraju, np. na Śląsku cieszyńskim, gdzie zamieszkuje połowa polskich Luteranów. Jeśli takiej możliwości nie ma, wówczas warto przeznaczyć na ten cel jakieś inne pomieszczenie. Mówiąc o innym pomieszczeniu, chcemy podkreślić potrzebę wydzielenia przestrzeni nie tylko na modlitwy czy nabożeństwa, ale przede wszystkim na rozmowy duszpasterskie. Współczesny człowiek czerpiąc z postępu udoskonalania procesów komunikacyjnych, równocześnie odczuwa doskwierający mu kryzys interakcyjny i dlatego akcentuje potrzebę rozmowy, która wzmocniłaby zaufanie, dodała otuchy i zapału do działania. Jedną z form odpowiedzi na te oczekiwania może być rozmowa duszpasterska. Wychodzi ona naprzeciw duchowym potrzebom rozmówców.

Pacjent wyznania ewangelickiego nie tyle będzie poszukiwał konfesjonału, co przestrzeni na indywidualne spotkania z duszpasterzem, w czasie których otrzymałby wsparcie w procesie wglądu w swój świat, pomoc w rozpoznaniu swych indywidualnych potrzeb oraz odkrywałby kapitał swych wewnętrznych zasobów duchowych do radzenia sobie z zaistniałymi problemami. W czasie spotkań duszpasterskich nie można wykluczyć również konieczności udzielenia fizycznej pomocy (proste zabiegi higieniczne, uścisk dłoni, pomoc w przemieszczaniu się itd.), która niejednokrotnie stanowi introdukcję do przyszłego zintensyfikowanego dialogu opartego na szczerości i otwartości, z pominięciem zbędnego przemilczania

czy przeinaczania rzeczywistości. Ewangelickie duszpasterstwo zatem nie chroni chorych i ich bliskich np. przed wieścią o zbliżającej się śmierci, lecz pomaga w próbie zaakceptowania zaistniałej sytuacji.

Ważne jest wspólne niesienie ciężarów, co można urzeczywistniać stwarzając przestrzeń, w której rozmówcy mogą wyrazić emocjonalne obciążenie. Istotnym zadaniem duszpasterza jest niesienie pociechy, wzmacnianie wiary i dodawanie nadziei, jednak nie po to, by odwracać uwagę od istniejących problemów, lecz celując w przeżywane trudności. Istotnym staje się pozyskanie nowej perspektywy spoglądania na zaistniały splot wydarzeń. W takim kontekście wszelkiego rodzaju uogólnienia nie są wskazane. Indywidualne towarzyszenie pełne wrażliwego, empatycznego przyjmowania cierpiącego czy umierającego człowieka wydaje się być priorytetowe. Duszpasterstwo ma uzdatniać do przyjmowania rzeczywistości, którą chętnie by się odrzuciło, co jednak nie jest możliwym, zatem pomaga odkrywać, jak żyć, by przezwyciężać jej destrukcyjny charakter i uczy konstruktywnego obcowania z życiem, i to niejednokrotnie w sytuacji granicznej. W związku z tym też służba duszpasterska może być bardzo pomocna w procesie leczenia, zwłaszcza jeśli dojdzie do stosownej współpracy z lekarzami i personelem szpitalnym.

Duszpasterska postawa wobec umierającego

Podczas rozmów duszpasterskich chory lub umierający pacjent ma sposobność wypowiedzenia niespełnionych marzeń, nieuregulowanych spraw, ma szansę wyrażenia swych odczuć, zwłaszcza poczucia obcości i wyalienowania w szpitalnym kontekście, nieuleczonych zranień, swojego buntu, niezdolności zaakceptowania choroby lub faktu umierania.

W przypadku pacjentów wyznania ewangelickiego niepoślednie znaczenie posiada odwoływanie się do tekstu biblijnego. Nie chodzi jednak o przypadkowe przytaczanie biblijnych cytatów, ale adekwatne do omawianej sytuacji życiowej przywoływanie historii i prawd biblijnych, które umożliwiłyby poszerzenie perspektyw życiowych, a także zintensyfikowały samą rozmowę duszpasterską. Pacjent jednak pragnie być najpierw wysłuchany. Zacytowane teksty nie mogą go zaczopować, ale mają stworzyć możliwość pełnego wypowiedzenia swych żalów, trosk, bólów. Biblia pomaga zrezygnować z popularnych wizji ciągłego szczęścia i życia pełnego sukcesów. Stanowi wsparcie na drodze do realistycznego postrzegania rzeczywistości. Każdorazowo postrzega człowieka całościowo, wykazując zatroskanie o jego cielesność i duchowość.

W kręgach ewangelikalnych i różnego rodzaju ruchach charyzmatycznych wypracowano specyficzne dla tego nurtu Protestantyzmu własne koncepcje duszpasterstwa, w których ogromny nacisk kładzie się na biblijne rozwiązywanie zaistniałych problemów. Przy czym Pismo Święte traktowane jest jako swego rodzaju księga sapiencjalna (mądrościowa), w której można odnaleźć odpowiedź na wszystkie nurtujące współczesnego człowieka problemy. Zatem niejednokrotnie pacjenci będą poszukiwali rozwiązania zaistniałej sytuacji w Biblii. Natomiast przyczyn chorób, komplikacji życiowej rzeczywistości reprezentanci tego nurtu upatrują w grzesznej naturze, co szczególnie mocno akcentuje Jay E. Adams w tzw. noutetycznym (gr. *noutetheein* – upominać, pouczać, ganić, ostrzegać) duszpasterstwie (duszpasterstwo napominające, ganiące, ostrzegające), podkreślając postrzeganie grzechu jako punktu wyjścia do wielu chorób zarówno psychicznych, jak i psychosomatycznych, do tego stopnia, że nazywa te choroby hamartiogennymi (nauka o grzechu, gr. *hamartia* – grzech). Adams twierdzi, że odpowiednia znajomość Biblii wyposaża duszpasterza w niezbędne kompetencje, które przewyższają kompetencje psychiatry czy jakiegokolwiek innego specjalisty. W związku z powyższym, reprezentanci tego odłamu Protestantyzmu jako pacjenci mogą dosyć sceptycznie podchodzić do wskazówek specjalistów, znacznie bardziej ufając swym duchowym przywódcom. W przypadku duszpasterstwa biblijno-terapeutycznego dozwolone i wskazane jest korzystanie z osiągnięć psychologii i psychoterapii, ale tylko i wyłącznie wówczas, kiedy możliwa będzie integracja biblijnego obrazu człowieka i rzeczywistości. Wreszcie o chrześcijańskiej psychologii jest mowa w przypadku nurtu charyzmatycznego wolnych Kościołów. *Dla chrześcijańskiego pokonywania problemów potrzeba wypracowania „chrześcijańskiej" psychologii, zintegrowanej z transcendentnymi relacjami wiary, osadzonej na fundamencie Biblii. Zsekularyzowane formy terapii muszą zostać schrystianizowane. Terapeuta musi się wykazać żywotną relacją z Bogiem, stąd też nacisk kładzie się na wykształcenie chrześcijańskich doradców i chrześcijańskich terapeutów* [7]. W konsekwencji takiego postrzegania rzeczywistości pacjenci mogą poszukiwać chrześcijańskich lekarzy, czyli z własnego wyznania lub konkretnie deklarującymi swe zaangażowanie w życie z Chrystusem.

W pozostałych kręgach ewangelickich duszpasterstwo terapeutyczne pojmowane jest jako wysoko wykwalifikowane poradnictwo, stąd często bywa nazywane duszpasterstwem poradniczym, towarzyszącym, przyjmującym lub zorientowanym na jednostkę. Opiera się na metodach Carla Rogera i elementach psychoanalizy.

Rozmowy duszpasterskie mogą kończyć się liturgiczną spowiedzią, podczas której udzielona zostanie absolucja. Wówczas najczęściej rodzi się potrzeba

przystąpienia do Komunii Świętej, zwanej w protestanckich kręgach Sakramentem Ołtarza czy Wieczerzą Pańską, udzielaną pod dwiema postaciami. Uroczystość Eucharystii przebiega według ustalonego porządku liturgicznego, wymaga on też odpowiedniego pomieszczenia lub odbywa się bezpośrednio przy łóżku chorego.

Wśród oczekiwań pacjentów niepoślednią rolę odgrywają rytuały. W niniejszym przyczynku wspomniano już o roli modlitwy w życiu Protestantów i znaczeniu lektury tekstów biblijnych. Kolejnym elementem charakterystycznym dla Protestantyzmu jest pieśń, która od czasów reformacji towarzyszyła w życiu i wzmacniała duchowo. Marcin Luter nazwał muzykę *władczynią i regentką ludzkich odczuć (afektów)*. Pieśń towarzyszy Protestantom w liturgii codzienności: podczas posiłków, przy porannej i wieczornej modlitwie, niejednokrotnie, chociaż dziś coraz rzadziej, podczas prac (polowych, ogrodowych, domowych: gotowanie, szydełkowanie itd.), podczas wielkich uroczystości rodzinnych, świąt kościelnych i państwowych oraz nabożeństw niedzielnych i tygodniowych. Ewangelickie kancjonały (zbiory pieśni) zawierają po kilkaset pieśni wielozwrotkowych. Wiele z pieśni ewangelicy znają na pamięć. Powracają do nich zwłaszcza w trudnym okresie choroby. Wspólny śpiew np. podczas szpitalnych nabożeństw ma ogromną wartość i może być bardzo pomocny w procesie leczenia.

Protestanci sporadycznie stosują namaszczanie umierających, rytuał który zastępuje mowę, zwłaszcza gdy w zaistniałym kontekście trudno odnaleźć stosowne słowa lub komunikacja nie jest możliwa. Zapominając, że namaszczanie umierających wywodzi się z biblijnych przekazów, zakwalifikowane zostało do kategorii katolickich tradycji. Dziś coraz częściej jednak w protestanckich kręgach ponownie do niego się powraca. Pacjenci z charyzmatycznych nurtów Protestantyzmu z pewnością będą oczekiwali modlitewnych uzdrowień dokonywanych przez starszych zboru lub specjalnie zaproszonych uzdrowicieli.

Na koniec należy podkreślić, że w myśl pojmowania powszechnego kapłaństwa duszpasterzem w kręgach protestanckich nie jest jedynie duchowny, ale każdy członek parafii, posiadający odpowiednie przygotowanie i kompetencje, zaangażowany w tę służbę. W parafiach organizowane są grupy odwiedzinowe odpowiedzialne za troskę o chorych, starszych, niepełnosprawnych, by ich wspierać duchowo.

Pacjenci protestanckich denominacji, podobnie jak inni pacjenci, z całą pewnością oczekują przede wszystkim poszanowania ich godności i tożsamościowej odrębności.

Piśmiennictwo

1. Hintz M., *Chrześcijańskie sumienie*, Wyd. Głos Życia, Katowice 2006, 77.
2. *Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania metody in vitro*, http://www.luteranie.pl/o_naszym_ kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_dopuszczalnosci_stosowania_metody_in_ vitro.html, data pobrania 7.02.2015.
3. *Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w sprawie ochrony życia,* http://www.luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_ochrony_zycia.html, data pobrania 7.02.2015.
4. Stott J. R. W., *Chrześcijanin a problemy współczesnego świata*, Wyd. Credo, Katowice 2009, 385-478, tutaj 419-444.
5. Zieliński T. J., *Protestantyzm ewangelikalny. Studium specyfiki religijnej*, wyd. 2, Wyd. Credo, Katowice 2014.
6. *Zasady Socjalne*, r. 2, pkt J, L, M, r. 3, pkt J, K, M, S, T, U, http://metodysci.pl/zasady-socjalne/, data pobrania 7.02.2015.
7. Korczago A., *Współczesne oblicze ewangelickiego duszpasterstwa*, Kalendarz Ewangelicki, Bielsko-Biała 2010, 153.
8. Por. Jozefowicz Z., *W co wierzą zielonoświątkowcy?*, http://www.archiwumchn.kz.pl/index.php?id=artykuly&link=2003/07-08/wcowierza.html, data pobrania 6.02.2015.
9. Wichary M., *Zapłodnienie in vitro w polskiej dyskusji ewangelikalnej*, (w:) Smolarz S., Torbus S., Kowalewski W. (red.), *Ewangelikalizm polski wobec wezwań współczesności*, Wyd. Credo/Ewangelikalna Wyższa Szkoła Teologiczna, Wrocław 2013, 181-192, tutaj 191.
10. Burnell J., *Aborcja i eutanazja w refleksji ewangelikalnej*, (w:) Smolarz S., Torbus S., Kowalewski W. (red.) *Ewangelikalizm polski wobec wezwań współczesności*, , Wyd. Credo/Ewangelikalna Wyższa Szkoła Teologiczna, Wrocław 2013, 193-204, tutaj 200.

Wyznania wiary oraz stanowiska odnośnie bioetyki i etyki seksualnej wybranych Kościołów protestanckich w Polsce i protestanckich organizacji międzynarodowych

KEA – Kościół Ewangelicko-Augsburski (Luterański)

- *Księgi wyznaniowe Kościoła Luterańskiego*, Bielsko-Biała 1999.
- *Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w sprawie ochrony życia*, http://www.luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_ochrony_zycia.html, data pobrania 7.02.2015.
- *Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie dopuszczalności stosowania metody in vitro*, http://www.luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_kosciola/w_sprawie_dopuszczalnosci_stosowania_metody_in_vitro.html, data pobrania 7.02.2015.
- *Oświadczenie Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP w sprawie transplantacji i dawstwa organów*, http://www.luteranie.pl/o_naszym_kosciele/oswiadczenia_ kosciola/w_sprawie_transplantacji_i_dawstwa_organow.html, data pobrania 7.02.2015.
- *Stanowisko Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP wobec małżeństwa*, *„Zwiastun Ewangelicki"*, 2001, nr 9, 20.

KER – Kościół Ewangelicko-Reformowany

- *Prospectus fidei*, Łódź 2011.
- *Oświadczenie Synodu Kościoła Ewangelicko-Reformowanego w sprawie ustawy o ochronie życia poczętego*, http://www.reformowani.pl/index.php?option=com_ content&task=view&id=140&Itemid=47, data pobrania 7.02.2015.

KEM – Kościół Ewangelicko-Metodystyczny

- Artykuły wiary Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w RP, http://metodysci.pl/czytelnia/ artykuly -wiary/artykuly-wiary/ data pobrania 7.02.2015.

KZ – Kościół Zielonoświątkowy

- Wyznanie wiary Kościoła Zielonoświątkowego w Polsce, http://kz.pl/kosciol/wyznanie-wiary/, data pobrania 7.02.2015.
- *Stanowisko Naczelnej Rady Kościoła Zielonoświątkowego w RP w sprawie małżeństwa, rozwodu, powtórnego małżeństwa oraz planowania rodziny, przyjęte w listopadzie 1998 r.*, „*Studia i Dokumenty Zielonoświątkowe*", Warszawa 2002, z. 1, 8.
- *Stanowisko Naczelnej Rady Kościoła Zielonoświątkowego w RP w sprawie małżeństwa, rozwodu, powtórnego małżeństwa oraz planowania rodziny, przyjęte w maju 2010 r.*, http://sienna.waw.pl/stanowiska/item/ma%C5%82%C5%BCe% C5%84 stwo-rozw%C3%B3d.html, data pobrania 7.02.2015.

KChB – Kościół Chrześcijan Baptystów

- *Wyznanie wiary baptystów polskich z 1930 roku*, http://www.baptysci.pl/wyznanie-wiary/942-wyznanie-wiary-baptystow-polskich-z-1930r, data pobrania 7.02.2015.
- *Stanowisko Kościoła Baptystów w sprawie małżeństwa i rodziny*, http://www. baptysci.pl/wyznanie-wiary/932-stanowisko-kosciola-w-sprawie-malzenstwa-i-rodzi ny, data pobrania 7.02.2015.

KADS – Kościół Adwentystów Dnia Siódmego

- *Zasady wiary Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, http://www.adwent.pl/o-kosciele/zasady-wiary, data pobrania 7.02.2015.
- Poniższe oświadczenia opublikowano w: *Oświadczenia, zalecenia i inne dokumenty Generalnej Konferencji Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego*, Warszawa 2003.

1. *Oświadczenie w sprawie AIDS*, 12.
2. *Oświadczenie Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w sprawie kontroli płodności*, 15-17.
3. *Oświadczenie w sprawie troski o umierających*, 19-22.
4. *Używanie, nadużywanie i uzależnienie od środków chemicznych*, 23.
5. *Oświadczenie w sprawie używek i narkotyków*, 33.
6. *Oświadczenie o wychodzeniu naprzeciw wyzwaniom związanym z chorobami przenoszonymi drogą płciową*, 83-89.
7. *Oświadczenie o paleniu tytoniu w świetle etyki*, 90.
8. *Oświadczenie w sprawie palenia tytoniu*, 91.
9. *Zalecenia odnośnie do aborcji*, 112-115.
10. *Zalecenia Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego odnośnie do epidemii AIDS*, 116-120.

11. *Stosunek Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego do AIDS*, 134-139.
12. *Chrześcijańskie zasady interwencji genetycznych*, 140-147.
13. *Oświadczenie Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w sprawie terapii za pomocą genów ludzkich*, 167-170.

WKEE – Wspólnota Kościołów Ewangelickich w Europie

1. *Konkordia leuenberska. Konkordia między Kościołami wyrosłymi na gruncie Reformacji w Europie zawarta 16 marca 1973 roku*, Bielsko-Biała 2002.
2. *A Time to Live, and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying*, Vienna brw.

Joanna Auron-Górska

OCZEKIWANIA PACJENTA WYZNAJĄCEGO JUDAIZM

W celu nakreślenia zarysu specyficznych, uwarunkowanych religią i kulturą oczekiwań pacjenta wyznającego Judaizm wobec polskiego lekarza oraz systemu opieki zdrowotnej, należy zacząć od stwierdzenia, że – w odróżnieniu od Judaizmu średniowiecznego, rządzonego od wewnątrz w miarę zwartą jurysdykcją rabiniczną – współczesny Judaizm wytworzył zróżnicowane formy ekspresji.

Judaizm ultraortodoksyjny (np. chasydyzm) i ortodoksyjny różnią się od nowoczesnej ortodoksji, która z kolei jest zdecydowanie odmienna od Judaizmu konserwatywnego, nie mówiąc już o Judaizmie reformowanym, wobec którego stoi w opozycji; jeszcze bardziej odległe od Judaizmów ortodoksyjnych są prądy liberalne, takie jak brytyjski Judaizm liberalny, amerykański rekonstrukcjonistyczny czy świecki Judaizm humanistyczny.

W ramach istniejących obecnie żydowskich denominacji istnieją zatem społeczności rządzące się odmiennymi zasadami, bardziej lub mniej zachowawcze, różnie interpretujące Judaizm i jego reguły oraz w różnym stopniu otwarte na wpływy nowoczesnej kultury; co za tym idzie, w zdecydowanej większości kwestii nie można dziś w dobrej wierze mówić o jednej „żydowskiej opinii", lecz jedynie o poglądach, rytuałach i zwyczajach przyjętych i praktykowanych przez członków poszczególnych denominacji oraz o regułach i tradycjach bardziej lub mniej powszechnie uznawanych za słuszne.

Należy także podkreślić ważki fakt, z którego osoby innych wyznań rzadko zdają sobie sprawę: Żyd czy Żydówka wcale nie musi być osobą głęboko religijną ani nawet wierzącą, aby chcieć przestrzegać żydowskich zwyczajów, w tym także niektórych nakazów religijnych. Wybór ten jest wyrazem kulturowej i religijnej solidarności z innymi Żydami – solidarności, która nabrała specjalnie głębokiego znaczenia po Zagładzie. Dla takich osób przestrzeganie takich czy innych zasad

Judaizmu jest jedną z dróg pielęgnowania więzi z żydowską tradycją, historią i narodem, i powinno być traktowana nie mniej poważnie niż kiedy jest motywowane religijnością.

Koncepcja choroby w Judaizmie

Judaizm uważa chorobę za część naturalnego porządku rzeczy. To czy ktoś zachoruje jest całkowicie przypadkowe – postrzeganie choroby jako kary za złe uczynki czy cierpienia jako Bożego sposobu na uszlachetnienie ludzkiego charakteru, nie są koncepcjami żydowskimi. Obcy Judaizmowi jest także charakterystyczny dla starożytnej filozofii greckiej podział istoty ludzkiej na ducha, umysł i ciało. W Judaizmie, przeciwnie, pojęcie zdrowia wiąże się z koncepją *szleimut* – pełni, całości: duch, umysł i ciało stanowią niepodzielną jedność. W związku z tym w żydowskiej koncepcji leczenia i zdrowienia komfort psychiczny i zaspokojenie potrzeb emocjonalnych pacjenta są równie ważne jak dążenie do poprawy jego zdrowia fizycznego. Dlatego np., pomimo faktu, że tradycyjne prawo żydowskie jest w zasadzie przeciwne aborcji, to większość współczesnych denominacji uznaje prawo kobiety do usunięcia ciąży, tak samo w sytuacji zagrożenia jej zdrowia fizycznego, jak psychicznego, np. w wyniku cierpienia związanego z koniecznością noszenia niechcianej ciąży i rodzenia, a później wychowywania niechcianych dzieci.

Aby zrozumieć, dlaczego oczekiwania i *de facto* możliwości różnych chorych wyznających Judaizm mogą się tak bardzo różnić, konieczne jest zdanie sobie sprawy z odmiennego pojmowania źródła prawa żydowskiego przez różne żydowskie denominacje. Chociaż dla nieomal wszystkich Żydów celem religijnego prawodawstwa żydowskiego jest zachowanie i rozwijanie więzi Żydów z Bogiem oraz doświadczanie tej więzi, to sam charakter tego prawa jest różnie pojmowany.

Judaizm tradycyjny, ortodoksyjny, interpretuje to prawo jako niezmienne lub w zasadzie niezmienne od czasów jego zapisania w *Tanachu* (Pięcioksięgu Mojżeszowym, Księgach prorockich oraz Pismach) i *Talmudzie* (powstałych między II w p.n.e. a VI w n.e. komentarzach do Pięcioksięgu Mojżeszowego), właściwie nie pozwala zatem wiernym na osobistą interpretację zasad wiary i praktyki; Judaizm postępowy natomiast, zakładający historyczność wyżej wymienionych ksiąg oraz ciągłość Bożego objawienia, postawił wierność tradycyjnym żydowskim zasadom etycznym ponad usankcjonowanymi tradycją interpretacjami litery religijnego prawodawstwa, zmuszając tym samym swoich zwolenników do wzięcia odpowiedzialności za samodzielnie podejmowane wybory w kwestiach religijnej praktyki.

Choć Judaizm nie wyjaśnia, dlaczego chorujemy, to nakazuje chorym podejmowanie wszelkich możliwych działań w celu uzyskania *szleimut* – pełni ozdrowienia we wszystkich trzech aspektach człowieczeństwa, a wysiłki podejmowane w tym celu przez pacjenta i personel medyczny oraz wykorzystanie ku temu wszystkich skutecznych leków, odkryć czy też wynalazków medycyny i biomedycyny, uważane są za działania zgodne z wolą Bożą. Dotyczy to również przetaczania krwi oraz, po odejściu nieomal wszystkich denominacji od panującej uprzednio definicji uznającej za moment śmierci chwilę zaprzestania oddechu (Żydzi ultraortodoksyjni oraz chasydzcy uznają obecnie, że śmierć następuje w momencie śmierci mózgowej *o ile* stwierdzono także ustanie bicia serca) ku definicji momentu śmierci jako chwili śmierci mózgowej, także transplantacji organów. Zasada wykorzystania wszelkich legalnie dostępnych procedur dla uzyskania stanu *szleimut* – stanu fizycznego i psychicznego dobrobytu – motywuje także zdecydowaną większość żydowskich autorytetów do opowiedzenia się za pełnym dostępem niepłodnych par do procedur *in vitro*, ze względu na cierpienie odczuwane przez kobiety pragnące zostać matkami, a pozbawione możliwości macierzyństwa oraz cierpienie ich mężów.

Zgodnie z zasadą *pikuach nefesz* – ratowania duszy – rządzącą sytuacjami zagrożenia zdrowia i życia, odejście od większości żydowskich reguł religijnych (poza absolutnym zakazem idolatrii, morderstwa oraz odbywania zakazanych stosunków seksualnych – choć ten ostatni zakaz został, już w naszym wieku, tak zmodyfikowany przez żydowskie autorytety należące do denominacji postępowych, aby relacje seksualne między osobami tej samej płci zostały usunięte z listy zakazanych aktów seksualnych), jest nie tylko dozwolone, lecz wręcz nakazane w sytuacjach, kiedy to zastosowanie się do nakazów i zakazów żydowskiego prawa religijnego miałoby spowodować uszczerbek na zdrowiu, znaczące opóźnienie procesu zdrowienia (czy to w aspekcie fizycznym czy psychicznym) czy zagrożenie życia pacjenta. Stanowisko powyższe oparte jest na odnoszących się do wszystkich reguł religijnych (poza wyżej wymienionymi trzema zakazami absolutnymi) słowach traktatu *Joma* 58b (*Joma* to część *Miszny,* tj. stworzonego około roku 217 n.e. zbioru rabinicznych komentarzy do *Tory*, czyli Pięcioksięgu Mojżeszowego): *Będziesz żył dzięki nim, a nie umierał przez nie*. Fragment ten uczeni żydowscy interpretują jako nakaz takiego stosowania zasad Judaizmu, aby prowadziły one wiernych ku życiu, nie zaś ku śmierci. Decyzję o złamaniu danej zasady ze wskazań medycznych lub psychologicznych powinien podjąć poinformowany co do możliwych skutków niezastosowania się do wskazań lekarskich pacjent w porozumieniu z lekarzem, nie zaś sam lekarz. Możliwość uchylenia nakazów żydowskiego prawa przez osobę trzecią (np. opiekuna) istnieje natomiast w przypadku pacjenta cierpiącego na chorobę

psychiczną zagrażającą jego życiu lub życiu innych ludzi oraz pacjenta, którego schorzenie, np. choroba Alzheimera, może stanowić takie zagrożenie.

W jaki sposób lekarze i pielęgniarki w polskich szpitalach mogą odpowiedzieć na wynikające z żydowskiej koncepcji religijności potrzeby pacjenta? Najprościej byłoby oczywiście zapytać samego pacjenta, jakie są jego czy jej potrzeby i oczekiwania. Judaizm to religia ogromnie plastyczna, gdyż praktycznie pozbawiona jednej, obowiązującej wszystkich wierzących wykładni dogmatu i jednej formy praktyki. Pozwala to na dużą różnorodność postaw z uwagi na fakt, iż potrzeby różnych osób i ich rodzin mogą się różnić. Inne będą wymagania i potrzeby tradycyjnie nastawionych, ortodoksyjnych pacjentów, wymagających od siebie szczególnie rygorystycznego przestrzegania żydowskiego prawa, np. w kwestii przestrzegania zasad rytualnych (modlitwy czy rytualnego obmywania rąk), skromności (kontaktów między mężczyznami a kobietami), diety (przestrzeganie koszerności) czy możliwości prawidłowego obchodzenia Szabatu i świąt w warunkach szpitala, a inne Żydów postępowych, którzy do zasad religijnych podchodzą w swobodniejszy i mniej dosłowny, a bardziej symboliczny sposób. W obu przypadkach jednak najprawdopodobniej pojawią się kwestie związane z przestrzeganiem Szabatu oraz obchodzeniem świąt, nakazami koszerności, skromności, modlitwy oraz zakazem *avodah zarah* – uczestniczenia w nieżydowskich praktykach religijnych.

Szabat

Szabat rozpoczyna się w każdy piątek przed zachodem słońca, a kończy w sobotę, około 45 minut po zachodzie słońca. Obchodzony uroczyście na pamiątkę stworzenia świata, Szabat jest formą uświęcania koncepcji czasu i wymaga zarówno wykonywania szeregu religijnych rytuałów, jak powstrzymywania się od większości codziennych czynności. Nie jest on zatem żydowskim ekwiwalentem chrześcijańskiej niedzieli.

Zakazy dotyczące dnia Szabatu zostały opracowane na podstawie listy czynności i prac wymienionych w *Torze* jako konieczne do zaplanowania budowy, a następnie zbudowania Tabernakulum (czyli miejsca przebywania Bożej obecności, zwanego *Miszkan*, na czas wędrówki Izraelitów przez pustynię). Czynności, których nie wolno wykonywać religijnym Żydom podczas trwania Szabatu to m.in. zapalanie światła, podgrzewanie żywności (chyba że nie wymaga to rozpalania ani gaszenia ognia, ani włączania czy wyłączania elektryczności), jazda środkami lokomocji, takimi jak samochód czy autobus oraz np. włączanie przycisków w szpitalnej windzie,

pisanie (w tym np. podpisywanie dokumentów przy przyjęciu lub wypisie ze szpitala), przenoszenie oraz noszenie przedmiotów (np. przy konieczności zmiany przez pacjenta sali, a co za tym idzie, wyniesienia do innego pomieszczenia zawartości szafeczki przy szpitalnym łóżku), posługiwanie się pieniędzmi, rozmawianie przez telefon i robienie planów na następny tydzień. Zakaz ten obejmuje także sytuację, gdy nie-Żyd miałby te czynności wykonać specjalnie dla Żyda (instytucja szabesgoja funkcjonowała zazwyczaj z pogwałceniem tej zasady), dlatego praktykujący Żydzi wolą, aby procedury medyczne oraz administracyjne wykonywane były poza Szabatem. Praktykowane czasem w szpitalach rozwiązanie polega na włączeniu przed rozpoczęciem Szabatu światła na korytarzu tuż obok sali, w której znajduje się pacjent, tak aby możliwe było zaspokajanie jego potrzeb bez konieczności włączania i wyłączania światła w sali z innymi chorymi oraz takie planowanie wykonywania procedur medycznych, by stosowanie się do zaleceń lekarskich nie wymagało od pacjenta naruszania zakazów i nakazów jego religii. Jak jednak wspomniano powyżej, w sytuacji zagrożenia życia lub groźby poważnego pogorszenia się stanu chorego, wszystkie szabatowe reguły zostają zniesione. W związku z tym, jeżeli niemożliwe jest przyjęcie pacjenta do szpitala bez jego podpisu, to wolno mu będzie podpisać dokumenty w Szabat, nie będzie on jednak mógł podpisać ich w sytuacji, gdy jego zdrowie nie jest bezpośrednio zagrożone, tj. przy wypisie. Kobiety ciężarne i rodzące oraz kobiety w połogu i te, które przeszły poronienie lub aborcję traktowane są jak osoby w sytuacji zagrożenia życia, mogą zatem, w rozsądnej mierze, odstępować od przestrzegania zasad rządzących Szabatem. Wolno także złamać te zasady dla ratowania lub poprawienia komfortu życia noworodka lub dziecka poniżej dziewiątego roku życia. Biorąc pod uwagę różnorodność ludzkich potrzeb oraz form żydowskiej religijności, idealnie byłoby przed rozpoczęciem Szabatu zapytać pacjenta (a w przypadku dziecka lub osoby niemogącej całkowicie świadomie podejmować rozsądnych wyborów, jego lub jej rodziców czy opiekunów), co personel medyczny mógłby zrobić, aby umożliwić choremu przestrzeganie zasad religijnych w warunkach szpitalnych, a co za tym idzie, komfort duchowy i emocjonalny.

Święta

Żydowskie święta, takie jak *Pesach, Szawuot, Sukkot, Rosz Haszana* i *Jom Kippur* wymagają przestrzegania szeregu nakazów i ograniczeń oraz odbywania konkretnych religijnych rytuałów. Są to święta ruchome, tzn. przypadają one na różne daty w różnych latach. Większość reguł rządzących dniami świątecznymi

jest podobna lub taka sama jak ograniczenia związane z przetrzeganiem Szabatu. W związku z tym wtedy gdy jest to możliwe, lepiej ustalać procedury medyczne na inne dni. Poniżej omówione zostaną pokrótce święta *Pesach* i *Jom Kippur.*

Pesach to trwające osiem dni święto upamiętniające wyjście Żydów z niewoli egipskiej. Przypada ono zawsze na wiosnę. Aspektem mogącym nastręczać trudności w warunkach szpitalnych jest konieczność niespożywania i nieposiadania w tym czasie *chamecu*, tj. pieczywa i innych produktów ze sfermentowanych zbóż (pszenicy, gryki, ryżu, żyta i orkiszu) oraz zawierających nawet śladowe ilości tych zbóż. Niektórzy Żydzi, zwłaszcza europejscy, obejmują tym zakazem nasiona roślin strączkowych, maku i sezamu. Zabronione są także niektóre napoje (np. piwo czy wódka ze zboża). Nakazem obowiązującym w czasie *Pesach* jest natomiast spożywanie macy – płaskich, kwadratowych lub okrągłych placków wypiekanych z niekwaszonej mąki. Bardziej ortodoksyjni Żydzi spożywają jedynie macę oznaczoną specjalnym symbolem koszerności i napisem *Na Pesach*, dzięki czemu mają pewność, że przy jej produkcji spełniany jest nakaz, aby od chwili wyrobienia ciasta do momentu jego wyjęcia z pieca upłynęło mniej niż osiemnaście minut. *Pesach* jest najpowszechniej obchodzonym z żydowskich świąt, warto zatem zastanowić się, jak zapewnić pacjentowi właściwe dla tego okresu warunki i dietę. Zauważmy jednak, że jeżeli pacjent powinien przyjąć lek zawierający niedozwoloną w czasie *Pesach* substancję, jest on zobowiązany żydowskim prawem do jego zażycia.

Jom Kippur – Dzień Wybaczenia, to przypadający na jesień najświętszy dzień w żydowskim kalendarzu. Tradycyjni Żydzi wierzą, że tego dnia odbywa się Boski sąd nad światem i decydują się dalsze losy wszystkich ludzi. W związku z tym przez cały dzień (od zachodu słońca dnia poprzedniego do zapadnięcia nocy dnia następnego) Żydzi odbywają pokutę modląc się i poszcząc, nie przyjmując również płynów. Nie wolno się także kąpać ani zmieniać ubrania. Podobnie jak w przypadku Szabatu i *Pesach*, Judaizm wymaga złamania zasad rządzących *Jom Kippur,* jeżeli ich przestrzeganie miałoby zaszkodzić zdrowiu czy narazić życie pacjenta. W tym wypadku decyzję także powinien podjąć pacjent poinformowany przez lekarza o jej ewentualnych konsekwencjach medycznych.

Koszerność

Kolejną kwestią jest zachowanie kaszrutu (koszerności), czyli regulowanych nakazami religijnymi zasad żydowskiej diety. Zasady kaszrutu zostały oparte o zakaz spożywania niektórych gatunków mięsa oraz zabronione sposoby jego przygotowania

wymienione w księdze Powtórzonego Prawa oraz Księdze Kapłańskiej, a rozwinięte przez wieki przez rabinów i spisane w *Misznie* (około roku 200 n.e.) i *Talmudzie* (ukończonym około roku 500 n.e.). Obecnie obejmują one nie tylko kwestie dozwolonych pokarmów, lecz także napojów i leków oraz sposoby i warunki ich produkowania oraz spożywania. Zasady koszerności zabraniają np. spożywania owoców morza, owadów, wieprzowiny, mięsa zwierząt niepoddanych ubojowi rytualnemu (*szchita*), mięsa zawierającego nerw kulszowy, produktów zawierających krew oraz produktów, w których skład wchodzi jednocześnie mięso i produkty mleczne lub które zostały przygotowane w naczyniach służących wcześniej do gotowania niektórych produktów lub zostały podane na takich naczyniach.

W warunkach polskiego szpitala ortodoksyjni pacjenci najprawdopodobniej nie będą mogli zjeść nic, zarówno ze względu na używane w szpitalnych kuchniach składniki i naczynia kuchenne, jak też sposób przygotowania potraw i naczynia używane do ich podania. Chociaż pewne produkty są uważane za zazwyczaj koszerne (np. musli, zimna koszerna ryba z puszki, owoce, surowe warzywa, kawa i herbata), to jest ich tak niewiele, że aby uchronić takiego pacjenta przed głodem, może być konieczne dostarczanie mu koszernych posiłków spoza szpitala – chyba, że zastosuje on wobec siebie rabiniczny przepis o konieczności uchylenia zasad religijnych dla ratowania życia.

Chociaż bardzo niewielu współczesnych Żydów przestrzega rygorystycznie zasad koszerności, możliwe, że nawet pacjenci mniej ortodoksyjni powstrzymają się od spożywania niektórych, jeśli nie wszystkich, z poniżej wymienionych dań i produktów: przede wszystkim potraw z wieprzowiny; wszelkich potraw mięsnych (ze względu na fakt niepoddania zwierząt rytualnemu ubojowi, nawet jeżeli mięso takiego zwierzęcia, np. krowy czy kurczaka jest dozwolone do spożycia); dań, do których przyrządzenia użyto jednocześnie mięsa oraz nabiału (np. kurczak z serem albo kawa czy herbata z mlekiem, ciasto lub budyń podane bezpośrednio po mięsnym posiłku); serów podpuszczkowych (ze względu na fakt, że obecność podpuszczki w produkcie mlecznym łamie wyżej wymieniony zakaz łączenia produktów zwierzęcych i nabiału); produktów zawierających żelatynę wieprzową lub koszenilę (większość dostępnych na polskim rynku galaretek, serków homogenizowanych i jogurtów). W związku z tym, jeżeli nie można zapewnić pacjentom dań kuchni koszernej, osobom przestrzegającym tylko niewielu zasad koszerności najprawdopodobniej odpowiadać będzie dieta wegańska lub wegetariańska (np. zimne sardynki z puszki z warzywami), natomiast pacjentom preferującym wysoki stopień koszerności, w diecie należałoby zapewnić bogaty wybór koniecznie surowych owoców i warzyw, do uzgodnienia z pacjentem zależnie od jego przekonań religijnych i stanu zdrowia.

Przy omawianiu kwestii spożywania produktów dozwolonych i niedozwolonych należy wspomnieć także o lekach. Leki w niekoszernych kapsułkach żelatynowych, leki zawierające emulgator monooleinian polioksyetylenosorbitolu, triacetynę lub glicerynę czy nawet witamina (np. witaminy A i D często pochodzą z niekoszernych źródeł) są niekoszerne. Także *de facto* koszerny lek, ale zawierający laktozę, staje się niedozwolony bezpośrednio po spożyciu mięsa. *Notabene* zastrzyki, bez względu na ich skład, są zawsze dozwolone. Należy przy tym pamiętać, że w sytuacji, gdy lekarz uważa, że przestrzeganie zasad kaszrutu lub niezażycie właściwego leku może mieć negatywny wpływ na proces zdrowienia pacjenta, choremu wolno będzie podjąć decyzję o spożyciu niekoszernego dania albo produktu lub o zażyciu niekoszernego leku.

Skromność

Skromność pełni ważną rolę w żydowskiej mentalności, lecz jedynie potrzeby ortodoksyjnych Żydów różnią się w tym względzie od potrzeb przeciętnie skromnych osób innych wyznań, dla których ważne jest kontrolowanie namiętności, agresji, skłonności do plotek, sposobu wyrażania się (unikanie wulgaryzmów) czy kwestie związane z dbaniem o higienę oraz zaspokajaniem potrzeb fizjologicznych. Ortodoksyjni Żydzi, zwłaszcza kobiety, unikają także pokazywania niezakrytego ciała (poza dłońmi i twarzą) oraz ograniczają kontakty z osobami przeciwnej płci (nawet tak pobieżne jak zdawkowa wymiana zdań lub podanie ręki na przywitanie). Zamężne ortodoksyjne kobiety zakrywają włosy i zawsze noszą rajstopy. W warunkach szpitalnych, jeśli zachodzi konieczność zdjęcia ubrania lub, np. w czasie badania, kontaktu fizycznego (dotyk) z osobą płci przeciwnej, zakazy te zostaną uchylone, jednak aby zapewnić pacjentowi czy pacjentce komfort w trakcie badań i procedur medycznych, właściwa byłaby obecność osoby trzeciej tej samej płci co pacjent. Ponieważ nakaz zakrywania ciała i unikania dotyku nie obowiązuje, gdy pacjent i lekarz są tej samej płci, najlepiej byłoby, żeby kobietą zajmował się lekarz płci żeńskiej, a mężczyzną – mężczyzna. Zakaz przebywania w jednym pomieszczeniu mężczyzny i kobiety niebędących członkami rodziny można uchylić, jeżeli drzwi pozostaną otwarte lub jeżeli do sali może w każdej chwili wejść trzecia osoba.

Zasady skromności nie pochodzą z Tory, tradycyjnego źródła żydowskiego prawa, lecz zostały na przestrzeni wieków ustalone przez rabinat, dlatego w ich przestrzeganiu panuje duża dowolność. Podczas gdy Żydzi ortodoksyjni przestrzegają

ich rygorystycznie, dla Żydów postępowych, tj. należących do ruchów reformowanego, konserwatywnego i im pokrewnych denominacji liberalnych, ani przeprowadzanie procedur medycznych, ani badań przez osobę przeciwnej płci nie będzie stanowiło problemu.

Modlitwa i *Avodah zarah* – zakaz uczestnictwa w nieżydowskich rytuałach religijnych

Ważną częścią życia Żyda jest modlitwa. W tradycji żydowskiej modlitwa osoby chorej nie jest prośbą o cudowne uzdrowienie, lecz wyrazem nadziei na takie uleczenie, jakie byłoby zgodne z wolą Bożą. Tradycyjni Żydzi modlą się zazwyczaj na stojąco, trzy razy dziennie i za każdym razem modlitwa trwa około pół godziny. Żydzi postępowi mogą modlić się o wybranych przez siebie porach i w wybrany sposób, tzn. tak jak Żydzi ortodoksyjni lub inaczej. Do większości modlitw nakładane jest specjalne nakrycie głowy – mała, zazwyczaj płaska czapeczka zwana *kipą* lub jarmułką (notabene – religijni Żydzi płci męskiej nieomal zawsze, również w pomieszczeniach, mają głowy zakryte, czy to kipą, czy kapeluszem), rytualny szal modlitewny zwany *tałesem* (tradycyjni Żydzi noszą także stale pod ubraniem tzw. mały tałes: coś w rodzaju białej koszulki bez rękawów zakończonej na rogach frędzlami) oraz zawiązywane rzemieniami na ramieniu i czole małe czarne pudełeczka o nazwie *tefillin* (filakterie, pętlice) zawierające paski pergaminu z zapisanymi pismem odręcznym przez uprawnioną do tego osobę fragmentami tekstów z Księgi Wyjścia 13: 1-10 i 11-16 oraz Księgi Powtórzonego Prawa 6: 4-9 i 11: 13-21. Najlepiej byłoby, gdyby modlitwa mogła odbywać się w spokoju, w warunkach umożliwiających modlącej się osobie pełne skupienie.

W jaki sposób polski szpital może zapewnić pacjentowi wyznającemu Judaizm takie warunki? Czy możliwe byłoby wydzielenie spokojnego miejsca w takiej części szpitalnej kaplicy, w której nie znajdują się chrześcijańskie symbole religijne?

W interdenominacyjnych kaplicach i szpitalach w Wielkiej Brytanii i USA praktykowane jest usuwanie (np. wkładanie do szafy lub zakrywanie płachtą materiału) chrześcijańskich symboli religijnych w czasie, gdy nie odbywa się tam msza, aby umożliwić korzystanie z pomieszczenia osobom innych wyznań. Jeżeli to rozwiązanie jest w polskim szpitalu niemożliwe, np. ze względu na potrzeby emocjonalne i oczekiwania innych pacjentów czy też personelu szpitala, czy byłoby możliwe wyznaczenie dla chorych wyznań innych niż główne nurty chrześcijańskie, oddzielnego, wolnego od jakiejkolwiek symboliki religijnej pomieszczenia?

Innym rozwiązaniem byłoby stawianie na czas modlitwy (tzn. zapewne codziennie, trzy razy dziennie, za każdym razem na pół godziny) parawanu wokół łóżka pacjenta lub pacjentów wyznających Judaizm, aby ci mogli się w spokoju pomodlić.

Chrześcijaństwo, zwłaszcza zaś rzymski Katolicyzm, jest powszechnie obecnym elementem polskiej kultury i tradycji; poza trudnościami wynikającymi z braku prywatności, Żyd ortodoksyjny będzie przeżywał w szpitalu dodatkowy dyskomfort modląc się w sali, na ścianie której zawieszono krzyż lub ikonę. Wynika to z zasady *marit ayin* – zakazu wykonywania w pewnych okolicznościach czynności, które w innych okolicznościach zostałby uznane za dozwolone. *Marit ayin* polega zatem na tym, że nie wolno Żydowi wykonywać czynności, co do których ktoś mogłby powziąć podejrzenie, że są one wykonywane z pogwałceniem żydowskiego prawa oraz takich czynności, które ktoś mógłby opacznie zrozumieć (np. spożywanie wegetariańskiego ekwiwalentu szynki wieprzowej czy warzywnych krabów) i w efekcie, omylnie interpretując to co widział (np. myśląc, że kraby są koszerne), sam owo prawo złamać. Osoba modląca się w pomieszczeniu, w którym wisi krzyż czy ikona, może wyglądać, jakby modliła się do owego symbolu czy też do tego, co ów symbol uosabia; ponieważ w polskim szpitalu symbole chrześcijańskiej religijności znajdują się właściwie we wszystkich pomieszczeniach poza toaletami: w salach chorych, na korytarzach i w dyżurkach, modlitwa taka stanowi złamanie zasady *marit ayin*. Bardziej liberalni Żydzi poradzą sobie w takiej sytuacji odwracając się tyłem, inni zamkną oczy, niektórym zaś obecność nieżydowskiego symbolu religijnego może zupełnie nie przeszkadzać w modlitwie. Bez wątpienia jednak niektórym chorym sytuacja ta nastręczy nieomal nieprzezwyciężalną trudność.

Podobnie trudna jest sytuacja pacjenta wyznającego Judaizm w momencie, gdy duchowny odwiedza chorych w ich salach, aby zachęcać ich do uczestnictwa we mszy czy też sytuacja chorego leżącego, kiedy to chrześcijański duchowny modli się w sali chorych, a pacjent, nie mogąc opuścić pomieszczenia, zmuszony jest przeżywać stres związany z pasywnym uczestnictwem w zabronionym religijnym rytuale. Chociaż niektórzy Żydzi bez oporów wchodzą do kościoła, meczetu czy zboru, również w trakcie odbywania się tam obrzędów religijnych, to Judaizm zabrania uczestnictwa w nieżydowskich praktykach religijnych; co więcej, w odróżnieniu od nakazów skromności, koszerności czy reguł szabatowych, zakaz ten należy do zakazów absolutnych, co znaczy, że nie może być uchylony nawet w sytuacji zagrożenia życia. Pacjent wyznający Judaizm, który nie chce łamać reguły *marit ayin*, musi odrzucić nawet najserdeczniejsze zaproszenia na mszę; choć jest to niewątpliwie sytuacja niezręczna dla obu stron, z punktu widzenia chorego większy dyskomfort związany jest z faktem, że zostaje on postawiony w sytuacji *de facto* przymusowego, publicznego tłumaczenia się z własnej odmienności. W rezultacie wciąż, niestety,

zdarzającej w polskim społeczeństwie niechęci wobec żydowskiej mniejszości religijnej i narodowej, pacjent taki może spotkać się z wrogością niektórych chorych lub części personelu medycznego. Są Żydzi, dla których opowiadanie o Judaizmie i żydowskości jest, bez względu na okoliczności czy ewentualne negatywne konsekwencje, ogromną radością i powodem do dumy i dla takich osób powyżej opisana sytuacja nie będzie stanowiła problemu. Inni jednak mogą ją postrzegać jako drastyczne naruszenie prywatności. Można tu także zastanowić się, czy ta sytuacja nie stanowi naruszenia gwarantowanego mniejszościom ustawą prawa do nieujawniania informacji o przynależności do tychże mniejszości i wyznawanej religii (Ustawy o mniejszościach narodowych i etnicznych oraz o języku regionalnym z dnia 6 stycznia 2005, Dz. U. nr 17 poz.141, z późn. zm., rozdz. 1, art. 4, pkt 2).

Trzeba zauważyć, że nawet przy najlepszej woli personelu medycznego polski szpital nie ma procedur prawnych, dzięki którym mógłby zapewnić ze strony rabina lub innej osoby posiadającej odpowiednie wykształcenie religijne i właściwe kwalifikacje wsparcie choremu wyznającemu Judaizm ani w trakcie jego choroby, ani terminalnie choremu w chwilach poprzedzających zgon, ani jego najbliższym bezpośrednio po śmierci pacjenta. Szpital nie może być obciążony kosztami takiej posługi. Prawo zapewnia większości kapelanów katolickich pracujących w szpitalach podległych bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia zatrudnienie na podstawie stosunku pracy (Kancelaria Sejmu s. 1/30 2015-01-08 Dz. U. 1989 nr 29 poz. 154 ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, art. 31. 2. *W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów państwowych zatrudnią kapelanów skierowanych przez biskupa diecezjalnego*), szpitale nie ponoszą zatem bezpośrednio kosztów ich zatrudnienia. Sytuacja mniejszości religijnych jest zgoła odmienna: zapewnienie chorym i ich rodzinom wsparcia ze strony duchownych ich własnych denominacji na terenie zakładu opieki zdrowotnej wymaga obarczenia kosztami właśnie owych mniejszości. Pojawienie się mechanizmów zrównujących mniejszości religijne w tym aspekcie prawa pozwoliłoby zakładom opieki zdrowotnej pełniej wspierać chorych w ich walce o zdrowie, w radzeniu sobie ze strachem i cierpieniem, a w końcu żałobą.

Transplantacja narządów

W kwestii transplantacji i pośmiertnego pobierania/deklaracji ofiarowywania narządów do transplantacji istnieje obecnie sytuacja zbliżona do konsensusu. Poza skrajną ortodoksją (której przedstawiciele kierują się zasadą nienaruszalności

zwłok) debata dotyczy w tej chwili jedynie definicji momentu śmierci (kwestię tę już omawiałam). Ruchy konserwatywny i reformowany popierają przekazywanie organów do pośmiertnej transplantacji w przypadku procedur ratujących życie, również jeśli taką decyzję mieliby podjąć krewni zmarłego w jego imieniu. Zważywszy na zakaz profanacji zwłok, nie przekazuje się zwłok ani ich części do banków organów, ani w celu prowadzenia działalności badawczej.

Opinie dotyczące pobierania narządów od żywych dawców uzależnione są od praktyki uznanej za wiążącą dla danej denominacji oraz od przewidywanego wpływu na zdrowie dawcy. Ogólnie rzecz biorąc, ofiarowanie narządu osobie potrzebującej uznaję się za *micwę* – akt godny podziwu i szacunku, i za *pikuach nefesz* – ratowanie duszy, czyli wypełnianie woli Bożej. Uzasadnienie pochodzi z talmudycznej interpretacji przykazania z Księgi Kapłańskiej 19:16, zapisanej w Talmudzie jako: *Nie będziesz stał obojętnie, gdy przelewana jest krew twojego bliźniego*. Nie oznacza to przymusu narażania się na uszczerbek na zdrowiu, aby ofiarować narząd potrzebującej osobie, ponieważ nakaz *pikuach nefesz* dotyczy również ochrony własnego życia, można być tak dawcą jak biorcą.

Reanimacja

Kiedy resuscytacja może przynieść uratowanie życia – nawet tylko na kilka minut – powinna być zastosowana, i należy podjąć wszelkie działania mogące uratować pacjentowi życie, nawet jeżeli oznaczałoby to złamanie zasad Szabatu czy święta.

Nachodząca śmierć

Spodziewając się zgonu pacjenta, należy powiadomić jego rodzinę. Gdyby pacjent wyraził takie życzenie, należałoby powiadomić także rabina lub osobę mogącą pełnić obowiązki rabina – jednak nie *jakiegokolwiek* rabina (a to ze względu na wewnętrzną różnorodność Judaizmu, która może sięgać aż po odmowę pochówku w przypadku gdy zasady prądu religijnego reprezentowanego przez danego rabina – będą to zazwyczaj rabini ortodoksyjni – nie pozwalają zaliczyć zmarłego do żydowskiego narodu) – lecz rabina wskazanego przez chorego i/lub jego rodzinę. Ponieważ w Polsce jest tylko kilka osób z wykształceniem rabinicznym, uzyskanie tego typu wsparcia może nie być możliwe.

Spotkanie ze śmiercią jest wydarzeniem traumatycznym. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności; czy do salki szpitalnej, w której leży konający wyznawca Judaizmu, powinien wchodzić ksiądz z sakramentem, potocznie nazywanym ostatnim namaszczeniem? Abstrahując od oczywistego faktu, że wierzący Żyd nie może przyjąć takiej propozycji – a jest ona tym bardziej absurdalna, że w Judaizmie koncepcja ostatniego namaszczenia po prostu nie istnieje – znajdą się Żydzi, dla których podobny gest ze strony chrześcijańskiego duchownego będzie wyrazem dobrej woli i próbą ofiarowania duchowego oraz emocjonalnego wsparcia. Dla innych będzie to brutalne przekroczenie granic prywatności i naruszenie spokoju w ostatnich chwilach życia. Dlatego dobrze byłoby, gdyby personel szpitala uczulał duchownych pełniących posługę na oddziałach szpitalnych na fakt potencjalnej religijnej i kulturowej różnorodności pacjentów.

Goses

Słowa *goses* używa się na określenie osoby znajdującej się pomiędzy życiem a śmiercią – inaczej mówiąc takiej, która najprawdopodobniej umrze w ciągu najbliższych 72 godzin. Talmud naucza, że u wezgłowia umierającego staje *Szechina* (Boża Obecność). Oznacza to, że do konającego należy odnosić się z szacunkiem i czułością, nie unikając go ani nie traktując go przedmiotowo. Ponieważ *goses* nie powinien zostawać sam, należy spodziewać się w szpitalu odwiedzających, którzy mogą pozostawać przy łóżku chorego przez długie godziny, recytując Psalmy i modlitwy, śpiewając i rozmawiając. Umierający zazwyczaj recytuje *Vidui* (recytowany po hebrajsku tekst będący rodzajem spowiedzi i żalu za grzechy) oraz *Sz'ma,* hebrajski tekst mający na celu umocnienie umierającego w wierze w Boga.

Wobec osoby uznanej za *goses* nie wolno podejmować żadnych działań medycznych czy innych, mogących przyspieszyć lub odwlec śmierć. Za przykład może posłużyć pochodząca z Talmudu anegdota: pewien umierający rabin nie mógł odejść z tego świata, ponieważ leżąc na łożu śmierci słyszał zza okien modlitwę błagalną swych uczniów. Mądra służąca rabina wspięła się na dach domostwa, skąd strąciła na ziemię ciężki gliniany dzban. Kiedy naczynie głośno rozbiło się o ziemię, zaskoczeni uczniowie przerwali modły o ozdrowienie rabina, a wtedy cisza mogła uwolnić jego duszę. Służąca, jak uczy Talmud, odnalazła nagrodę w przyszłym świecie [1].

Pomimo powyższej zasady, nawet rabini ortodoksyjni pozwalają na podawanie środków przeciwbólowych – nawet jeżeli podanie takiego środka mogłoby jako

skutek uboczny spowodować zatrzymanie oddechu. Celem podania leku musi jednak być ulżenie cierpieniu a nie celowe przyspieszenie śmierci chorego. Zgodnie ze słowami codziennej modlitwy: *To Ty tchnąłeś we mnie [moją duszę] i to Ty ją we mnie zachowasz. Ty w przyszłości ją mi odbierzesz i Ty zwrócisz, gdy nadejdzie pora*, w Judaizmie istnieje całkowity zakaz eutanazji.

Zaprzestanie terapii

Żydowskie prawo zabrania eutanazji, nawet jeżeli chory cierpi ból. Dopuszczalność zaprzestania kontynuowania lub odstąpienia od wszczęcia procedur medycznych utrzymujących podstawowe funkcje życiowe u pacjentów w stanie wegetatywnym oraz u chorych cierpiących na nieodwracalne i śmiertelne choroby jest natomiast kwestią sporną. Źródłem braku konsensusu wśród znawców żydowskiego prawa religijnego jest przede wszystkim pytanie, czy wdrażanie takich procedur należy uznać za element procesu leczenia, czyli *pikuach nefesz* – ratowanie życia, czy też jest to jedynie przedłużanie cierpienia chorego i jego rodziny; inaczej mówiąc, spór dotyczy określenia celu podejmowania takich działań.

Najnowsze wytyczne autorytetów Judaizmu postępowego wskazują, że utrzymywanie funkcji życiowych u pacjenta, u którego według kanonów obecnej wiedzy medycznej brak jest szans na efekt leczniczy, nie ma uzasadnienia jako *pikuach nefesz* – ratowanie życia. Jeżeli chory jest świadomy swego stanu i rokowań, to ma prawo nie wyrazić zgody na wdrożenie procedur takich jak odżywianie przez sondę, żywienie pozajelitowe czy sztuczne nawadnianie; wolno mu także odmówić przyjmowania leków i podłączenia do aparatury medycznej. W przypadku osób nieprzytomnych podjęcie decyzji spada na najbliższych chorego. Jednocześnie zastosowanie działań podtrzymujących funkcje życiowe w przypadkach takich jak długotrwała śpiączka spowodowana urazem głowy lub konieczna dla zdrowienia po zabiegu chirurgicznym stanowi ratowanie życia, jest zatem konieczne. Tak samo chory, którego stan zdrowia rokuje szansę poprawy i powrotu do funkcjonowania bez pomocy aparatury podtrzymującej życie powinien, również w ramach *pikuach nefesz*, poddać się wszelkim proponowanym przez personel medyczny procedurom dającym szansę poprawy, nawet jeżeli stwarzałoby to ryzyko przyspieszenia jego śmierci [1].

Nie jest to jednak jedyna opinia: ortodoksyjni znawcy żydowskiego prawa religijnego twierdzą, że zaprzestanie utrzymywania przy życiu chorego, u którego być może nie nastąpiła śmierć mózgowa, którego serce bije, oraz nie jest wykluczone, że oddychanie utrzymałoby się po odłączeniu pacjenta od aparatury, jest aktem

morderstwa, a zatem czynem zabronionym. Bez względu na stan pacjenta i rokowania ani lekarz, ani pacjent, ani rodzina, nie mogą odmówić kontynuowania terapii.

Chociaż Judaizm ortodoksyjny przyjmuje w kwestii dopuszczalności odstąpienia od procedur medycznych odmienną postawę niż większość współczesnych żydowskich denominacji, istniejący w tej kwestii konsensus jest w zasadzie zgodny z polskim prawodawstwem medycznym i karnym. Główną różnicą jest to, że polskie prawo daje w kwestii decyzji więcej władzy lekarzowi, Judaizm natomiast skupia się na decyzji chorego. Personel medyczny powinien rozpatrywać indywidualnie każdy przypadek, biorąc pod uwagę celowość terapii oraz potrzeby pacjenta, ewentualnie także jego rodziny.

Po śmierci

Jeżeli członkowie rodziny lub przyjaciele czuwający przy łożu chorego są obecni w momencie jego śmierci, można spodziewać się, że wyrecytują Baruch Dayan Ha-Emet (Błogosławiony Sędzia Sprawiedliwy). Mogą także, choć nie muszą, dokonać *kri'a* (rozdarcie fragmentu odzieży). Ponieważ zmarły nie powinien pozostawać sam, natychmiast po śmierci rozpoczyna się *sz'mira* („pilnowanie" ciała).

Jeśli w momencie śmierci pacjent był sam, należy skontaktować się z rodziną i ewentualnie jego rabinem lub osobą pełniącą tę funkcję. Personel szpitala może natychmiast przeprowadzić podstawowe procedury, takie jak: zamknięcie oczu i ust. Wolno usunąć cewniki, wenflony, rurki intubacyjne, itp oraz cały podłączony do ciała sprzęt medyczny, wolno również zgodnie z potrzebami opatrzyć miejsca po wkłuciach.

Zwłoki powinny zostać ułożone płasko, z otwartymi dłońmi i ramionami wyciągniętymi wzdłuż boków i wyprostowanymi nogami. Jeżeli jest taka możliwość, bliscy zmarłego zajmą się powiadomieniem specjalnej żydowskiej instytucji, *Chewra kadisza* (działające przy synagogach *Bractwo pogrzebowe*), która przejmie obowiązki związane z przygotowaniem ciała do pogrzebu. Obmycie ciała i usunięcie opasek identyfikacyjnych nie będzie wtedy konieczne. Jeżeli nie ma możliwości skorzystania z usług *Chewra Kadisza*, należy postępować, jak nakazują przewidziane procedury.

Ciało powinno zostać owiniete w całun pogrzebowy i umieszczone w miejscu przewidzianym przez przepisy. Tradycja nakazuje, aby krewni i przyjaciele czuwali przy ciele zmarłego, recytując modlitwy. O ile pozwalają na to procedury szpitalne, życzenie to powinno zostać uszanowane. Osoby te mogłyby np. zająć miejsce w dowolnej dozwolonej części obiektu, jednak jak najbliżej zwłok.

Ponieważ pochówek powinien mieć miejsce tak szybko jak to możliwe, należy jak najszybciej umożliwić odebranie zwłok. Może pojawić się prośba o umożliwienie pochowania amputowanych części ciała. Nawet pacjenci nie odznaczający się specjalną religijnością życzyliby sobie zapewne jak najszybszego pochówku. Jeżeli jednak śmierć ma miejsce podczas Szabatu lub innego święta, przygotowania do pochówku będą przesunięte.

Sekcje zwłok

Choć w zasadzie nie zezwala się na sekcję zwłok, istnieją wyjątki. Sekcję można przeprowadzić, gdy taką konieczność stwierdzi lekarz medycyny sądowej.

Podsumowanie

Dzisiejsze relacje między żydowską moralnością, etyką i religią a kulturą, medycyną czy polityką różnią się znacząco od tego, jakimi były niegdyś. Związane jest to ze zmianą relacji żydowskich społeczności i autorytetów do siebie samych, z otwarciem się większości żydowskich społeczności na otaczające je religie, kultury, zdobycze technologiczne oraz najnowsze odkrycia medycyny i nauk ścisłych oraz z poszerzeniem się i dywersyfikacją normatywnych reguł i praktyk w rezultacie wewnętrznego podziału zapoczątkowanego wśród Żydów Europy i Ameryki przez dziewiętnastowieczne reformy religijne i kulturowe.

Pamiętając o tym, że Judaizm z pewnością nie przemawia dziś jednym głosem, można zarazem stwierdzić, że istnieją poglądy i zwyczaje, które są akceptowane przez większość współczesnych Żydów, podczas gdy akceptacja innych stanowi raczej sytuację wyjątkową.

Zasadą, którą należy się kierować podejmując decyzje dotyczące pobytu chorego w placówce ochrony zdrowia, procesu leczenia, wprowadzania i odstępowania od procedur medycznych, ostatnich chwil chorego, i w końcu traktowania jego ciała bezpośrednio po śmierci, jest dobro pacjenta oraz szukanie wskazówek bezpośrednio u osoby chorej i jej rodziny. Innymi słowy: jeśli pacjent jest przytomny, o rozwianie niejasności należy poprosić pacjenta; jeżeli jest nieprzytomny, decyzję należałoby scedować na członków jego najbliższej rodziny. Jeżeli wolą pacjenta jest, by decyzję powziął rabin, należy ją uszanować. Trzeba tu jeszcze raz podkreślić, że

osobą, u której personel szpitala zasięgnie porady, nie może być jakikolwiek rabin, ponieważ poglądy różnych rabinów na temat właściwości stosowania poszczególnych procedur medycznych będą się różnić.

Właściwa, holistyczna opieka lekarska to nie tylko wdrażanie procedur medycznych pomagających pacjentom powrócić do zdrowia i przynoszenie im ulgi od bólu, ale i dbałość o komfort psychiczny. Prawdopodobnie dla każdego wierzącego człowieka wierność tak czy inaczej pojmowanym regułom własnej religii zajmuje poczesne miejsce wśród potrzeb emocjonalnych. Znajomość ograniczeń religijnych i żywieniowych oraz norm regulujących relacje interpersonalne pacjentów wyznających Judaizm z nieżydowskim otoczeniem polskiego szpitala może pomóc lekarzom i personelowi medycznemu w zapewnieniu tym pacjentom takich warunków hospitalizacji, w których leczenie szpitalne nie będzie musiało dla nich oznaczać konieczności łamania zasad wiary.

Czy istnieją lub mogą powstać rozwiązania mogące ułatwić hospitalizowanym chorym wyznającym Judaizm zachowanie religijnej i moralnej integralności przy jednoczesnym utrzymaniu obecnie istniejącego pełnego dostępu pacjentów wyznających religie chrześcijańskie do tak potrzebnej w szpitalu opieki duszpasterskiej? Jestem pewna, że pogłębiona wiedza i wzajemna empatia pozwolą nam na to pytanie odpowiedzieć twierdząco.

Piśmiennictwo

1. Rosen J., *The Talmud and the Internet: A Journey between Worlds*, Picador, 2001.
2. Staff M. J. L., *Two Jewish Views on End of Life Issues. The Conservative movement validates two opinions on ceasing medical treatment for terminally ill patients*, http://www.myjewishlearning.com/article/two-jewish-views-on-end-of-life-issues/, data pobrania 14.02.2016.

Zalecana literatura

1. David N., *Matters of Life and Death: a Jewish Approach to Modern Medical Ethics*, (w:) *First Things*, Nov 1999, http://www.firstthings.com/article/1999/11/matters-of-life-and-death-a-jewish-approach-to-modern-medical-ethics, data pobrania 12.02.2015.
2. Freeman D. L., Abrams J. Z., *Illness and Health in the Jewish Tradition: Writings from the Bible to Today*, Jewish Publication Society, Philadelphia 1999.

3. Friedman D. A., *Jewish Pastoral Care, 2nd Edition: A Practical Handbook from Traditional & Contemporary Sources*, Jewish Lights Publishing, Woodstock, VT 2011.
4. Levin J., Prince M. F., *Judaism and Health. A handbook of Practical, Professional and Scholarly Resources*, Jewish Lights Publishing, Woodstock, VT 2013.
5. The 614 Commandment Society, *Pełna lista pytań i odpowiedzi na tematy dotyczące judaizmu,* http://the613thcs.com

Zbigniew Igielski

PACJENT BUDDYSTA I HINDUISTA WOBEC ZAGADNIEŃ CHOROBY I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Region Azji Południowo-Wschodniej, do którego zalicza się kraje leżące na subkontynencie indyjskim (Indie, Pakistan, Sri Lanka, Malediwy, Nepal, Bangladesz oraz Bhutan), jest jednym z najgęściej zaludnionych obszarów świata. Same Indie zamieszkuje ponad 1,2 miliarda mieszkańców. Pozostałe kraje regionu mają równie wysokie dane statystyczne, np. Bangladesz, gdzie na 1 km kw. mieszka ponad 1 tys. osób. Region ten charakteryzuje się również trudnymi warunkami klimatycznymi oraz stosunkowo niskim poziomem wiedzy dotyczącej zapobiegania chorobom. Znaczne rozwarstwienie społeczne oraz utrudniony dostęp do fachowej opieki medycznej stanowi znaczne wyzwanie dla elit rządzących w krajach omawianego obszaru.

Istotnym czynnikiem mającym wpływ na podejście do kwestii choroby, leczenia oraz pacjenta, stanowią religie, które wywodzą się z subkontynentu indyjskiego.

Religie subkontynentu indyjskiego a podejście pacjenta do leczenia oraz kwestii choroby

Najstarszą znaną religią na subkontynencie jest Hinduizm lub, jak powinno się poprawniej określać, zbiór wierzeń i odrębnych religii uznających się za części wspólne Hinduizmu. Wielość bóstw i opowieści mitologicznych związanych z tą religią może początkowo przytłoczyć, zwłaszcza gdy będziemy próbowali

zrozumieć Hinduizm stosując „europejski" sposób pojmowania rzeczywistości. Wierzenia hinduistyczne będą wydawać się bardzo chaotyczne i niepowiązane ze sobą, czasami wręcz sprzeczne. Ambiwalentność i brak spójności na tle skomplikowanych rytuałów religijnych mogą wywołać u przeciętnego Europejczyka poczucie silnego skonfundowania podczas prób znalezienia zrozumienia i przeniesienia Hinduizmu na grunt europejski. Nie będziemy się tu wdawać w szczegółowe prezentowanie wierzeń hinduistycznych, ale skupimy uwagę Czytelnika wyłącznie na kwestiach religijnych, które mają znaczenie przy kontaktach międzykulturowych, gdzie punktem łączącym w tym opracowaniu jest podejście pacjenta do leczenia oraz kwestii choroby.

Hinduizm zakłada, że każda istota posiada duszę, która po śmierci wciela się w kolejną istotę, którą może być zwierzę, owad, człowiek, itd. Nie są to przypadkowe wcielenia – w znacznym uproszczeniu – wynikają one z sumy dobrych i złych uczynków z poprzedniego życia. Wyznawcy Hinduizmu dzielą swoje społeczeństwo na cztery podstawowe klasy (warny) oraz bardzo dużą liczbę kast i podkast (*dźiati*). Najwyższa klasa to bramini – kapłani, którzy mają prawo do noszenia świętej nici (*dźhaneu*), przerzuconej przez ramię aż do pasa. Niższe trzy kolejne klasy to kszatriowie (wojownicy i monarchowie), wajśjowie (kupcy), siudrowie (robotnicy rolni). Jest to tradycyjny podział, którego początki sięgają najprawdopodobniej V-VI w. p.n.e. Poszczególne klasy dzielą się na wielorakie kasty, często związane z wykonywanym zawodem. Osoby, które wypadły poza system kastowy z powodów religijnych bądź w wyniku mezaliansu międzykastowego w małżeństwie, stanowią najniższą grupę społeczną, często nazywaną niedotykalnymi. Podział społeczeństwa hinduskiego na kasty został oficjalnie zniesiony w Indiach, lecz mimo zakazów nadal są one uznawane. Osoby pochodzące z niższych kast nie powinny spożywać posiłków razem z niższymi kastami, gdyż obecność tych drugich może skazić pożywienie. Osoby, które narażą się na tego typu niebezpieczeństwo, musza przejść szereg rytuałów polegających na oczyszczeniu duchowym. Spożywanie posiłku przygotowanego przez osobę pochodzącą z najniższych kast w podobny sposób może spowodować jego skażenie rytualne.

Pozostałe religie wyznawane na obszarze subkontynentu nie uznają podziału społecznego według systemu warnowo-kastowego. Buddyzm i Dżinizm odrzucają system kastowy, a Sikhizm wręcz nakazuje swoim wyznawcom wspólne spożywanie posiłków w przyświątynnych kuchniach (*langar*), aby podkreślić równość wszystkich wyznawców. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że Sikhizm, który powstał w wyniku połączenia i uproszczenia koncepcji nurtów religijnych pochodzących ze średniowiecznych ruchów w obrębie Islamu i Hinduizmu, z założenia odrzuca podziały kastowe – nowi wyznawcy tej religii wywodzący się z tradycji

hinduistycznych, spożywając wspólnie posiłki, wyzbywali się przekonania o skażeniu rytualnym żywności przez niskie kasty, z których sami często się wywodzili.

Wspomniana wcześniej hinduistyczna koncepcja wiary w karmę, czyli cykl kolejnych wcieleń bazujący na zależności przyczynowo-skutkowej między kolejnymi wcieleniami, narzuca niechęć do polepszania swojego bytu lub ingerowanie w cierpienie spowodowane chorobą. Ingerowanie w kosmiczny proces karmy może spowodować fatalne skutki dla człowieka, który będzie próbował wyeliminować ze swojego życia ból, poniżenie bądź odrzucenie przez innych. Zgodnie z wierzeniami, stan taki jest wynikiem złych uczynków popełnionych w poprzednim życiu. Powstrzymywanie karmy przed wymierzeniem sprawiedliwości spowoduje, iż w następnym życiu może powrócić ze zdwojoną siłą. Jest to ciągle charakterystyczne podejście niskich kast w Hinduizmie. Uporczywe podtrzymywanie przy życiu jest również sprzeczne z prawem karmicznym. Pacjent lub jego rodzina pochodząca z takiej grupy społecznej może obawiać się stosowania uporczywej terapii bądź może mieć poważne obiekcje przy wyrażaniu zgody na przyjmowanie przeszczepianych narządów lub oddawanie narządów do przeszczepu. Z podobnych powodów może pojawiać się obawa przed stosowaniem medycyny zachodniej, jako wytworu nauki, która nie wywodzi się z Hinduizmu.

W regionie Azji Południowo-Wschodniej znanych jest kilka rodzimych systemów leczenia, które istnieją od kilku tysięcy lat. Najbardziej rozpowszechniona medycyna oparta na hinduistycznej koncepcji istnienia schorzeń nazywana jest w sanskrycie, starożytnym i sakralnym języku Hinduizmu – ajurwedą – „wiedza o życiu". Według tej nauki wszystko, co nas otacza, czyli również ciało ludzkie składa się z pięciu żywiołów: powietrza, eteru, ognia, wody i ziemi. Dodatkowo istoty żywe posiadają jeszcze jeden element nazywany prana, który można przetłumaczyć w uproszczeniu jako oddech. Zdrowie ludzkie zależy od właściwego przepływu prany przez kanały zwane *nadi*. Właściwe współgranie i oddziaływanie poszczególnych żywiołów na siebie gwarantuje poprawne funkcjonowanie organizmu. Choroba jest niczym innym jak wynikiem braku harmonii w organizmie. Zgodnie z ajurwedyczną myślą należy zapobiegać takim sytuacjom przez udrażnianie kanałów, którymi przepływa energia w organizmie. Służą temu specyficzne masaże prowadzące do oczyszczenia organizmu z zalegających zanieczyszczeń. Do masażu ajurwedycznego stosuje się olej kokosowy lub migdałowy. Zadaniem medycyny ajurwedycznej jest również przywracanie balansu psychicznego. W tym celu wykonuje się specjalny zabieg nazywany *sirodhara*, polegający na miarowym polewaniu czoła pacjenta jednolitą strugą ciepłego oleju. Zabieg ten jest poprzedzany masażem głowy. Preparaty wspomagające przywrócenie balansu w organizmie produkowane są z roślin i minerałów. Zgodnie z nauką ajurwedyczną właściwe

proporcje energetyczne w organizmie pojawiają się dopiero po wykonaniu serii zabiegów. Koniecznym jest również stosowanie diety, która wyklucza wszelkie produkty pochodzenia zwierzęcego oraz kawę i herbatę. Wszystkie owoce i warzywa dzielą się na dwie główne grupy: powodujące ochłodzenie organizmu bądź jego rozgrzanie. Zasady odżywiania przy poszczególnych schorzeniach są ściśle ustalane na bazie tego podziału. Posiłki w szpitalach, gdzie stosuje się ajurwedyjską metodę zapobiegania schorzeniom lub leczenie chorób już istniejących, przygotowuje się w specjalnych, cynowych naczyniach. Jedzenie raz przygotowane nie może być ponownie podgrzewane.

Ajurweda jest najbardziej popularną, niezachodnią medycyną stosowaną na subkontynencie indyjskim. Poza nią istnieją również metody leczenia nazywane *siddha*, *gharelu iladź* (dosł. lecznictwo domowe) oraz *junani*. *Siddha* uznawana jest za prekursora medycyny ajurwedyjskiej, znana wyłącznie na południowym wschodzie Indii, w stanie Tamil Nadu. Dwa pozostałe typy medycyny wywodzą się ze środowisk muzułmańskich subkontynentu i stosowane są głównie przez wyznawców tej religii. Podobnie jak ajurweda, pozostałe metody leczenia opierają się głównie na ziołolecznictwie.

Wraz z kolonizatorami, głównie Anglikami, Portugalczykami i Francuzami, do Azji Południowo-Wschodniej dotarła zachodnia myśl medyczna. W ciągu kilku stuleci metody leczenia bardzo szybko się rozprzestrzeniły i z czasem zostały uznane przez wyższe sfery społeczne za rodzime. Ze względu na znacznie wyższą skuteczność we współczesnych Indiach łatwiej jest obecnie poddać się leczeniu według prawideł zachodniej medycyny niż własnej, rodzimej.

W żadnym z krajów subkontynentu właściwie nie istnieje darmowa opieka medyczna. Szpitale finansowane przez państwo są w bardzo złym stanie, nie przestrzega się podstawowych zasad higieny, brak lekarzy specjalistów. W wyniku takiej sytuacji rozwijają się z powodzeniem sieci bardzo drogich szpitali prywatnych, gdzie opieka lekarska jest dostępna tylko dla bogatej warstwy społecznej.

Szpitale państwowe oraz prywatne pozwalają rodzinom pacjentów przebywać razem. Wybrany członek rodziny może nocować w szpitalu w tym samym pomieszczeniu, w którym przebywa pacjent. Większość szpitali wymaga przy wpisie podania danych członka rodziny bądź bliskiej osoby, która będzie opiekować się pacjentem w czasie hospitalizacji. Osoba ta ma również prawo do podejmowania decyzji dotyczących stosowania terapii. Asystuje podczas mycia się i podaje jedzenie. Zasada ta jest ogólnie akceptowana pomimo zatrudnionych w szpitalach pielęgniarek i pielęgniarzy. Funkcja tych ostatnich ogranicza się wyłącznie do podawania leków i wykonywania podstawowych zabiegów. Dla pacjentów pochodzących z kręgu kulturowego subkontynentu indyjskiego dużym problemem może

być zbiorowo przygotowywana żywność, a zwłaszcza obecność potraw niewegetariańskich.

Europejska obsługa szpitalna musi zwracać szczególną uwagę na wyraźny podział między czynnościami, które trzeba wykonywać prawą lub lewą ręką. Z przyczyn kulturowych ręka prawa służy do podawania pokarmu i picia, natomiast ręki lewej używa się do usuwania nieczystości oraz kwestii związanych z korzystaniem z toalety. Karmienie drugiej osoby lewą ręką może zatem być odebrane jako wyjątkowo obraźliwe. Ponadto należy zwrócić również uwagę na niepozorne dla oka Europejczyka nici przewiązane przez nadgarstek pacjentów. Są one zwykle koloru białego, pomarańczowego lub czerwonego. Oznaczają one złożenie ofiary w świątyni hinduskiej lub odbycie pielgrzymki. Nici te uznawane są za święte i w żadnym wypadku nie należy ich przecinać. Można je odwiązać wyłącznie za zgodą pacjenta lub jego rodziny. Po odwiązaniu nici takiej nie należy wyrzucać – najlepiej przekazać rodzinie.

Indyjskie prawo jest stosunkowo skomplikowane jeśli chodzi o kwestię transplantacji. Spokrewnieni dawcy nie stanowią tu problemu, jednak przeprowadzenie przeszczepu organu od dawcy niespokrewnionego wymaga podjęcia sporych biurokratycznych kroków, łącznie z zatwierdzeniem zgody na przeszczep przez władze stanowe. Celem unikania takich znacznych opóźnień, w niektórych regionach Indii wprowadzono prawa jazdy z potwierdzoną przez jego posiadacza zgodą (lub odmową) na pobranie organów, jeśli w wyniku wypadku nastąpi śmierć mózgowa posiadacza takiego prawa jazdy. Prawodawstwo indyjskie zabrania również pobierania opłat za oddane dobrowolnie organy. Świadomość istoty transplantologii jest w Indiach stale na niskim poziomie. Często zdarzają się w szpitalach przypadki, gdy rodziny zmarłych pacjentów odmawiają pobrania organów ze względów religijnych. Hinduizm, Buddyzm czy Sikhizm zakładają, że każdy organ jest integralną częścią ciała człowieka, które po śmierci powinno być natychmiast poddane kremacji, aby przyspieszyć proces opuszczenia ciała przez duszę. Wszelkie opóźniające ten proces działania są niewskazane, ponieważ mogą doprowadzić do zaburzenia procesu reinkarnacji, tzn. ponownego urodzenia. Z tego samego powodu rodziny bardzo niechętnie zgadzają się na sekcję zwłok. Tego typu zabiegi wykonywane są wyłącznie na polecenie sądu. Hindusi wierzą, że śmierć jest przejściem z jednego bytu do następnego, dlatego nie należy stwarzać żadnych przeszkód w trakcie tego procesu. Wszelkie rodzaje sztucznego podtrzymywania przy życiu są sprzeczne z podstawowym pojęciem *karmy*, prawa przyczynowo-skutkowego. Intubacja, sztuczne karmienie lub inne przejawy uporczywego podtrzymywania życia mogą być zrozumiane jako sprzeczne z Hinduizmem, Buddyzmem czy Sikhizmem. Natomiast medycyna paliatywna jest zupełnie zgodna z tradycyjną

myślą religijną subkontynentu indyjskiego, gdyż prowadzi do naturalnej śmierci wyznaczonej przez prawo *karmy*. Religijni Hindusi wierzą, że tuż przed śmiercią należy podać do ust umierającego liść świętej rośliny *tulsi* (bazylia azjatycka, *Ocimum tenuiflorum*) wraz z paroma kroplami ze świętej rzeki Ganges, co ma ułatwić jego duszy łagodniejsze przejście z jednego wcielenia do drugiego. Sikhowie i Buddyści nie uznają jednak tego rytuału za istotny.

Podsumowanie

Różnice kulturowe mają ogromne znaczenie w trakcie leczenia. Niewiedza może doprowadzić do serii nieporozumień, a w rezultacie do negatywnych konsekwencji. W przypadku wszelkich wątpliwości najlepiej pytać pacjenta o stosowność zachowań i procedur medycznych, aby nie dopuścić do pojawienia się braku zaufania do lekarza. W przypadku pacjentów pochodzących z kręgu kulturowego subkontynentu indyjskiego bardzo istotnym wydaje się właściwe przygotowanie lekarza lub obsługi medycznej szpitala, którzy podczas pierwszego kontaktu w czasie hospitalizacji powinni ustalić powyżej omówione religijne i kulturowe uwarunkowania pacjenta i, w miarę możliwości, stosować się do nich.

Literatura uzupełniająca

- Kudelska M., *Hinduizm*, Mała Biblioteka Religii, Wydawnictwo WAM, Kraków 2006.
- Igielski Z., *Sikhizm*, Mała Biblioteka Religii, Wydawnictwo WAM, Kraków 2008.
- Giaco T., *Świat buddyzmu tybetańskiego*, Wydawnictwo MUDRA, 2002.

OPIEKA MEDYCZNA NAD PACJENTEM – ŚWIADKIEM JEHOWY

Wprowadzenie

Świadkowie Jehowy to chrześcijańska społeczność religijna, licząca przeszło 8 200 000 osób w 239 krajach [1]. Ponieważ w Polsce jest ponad 123 tysiące Świadków, może się zdarzyć, że lekarz, pielęgniarka lub inna osoba z personelu medycznego spotka takiego pacjenta w szpitalu lub w jednostce podstawowej opieki zdrowotnej [2].

Celem niniejszego rozdziału jest udzielenie stosownych informacji oraz odpowiedzi na pytania, jakie w tej szczególnej sytuacji mogą się nasunąć pracownikom ochrony zdrowia, którzy starają się zapewnić jak najlepszą opiekę medyczną pacjentom – Świadkom Jehowy.

Świadkowie Jehowy wierzą, że *całe Pismo jest natchnione przez Boga i pożyteczne do nauczania, do upominania, do prostowania* (2 Tymoteusza 3:16), dlatego studiują Słowo Boże, Biblię, i starają się wprowadzać w życie zawarte w niej rady. Kiedy podejmują różne decyzje, w tym również natury medycznej, usiłują zharmonizować je z zasadami biblijnymi, aby zachować swą osobistą więź z Bogiem.

Stanowisko Świadków Jehowy w sprawie leczenia

Świadkowie Jehowy cenią życie jako dar od Boga i w rozsądnej mierze robią wszystko, by je chronić i przedłużać. Kładą duży nacisk na życie rodzinne oraz uczciwie przykładają się do pracy. Są życzliwi i w miarę możliwości śpieszą drugim

z pomocą. Nie palą tytoniu, nie zażywają narkotyków, nie nadużywają alkoholu. Unikają ekstremalnych sportów i form rozrywki. Starają się przestrzegać przepisów ruchu drogowego, wiedząc, że służy to ochronie życia własnego i innych. Wydawana przez nich literatura, dostępna w ponad 700 językach, zawiera dużo rzetelnych i praktycznych informacji, również z zakresu ochrony zdrowia [np. 3-6].

W razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku Świadkowie Jehowy szukają jak najlepszej opieki medycznej i chętnie godzą się na przeważającą większość metod leczenia. Nie wierzą w uzdrawianie wiarą ani go nie praktykują. W kontaktach ze środowiskiem medycznym pragną się kierować zasadą, którą można ująć słowami: *wymiana myśli i współpraca, a nie konfrontacja*. Ilustruje to list, który wystosowali do Naczelnej Izby Lekarskiej w lutym 1993 roku:

> *Pragniemy też na ręce Naczelnej Izby Lekarskiej złożyć podziękowanie wszystkim lekarzom, którzy ofiarnie nieśli nam pomoc w wielu trudnych, niekiedy dramatycznych przypadkach, szanując przy tym wolę pacjenta. Było to żywym unaocznieniem, jak rzetelna wiedza, ofiarność i wartości humanitarne lekarza zjednują mu głębokie zaufanie i wdzięczność chorego i jego rodziny. Lekarze ci nie tylko ratowali pacjentom zdrowie lub życie, lecz także pomagali w zachowaniu uznawanych wartości, które Świadkowie Jehowy cenią najwyżej. Wszyscy ci lekarze postąpili zgodnie z Przyrzeczeniem Lekarskim, by „chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należny im szacunek". W oczach pacjentów przydali oni swoją postawą godności stanowi lekarskiemu. Bez względu na to, czy chorujemy i musimy się leczyć, czy też cieszymy się dobrym zdrowiem, pragniemy traktować lekarzy jako swoich bliźnich i cieszymy się, gdy nam to ułatwiają!* [7].

Chociaż od opublikowania tej wypowiedzi minęło ponad 20 lat, zawarte w niej zasady w dalszym ciągu są aktualne. Stosunek Świadków Jehowy do różnych kwestii medycznych podano poniżej:

Aborcja: świadome wywołanie poronienia tylko po to, by nie urodzić niechcianego dziecka, oznacza umyślne odebranie życia człowiekowi i jest dla Świadków Jehowy niedopuszczalne. Jeżeli podczas porodu trzeba wybrać między życiem matki a życiem dziecka, decyzję w tej sprawie podejmują rodzice lub prawni opiekunowie.

Alkohol, leki i narkotyki: Biblia nie zabrania umiarkowanego spożywania napojów alkoholowych (Powtórzonego Prawa 14:26; Efezjan 5:18; 1 Tymoteusza 5:23). Biblijne zasady dotyczące umiaru oraz szacunku dla życia i władz umysłowych wykluczają zażywanie substancji uzależniających, np. tytoniu czy narkotyków

zażywanych nieleczniczo. Stosowanie narkotyków pod nadzorem lekarza, łącznie z podawaniem ich w celu uśmierzenia ciężkiego bólu, jest kwestią osobistą.

Antykoncepcja i kontrola urodzin: Pismo Święte nie zabrania kontroli urodzin. Każda para małżeńska osobiście ustali z poczuciem odpowiedzialności, czy będzie korzystać z odpowiednich metod planowania rodziny. Jednakże Świadkowie Jehowy odrzucają metody antykoncepcji o działaniu poronnym.

Dawstwo i transplantacja narządu: chociaż Biblia zakazuje spożywania krwi, to nie ma w niej bezpośredniego przykazania zabraniającego korzystania z innej tkanki ludzkiej. Dlatego decyzja, czy zgodzić się na transplantację lub dawstwo jakiegoś narządu, jest sprawą osobistą.

Eutanazja: (patrz: „Przedłużanie życia, prawo do śmierci i testament życia, oświadczenia woli *pro futuro*").

Frakcje krwi: poglądy religijne Świadków Jehowy nie wykluczają całkowicie używania albumin, immunoglobulin, czynników krzepnięcia i roztworów hemoglobiny – a więc frakcji pochodzących z podstawowych składników krwi. Lekarze powinni się zawczasu upewnić, które preparaty lub zabiegi dany pacjent akceptuje. (Zobacz: Tabela 1).

Obrzezanie: obrzezanie przestało mieć jakiekolwiek znaczenie religijne we wczesnym okresie chrystianizmu w pierwszym wieku n.e. (1 Koryntian 7:19). Zatem obecnie w przypadku małoletniego syna jest to osobista decyzja rodziców. Zwyczaj okaleczania narządów płciowych u dziewczynek to zabieg niepotrzebny i okrutny.

Pełnomocnik medyczny: w wielu krajach, stosownie do osobistej sytuacji i przepisów prawa, każdy Świadek Jehowy rozstrzyga, kogo zechce ustanowić pełnomocnikiem medycznym na wypadek, gdyby był niezdolny do samodzielnego podejmowania decyzji. Jeśli pacjent ustanowił pełnomocnika w sprawie opieki zdrowotnej i zaznaczył to w dokumencie, który zawczasu sobie sporządził na wypadek utraty przytomności, to należy uszanować prawo pełnomocnika do podejmowania decyzji w imieniu nieprzytomnego pacjenta.

Plazmafereza: poddanie się plazmaferezie jest kwestią osobistej decyzji każdego Świadka Jehowy, jeśli podczas zabiegu stosuje się płyn osoczozastępczy (np. roztwór koloidu). Świadkowie Jehowy nie akceptują uzupełniania objętości osoczem allogenicznym.

Przedłużanie życia, prawo do śmierci i testament życia, oświadczenia woli *pro futuro*: życie jest święte. Z tego powodu należy czynić rozsądne i humanitarne wysiłki, by je przedłużać i podtrzymywać. Jednakże Biblia nie wymaga podejmowania nadzwyczajnych, skomplikowanych, rozpaczliwych i kosztownych starań, by podtrzymywać przy życiu osobę umierającą. W niektórych przypadkach lekarze

mogą zgodnie twierdzić, że te metody przedłużałyby jedynie proces umierania i utrzymywały chorego przy życiu pozbawionym jakiejkolwiek treści. Należy uszanować wyraźne polecenia pacjenta w tej sprawie, wydane ustnie lub na piśmie.

Przeszczep komórek macierzystych: pozyskiwanie komórek macierzystych kosztem życia embrionu jest dla Świadków Jehowy niedopuszczalne. Natomiast każdy pacjent decyduje, czy przyjąć komórki macierzyste pozyskane z jego własnej krwi lub z krwi innej osoby, pod warunkiem że podczas takiej procedury nie następuje celowe pobranie, przechowanie i przetoczenie składników krwi.

Sekcja zwłok: w sprawie sekcji zwłok pacjent komunikuje swoje stanowisko za życia. Niekiedy prawo może wymagać przeprowadzenia sekcji w celu ustalenia przyczyny zgonu.

Transplantacja szpiku: ponieważ Biblia odróżnia szpik kostny od krwi, więc kwestia, czy wyrazić zgodę na jego transplantację, jest sprawą osobistą (Izajasza 25:6).

Wspomaganie rozrodu: Świadkowie Jehowy uważają, że zapłodnienie *in vitro*, gdy komórka jajowa i nasienie pochodzą od osób niebędących małżeństwem, równa się cudzołóstwu i jest niedopuszczalne (Kapłańska 18:20; Hebrajczyków 13:4). Niedopuszczalne jest również zastępcze macierzyństwo.

Znakowanie krwi: niektórzy pacjenci będący Świadkami Jehowy zgodzą się, by pobrać im pewną ilość krwi i oznakować ją jakimś związkiem w celu ułatwienia różnych testów diagnostycznych.

Stanowisko Świadków Jehowy wobec transfuzji krwi

Kierując się nakazami przedstawionymi w Biblii, Świadkowie Jehowy nie spożywają krwi ani nie wyrażają zgody na transfuzję krwi obcej. Podstawą tej odmowy jest m.in. postanowienie podjęte przez apostołów w 49 roku n.e. i zawarte w Księdze Dziejów Apostolskich 15:29: *Macie powstrzymywać się (…) od krwi*. W języku łacińskim fragment ten brzmi: *ut abstineatis vos ab (…) sanguine* [8], przy czym czasownik *abstineo* – przetłumaczony na „powstrzymywać się" – jest spokrewniony z rzeczownikami *abstynencja* i *abstynent*. Wyrazy te bardzo czytelnie wskazują na stosunek do rzeczy, której należy się wystrzegać i to w szerszym znaczeniu niż niespożywanie.

Jak Świadkowie Jehowy odnoszą tę zasadę do współczesnej praktyki medycznej, obejmującej pobieranie, przechowywanie, frakcjonowanie oraz przetaczanie krwi i jej składników?

W rozumieniu Świadków Jehowy powyższy werset wyklucza stosowanie transfuzji krwi pełnej oraz jej podstawowych składników: krwinek czerwonych, krwinek białych, płytek krwi i osocza. Świadkowie Jehowy uważają transfuzję krwi wbrew woli pacjenta za rażące pogwałcenie nietykalności cielesnej i wartości osobistych. Natomiast poglądy Świadków nie wykluczają całkowicie użycia drobnych składników krwi, czyli frakcji osoczowych (albumin, immunoglobulin, fibrynogenu i innych czynników krzepnięcia) lub frakcji komórkowych bądź płytkowych (np. roztworów hemoglobiny czy płytkowych czynników wzrostu) – Tabela 1.

Tabela 1: Stanowisko pacjentów – Świadków Jehowy co do krwi i jej składników

STANOWISKO CO DO KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW				
BRAK ZGODY	Krew pełna			
	Krwinki czerwone	Krwinki białe	Płytki krwi	Osocze
OSOBISTA DECYZJA KAŻDEGO PACJENTA	Frakcje krwinek czerwonych --- Hemina Hemoglobina	Frakcje krwinek białych --- Wszystkie rekombinowane w Europie	Frakcje płytek krwi --- Płytkowe czynniki wzrostu, żel płytkowy	Frakcje osoczowe --- Albuminy Immunoglobuliny Fibrynogen, czynniki krzepnięcia

Ponieważ w Biblii nie ma konkretnego zalecenia co do frakcji krwi, Świadkowie Jehowy uważają, że decyzja, czy zgodzić się na ich zastosowanie w celach leczniczych, należy do każdego pacjenta osobiście. W związku z tym lekarz powinien się porozumieć z pacjentem Świadkiem Jehowy, aby ustalić, czy przyjmie on preparaty zawierające frakcje krwi.

Użycie własnej krwi pacjenta

Ponieważ Świadkowie Jehowy są zdecydowani przestrzegać Bożego nakazu, by powstrzymywać się od krwi, więc nie wyrażają zgody na predonację krwi własnej, czyli pobranie jej jakiś czas przed zabiegiem, przechowanie i przetoczenie w czasie operacji. Są jednak inne zabiegi obejmujące użycie krwi własnej (autologicznej), na które niektórzy Świadkowie mogą się zgodzić. Można wśród nich wymienić hemodylucję, odzyskiwanie krwi, zastosowanie płuco-serca, dializę, plazmaferezę, znakowanie krwi, przygotowywanie autologicznego żelu płytkowego i inne. Ponieważ powyższe procedury mogą być wykonywane różnie zależnie od specjalisty,

jest rzeczą ważną, by lekarz zawczasu wyjaśnił, jak to zrobi, i upewnił się, czy będzie to zgodne z osobistymi odczuciami pacjenta – Świadka Jehowy. W każdym takim wypadku chory musi sam zadecydować, co będzie się działo z jego krwią w czasie operacji, zabiegu diagnostycznego lub leczenia – Tabela 2.

Tabela 2: Stanowisko pacjentów – Świadków Jehowy co do użycia krwi własnej

STANOWISKO CO DO UŻYCIA KRWI WŁASNEJ	
BRAK ZGODY	Predonacja przedoperacyjna (PAD) lub jakakolwiek inna technika obejmująca przechowywanie krwi przed operacją
OSOBISTA DECYZJA KAŻDEGO PACJENTA	Ostra hemodylucja norwolemiczna Dializa Płuco-serce Śródoperacyjne odzyskiwanie krwi

Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej

Świadkowie Jehowy przygotowują i noszą przy sobie dokument *Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotne*j. Zawiera on osobiste dyspozycje pacjenta w sprawie opieki zdrowotnej oraz ustanawia pełnomocnika upoważnionego do działania w imieniu pacjenta, jeśli ten byłby do tego niezdolny. Europejski Trybunał Praw Człowieka uznał, iż dyspozycje składane zawczasu przez Świadków Jehowy dokumentują ich odmowę przyjęcia krwi i że pracownicy ochrony zdrowia muszą respektować życzenia pacjenta podane tam do wiadomości [9]. Podobnie orzekł Sąd Najwyższy Rzeczpospolitej Polskiej w postanowieniu z 27 października 2005 roku: *W konsekwencji należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości – wiążące* [10].

W zgodzie z tymi zasadami prawnymi dokument przygotowany przez Świadków zawiera następujące wyraźne, jednoznaczne i nie budzące wątpliwości stwierdzenie: *Jestem Świadkiem Jehowy i W ŻADNYM WYPADKU NIE WYRAŻAM ZGODY na transfuzję krwi pełnej ani krwinek białych, krwinek czerwonych, krwinek płytkowych i osocza, nawet gdyby w ocenie lekarzy było to konieczne do ratowania mojego życia. Odmawiam wcześniejszego pobrania i przechowywania mojej własnej krwi w celu późniejszego jej przetoczenia.*

Dokument zawiera również następujące oświadczenie*: Nie zezwalam nikomu (łącznie z moim pełnomocnikiem) na pomijanie lub zmianę moich wytycznych w sprawie leczenia, podanych w tym dokumencie. Członkowie rodziny, krewni czy inne osoby bliskie mogą się ze mną nie zgadzać, ale ich opinia nie ma wpływu na treść i stanowczość mojej odmowy przyjęcia krwi ani na pozostałe wytyczne*.

Z uwagi na problemy powstające w nagłej sytuacji medycznej wielu lekarzy pozytywnie wypowiada się o jasnych wytycznych zawartych w sporządzanym przez Świadków Jehowy dokumencie *Dyspozycje*. Zamiast roztrząsać rozbieżne opinie członków rodziny lub przyjaciół, lekarz może od razu powołać się na dokument *Dyspozycje*, sprawdzić pisemne wytyczne pacjenta i skontaktować się z wyznaczonym przez niego pełnomocnikiem, który może go natychmiast upoważnić do rozpoczęcia leczenia zgodnego z przekonaniami religijnymi chorego.

Komitety Łączności ze Szpitalami

Aby wesprzeć Świadków Jehowy w ich zdecydowanej odmowie przyjmowania transfuzji krwi, pomóc personelowi medycznemu bezstronnie spojrzeć na ich stanowisko oraz wprowadzić atmosferę sprzyjającą lepszej współpracy pomiędzy ośrodkami medycznymi a Świadkami Jehowy, utworzono Komitety Łączności ze Szpitalami. Około 1 700 takich komitetów stanowi międzynarodową sieć działającą w ponad 110 krajach. Składają się one z przeszkolonych kaznodziejów, którzy znając to zagadnienie, komunikują się z lekarzami, pozostałym personelem szpitalnym, pracownikami społecznymi i przedstawicielami sądownictwa. Komitety nadzoruje Służba Informacji o Szpitalach, której Biuro Międzynarodowe znajduje się w Brooklynie. W Polsce jest 28 komitetów w większych miastach kraju. Komitety oferują na życzenie następujące bezpłatne usługi:

1. Udostępnianie informacji i artykułów na temat leczenia bez przetaczania krwi obcej, pochodzących z renomowanych czasopism medycznych. Komitety Łączności ze Szpitalami dysponują bogatym materiałem źródłowym na temat oszczędzania krwi lub postępowania bez transfuzji w różnych specjalizacjach i sytuacjach klinicznych. Udostępniają te materiały nieodpłatnie na życzenie pacjenta lub jego lekarza w formie drukowanej lub elektronicznej. Internetowa biblioteka takich artykułów znajduje się pod adresem: http://www.jw.org/pl/medical-library/.
2. Ułatwianie bezpośrednich konsultacji z wykwalifikowanymi specjalistami. W zgodzie z Ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawą o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Komitet Łączności ze Szpitalami może przekazać dane kontaktowe konsultanta w kraju lub za granicą, a lekarz leczący – porozumieć się z nim, jeśli uzna to za stosowne [11].

3. Pomoc w przeniesieniu pacjenta do innego ośrodka medycznego. Zgodnie z Ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Komitet Łączności ze Szpitalami pomaga lekarzowi leczącemu w wywiązaniu się z tego obowiązku przez wskazanie lekarza lub ośrodka mającego doświadczenie w leczeniu z oszczędzaniem krwi.
4. Prezentacje dla lekarzy, pielęgniarek, etyków, studentów medycyny i specjalistów z zakresu szpitalnictwa i prawa medycznego. Od roku 2000 do chwili obecnej Komitety Łączności ze Szpitalami przeprowadziły 159 takich prezentacji w całym kraju i czynią to nadal.
5. Wyjaśnianie pacjentom i lekarzom kwestii etycznych związanych z opieką medyczną nad Świadkami Jehowy. Artykuł 13 Kodeksu Etyki Lekarskiej wymaga od lekarza, by udzielił pacjentowi zrozumiałej informacji o proponowanych metodach leczenia, co może niekiedy przysparzać lekarzowi trudności [12]. W takich sytuacjach członkowie Komitetu Łączności ze Szpitalami mogą ułatwić wymianę myśli między lekarzem a pacjentem, dzięki czemu pacjent w pełni zrozumie możliwości leczenia i będzie mógł podjąć niezależną i świadomą decyzję.
6. Organizacja opieki duszpasterskiej i praktycznej pomocy dla hospitalizowanych Świadków Jehowy. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia szpital jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania [13]. Świadkowie Jehowy zapewniają wsparcie duchowe i praktyczną pomoc dla swoich współwyznawców podczas chorób i hospitalizacji. W większych miastach na całym świecie zostały utworzone Grupy Odwiedzania Chorych, złożone z wykwalifikowanych kaznodziejów. Świadczenie tych posług odbywa się w trybie uzgodnionym z administracją szpitala.

Powyższe usługi są pełnione na rzecz poszczególnych pacjentów na ich prośbę. Podstawą prawną takich działań są odpowiednie przepisy Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty [14, 15]. Ze spostrzeżeń klinicystów mających doświadczenie w leczeniu Świadków Jehowy wynika, że chorzy ci chętnie współpracują ze swym lekarzem, gdy nabiorą pewności, że uszanuje on ich przekonania.

Potwierdza to wypowiedź jednego z chirurgów zamieszczona w jego artykule pt. *Skomplikowane operacje brzuszne u Świadków Jehowy*. Czytamy tam:

Porozumienie zawarte przed operacją chirurg powinien traktować jako wiążące i dotrzymać go bez względu na to, co się wydarzy podczas zabiegu i po nim. Dzięki temu chorzy ustosunkowują się pozytywnie do leczenia, a chirurg nie musi roztrząsać kwestii prawnych i filozoficznych, lecz może się zająć leczeniem i operowaniem, wykonując to według swych najlepszych możliwości ku pożytkowi swojego pacjenta [16].

Komitety Łączności ze Szpitalami stawiają sobie za cel wytworzenie takiego klimatu zaufania i współpracy. O skuteczności tego podejścia świadczy inna wypowiedź: *W razie wątpliwości chorego co do zgodności proponowanych metod leczenia z przekonaniami religijnymi dużą pomocą może służyć Służba Informacji o Szpitalach, działająca we wszystkich większych miastach* [17].

Strategie alternatywne wobec transfuzji

Konieczność uszanowania woli pacjenta oraz świadomość korzyści wynikających z unikania przetoczeń krwi obcej utorowały drogę *licznym badaniom poświęconym możliwości zastąpienia transfuzji krwi lub jej składników alternatywnymi metodami leczenia* [18]. Wymienia się szereg klinicznych strategii, których zastosowanie może pomóc w wyeliminowaniu potrzeby transfuzji. W dużym uproszczeniu opierają się one na następujących działaniach:

- zminimalizowanie utraty krwi;
- pobudzenie krwiotworzenia;
- wykorzystanie krwi własnej;
- wykorzystanie naturalnych mechanizmów tolerowania niedokrwistości.

W obrębie tych czterech „filarów" mieści się cała gama rozmaitych sposobów, dobieranych zależnie od przyczyny niedokrwistości, rodzaju zabiegu, doświadczenia zespołu czy możliwości szpitala. Komitety Łączności ze Szpitalami dysponują zróżnicowanymi opisami strategii, pozwalających uniknąć transfuzji w leczeniu krwotoku lub niedokrwistości w różnych specjalizacjach, takich jak chirurgia ogólna, anestezjologia i intensywna terapia, ginekologia i położnictwo, gastroenterologia, kardiochirurgia, neonatologia i inne [19].

Stosowanie odpowiednio dobranych metod unikania transfuzji allogenicznej pozwala na zminimalizowanie użycia krwi przy różnego rodzaju zabiegach. Np. Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie prowadzi program oszczędzania krwi od 1996 roku. Początek temu działaniu dało spostrzeżenie, iż transfuzja więcej niż trzech jednostek krwi

zwiększała dwukrotnie częstość infekcji i liczbę zgonów w porównaniu z grupą pacjentów leczonych bez krwi.

W roku 2002 spośród chorych operowanych w Klinice wyłoniono grupę 1 028 pacjentów poddanych planowej operacji pomostowania naczyń wieńcowych. W podgrupie liczącej 207 pacjentów operację wykonano bez przetaczania krwi. Pozwoliło to sprawdzić, czy przetaczanie poszczególnych składników krwi wpływa na częstość powikłań u pacjentów, którzy je otrzymują.

Wyniki pokazały, iż u pacjentów, którym przetoczono koncentrat krwinek czerwonych, ryzyko wystąpienia niewydolności oddechowej wzrasta dziewiętnastokrotnie, ryzyko nagłego zatrzymania krążenia – siedmiokrotnie, a ryzyko niewydolności nerek przeszło dwukrotnie. Podobne zależności stwierdzono po przetoczeniu koncentratu krwinek płytkowych oraz świeżo mrożonego osocza. Powikłania te wydłużały okres hospitalizacji i zwiększały ryzyko zgonu. Doprowadziło to autorów owego doniesienia do wniosku, iż *w świetle obecnej wiedzy transfuzja krwi nie odpowiada kryteriom opieki medycznej najwyższej jakości* [20].

Konsekwentne starania o ograniczenie ilości krwi przetaczanej w związku z operacjami serca doprowadziły do tego, iż odsetek pacjentów operowanych w tym ośrodku bez użycia krwi obcej wzrósł z 6% w roku 1999 do 45% w roku 2013.

W okresie od 1996 do 2013 roku zoperowano w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie 170 pacjentów będących Świadkami Jehowy. Z powodu braku zgody na transfuzję krwi byli oni kwalifikowani do planowych operacji po osiągnięciu stężenia hemoglobiny 13-14 g/dl. Aby je uzyskać, w okresie przedoperacyjnym podawano im preparaty żelaza i witamin, a w razie potrzeby erytropoetynę. Pooperacyjny spadek stężenia hemoglobiny poniżej 10 g/dl korygowano podawaniem erytropoetyny w dawce 300 j.m. na kilogram masy ciała na tydzień wraz z suplementacją żelaza dożylnie. Utrata krwi w czasie operacji powodowała spadek wartości hemoglobiny o przeciętnie 2,6 g/dl. W grupie tej wykonano następujące zabiegi: pomostowanie tętnic wieńcowych (n=86), wymiana zastawki aortalnej (n=30), wymiana zastawki mitralnej (n=14), operacja tętniaka aorty (n=12), naprawa ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (n=8) oraz operacje złożone obejmujące korekcję więcej niż jednej z powyższych nieprawidłowości w różnych konfiguracjach [21].

Operacje serca bez przetaczania krwi obcej można też wykonywać u dzieci. Pierwszą w Polsce operację w krążeniu pozaustrojowym bez użycia krwi wykonano u siedmioletniego dziecka z prostą wrodzoną wadą serca w roku 1989 w I Klinice Kardiochirurgii Dziecięcej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. Od tamtego czasu w ciągu 10 lat wykonano w tym ośrodku operacje prostych i złożonych wad serca u 132 niemowląt i dzieci starszych, których rodzice byli Świadkami Jehowy.

Było to możliwe dzięki pojawieniu się nowych zestawów do krążenia pozaustrojowego o małej objętości, stosowaniu przed zabiegiem erytropoetyny i aprotyniny, a po zabiegu rekombinowanego czynnika VIIa. Zgromadzone w ten sposób doświadczenie skłoniło zespół do przeprowadzania operacji bez przetaczania krwi także u dzieci, których rodzice nie byli Świadkami Jehowy i wyrazili zgodę na takie leczenie.

W okresie od 2000 do 2003 roku przeprowadzono w tym ośrodku badania 221 pacjentów w wieku od pierwszego dnia życia do osiemnastu lat, z których 117 operowano bez krwi w primingu, a u 104 zestaw do krążenia pozaustrojowego wypełniano krwią obcą. W grupie pierwszej było 25 dzieci Świadków Jehowy. Dzieci operowane bez krwi w primingu krócej przebywały w szpitalu (7,82 vs. 8,75 doby) oraz miały krótszy czas respiratoroterapii (24,40 vs. 39,43 godzin) i krótszy okres wspomagania krążenia aminami katecholowymi (38,38 vs. 49,74 godzin). Wyniki te skłoniły zespół do rozszerzenia wskazań dla bezkrwawej chirurgii na wszystkie dzieci z wadami serca [22].

Podsumowanie

Świadkowie Jehowy chcą się leczyć i korzystać z najnowszych zdobyczy medycyny. Komitety Łączności ze Szpitalami pomagają pacjentom tej grupy wyznaniowej w znalezieniu lekarza, który będzie ich leczył z poszanowaniem ich przekonań co do krwi. Liczne dowody wskazują, iż można uwzględnić te życzenia w różnych sytuacjach medycznych [24-27].

Zbiega się to ze stałą tendencją do oszczędzania krwi oraz szukania rozwiązań pozwalających zastąpić leczenie krwią allogeniczną innymi metodami [28]. Zamiast uważać leczenie Świadków Jehowy za problem, coraz więcej lekarzy uważa taką sytuację za wyzwanie natury medycznej.

W celu sprostania temu wyzwaniu wielu lekarzy traktuje leczenie bez przetaczania krwi jako standard, akceptowany przez wiele ośrodków medycznych na całym świecie. Świadkowie Jehowy ze swej strony zawsze będą wdzięczni pracownikom służby zdrowia za ofiarne niesienie pomocy z poszanowaniem przekonań religijnych.

W razie przyjęcia pacjenta – Świadka Jehowy do szpitala pomocne może się okazać podjęcie następujących kroków:

Postępowanie z pacjentem – Świadkiem Jehowy

1. Przejrzyj wszystkie alternatywne możliwości i lecz pacjenta bez użycia krwi.
2. Skonsultuj się z innymi lekarzami doświadczonymi w leczeniu metodami alternatywnymi wobec krwi w tym samym ośrodku i lecz pacjenta bez użycia krwi.
3. Skontaktuj się z Komitetem Łączności ze Szpitalami, który wskaże doświadczonego i współpracującego lekarza w innym ośrodku w celu konsultacji na temat metod alternatywnych.
4. Jeśli to konieczne, przenieś pacjenta do lekarza lub ośrodka współpracującego, zanim stan pacjenta się pogorszy.

Kontakt: Biuro Międzynarodowe: +1 718 560 4700; HIS@jw.org
Polska: +48 22 739 16 00; +48 608 571 000; hid.pl@jw.org

Piśmiennictwo

1. http://www.jw.org/pl/ , data pobrania 12.10.2015.
2. *Rocznik Świadków Jehowy* – 2015, Wyd. Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, 2015, s. 184-185.
3. *Czym jest depresja poporodowa, „Przebudźcie się!"*, 8 czerwca 2003, s. 21-23.
4. *Dziecięca otyłość – jak z nią walczyć?, „Przebudźcie się!"*, marzec 2009, s. 27-28.
5. *Gdy dziecko zachoruje na raka, „Przebudźcie się!"*, maj 2011, s. 19-21.
6. *Osteoporoza – cichy złodziej kości, „Przebudźcie się!"*, czerwiec 2010, s. 19-21.
7. *„Gazeta Lekarska"*, 1993, nr 7 (31), rok IV, lipiec-sierpień, s. 22.
8. *Biblia Sacra Latina, Novum Jesu Christi Testamentum*, Wyd. Samuel Bagster & Sons Limited, London, 1977, s. 95.
9. *Jehovah's Witnesses v. Russia*, 302/02, ak. 133, 135, 136.
10. III CK 155/05, OSNC 2006, zeszyt 7-8, poz. 137.
11. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, art. 37; Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 6 ust. 3, pkt 1.
12. Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Wyd. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia, 2012, s. 130.
13. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, rozdz. 10.
14. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, art. 3, 6, 9, 26, 27, 33, 36, 37.
15. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, art. 31, 32, 34.
16. Kambouris A.A., *Major Abdominal Operations on Jehovah's Witnesses, „The American Surgeon"*, 1987, t. 53, nr 6, s. 350-356.
17. Zych B., Krasoń M., *Pomostowanie tętnic wieńcowych u Świadków Jehowy*, (w:) *Chirurgia naczyń wieńcowych*, Zembala M. (red.), PZWL, Warszawa, 2002, s. 343-345.

18. Rosiek A., *Alternatywne postępowanie wobec przetoczeń krwi i jej składników*, (w:) *Transfuzjologia kliniczna*, Korsak J., Łętowska M. (red.), α medica press, Warszawa, 2009, s. 302-319.
19. *Kliniczne strategie unikania oraz kontrolowania krwotoku i niedokrwistości bez transfuzji krwi w chirurgii*, Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, 2001.
20. Stąpor R, Śnieżek-Maciejewska M., Plicner D., Sadowski J., *Wybrane czynniki ryzyka i powikłania potransfuzyjne w operacjach wieńcowych*, „*Twój Magazyn Medyczny*", 2005, nr 4, s. 82-93.
21. Stąpor R., *Heart Operations on Jehovah's Witnesses Patients – Eighteen Years' Experience*, „*Transfusion Medicine*", 2014, nr 24 (Suppl. 1), s. 36.
22. Wites M., Wites B., Pająk J., *Wyniki operacyjnego leczenia wrodzonych wad serca u dzieci w krążeniu pozaustrojowym bez użycia krwi*, „*Twój Magazyn Medyczny*", 2005, nr 4, s. 94-97.
23. Kałmuk A., Sońta-Jakimczyk D., Janik-Moszant A. i wsp., *Problem przetaczania krwi w chorobach nowotworowych układu krwiotwórczego u dzieci wyznawców Świadków Jehowy*, „*Wiadomości Lekarskie*", 1998, nr 51 (supl. 4), s. 346-350.
24. Kącka K., Kącki W., Merak J., Błęka A., *Zastosowanie rekombinowanego aktywnego czynnika VII w celu zmniejszenia okołooperacyjnej straty krwi podczas planowej operacji korekcji deformacji kręgosłupa u świadka Jehowy. Opis przypadku*, „*Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*", 2010, t. 12, s. 448-458.
25. Barczewska M., *Naczyniowe operacje wewnątrzczaszkowe u świadków Jehowy. Erytropoetyna w przygotowaniu do operacji*, „*Neurologia i Neurochirurgia Polska*", 1997, t. 31, nr 2, 271-279.
26. Daszkiewicz P., Roszkowski M., Barszcz Sł. i wsp., *Guz zęba kręgu obrotowego (osteoblastoma) u 14-letniego chłopca. Opis przypadku*, „*Neurologia i Neurochirurgia Polska*", 2005, t. 39, s. 420-423.
27. Chojnowski K., Treliński J., *Leczenie ostrej białaczki u Świadków Jehowy – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa*, „*Acta Haematologica Polonica*", 2007, t. 38, nr 4, s. 479-484.
28. Hébert P., Wells G., Blajchman M. A. et al., *A Multicenter, Randomized, Controlled Clinical Trial of Transfusion Requirements in Critical Care*, „*New England Journal of Medicine*", 1999, t. 340, nr 6, s. 409-417.

Artur Konopacki, Monika Ryszewska

PACJENT MUZUŁMAŃSKI W POLSCE

Artykuł niniejszy ma przybliżyć personelowi medycznemu, lekarzom w Polsce, którzy spotkają się w swej praktyce lekarskiej z pacjentem muzułmańskim, podstawowe wiadomości na temat tego, w jaki sposób z nim postępować, aby żadna ze stron lekarz – pacjent, nie poczuła się urażona. Jest to o tyle istotne, że Polska, szczególnie w końcu XX wieku, stała się krajem, gdzie przebywa coraz więcej Muzułmanów [1].

W Polsce obecnie funkcjonuje kilka grup Muzułmanów, które na potrzeby niniejszego tekstu podzieliliśmy na trzy grupy. Pierwszą z nich jest autochtoniczna grupa Tatarów, druga to konwertyci, trzecia – imigranci muzułmańscy.

Z uwagi na fakt, że niniejszy tekst odwołuje się przede wszystkim do kwestii praktycznych i jest on skierowany do lekarzy praktyków oraz studentów nauk medycznych, celowo pominęliśmy bardzo rozbudowaną kwestię wywodów natury teologiczno-moralnej, jak również egzegetykę Koranu dotyczącą leczenia. Kwestie te cieszą się szczególnym zainteresowaniem i naukowym opracowaniem szczególnie w krajach Europy Zachodniej, gdzie społeczność muzułmańska stanowi znaczny odsetek ludności [2-5]. W Polsce daje się odczuć brak tego typu literatury z uwagi na małą liczbę Muzułmanów. Dlatego doskonałym uzupełnieniem informacji na temat podejścia praktycznego do pacjenta muzułmańskiego będą relacje lekarzy, pracowników obozu dla uchodźców i wyznawców Islamu – w tym konwertytek na Islam.

Różnorodność kulturowa i religijna Rzeczypospolitej już od czasów staropolskich była jedną z wyróżniających cech naszego kraju. Obok siebie żyły tu przez wieki różne nacje, etnosy i konfesje, m.in.: Żydzi, Rosjanie, Niemcy, Ormianie, Tatarzy, Karaimi [6]. Jest to swoisty fenomen w Europie z uwagi na to, iż I Rzeczpospolitą określało się mianem „przedmurza chrześcijaństwa", co zupełnie nie

przeszkadzało, aby na jej terytorium funkcjonowały różnorodne grupy wyznaniowe, które cieszyły się przy tym dość dużymi prawami. Społeczności, które tu zamieszkiwały, ulegały naturalnym procesom asymilacji, przejmując miejscową kulturę i zwyczaje. W naszym tekście chcielibyśmy zaprezentować społeczność Muzułmanów ze wskazaniem na ich różnorodność w Polsce. Jedną z nich będzie społeczność Muzułmanów-autochtonów.

Żyjący dziś na terenie Polski Tatarzy to potomkowie dawnych wojowników przybyłych ze stepu w końcu XIV wieku, którzy zyskując tu szereg przywilejów i praw, zbrojnie służyli I Rzeczypospolitej. Szerzej na ten temat piszą Kryczyński [7] i Tyszkiewicz [8].

Społeczność tatarska ulegała stopniowemu stapianiu się i podlegała naturalnemu procesowi asymilacji. Jedyną dziś zauważalną różnicą jest religia jaką wyznają – Islam. Islam w wydaniu społeczeństwa tatarskiego jest inną, różniącą się odmianą Islamu od tego, który reprezentują Muzułmanie z państw muzułmańskich i arabskich. W wyniku wielowiekowego nakładania się miejscowej kultury i zerwania więzi z krajami muzułmańskimi wytworzył się tu specyficzny Islam w odmianie, którą dziś w Europie określa się mianem Islamu europejskiego. Jest to swoisty rodzaj tego wyznania, który akceptuje wiele (nie oznacza, że wszystkie z nich przyjmuje) wartości świata zachodniego, nie walczy z nimi w przeciwieństwie do np. ruchów wahabickich spotykanych w Arabii Saudyjskiej.

Tatarzy są społecznością tak mocno wtopioną w kulturę polską, że poza Islamem jedynym widocznym wyróżnikiem są cechy antropologiczne. Śmiało możemy stwierdzić, iż w życiu społecznym nic ich nie wyróżnia, ani strój, ani podejście do codziennych kwestii życiowych. Dość autorytarnie wskazać możemy, że religia Islamu, która jest jedynym wyróżnikiem tej grupy, stanowi kwestię bardzo prywatną. Zupełnie inaczej przedstawia się sytuacja konwertytów czy osób przybyłych z krajów, gdzie Muzułmanie stanowią większość. Te osoby bardzo często uzewnętrzniają swoją przynależność religijną choćby poprzez strój (np. kobiety noszące hidżab).

Jedną ze spraw życia codziennego bywają wizyty u lekarza, pobyt w szpitalu, leczenie farmakologiczne. Każda religia w mniejszym lub większym stopniu reguluje sfery życia ludzkiego, w tym kwestie związane ze zdrowiem. Islam w bardzo wyraźny sposób zwraca uwagę swoim wiernym na te zagadnienia. Nie tylko chodzi tu o kwestię specjalnej diety, gdzie zabronione jest spożywanie alkoholu czy mięsa wieprzowego. Islam od samego początku kładł dużą uwagę na poznawanie medycyny, technik leczenia i wyrobu leków. To perski lekarz Ibn Sina, w kręgu kultury łacińskiej znany jako Awicenna, nazywany jest „ojcem nowoczesnej medycyny" za sprawą swego dzieła *Kanon medycyny*. Prawodawstwo Islamu obejmuje

swoją regulacją całe życie Muzułmanina, w tym kwestie moralności, co wolno, a co jest zakazane, a także, „co jest wskazane", co „godne polecenia", „obojętne" i „niegodne". W tym kontekście warto zauważyć, że Tatarzy, którzy żyją w Polsce, dostosowali „swój Islam" do realiów życia w państwie chrześcijańskim. Zachowują swoją tradycję i religię, jednak w żadnym aspekcie nie stoi ona w konflikcie z większością, razem od wieków bowiem tworzą społeczność. W związku z tym wśród społeczności Muzułmanów autochtonów-Tatarów niemal nie istnieje problem choćby podczas wizyty u lekarza. Jest to element przejmowania zachowań i podejścia ogółu społeczeństwa: *Lekarz to zawód, idę tam, bo ma mi on pomóc; nie traktuję tego w kategoriach kobieta-mężczyzna* (wypowiedź o charakterze nieformalnym jednej z tatarskich kobiet, zapytanych o stosunek do lekarzy, Sokółka, 2015 rok).

Warto tu przywołać jeszcze jeden element kulturowy, który dla Tatarów nie stanowi problemu. Szpital to miejsce, gdzie wprawdzie są oddziały męskie i żeńskie, ale jest tylko jedno miejsce do modlitwy – kaplica. Brakuje miejsca do swobodnego praktykowania swojej religii przez wyznawców niechrześcijańskich wyznań. Stan taki wynika z niewielkiej liczby pacjentów odmiennych religijnie, niemniej warto zwrócić uwagę na ten aspekt, już w przyszłości szpital może bowiem stanąć przed taką koniecznością wydzielenia miejsca do modlitwy także dla innych wyznań – zgodnie z zasadą równouprawnienia.

Dzisiejszy system opieki zdrowotnej w Polsce zupełnie nie jest przygotowany na pacjenta innego kulturowo. Zmienia się to w ostatnich latach, ale bardzo powoli. Pozytywną zmianą jest fakt, iż personel oddziałów „krytycznych" w ostatnich latach pyta członków rodziny, czy życzą sobie, aby w razie pogorszenia stanu zdrowia chorego wezwać księdza.

Kolejnym elementem jest pożywienie. Muzułmanie mają dość ściśle określone zasady pożywienia i zakazy powszechnie znane, dotyczące spożywania mięsa wieprzowego. W dobie zewnętrznego cateringu, jakim posiłkują się szpitale, nie byłoby problemem zmówienie posiłków bez mięsa wieprzowego. Jednak do takich decyzji potrzebna jest wiedza pozamedyczna i chęć zrozumienia potrzeb „innego". Są to oczywiście „techniczne" kwestie obsługi pacjenta innego kulturowo. Miejscowi Tatarzy dostosowali się do tego, organizując posiłki we własnym zakresie. Jednak rosnąca społeczność Muzułmanów z innych krajów nie rozumie, dlaczego nie można zmienić nieco zachowań względem tych, którzy chcą przestrzegać religijnych zaleceń również w takich placówkach jak szpital. W tym miejscu oczywiście może powstać pytanie, dlaczego jedni się dostosowali, a inni nie potrafią lub nie chcą? Odpowiedź jest prosta, jedni ulegali stopniowej asymilacji, żyjąc w Polsce od ponad sześciuset lat, a inni dopiero „niedawno" przyjęli Islam lub przyjechali z krajów, gdzie funkcjonowały „ich" standardy życia.

Wiele z poruszonych aspektów dotyczy bezpośredniej pracy lekarza. Warto tu zaznaczyć, że w różnych kulturach i społeczeństwach mężczyźni i kobiety pełnią różne role społeczne i posiadają odmienną wrażliwość, wynikającą z tradycji religijnej i wychowania. Muzułmance wychowywanej w tradycyjnej rodzinie przekazywane są wartości związane z jej honorem, rolą społeczną, skromnością i wstydem. Islam radził swoim współwyznawcom zachowanie wstydliwości czy skromności, ponieważ stanowi to jeden z wyznaczników najlepszego wychowania. W jednym z hadisów odnajdujemy zapis: *Każda religia posiada swoją moralność, a moralnością islamu jest wstydliwość* [10]. Wstydliwość kobiet jest w literaturze badającej społeczności muzułmańskie podejmowana bardzo szeroko. Tu w szczególności zaznaczyć należy, iż chodzi o dobre imię, nieposzlakowaną opinię, utrzymanie dobrej reputacji kobiet. Element ten funkcjonuje w ścisłym powiązaniu z czasami jeszcze przedmuzułmańskimi, gdzie wytworzył się obraz cnotliwej niewiasty. Nałożyła się na to tradycja plemienna i kwestia wręcz obsesyjnej troski o honor. Na przestrzeni wieków postał wizerunek idealnej kobiety arabskiej. Współczesna kobieta – już Muzułmanka, aby temu sprostać, musi podążać za stworzonymi wzorcami i przestrzegać licznych zaleceń [11, 12, 13].

Dotyczą one m.in. zachowań przestrzennych i kontaktu dotykowego. Przebywając w jednej przestrzeni fizycznej z Muzułmanami, z łatwością można zaobserwować zachowania charakterystyczne dla kultury arabskiej – czy też szerzej – muzułmańskiej. Ma to miejsce w kolejce na bazarze, na przejściu dla pieszych, w środkach komunikacji miejskiej i wielu innych. Muzułmanie w takich sytuacjach skracają do minimum dystans fizyczny. Nawet jeśli w autobusie znajdują się wolne miejsca, to siadają tuż obok innego pasażera tej samej płci, ograniczając przy tym swoją i jego przestrzeń. Podobnie jest w windzie czy w kolejce. Jest to szczególnie niewygodna w fizycznym, a może przede wszystkim psychicznym wymiarze sytuacja dla przedstawiciela kultury europejskiej bądź amerykańskiej, który takie zachowanie traktuje jako wkroczenie na swoje terytorium. Jak pisze Edward T. Hall [14], wynika to z odmiennego traktowania przestrzeni publicznej. Muzułmanie uważają, że *miejsce publiczne to miejsce publiczne i każdy ma prawo w nim robić to, co chce*. W związku z tym słynna koncepcja dystansów interakcyjnych (intymny: 1-1,5 stopy, personalny: 1,5-4, społeczny: 4-12 stóp i publiczny: 12 stóp i więcej) musi zostać poddana redefinicji w badaniach nad kulturą muzułmańską. Nie tylko różnica w definiowaniu przestrzeni publicznej nie pozwala interpretować zachowań przestrzennych z perspektywy świata zachodniego. Kolejnym ważnym czynnikiem, który należy uwzględnić w tym kontekście, jest porządek płci, który w społeczeństwach muzułmańskich traktuje się w sposób zgoła odmienny od „zachodniego". Osoby odmiennej płci nie stoją blisko siebie w kolejce na bazarze i nie

zajmują miejsca obok siebie w środkach komunikacji miejskiej, jeśli nie są małżeństwem. Do tych zasad stosują się nie tylko Muzułmanie, mieszkający w państwach, gdzie Islam wyznaje zdecydowana większość społeczeństwa, ale również niektóre grupy Muzułmanów żyjących w Polsce, np. polskie konwertytki na Islam, z którymi mieliśmy okazję porozmawiać [15]. Polska przestrzeń publiczna funkcjonuje według zasad i tradycji zgoła odmiennych od tych, które mogą spotkać w Islamie. Będąc w pracy lub na uczelni, stosują się do reguł tam panujących i jak podkreślają, nie stanowi to dla nich większego problemu. Inaczej podchodzą natomiast do organizacji czasu wolnego, który starają się spędzać we własnym damskim towarzystwie, nie rezygnując przy tym ze swoich ulubionych zajęć *sprzed Islamu*. Jak mówiła jedna z nich: *Umawiamy się na wycieczki rowerowe lub na basen i nie musimy z tego rezygnować. Z tą różnicą, że rezerwujemy wtedy pływalnię dla naszej grupy, mamy również swoje kostiumy kąpielowe, które zasłaniają ciało* (polska konwertytka na Islam z Warszawy, lat 27).

W debacie publicznej państw Europy Zachodniej zakrywanie ciała i włosów to jeden z najbardziej rozpoznawalnych i jednocześnie kontrowersyjnych elementów życia muzułmańskiej kobiety. Wychowana w tradycyjnej rodzinie muzułmańskiej kobieta, która trafia do Polski, staje często przed dylematem, gdy potrzebuje pomocy medycznej. Dla przeciętnego Europejczyka polecenie: „Proszę się rozebrać do badania" nie stanowi większego wyzwania. Jednak w przypadku muzułmańskich kobiet pojawia się dość duży problem natury nie tylko religijnej, ale moralnej i etycznej, związany z koniecznością poszanowania honoru męża, bowiem kobieta muzułmańska powinna odkrywać swe ciało tylko przed nim. Szczególny problem pojawia się, kiedy owa kobieta jest w ciąży i kiedy przychodzi czas porodu, a na oddziale ginekologiem jest mężczyzna. Tego typu przypadki obserwujemy coraz częściej, za przykład niech posłużą uchodźczynie z Czeczeni. Żyjąc w ośrodkach detencyjnych na terenie Polski, zaskoczone były tym, że ma je badać lekarz-mężczyzna. Równie dużym zaskoczeniem było to dla ich mężów, którzy często sprzeciwiali się takim badaniom (na podstawie rozmów z pracownikami ośrodka detencyjnego w Czerwonym Borze w listopadzie 2014 roku). Dziś w ośrodkach medycznych oraz szpitalach w miejscowościach, w których zamieszkują osoby wyróżniające się innością kulturową, personel nauczył się sposobu postępowania. Niestety, była to zazwyczaj nauka oparta na metodzie prób i błędów, boleśnie odczuwana przez Muzułmanów.

W celu lepszego zrozumienia, jakie zachowania i jakie sytuacje pojawiają się w kontakcie z pacjentami różniącymi się kulturowo, postanowiliśmy zamieścić dwa wywiady eksperckie przeprowadzone z lekarzami-praktykami [15]. Wywiady eksperckie przyjęły formę wywiadu swobodnego ukierunkowanego. Przed

przystąpieniem do nich przygotowaliśmy listę zagadnień w formie luźnych pytań, które chcieliśmy zadać badanym, aby uzyskać informacje na interesujące nas kwestie związane z badaniem i lecznictwem pacjentów. Wywiady zostały przeprowadzone za pośrednictwem komunikatora internetowego w styczniu 2015 roku. Każdy z nich trwał około godziny [16].

Pierwszą respondentką (R1) była kobieta lekarz, posiadająca specjalizację z chirurgii, która pracuje na oddziale w jednym ze szpitali warszawskich oraz w jednej z warszawskich przychodni. Jej doświadczenia z muzułmańskimi pacjentami były duże, na co miał wpływ fakt, że ona sama była Muzułmanką o korzeniach polsko-irackich i zna język arabski. Z tego względu chętnie odwiedzali ją Muzułmanie o różnym pochodzeniu, zarówno polskie konwertytki na Islam, jak i Muzułmanie imigranckiego pochodzenia. Łącznie miała kontakt z około kilkudziesięcioma pacjentami, którzy wyznają Islam. Z jej obserwacji wynika, że w przypadku konwertytek oraz Muzułmanek imigranckiego pochodzenia na decyzję o odwiedzaniu gabinetu naszej ekspertki miały wpływ dwie kwestie. Wierzyły, że łatwiej im będzie się porozumieć w niektórych *typowo kobiecych* sprawach. Ponadto, czuły się przy niej *bezpieczniej*, ponieważ była Muzułmanką. Bynajmniej nie chodzi o to, że lekarz mężczyzna chciałby je skrzywdzić, lecz *najprawdopodobniej* nie potrafiłby zachować *odpowiednich warunków*. O jakie warunki zatem chodzi? Przede wszystkim chodzi o intymność. *Dbam o to, żeby czuły się komfortowo. Jak do mnie przychodzą do gabinetu, to czasem zamykam drzwi, gdy przeprowadzam badanie. Wiadomo, jak jest u nas w Polsce. Pielęgniarki ciągle wchodzą, pacjenci mogą zobaczyć, co się dzieje w gabinecie. A w przypadku Muzułmanek ważne jest zachowanie intymności i niepokazywanie ciała innym osobom. (…) Podobnie jest w szpitalu. Pacjenci leżą na salach wieloosobowych. Lekarz bada ich przy łóżku tak, że wszyscy widzą. I to peszy zarówno kobiety, jak i mężczyzn muzułmańskich, a z moich obserwacji – nie tylko muzułmańskich. W państwach arabskich lekarz zawsze prosi pacjenta do innego pokoju, w którym przeprowadza badanie* (R1).

Z wypowiedzi naszej ekspertki wynika, że najważniejszym wyzwaniem dla muzułmańskich pacjentek jest chęć zachowania prywatności i intymności, z którą mocno związana jest kwestia cielesności. Wynika to z kultury muzułmańskiej, w której dystans fizyczny i zachowania przestrzenne różnią się od tych, jakie obserwujemy w społeczeństwach europejskich. Oś tych różnic wyznacza charakterystyczny w Islamie porządek płci, o którym pisaliśmy na poprzednich stronach. Muzułmanki zabiegają o to, aby nie pokazywać swojego ciała „obcym". Jedynie ona i jej mąż powinni je oglądać. Jednym z przejawów ich troski o zachowanie prywatności stanowi ubiór, który charakteryzują luźne i długie elementy garderoby, niepodkreślające kobiecych kształtów oraz chusta zakrywająca włosy, szyję

i dekolt, noszone chętnie przez polskie konwertytki i Muzułmanki imigranckiego pochodzenia.

Tego samego oczekują od innych, dlatego czują się *zawstydzone* na widok innych pacjentów spacerujących po szpitalnym oddziale *w majtkach*. Uważają, że każdy pacjent powinien nosić piżamę, która będzie zasłaniać ciało i będzie wyrazem szacunku dla innych. Chciałyby, aby poza ochroną prywatności zmianie uległ również stosunek personelu medycznego do noszenia chusty. Nie wymagają, żeby *wszyscy pochwalali ich decyzję*, lecz *zachowali minimum przyzwoitości i* nie komentowali *tego* z *pogardą*. Jedna z nich o swoich doświadczeniach opowiedziała: *Wszyscy, którzy mnie słabo znają, myślą, że jestem po chemioterapii, ponieważ tak zawiązuję chustę na głowie* [badana stosuję tzw. hiszpankę – sposób wiązania chusty, która zakrywa jedynie włosy i pozostawia odkryte twarz, szyję i dekolt]. *Współczują mi i są bardzo mili. Ich reakcja zmienia się, gdy dowiedzą się, że to nie przez chorobę, lecz Islam. Wtedy się zaczyna… że chodzę w kapturze lub jak mówią moi rodzice – obwiązuję się szmatami. U lekarza tak samo* (polska konwertytka z Poznania, lat 42).

A co powinna zrobić Muzułmanka, gdy nie znajdzie kobiety-lekarza? Czy mimo to powinna pozwolić się zbadać mężczyźnie? Odpowiedź naszej respondentki nie pozostawiała wątpliwości i brzmiała: *Tak!* Co prawda, nasza ekspertka zna wiele Muzułmanek, które wolą być badane przez kobiety. Nie oznacza to jednak, że nie ma takich, które chodzą do mężczyzn. Przykładem są pacjentki gabinetów ginekologicznych, w których praktykę odbywają mężczyźni. Jak przyznała, również w swojej irackiej rodzinie ma krewne, które chętniej chodzą na badania ginekologiczne do mężczyzny. Swoją decyzję uzasadniają tym, że *mężczyzna-ginekolog jest delikatniejszy niż kobieta-ginekolog*. Ich argumentacja nie różni się zatem niczym od tej, z jaką można się spotkać czytając polskie fora internetowe, na których dyskusje prowadzą kobiety odwiedzające gabinety ginekologiczne. Zdaniem naszej ekspertki, różnica polega na tym, że kobiety muzułmańskie o wiele częściej odwiedzają lekarzy w towarzystwie swoich mężów lub innych członków rodziny, np. matki lub siostry. Kobieta sama może zdecydować czy woli zostać zbadaną przez kobietę lub mężczyznę. To samo dotyczy mężczyzn. W sytuacji zagrożenia życia nie powinni jednak kierować się preferencjami. Jeśli odmówiliby leczenia w takiej sytuacji, to mogłoby to zostać potraktowane jako grzech, ponieważ zgodnie z wiarą Muzułmanów, która wynika z Koranu oraz Sunny (opowieści z życia proroka Muhammada), człowiek nie powinien krzywdzić samego siebie. Oznacza to, że w sytuacji zagrożenia życia wyznawca Islamu powinien zasięgnąć rady i ewentualnie poddać się leczeniu bez względu na to, jakiej płci jest lekarz.

Zapytaliśmy naszą respondentkę, czy są jeszcze jakieś kwestie poza „intymnością" lub „prywatnością", na które mógłby zwrócić uwagę lekarz przyjmujący pacjentów muzułmańskich? Jej odpowiedziała brzmiała:

Bardzo często przychodzą do mnie Muzułmanie, szczególnie panie, które chcą wiedzieć, czy w trakcie Ramadanu (dziewiąty miesiąc kalendarza księżycowego, miesiąc w którym prawowierny Muzułmanin zobowiązany jest do przestrzegania ścisłego postu, powinien wówczas powstrzymywać się od picia, jedzenia, kontaktów seksualnych od wschodu do zachodu słońca, post trwa dwadzieścia dziewięć lub trzydzieści dni w zależności od nowiu), *mogą pościć, mimo że biorą leki. Dotyczy to kobiet, które np. mają zespół policystycznych jajników. Takie osoby powinny utrzymywać odpowiednią dietę, aby wyeliminować ryzyko wystąpienia cukrzycy. Moim zdaniem, jeśli ktoś podejdzie do tego odpowiednio, to może pościć. Tak też zresztą robi wiele Muzułmanek. Dlatego ważne jest, żeby lekarz znał praktyki kulturowe albo chociaż miał więcej wyrozumiałości* (R1).

Znajomość praktyk kulturowych i religijnych pomogłaby w zrozumieniu potrzeb pacjentów muzułmańskich. Trudno jednak wymagać od polskich lekarzy, aby je znali. Zdaniem naszej respondentki, byłoby dużym ułatwieniem, gdyby wiedzieli przynajmniej, że Muzułmanie nie jedzą produktów zawierających mięso wieprzowe oraz nie spożywają alkoholu, a także – jak wspomniała jedna z konwertytek na Islam – nie mówili, że się *głodzimy w czasie Ramadanu* (polska konwertytka na Islam z Warszawy, lat 23). Taka wiedza przydałaby się w momencie planowania leczenia i przepisywania odpowiednich środków farmakologicznych, ponieważ:

Muzułmanie często czytają etykiety na produktach spożywczych, żeby sprawdzić, czy nie ma tam np. żelatyny z mięsa wieprzowego lub alkoholu. Podobnie jest z lekami. Wolą te bez żelatyny i alkoholu, jeśli to jest możliwe, oczywiście. Jeśli nie, to biorą takie, jakie są dostępne. Często ten problem dotyczy tabletek powlekanych lub syropów. (…) Przed zrobieniem zastrzyku lub pobraniem krwi należy dokonać dezynfekcji miejscowej skóry, którą wykonuje się przy pomocy gazika nasączonego płynem zawierającym alkohol. Nie stanowi to jednak żadnego problemu dla Muzułmanów, ponieważ, po pierwsze, jest to zalecane przez lekarzy, a po drugie, ten alkohol nie dostaje się do krwi. Chodzi tu o fakt świadomego picia alkoholu (R1).

Naszym drugim respondentem (R2) był niemiecki lekarz, pełniący funkcję ordynatora oddziału chirurgiczno-ortopedycznego w szpitalu w Mainz. Zajmuje się głównie pacjentami, którzy mieli wypadek lub cierpią na choroby ortopedyczne. Jak potwierdza, ma częsty kontakt z muzułmańskimi pacjentami. Zdecydowaliśmy się na wywiad z nim, mimo że nie pracuje w Polsce. Uznaliśmy, że jego doświadczenia z pacjentami muzułmańskimi będą doskonałym uzupełnieniem

naszych rozważań i jednocześnie źródłem informacji dla osób, które w przyszłości będą mogły odbyć staż lub podjąć pracę w państwach Europy Zachodniej. Założyliśmy, że różnorodność wyznawców Islamu mieszkających w tych państwach przekłada się na doświadczenia lekarzy, które mogą się różnić od tych, jakie mają ich polscy koledzy i koleżanki. Nasz ekspert wyróżnia dwie grupy pacjentów muzułmańskich. Do pierwszej z nich należą Muzułmanie w Niemczech. Wśród nich są tacy, którzy urodzili się i wychowali w niemieckiej kulturze oraz imigranci, którzy dorastali w kraju pochodzenia. Drugą grupę stanowią Muzułmanie, którzy przyjeżdżają do Niemiec tylko na czas leczenia. Tę grupę stanowią przede wszystkim obywatele Arabii Saudyjskiej, Kuwejtu, Zjednoczonych Emiratów Arabskich. Przyjeżdżają do Niemiec w celu uzyskania pomocy medycznej, bo ta w ich kraju jest niewystarczająca lub jak twierdzą *na słabym poziomie*. Zapytaliśmy naszego eksperta, czy dostrzega jakieś różnice w tych dwóch różnych grupach pacjentów muzułmańskich, na co odpowiedział:

Tak, bez trudu można dostrzec różnice. Np., najmłodsza generacja Muzułmanów, którzy urodzili się w Niemczech, nie wyróżnia się od pacjentów niemieckich, którzy nie są wyznawcami Islamu. Podają rękę na przywitanie, kobiety nie mają problemów, gdy chcę je zbadać, a jestem mężczyzną. Inaczej jest w przypadku pacjentów, którzy pochodzą, np., z Arabii Saudyjskiej. Przyjeżdżają na leczenie całymi rodzinami. Kobiety są mocno zakryte. Im nie podaję dłoni na przywitanie, bo wiem, że mógłbym wprawić je w zakłopotanie. Czasem mam wrażenie, że pacjentka nie miałaby nic przeciwko, ale jej mąż lub matka i siostra obserwują to i to im mogłoby się nie spodobać. Prawdziwe problemy pojawiają się dopiero, jak przystępuje się do badania. Muzułmanie mieszkający w Niemczech, nie mają z tym problemu, np., gdy muszą się rozebrać. Natomiast w przypadku tej drugiej grupy [Muzułmanów z Półwyspu Arabskiego przyjeżdżających na leczenie do Niemiec] *czasem jest bardzo trudno. Wyznaczyliśmy dla nich jeden dzień w tygodniu na badania, bo jest ich bardzo wielu i chcieliśmy, żeby byli badani w jednym dniu. (…) Chodzi o to, że przeprowadzenie badania trwa czasem długo lub jest kłopotliwe. Najczęściej, jak pacjentką jest kobieta, to do pokoju wchodzi jej siostra, mąż, matka i tłumacz. I w zależności od tego, co trzeba zbadać, pacjentka musi się rozebrać. Jeśli to jest np. badanie kolana, to nie musi się tak bardzo rozbierać. W każdym razie z pokoju wychodzą najczęściej wszyscy oprócz matki. Jeśli tłumaczem jest mężczyzna, to też musi wyjść. No i pojawia się problem, jak badamy i np. pytamy pacjentkę, czy ma bóle, a ona nas albo nie rozumie albo my nie rozumiemy jej odpowiedzi. W takiej sytuacji tłumacz musi wejść do pokoju, ale nie może widzieć pacjentki, jeśli ta jest roznegliżowana. Najczęściej staje za parawanem. W związku z tym czasem potrzeba 45 minut na rzecz, która normalnie zajmuje 10 minut. Niejednokrotnie miałem wrażenie, że pacjentka*

nie potrzebuje tych wszystkich „zabiegów", nie miałaby problemu z badaniem, ale jej rodzina tak, przede wszystkim jej matka (R2).

Jak przyznał nasz ekspert, czasem zdarza się, że pacjent(ka) z krajów Półwyspu Arabskiego musi zostać kilka tygodni lub miesięcy w szpitalu. Zapytaliśmy, czy w takich okolicznościach również trzeba coś uwzględnić i uzyskaliśmy odpowiedź:

Czasem jest tak, że pacjentka musi zostać w szpitalu kilka miesięcy. Towarzyszy jej wtedy często siostra lub kuzynka. Okazuje się, że wówczas kontakt z pacjentką jest o wiele łatwiejszy niż wtedy, gdy jest z nią cała rodzina, głównie matka. […] W większości przypadków proszą o pokój jednoosobowy, za który muszą dodatkowo zapłacić, ponieważ zadecydowana większość naszych sal szpitalnych jest dwuosobowa. Jeśli decydują się na pobyt w jednoosobowym pokoju, to często zostaje z nimi siostra lub kuzynka, ale zdarza się, że w tym pokoju „mieszka" z nią cała rodzina. Wspólnie jedzą i spędzają czas. Żyją w swoim rytmie, co łatwo można zauważyć, bo czasem jak przychodzę na wizytę o 8:00 rano, to wszyscy śpią [śmiech]. *Zdarza się, że pacjentami są członkowie rodziny królewskiej, którym towarzyszy prywatny personel i czasem jak chce się wejść do pokoju to protestują i proszą o czas, aby pacjent lub pacjentka mogli się przygotować. Oczywiście to wszystko zależy od stanu pacjenta. Jeśli pozwala on na to, aby poczekać lub przesunąć w czasie badanie, to się na to zgadzamy. W przeciwnym razie nie zwlekamy* (R2).

Wypowiedzi naszego eksperta potwierdzają, że pacjenci muzułmańscy z państw Półwyspu Arabskiego wyróżniają się na tle pozostałych wyznawców Islamu. Okazuje się, że tych różnic jest znacznie więcej. Kolejną z nich jest „nadgorliwość" związana ze stanem bliskich, o której nasz ekspert mówił:

Najczęściej jest tak, że w pełni informuję pacjenta o przebiegu operacji lub leczenia, a ten z kolei dzieli się tymi wiadomościami z rodziną. W przypadku nie-muzułmańskich pacjentów taka forma kontaktu jest wystarczająca. Inaczej jest z pacjentami z państw arabskich. Najpierw informuję pacjenta o jego stanie, po godzinie przychodzi do mnie mąż lub brat a w południe ojciec. Widzę, że bardzo potrzebują usłyszeć to, co już wiedzą, ale bezpośrednio ode mnie (R2).

Częstsza niż u pozostałych pacjentów potrzeba kontaktu z lekarzem wynika z różnic kulturowych. Muzułmanie, przede wszystkim ci z Półwyspu Arabskiego mają szczególny stosunek do osób, wykonujących zawód lekarza. W społeczeństwach arabskich takie osoby są traktowane z wielkim szacunkiem. Dodatkowo pacjenci z Półwyspu chcą być leczeni przez „najlepszych" lekarzy. Wierzą, że o umiejętnościach danego lekarza świadczy stanowisko, jakie zajmuje. W związku z tym bardzo często chcą być leczeni przez lekarza, który jest dyrektorem szpitala lub ordynatorem oddziału, tak jak nasz ekspert. Jest to bardzo wyraźna tendencja wśród Muzułmanów, którzy mają wysoki status społeczny, np. posiadają tytuł

naukowy i/lub są zamożnymi osobami. To samo dotyczy pacjentek muzułmańskich. Trudno znaleźć im kobietę-lekarza na stanowisku ordynatora, ponieważ, jak twierdzi nasz ekspert w Niemczech, najczęściej zajmują je mężczyźni. Jest to również jeden z powodów, dla których godzą się na kontakt dotykowy z mężczyzną, mimo że bardzo często pochodzą z rodzin o konserwatywnych poglądach.

Zdaniem naszego eksperta możliwość wyjazdu na leczenie do Niemiec jest postrzegana przez pacjentów i ich rodziny nie tylko jako szansa na wyzdrowienie, ale również jako *przygoda*. W przypadku niektórych z nich leczenie w szpitalu niemieckim stanowi doskonały sposób na poznanie „zachodniego" społeczeństwa i rzeczy, które w ich kraju pochodzenia są traktowane jako „niedozwolone". Z wypowiedzi naszego eksperta wynika, że z pobytu w Niemczech chętnie korzystają męscy członkowie rodziny, towarzyszący swojemu bratu, ojcu lub kuzynowi. Jak twierdził, większość czasu spędzają poza szpitalem, zwiedzając miasto. Nocują w szpitalu w pokoju swojego brata lub kuzyna, ale przychodzą dopiero nad ranem. Nierzadko można wyczuć od nich *dym papierosowy lub alkohol*. W przypadku kobiet, żeńskich pacjentek i ich towarzyszek, sytuacja prezentuje się nieco inaczej. Jednak również i w ich zachowaniu można dostrzec pewne zmiany. Na początku są bardzo *ostrożne* i *wrażliwe*. Niechętnie pokazują swoje ciało, ciągle sprawdzają czy *chustka dobrze leży*, a przeprowadzenie badania trwa znacznie dłużej niż u nie-muzułmańskich pacjentów. Wraz z długością pobytu w szpitalu, zmienia się jednak ich zachowanie. Przyzwyczajają się do zwyczajów panujących w niemieckim szpitalu i mniej niż na początku mają trudności w ich akceptacji.

Wypowiedź naszego eksperta (R2) różni się od tej, którą udzieliła nam kobieta lekarz z Warszawy (R1) i jest wynikiem ich odmiennych doświadczeń. W ich wypowiedziach można jednak odnaleźć kilka wspólnych wątków. Dotyczą one np. badania w sali chorych. Okazuje się, że zarówno w Polsce, jak i w Niemczech, przeprowadza się je w obecności innych pacjentów, co jest krepujące dla Muzułmanów, dlatego lekarze *starają się być dyskretni w trakcie badania*. Nasz niemiecki ekspert wspominał również, że w przypadku planowania leczenia farmakologicznego, otrzymują prośby od swoich muzułmańskich pacjentów o leki bez dodatku żelatyny wieprzowej, o czym informowała nas wcześniej pierwsza respondentka. Wiedza naszych ekspertów na temat leczenia pacjentów wyznających Islam wynika z ich prywatnych lub zawodowych doświadczeń. W trakcie studiów medycznych nie mieli okazji uczęszczać na zajęcia, które przygotowywałyby ich do pracy z pacjentami muzułmańskimi i pochodzącymi z innych kręgów kulturowych. Zgodnie podkreślali jednak, że takie zajęcia ułatwiłyby im proces komunikacji z pacjentami i tym samym pomogły w wykonywaniu zawodu, szczególnie na samym początku.

Podsumowanie

Powyższy tekst nie wyczerpuje kwestii związanych z pacjentem innym kulturowo czy religijnie. Ma on na celu jedynie zwrócenie uwagi personelowi medycznemu. Warto zatem zdawać sobie sprawę, starać się zrozumieć i wychodzić naprzeciw potrzebom ludzi, którzy zmagać się muszą nie tylko z chorobą, ale również z „innym", często bardzo trudnym światem, jaki ich otacza. Europa na progu XXI wieku jest wielokulturowa i wszystko wskazuje na to, że będzie taka coraz bardziej. Jest to, oczywiście, wynik rozwijającej się gospodarki i polityki prowadzonej przez poszczególne kraje. Pamiętać należy, że w najbliższych dziesięcioleciach spodziewać się możemy w Europie, a zatem i w Polsce, coraz większej liczby imigrantów i uchodźców, o czym świadczą wydarzenia polityczne i działania militarne na Bliskim Wschodzie.

Warto zatem i należy nie tylko w podręcznikach akademickich, ale również – a może przede wszystkim – na zajęciach akademickich dla przyszłych lekarzy prowadzić zajęcia humanizujące, a zatem uwrażliwiające na różnice kulturowe i religijne, z którymi będą stykać się w swojej codziennej pracy.

Literatura

1. Gudaszewski G., Chmielewski M., *Informator Głównego Urzędu Statystycznego: Wyznania religijne. Stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce w latach 2006-2008*, Warszawa 2010, wyd. 6, 105-110.
2. Pormann P. E., *Islamic medical and scientific tradition*, vol. 1-4, London 2011.
3. Rispler-Chaim V., *Islamic medical ethics in the twentieth century*, Leiden 1993.
4. Bose A., Terpstra J., *Muslimische Patienten pflegen: Praxisbuch für Betreuung und Kommunikation*, Berlin 2012.
5. Köck A., Murtaza M. S., *Muslime im Krankenhaus: ein interreligiöser Ratgeber für Krankenpflegepersonal*, Norderstedt 2009.
6. Tazbir J., *Kultura szlachecka w Polsce. Rozkwit – upadek – relikty*, Wyd. Nauka i Informacje, Poznań 1998.
7. Kryczyński S., *Tatarzy litewscy. Próba monografii historyczno-etnograficznej*, Wydanie Rady Centralnej Związku Kulturalno-Oświatowego Tatarów Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 1938.
8. Tyszkiewicz J., *Tatarzy w Polsce i na Litwie. Studia z dziejów XIII-XVIII wieku*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1989.
9. Danecki J., *Podstawowe wiadomości o islamie,* Wyd. Dialog, Warszawa 1998, t. II, 54-59.

10. Al-gazali M., *Zasady moralności islamu*, Stowarzyszenie Studentów Muzułmańskich w Polsce, Łódź 1994, 132.
11. Minces J., Pallis M., *The Hous of Obedience. Women in Arab Society*, Zed Books, London 1982.
12. Machut-Mendecka E., *Kobieta bez zasłony. Muzułmanka w świetle wiary i kultury*, (w:) Chmielowska D., Grabowska B., Machut-Mendecka E., *Być kobietą w Oriencie*, Wyd. Dialog, Warszawa 2001, 8-33.
13. Górecka E., *Znaczenie honoru kobiety w opinii współczesnego społeczeństwa jordańskiego*, Wyd. Naukowe Ibidem, Łódź 2009.
14. Hall E. T., *Ukryty wymiar*, tłum. Hołówka T., Wyd. Muza, Warszawa 2003, 197.
15. Wywiady z polskimi konwertytkami na islam zostały przeprowadzone w ramach projektu, sfinansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2011/01/N/HS1/00856.
16. Konecki K., *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, Warszawa 2000.

Jacek Tabisz

PACJENT NIEWIERZĄCY, PACJENT ATEISTA

Polska jest krajem o silnych tradycjach katolickich. Te tradycje mają się obecnie w naszym kraju lepiej niż w Irlandii, we Włoszech czy w Hiszpanii. Ma to związek z rolą, jaką Kościół odgrywał podczas okresu PRL. Stanowił on po części opozycję wobec władz komunistycznych i po odzyskaniu niepodległości przez nasz kraj, wielu Polaków czuło wdzięczność wobec instytucji Kościoła. Zupełnie inaczej było np. w Hiszpanii, gdzie Kościół mógł się kojarzyć z frankizmem.

Z uwagi na taką, a nie inną historię w latach 90. rządy RP nadały silną pozycję polskiemu Kościołowi, wspartą przez zapisy konkordatu. Część ateistów i osób niewierzących poczuła się w związku z tym dyskryminowaną mniejszością. Jednym z bardziej newralgicznych punktów tej dyskryminacji stały się szpitale i szerzej – służba zdrowia.

Oddział łódzki Polskiego Stowarzyszenia Racjonalistów, którego jestem prezesem już trzecią kadencję (niedawno odbyły się wybory) zainicjował akcję skupioną na tematyce kapelanów szpitalnych. Do naszego stowarzyszenia, zajmującego się m.in. obroną interesów osób niewierzących, od dłuższego już czasu napływały skargi dotyczące niesprawiedliwego traktowania osób niewierzących w szpitalach.

Skargi dotyczyły głośnych rytuałów religijnych odbywających się tuż przy łóżku unieruchomionego pacjenta – ateisty. Niewierzące kobiety zwracały też uwagę na naruszanie ich intymności przez wchodzenie księży do kobiecych sal szpitali.

Niektórzy pacjenci poruszali bardziej dramatyczne kwestie. Bali się np., iż ksiądz skorzysta z ich mizernego stanu i nawróci ich na Katolicyzm, korzystając z osłabienia świadomości spowodowanego agonią. Innym problemem były rodziny – niewierzący pacjenci, będący w bardzo złym stanie, zgłaszali nam obawy, dotyczące wpływu księdza na odwiedzającą ich rodzinę. Kwestią istotną w tym wypadku był rodzaj pochówku – świecki czy katolicki. Faktem jest, że często osobom,

które za życia wyrażały mocną wolę pochówku świeckiego, rodziny urządzają pochówek w rycie katolickim.

Nasze stowarzyszenie zainicjowało zatem akcję poświęconą kapelanom szpitalnym. Zauważyliśmy, że jest to trudny temat, gdyż pacjenci, zwłaszcza grupa będąca już w stanie niedalekiej śmierci, mają bardzo niską siłę przebicia w świadomości społecznej. Choć problem nie jest mniejszy od religii w szkołach, to tematyką lekcji religii zajmują się dzieci i rodzice, będący przeważnie w apogeum kondycji i aktywności psychofizycznej, czego oczywiście nie można powiedzieć o pacjentach – czy to unieruchomionych wypadkiem, czy to znajdujących się w stanie przedagonalnym.

W trakcie drążenia tego tematu przedstawiciele naszego stowarzyszenia wzięli udział w konferencjach poświęconych m.in. kapelanom w szpitalu. Dowiedzieliśmy się, że zgodnie z ustawami o służbie zdrowia, kapelan ma bardzo wysoką pozycję zawodową w szpitalu, gdyż należy do kategorii tzw. pracowników stałych, która to kategoria nie wlicza w wielu szpitalach części osób bezpośrednio związanych z leczeniem czy ratowaniem życia.

Podczas lobbowania na rzecz równiejszego traktowania pacjentów pojawiło się w naszym stowarzyszeniu kilka dróg naprawienia tej sytuacji. Każda z nich znalazła swój wyraz w mediach, czy to lokalnych, czy to krajowych.

Pierwsza z nich, którą nazwałbym radykalną, dotyczyła zabiegania o usunięcie kapelanów ze szpitala. Wzbudziła ona spore wątpliwości w naszych szeregach, gdyż większość naszych działaczy zdaje sobie sprawę, że wielu Katolikom kapelan jest rzeczywiście potrzebny i pozbawianie ich jego obecności byłoby krzywdzeniem znaczącej części pacjentów.

Pojawiły się zatem inne propozycje rozwiązania tej sytuacji polegające na apelowaniu o oddzielenie kapelanów i korzystających z ich usług pacjentów od osób nie pragnących takich ingerencji. Okazało się, że część kapelanów na szczęście sama z siebie dba o takie oddzielenie. Pozostał jeszcze problem finansowania – nasze stowarzyszenie zauważa, że finansowanie kapelana z budżetu szpitali państwowych jest niesprawiedliwe wobec niewierzących i wyznawców innych niż katolicyzm religii. Osoby duchowne, wspierające wierzących pacjentów, powinny być raczej finansowane przez dedykowane im związki wyznaniowe, a nie z pieniędzy państwa przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Trzeci pomysł na poprawienie napięcia na linii niewierzący pacjenci – kapelani miał charakter najbardziej zgodny z duchem polskiej konstytucji. Chodziło w nim o to, aby obok kapelanów dla Katolików osobom niewierzącym zapewnić również opłacanych przez szpital doradców – pocieszycieli wyrażających wartości

świeckie, nie zaś religijne. Najlepsi w tej roli byliby psychologowie, zaangażowani jednakże światopoglądowo w stronę świeckości.

Tyle o kapelanach, natomiast warto poruszyć na chwilę temat psychologów. Otóż poradnie psychologiczne są kolejnym ośrodkiem dyskryminacji osób niewierzących. Zbyt często zdarza się, że psycholog doradza swojemu pacjentowi modlitwę lub powołuje się na wartości religijne podczas terapii. Często wynika to z doświadczenia samego lekarza, który bardzo rzadko ma pacjentów – ateistów. Istotne są też osobiste przekonania światopoglądowe danego psychologa. Obok nieporozumień zdarzają się też przypadki aktywnej walki o swoje na polu światopoglądowym. Niewierzący pacjenci psychologów mają czasem wrażenie mniej lub bardziej delikatnego „nawracania" podczas terapii, zdarzają się też sytuacje, w których zamiast lekarstw otrzymują zachętę do modlitwy, która zdaniem niektórych psychologów ma moc terapeutyczną. Zapewne tak – ale tylko, gdy zaleca się ją osobom wierzącym.

Terapia oparta na modlitwie, na budowaniu (para)religijnej wiary jest też stosunkowo częsta w trakcie leczenia osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków. Ze strony takich organizacji jak nasza istotne jest kładzenie nacisku na inne rodzaje terapii odwykowej.

Kolejnym miejscem dyskryminacji niewierzącego pacjenta są oczywiście apteki, jak i sam proces zapisywania lekarstw. Kobiety często skarżą się na problemy dotyczące przypisywania pigułek antykoncepcyjnych, znane są też przypadki aptek odmawiających sprzedaży środków antykoncepcyjnych. Apteki są też miejscem, gdzie niewierzący pacjent może zetknąć się z wyjątkowo spektakularnymi symbolami religijnymi. Wielkie krucyfiksy i święte obrazki w niektórych aptekach (ale też szpitalach) wzmacniają poczucie wyobcowania i beznadziei niektórych niewierzących chorych i pacjentów. A przecież już sama choroba wymagająca hospitalizacji czy długiego zwolnienia buduje stres związany z wyrwaniem z codziennego życia i alienacją.

Innym aktem wymierzonym w niewierzącego pacjenta jest tzw. klauzula sumienia, której ikoną stał się prof. Chazan i jego walka z koniecznością informowania o możliwości przeprowadzenia aborcji u innego lekarza lub w innym ośrodku. Mój rozdział piszę 2 marca 2016 roku i póki co obowiązuje ustawa dopuszczająca możliwość aborcji w ściśle określonych przypadkach. Odmawiane aborcji osobom uprawnionym do tego zabiegu jest swego rodzaju przemocą, zwłaszcza gdy nie są one informowane o możliwości zrobienia tego w innym miejscu, do czego pierwotnie zobowiązywały ustalenia prawne.

Jak więc widać, pól na których pacjent niewierzący może czuć się dyskryminowanym „innym" jest całkiem sporo. Znalezienie złotego środka jest oczywiście

trudne i wymaga dobrej woli po obydwu stronach. Przykładowo nadmiar symboli religijnych w szpitalach, przychodniach i aptekach, który wzmacnia poczucie alienacji i wyobcowania u pacjentów niewierzących służy oczywiście pacjentom – Katolikom. Różne organizacje zajmujące się m.in. obroną praw niewierzących, w tym nasze Polskie Stowarzyszenie Racjonalistów, stoją w tej tematyce przed wyzwaniem – czy twardo lobbować, widząc tylko interes „naszej" strony, czy dyskutować i zachęcać wierzących i niewierzących lekarzy oraz pacjentów do kompromisów i wzajemnego zrozumienia. Nas nasz racjonalizm obliguje do wspierania partnerskiej dyskusji, nie zaś do twardego i egoistycznego lobbingu, który prowadzi często jedynie do zmiany podmiotu dyskryminacji.

Na szczęście tematem, który humanistycznie łączy pacjentów i lekarzy wierzących i niewierzących jest walka z paramedycyną. Nasze stowarzyszenie walczy np. z homeopatią i tu współpraca z wierzącymi lekarzami i pacjentami układa się znakomicie. Dominująca w Polsce religia, jaką jest Katolicyzm, nie tworzy na szczęście tak katastrofalnych problemów na styku z medycyną, jak odrzucający szczepienia radykalny Islam, jak wierzący w „magię kryształów" i czakramy new age etc. Choć, oczywiście, zawsze należy być czujnym, gdyż w roku 2016 do głosu coraz częściej dochodzą bardzo konserwatywni politycy i intelektualiści, którzy bazując na swojej religijności, negują np. transplantację organów od osoby martwej na rzecz osoby żywej, rokującej nadzieję na wyleczenie.

Andrzej Guzowski

WYZNAWCY WYBRANYCH NOWYCH RUCHÓW RELIGIJNYCH I PARARELIGIJNYCH JAKO POTENCJALNI ODBIORCY USŁUG MEDYCZNYCH W POLSCE

Współczesnych europejskich społeczeństw nie można już uznać za jednorodne zbiorowości ludzi, zarówno pod względem tożsamości, historii, aksjologii, jaki i kultury.

W opinii Czerniejewskiej [1] zjawisko to można opisać w trzech wymiarach jako:

- stan faktyczny (sytuacja obecności osób pochodzących z innych kultur);
- stan społeczny (stosunki i wzajemne relacje osób odmiennych kulturowo);
- stan polityczny (państwo, regulacje polityczno-prawne związane z kwestią wielokulturowości).

Generalnie każda religia w jakiś sposób kształtuje podejście swoich wiernych do chorób, uzdrawiania i praktyk medycznych [2]. Choroby, a zwłaszcza epidemie, często postrzegane są jako „kara boska", konsekwencja postępowania wiernych, jaką zsyła bóstwo. Wiele religii odnosiło się negatywnie do postępu medycyny, próbując go powstrzymywać i wzbudzając kontrowersje ze względu na swój stosunek do praktyk medycznych. Z reguły stawianymi w tym zakresie zarzutami były związane z uzurpowaniem sobie przez człowieka praw zastrzeżonych dla bóstw oraz przedkładanie wiary w możliwości medycyny nad zaufanie do Boga/bogów [2].

NEOPOGAŃSTWO

Statystyczny neopoganin to osoba nastawiona na indywidualne przeżywanie religijności [3]. W Polsce pierwsze związki neopogańskie zostały zarejestrowane

w połowie lat 90., jednakże samo zainteresowanie wierzeniami przedchrześcijańskimi zaczęło już przed II wojną światową [3]. Istniała wówczas grupa „Zadruga" zorganizowana przez Jana Stachniuka, której celem była nie tylko reaktywacja starych kultów, ale przede wszystkim zmiana etosu Polaków, by stali się bardziej twórczy.

Do najważniejszych współcześnie działających grup neopogańskich zalicza się [3, 4]:

- Polski Kościół Słowiański (związek wyznaniowy) – zarejestrowany w 1994 roku, brak danych o adresie, liczebności i rozmieszczeniu terytorialnym;
- Rodzimy Kościół Polski (związek wyznaniowy) – zarejestrowany w 1995 roku, liczebność członków jest zmienna (w roku 2011 szacowana była na ok. 4 000, a liczba osób duchownych – na 6), posiada trzy świątynie: mazowiecką, świętokrzyską oraz kaszubską;
- Rodzima Wiara (związek wyznaniowy) – zarejestrowany w 1996 roku, posiada pięć oddziałów: wielkopolski, pomorski, śląski, mazowiecki i małopolski. Posiada ok. 252 członków, 10 starszych i 35 miejsc kultu;
- Zachodniosłowiański Związek Wyznaniowy Słowiańska „Wiara" – zarejestrowany w 2009 roku, posiada 11 oddziałów w Polsce (w Opolu, Warszawie, Łodzi, Poznaniu, Bydgoszczy, Gorzowie Wlkp., Szczecinie, Koszalinie, Katowicach, Płocku i Wrocławiu, 296 członków, 35 duchownych i 43 świątynie;
- Grupa Rodzimowierców Krakowskich (religijna);
- Stowarzyszenie na Rzecz Tradycji i Kultury „Niklot" (stowarzyszenie kulturalne);
- Wydawnictwo Toporzeł;
- Nacjonalistyczne Stowarzyszenie „Zadruga" (organizacja polityczna);
- Zakon Zadrugi „Północny Wilk";
- Unia Społeczno-Narodowa (partia polityczna, już niefunkcjonująca);
- drużyny wojów i rzemieślników (np. Drużyna Grodu Trzygłowa, Drużyna Wojów Wiślańskich KRAK).

Środowisko neopogan nie prowadzi działalności misyjnej, nie organizuje „dni otwartych", ponieważ funkcjonuje w nim przekonanie, że jeśli ktoś interesuje się historią Słowian, ich wierzeniami i je odkrywa, to i tak natrafi na odpowiedni związek [5].

Daty najważniejszych świąt chrześcijańskich – Bożego Narodzenia i Wielkanocy, przypadają mniej więcej w czasie pogańskich świąt sezonowych, związanych z cyklem rocznym. Podobnie święto zmarłych, zbiega się ze świętym czasem neopogan [5].

Współczesny neopoganizm jako religia nie tylko nie przeszkadza, ale nawet zachęca swoich wiernych do stosowania praktyk uzdrawiających (magicznych i medycznych) [2].

Ruchy neopogańskie postulują „naturalność", a swoim wiernym nie stawiają niemal żadnych odgórnych barier, jeśli chodzi o praktyki medyczne, jednakże preferują stosowanie terapii „naturalnych" [2]. Współcześni neopoganie najczęściej dylematy zdrowotne rozwiązują zgodnie z własnym mniemaniem i chociaż niektórzy kierują się względami religijnymi, to inni starają się podejść do tej kwestii w sposób pragmatyczny. Stosowane przez nich metody uzdrawiania zależą od ich osobistych potrzeb i przekonań, które mogą, ale nie muszą być zależne od kwestii duchowych, wywodząc się z medycyny konwencjonalnej oraz różnych form uzdrawiania „alternatywnego" i technik magicznych [2]. Większość współczesnych neopogan uznaje świat przyrody za pełen przejawów świętości i za świętość samą w sobie. Niezwykle istotny element wierzeń neopogańskich stanowi Natura (świat przyrody z nadaną wartością religijną) i to tłumaczy zwrot ku medycynie naturalnej, jako uzupełniającej, a czasami jako wyłącznej metodzie terapii [2].

Wyznawcy neopoganizmu z powodów religijnych mogą dysponować wiedzą umożliwiającą im świadczenie pomocy medycznej lub okołomedycznej [2]. Neopoganizm kładzie duży nacisk na afirmację fizyczności i łączność ze światem przyrody, a wiele obowiązujących w nim rytuałów opiera się na jakiejś formie medytacji, relaksacji czy nawet rytualnej gimnastyki [2]. Często także do celów rytualnych stosują określone zioła, kadzidła i olejki eteryczne. Z uwagi na fakt, że praktyki powyższe nie są określone odgórnie, wielu neopogan poszukuje odpowiadających im form kultu i poszerza swoją wiedzę w dziedzinach okołomedycznych (np. masaż, ziołolecznictwo). Zdobytą wiedzę stosują nie tylko w praktykach religijnych, ale także w życiu codziennym, w szczególności praktykując tzw. czarownictwo kuchenne (*kitchen witchcraft)*, w którym praktyka religijno-magiczna przenika się ze sztuką kulinarną i prowadzeniem domu [2].

Neopoganie (Anczyk i Kisiel [2]) postrzegają istotę ludzką raczej jako zdrową całość niż skonfliktowane części i w związku z tym uzdrawianie ciała, często jest pojmowane jako swoiste *sacrum*. Nie mają obowiązku akceptowania swoich chorób, jako „prób" czy „kar" zsyłanych przez bóstwo [2].

Stosunek neopogan do medycyny konwencjonalnej jest generalnie pragmatyczny lub neutralny [2].

Praktykujący neopoganie uważają, iż sfera sacrum obejmuje przede wszystkim to co fizyczne i namacalne, dlatego poznanie zasady działania danego leku czy też sprowadzenie cudu uzdrowienia do konkretnej substancji nie wiąże się z jego profanacją [2].

Uzdrawianie w neopoganizmie stanowi niejako „naturalne" rozwinięcie praktyki religijnej, ale nie ogranicza się zazwyczaj do biernego uczestnictwa w rytuałach, za wyjątkiem dużych, zorganizowanych grup. Nawet gdy neopoganie udają

się do lekarza i poddają się jego zaleceniom, stosują z reguły dodatkowe praktyki (medyczne lub magiczne), w celu zwiększenia szans na wyleczenie.

Barker Rausell [6] uważa, iż praktykowanie uzdrawiania na sobie lub na niewielkiej grupie bliskich pozwala skupić się na indywidualnych potrzebach pacjenta (w tym psychicznych i duchowych), co przy stosowaniu konwencjonalnych terapii nie zawsze jest możliwe. Podkreślane jest to jako atut medycyny niekonwencjonalnej. Adepci wicca, którzy praktykują uzdrawianie, są świadomi powyższego i starają się być osobami wykwalifikowanymi, a holizm jest ich stałym postulatem [2].

Druidyzm

Druidyzm to jedna z najbardziej tajemniczych religii, wliczana w poczet religii animizmu [7, 8]. Wielki filozof Pliniusz udowodnił, że druidyzm zrodził się w Galii, stamtąd zaś zawędrował do Brytanii i na dzisiejsze tereny Irlandii. Kasta druidów zaczęła zanikać wraz z nadejściem Chrześcijaństwa na tereny Brytanii. W Europie zainteresowanie druidyzmem pojawiło się wraz z epoką odrodzenia. W 2003 roku powstał współczesny ruch druidów. W Wielkiej Brytanii organizacja zrzeszająca druidów zwana Druid Network uzyskała taki sam status jak główne religie wyznawane w tym kraju [7, 8].

W Irlandii funkcjonuje ustabilizowany podział na druidów, filidów i bardów [7, 8]. Druidowie przewyższali innych prestiżem społecznym, a bardowie byli pieśniarzami. Filidowie znali natomiast sposoby wywoływania i zaklinania duchów oraz trzy sposoby wróżenia: „imbas forosna" – wróżenie z zaklinaniem własnych rąk lub po wezwaniu bogów przed zaśnięciem, poprzedzone gryzieniem mięsa wieprza, psa lub kota; „teinm laegdai" – dotknięcie czarodziejską różdżką przedmiotu, który chciano poznać oraz zaimprowizowanie czterowiersza i „dichetal di chennaib" – ugryzienie końca własnego palca oraz odpowiedzi czterowierszem na zadane pytanie. Posiadali także wiedzę o ziołach i ich leczniczych właściwościach [7, 8].

Druidzi (z łac. *druides*, z celtyckiego *druida*) w świecie antycznym sprawowali ważne funkcje społeczne [7, 8]. Traktowani byli jako magowie i dobre anioły czuwające nad szczęściem Szmaragdowej Wyspy. Nauczali o nieśmiertelności duszy, reinkarnacji oraz wiedzy astrologiczno-przyrodniczej [7, 8].

Swoją wiedzę Druidzi zdobywali przez 12-20 lat i przekazywali ją drogą tradycji ustnej w związku z obowiązującym religijnym zakazem utrwalania przekazów w formie pisemnej, by nie dostała się ona w niepowołane ręce [7, 8].

Zgodnie z ich naukami siedzibą ludzkiej (nieśmiertelnej) duszy jest głowa, a każdą rzecz zamieszkuje duch [7, 8]. Doktryna nieśmiertelności duszy według

historyków starożytnych (np. Diodora Sycylijskiego, Ammiana Marcelina, Herodota z Halikarnasu) została zapożyczona od filozofów greckich (głównie Pitagorasa) [7, 8].

Życie człowieka podzielone jest na dwie części, a każda z nich składa się z trzech etapów i tworzy sześć tzw. kolumn życia [7, 8]. Pierwsza połowa życia to: wczesne dzieciństwo (*naidenacht*), dzieciństwo (*macdacht*) i młodość (*gillacht*). Następne trzy fazy to: wiek męski (*hoclachus*), starość (*sendacht*) i zniedołężnienie (*diblidecht*) [7, 8],

Druidzi wierzą, że w momencie śmierci człowieka w tamtym świecie, jego dusza ponownie rodzi się na ziemi, a pomiędzy obydwoma światami zachodzi nieustanna wymiana dusz [7, 8]. Ze względu na śmierć w zaświatach narodziny powinny być świętowane z elementami żałoby, a śmieć – z powodu narodzin w zaświatach z radością (obrzędy to nie tylko uczta, ale także gry i zabawy) [7, 8].

Filip Carr-Gomm – Wódz Zakonu Bardów, Oratorów i Druidów (*The Order of Bards Ovates and Druids*) napisał, że *duchowe związki z boskim źródłem wiedzy pozwalają kontynuować tradycje celtyckie bez konieczności odtwarzania ciągłości przekazu z pradawnych czasów,* a służą temu [9, 10]:

- powrót do zdrowia – wraz z duchowymi praktykami i wzrostem świadomości ciało i umysł stają się krzepkie (holistyczny dar zdrowia i długowieczności);
- powrót do natury (przyrody) – osiem rytuałów związanych z porami roku, pomagających dostroić się do rytmów natury i znaleźć miejsce w społeczności żyjących istot;
- życie jest podróżą – rytuały przejścia, błogosławieństwo przy narodzinach, małżeństwie, śmierci i innych inicjacjach;
- filozofia – wyrażająca świętość życia i miejsca w relacjach do wszystkich żywych stworzeń;
- otwarcie na inną rzeczywistość – odmienne stany świadomości związane z rodzimą tradycją Celtów i druidów;
- rozwój osobisty – rozwijający twórczy potencjał, psychiczne i intuicyjne możliwości oraz intelektualny i duchowy wzrost;
- magia – sztuka transformowania idei w rzeczywistość, wiedza o tym, jak używać mocy duchowej inspiracji w druidyzmie znanej jako *aven*.

Współcześni Druidzi znani są z podejmowania społecznych akcji w obronie zagrożonej przyrody i jej sanktuariów, w obronie wolności obywatelskich, praw do Rodzimej Wiary i pożytecznych przedsięwzięć dla lokalnych społeczności [10].

Druidzi głosili naukę o wędrówce dusz, o reinkarnacji i metampsychozie oraz mieli rozległą wiedzę na temat leczniczych właściwości roślin, które musiały być zbierane w specjalny sposób lub o odpowiedniej porze, co przetrwało

w europejskiej sztuce ziołolecznictwa i zielarstwa, a bardzo dobrze się sprawdza w praktyce [8, 9, 10]. Ich edukacja zaczynała się od poznania właściwości ziół i chorób, dzięki czemu stawali się znachorami, znawcami chorób i lekarzami. Podczas zbierania jemioły (w 6. dniu księżycowego miesiąca) odcinano jej pędy złotym sierpem, a ponieważ nie mogła przy tym dotknąć ziemi, łapano ją w płótno rozpostarte przez kapłanów pod drzewem. Druidzi zauważyli, że jemioła dodana do napoju przywraca zwierzętom płodność i jest dobrym remedium na wszelkie znane ówczesne zatrucia [8, 9, 10].

Anczyk [10] podkreśla, że jedynym źródłem pisanym dotyczącym medycyny uprawianej przez warstwę druidów jest *Historia naturalna* Pliniusza Starszego, który łączył medycynę druidów z praktykami magicznymi.

Według druidów biel ma magiczną moc leczenia chorób oczu. W obszarze ich zainteresowań znajdowała się również weterynaria, gdyż leczyli choroby dotykające bydło [10].

Asatru

Asatru nazywana bywa religią wikingów i jest kultem politeistycznym zaliczanym do ruchów neopogańskich, odwołującym się do tradycji starożytnych i średniowiecznych Germanów, założonym w roku 1973 przez islandzkiego poetę Sveinbjörna Beinteinssona [11, 12, 13].

Wyznawców Asatru można dziś znaleźć na całym świecie, w tym w Norwegii (około 350 zarejestrowanych członków), Szwecji, Danii (ponad 600 zarejestrowanych członków i ponad tysiąc niezrzeszonych), Niemczech, Wielkiej Brytanii, Holandii, Hiszpanii, Stanach Zjednoczonych (nawet ponad 20 tys.), Australii [13]. Związki wyznaniowe, inne organizacje starowiercze i grupy nieformalne pojawiły się już również we Francji, Czechach, Serbii, na Słowacji i Węgrzech [13].

Zgodnie z wynikami ankiety Worldwide Heathen Census 2013, starowiercy germańscy zamieszkują nie tylko wyżej wymienione państwa, ale wiele innych, jak Wyspy Trinidad i Tobago, Ekwador, Emiraty Arabskie czy Afganistan [13].

Według źródeł, w Stanach Zjednoczonych może mieszkać nawet 20 tys. wyznawców. W Polsce od roku 2010 funkcjonuje grupa Asatru Polska.

Asatru to postawa życiowa, w której kontakt z bogami, rodziną, przyjaciółmi, przodkami oraz duchami łączy się ściśle i opiera na etyce, normach honorowego postępowania i godnego życia [12].

Ich etyka jest raczej sytuacyjna niż normatywna, a ponieważ żyją we wspólnocie, to ich czyny będzie oceniać i nagradzać/ karać także wspólnota [12].

Według wyznawców Asatru istnieje bliżej nieokreślona siła wyższa, która objawiać się może w postaci bogów i bogiń [12]. Najpopularniejszymi bogami występującymi w Asatru są: Odyn (najważniejszy nordycki bóg), Thor (syn Odyna odpowiedzialny za siły witalne, nazywany także bogiem rolnictwa) i Freja (patronka wojny będąca również bóstwem miłości i magii [12].

Asatryjczycy oddają cześć tylko swoim bogom – uznają jednak, że istnieją też inni bogowie i odnoszą się do nich z szacunkiem [12].

Charakterystyczną cechą Asatru jest także ogromne rytualne znaczenie alkoholu (głównie miodu piwnego, piwa, jabłecznika, rzadziej wódki i bimbru), który wykorzystywany jest w dużych ilościach podczas niemal wszystkich uroczystości i świąt [11, 12].

Asatryjczycy wierzą, że przeznaczenie jest dla ludzi i bogów czymś nadrzędnym, a los i to, co komu przeznaczone, jest nieuniknione i nieprzypadkowe [13]. Jedynymi istotami, które nie podlegają wyrokom losu, są umarli [13].

Hellenizm

Hellenizm to współczesna religia politeistyczna, a jej wyznawcy czczą bogów starożytnych Greków (np. Afrodytę, Apolla i Zeusa). Po raz pierwszy tego terminu użył cesarz Julian Apostata (331-363) celem określenia odnawianej przez siebie religii pogańskiej [14]. Najwięcej wyznawców jest w Grecji (w roku 1997 utworzono Najwyższą Radę Hellenów) i w USA [14].

W Polsce nie ma zarejestrowanych hellenistycznych związków wyznaniowych, a funkcjonują jedynie osoby praktykujące indywidualnie, które utrzymują kontakt przez Internet (Olympeion, Pantheion).

Współcześnie przez hellenistów preferowane są bezkrwawe ofiary lub mięso i krew zwierząt (ale nie zabitych na miejscu), jednakże zamiast zwierząt ofiarowane mogą być inne jadane dary (owoce, warzywa, zboże, słodycze) [14].

DŻINIZM (JAINISM)

Dżinizm zaliczany jest do religii monoteistycznych i jest to ruch religijno-filozoficzny, który powstał w Indiach w VI wieku p.n.e. [15, 16]. Istnieją dwa główne odłamy: Shvetambara – uznający, że mnisi powinni nosić ubranie (białe) oraz

Digambara – żądający całkowitej nagości. Liczbę wyznawców dżinizmu ocenia się na ok. 4,5-5 mln (z czego 97-98% mieszka w Indiach) [15, 16].

Dżinizm naucza o przyjaźni ze wszystkimi żyjącymi istotami [15, 16]. Jego celem jest dobro całego wszechświata, nie tylko ludzi. Duży nacisk kładzie na to, że zwierzęta i rośliny mają dusze, podobnie także coś w rodzaju duszy mają minerały, ogień, woda, powietrze [15, 16]. Ruch ten stworzył ściśle sprecyzowany zestaw zasad regulujących życie wyznawców i nakazujących powstrzymanie się od zadawania cierpienia wszelkim istotom żywym (*ahinsa)*, od kłamstwa (*staja)*, od kradzieży (*asteja)*, od cudzołóstwa (*brahmaczarja* – w przypadku mnichów i mniszek – powstrzymanie się od wszelkich stosunków seksualnych) oraz od posiadania własności zbędnych (*aparigraha* – w przypadku mnichów i mniszek – powstrzymanie się od posiadania wszelkiej własności) [15, 16].

Dżinizm wierzą w możliwość wyrwania się z kręgu sansary (kołowrotu wcieleń) i osiągnięcia stanu wyzwolenia (Mokszy). Do tego celu wiedzie ich droga poprzez trzy klejnoty (należyte spojrzenie, należyte poznanie, należyte postępowanie) [15, 16]. Wierzą także, że świat nigdy nie powstał ani nigdy się nie skończy – przechodzi przez cykle wznoszące lub opadające, składające się z czterech wieków [15, 16].

Dżiniści przestrzegają ścisłych zasad dotyczących wyboru i przygotowania jedzonych roślin [15, 16]. Generalnie zakazane są warzywa rosnące pod ziemią (zbieranie ich wiąże się z wyrywaniem, podczas którego uszkadza się cała roślinę, a także czyni krzywdę mikroorganizmom żyjącym w korzeniach i wokół nich). Owoce powinno się zbierać tylko wtedy, gdy są już dojrzałe, lada moment spadną na ziemię, a najlepiej dopiero wtedy, gdy już spadły. Ziarna (zboża, ryż) i rośliny strączkowe także należy zbierać dopiero wtedy, gdy strąki i kłosy są suche i martwe [15, 16].

Dżiniści ortodoksyjni nie spożywają owoców i warzyw, które zawierają wiele nasion (np. bakłażanów, gujawy) oraz grzybów, bowiem uważają, że często znajdują się w nich robaki, unikają też kalafiorów, brokułów i innych warzyw o porowatej strukturze, ponieważ w ich zakamarkach mogą kryć się maleńkie owady, których nie można stamtąd usunąć [15, 16]. Zanim spożyją warzywa liściaste (np. kapusta czy szpinak), przeglądają je bardzo uważnie w poszukiwaniu owadów ukrytych między liśćmi i myją dopiero po upewnieniu się, że żadnych stworzeń tam już nie ma. W diecie dopuszczają produkty mleczne [15, 16].

Obowiązują ich także zasady regulujące pory przygotowania i spożywania posiłków, które powinny być wykonywać tylko w ciągu dnia, ponieważ gotowanie nocą mogłoby przyczynić się do śmierci zwabionych światłem i ciepłem ognia takich owadów, jak moskity i ćmy [15, 16].

Oprócz troski o życie innych istot, muszą zapanować nad impulsami zmysłowymi oraz oczyszczać umysł i ciało oraz pamiętać o poście w trakcie świąt oraz ósmego i czternastego dnia cyklu księżycowego, gdy dozwolone są tylko potrawy zbożowe [15, 16]. Wierzą także, że ascetyczny tryb życia pozwali im zachować zdrowie [15, 16],

ALADURA

Rozwój ruchów Almadura datuje się od 1918 roku, kiedy zakładane były licznie kółka modlitewne wyznawców kościołów misyjnych, którzy odłączyli się w momencie zakazu spotkań wydanego w macierzystym Kościele anglikańskim (prezbiteriańskim) [17, 18].

Największy rozwój Kościołów Aladura nastąpił w roku 1925, kiedy powołano Wspólnotę Cherubinów i Serafinów (charyzmatycy Moses Orimolade Tunolasa'ego – podobno wyleczył się modlitwą z paraliżu obu nóg i Christiana Abiodum), a obecnie rozprzestrzenił się po całym świecie, zwłaszcza w Nigerii, Benin, Togo, Ghanie, Liberii i Sierra Leone. Szacuje się, że ma 3,6 miliona wiernych [17, 18].

W roku 1930 pojawili się nowi liderzy ruchu, jak np. uzdrawiacz Joseph Babalola, Isaak Akinyele, założyciel Kościoła Apostolskiego Chrystusa (1930) i Josaiah Olunowo Oshitelu, założyciel (1939) Kościoła Pana Aladura [17, 18]. Ositelu ma tytuł Najczcigodniejszego Proroka, Doktora Psychologii, Prymasa i Założyciela i miał zdolność przepowiadania zmartwychwstania umarłych, upadku rządów kolonialnych i śmierci wszystkich kolonizatorów [17, 18].

Ruchy Aladura dzielą się na apostolskie, wzorowane na Kościele anglikańskim, kierowane przez pastorów, z dużą rolą hierarchii, oraz spirytualistyczne, jak Kościoły Cherubinów i Serafinów czy Kościół Apostolski Chrystusa [17, 18].

Za podstawowe elementy rytualne ruchów Almadura uważa się: uzdrawianie, akty oczyszczenia moralnego i cielesnego (w tym chrzest przez zanurzenie), ochronę przed działaniem czarnej magii, szukanie duchowej inspiracji i poddawanie duchowemu natchnieniu oraz tłumaczenie snów i wizji wiernych, a największą mocą cieszy się modlitwa [17, 18].

Wierni z reguły ubierają się w długie, białe szaty, przed wejściem do kościoła zdejmują buty i wielu obmywa stopy. Obrzędy zaczynają się od hymnów i błagalnych modlitw. Bicie w bębny, tamburyny i gra na innych instrumentach (poza okresem Wielkiego Postu) wprowadzają wiernych w taniec kierowany przez dwie

grupy urzędników – Armię Jezusa (mężczyźni) i Związek Modlących Się Kobiet, przy czym każdy tańczy w swoim stylu [17, 18].

W czasie ceremonii, pod kierunkiem wyspecjalizowanych duchownych, odbywa się czytanie i objaśnianie Biblii (wskazówki dla tłumaczenia snów i wizji jako form objawienia Ducha Świętego) [17, 18]. Ważną rolę w ceremoniach spełnia krzyż – symbol i świadectwo siły duchowej, która objawiana jest w snach i wizjach woli Bożej [17, 18].

Aladura charakteryzuje się przede wszystkim głęboką wiarą w uzdrowienia za pomocą wody święconej, w prywatne objawienia (pośrednictwo snów i wizji) oraz uznaniem konieczności walki ze złymi duchami [17, 18].

SHINTOIZM (SZINTOIZM)

Shintoizm jest religią rdzennie japońską, mającą charakter politeistyczny, powstałą w czasach prehistorycznych i wywodzącą się z animistycznych wierzeń ludowych, które uznawały istnienie duszy we wszystkich przedmiotach, traktujących siły i zjawiska przyrody jako bóstwa [19, 20, 21].

W latach 1868-1945 była oficjalną religią państwową Japonii, powiązaną z kultem cesarza, a jej centrum stanowiła świątynia Ise Jingu. Wyznaje ją ponad 50% mieszkańców Japonii, na świecie od ok. 110 mln do ok. 120 mln. osób [19, 20, 21].

Słowo *Shinto* można przetłumaczyć jako „Bogów Droga", ale także jako „droga duchów, droga bóstw, nauka bóstw" [19, 20, 21].

Ważnym elementem shintoizmu są chramy, w których można modlić się do bóstw, którym są poświęcone, a w nich charakterystycznym elementem jest brama (*torii*), która jest symbolem znajdującego się za nią miejsca świętego [19, 20, 21]. U wejścia do sanktuarium znajdują się lwie psy, chroniące go przed złem. Wchodząc do niego, wierni muszą pamiętać o „oczyszczeniu się", czyli obmyciu rąk oraz wypłukaniu ust. Szintoizm stawia nieszczęście na równi z grzechem, do których zalicza nie tylko profanację zwłok, kazirodztwo, rozpustę i zabijanie innych stworzeń, ale także trąd, ukąszenie węża, porażenie piorunem, jednakże mimo wiary w życie ludzi po śmierci, nie uznaje odpłaty w życiu przyszłym za dobre i złe uczynki [19, 20, 21].

Według wierzeń shintoistów, pozostawanie w jedności z bogami wymaga oczyszczenia się za pomocą rytuałów od wszelkiej skazy moralnej i grzechu [19, 20, 21]. Funkcjonują dwa sposoby oczyszczania ludzi oraz rzeczy: *oharai* (nad człowiekiem lub przedmiotem poddawanym oczyszczeniu kapłan macha gałązką

wiecznie zielonego drzewa *sakaki*, do której koniuszka umocowane są skrawki papieru czy strzępki lnu) oraz *minogi* (podczas którego używa się wody) [19, 20, 21].

Shintoiści uważają się, że bogowie, przede wszystkim Amaterasu – Bogini Słońca, jej brat – Bóg Ziemi oraz Bogini Księżyca, stworzyli wyspy japońskie oraz pierwszego cesarza. Wierzą też w nieskończoną liczbę *kami*, czyli sił duchowych czuwających nad domowym ogniskiem i zapewniających szczęście całej okolicy, kryjących się w drzewach, górach, morzu i wietrze, ale także w konkretnej rzece lub dowolnym przedmiocie [19, 20, 21]. W miarę rozwoju shintoizmu, *kami* poszerzyły się także o przodków, bohaterów i ludzi obdarzonych szacunkiem. *Kami* nie posiadają takiej mocy jak bogowie innych religii, nie zapewniają człowiekowi zbawienia duszy po śmierci, ale są przewodnikami ludzi w życiu doczesnym i tego właśnie oczekują od nich wyznawcy. Każdy shintoista po śmierci staje się jednym z *kami* [19, 20, 21].

W szintoizmie (Kotański [21]) występują tzw. „Cztery Twierdzenia", o których wierni zawsze muszą pamiętać:

- tradycja i rodzina – ponieważ rozwinął się kult przodków oraz ścisłe związki z własną rodziną i klanem, rodzina jest mechanizmem zapewniającym przetrwanie tradycji i istnieją *kami* przodków, a także klanów i obszarów;
- miłość do natury – ponieważ kontakt z nią zapewnia kontakt z bogami i jest święta (w każdym jej aspekcie przejawiają się *kami*);
- czystość fizyczna – stąd rytualne kąpiele i ogólna dbałość o higienę, dotyczy czystości zarówno w sensie materialnym, jak i rytualnym (człowiek mający kontakt ze śmiercią, chorobą lub krwią ulega skalaniu);
- *matsuri* – święto, które czci *kami*.

Shintoizm nie tylko zakazuje swoim wyznawcom spożywania mięsa, ale także nakazuje dbać o estetykę i zdrowy charakter potraw.

Bezwzględnie sprzeciwia się także przeszczepianiu narządów, uznając ciało zmarłego człowieka za nieczyste i niebezpieczne. Podkreśla jednocześnie metafizyczny aspekt ingerencji w ciało człowieka, co zgodnie z wierzeniami może skutkować przerwaniem więzi między zmarłymi a żywymi członkami rodziny [22].

TAOIZM

Taoizm to tradycyjny chiński system filozoficzny i religijny zakładający, że sposób rozumienia wszechświata nie jest oparty na wierze, lecz na doświadczeniu [23, 24].

Podstawowym pojęciem w Taoizmie jest „tao", które oznacza z jednej strony drogę, sposób, zasadę wszechświata, a z drugiej – porządek natury, jej rytm i prawo [23, 24].

Taoiści propagują w moralności niesprzeciwianie się naturalnemu porządkowi rzeczy, panującemu w przyrodzie i w społeczeństwie [23, 24]. Wierzą, że elementy wszechświata jasne i czyste tworzą niebo, jego elementy ciężkie – ziemię, człowiek natomiast łączy w sobie niebo i ziemię, a pierwotnie panowała doskonała harmonia w człowieku i złoty wiek świata. Harmonia ta została zburzona i nastąpiła degradacja ludzkości. Ludzie próbowali powrócić do złotego wieku przez całkowite wyrzeczenie się złudnych wartości cywilizacji. Jedni sprzeciwiali się wszelkim próbom wpływania na sprawy społeczne, a inni protestowali przeciwko hierarchicznej strukturze społecznej oraz ingerencji państwa w stosunki międzyludzkie, upatrując ideał społeczny w ustroju opartym na autonomicznych wspólnotach wiejskich [23, 24].

Szczęście człowieka Taoizm widział w życiu zgodnym z naturą, bez wpływania na bieg wydarzeń i przyjmowania ich pasywnie i obojętnie [23, 24]. Zalecany był stan wolny od żądz i namiętności, w których upatrywano źródło nieszczęścia ludzi i zaburzenia ładu w świecie. Taoiści byli przekonani, że ludzie nie powinni troszczyć się o zasługi moralne [23, 24].

Z uwagi na fakt, iż Taoizm filozoficzny nie zaspokajał potrzeb szerokich kręgów ludności chińskiej, rozwinął się Taoizm religijny (wchłonięcie wierzeń i obrzędów ludowych), który stał się dostępny dla zwykłych ludzi [23, 24].

Za założyciela Taoizmu jako religii uważa się Czang Tao-ling (II w. n.e.), który wykorzystał wiele elementów z Buddyzmu [23, 24]. W wieku III-IV n.e. powstała zinstytucjonalizowana forma Taoizmu religijnego, z rozbudowanym panteonem bóstw, drobiazgowo ustalonym rytuałem, księgami świętymi oraz hierarchią kapłańską i w tej formie przetrwał do XX wieku [23, 24].

W europejskim znaczeniu religijnym jest człowiek żyjący w zgodzie z regułami wyznaczonymi przez Boga, natomiast w Taoizmie, człowiekiem religijnym jest ten, kto żyje w zgodzie z regułami, wyznaczonymi przez naturę [25].

Taoizm charakteryzuje szczególne dążenie ludzi do zapewnienia sobie nieśmiertelności i wolności od chorób, tendencja, aby przez ascezę i ćwiczenia oddechowe lub inne oderwać się od więzów skończoności oraz dążenie do długowieczności w drodze cnotliwego życia [23, 24].

W Taoizmie szczególne ważną rolę pełni oddech i ważne jest to, aby praca nad nim nie odbywała się na siłę, ale w zgodzie z naturalnym rytmem życiowym osoby [23, 24]. O ile to nie będzie miało miejsca, dana osoba może narazić się na zakłócenia w obiegu energii wewnętrznej, co objawi się złym samopoczuciem. Dzięki regularnemu oddychaniu przez jedną godzinę dziennie, każda osoba jest w stanie znacznie odmłodzić biologicznie swój organizm i istotnie wydłużyć życie [23, 24].

Stan zdrowia, to odzwierciedlenie harmonii niebios, która osiągana jest poprzez zrównoważenie mocy wewnętrznych i zewnętrznych [26, 27, 28]. Jedność istnieje w obrębie różnorodnych sił natury, tzw. uniwersalnej energii zwanej „chi", która zawarta jest we wszystkich rzeczach. Jest ona trudna do opisania, ale objaśnia się ją *jako materię pozostającą na skraju przemiany w energię, będącą równocześnie energią pozostającą na skraju przemiany w materię*. We wszechświecie wszystko jest wynikiem nie kończącej się kondensacji *chi* w materię i jednoczesnego rozproszenia *chi* w energię. *Chi* z jednej strony karmi umysł oraz ciało (siła życiowa), a z drugiej wytwarzana jest przez zang/fu (sfery funkcjonalne) i wskazuje ich funkcje [26, 27, 28]. Zang/fu nie odnosi się wyłącznie do konkretnego organu, ale do całościowego funkcjonowania ciała związanego z danym organem. Taoiści wierzą, że *chi* przepływa przez ciało człowieka, dlatego swobodny przepływ *chi* oznacza dobry stan zdrowia. Choroba rozwija się w momencie, gdy równowaga energetyczna jest zaburzona (istnieją jakieś blokady) i powstaje nadmiar lub niedobór *chi* w określonej części ciała lub organu. Poza tym pożywieniu oraz poszczególnym narządom i roślinom leczniczym, które mogą być używane do leczenia schorzeń tych organów, przypisywana jest energia *yin* albo *yang* [26, 27, 28].

Za część taoistycznego systemu religijnego uważana jest akupunktura, jedna z najbardziej popularnych metod medycyny niekonwencjonalnej [26, 27, 28]. W Taoizmie duży nacisk kładzie się na życie w harmonii z kosmiczną energią *tao*, która powinna swobodnie przepływać przez *meridiany* – specyficzne punkty ciała [26, 27, 28]. Ich nakłuwanie ma ułatwić przepływ bioenergii, a tym samym wyleczenie choroby i osiągnięcie zdrowia.

Uważa się, że praktyki taoistyczne mają wybitnie okultystyczny charakter z uwagi na fakt, iż interesuje je duchowa energia *qi*, której nie można poddać badaniom naukowym [29].

W Taoizmie dąży się także do zapewnienia sobie nie tylko żywotności i długowieczności, ale także męskiego potomstwa [30]. Znana jest w nim technika *Yung-ch'eng*' (I w. n.e.), tzw. *powrót esencji (nasienia, spermy) w celu poprawienia mózgu* (*huan ching pu nao*). Polega ona na zapobieganiu ejakulacji w czasie aktu seksualnego –spowodowanie krążenia spermy, mieszanie się jej z oddechem wewnątrz organizmu i odżywianie przez to mózgu [30].

W Taoizmie stosuje się także różne zasady alchemii wewnętrznej i zewnętrznej (np. szkoły medytacji, w których przeniknęły się zasady *tao* i *zen*) [23, 24]. Związane są one z poszukiwaniem kamienia filozoficznego, który może zapewnić nieśmiertelność. Wierzono, że najwięcej magicznych właściwości mają siarczek rtęci (cynober) oraz nefryt i dlatego wykorzystywano je do przygotowania eliksiru nieśmiertelności [30].

ZARATUSZTRIANIZM

Zaratusztrianizm (czciciele ognia) jest uważany za jedną z najstarszych religii monoteistycznych [31]. W X wieku mała wspólnota Zaratusztrian przedostała się na zachodnie wybrzeże Indii, gdzie osiedliła się pod nazwą parsów, zachowała świadomość ciągłości swojej religii i przetrwała do naszych czasów. Liczba wyznawców zaratusztrianizmu jest niewielka, łącznie jest ich około 130 tys., w tym w rodzimym Iranie żyje ok. 25 tys. W Indiach mieszka ich ok. 80 tys., w Stanach Zjednoczonych – 23 tys. oraz w Pakistanie – pięć tys. [31]. W Europie mieszka około sześciu tysięcy zaratusztrian, z czego znaczna większość – licząca co najmniej 5 tys. osób – znajduje się w Londynie i jego okolicach [32].

Nazwa religii pochodzi od założyciela – Zaratusztry (628-551 p.n.e. lub 1500 lat p.n.e) [31, 32].

Główne idee religii przedstawia siedemnaście najstarszych hymnów (Gathach), przypisywanych samemu Zaratusztrze [31, 32]. Podstawą wiary są: Ahura Mazda (Pan Mądry), dwa duchy – Spenta Mainju (Duch Dobroczynny) i Angra Mainju (Duch Złowrogi), grupa sześciu nieśmiertelnych Amesza Spentów oraz Jagatowie [31, 32].

Etyka zaratusztrianizmu zawarta w zdaniu *dobre myśli, dobre słowa, dobre uczynki*, podkreśla ważność prawości i dobra. Człowiek w jej światopoglądzie jest wolny w wyborze dobra lub zła, nie jest niewolnikiem lub sługą bożym, a jego zadaniem jest podążanie za przykładem dobrego wyboru Ahura Mazdy [31, 32].

Zaratusztrianizm odrzuca ascezę i celibat [33].

Wyznawcy religii wierzą, że dusza człowieka pozostaje po śmierci przez trzy dni w pobliżu swego ciała, a przy końcu trzeciej nocy zaczyna wiać wiatr i zjawia się przy niej *daena* (*awest*), jej bliźniaczka, która odzwierciedla uczynki zmarłego [31]. W przypadku gdy zmarły był sprawiedliwy, pojawia się wraz z południowym wiatrem i ma postać pięknej młodej dziewczyny o białych ramionach oraz jędrnych piersiach i prowadzi ludzką duszę przez most Czinwat do raju (Domu Pieśni). Gdy zmarły był niegodziwcem, *daena* ma postać jędzy, przylatuje z północnym wiatrem, a most pod stopami jego duszy robi się tak wąski, że spada ona w otchłań i trafia do piekła (Domu Zła), gdzie Angra Mainju nakazuje potępionej duszy wypić truciznę [31].

KAODAIZM (CAO DAI)

Jest religią o tendencjach uniwersalnych, powstałą w roku 1926 w Wietnamie, powołując się na objawienie boga Cao Dai udzielone w latach 1919-1925 urzędnikowi administracji kolonialnej Ngo Van Chien podczas seansów spirytystycznych [34].

Łączący w sobie kilka systemów filozoficzno-religijnych: Chrześcijaństwo, Islam, Judaizm oraz świecką filozofię, ale nie brakuje w nim także pierwiastków Konfucjanizmu i Taoizmu [34]. Władzę w Kaodaizmie obejmuje papież, a same struktury zasadniczo przypominają funkcjonowanie Kościoła Katolickiego. Obecnie liczy ok. 5 mln wyznawców, głównie w Wietnamie, ale także w Kambodży, we Francji i w USA [34].

Nazwa religii pochodzi od autonomicznego Boga – Cao Dao, a jej symbolem jest personifikacja Boga w tzw. boskim oku (Lewe Oko Boga) [34]. W panteonie świętych Kaodaistów jest Victor Hugo, Sun Yat Sen, Maria Skłodowska-Curie, Kartezjusz, Juliusz Cezar, Lenin czy Charlie Chaplin. Uważają bowiem, że świętym może zostać każdy, kto dzięki zasługom na świecie, narodzi się jako istota duchowa [34].

Zdaniem członków tego Kościoła wszyscy ludzie dzielą między sobą boskie dziedzictwo, a celem ludzkości powinno być zbudowanie świata bardziej tolerancyjnego [24].

Kaodaizm podkreśla równość pomiędzy kobietami oraz mężczyznami, zarówno w życiu świeckim, jak i duchowym. Kapłanów nie obowiązuje celibat, a kobiety mają prawo do godności kościelnych (do kardynała włącznie) [34].

Msze Kaodaistów odbywają się cztery razy dziennie, a w ich czasie wokół katedry wyznaczone są strefy, w których nie może stanąć ludzka noga. Wierni ubrani są w jednakowe, białe szaty, a hierarchowie kościelni – w żółte i czerwone [34].

Kaodaiści wierzą w reinkarnację dusz, z której wyprowadzono etyczny nakaz poszanowania życia (ahinsa) [34]. Ponadto są wegetarianami [35].

ECKANKAR

Eckankar (Kościół Projekcji Astralnej) jako religia powstał w roku 1965 w Chanhassen, w stanie Minnesota z inicjatywy Paula Twitchella [36, 37]. Po jego śmierci miejsce mistrza zajął Darwin Gross, a następnie Harold Klemp, który pełni tę funkcję do dzisiaj [36, 3, 38].

Do ruchu Eckankar należy w tej chwili ok. 26 tys. Amerykanów. Do Polski ruch dotarł w 1975 roku i w roku 1997 został zarejestrowany pod nazwą Związek Wyznaniowy „Eckankar", licząc obecnie kilkadziesiąt osób [36, 37].

Fundament ruchu stanowią nauki mistrzów tybetańskich, ale nie brakuje w nim także elementów znanych z kultury hinduskiej (joga, reinkarnacja) [36, 37].

Do zjednoczenia z Bogiem doprowadzić może medytacja, śpiew oraz trans. Eckankar naucza o słyszalnym strumieniu życia znanym jako Duch Święty (ECK), który łączy każdego z Bogiem [36, 37]. Podczas medytacji wyznawcy tego kultu starają się usłyszeć wewnętrzny głos, który w ich mniemaniu pochodzi od Boga (wzywa do domu) oraz ujrzeć wewnętrzne światło (oświetla drogę). Doświadczenie ze Światłem i Dźwiękiem Boga wzbogaca życie i pomaga widzieć codzienne problemy z perspektywy miłości. Członkowie Eckankar zwykłe robią ćwiczenia duchowe każdego dnia przez dwadzieścia do trzydziestu minut. W tych cichych kontemplacjach buduje się fundament duchowy oparty na osobistym doświadczeniu ze Światłem i Dźwiękiem Boga. Podobne do modlitwy ćwiczenia duchowe zwiększają moc duchową człowieka i jego zrozumienie [36, 37].

Zgodnie z nauką Eckankar istnieje dwanaście światów, od materialnego do boskiego [36, 37]. Każdemu z nich przypisany jest jakiś dźwięk, np. światu fizycznemu Elam (grom). Dusza jest wieczna, jest prawdziwą tożsamością osoby, istnieje, ponieważ Bóg ją kocha, jest w podróży do Samourzeczywistnienia i Realizacji Boga. Dusza wędrując przez wszystkie te rzeczywistości doświadcza kolejno dźwięków każdej z nich. Istnieje bezosobowy Bóg – Sugmad, od którego pochodzi wszelkie życie. Zadaniem duszy jest uwolnienie się z ciała i przejście przez sfery kosmiczne do Boga. Dusza ludzka przechodzi cykl reinkarnacji, może jednak uwolnić się od niego już w obecnym życiu [36, 37].

Członkowie ruchu (zwani *chela*) nie prowadzą życia wspólnotowego, są natomiast zobowiązani do ćwiczeń duchowych w domach i do uczestnictwa w seminariach [36, 37]. Tworzą swoją specyficzną, zamkniętą społeczność, co może prowadzić do poczucia wyższości nad osobami nie należącymi do organizacji. W decyzjach osobistych podążają za swoim wewnętrznym rozumieniem przewodnictwa Boga i Ducha Świętego, pragnąc radzić sobie w życiu dzięki najwyższym atrybutom duchowym: całkowitej świadomości, odpowiedzialności i miłości boskiej. Działają w ramach praw ludzkich, zatrzymując uwagę na światach Boga i równocześnie prowadząc odpowiedzialne, zaangażowane życie, płacąc za siebie, pełniąc pożyteczną funkcję w społeczeństwie i wypełniając zobowiązania wobec rodziny, pracodawcy i kraju [36, 37].

Eckankar takie sprawy jak aborcja, rozwód czy orientacja seksualna uważa za osobiste decyzje i nie zajmuje w tej kwestii stanowiska [36, 37]. Nie pochwala się

używania tytoniu i alkoholu, a używanie narkotyków w celach innych niż leczenie medyczne jest uważane za krok wstecz w rozwoju duchowym i stanowczo się tego nie pochwala. Z uwagi na fakt, iż życie jest darem od Boga, samobójstwo jest uznawane za sprzeczne z prawem duchowym [36, 37].

Eckankar uważa dietę za sprawę osobistego wyboru [36, 37]. Ci, którzy otrzymali Drugie Wtajemniczenie, zachęcani są do postu w piątki, lecz mogą wybrać taki rodzaj postu, jaki najlepiej im odpowiada. Zamiast pełnego postu mogą zjeść lekki posiłek albo po prostu utrzymywać swoją uwagę na Bogu i Duchu Świętym przez cały dzień [36, 37].

Wybór metody leczenia chorób i kontuzji jest sprawą indywidualnego wyboru, a Kościół zachęca jedynie swoich członków do szukania porady lekarzy albo innych licencjonowanych praktykujących terapeutów, jeśli to konieczne [36, 37].

Eckiści wierzą, że każdy jest Duszą, iskrą Boga posłaną na ten świat, by zdobywać doświadczenie duchowe [36, 37]. Wierząc, że Dusza przetrwa śmierć fizyczną, często odnoszą się do śmierci jako do przejścia. Wielu preferuje kremację niż pogrzeb. Nabożeństwo żałobne honoruje podróż Duszy i jest prowadzone przez członka duchowieństwa [36, 37].

MORMONI

Mormoni to członkowie Kościoła Jezusa Chrystusa Świętych w Dniach Ostatnich [39]. W 1830 roku Joseph Smith ogłosił swoje posłannictwo i stworzył nową formację. Twierdził, że w 1823 roku ukazał mu się „niebiański wysłannik" (anioł imieniem Moroni) i wskazał miejsce ukrycia złotych płyt, które miały być napisane przez Proroka w 421 roku i ukryte przez Indian Ameryki Północnej, bezpośrednich potomków narodu żydowskiego. Złote tablice zostały przetłumaczone (z języka egipskiego, z reformowanych hieroglifów) przez założyciela sekty i ogłoszone w 1830 roku jako „Księga Mormona [39].

Mormonizm jest wyznaniem o światowym zasięgu, liczącym ponad 14 mln wiernych w USA, w Ameryce Południowej, na Filipinach, wyspach Tonga, Samoa i innych wyspach Oceanu Spokojnego. Następuje także wzrost liczby wyznawców w Afryce. Hiszpański i portugalski są językiem ponad 4,5 mln Mormonów na świecie.

W Polsce pierwszy ośrodek założono we wsi Zełwągi na Mazurach, a obecnie główną siedzibą jest Warszawa, gdzie znajduje się kaplica i biuro Kościoła. W Polsce w roku 1999 było 1 100 członków i 114 misjonarzy.

Najważniejszą doktryną Mormonów jest tzw. „Wieczny Postęp", według której każdy, kto będzie żył wartościowym życiem i wypełniał wszystkie rytuały Kościoła Mormonów, sam stanie się bogiem w następnym życiu [39].

Według Mormonów nie ma tylko jednego boga, bo na innych planetach i w innych światach żyje bowiem niezliczona ilość bogów [39]. Nie odmawiają bogom zbliżeń seksualnych, a wręcz przeciwnie, duchy mieszkające w ciałach ludzi są owocami właśnie intymnych zbliżeń pomiędzy Bogiem Ojcem i jego boską żoną (preegzystencja tłumacząca pochodzenie człowieka). Zdaniem Mormonów – Jezus i Lucyfer są braćmi z okresu preegzystencji, tyle że Jezus miał szansę stać się dodatkowo człowieczym synem bożym [39].

Wierzą też, że są trzy nieba, przy czym to najwyższe jest dla tych, co stali się bogami i boginiami, dla reszty zostają dwa nieba – jedno dla dobrych, ale nie Mormonów, drugie dla złych [39].

Poligamia jest elementem historii wyznania i jedną z prawd teologicznych. Joseph Smith, twórca religii mormońskiej, poślubił co najmniej 33 kobiety, często nie mając zgody swej pierwszej żony, Emmy i nauczał, że Bóg akceptuje wielożeństwo [39]. W roku 1890 główny nurt wyznania uznał praktykę poligamii za zakazaną. Współcześnie mormoni, którzy poślubią więcej niż jedną kobietę, są wykluczani ze wspólnoty, nadal jednak funkcjonują niewielkie grupy rozłamowe, które praktykują wielożeństwo [39].

Mormoni wierzą też, że ich zmarli przodkowie, którzy nie zostali ochrzczeni w Kościele Mormonów, mogą być ochrzczeni po śmierci. Ich potomkowie lub świątynni wolontariusze reprezentują ich podczas ceremonii chrztu, mając przypięte do ubrania kartki z imionami zmarłych [39].

Według mormonów kolor skóry to kara za grzechy i można go rozjaśnić poprzez wiarę, ale także poprzez porzucenie Kościoła Mormonów można z kolei nabrać ciemnej karnacji [39].

Mormoni są propagatorami życia bezstresowego, wypełnionego pozytywnym nastawieniem do świata, harmonią i wstrzemięźliwością. Mormoni mają zakaz picia alkoholu, kawy, herbaty, używania tytoniu, narkotyków i innych szkodliwych substancji. Zalecany jest także post w pierwszą niedzielę każdego miesiąca, a praktyka cotygodniowych postów stosowana jest już u dzieci powyżej ósmego roku życia [39].

AMISZE

Amisze to chrześcijańska wspólnota protestancka wywodząca się ze Szwajcarii, konserwatywny odłam anabaptystów [40, 41]. Założycielem sekty Amiszów był Jakub Amman, który w 1693 roku doprowadził do secesji swoich zwolenników ze wspólnoty szwajcarskich menonitów żyjących na emigracji w Alzacji [40, 41].

Większe wspólnoty można spotkać głównie na rolniczych obszarach 28 amerykańskich stanów Pensylwania, Ohio, Indiana, Iowa i Missouri oraz kanadyjskiej prowincji Ontario, w Ameryce Środkowej (80% w Pensylwanii, Ohio i Indianie). Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie cała ich społeczność liczy ponad 235 tys. wyznawców i ich liczba stale rośnie [40, 41].

W Polsce istnieje jedna rodzina Amiszów, państwo Martin, mieszkający we wsi Cieciwa koło Dęby Wielkiej. Przybyli w roku 1993 ze Stanów Zjednoczonych wraz z kilkoma innymi rodzinami, które jednak wróciły do USA.

Amisze żyją w odizolowanych wspólnotach, zorganizowanych według nakazów niepisanego zbioru zasad zwanego *Ordnung*, regulującego wszelkie aspekty codzienności [40, 41].

Mężczyźni ubierają się w ciemne kolory, noszą szelki i dwa rodzaje kapeluszy (do pracy i od święta), nie używają pasków, guzików i suwaków, do czasu ślubu golą zarost twarzy, a żonaci zapuszczają długie brody, nie mają nigdy wąsów (są pacyfistami) [40, 41]. Kobiety noszą suknie w kolorach niebieskim, zielonym lub brązowym, fartuchy i czepce (nie mogą się modlić z odkrytą głową). Niezamężne dziewczyny chodzą w białych fartuchach, które zdejmują dopiero w momencie zawarcia małżeństwa, a gdy już stają się żoną, do końca życia noszą czarny strój. Generalnie kobieta powinna mieć cztery stroje: do prania, do noszenia, od święta i na zapas [40, 41].

Nie praktykowane są także małżeństwa z osobami spoza wspólnoty. Wiara zakazuje także antykoncepcji i aborcji, stąd rodziny są wielodzietne (przeciętnie na jedną rodzinę przypada ok. siedmioro dzieci) [40, 41].

Amisze nie akceptują nowoczesnej techniki, w tym np. nie korzystają z elektryczności (najbardziej ortodoksyjne zbory), samochodów, telewizji, fotografii i innych nowoczesnych wynalazków. Wszyscy z reguły zajmują się rolnictwem i rzemiosłami z nim związanymi [40, 41]. Nie wysyłają dzieci do szkół publicznych i uważają, że nie potrzeba im wykształcenia wyższego niż podstawowe. Lekcje prowadzi nauczycielka z wykształceniem ośmioklasowym, rzadziej jest to mężczyzna. Dzieci uczą się czytania, pisania i arytmetyki. Wychowanie fizyczne jest osobne

dla dziewczynek i chłopców. Tradycje, obrządki religijne i wierzenia przekazują z pokolenia na pokolenie, co zapewnia ciągłość trwania wspólnoty [40, 41].

Nie płacą składek ubezpieczenia, nie pobierają zasiłku dla bezrobotnych ani żadnej innej formy opieki społecznej od państwa. W przypadku członków wspólnoty, którzy muszą ponieść koszty leczenia, organizują specjalne fundusze na ten cel [40, 41].

Amerykańscy Amisze są grupą społeczną żyjącą na farmach zgodnie z naturą i na ogół nie stosującą współczesnej medycyny alopatycznej, a korzystają głównie z medycyny naturalnej i ostrej (pogotowie, chirurgia, rzadko antybiotyki), lecz nie z „medycyny prewencyjnej" (czyli leczenia zdrowych na zapas czy wszelki wypadek), a jedynie akceptują medycynę interwencyjną, czyli leczą się, gdy zachorują lub ulegną wypadkowi [40, 41].

Pogrzeby Amiszów odprawiane są w domach, przy otwartej prostej sosnowej trumnie modlą się najbliżsi [40, 41]. Nie odbywa się żadna msza, mowa pogrzebowa, nie składa się kwiatów i nie śpiewa się pieśni żałobnych [40, 41]. Nagrobki nie mają szczególnych zdobień i są podobne do siebie. W niektórych tradycjach są anonimowe (nie umieszcza się imienia i nazwiska zmarłego), co ma świadczyć o równości wobec ludzi i w oczach Boga. Po ostatnim pożegnaniu odbywa się stypa. W przypadku śmierci bliskiej osoby kobiety ubierają się na czarno, pokazując, że noszą żałobę [40, 41].

Podsumowanie

Tadeusz Doktór w swojej książce *Nowe ruchy religijne i parareligijne w Polsce* [37] podkreśla, iż obecnie dochodzi do przemian polskiego krajobrazu religijnego, czego wyrazem jest pojawienie się nowych ruchów religijnych związanych z odległymi (w czasie lub przestrzeni) tradycjami religijnymi (np. Buddyzm, Hinduizm, ruch neopogański), jak i ruchów reprezentujących konglomerat wielu starszych tradycji, często nie tylko religijnych, ale naukowych czy paranaukowych (np. Scjentologia, Kościół Zjednoczenia). Jak podaje Międzelowski [38], w Polsce jest prawnie zarejestrowanych ponad 157 mniejszości religijnych (związków wyznaniowych), wydaje się więc konieczne, aby pracownicy ochrony zdrowia mieli pojęcie o ich istnieniu i ewentualnych wymaganiach wobec opieki i terapii.

Piśmiennictwo

1. Czerniejewska I., *Czy istnieje potrzeba edukacji wielokulturowej?* (w:) *Sprawy Narodowościowe*, Seria Nowa, Poznań 2004, 18-19.
2. Anczyk A., Kisiel A., *Medycyna Natury. Praktyki uzdrowicielskie we współczesnym neopoganizmie,* (w:) *Medicina Magica. Oblicza medycyny niekonwencjonalnej*, Wyd. Instytutu Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec 2011, 85-99.
3. Gajda A., *Neopogaństwo w Polsce*, „Alma Mater", 2009, 114, 97-102.
4. *Wyznania religijne, stowarzyszenia narodowościowe i etniczne Polsce 2009-2011*, GUS, Warszawa 2013, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_wyznania_religijne_ stow_nar_i_etn_w_pol_2009-2011.pdf, data pobrania 22.01.2016.
5. Strutyński M., *Neopogaństwo*, Wyd. WAM, Kraków 2014.
6. Barker Rausell R., *Snake Oil Science. The Truth about Complementary and Alternative Medicine*, Oxford University Press, New York 2009.
7. Gąsowski J., *Mitologia Celtów*, Wydawnictwa artystyczne i Filmowe, Warszawa 1987.
8. Gierek B., *Druzim współczesny – kontynuacja czy nowe zjawisko?*, „Przegląd Religioznawczy", 1999, 3-4, 193-194.
9. http://www.druidry.org/about-us/philip-carr-gomm-current-chief, data pobrania 22.01.2016.
10. Anczyk A., *Medycyna druidów. Lekarze w kulturze celtyckiej i celto-rzymskiej*, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2010.
11. Bielawska K., *Znaczenie alkoholu w rytuałach Asatru*, „Antropologia Religii" 2003, 3, 209-217.
12. Sołtysiak A., *Ścieżka Asatru*, The Pecuriality of Man, 1999, 241-294.
13. http://www.asatru.com.pl/pl, data pobrania 22.01.2016.
14. Timothy Jay A., *Hellenismos Today*, Lulu Press, 2007.
15. Balcerowicz P., *Dżinizm. Starożytna religia Indii*, Wyd. Akademickie Dialogi, Warszawa 2003.
16. Bareau A., Schubring W., von Führer-Haimendorf Ch., *Buddyzm – dżinizm – religie ludów pierwotnych*, Antyk, Kęty 2003.
17. Ray B.C., *Aladura Christianity: A Yoruba Religion*, „Journal of Religion in Africa", 1993, 23, 266-291.
18. Szyjewski A., *Etnologia religii*, Wyd. Nomos, Kraków 2008.
19. Tubielewicz J., *Mitologia Japonii*, Wyd. Artystyczne i Filmowe, Warszawa 1977.
20. Kość A., *Państwo a religia w prawodawstwie japońskim*, „Studia z Prawa Wyznaniowego", 2002, 5, 3-29.
21. Kotański W., *W kręgu shintoizmu. Doktryna, kult, organizacja*, Wyd. Akademickie Dialog, Warszawa 2015.
22. Bełdowicz A., *Problematyka niskiej liczby dawców w świetle prawa polskiego, unijnego i amerykańskiego*, praca dyplomowa, Politechnika Gdańska, Wydział Zarządzania i Ekonomii w Gdańsku, 2012.
23. Wojtasiewicz O., Żbikowski T., *Religie Chin,* (w:) *Zarys dziejów religii*, praca zbior., Warszawa 1986, 79-105.

24. Wing R. I., *Tao mocy. Księga nieprzemijającej mądrości*, Wyd. Helion, Gliwice 2009.
25. Banek K., Drabina J., Hoffman H., *Religie Wschodu i Zachodu*, Wyd. Szkolne i Pedagogiczne, Kraków 1992.
26. Palos S., *Chińska sztuka leczenia*, Wyd. „Luna", Wrocław 1993.
27. Pietroni P., *Medycyna alternatywna*, ELIPSA, Warszawa 1997.
28. Michalik M. B., Płusa T., *Kronika medycyny*, Wyd. Kronika, Warszawa 1994.
29. Palla A., *Poradnik walki duchowej*, Betezda, Dzierżoniów 1999.
30. Drozdowicz Z., *Zarys encyklopedyczny religii*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1992.
31. Dobkowski M., *Zaratusztrianizm*, „Wiedza i Życie", 1997, 7.
32. Niechciał P., *Zaratusztrianie w Europie. Starożytna wiara w nowoczesnym świecie*, Fragile 2012, 3, 17.
33. Boyce M., *Zaratusztrianie*, Wyd. Łódzkie, Łódź 1988.
34. Dziubała K., *Religie Wietnamu*, Racjonalista, 2003, http://www.racjonalista.pl/kk.php/s, 121, data pobrania 22.01.2016.
35. Rupowski R. (tłum), *Wegetarianizm w religiach świata*, Wyd. Vega, Opole 1992.
36. Eckankar, *Przegląd Eckankar i jego nauk*, Eckankar Att.Public Information, 2009, http://www.eckankar.pl/ECK/abouteckankar.pdf., data pobrania 22.01.2016
37. Doktór T., *Nowe ruchy religijne i pararelig*ijne *w Polsce. Mały Słownik*, Verbinum, Warszawa 1999.
38. Mędzelowski T., *Mniejszości religijne w Polsce*., Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University w Nowym Sączu, Tarnów 2013.
39. Occhiogrosso P., *Sekty, religie, wyznania*, MUZA, Warszawa 1999.
40. Wesner E., *Kim są Amisze? Spotkanie z kulturą i społecznością Amiszów Starego Zakonu Ameryki Północnej*, WERBINUM Wydawnictwo Księży Werbistów, Warszawa 2012.
41. Dejna D., *Amisze. Fenomen wychowania endemicznego*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń 2012.

Grażyna Dytrych, Wojciech Kułak

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI DZIECKA Z AUTYZMEM I ZABURZENIAMI ZE SPEKTRUM AUTYZMU

Definicja

Autyzm dziecięcy (*autismus infantum*) jest schorzeniem o podłożu neurobiologicznym cechującym się jakościowymi zaburzeniami interakcji społecznych i komunikacji oraz występowaniem stereotypowych wzorców zachowań [1]. Obecnie uważa się, że autyzm spowodowany jest defektem ośrodkowego układu nerwowego. Według najnowszej klasyfikacji DSM-5, z maja 2013 roku [2], rozpoznanie autyzmu obejmuje dwie kluczowe dziedziny: interakcje społeczne i komunikacyjne oraz ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań i zainteresowań.

Zakres i stopień objawów autyzmu mieści się w szerokim zespole objawów (nasilonych, jak i łagodnych), zwanym jako spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorder* – ASD) [3, 4].

Według Światowej Organizacji Zdrowia [4] nieprawidłowy lub upośledzony rozwój przed 3. rokiem życia, w co najmniej w jednym z poniższych obszarów, może sugerować autyzm:

- rozumienie i ekspresja językowa używane w społecznym porozumiewaniu się;
- rozwój wybiórczego przywiązania społecznego lub wzajemnych kontaktów społecznych;
- funkcjonalna lub symboliczna zabawa.

Cechy charakterystyczne dla dzieci z autyzmem

Dzieci z autyzmem często mają deficyty w umiejętnościach społecznych (objawy wycofania oraz dystans fizyczny i emocjonalny) i słabo rozwinięte zdolności reagowania na innych ludzi oraz przywiązanie [3-6]. Często, już w okresie niemowlęcym, występuje niechęć do przytulania, dotykania oraz słaby kontakt wzrokowy lub jego brak. Dziecko może przebywać przez wiele godzin samo w łóżeczku. W jego zachowaniu często występuje obojętność, brak reakcji na emocje innych osób i potrzeby dzielenia z innymi radości, zainteresowań (np. pokazywanie zabawek, rysunków) oraz niezauważanie zmartwień i problemów członków rodziny, a nawet zapominanie o nich [3-6].

W tej grupie dzieci obserwuje się słaby rozwój rozumienia i korzystania z języka [4-6]. Mowa może się nie rozwinąć lub być słabo rozwinięta. U około 70% dzieci z autyzmem, które posługują się mową, można zaobserwować echolalię ((powtarzanie dźwięków, wyrazów, fraz lub zdań wypowiedzianych przez kogoś innego) jako swoiste przechowywanie elementów słuchowych z otoczenia, co umożliwia im tworzenie odpowiednich fraz w dostosowaniu do sytuacji. Wypowiedzi echolaliczne mogą być swoiście zarejestrowanymi przez dziecko doświadczeniami nabytymi podczas wydawania przez dorosłego poleceń podniesionym głosem. Ostatnio uważa się, że echolalia ma określony cel w komunikowaniu się i może pozostać głównym sposobem wypowiadania się, a nawet utrzymywać się w dalszym życiu [4-6].

Dzieci zwykle nie korzystają z gestów i mimiki, aby wyrazić swoje potrzeby [5-7]. W kontaktach z innymi osobami zwykle unikają kontaktu wzrokowego lub „patrzą jakby przez szybę". Ich zachowania mogą być stereotypowe, takie jak powtarzające się ruchy, najczęściej dotyczące ruchu rąk, kręcenie palcami, klaskanie, stukanie palcami oraz ruchy ramion oraz kiwanie się, kręcenie się w koło, chodzenie na palcach, machanie lub uderzanie głową [5-7]. Dzieci te wykonują także rutynowe czynności, jak np. oglądanie kolorowych gazet, rwanie papierów lub przelewanie wody. Wykazują wyraźnie ograniczony krąg zainteresowań i są często zainteresowane wyłącznie jedną, wąską dziedziną. Mogą uszeregować dokładnie tę samą liczbę zabawek w ten sam sposób lub wiele razy naśladować ruchy mimiczne telewizyjnego aktora. Mogą domagać się „identyczności" w swym życiu i pokazywać swój sprzeciw lub zaniepokojenie wobec nawet niewielkich zmian (np. małe dziecko może ujawniać katastrofalne reakcje na niewielkie zmiany w swoim środowisku, takie jak zmiana zasłon lub miejsc przy stole). Często nalegają także na powtarzanie tych samych codziennych czynności (np. chodzenia tą samą drogą do szkoły, domu) [6-9].

Dzieci z autyzmem bardzo źle znoszą zmiany, zarówno związane z codziennymi czynnościami, środowiskiem oraz otoczeniem [6-9]. Często protestują przeciwko wszelkim nie rutynowym działaniom. Każda nawet najmniejsza zmiana może wywołać u nich lęk i niepokój [6-9].

Za cechy sugerujące autyzm u dziecka uważa się [8, 9]:

- nieutrzymywanie kontaktu wzrokowego;
- rzadkie uśmiechanie się do innych osób;
- ubogą mimikę twarzy;
- ignorowanie innych osób;
- nieinteresowanie się zabawami z innymi dziećmi;
- słabe zdolności naśladowania;
- nietypowe reakcje na kontakt fizyczny z inną osobą;
- niezwracanie uwagi na to, co ktoś chce mu pokazać;
- problemy z mową (niemówienie lub mówienie słabe).

Schorzenia towarzyszące autyzmowi

W USA prowadzone były badania retrospektywne na grupie 14 tys. osób z autyzmem poniżej 35. roku życia, które wykazały współwystępujące schorzenia takie jak: padaczka (19.4%); nieprawidłowości mózgu i czaszki (12,4%), schorzenia jelit (11,7%), schizofrenię (2,4%), zaburzenia snu (1,1%), zespół Downa (0,9%), stwardnienie guzowate (0,8%) oraz choroby autoimmunologiczne (0,7%) i zespół kruchego chromosomu X [10]. Zwraca się także uwagę na współwystępowanie ASD i nadpobudliwości psychoruchowej oraz częstsze występowanie objawów lękowych [11, 12].

Częstość występowania

Szacuje się, że jedno na 68 dzieci w USA ma objawy ASD, przy czym czterokrotnie częściej dotyczy chłopców niż u dziewcząt [13]. W Europie najczęściej autyzm występuje w Szwecji 115 na 10 tys., a najrzadziej w Chorwacji – 2-3 na 10 tys. Najnowsze dane opublikowane w 2016 roku wskazują, że w Polsce autyzm w województwie zachodniopomorskim występuje z częstością 35 na 10 tys. [14].

Zespół Aspergera

Jest to schorzenie obejmujące głównie upośledzenie umiejętności społecznych, trudności w akceptowaniu zmian, ograniczoną elastyczność myślenia przy braku upośledzenia umysłowego oraz szczególnie pochłaniające, obsesyjne zainteresowania [7, 9, 15, 16].

Dzieci z zespołem Aspergera często uważa się za dziwaków i ekscentryków, a w porównaniu z autyzmem, z reguły rozwój mowy i umysłowy jest prawidłowy, a kryteriami różnicującymi zespół Aspergera z autyzmem są [7, 9, 15, 16]:

- brak opóźnienia rozwoju mowy;
- brak zaburzeń uniemożliwiających logiczną komunikację;
- prawidłowy rozwój umysłowy.

W literaturze przedmiotu [15, 16] podkreśla się, że granice zespołu Aspergera są nieostre, a ich prawidłowa diagnoza i rozróżnianie mogą sprawiać problemy w wielu indywidualnych przypadkach. Za pokrewne zaburzenia uważa się: autyzm wysokofunkcjonujący, hiperleksję, zaburzenie semantyczno-pragmatyczne, upośledzenie zdolności niewerbalnego uczenia się, reaktywne zaburzenie przywiązania i ADHD oraz wiele innych rzadkich zespołów [15, 16].

Mianem zespołu Aspergera często określa się wszystkie łagodne zaburzenia rozwoju, w których głównym problemem jest nieumiejętność nawiązywania kontaktów społecznych, w tym zarówno komunikacja słowna, jak i pozasłowna (często dziecko nie jest w stanie zinterpretować tego, co mówią inne osoby) [15, 16].

Obecnie diagnostykę w kierunku zespołu Aspergera dokonuje się na podstawie czterech wiodących klasyfikacji, wpisanych do oficjalnego systemu klasyfikacji według [17, 18]:

- Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**,** oznaczone symbolem DSM-V-TR z 18 maja 2013 roku;
- Christophera Gillberga z 1989 roku, szwedzkiego pioniera w dziedzinie badań nad genetyką autyzmu;
- Petera Szatmari z 1994 roku przy współpracy z Johnem Brenner i Petera Nagy – wypracowali kryteria diagnostyczne obejmujące cztery aspekty wyróżniające osobę z zespołem Aspergera, klasyfikacja ta nie spełnia kryteriów DSM-IV dla dzieci z autyzmem;
- WHO – Światowej Organizacji Zdrowia z 1993 roku oznaczone symbolem ICD-10.

Zespół sześciu głównych kryteriów diagnostycznych Gillbergów [17, 18] obejmuje aspekty, które nie zostały wymienione w DSM-IV:

- jakościowe zaburzenia interakcji społecznej, nieumiejętność lub brak chęci współpracy w grupie;
- zaburzenia mowy i języka (opóźniony rozwój, powierzchownie perfekcyjny język ekspresyjny, sztywna i pedantyczna mowa, trudności w rozumieniu języka – przede wszystkim znaczeń przenośnych i ukrytych);
- wąskie zainteresowania, połączone czasem z obsesyjnym zainteresowaniem jedną dziedziną;
- zachowania powtarzalne, rutynowe;
- trudności w komunikacji niewerbalnej (ograniczone gesty, skąpa ekspresja twarzy, dystans fizyczny, zachwianie rozumienia bliskości innej osoby, kłopoty z kontaktem wzrokowym);
- niezgrabność ruchowa (nie zawsze).

W najnowszej klasyfikacji DSM V [19] zrezygnowano z terminu „całościowe zaburzenia rozwoju" i zastąpiono trzy jednostki chorobowe: zaburzenia autystyczne, zespół Aspergera, całościowe zaburzenie rozwoju i całościowe zaburzenie rozwoju nie zdiagnozowane inaczej jedną jednostką pod nazwą spektrum zaburzeń autystycznych (ASD).

Co należy wiedzieć na temat zaburzeń u dziecka z autyzmem przed hospitalizacją?

Główne objawy stanowią zaburzenia interakcji społecznych, zaburzeń porozumiewania się oraz rozumienia mowy, jak również powtarzanie się ograniczonych i stereotypowych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności [20-22].

U osób dotkniętych autyzmem występują również zaburzenia zmysłów o charakterze nadwrażliwości lub niedowrażliwości. Z tego powodu dla dziecka z autyzmem świat staje się zupełnie niezrozumiały, a czasem wręcz wrogi i bolesny [23, 24].

Wielozmysłowe poznanie otaczającej rzeczywistości jest niedostępne dziecku autystycznemu. Nie potrafią badać przedmiotów dotykiem, lękiem napełniają go niezrozumiałe dźwięki płynące z otoczenia oraz migoczące światła. Źródłem lęku dla osób autystycznych jest również twarz ludzka, która z uwagi na bogatą mimikę wzbudza przerażenie [21, 24].

Lęk i dezorientacja uniemożliwiają działania ukierunkowane, co prowadzi do kontroli świata zewnętrznego przez wszystkie zmysły. Nadmierną energię wyładowują poprzez autostymulacje przybierające różne postacie – kręcenie się w kółko, wahadłowe kiwanie się, podskakiwanie, trzepotanie rękoma. W niektórych

przypadkach może przybierać gwałtowniejszą formę autoagresji, co z kolei prowadzić może do uszkodzenia ciała – bicie głową w ścianę, gryzienie rąk, rzucanie się na podłogę, rzucanie przedmiotami i przeraźliwy krzyk [20, 21, 25].

Z uwagi na wielorakość zaburzeń dziecko autystyczne przebywające w oddziale szpitalnym jest pacjentem wymagającym szczególnej troski. Również rodzice dziecka, z powodu bezsilności i chronicznego stresu wynikającego ze specyfiki zaburzeń, oczekują od personelu medycznego wsparcia, zrozumienia, akceptacji oraz życzliwego podejścia i cierpliwości.

Lekarz, pielęgniarka, psycholog oraz terapeuta powinni być podporą dla dziecka autystycznego oraz jego rodziców w czasie pobytu w oddziale szpitalnym. Współpraca z rodzicami jest niezmiernie istotna, ponieważ posiadają oni najwięcej informacji na temat postępowania z dzieckiem w razie ataku histerii, mają wiedzę dotyczącą wrażliwości sensorycznej dziecka na wszelkiego rodzaju bodźce oraz znają jego lęki, fobie oraz upodobania [20, 24, 26].

Zalecenia dla lekarzy i personelu medycznego

Wskazówki postępowania z dzieckiem autystycznym:

- w miarę możliwości dziecko powinno przebywać w pojedynczej sali szpitalnej;
- sala powinna być wyposażona tylko w podstawowe niezbędne sprzęty, pozbawiona ostrych i niebezpiecznych przedmiotów, żeby dziecko w razie napadu paniki nie zrobiło sobie krzywdy;
- okna powinny być zamknięte i zabezpieczone, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo wypadnięcia – dziecko z autyzmem nie okazuje obawy przed niebezpieczeństwem;
- dzieci z autyzmem nie lubią zmian w ustawieniu sprzętów, stałość daje poczucie bezpieczeństwa;
- niezmienne rytuały dnia codziennego;
- ostre światło, silnie błyszczące przedmioty lub gwałtowne światło mogą spowodować zniekształcenie percepcji i chaos w umyśle dziecka autystycznego i wywołać panikę;
- dziecko autystyczne ma nadwrażliwy zmysł słuchu i niektóre bodźce dźwiękowe mogą przyczynić się do wystąpienia napadu histerii;
- nadwrażliwość dotykowa powoduje dyskomfort związany z podstawowymi czynnościami higieny osobistej – czesanie, mycie zębów itp.;

- może wystąpić obsesyjna konieczność ubierania konkretnej rzeczy lub tylko jednego koloru;
- dzieci autystyczne często bywają nadwrażliwe na różne zapachy lub mają manię wąchania każdego przedmiotu lub lizania – dlatego wszelkie środki chemiczne i leki muszą być schowane;
- dziecko autystyczne może odmawiać jedzenia niektórych pokarmów z uwagi na smak, temperaturę (lody, gorące posiłki) lub konsystencję (kisiel, budyń, galaretkę) i nie należy ich zmuszać;
- mogą występować problemy z żuciem oraz brak umiejętności samodzielnego jedzenia;
- zdarzają się przypadki obniżonej wrażliwości smakowej – wtedy dziecko potrafi zjeść wszystko, co jest pod ręką – śmieci, klej, kredki itp.;
- z uwagi na uszkodzony zmysł równowagi i propriocepcji (czucia głębokiego) mogą mieć problemy z czynnościami motorycznymi – potykanie się, wpadanie na przedmioty, spadanie z krzesła itp.;
- pacjent z autyzmem może mieć zaburzony próg bólu – nie różnicuje zimna, gorąca oraz może u niego występować brak automatycznej obrony przed zagrażającym bodźcem [20, 21, 24, 27].

Dziecko z autyzmem z uwagi na problemy w interakcjach społecznych nie jest w stanie rozpoznawać i rozróżniać stanów emocjonalnych u innych ludzi. Skutkiem tego defektu jest dezorientacja w sytuacjach społecznych, brak dostrzegania związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy sytuacjami a zachowaniem innych ludzi. Dzieci te lepiej rozumieją świat przedmiotów, ale mają fragmentaryczny sposób postrzegania świata. Widzą tylko rzeczy, które ich interesują np. rzeczy błyszczące, sznurki, koła od samochodziku, huśtawki lub rzeczy będące w ruchu [20, 21, 23].

Z powodu zaburzonej komunikacji werbalnej lub braku mowy i jej rozumienia utrudniony jest kontakt z osobami z autyzmem. Często następuje regres w mowie lub zaburzenia typu echolalia (powtarzanie usłyszanych słów lub zdań) oraz nieużywanie zaimka „ja", a mówienie o sobie „ty". Bardzo często występuje też brak gestykulacji. Niedostatek komunikacji wywołuje u dziecka autystycznego frustrację na wskutek braku możliwości wyrażenia swoich potrzeb [27].

W celu osiągnięcia porozumienia z dzieckiem należy:

- zwracać się zawsze do niego po imieniu – następnie powiedzieć – popatrz na mnie;
- nasza twarz musi znajdować się naprzeciwko twarzy dziecka;
- polecenia powinny być wyraźne i jasno sformułowane;
- polecenia wypowiadane zdecydowanym tonem (ale nie krzykiem);

- polecenie powinno być krótkie – „siadaj!, „jedz" itp.;
- słowa mogą być poparte gestem lub obrazkiem;
- słowa proste dostosowane do poziomu rozwojowego dziecka;
- dla wielu dzieci z autyzmem słowa nie mają sensu – dlatego można porozumieć się tylko za pomocą obrazków [20, 21, 28].

Zespół Aspergera jako łagodniejsza postać całościowych zaburzeń rozwojowych

Osoby z zespołem Aspergera wykazują wiele podobnych cech do autyzmu, ale posiadają z reguły wyższy iloraz inteligencji i posiadają umiejętności językowe. Mają problem z odczytywaniem zachowań społecznych i nie potrafią reagować adekwatnie do sytuacji [20, 22, 28].

Oprócz upośledzenia umiejętności społecznych cechuje je trudność w akceptowaniu zmian, słaba elastyczność myślenia, obsesyjne zainteresowania. Osoby z zespołem Aspergera nie potrafią pracować w grupie, mowa bywa sztywna i pedantyczna, brak u takich osób rozumienia żartów, ironii i ukrytych znaczeń. Cechą charakterystyczna jest również trudność w komunikacji niewerbalnej – słaba mimika twarzy, ograniczone gesty, zachowania powtarzalne i niezmienne [27, 28].

W zespole Aspergera objawy widoczne są od wieku niemowlęcego, ale nasilają się w okresie dojrzewania. Zauważają wtedy swoją odmienność, stresująca jest również obawa, że nawiązanie kontaktów zakończy się niepowodzeniem. Ponadto występuje brak umiejętności organizowania czasu wolnego, słaba motywacja do nauki. Z tego powodu często osoby z zespołem Aspergera popadają w apatię lub depresję, co może objawiać się wycofaniem lub wzmożoną aktywnością a nawet agresją [20, 22, 28].

Osoby z zespołem Aspergera cechuje trudność w dostrzeganiu uczuć i pragnień innych osób, brak im poczucia empatii oraz niewłaściwie interpretują przekaz emocjonalny. Cechą właściwą temu zespołowi jest pozbawienie uczucia wstydu i zażenowania, co może być odbierane przez społeczeństwo jako brak zasad moralnych [22, 28].

Pacjent z zespołem Aspergera jest pacjentem specyficznym i podczas pobytu w oddziale szpitalnym należy mieć na uwadze następujące informacje:

- uporządkowane i stałe otoczenie – zaburzony rytm dnia może spowodować silną frustrację a nawet agresję;
- przerwanie pacjentowi obsesyjnej czynności może objawić się silnym stresem i uporem w dokończeniu swoich działań;

- nieadekwatne reakcje na niektóre bodźce – dotyk, światło, hałas, temperatura otoczenia;
- słaba zręczność manualna – problem z wiązaniem sznurowadeł, ubieraniem się;
- niezgrabność ruchowa – potykanie się, wpadanie na przedmioty;
- słaba orientacja w przestrzeni i słabe rozumienie pojęć czasowych;
- szybka męczliwość i słaba koncentracja uwagi;
- nadpobudliwość ruchowa;
- próba ograniczenia ruchów może podnieść poziom gniewu lub wywołać agresją słowną lub fizyczna;
- brak skrępowania podczas wykonywania czynności intymnych;
- brak rozumienia zasad i norm moralnych akceptowalnych społecznie;
- może występować niedowrażliwienie lub nadwrażliwość na bodźce bólowe podczas wykonywania zabiegów medycznych;
- prostymi słowami wyjaśnić na czym badanie lub zabieg będzie polegać – dziecko zaskoczone może dostać napadu złości;
- wydając polecenie, należy zwracać się po imieniu, a instrukcja musi być prosta i zrozumiała;
- unikać konfrontacji, przymusu i gniewu w stosunku do dziecka, bo może wywołać reakcję oporu i wybuch złości;
- uspokajać, negocjować, dawać możliwość wyboru, jeżeli taki istnieje w danej sytuacji;
- pomagać dziecku w sytuacjach przeżywanego stresu – przewidywanie, zapobieganie, rozumienie przyczyn;
- dawać jasno do zrozumienia, jakie zachowania nie będą akceptowane – zabraniać, ale nie karać;
- zapewnić bezpieczeństwo oraz chronić dziecko, żeby nie było narażone na kpiny i przemoc [20, 22, 28].

  Sposoby radzenia sobie z dzieckiem w momencie zachowań agresywnych:
- podczas wzrostu napięcia następują chaotyczne, niekontrolowane, gwałtowne wybuchy: dziecko krzyczy, miota się, demoluje; dziecko samo nie jest w stanie zapanować nad swoim zachowaniem – skuteczne jest wtedy unieruchomienie – przytrzymanie na kolanach plecami do siebie i przyblokowanie rąk z boku [24, 28,];
- unikać wymuszania zetknięcia się spojrzeń – dziecko czuje się wtedy zagrożone i trudno przewidzieć jego reakcję;
- jeżeli dziecko tylko szlocha i płacze (bez zagrażania sobie) – pozwolić, żeby się wypłakało i pozbyło emocji;

- trudne zachowania mogą mieć charakter zwrócenia uwagi na siebie – krzyk, rozlewanie wody, rozbieranie się – na takie zachowania odpowiadać brakiem reakcji;
- podczas stosowania bicia, drapania, ciągnięcia za włosy – chronić siebie, nie pozwalać na takie zachowania, ale nie wolno użyć przemocy wobec dziecka [24, 28].

Rola personelu medycznego w trakcie pobytu dziecka z całościowymi zaburzeniami neurorozwojowymi nie ogranicza się tylko do umiejętności instrumentalnych, ale także do wsparcia psychicznego, zarówno pacjenta, jak i jego rodziców. Chodzi tu głównie o postawę personelu sprzyjającą tworzeniu bezpiecznego klimatu oraz budzącego zaufanie kontaktu z pacjentem w czasie pobytu w oddziale szpitalnym. Warunkiem pomocy jest prawidłowa komunikacja z pacjentem oraz zgromadzenie jak największej ilości informacji od rodziców, którzy najlepiej znają problemy zdrowotne dziecka. Wsparcie emocjonalne i zrozumienie obaw rodziców ma dla nich istotne znaczenie. Rodzice często mają poczucie winy wobec dziecka, poczucie niższości i osamotnienia. Czują również wstyd i strach przed reakcją otoczenia na zachowanie ich dziecka oraz przed ocenianiem przez innych ludzi [30]. Często społeczeństwo, nieznające specyfiki zaburzeń autystycznych, spostrzega dzieci z autyzmem jako niegrzeczne lub źle wychowane i obwiniają za ich niewłaściwe zachowanie rodziców.

Piśmiennictwo

1. Wciórka J., *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
2. *Autism spectrum disorder*: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx, 2013, data pobrania 20.01.2016.
3. Wolańczyk T., Komender J., *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, wyd. 1, Biblioteka pediatry, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
4. *Questions and answers about autism spectrum disorders (ASD)*, http://www.who.int/features/qa/85/en/, 2013, data pobrania 19.01.2016.
5. Sterponi L, Shankey J., *Rethinking echolalia: repetition as interactional resource in the communication of a child with autism*, „Journal of Child Language", 2014, 41, 275-304.
6. Kossewska J., *Dzieci z zamkniętego świata*, http://www.wsp.krakow.pl/konspekt/ konspekt5/ koss.html, data pobrania 22.01.2016.
7. *Przewodnik po autyzmie. Fundacja synapsis*, http://synapsis.org.pl/, data pobrania 22.01.2016.

8. Carl H., Delacato *Dziwne, niepojęte Autystyczne dziecko*, Wyd. Fundacja SYNAPSIS, 1995, 1-232.
9. Schmidt P., *Chłopiec z Saturna. Jak dziecko autystyczne widzi świat*, Wyd. Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2015.
10. Kohane I. S., McMurry A., Weber G., MacFadden D., Rappaport L., Kunkel L., Bickel J., Wattanasin N., Spence S., Murphy S., Churchill S., *The co-morbidity burden of children and young adults with autism spectrum disorders*, PLoS One, 2012, 7, e33224.
11. Antshel K. M., Zhang-James Y., Wagner K., Ledesma A., Faraone SV., *An update on the comorbidity of ASD and ADHD: A focus on clinical management*, „Expert Review of Neurotherapeutics", 2016 Jan 25, [Epub ahead of print].
12. Bitsika V., Sharpley C. F., *Variation in the Profile of Anxiety Disorders in Boys with an ASD According to Method and Source of Assessment*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 2015, 45, 1825-1835.
13. *Estimates from CDC's Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network*, http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm?s_cid=ss6302a1_w, 2012, data pobrania 23.01.2016.
14. Skonieczna-Żydecka K., Gorzkowska I., Pierzak-Sominka J., Adler G., *The Prevalence of Autism Spectrum Disorders in West Pomeranian and Pomeranian Regions of Poland*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities", 2016 Jan 14, doi: 10.1111/jar.12238.
15. Kozdroń A., *Zespół Aspergera. Zrozumieć aby pomóc*, Wyd. Difin, Warszawa 2015.
16. Charbicka M., *Dziecko z zespołem Aspergera*, Wyd. Difin, Warszawa 2015.
17. Gillberg IC, Gillberg Ch., *Asperger syndrome – some epidemiological considerations: a research note*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 1989, 30, 631-638.
18. Lord R., *Zespół Aspergera*, http://www.stowarzyszenie-aspi.pl/aspi/zespol_aspergera, data pobrania 28.01.2016.
19. *Autism spectrum disorder*: http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx, 2013, data pobrania 29.01.2016.
20. Jagielska G., *One są wśród nas. Dziecko z autyzmem i zespołem Aspergera w szkole i przedszkolu*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2010.
21. Notbohm E., *10 rzeczy,* o których chciałoby ci powiedzieć dziecko z autyzmem, Wyd. Świat Książki, Warszawa 2009.
22. Attwood T., *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
23. Frith U., *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*, Wydawnictwo GWP, Gdańsk 2008.
24. Pisula E., Danielewicz D., *Wybrane formy terapii i rehabilitacji osób z autyzmem*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2008.
25. Minczakiewicz E. M., Grzyb B., Gajewski Ł., *Elementarz dla rodziców. Dziecko ryzyka a wychowanie*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2003.
26. Teitelbaum O., Teiltelbaum P., *Czy moje dziecko ma autyzm? Jak rozpoznać najwcześniejsze objawy autyzmu*, Wydawnictwo Harmonia Universalis, Gdańsk 2012.
27. Olechnowicz H., *Wokół autyzmu. Fakty, skojarzenia, refleksje*, Wyd. WSiP, Warszawa 2004.

28. Odowska-Szlachcic B., Mierzejewska B., *Wzrok i słuch – zmysły wiodące w uczeniu się w aspekcie integracji sensorycznej*, Wyd. Harmonia Universalis, Gdańsk 2013.
29. Olechnowicz H, Wiktorowicz R., *Dziecko z autyzmem,* Wydawnictwo PWN, Warszawa 2012.
30. Owieczko K., Łangowski I., *Rodzice partnerami w procesie rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego*, (w:) Nieścioruk-Janiszewska Z. (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków 2003.

Katarzyna Simonienko, Karolina Wilczyńska, Mikołaj Kwiatkowski,
Natalia Wygnał, Beata Galińska-Skok, Napoleon Waszkiewicz

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI CHOREGO PSYCHICZNIE

Wstęp

Pacjenci cierpiący z powodu chorób i zaburzeń psychicznych nie zawsze są w stanie kontynuować leczenie w warunkach ambulatoryjnych. Podobnie, jak w przypadku innych chorób, hospitalizacja staje się niekiedy koniecznością. Przyczyny są różne – od braku efektów w leczeniu pozaszpitalnym, przez nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, po ryzyko zagrożenia życia pacjentów lub innych osób, np. z powodu prób samobójczych czy produkcji psychotycznych. Hospitalizacja psychiatryczna, mimo że jest zbliżona do znanego powszechnie leczenia szpitalnego, cechuje się też pod wieloma względami pewną specyfiką, co budzi niejednokrotnie wiele pytań i kontrowersji [1-3].

Praca z osobą chorującą psychicznie lub znajdującą się w szpitalu z powodu różnego rodzaju problemów życiowych wymaga szerszego spojrzenia – nie tylko rozpatrywania konkretnego pacjenta w kategoriach przypadku medycznego, ale także dużej dozy empatii, ponieważ nasze zachowanie i zaufanie, jakie pokłada on w personelu medycznym, może mieć kluczowe znaczenie. Osoby chorujące psychicznie są dużo bardziej podatne na zranienia, często mają niskie poczucie własnej wartości, wysoki poziom lęku, z tego też powodu mogą nie od razu wyczerpująco odpowiedzieć na wszystkie zadane pytania, a zbieranie wywiadu jest procesem długotrwałym, czasem prawie „detektywistycznym", jeśli chcemy dociec przyczyn kryzysu. Pierwsze spotkanie z lekarzem prowadzącym trwa zwykle około godziny. Przyjmując do leczenia osobę z zaburzeniami psychicznymi, musimy liczyć się z tym, że czeka nas nie tylko ocena nastroju czy objawów wytwórczych, ale także wysłuchanie historii relacji międzyludzkich, obaw, lęków – co w tej akurat

sytuacji może mieć istotne znaczenie. To również zwrócenie bacznej uwagi na somatykę – być może jesteśmy pierwszym od dawna lekarzem, z którym pacjent ma styczność, gdyż z uwagi na swoją psychiczną niedyspozycję nie był w stanie wcześniej zdać sobie sprawy z potrzeby leczenia czy poprosić o pomoc. Z drugiej strony istnieje całe spektrum chorób psychosomatycznych – objawy wzajemnie łączą się i przenikają, trzeba bacznie przyjrzeć się nie tylko np. poziomowi lęku, ale też tyreotropinie (TSH), zbadać białko C-reaktywne (CRP), sprawdzić, czy pacjent nie ma zaburzeń ze strony układu krążenia, arteriosklerozy (zmiany w mózgowiu) itp. Leczenie chorób i zaburzeń psychicznych jest procesem długotrwałym, gdzie z pozoru błahe szczegóły mogą nabrać znaczenia i zaważyć na tym, czy zdobędziemy zaufanie pacjenta i czy otworzy się on przed nami, a proces terapeutyczny przebiegnie sprawniej, czy też poczuje się poniżony i nie zechce współpracować. W takim wypadku zarówno pacjent nie otrzyma oczekiwanych korzyści leczniczych w takim zakresie, w jakim oczekuje, ani my nie będziemy czerpać satysfakcji z leczenia, nie obserwując jego konkretnych wyników. W końcu może zdarzyć się i tak, że mimo naszych usilnych starań, przypadek okaże się „lekooporny". To, co jednak możemy zrobić, to wspierać, okazać szacunek i zrozumienie – czasami te rzeczy wystarczą już, żeby poprawić komfort życia osoby chorej [1-3].

Przyczyny przyjęcia

Choroby psychiczne oraz uzależnienia dotyczą ogromnej części społeczeństwa. Na ich tle mogą rozwijać się sytuacje nagłe, wręcz zagrożenia życia – nie tylko próby samobójcze czy ostre stany psychotyczne powodujące agresję, ale także zatrucia alkoholem i narkotykami czy majaczenia, zwłaszcza u osób starszych, chorych somatycznie. Inną grupą są chroniczne, oporne na leczenie i okresowo zaostrzające się procesy przewlekłe w przebiegu zaburzeń nastroju, lękowych czy schizofrenii, gdzie jakość życia pacjenta znacząco spada, uniemożliwiając mu samodzielne, komfortowe funkcjonowanie w społeczeństwie. Wreszcie – konieczność obserwacji chorego celem weryfikacji lub sprecyzowania diagnozy. W takich sytuacjach niezbędne jest leczenie szpitalne. Według badań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zaburzenia psychiczne w Europie zajmują czwarte miejsce wśród najcięższych chorób i obciążeń, zaraz po chorobach układu krążenia, nowotworach i urazach [1]. Zgodnie ze zrealizowanym w Polsce badaniem EZOP poświęconym epidemiologii zaburzeń psychiatrycznych i dostępności psychiatrycznej opieki zdrowotnej w naszym kraju w latach 2009-2012, obejmującym dorosłych

w wieku 18-65 lat, dowiadujemy się, że co czwarta osoba w Polsce doświadcza zaburzeń psychicznych. Podobne statystyki prezentują badania amerykańskie [2, 3]. W piśmiennictwie opisane jest, iż nawet ponad 38% mieszkańców Europy cierpi w czasie jednego roku z powodu zaburzeń psychicznych, w tym na główne zaburzenia psychiczne np. zaburzenia lękowe – 14%, bezsenność – 7%, depresję – 6,9%, otępienie – 0,3-30% (w wieku 60-85+lat), zaburzenia somatoformiczne – 4,9%, uzależnienie od alkoholu i narkotyków ->4% [1, 3]. Zaburzenia neuropsychiatryczne odpowiadają za około 28% wszystkich przyczyn niepełnosprawności, wyprzedzając choroby układu krążenia i onkologiczne. Wskaźnik samobójstw w Polsce jest jednym z najwyższych w Europie – szacuje się go co najmniej na 17 przypadków na 100 tys. ludności – i ciągle rośnie [2]. Z tego powodu hospitalizacje psychiatryczne wcale nie są rzadkością. Do najczęstszych przyczyn należą zaburzenia nastroju oraz schizofrenia, przy czym zaburzenia nastroju stanowiły w USA szóstą najczęstszą przyczynę hospitalizacji w ogóle [4]. Według badań angielskich choroby psychiczne powodujące najczęściej konieczność hospitalizacji to zaburzenia lękowo-depresyjne – 35%, schizofrenia i pokrewne psychozy – 26%, mania/choroba dwubiegunowa – 14%, używanie substancji psychoaktywnych – 11% [5]; częściej przyjmowani byli mężczyźni, zwłaszcza w przedziale wiekowym 25-44 lat. U kobiet średni wiek wynosił 35-44 lat. Jeśli chodzi o pobyty długoterminowe, na pierwszy plan wysuwała się schizofrenia i pokrewne do niej psychozy [6]. Podobne spostrzeżenia obserwowano we Francji, gdzie mężczyźni stanowili 6 na 10 przyjętych osób [7].

Długość pobytu

Za wyjątkiem ściśle określonych sytuacji (np. obserwacja pacjenta dotychczas niediagnozowanego zgodnie z art. 24 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, trwająca do 10 dni) długość pobytu nie jest odgórnie sprecyzowana i znacząco różni się w zależności od przyczyny przyjęcia oraz przebiegu leczenia. O ile w Polsce w przypadku leczenia zaburzeń adaptacyjnych czy odtruć alkoholowych okres ten może być krótszy (zwykle do dwóch tygodni z zaleceniem kontynuacji terapii w warunkach ambulatoryjnych), to w przypadku tzw. lekoopornych zaburzeń nastroju (zwłaszcza depresji) czy schizofrenii może on trwać wiele tygodni, a nawet miesięcy. Według brytyjskich badań [6] najdłuższe pobyty cechowały osoby chorujące na schizofrenię i inne psychozy (ponad połowa pacjentów pozostających w szpitalu dłużej niż 90 dni i 2/3 pozostających dłużej niż rok).

Dość częstym zjawiskiem w szpitalnym leczeniu psychiatrycznym jest tzw. „mechanizm drzwi obrotowych". Z uwagi na trudne warunki domowe, brak systematycznego zażywania leków albo obecność stresorów pacjenci wkrótce po wypisaniu z oddziału (zwykle ocenia się okres najbliższych 30 dni od wypisu) ponownie przyjmowani są do szpitala. Zgodnie z brytyjskimi danymi w 2011 roku zaburzenia nastroju oraz schizofrenia były chorobami, w przebiegu których dwa razy częściej obserwowano to zjawisko niż w przypadku innych chorób psychicznych. Ponowne przyjęcie pacjenta spowodowane nawrotem objawów głównej choroby psychicznej dotyczyło 9% pacjentów w przypadku chorób afektywnych, 15,7% dla schizofrenii, pozostali pacjenci łącznie – 3,8% [4]. Według danych francuskich [7] wśród przyczyn powrotu do szpitala na szczególną uwagę zasługują próby samobójcze (54,7%), objawy psychotyczne (24,2%), problemy społeczne (3,2%).

Przyjęcia nagłe do SOR-u dotyczą zwykle pacjentów znajdujących się w sytuacji społecznego i relacyjnego kryzysu oraz zagrożonych samobójstwem. Wiele z tych osób ma problemy z alkoholem oraz narkotykami, najdłuższe okresy hospitalizacji dotyczą pacjentów przyjętych po raz pierwszy w młodym wieku, a zwłaszcza przed 18 rokiem życia. Pacjenci żyjący we własnych domach przebywają w szpitalu znacznie krócej od tych mieszkających z rodzicami. Pacjenci z instytucji dla osób starszych przebywają zwykle w szpitalach przez okres podobny do pacjentów mieszkających we własnych domach, natomiast pacjenci pochodzący z ośrodków dla niepełnosprawnych przebywają w szpitalu szczególnie długo [7, 8].

Przyjęcie i leczenie za zgodą i bez zgody

Kwestia przyjęcia pacjenta do szpitala psychiatrycznego bez zgody budzi często wiele kontrowersji. Zasady te są jednak ściśle określone, regulowane przez ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (u.o.z.p). Warto zacząć od definiowanego przez ustawę terminu zgody – czytamy, iż pojęcie to oznacza *swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która niezależnie od jej stanu zdrowia psychicznego, jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania* (art. 3 pkt 4) [9]. Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego za zgodą reguluje art. 22 tejże ustawy, zgodnie z którym przyjmowana do szpitala osoba powinna:

- wyrazić pisemną zgodę;

- posiadać ważne skierowanie do szpitala (oprócz tzw. przypadków nagłych, gdzie skierowanie nie jest wymagane);
- jeśli osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo nie jest zdolna do wyrażenia zgody, musi wyrazić ją sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania danej osoby. W przypadkach nagłych osoba taka może zostać przyjęta bez uprzedniej zgody sądu, ale lekarz przyjmujący ma obowiązek, o ile to możliwe, zasięgnąć pisemnej opinii innego lekarza (w miarę możliwości psychiatry) lub psychologa. W przypadku wyrażania przez taką osobę sprzeciwu, gdy jej zachowanie wskazuje, że zagraża ona bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, może być przyjęta bez zgody z art. 23. Warto zwrócić uwagę na słowo „bezpośrednio" oraz na fakt, iż w odniesieniu do samego pacjenta mowa jest o zagrożeniu życia, a w odniesieniu do innych osób – życia oraz zdrowia.
- osoba małoletnia lub ubezwłasnowolniona całkowicie może być przyjęta za pisemną zgodą jej przedstawiciela ustawowego, osoba małoletnia powyżej 16. roku życia lub pełnoletnia, ubezwłasnowolniona całkowicie, ale zdolna do wyrażenia zgody – musi sama również wyrazić zgodę. W przypadku sprzecznych oświadczeń zgodę wyraża sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.

Przyjęcia bez zgody definiują artykuły 23, 24 oraz 29 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Art. 23 mówi, iż *osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody wymaganej w art. 22 tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób*. Bezpośredniość zagrożenia wiąże się np. z próbą samobójczą, aktem agresji, kolekcjonowaniem broni, werbalnymi groźbami itp., a nie z brakiem dbania o higienę osobistą czy brakiem współpracy z opiekunem. Znamienne jest, iż artykuł ten dotyczy osób „chorych psychicznie", a więc z już postawioną wcześniej diagnozą psychiatryczną. Długość takiej hospitalizacji nie jest określona z góry, o jej wypisaniu postanawia ordynator, jeśli uzna, że przyczyny tego przyjęcia już ustały (art. 35), pacjent może również po ustaniu tych przesłanek pozostać w szpitalu za zgodą i kontynuować leczenie, jeśli jest to celowe. Może też wystąpić z wnioskiem o nakazanie jej wypisania (taki wniosek mogą złożyć również jej krewni w linii prostej, małżonek, rodzeństwo, opiekun lub przedstawiciel ustawowy), ale nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia sądu w spawie przyjęcia (art. 36).

Osobę taką można leczyć bez zgody, o czym jest mowa w art. 33 tejże ustawy, czyli stosować niezbędne czynności lecznicze, które mają na celu usunięcie przyczyn przyjęcia bez zgody, do czasu ustąpienia przesłanek do przyjęcia. Stosowanie

zabiegów o podwyższonym ryzyku (elektrowstrząsy, operacja) wymaga każdorazowo odrębnej, pisemnej zgody pacjenta.

O każdym przypadku przyjęcia bez zgody musi być zawiadomiony sąd opiekuńczy właściwy dla szpitala w ciągu 72 h od chwili przyjęcia.

Art. 24 dotyczy osób bez dotychczasowej diagnozy psychiatrycznej: *osoba, której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób, a zachodzą wątpliwości, czy jest ona chora psychicznie, może być przyjęta bez zgody wymaganej w art. 22 do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości*. Pobyt taki nie może trwać dłużej niż 10 dni. W tym czasie zespół specjalistów ma za zadanie orzec, czy istnieje choroba psychiczna i czy osoba ta powinna kontynuować leczenie w trybie art. 23 czy też jest zdrowa – wówczas należy ją wypisać. Osoba taka może również wyrazić zgodę na pobyt i nadal być leczona z artykułu 22. Istotne jest, że w trakcie pobytu z art. 24. pacjent podlega wyłącznie obserwacji, nie można więc go leczyć bez zgody, jak ma to miejsce w przypadku art. 23.

Zgodnie z art. 25 osoba przyjęta bez zgody może taką zgodę potem wyrazić i wówczas sąd opiekuńczy umorzy postępowanie, uprzednio wysłuchawszy tej osoby. Jeśli sąd zadecyduje, iż brakuje podstaw do zatrzymania bez zgody, szpital psychiatryczny obowiązany jest wypisać tę osobę niezwłocznie po otrzymaniu postanowienia sądu (art. 27).

Może się też zdarzyć, iż osoba dotychczas wyrażająca zgodę na leczenie nagle ją wycofa, a będzie zagrażała bezpośrednio swemu życiu lub życiu albo zdrowiu innych osób. W takim wypadku, zgodnie z art. 28, stosuje się odpowiednio przepisy art. 23 – czyli zatrzymuje się ją bez zgody.

Art. 29 dotyczy „przypadków" mniej naglących, gdzie hospitalizacja, mimo barku zgody pacjenta, jest konieczna. Dotyczy ona osoby *której dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że nieprzyjęcie do szpitala spowoduje znaczne pogorszenie stanu jej zdrowia psychicznego bądź która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że leczenie w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę jej stanu zdrowia*. O potrzebie przyjęcia do szpitala orzeka wówczas sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania pacjenta na wniosek, który mogą złożyć: małżonek, krewni w linii prostej, rodzeństwo, przedstawiciel ustawowy lub osoba sprawująca faktyczną opiekę albo organ do spraw pomocy społecznej.

Leczenie bez zgody nie jest tożsame z przyjęciem bez zgody – dotyczy bowiem nie samego pobytu w szpitalu, ale *stosowania niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie przewidzianych w ustawie przyczyn przyjęcia bez zgody*. Mówi o tym art. 33 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Sposoby leczenia

o podwyższonym ryzyku, wymagające dodatkowej zgody pacjenta, znajdują się w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia.

W niektórych sytuacjach do wykonania niezbędnych czynności leczniczych lub zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa konieczne jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Ustawodawca definiuje to jako (art. 3 pkt 6):

- przytrzymanie;
- przymusowe zastosowanie leków;
- unieruchomienie – obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa;
- izolację.

Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi można stosować wtedy, gdy (art.18):

- osoby te dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub bezpieczeństwu powszechnemu;
- w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu;
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenie zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

O wszystkich szczegółach dotyczących stosowania przymusu, np. kto decyduje o jego zastosowaniu (zwykle lekarz, ale są sytuacje, gdy jest to pielęgniarka lub kierujący akcją ratowniczą) mówią poszczególne punkty art. 18 oraz rozporządzenie ministra zdrowia (aktualne z dnia 28 czerwca 2012 roku) w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania.

Przepustki

Pacjenci leczeni w szpitalach psychiatrycznych mają prawo do tzw. przepustek. Szczegóły ich wydawania określa dokument Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychiatrii w sprawie udzielania przepustek na okresowe przebywanie pacjentów szpitala psychiatrycznego poza szpitalem, w którym czytamy m.in. następujące postanowienia:

- osobie leczonej w szpitalu psychiatrycznym może być udzielona pisemna zgoda na przebywanie poza szpitalem, bez potrzeby wypisywania jej ze szpitala, jeśli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób;

- przepustkę wydaje się w celu sprawdzenia trwałości poprawy stanu zdrowia w warunkach pozaszpitalnych;
- przepustkę wydaje się na okres do 3 dni, w uzasadnionych przypadkach i w związku z wydarzeniami losowymi przepustkę można wydać na okres do 7 dni;
- przepustkę wystawia ordynator lub lekarz przez niego upoważniony.

Celem udania się pacjenta na przepustkę jest usprawnienie procesu jego leczenia i adaptacji do warunków pozaszpitalnych. Dzięki takiemu kilkudniowemu okresowi spędzonemu we własnym środowisku łatwiej jest ocenić, jak chory radzi sobie z codziennymi sprawami i czy czuje się już na tyle dobrze, że można zaplanować wypis. Jednocześnie musimy pamiętać, że ponosimy odpowiedzialność za pacjenta, trzeba więc wnikliwie ocenić jego stan psychiczny, a zwłaszcza ryzyko występowania myśli samobójczych. Z reguły udziela się pacjentowi dwóch przepustek w ciągu hospitalizacji trwającej ponad miesiąc, przy czym pierwszą nie szybciej niż po 14 dniach leczenia. Druki wypisuje się na specjalnych formularzach – w egzemplarzu dla pacjenta i dla szpitala, zawierających szczegółowe dane na temat adresu przebywania, numeru telefonu i danych osoby, z którą będzie się można skontaktować w sprawie pacjenta. Spisane są też tam wszystkie leki, jakie pacjent powinien zażywać wraz z informacją dotyczącą ich przyjmowania. Leki te pacjent otrzymuje opuszczając szpital.

Formy proponowanej pomocy i terapii w szpitalu

Oprócz tradycyjnych form leczenia, czyli farmakoterapii, w szpitalach psychiatrycznych w zależności od potrzeb stosuje się inne metody lecznicze-biologiczne, psychoterapeutyczne, psychoedukacyjne itp. Do najczęściej stosowanych metod leczenia biologicznego należy fototerapia stosowana w depresji typu sezonowego oraz jako leczenie wspomagające u kobiet ciężarnych i karmiących. Zabiegi elektrowstrząsowe stosuje się zwykle jako leczeni kolejnego rzutu w lekoopornych postaciach psychoz, a także chorób afektywnych: w epizodach depresji o ciężkim nasileniu z wysokim ryzykiem samobójstwa, z objawami psychotycznymi, z cechami melancholicznymi, z nieskuteczną farmakoterapią i w ostrych lekoopornych stanach maniakalnych, może być jednak leczeniem z wyboru, jeśli mamy do czynienia z przypadkami o wysokim ryzyku popełnienia samobójstwa i w ostrej, tzw. śmiertelnej katatonii [9]. Innymi formami wspomagającymi proces leczenia są zajęcia psychoedukacyjne, terapia zajęciowa, muzykoterapia, psychoterapia

grupowa, a także wycieczki, np. do muzeów czy galerii, jak dzieje się w oddziałach dziennych. Celem tych działań jest przywrócenie pacjenta środowisku, sprawienie, by poczuł się on na właściwym miejscu w sieci relacji społecznych i samodzielnie potrafił korzystać z jej różnorodnych możliwości.

Aspekty finansowe

Jeśli osoba chorująca na psychozę (np. schizofrenię) lub upośledzona umysłowo wymaga hospitalizacji, a nie jest ubezpieczona, ma do tego prawo. Zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego osobie chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne) i upośledzonej umysłowo przysługują nieodpłatnie świadczenia zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej na podstawie art. 10 u.o.z.p. Świadczenia przysługują jej od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ i nie może pobierać od takich pacjentów opłat. Zapis ten nie dotyczy innych niż psychotyczne chorób psychicznych, np. depresji czy nerwic.

Rodzaje oddziałów psychiatrycznych

Z uwagi na ogromne zróżnicowanie zarówno samych zaburzeń psychicznych, jak i grup wymagających pomocy pacjentów (różne przedziały wiekowe, towarzyszące choroby somatyczne, konflikty z prawem), a co za tym idzie – zróżnicowanych form leczenia, w lecznictwie psychiatrycznym wyróżnia się kilka rodzajów psychiatrycznych oddziałów szpitalnych:

- oddziały ogólnopsychiatryczne – najbardziej powszechne, gdzie leczy się różnego rodzaju choroby i zaburzenia psychiczne, bez specjalnego sprofilowania. Oddziały te mogą być „zamknięte", gdzie pacjenci przebywają wyłącznie na terytorium oddziału, nie licząc wyjść zorganizowanych pod opieką personelu oraz oddziały „otwarte", z możliwością wychodzenia na teren szpitala, spacerów samodzielnych lub w towarzystwie osób odwiedzających itp.;
- oddziały psychogeriatryczne – przeznaczone dla seniorów, u których oprócz zaburzeń psychicznych (zwykle otępień, zaburzeń świadomości, depresji) liczyć się należy z chorobami somatycznymi właściwymi dla podeszłego wieku, odmiennym metabolizmem (spadek sprawności nerek i wątroby, częste

odwodnienia, zmiana proporcji masy mięśniowej do tkanki tłuszczowej, co prowadzi do zmiany stężeń leków), polipragmazją oraz często postępującym i nieodwracalnym przebiegiem choroby psychicznej (choroba Alzheimera czy Parkinsona);

- oddziały psychiatrii dziecięcej – leczące dzieci i młodzież, wymagające nie tylko odpowiedniej wiedzy na temat, jakie leki i w jakich dawkach można stosować u małych pacjentów, ale też intensywnej pracy psychologicznej. Bardzo często przebywają tam dzieci z rodzin „patologicznych", przejawiające zaburzenia zachowania na skutek doznawanych traum, zaburzenia nerwicowe jak moczenie nocne, mutyzm czy w końcu uzależnienie od alkoholu i narkotyków. W wywiadzie mamy do czynienia z nadużyciami seksualnymi, przemocą, często lekarz lub psycholog jest pierwszą osobą, która wykrywa tego rodzaju problemy i musi odpowiednio zareagować, informując stosowne organy, nie burząc przy tym zaufania dziecka i dbając o jego kruchą, kształtującą się osobowość. Na tego rodzaju oddziałach spotykamy się też z całościowymi zaburzeniami rozwoju ze spektrum autyzmu, zaburzeniami hiperkinetycznymi oraz upośledzeniami umysłowymi;
- oddziały psychosomatyczne – tu leczy się pacjentów, u których choroba somatyczna stanowi równie poważny problem, jak zaostrzająca się właśnie choroba psychiczna. Procesy te pozostają nierzadko ze sobą w ścisłym związku. Pacjent wymaga intensywnej opieki internistycznej, a równocześnie zaawansowanego leczenia psychiatrycznego;
- oddziały detoksykacyjne – odpowiednio od alkoholu i narkotyków – pozwalają na „odtrucie" pacjenta po zażyciu szkodliwej dla niego dawki alkoholu bądź narkotyków i przygotowują do terapii odwykowej w warunkach oddziału odwykowego;
- oddziały odwykowe – leczenie polega na terapii zorientowanej na reedukację i resocjalizację pacjenta. Celem jest całkowita abstynencja lub zmniejszenie częstotliwości używania alkoholu bądź narkotyków, redukcja szkód i powrotu do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie;
- oddziały sądowe o podstawowym, wzmocnionym i maksymalnym stopniu zabezpieczenia – tam odbywa się obserwacja sądowo-psychiatryczna prowadzona w stosunku do osób, co do których zachodzi podejrzenie, iż były one niepoczytalne w trakcie popełniania przestępstwa. W tych oddziałach pozostają osoby, które popełniły czyn zabroniony, ale postępowanie karne zostało umorzone, ponieważ były w stanie niepoczytalności. Detencja nie jest karą, tylko środkiem zabezpieczającym, w związku z tym nie ma określonego czasu jak wyrok pozbawienia wolności, a o jej zakończeniu postanawia sąd na podstawie

opinii lekarzy psychiatrów. Stosowana jest wobec osób, co do których istnieje znaczne prawdopodobieństwo, że z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zakłóceń czynności psychicznych ponownie mogą popełnić czyn zabroniony o wysokiej społecznej szkodliwości;

- oddziały psychoterapeutyczne – pobyty tam trwają kilka miesięcy, leczenie polega na regularnych, intensywnych sesjach psychoterapeutycznych. Przeznaczone są głównie dla osób z kręgu zaburzeń lękowych, osobowości, ale też mogą być sprofilowane, np. na zaburzenia odżywiania się;
- oddziały dzienne – przejściowa forma pomocy pomiędzy typowym oddziałem szpitalnym, a leczeniem ambulatoryjnym. Pacjent przebywa w oddziale leczniczym tylko w dzień, korzysta z terapii zajęciowej, otrzymuje leki, nocuje zaś w domu.

UWAGI PRAKTYCZNE

Do kogo można się zwrócić o pomoc jeśli istnieje podejrzenie, że prawa pacjenta szpitala psychiatrycznego zostały naruszone?

W każdym szpitalu psychiatrycznym pracuje Rzecznik Praw Pacjenta. Do jego zadań należy analiza wpływających skarg oraz wszczęcie koniecznego postępowania. Pacjent ma prawo spotkać się z Rzecznikiem w cztery oczy, bez obecności lekarza prowadzącego czy osób trzecich i w atmosferze zaufania zgłosić swoje zastrzeżenia.

Do kogo można zwrócić się o pomoc, jeśli pacjent nie radzi sobie z kontynuowaniem leczenia ambulatoryjnego z powodu złej sytuacji społeczno-materialnej?

W szpitalach psychiatrycznych pracują tzw. pracownicy socjalni, którzy pomagają w zdobyciu odpowiednich funduszy, załatwianiu spraw socjalnych oraz znalezieniu miejsca zamieszkania w przypadku osób bezdomnych – noclegowni, ZOLu, DPSu itp.

Jak należy się zachować, jeśli ktoś z naszych bliskich odmawia przyjęcia do szpitala, a zagraża sobie lub innym?

Należy wezwać karetkę pogotowia, która zawiezie chorego do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego, gdzie lekarz przyjmujący oceni stan pacjenta i zdecyduje o przyjęciu za zgodą lub bez zgody.

Jak postępować z pacjentem pobudzonym i agresywnym?

Przede wszystkim nie należy chorego prowokować – zbyt długi kontakt wzrokowy, podnoszenie głosu, wdawanie się w dyskusję, stanie nad pacjentem, zbyt mały dystans, usilna argumentacja i postawa autorytatywna mogą jeszcze bardziej nasilić napięcie i spowodować wybuch agresji. Zazwyczaj napięcie wzrasta stopniowo – widać je w postawie ciała i gestach chorego, słychać w tempie i sposobie mówienia. Jeśli emocje są zbyt duże, należy zakończyć rozmowę i odłożyć ją na inny moment, pozwolić pacjentowi się wyciszyć. Należy zadbać o to, by zarówno chory, jak i lekarz miał dostęp do drzwi – aby chory mógł w każdej chwili wyjść z pomieszczenia i nie czuł się „zaszczuty", a z kolei prowadzący wywiad miał możliwość swobodnego opuszczenia pokoju w sytuacji zagrożenia.

Pomocne i szkodliwe techniki zbierania wywiadu.

Pomocne są wszystkie techniki, które zwiększają płaszczyznę porozumienia i poczucie bezpieczeństwa pacjenta: potakiwanie, wtrącanie „rozumiem", „potrafię sobie wyobrazić", nieocenianie treści wypowiedzi chorego, nawet jeśli wydają się one nieprawdopodobne lub dla nas moralnie trudne. Niewdawanie się w dyskusję na temat prawdziwości doznań urojeniowych. Pomóc może żart – jeśli rozładowuje atmosferę i jest wyważony, z zachowaniem empatii, natomiast niedopuszczalny jest taki, przez który pacjent mógłby poczuć się nierozumiany, ośmieszony bądź poniżony.

Utrudnia w zdobywaniu zaufania pacjenta: zbywanie go, lekceważenie tego, co chce powiedzieć, przez bezprecedensowe przechodzenie do kolejnego punktu. Jeśli pacjent pozostaje zbyt długo przy temacie nieistotnym z punktu widzenia lekarza, należy przerwać mu taktownie, sugerując, że do tego tematu możemy wrócić później, teraz zaś zależy nam na skupieniu się na sprawach bardziej naglących z punktu widzenia medycyny. Patrzenie na zegarek, odbieranie w trakcie rozmowy telefonów komórkowych (jeżeli nie ma innego wyjścia, każdorazowo wypada pacjenta przeprosić, ponieważ może poczuć się on często zlekceważony i zbędny).

Stygmatyzacja

Warto również zwrócić uwagę na zjawisko różnorodnej stygmatyzacji, jaka łączy się z przebywaniem w szpitalu psychiatrycznym – od naznaczenia przez „lokalne" środowisko pacjenta w przypadku ujawnienia informacji na temat hospitalizacji, poprzez stygmatyzowanie przez innych pacjentów aż do nadużyć personelu, powodujących uczucie upokorzenia i bezsilności.

Praca z pacjentem chorym psychicznie stanowi wyzwanie, zmuszając nas do całościowego spojrzenia na człowieka – wraz z jego obawami, poczuciem własnej wartości, relacjami. Ważne, aby dobierając metodę leczenia, nie tracić z oczu

konkretnej osoby, nie traktować jej jako „przypadek psychiatryczny", ale człowieka, który w tym momencie życia choruje akurat na taką chorobę albo ma właśnie taki problem, który staramy się pomóc mu rozwiązać samodzielnie lub kierując do odpowiednich placówek – poradni, centrum psychoterapii itp. Biorąc pod uwagę statystyki, pamiętać musimy, że co czwarta osoba w Polsce cierpi, cierpiała lub będzie cierpiała na zaburzenia psychiczne. Nie istnieją grupy społeczne, których to zjawisko nie dotyczy. Rozejrzyjmy się wokół siebie – tam, gdzie być może nie spodziewamy się zobaczyć problemu, ale widzimy tylko irytujące nas sytuacje. Być może właśnie odpowiednia pomoc psychologiczno-psychiatryczna, zaproponowana z empatią i profesjonalizmem, a nie z szyderstwem czy zdenerwowaniem, byłaby rozwiązaniem najbardziej pomocnym i właściwym.

Podsumowanie

Praca z pacjentem chorym psychicznie w warunkach szpitalnych może wydawać się trudna i niewdzięczna, jednak to tylko pozory – przynosi ona w rzeczywistości wiele satysfakcji i radości, kiedy widzimy, jak osoby cierpiące psychicznie i fizycznie, będące niejednokrotnie „na samym dnie", wracają do swoich domów, stanowisk pracy, ról społecznych, pokonują depresję i lęk, by ponownie móc czerpać radość z życia.

Piśmiennictwo

1. www.who.int/mental_health/policy/mhtargeting/development_targeting_mh_summary.pdf, data pobrania 15.06.2016
2. Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej*, EZOP Polska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
3. Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jönsson B., Olesen, J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglionim L,, Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J., Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H. C., *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, „European Neuropsychopharmacology", 2011, 21, 655-679.
4. Heslin K. C., Weiss A. J., *Hospital readmissions involving psychiatric disorders,* 2012, HCUP (Healthcare Cost and Utilization Project) no. 189, May, Statistical Brief, 2015 .

5. Bartlett C., Holloway J., Evans M., Owen J., Harrison G., *Alternatives to psychiatric in--patient care: a case-by-case survey of clinician judgments*, „Journal of Mental Health", 2001, 10, 535-546.
6. Thompson A., Shaw M., Harrison G., Ho D., Gunnell D., Verne J., *Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of Hospital Episode Statistics data*, „The British Journal of Psychiatry", 2004, 185, 334-341.
7. Chapireau F., *Old and new long stay patients in French psychiatric institutions: results from a national random survey with two-year follow-up*, „Encephale", 2005, 31, 466-476.
8. Chakraborty N., Aryiku Ch., *Reasons for rapid readmission to general adult psychiatry wards*, „Progress in Neurology and Psychiatry", 2008, 12, 14-18.
9. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego, 1994, http://isap.sejm.gov.pl/ DetailsServlet?id=WDU19941110535, data pobrania 15.02.2016.
10. Jarema M., *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*, Via Medica, Gdańsk 2011.

Karolina Wilczyńska, Katarzyna Simonienko, Mikołaj Kwiatkowski,
Natalia Wygnał, Joanna Łazarczyk, Napoleon Waszkiewicz

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI CHOREGO UZALEŻNIONEGO

Aktualna sytuacja epidemiologiczna w zakresie uzależnień w Polsce

Badanie „Diagnoza społeczna 2015" przedstawia aktualne wskaźniki epidemiologiczne dotyczące częstości zachowań autodestrukcyjnych w społeczeństwie. Według uzyskanych danych nieco mniej niż co czwarty dorosły Polak (24,4%) pali papierosy. Przeciętny palacz tytoniu wypala około 15 sztuk papierosów dziennie. Zarówno odsetek osób palących, jak i przeciętna liczba wypalanych papierosów wykazują systematyczny spadek w przebiegu ostatniej dekady. Wśród palaczy dominują mężczyźni, osoby w średnim wieku, z wykształceniem zasadniczym zawodowym i uboższe. Do nadużywania alkoholu przyznaje się 6,2% respondentów (czterokrotnie więcej mężczyzn niż kobiet), a 3,5% traktuje alkohol jako sposób na kłopoty czy trudne sytuacje życiowe. Najczęściej nadużywają alkoholu mieszkańcy dużych miast, w średnim wieku, częściej osoby żyjące w stanie wolnym niż pozostające w związkach małżeńskich. Istotnym czynnikiem ryzyka jest także wysoki poziom stresu. Najwyższy odsetek nadużywających alkoholu odnotowuje się wśród osób wykonujących zawody artystyczne (21,5%), operatorów maszyn (16,2%), robotników pomocniczych (13,8%). Kolejne miejsce zajmuje grupa zawodowa obejmująca lekarzy, w tym stomatologów i lekarzy weterynarii, spośród których 12,6% deklaruje nadużywanie alkoholu. Osoby bezrobotne i bierne zawodowo nadużywają alkoholu statystycznie częściej niż osoby pracujące. Odsetek osób deklarujących zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich dziesięciu lat utrzymuje się na stałym poziomie około 1,3%. Częściej są to młodzi mężczyźni, mieszkańcy dużych miast, żyjący w stanie wolnym, uczący się, studiujący lub pracujący jako prywatni przedsiębiorcy, obciążeni wysokim poziomem stresu życiowego [1].

Wyniki badania epidemiologicznego EZOP przeprowadzonego w grupie wiekowej 18-64 lat pokazują, że częstość występowania zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w badanej populacji kształtuje się na poziomie 12,8%. Nadużywanie i uzależnienie od alkoholu dotyczyło 11,9% badanych, a nadużywanie i uzależnienie od narkotyków – 1,4% respondentów. Ekstrapolacja tych danych na populację Polaków w wieku produkcyjnym pozwala przyjąć, iż 3 mln osób w wieku 18-64 lat boryka się z problemem nadużywania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, a u 700 tys. można stwierdzić zespół uzależnienia. W świetle przeprowadzonych badań zaburzenia związane z używaniem alkoholu stanowią zdecydowanie najczęstszą grupę zaburzeń psychicznych w badanej populacji [2]. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wśród nastolatków w wieku 13-19 lat wynika, że politoksykomania jest najbardziej rozpowszechnionym wzorcem używania substancji psychoaktywnych w tej populacji [3].

W wyniku przemian zachodzących w społeczeństwie zjawisko narkomanii przestało być domeną „marginesu społecznego". Coraz większy odsetek badanych przedstawicieli służb mundurowych, środowisk medycznych, kierowców, studentów i biznesmenów potwierdza używanie substancji psychoaktywnych. Również muzycy, aktorzy, znani sportowcy, prezenterzy i dziennikarze telewizyjni przyznają się do używania narkotyków i firmują swoim nazwiskiem działania ruchów społecznych dążących do legalizacji marihuany [4].

Co do zasady, im bardziej uzależniająca i destrukcyjna jest dana substancja psychoaktywna, tym rzadsze jest jej używanie i odsetek osób od niej uzależnionych. Z kolei suma szkód w obrębie populacji jest wyższa w przypadku „mniej groźnych" substancji, używanych przez większą liczbę osób [5].

Działanie substancji psychoaktywnych na organizm człowieka

Wśród szkód zdrowotnych spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych można wyróżnić [5]:

- uzależnienia;
- zaburzenia psychiczne (nerwice, psychozy, stany depresyjne i lękowe);
- pogorszenie stanu fizycznego i uszkodzenia narządów wewnętrznych;
- śmiertelne przedawkowania i zatrucia;
- infekcje wirusowe i bakteryjne;
- obniżenie zdolności ośrodkowego układu nerwowego do oceny sytuacji zewnętrznej prowadzące do powstawania zagrożeń zdrowia i życia.

Substancje psychoaktywne i powodowane przez nie zaburzenia psychiczne

Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 wyróżnia zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem następujących substancji psychoaktywnych (F10-F19):

- alkoholu;
- opiatów;
- kannabinoli;
- leków uspokajających i nasennych;
- kokainy;
- innych substancji stymulujących, w tym kofeiny;
- substancji halucynogennych;
- tytoniu;
- lotnych rozpuszczalników;
- kilku substancji lub innych substancji psychoaktywnych.

Stosowanie w rozpoznaniach kodów cztero- i pięcioznakowych umożliwia określenie stanu klinicznego spowodowanego używaniem substancji. Klasyfikacja wyróżnia tu następujące podklasy [6]:

- ostre zatrucie (niepowikłane, z urazem lub innym uszkodzeniem ciała, z innymi powikłaniami medycznymi, z majaczeniem, z zaburzeniami spostrzegania, ze śpiączką, z drgawkami, zatrucie patologiczne);
- zespół uzależnienia;
- zespół abstynencyjny (niepowikłany lub z drgawkami);
- zespół abstynencyjny z majaczeniem (niepowikłany lub z drgawkami);
- zaburzenia psychotyczne (podobne do schizofrenii, z przewagą urojeń, omamów, wielopostaciowe, z przewagą objawów depresyjnych, maniakalnych lub mieszane);
- zespół amnestyczny;
- rezydualne i późno ujawniające się zaburzenia psychotyczne (powracanie przebytych doznań (ang. *flashbacks*), zaburzenia osobowości i zachowania, rezydualne zaburzenia afektywne, otępienie, inne utrzymujące się zaburzenia procesów poznawczych, psychozy o późnym początku);
- inne i nieokreślone zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

Warto nadmienić, że klasyfikacja ICD-10 zawiera również klasę zaburzeń behawioralnych związanych z nadużywaniem substancji niepowodujących uzależnienia, obejmującą nadużywanie leków psychotropowych (przeciwdepresyjnych, neuroleptyków), przeczyszczających, przeciwbólowych, alkalizujących, witamin,

kortykosteroidów i innych hormonów, określonych lekarstw ziołowych i ludowych oraz innych substancji (np. moczopędnych). Substancje te nie posiadają właściwości uzależniających w ujęciu farmakologicznym, mogą natomiast powodować uzależnienie psychiczne. Stałe nieuzasadnione stosowanie wymienionych substancji prowadzi do niepotrzebnych wydatków, zbędnych kontaktów z personelem medycznym, a czasem do szkodliwych następstw fizycznych. Próby zniechęcania i zakazu używania tych środków często napotykają na opór. Bywa, że pacjent nadal przyjmuje leki przeczyszczające lub przeciwbólowe, mimo możliwości takich szkodliwych następstw (czy nawet mimo owych następstw), jak uszkodzenie nerek lub zaburzenia elektrolitowe. Wprawdzie silna motywacja pacjenta do przyjmowania tych substancji nie budzi wątpliwości, ale nie stwierdza się uzależnienia ani objawów abstynencyjnych, jak w przypadku środków psychotropowych określonych w klasie F10-F19 [6, 7].

Substancje nazywane potocznie „dopalaczami", a w prawodawstwie polskim określane mianem „nowych substancji psychoaktywnych" lub „środków zastępczych" stanowią substytut znanych wcześniej narkotyków. Część spośród nich działa na receptory kannabinoidowe podobnie do marihuany, inne wywołują efekt psychostymulujący i/lub halucynogenny, niektóre działają na receptory opioidowe lub benzodwuazepinowe [8].

Obok syntetycznych substancji chemicznych również wiele roślin może wywoływać efekt narkotyczny: halucynogenny (*Argyreia nervosa* – powój hawajski; *Echinopsis pachanoi* – „San Pedro"; *Salvia divinorum* – szałwia wieszcza), psychostymulujący *(Catha edulis* – czuwaliczka jadalna, „khat"; *Nymphaea caerulea* – błękitny lotos egipski), sedatywny (*Piper methysticum* – pieprz metystynowy), przypominający działanie opiatów (*Mitragyna speciosa*) lub marihuany (*Leonotis leonurus* – „dzika dagga") [9]. W badanych próbkach „dopalaczy" zidentyfikowano wiele substancji pochodzenia roślinnego, mających działanie narkotyczne [8]. W ostatnich miesiącach pojawia się w mediach wiele doniesień na temat przemytu do Polski znacznych ilości „khatu" z krajów afrykańskich [10, 11].

Istotny problem stanowi również nadużywanie, zwłaszcza przez młodzież, leków bez recepty zawierających w składzie substancje działające na ośrodkowy układ nerwowy, takie jak kodeina, pseudoefedryna, dekstrometorfan (składniki preparatów „na przeziębienie") czy benzydamina (substancja czynna występująca w płynie do irygacji).

Współchorobowość uzależnień: podwójna diagnoza, politoksykomania, uzależnienie krzyżowe

W psychiatrii używane jest pojęcie „podwójnego rozpoznania" (ang. *dual diagnosis*), określające stan, gdy u pacjenta z zaburzeniem psychicznym występuje problem używania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnej. Zaburzenie psychiczne i uzależnienie mogą pojawiać się niezależnie od siebie, często jednak można dopatrzeć się między nimi związku przyczynowo-skutkowego. Uzależnienie może być wynikiem istniejących zaburzeń psychicznych, przykładowo gdy pacjent używa substancji psychoaktywnych w celu „samoleczenia". Z kolei nadużywanie substancji psychoaktywnych stanowi czynnik ryzyka występowania zaburzeń psychicznych, zwłaszcza ze spektrum zaburzeń afektywnych i lękowych. Pewne uwarunkowania genetyczne, biologiczne i społeczne mogą predysponować zarówno do występowania uzależnienia, jak i innych zaburzeń psychicznych u danego pacjenta [12, 13]. Badania prowadzone w latach 1994-2005 w jednym z oddziałów ogólnopsychiatrycznych w Polsce wykazały, że u 27,3% hospitalizowanych w tym okresie pacjentów rozpoznano uzależnienie lub szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych (z wyjątkiem nikotyny). Częstość występowania podwójnej diagnozy (PD) wśród osób uzależnionych wynosiła 30,5%. U niemal połowy pacjentów z PD stwierdzono zaburzenia psychiczne wtórne do nadużywania substancji psychoaktywnych. Najczęstsze rozpoznania w grupie pacjentów z PD stanowiły kolejno: zaburzenia afektywne (najczęściej depresja), organiczne zaburzenia psychiczne, zespół stresu pourazowego (PTSD) i zaburzenia z kręgu schizofrenii (F20-25). Odnotowano także występowanie zaburzeń związanych z przyjmowaniem substancji wśród pacjentów cierpiących na zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania, inne niż PTSD zaburzenia nerwicowe, a także u pacjentów upośledzonych umysłowo. Ponadto pacjenci z PD istotnie częściej podejmowali próby samobójcze i zachowania agresywne oraz domagali się wypisania ze szpitala na własne żądanie. Również odsetek rehospitalizacji był wyższy, a liczba dni pobytu dłuższa w porównaniu z pozostałymi grupami pacjentów [13].

Politoksykomania (ang. *multiple drug use*) to przyjmowanie więcej niż jednej substancji psychoaktywnej lub więcej niż jednej klasy substancji psychoaktywnych przez określoną osobę w tej samej jednostce czasowej lub w sekwencji, zwykle mające na celu zwiększenie lub przeciwdziałanie skutkom innego narkotyku. Termin ten bywa również używany w kontekście niezależnego używania dwu lub więcej substancji przez tą samą osobę [7]. Jednoczesne używanie różnych środków psychoaktywnych dotyczy głównie picia alkoholu łącznie z lekami nasennymi lub uspokajającymi,

co nasila łączny efekt obu substancji. Równoczesne spożycie alkoholu i kannabinoli doprowadza do szybszych i silniejszych zaburzeń psychomotorycznych, natomiast skutkiem łącznego używania alkoholu i substancji stymulujących (ecstasy, kokainy) jest subiektywne poczucie trzeźwości, które prowadzi do nasilenia zachowań ryzykownych. Definicję politoksykomanii wyczerpują zarówno osoby silnie uzależnione fizycznie, poszukujące jakiegokolwiek środka niwelującego objawy abstynencyjne, jak i młodzi użytkownicy, tzw. „psychonauci", mający dużą wiedzę na temat substancji psychoaktywnych, świadomie eksperymentujący w poszukiwaniu nowego unikatowego efektu odurzającego [14]. W kontekście politoksykomanii warte omówienia jest pojęcie „substancji torujących drogę" (ang. *gateway drugs*). Wykazano, że kontakt z substancjami psychoaktywnymi rozpoczyna się zazwyczaj od bardziej popularnych, mniej groźnych substancji psychoaktywnych, takich jak nikotyna, alkohol czy marihuana. Eksperymentowanie z tego typu substancjami predysponuje część użytkowników do sięgania po silniej działające środki [5, 7].

Uzależnienie krzyżowe (ang. *cross-dependence*) to określenie stosowane do opisu zdolności substancji (lub klasy związków) do wytłumiania objawów zespołu abstynencyjnego powodowanego odstawieniem innej substancji (lub klasy związków) i podtrzymywania w ten sposób stanu uzależnienia. Konsekwencją zjawiska jest łatwiejsze uzależnianie się od nowej substancji przy istniejącym już uzależnieniu od substancji pokrewnej. Przykładowo, uzależnienie od benzodwuazepin rozwija się łatwiej u osób uzależnionych wcześniej od alkoholu [7, 14].

Szkody somatyczne związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

Główne powikłania somatyczne występujące u pacjentów nadużywających alkoholu [15-28]:

- uszkodzenie mięśnia sercowego;
- zapalenia płuc, w szczególności zachłystowe;
- alkoholowa choroba wątroby;
- toksyczne zapalenie trzustki;
- niewydolność nerek;
- zwiększenie ryzyka rozwoju nowotworów;
- uszkodzenie narządu wzroku w związku ze spożyciem metanolu;
- uszkodzenie mięśni (miopatia, rabdomioliza);
- zaburzenia elektrolitowe: hipokalemia, hipokalcemia, hipomagnezemia, hipofosfatemia;

- zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej: kwasica mleczanowa, alkoholowa kwasica ketonowa;
- zaburzenia neurologiczne: zespół Wernickego-Korsakowa, zespół Marchiafavy-Bignamiego.

Zaburzenia czynności serca powodowane używaniem alkoholu mogą być skutkiem zarówno jego przewlekłego nadużywania, jak też okazjonalnego, „weekendowego" czy „wakacyjnego" upicia. Toksyczne działanie na komórki mięśnia sercowego w połączeniu z wywoływaną przez alkohol aktywacją układu renina-angiotensyna-aldosteron oraz zwiększeniem produkcji katecholamin prowadzi do kardiomiopatii rozstrzeniowej, to jest stanu, w którym jamy serca (zwłaszcza komora lewa) ulegają poszerzeniu, by pomieścić nadmiar krwi nie wypompowany przez uszkodzoną błonę mięśniową, prowadząc w konsekwencji do niewydolności serca. Za wskaźnik predykcyjny występowania kardiomiopatii alkoholowej przyjmuje się przeciętną konsumpcję ponad 80 g alkoholu dziennie przez ponad 5 lat [16].

Opisany w 1978 roku przez P. Ettingera „wakacyjny zespół sercowy" (ang. *HHS – holiday heart syndrome*) związany z występowaniem arytmii nadkomorowych, zwykle migotania przedsionków u pacjentów z nieobciążonym wywiadem kardiologicznym, bez istotnych odchyleń w badaniach laboratoryjnych występuje u pacjentów pijących okazjonalnie duże ilości alkoholu. Etiologia zespołu jest najprawdopodobniej wieloczynnikowa i poza bezpośrednim toksycznym działaniem etanolu na mięsień sercowy może obejmować jego wpływ na układ autonomiczny, stężenie wolnych kwasów tłuszczowych w surowicy krwi czy przepływ kationów sodu w kanałach jonowych [17].

Powszechnie uznaje się poparty licznymi badaniami pogląd, że nadmierne spożywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka schorzeń układu sercowo-naczyniowego, natomiast umiarkowana jego konsumpcja na poziomie nieprzekraczającym 1-2 porcji standardowych dziennie przyczynia się do zmniejszenia tego ryzyka. Istotne znaczenie ma tu również model picia alkoholu: w przypadku jednakowej ilości spożywanego alkoholu w ciągu tygodnia, jednorazowe upicie jest bardziej szkodliwe niż częstsze spożywanie małych porcji alkoholu. Z uwagi na wciąż niedostatecznie poznany mechanizm kardioprotekcyjnych właściwości umiarkowanej konsumpcji alkoholu oraz ryzyko uzależnienia, zalecanie jego spożycia w celach prozdrowotnych byłoby, rzecz jasna, nadużyciem [18, 19].

Osoby nadużywające alkoholu są ze względu na upośledzenie czynności naturalnych barier immunologicznych i komórkowych mechanizmów odpornościowych bardziej narażone na infekcje układu oddechowego. Znaczącym czynnikiem ryzyka jest też możliwość zachłyśnięcia treścią żołądkową. W związku z wydłużonym procesem zdrowienia, częstszym występowaniem bakteriemii i przetrwałych

zmian radiologicznych oraz podatnością na infekcję bakteriami gram-ujemnymi (np. *Klebsiella pneumoniae*), pacjenci ci są obarczeni większym ryzykiem zgonu w przebiegu zapalenia płuc. Infekcjom paciorkowcowym (*S. pneumoniae*) towarzyszy zwiększone ryzyko utworzenia się ropniaka opłucnej. Pacjenci nadużywający alkoholu są też bardziej narażeni na infekcje prątkami gruźlicy. Ponadto u pacjentów z dodatnim wywiadem alkoholowym obserwuje się zwiększoną chorobowość i śmiertelność w przebiegu ostrej niewydolności oddechowej [20, 21].

Mianem „alkoholowej choroby wątroby" określa się spektrum schorzeń od stłuszczenia narządu, poprzez alkoholowe zapalenie wątroby, do przewlekłego alkoholowego zapalenia wątroby z jej zwłóknieniem lub marskością. Stłuszczenie wątroby pojawia się u około 90% pijących ponad 60 g alkoholu dziennie. Jest to stan odwracalny pod warunkiem utrzymania 4-6-tygodniowego okresu abstynencji. W przypadku kontynuowania nadmiernego spożycia alkoholu choroba ulega progresji do kolejnych stadiów. Zaawansowana, objawowa alkoholowa choroba wątroby ujawnia się, gdy zmiany marskie obejmują około połowy objętości narządu. Nadciśnienie wrotne powstające w przebiegu marskości wątroby prowadzi do powstania puchliny brzusznej i krwawień z żylaków przełyku, a związki toksyczne nie mogące zostać unieczynnione przez niewydolny narząd wywołują zmiany neurologiczne (encefalopatia wątrobowa) [22].

Długotrwałe nadużywanie alkoholu powoduje stan zapalny, atrofię, włóknienie i wapnienie trzustki, uszkadzając gruczoł w sposób postępujący i nieodwracalny, przyczyniając się do jego niewydolności egzokrynnej (niedobór enzymów trawiennych) i endokrynnej (zaburzenia produkcji hormonów regulujących stężenie glukozy we krwi), a w konsekwencji do cukrzycy i niedoborów pokarmowych. Zapalenie trzustki może postępować przewlekle, skąpoobjawowo bądź przybrać postać ostrą, z silnym bólem brzucha, nudnościami i wymiotami, zagrażającymi życiu zaburzeniami metabolicznymi i niewydolnością krążenia. Należy dodać, że palenie wyrobów tytoniowych zwiększa ryzyko i przyspiesza progresję alkoholowego zapalenia trzustki uwrażliwiając gruczoł na toksyczne działanie etanolu [23, 24].

Alkohol hamuje wydzielanie wazopresyny, powodując zwiększone wydzielanie moczu, co w przypadku jego nadużywania może prowadzić do odwodnienia organizmu i zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i elektrolitowej. Szczególne ryzyko powikłań nerkowych obserwuje się u pacjentów ze współistniejącą chorobą wątroby, u których rozwija się tzw. zespół wątrobowo-nerkowy (ang. *hepatorenal syndrome*) prowadzący do upośledzenia czynności wydalniczej nerek i kumulacji toksycznych metabolitów przemian związków azotu [25]. Poalkoholowe uszkodzenie mięśni (rabdomioliza) z towarzyszącą mioglobinurią może prowadzić do ostrej niewydolności nerek wymagającej dializoterapii [15, 26]. Spożycie glikolu

etylenowego jako substytutu etanolu, np. pod postacią płynu do chłodnic samochodowych (popularny „płyn Borygo") poprzez precypitację jego metabolitów w kanalikach nerkowych prowadzi do ostrej niewydolności nerek [27].

Szacuje się, że około 10% pacjentów wymagających przyjęcia do oddziałów intensywnej opieki medycznej (OIOM) ma często niezdiagnozowany problem z nadużywaniem lub uzależnieniem od alkoholu. Nadużywanie alkoholu zwiększa podatność, lub też jest bezpośrednią przyczyną schorzeń powodujących występowanie stanów krytycznych. Wczesne wykrywanie problemu uzależnienia od alkoholu poprawia możliwości diagnostyczne, terapeutyczne oraz wpływa pozytywnie na rokowanie co do dalszego przebiegu choroby. Z drugiej strony przeoczenie problemu alkoholowego przyczynia się do opóźnienia we wdrożeniu właściwego leczenia, a co za tym idzie do zwiększonej chorobowości i śmiertelności pacjentów OIOM-u [15].

Konsumpcję alkoholu łączy się ze zwiększonym ryzykiem występowania nowotworów o różnej lokalizacji. Wykazano jednoznaczny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy spożywaniem alkoholu i paleniem tytoniu a nowotworami jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku i wątroby, które występują bardzo rzadko u niepijących i niepalących [28].

Konsekwencje nadużywania i przedawkowania opioidów [29]:

- zmniejszenie zdolności ośrodka oddechowego do detekcji zwiększonej prężności dwutlenku węgla we krwi, a w konsekwencji zmniejszenie częstości oddechów;
- zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym (bradykardia, hipotensja, rozszerzenie naczyń obwodowych);
- sztywność mięśni klatki piersiowej zmniejszająca wydolność wentylacji płucnej;
- upośledzona motoryka przewodu pokarmowego mogąca powodować wymioty, co w połączeniu z depresją oddechową daje zwiększenie ryzyka wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc.

Zagrożenia zdrowotne związane z zażywaniem kannabinoidów [30]:

- w obrębie układu oddechowego: przewlekłe zapalenie oskrzeli, wzrost podatności na infekcje, nowotwory płuc i górnych dróg oddechowych;
- w obrębie układu krążenia: wzrost ryzyka zawału serca, udarów i przemijających napadów niedokrwienia mózgu.

Zagrożenia związane ze stosowaniem leków uspokajająco-nasennych – benzodwuazepin i tzw. leków „Z" (zolpidem, zopiklon, eszopiklon, zaleplon) [31, 32]:

- ryzyko zatrucia z przedawkowania;
- pogorszenie w zakresie funkcji poznawczych;
- urazy w wyniku upadków;

- wypadki komunikacyjne;
- depresja oddechowa, zachłystowe zapalenie płuc.

Toksyczność kokainy, amfetaminy i innych środków psychostymulujących [32]:

- wzmożona potliwość;
- wzrost temperatury ciała mogący prowadzić do uszkodzenia mięśni poprzecznie prążkowanych, a w konsekwencji do ostrej przednerkowej niewydolności nerek;
- zaburzenia rytmu serca, nadciśnienie tętnicze, kołatania serca;
- powikłania sercowo-naczyniowe: ostry zespół wieńcowy, udar mózgu, niedokrwienie naczyń krezkowych;
- bruksizm (zgrzytanie zębami) prowadzący do uszkodzenia szkliwa;
- wzmożenie napięcia mięśni, wygórowanie odruchów, drżenia, drgawki;
- zaburzenia elektrolitowe i metaboliczne.

Najczęstsze objawy uboczne związane z nadużywaniem napojów energetyzujących i innych produktów zawierających kofeinę [33]:

- zaburzenia rytmu serca, tachykardia;
- drżenie mięśniowe;
- zaburzenia żołądkowo-jelitowe;
- ból w klatce piersiowej, niedokrwienie mięśnia sercowego;
- zawroty głowy, omdlenia;
- przeczulica;
- niewydolność oddechowa;
- ból głowy.

Powikłania somatyczne związane z używaniem halucynogenów [32]:

- wzrost ciśnienia tętniczego, zaburzenia rytmu serca, ból w klatce piersiowej;
- nudności, biegunka, ból brzucha;
- wzrost temperatury ciała;
- uszkodzenie mięśni;
- zaburzenia metaboliczne;
- ostra niewydolność nerek i wątroby.

Konsekwencje zdrowotne używania wyrobów tytoniowych [34]:

- zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów: pęcherza moczowego, szyjki macicy, przełyku, nerek, krtani, płuc, trzustki, żołądka, jamy ustnej oraz białaczek;
- wzrost ryzyka miażdżycy, tętniaka aorty brzusznej, chorób naczyń wieńcowych i mózgowych;
- choroby układu oddechowego: przewlekła obturacyjna choroba płuc, zwiększone ryzyko infekcji dolnych dróg oddechowych, pogorszenie kontroli astmy, przewlekły kaszel i duszność;
- negatywny wpływ na płodność;

- zmniejszenie gęstości kości;
- zapalenie tkanek przyzębia;
- jaskra;
- wrzody trawienne.

Obecnie niewiele wiadomo na temat toksyczności papierosów elektronicznych. Zwraca się uwagę na ich działanie drażniące górne drogi oddechowe, wysuszające błony śluzowe, zwiększone ryzyko zatrucia nikotyną i możliwość przedawkowania płynu do e-papierosów. Ze względu na niedostateczną liczbę badań i brak możliwości oceny długoterminowych skutków używania, nie można uznać tego typu produktów za całkowicie bezpieczne dla zdrowia [35].

Zagrożenia zdrowotne związane z używaniem lotnych rozpuszczalników [36]:

- stany nagłe: zgon z powodu zaburzeń rytmu serca, ryzyko uduszenia lub zachłyśnięcia, wypadki pod wpływem odurzenia;
- kardiomiopatia;
- anemia aplastyczna, białaczki;
- rak wątrobowo komórkowy;
- zapalenie nerek, zespół nerczycowy, martwica kanalików nerkowych;
- „demencja toluenowa", dysfunkcja pnia mózgu.

Niektóre ze szkód zdrowotnych związane są bezpośrednio nie z rodzajem zażywanych substancji, a drogą ich przyjmowania. Przyjmowanie środków psychoaktywnych drogą dożylną zwiększa ryzyko infekcji wirusowych (HIV, HBV, HCV), bakteryjnych (*Staphylococcus, Streptococcus, Pseudomonas, Clostridium difficile*) i grzybiczych (*Candida*). Przedostanie się patogenów do krwiobiegu grozi zapaleniem wsierdzia, powstawaniem ropni płucnych, zapaleniami kości i stawów. Palenie heroiny, „cracku" czy marihuany powoduje termiczne uszkodzenie dróg oddechowych [32].

Wpływ substancji psychoaktywnych na ciężarną i płód

Pomimo dużej, jak się wydaje, świadomości społecznej na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych dla rozwijającego się płodu, ponad 16% ciężarnych pali tytoń, co dziesiąta nadużywa alkoholu, a co dwudziesta – narkotyków. Odsetki te są niższe niż w populacji kobiet nieciężarnych. Częstość zażywania środków psychoaktywnych jest najwyższa wśród ciężarnych niepełnoletnich i spada wraz z wiekiem. Największe niebezpieczeństwo dla płodu stwarzają one we wczesnym okresie ciąży, kiedy mogą zakłócać proces organogenezy, powodując efekt teratogenny

(gr. *teras* – potwór). Również w kolejnych tygodniach ciąży mogą zaburzać wzrost i różnicowanie tkanek, powodować zmiany w receptorach neuroprzekaźników, a w konsekwencji nieprawidłowości organizacji ośrodkowego układu nerwowego. Poza wymienionymi wyżej oddziaływaniami bezpośrednimi, substancje psychoaktywne mogą wpływać na płód pośrednio poprzez działanie farmakologiczne na organizm matki, np. wpływając na neuroprzekaźnictwo czy zmniejszając dostępność związków odżywczych przez niewydolne łożysko [37]. Nie bez znaczenia jest również podporządkowany zdobywaniu i używaniu substancji styl życia matki, wpływający na jej stan odżywienia, poziom stresu, ryzyko chorób psychicznych i somatycznych, zmniejszenie dostępności opieki zdrowotnej, ekspozycję na choroby przenoszone drogą płciową, zachowania agresywne i przemoc [37, 38]. Wymienione czynniki, poza zwiększeniem ryzyka zaburzeń rozwoju prenatalnego, istotnie pogarszają funkcjonowanie matki w roli opiekuna [38]. Działanie toksyczne w połączeniu z innymi pre- i postnatalnymi czynnikami ryzyka prowadzi do upośledzenia funkcji mózgu, takich jak zaburzenia uwagi, funkcji poznawczych i wykonawczych, rozwoju motoryki i funkcji językowej, czego konsekwencjami są zaburzenia przystosowania społecznego, trudności w nauce szkolnej oraz zwiększona podatność na rozwój chorób psychicznych i uzależnień [39].

U potomstwa matek używających alkoholu w okresie ciąży występuje upośledzenie wzrostu i rozwoju psychofizycznego połączone z występowaniem wrodzonych wad czaszki, twarzy, kończyn i układu sercowo-naczyniowego, określane mianem płodowego zespołu alkoholowego (ang. *FAS – fetal alcohol syndrome*) [7].

Palenie papierosów przez ciężarne koreluje ze zwiększoną częstością martwych urodzeń i zgonów w okresie noworodkowym, powikłań położniczych, takich jak przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, łożysko przodujące, przedwczesne odwarstwienie łożyska, poród przedwczesny; zwiększa też ryzyko wystąpienia tzw. „nagłej śmierci łóżeczkowej" (ang. *SIDS – sudden infant death syndrome*). Dzieci matek palących rodzą się z przeciętnie niższą masą urodzeniową i częściej obserwuje się u nich cechy zaburzenia wzrostu wewnątrzmacicznego [34].

Szkody społeczne powodowane przez alkoholizm i narkomanię

Toksykomania powoduje również szkody społeczne, moralne i ekonomiczne. Z powodu picia alkoholu i szkód z tego wynikających, państwa należące do Unii Europejskiej tracą rocznie około 2-3% produktu krajowego brutto. Używanie środków psychoaktywnych powoduje zwiększoną absencję w pracy i szkole.

Osoby nadużywające substancji psychoaktywnych częściej są sprawcami wypadków, przestępstw i zachowań agresywnych, podejmują zachowania ryzykowne, w tym przypadkowe kontakty seksualne, grożące zachorowaniem na choroby przenoszone drogą płciową. Alkoholizm i narkomania zaburzają relacje interpersonalne, a u osób bliskich rozwija się zespół współuzależnienia [5].

W badaniach przeprowadzonych metodą wywiadów indywidualnych młodociani użytkownicy narkotyków w związku z używaniem substancji wagarowali, byli zatrzymywani przez policję, popadali w konflikt z prawem, padali ofiarą kradzieży, podejmowali niechciane kontakty seksualne i inne zachowania ryzykowne, jak szybka jazda samochodem bez uprawnień, skutkująca wypadkami samochodowymi. Zachowania podejmowane pod wpływem narkotyków były przyczyną wycofania z życia rodzinnego i społecznego, konfliktów z rodzicami i nauczycielami, bójek z kolegami, pogorszenia wyników w nauce. Aby uzyskać fundusze na zakup narkotyków, nastolatki wyłudzały pieniądze od rodziców, rezygnowały z innych potrzeb, sprzedawały własne rzeczy, dokonywały kradzieży i włamań, czerpały dochody z prostytucji i „sponsoringu", pośredniczyły w handlu narkotykami i zaciągały długi u handlarzy [3].

Diagnostyka uzależnień

Podstawą diagnozy uzależnienia jest badanie przedmiotowe i wywiad. U osób nadużywających substancji psychoaktywnych częstymi odchyleniami w badaniu fizykalnym są uszkodzenia śluzówki nosa, ślady po iniekcjach, obrażenia powstałe w stanie odurzenia. Rozszerzenie źrenic może wynikać z odstawienia opioidów, nadużycia substancji psychostymulujących lub halucynogennych, zaś ich zwężenie obserwuje się w przebiegu intoksykacji agonistami receptorów opioidowych. U osób nadużywających środków uspokajających lub marihuany może wystąpić oczopląs. Widoczne pobudzenie, drażliwość, dysforia, wahania nastroju, wrogość, objawy psychosomatyczne, hiperwentylacja, lęk, obecność objawów depresyjnych lub psychotycznych również mogą być wynikiem używania substancji psychoaktywnych. Przeprowadzając badanie podmiotowe, należy zwrócić uwagę na funkcjonowanie rodziny pacjenta (konflikty, rozwody, zaburzenia depresyjne i lękowe u członków rodziny, trudności w nauce u dzieci, zachowania agresywne i nadużycia), jego środowisko koleżeńskie, funkcjonowanie w pracy lub szkole (częste nieobecności, zmiany miejsca pracy), konflikty z prawem (zakłócanie porządku, jazda samochodem pod wpływem substancji odurzających, kradzieże, handel

narkotykami), problemy finansowe (długi, sprzedaż wartościowych przedmiotów). Postawa badającego wyrażająca empatię, szacunek, nieosądzająca pacjenta sprzyja szczerym odpowiedziom na pytania dotyczące uzależnienia. Należy również zadawać konkretne pytania na temat ilości i częstości przyjmowania substancji [40].

Pomocniczą rolę w diagnostyce uzależnienia od alkoholu odgrywają metody kwestionariuszowe, takie jak: CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener)*, MAST (*The Michigan Alcoholism Screening Test)*, AUDIT *(Alcohol Use Disorders Indentification Test)*. Główną zaletą kwestionariusza CAGE jest prostota i szybkość badania. Kwestionariusz składa się z czterech pytań, na które należy odpowiedzieć „tak" lub „nie". Wadą badania jest brak możliwości zróżnicowania, czy odpowiedzi pacjenta odnoszą się do obecnego czy przeszłego wzorca używania alkoholu oraz koncentracja na skutkach nadużywania alkoholu, a nie na ilości i częstości jego spożycia [15, 23, 41]. Istnieją również badania kwestionariuszowe pomocne w diagnostyce uzależnienia od narkotyków (DAST-10 – D*rug Abuse Screening Test*) oraz nikotyny (kwestionariusz Fagerströma, test motywacji do zaprzestania palenia wg Schneider).

Uzupełnieniem procesu diagnostycznego i potwierdzeniem nadużywania alkoholu jest wykonanie badań laboratoryjnych, które dają obiektywną informację o zmianach konsumpcji w czasie, potwierdzają dane z wywiadu i badań kwestionariuszowych, mogą być wykorzystywane jako narzędzia przesiewowe, umożliwiają ujawnienie problemu alkoholowego, w sytuacjach gdy nie ma możliwości uzyskania wywiadu bądź pacjent świadomie ukrywa nadużywanie alkoholu, umożliwiają kontrolę efektywności terapii i wczesne rozpoznawanie nawrotów picia, mogą pełnić rolę motywującą do zmiany sposobu picia na mniej szkodliwy [41].

Najczęściej badanym wskaźnikiem obecnego zatrucia alkoholem jest oznaczanie stężenia etanolu we krwi lub wydychanym powietrzu. Możliwe jest również oznaczenie jego stężenia w ślinie, pocie i moczu, a także oznaczenie produktów metabolizmu alkoholu w organizmie. Najpowszechniej stosowanymi w praktyce klinicznej badaniami obrazującymi intensywność picia w ciągu ostatnich 2-4 tygodni są: zwiększona średnia objętość krwinek czerwonych (MCV), oraz podwyższone parametry wątrobowe (AST, ALT, GGTP). Podwyższona wartość wskaźnika de Ritisa (AST/ALT) powyżej 1,5 uprawdopodabnia, a powyżej 2 niemal jednoznacznie potwierdza alkoholową etiologię uszkodzenia wątroby. Najbardziej specyficznym z dostępnych obecnie markerów nadużywania alkoholu o długim okresie półtrwania jest transferyna uboga w węglowodany (CDT). Jednoczesne wykorzystywanie więcej niż jednego markera zwiększa czułość i specyficzność testu. Znanych jest wiele innych markerów niedawnej konsumpcji i przewlekłego nadużywania

alkoholu, jednak ze względu na zbyt niską czułość i swoistość oraz małą dostępność i wysoki koszt oznaczenia nie są one rutynowo stosowane w praktyce klinicznej [41]. W ostatnich latach coraz więcej uwagi poświęca się próbom opracowania testów diagnostycznych w kierunku uzależnienia od alkoholu na podstawie biomarkerów zawartych w ślinie [42].

Przewlekłe nadużywanie alkoholu mogą sugerować również mniej swoiste odchylenia od normy w powszechnie wykonywanych testach laboratoryjnych, takie jak zwiększenie frakcji HDL cholesterolu, wzrost stężenia trójglicerydów, ciał ketonowych, mleczanów, kwasu moczowego, zwiększenie osmolalności krwi, wzrost stężenia immunoglobuliny A, obniżenie stężenia albumin, wzrost fosfatazy alkalicznej, diastazy, ferrytyny, zwiększenie średniej masy hemoglobiny erytrocytów, małopłytkowość, hipoglikemia, hipofosfatemia i hipomagnezemia [41] .

Obok markerów uzależnienia od alkoholu (ang. *state markers*) wyróżnia się także markery podatności na uzależnienie (ang. *trait markers*). Jako markery podatności mogą posłużyć stężenia związków biologicznie czynnych czy enzymów w płynach ustrojowych, cechy osobowości i zachowania, obecność lub brak innych schorzeń psychicznych, specyficzne odchylenia w badaniach neuroobrazowych, elektrofizjologicznych czy markery genetyczne, kodujące izoformy enzymów metabolizujących alkohol i receptorów odpowiedzialnych za jego działanie ośrodkowe [42].

W diagnostyce nadużywania narkotyków najpowszechniej stosowane jest oznaczenie ich stężenia w moczu. Większość substancji (amfetamina, metamfetamina, krótkodziałające benzodwuazepiny, kokaina, opiaty) ulega eliminacji po 2-4 dobach od intoksykacji. Benzodwuazepiny długodziałające (np. diazepam) mogą być wykryte w moczu nawet po miesiącu od zażycia. Okres wykrywalności kannabinoidów, ze względu na ich kumulację w tkance tłuszczowej, wykazuje zależność od intensywności używania i waha się od 3 do ponad 30 dni [43]. W tym miejscu należy jeszcze raz podkreślić, że podstawą rozpoznania uzależnienia jest rzetelnie przeprowadzone badanie podmiotowe, a metody laboratoryjne obarczone są ryzykiem uzyskania wyników fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych.

Ryzyko ekspozycji płodu i noworodka na środki psychoaktywne ocenia się na podstawie wywiadu bądź oznaczania obecności substancji w próbkach biologicznych, najczęściej moczu, smółki i włosów [37].

Zalecenia dotyczące postępowania z pacjentem uzależnionym lub szkodliwie używającym alkoholu

Postępowanie według algorytmu SBIRT (ang. *screening, brief intervention, referral to treatment* – badanie przesiewowe, krótka interwencja, skierowanie do leczenia) umożliwia wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń związanych z używaniem alkoholu. Należy określić ilość spożywanego przez pacjenta alkoholu, najlepiej posługując się pojęciem porcji standardowej alkoholu i porównać je z obowiązującą normą. W Polsce jednostce standardowej alkoholu odpowiada 10 g czystego alkoholu etylowego. Pomocne mogą być również omówione wcześniej badania laboratoryjne i kwestionariusze. Należy także oszacować obecność szkód związanych z piciem. Krótka interwencja skierowana do pacjenta pijącego szkodliwie powinna zawierać informacje na temat szkodliwości picia, zwłaszcza w odniesieniu do aktualnych problemów zdrowotnych pacjenta (np. nadciśnienia tętniczego), nakłonienie do zmiany stylu picia na mniej szkodliwy w odniesieniu do przyjętych norm w przeliczeniu na porcję standardową, wzbudzenie motywacji i opracowanie wspólnie z pacjentem planu ograniczania picia. Postępowanie z pacjentem uzależnionym powinno być przede wszystkim ukierunkowane na skierowanie go do terapii odwykowej. W przypadku niektórych pacjentów zasadnym może być wdrożenie leczenia farmakologicznego, np. w celu zmniejszenia głodu alkoholowego (naltrekson, akamprozat). Ważnym elementem postępowania jest również zachęcenie pacjenta do uczestnictwa w grupach wsparcia takich jak ruch AA [44].

Przymusowe leczenie osób uzależnionych

Z uwagi na fakt, że skutki uzależnienia od alkoholu i narkotyków dotykają nie tylko samych zainteresowanych, ale mają też szerszy zasięg społeczny, ustawodawca przewiduje rozwiązania, których celem jest z jednej strony udzielanie pomocy osobom będącym w nałogu, z drugiej zaś ochrona społeczeństwa przed tymi skutkami [45].

Spełnienie przesłanek takich jak rozkład życia rodzinnego, demoralizacja małoletnich, uchylanie się od pracy czy systematyczne zakłócanie spokoju i porządku publicznego w związku z używaniem alkoholu uprawnia organy państwa do wszczęcia postępowania odwykowego bez zgody osoby uzależnionej.

Umieszczenie osoby uzależnionej od alkoholu w zakładzie leczenia odwykowego musi być poprzedzone badaniami prowadzonymi przez biegłych. Na takie badania kieruje gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych właściwa dla miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby. Postępowanie wszczynane jest na wniosek osoby uzależnionej lub z urzędu. Badania mają na celu sporządzenie opinii o stopniu uzależnienia oraz ewentualne określenie zakładu leczniczego. Jeżeli sąd na podstawie opinii biegłego uzna to za niezbędne, może zarządzić obserwację badanej osoby w zakładzie leczniczym. Osoba, której postępowanie dotyczy jest obowiązana poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych [46].

O obowiązku leczenia orzeka sąd rejonowy. Wykonanie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zabezpieczone jest możliwością użycia przymusu w doprowadzeniu tej osoby przez organy policji. Osoba wobec której zastosowano leczenie w zakładzie stacjonarnym ma obowiązek przebywania w nim i może go opuścić wyłącznie za zgodą kierownika zakładu. Samowolne jego opuszczenie skutkuje przymusowym doprowadzeniem przez Policję. Pomimo przymusowego charakteru leczenia, nie jest dopuszczalne stosowanie wobec osoby uzależnionej od alkoholu środków przymusu bezpośredniego. Pobyt w zakładzie nie powinien być dłuższy niż dwa lata od uprawomocnienia się postanowienia, a może być skrócony, jeśli cel leczniczy zostanie osiągnięty wcześniej [45, 46].

Podobne postępowanie może być stosowane w stosunku do osób uzależnionych od narkotyków, które nie ukończyły 18. roku życia. Decyzję o zastosowaniu przymusowego leczenia i rehabilitacji wobec tych osób podejmuje sąd rodzinny. Postępowanie może być wszczęte na wniosek pochodzący od przedstawiciela ustawowego tej osoby, jej krewnego w linii prostej, rodzeństwa albo jej opiekuna faktycznego bądź z urzędu przez sąd. Długość okresu przymusowego leczenia i rehabilitacji uzależniona jest od postępów w terapii, nie może jednak przekroczyć dwóch lat. Jeżeli osoba uzależniona ukończy 18 lat przed zakończeniem przymusowego leczenia, sąd rodzinny może je przedłużyć z zastrzeżeniem, że łączny okres leczenia nie może przekroczyć dwóch lat [47].

Odrębną podstawę przymusowego leczenia osób uzależnionych od środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, które popełniły przestępstwo w związku z używaniem tych środków, stanowi art. 71 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Związek popełnionego przestępstwa z uzależnieniem ma miejsce, gdy osoba w chwili popełnienia czynu była w stanie odurzenia lub nałóg sprowokował ją do popełnienia przestępstwa. Zastosowanie przymusowego leczenia z mocy art. 71 wspomnianej ustawy jest możliwe, gdy kara została orzeczona w wymiarze ponad 2 lat pozbawienia wolności lub została warunkowo zawieszona.

W przypadku gdy sąd orzekł karę bezwzględną pozbawienia wolności, zastosowanie przymusowego leczenia jest fakultatywne, natomiast w przypadku kary warunkowo zawieszonej sąd obligatoryjnie stosuje omawiany środek. Leczenie osoby skazanej na karę w zawieszeniu może być prowadzone ambulatoryjnie lub w ośrodku stacjonarnym, zaś w przypadku osoby skazanej na karę bezwzględną terapia jest realizowana w zakładzie o charakterze zamkniętym. O ewentualnym wykonaniu kary pozbawienia wolności po zakończeniu leczenia decyduje sąd, mając na uwadze postępy w leczeniu i rehabilitacji oraz zachowanie osoby uzależnionej [45, 47].

Podsumowanie

- Kilka milionów Polaków nadużywa bądź jest uzależnionych od alkoholu, a kilkaset tysięcy – od narkotyków. Problem uzależnień dotyczy nie tylko osób z tzw. „marginesu społecznego", ale również wykształconych, o wysokim statusie społecznym;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych powoduje ostre zatrucia, prowadzi do rozwoju zespołu uzależnienia i długoterminowych powikłań psychicznych. Nagłe przerwanie systematycznego używania substancji skutkuje występowaniem niebezpiecznych dla życia i zdrowia zespołów abstynencyjnych;
- klasyfikacja ICD-10 wyróżnia zaburzenia związane z używaniem alkoholu, opiatów, kannabinoli, leków uspokajających i nasennych, kokainy, innych substancji stymulujących (w tym kofeiny), substancji halucynogennych, tytoniu, lotnych rozpuszczalników;
- działanie narkotyczne wywołują również „dopalacze", substancje pochodzenia roślinnego oraz składniki niektórych preparatów leczniczych;
- uzależnienie psychiczne mogą wywoływać również substancje nie powodujące uzależnienia w sensie farmakologicznym, jak leki psychotropowe, przeczyszczające, przeciwbólowe, witaminy, hormony czy preparaty ziołowe. Ich nadużywanie może prowadzić do poważnych następstw zdrowotnych;
- współwystępowanie używania lub uzależnienia od substancji psychoaktywnej z innym zaburzeniem psychicznym określa się jako „podwójną diagnozę". Pacjenci z podwójną diagnozą obarczeni są wyższym ryzykiem samobójstw i gorszym rokowaniem co do przebiegu choroby;
- politoksykomania to przyjmowanie więcej niż jednej substancji psychoaktywnej, zwykle mające na celu zwiększenie lub przeciwdziałanie skutkom innego narkotyku;

- substancje psychoaktywne wpływają negatywnie m.in. na układ sercowo-naczyniowy, oddechowy, nerwowy, naruszają homeostazę organizmu, powodują uszkodzenia narządów wewnętrznych, zwiększają ryzyko wypadków i urazów, sprzyjają infekcjom i rozwojowi nowotworów;
- szkodliwość używania substancji psychoaktywnych w okresie ciąży wynika z bezpośredniego działania toksycznego na płód, zmian w funkcjonowaniu organizmu matki oraz podejmowania przez nią zachowań antyzdrowotnych;
- nadużywanie substancji psychoaktywnych wpływa negatywnie na kondycję finansową, edukację, funkcjonowanie zawodowe i społeczne użytkowników i ich rodzin, predysponuje do zachowań ryzykownych i popadania w konflikt z prawem;
- w diagnostyce uzależnień stosuje się wywiad, badanie przedmiotowe, metody kwestionariuszowe, oznaczanie stężenia substancji psychoaktywnych lub ich metabolitów w płynach ustrojowych i inne badania laboratoryjne. Stwierdzenie nadużywania substancji psychoaktywnych przez pacjenta obliguje do przeprowadzenia krótkiej interwencji. Pacjenci spełniający kryteria zespołu uzależnienia powinni być kierowani do dalszego leczenia odwykowego;
- prawo polskie reguluje możliwość leczenia osób uzależnionych bez ich zgody, mając na względzie szeroki zasięg społeczny skutków alkoholizmu i narkomanii.

Piśmiennictwo

1. Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada monitoringu społecznego, Warszawa 2015.
2. *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP – Polska*, rozdział 5 z pełnego raportu z badania. http://www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html, data pobrania 04.02.2016.
3. Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., Brykczyńska C., Pisarska A. *Używanie poszczególnych rodzajów narkotyków przez młodzież: wzory i konsekwencje*, „Alkoholizm i narkomania", 2008, 21, 391-411.
4. Motyka M., *Dynamika zjawiska narkomanii: nowe populacje zażywających narkotyki*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", 2013, 93, 435-445.
5. Jędrzejko M., *Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i niechemicznych*, Fundacja PEDAGOGIUM, Warszawa 2009.
6. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Vesalius, Kraków 2000.
7. *Lexicon of alcohol and drug terms*, World Health Organisation, Geneva 1994.

8. Waszkiewicz N., Szajda S. D., Konarzewska B., Kępka A., Chojnowska S., Szulc A., Zwierz K., Ładny J. R., *Dopalacze jako problem społeczny. Profilaktyka chorób cywilizacyjnych*, Wyższa Szkoła Zawodowa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Łomży, Łomża 2015.
9. Simonienko K., Waszkiewicz N., Szulc A., *Roślinne środki odurzające – aktualnie obowiązująca lista w Polsce*, „Psychiatria Polska", 2013, 47, 499-510.
10. Tvp.info, *Khat pojawił się w Polsce. Afrykański narkotyk to naturalny odpowiednik amfetaminy*, http://www.tvp.info/21469709/khat-pojawil-sie-w-polsce-afrykanski-nar ko tyk-to-naturalny-odpowiednik-amfetaminy, data pobrania 04.02.2016.
11. Polskieradio.pl, *Raport policji: pojawił się nowy narkotyk, odpowiednik amfetaminy*, http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1575130,Raport-policji-pojawil-sie-nowy--nar kotyk-odpowiednik-amfetaminy, data pobrania 04.02.2016.
12. Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M., *Współchorobowość uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część I: epidemiologia podwójnego rozpoznania*, „Psychiatria Polska", 2015, 49, 265-275.
13. Błachut M., Badura-Brzoza K., Jarząb M., Gorczyca P., Hese R. T., *Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych*, „Psychiatria Polska", 2013, 47, 335-352.
14. *Raport z badania „Młodzież zagrożona wykluczeniem społecznym a używanie substancji psychoaktywnych"*, Warszawa/Sopot 2009.
15. Moss M., Burnham, E. L., *Alcohol abuse in the critically ill patient*, „The Lancet", 2006, 338, 2231-2242.
16. Guzzo-Merello G., Cobo-Marcos M., Gallego-Delgado M., Garcia-Pavia P., *Alcoholic cardiomyopathy*, „World Journal of Cardiology", 2014, 6, 771-781.
17. Tonelo D., Providencia R., Goncalves L., *Holiday Heart Syndrome Revisited after 34 Years*, „Arquivos Brasileiros de Cardiologia", 2014, 101, 183-189.
18. Waszkiewicz N., *Rosjanie piją, palą i uczą*, „Psychiatria. Pismo dla praktyków", 2014, 6,5 8-61.
19. Djousse L., Gaziano J.M., *Alcohol consumption and heart failure*, „Current Atherosclerosis Reports", 2008, 10, 117-120.
20. Corey D., Kershaw M. D., David M., Guidot M. D., *Alcoholic lung disease*, „Alcohol Research & Health", 2008, 31, 66-75.
21. Boe D. M., Vandivier R. W., Burnham E. L., Moss M., *Alcohol abuse and pulmonary disease*, „he Journal of Leukocyte Biology", 2009, 86, 1097-1104.
22. O'Shea R. S., Dasarathy S., McCullough A.J., *Alcoholic liver disease*, „Hepatology", 2010, 51, 307-328.
23. Chowdhury P., Gupta P., *Patophysiology of alcoholic pancreatitis: An overwiev*, „World Journal of Gastroenterology", 2006, 21, 7421-7427.
24. Apte M. V., Wilson J. S., Korsten M. A. *Alcohol-Related Pancreatic Damage. Mechanisms and Treatment*, „Alcohol Health & Research World",1997, 21, 13-20.
25. Epstein M., *Alcohol's Impact on Kidney Function*, „Alcohol Health & Research World", 1997, 21, 84-93.

26. Singh S., Sharma A., Sharma S., Sud A., Wanchu A., Bambery P., *Acute alcoholic myopathy, rhabdomyolysis and acute renal failure: a case report*, „Neurology India", 2000, 48, 84-5.
27. Hoffmann U., Abel P., Neurath H., *Acute ethylene glycol poisoning after intentional ingestion*, „Toxichem and Krimtech", 2008, 75, 130.
28. Bury P., Godlewski D., Wojtyś P., *Alkohol jako czynnik ryzyka choroby nowotworowej*., „Współczesna Onkologia", 2000, 1, 13-15.
29. Cobaugh D., Gainor C., Gaston C. L., Kwong T. C., Magnani B., McPherson M. L., Painter J. T., Krenzelok E. P., *The opioid abuse and misuse epidemic: Implications for pharmacists in hospitals and health systems*, „The American Journal of Health-System Pharmacy", 2014, 71, e82-e97.
30. Volkov N. D., Baler R. D., Compton W. M., Weiss S. R., *Adverse health effects of marijuana use*, „The New England Journal of Medicine", 2014, 370, 2219-2227.
31. Brett J., Murnion, B., *Management of benzodiazepine misuse and dependence*, „Australian Prescriber", 2015, 35, 152-155.
32. Dargan P. et al., *Drug abuse*, Oxford Desk Reference: Toxicology, „Oxford University Press", 2014, 179-204.
33. Gunja N., Brown J., *Energy drinks: health risks and toxicity*, „The Medical Journal of Australia", 2012, 196, 46-49.
34. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
35. Callahan-Lyon P., *Electronic cigarettes: human health effects*, „Tobacco Control", 2014, 23, ii36-ii40.
36. Williams J.F., Storck M., *Inhalant abuse*, Pediatrics.,2007, 119, 1009-1017.
37. Behnke M., Smith V. C., *Prenatal Substance Abuse: Short- And Long-term Effects on the Exposed Fetus*, „Pediatrics",2013,131, e1009-e1024.
38. Minnes S., Lang A., Singer L., *Prenatal Tobacco, Marijuana, Stimulant and Opiate Exposure: Outcomes and Practice Implications*, „Addiction Science & Clinical Practice", 2011, 6, 57-70.
39. Mayes L. C., *A behavioral teratogenic model of the impact of prenatal cocaine exposure on arousal regulatory system*, „Neurotoxicology and Teratology", 2002, 24, 385-395.
40. Trachtenberg A. I., Fleming M. F., *Diagnosis & Treatment of Drug Abuse in Family Practice*, National Institute of Drug Abuse, 1999.
41. Waszkiewicz N., Szulc A., *Diagnoza nadużywania alkoholu*, „Przegląd Lekarski", 2009, 66, 529-534.
42. Waszkiewicz N., Szulc A. *Do czego są nam potrzebne markery alkoholowe śliny?*, „Psychiatria. Pismo dla Praktyków", 2014, 6, 62-64.
43. Moeller K. E., Lee K. C., Kissack J. C., *Urine Drug Screening: Practical Guide for Clinicians*, „Mayo Clinic Proceedings", 2008, 83, 66-76.
44. Makdissi R., Steward S. H., *Care for hospitalised patients with unhealthy alcohol use: a narrative rewiev*, Addiction Science & Clinical Practice", 2013, 8, 11.

45. Kubiak R., *Prawo medyczne*, C.H. Beck, 2014.
46. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz. U. 2015 poz. 1286.
47. Ustawa z dnia 25 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii z późniejszymi zmianami. Dz. U. 2005 poz. 1485.

Emilia Mikołajewska

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI PACJENTA NIEPEŁNOSPRAWNEGO RUCHOWO

Wstęp

Liczba osób niepełnosprawnych oraz w podeszłym wieku rośnie, podobnie jak ich zapotrzebowanie na usługi szpitalne. Personel medyczny musi być przygotowany na coraz częstszą konieczność opieki nad pacjentem niepełnosprawnym, który powraca do szpitala. Stanowi to ważny element edukacji personelu medycznego, gdyż tylko tak przygotowany personel jest w stanie sprostać odmiennym wymaganiom, jakie stawia przed nim niepełnosprawność pacjenta.

Starzenie się społeczeństwa staje się rzeczywistością coraz większej liczby państw. Jednocześnie postęp medycyny sprawia, że coraz więcej osób ratuje się ze stanu zdrowia uznawanego dawniej za beznadziejny. Wiąże się to jednak z obecnością w społeczeństwie rosnącej liczby osób skazanych na niepełnosprawność, gdyż o ile potrafimy coraz lepiej ratować życie, to jeszcze nie jesteśmy w stanie zachować go w dobrej jakości, tj. bez uszczerbku na zdrowiu. Osoby te często borykają się z różnymi rodzajami niepełnosprawności, a co za tym idzie z różnego rodzaju trudnościami w codziennym funkcjonowaniu. Taki stan zdrowia wymusza specjalny sposób dostosowania środowiska osoby niepełnosprawnej do jej potrzeb, tak by ułatwić jej funkcjonowanie pomimo towarzyszących skutków niepełnosprawności.

Wzrastająca liczba osób wymagających specyficznego wsparcia i opieki w wielu krajach wymusza poszukiwania rozwiązań technicznych. Nawet kraj uchodzący za wysoko rozwinięty – Stany Zjednoczone – posiada zbyt małą kadrę przeszkoloną w zakresie pomocy niepełnosprawnym [1, 2]. Naukowcy, w tym japońscy, od dawna pracują nad robotami –asystentami osób potrzebujących wsparcia [3-5].

Jednak należy pamiętać, że żadne urządzenie terapeutyczne nie zastąpi człowieka. O ile środowisko pracy może funkcjonować, ze szkodą dla niepełnosprawnych, bez osób odpowiednio wykształconych w zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych, o tyle szpital pozostaje organizacją, w której taka wiedza jest niezbędna.

Potrzeby osób niepełnosprawnych

Pacjent niepełnosprawny to taki, który ze względu na różny rodzaj dysfunkcji wymaga, w mniejszym lub większym stopniu, wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Potrzeby osób niepełnosprawnych są różne, zależą zarówno m.in. od wieku (ze szczególnym uwzględnieniem dzieci), od rodzaju schorzenia, oraz od rodzaju i stopnia niepełnosprawności [6, 7]. Konieczne jest uwzględnienie potrzeb indywidualnych, co nierozerwalnie wiąże się z koniecznością zaakceptowania przez pacjenta proponowanych form wsparcia. Zakres wsparcia może obejmować pomoc:

- w czynnościach życia codziennego przy zachowaniu maksimum samodzielności;
- w realizacji rehabilitacji;
- w zachowaniu intymności;
- w mobilności;
- w zachowaniu kontaktu z innymi ludźmi z otoczenia.

Wyżej wymienione wsparcie może przyjąć różną formę: wsparcia fizycznego innej osoby lub wsparcia technicznego – pod postacią szeroko rozumianego sprzętu lub adaptacji przestrzeni.

Rodzaj niepełnosprawności, z jaką spotka się personel medyczny w szpitalu, może być różny począwszy od całkowitej niepełnosprawności ruchowej przez częściową niepełnosprawność ruchową aż do poważnych deficytów poznawczych, w tym również połączonych ze sobą w różnych kombinacjach i natężeniu oraz zmieniających się wraz z postępem terapii [8].

Zapewnienie przestrzeni i traktów komunikacyjnych

Niezależnie od tego, czy pacjent niepełnosprawny będzie poruszał się o własnych siłach z użyciem kul, na wózku, czy będzie wymagał do napędzania wózka pomocy opiekunów, dla zapewnienia właściwego poziomu leczenia, rehabilitacji i opieki konieczne są:

- większa przestrzeń w sali chorych, by móc manewrować wózkiem, balkonikiem lub swobodnie stawiać kule – w tym celu należy wybierać sale o większej powierzchni;
- mniej łóżek w sali – im mniej łóżek w sali, tym mniej przedmiotów, które będzie trzeba przesuwać czy omijać, co pozwoli nie tylko na większy komfort, ale także na większe bezpieczeństwo pacjentów w sali;
- zachowanie odpowiedniej szerokości drzwi do sal i innych pomieszczeń, z których będzie korzystał pacjent niepełnosprawny (dostępność dotyczy również sposobu otwierania i zamykania drzwi np. z wózka) [8, 9].

Łóżka chorych

Należy zapewnić regulowaną wysokość łóżek – pozwoli to na łatwiejsze przesiadanie się osób korzystających z wózków, przy czym należy pamiętać, że łatwiej przesiada się z poziomu wyższego na niższy. Łóżka powinny być wyposażone w kółka, tak by móc zmieniać ich położenie w przypadku konieczności skorzystania np. z podnośnika (dla przełożenia pacjenta na wózek) lub z podnośnika kąpielowego. Kółka powinny być wyposażone w sprawne hamulce. Przesiadanie się pacjenta samodzielne lub z pomocą personelu medycznego z wózka na łóżko pozbawione hamulców może spowodować sytuację niebezpieczną, aż po upadek w wyniku odsunięcia się łóżka. Łóżka powinny być wyposażone w regulowane balustrady zabezpieczające przed upadkami. Jest to ważne w przypadku dzieci, osób upośledzonych umysłowo, osób z zaburzeniami czucia np. po udarze mózgu, osób z dużym napięciem spastycznym i klonusami, ruchami atetotycznymi, czyli wszędzie tam, gdzie jest mniejszy lub większy deficyt kontroli ruchu. Łóżko powinno mieć regulację kąta oparcia zagłówka oraz możliwość opuszczenia kończyn dolnych, tak by móc wdrażać pierwsze poziomy pionizacji. Oddziały powinny mieć możliwość zastosowania materaca przeciwodleżynowego szczególnie u pacjentów, mających problem z ruchem samodzielnym [8].

Wyposażenie sali chorych niepełnosprawnych

Wyposażenie sali pacjentów niepełnosprawnych musi uwzględniać ewentualne trudności ruchowe. Z tego powodu ww. sala powinna posiadać m.in.:

- włączniki światła dostępne zarówno dla osób stojących, jak i przebywających w pozycji siedzącej na wózku;

- dostęp do szafek na rzeczy osobiste dla osób na wózkach;
- dostęp do umywalki dla osoby poruszającej się na wózku, tj. brak zabudowy pod umywalką;
- lustro dostępne dla osoby jeżdżącej na wózku musi być zamontowane pod niewielkim kątem;
- szerokie drzwi [8, 9].

W powyższych salach chorych nie powinno być:

- progów;
- zbędnych szafek;
- sprzętu medycznego, który nie jest niezbędny.

Stoliki przyłóżkowe powinny znajdować się po stronie kończyny górnej dominującej. Jednak u osób z niedowładem lub porażeniem jednej strony ciała (np. udar) stoliki powinny znajdować się po stronie niedowładnej z wyjątkiem sytuacji okresu ostrego, współwystępującego zespołu zaniedbywania jednostronnego oraz zespołu odpychania. Zespół odpychania polega na silnym odpychaniu się stroną nieporażoną w kierunku strony porażonej. Nie jest to sytuacja związana ze zmianami psychicznymi czy złośliwością pacjenta. Pacjent taki wymaga specyficznego podejścia i terapii.

Podczas rozmieszczania pacjentów warto pamiętać, że pacjent niepełnosprawny może częściej potrzebować wsparcia ze strony personelu medycznego, dlatego warto takie osoby lokować w salach leżących blisko dyżurki personelu pielęgniarskiego oraz blisko toalety, jeśli nie ma jej w sali chorych. Drzwi do sali powinny być szersze (by bez problemu wjeżdżać wózkiem lub wchodzić z kulami), powinny również otwierać się lekko. Jest to szczególnie istotne w przypadku pacjentów z obniżoną siłą mięśniową, tj. osób w podeszłym wieku, w okresie rekonwalescencji, z dystrofią, niedowładami. Dla osób o obniżonej możliwości przemieszczania się szczególnie ważny jest łatwy dostęp do dzwonków [8].

Wyposażenie łazienki

Łazienka musi być wyposażona w:

- szerokie drzwi, tak by swobodnie można było wjechać wózkiem, jak i podnośnikiem kąpielowym leżakowym;
- przestrzeń dla manewrowania wózkiem i/lub podnośnikiem łazienkowym
- uchwyty ułatwiające osobom o obniżonej sprawności poruszanie się po toalecie;

- umywalkę bez zabudowy pod spodem – dla zapewnienia przestrzeni dla kończyn dolnych osób jeżdżących na wózkach.

  Ponadto strefa prysznica musi spełniać następujące wymagania:
- brak ścian bocznych dla zapewnienia największej możliwej przestrzeni dla osób korzystających z prysznica na wózku kąpielowym lub przesiadających się z wózka na stołek/krzesło prysznicowe;
- zagłębienie w posadzce;
- płytki antypoślizgowe;
- zasłony odsuwane dla zachowania intymności;
- uchwyty ułatwiające przesiadanie się oraz stabilizację osoby kąpiącej.

Strefa wanny jest szczególnie ważna w przypadku pacjentów w stanach obniżonej lub nieustalonej świadomości ze znacznie zmniejszoną aktywnością ruchową lub z jej brakiem. U takich pacjentów niezbędne jest wykorzystanie podnośników kąpielowych wannowych, leżakowych [8].

Na oddziałach, na których przebywają głównie osoby z chorobami zwyrodnieniowymi stawów, mające trudności z poruszaniem się, warto w łazience zainstalować wannę z drzwiami bocznymi, gdyż pacjenci ci starają się długo zachować samodzielność. Do wanny tego typu wchodzi się przez boczne drzwi, a kąpiel odbywa się pozycji siedzącej. Wanny z drzwiami bocznymi umożliwiają zminimalizowanie niebezpieczeństw poślizgnięcia się z równoczesnym zachowaniem maksymalnej samodzielności pacjenta podczas kąpieli. Jeżeli nie ma możliwości zamontowania takiej wanny, warto do klasycznych wanien zamontować podnośnik wannowy pod postacią siedziska opuszczanego w dół z użyciem pilota.

W przypadku braku pokoi kąpielowych do wykonania toalety warto wykorzystać miski pompowane, które umożliwiają umycie głowy w pozycji leżącej.

Osoby o obniżonej lub nieustalonej świadomości będą transportowane z użyciem podnośników leżakowych – konieczne jest przy tym szczególne zachowanie bezpieczeństwa. Personel medyczny musi pamiętać, by podczas drogi nie wykonywać podnośnikiem gwałtownych ruchów niepokojących pacjenta, należy uważać na zakręty, futryny, tak by nie zahaczyć stopami o przestrzeń wokół, ponieważ pacjent nie jest w stanie zgłaszać bólu. Podobnie wygląda konieczność zapewnienia bezpieczeństwa bezwładnym kończynom górnym, które np. mogą zsuwać się spod prześcieradeł.

Ważny element kąpieli to zachowanie maksymalnej możliwej intymności pacjenta. Należy pamiętać o przykryciu przewożonego pacjenta dokładnie prześcieradłem, w taki sposób, by ciąg powietrza nie podwiewał go i nie odsłaniał ciała pacjenta. Zarówno podczas samej kąpieli, jak i podczas wycierania i ubierania

należy pamiętać o zamknięciu drzwi, a komentowanie wyglądu ciała pacjenta jest niedopuszczalne.

W oddziałach warto wdrażać zasady obowiązujące w pracowniach codziennego życia (ang. *activity of daily living*, ADL) – oddziały te powinny być wyposażone w elementy, które pokazują pacjentom jak funkcjonować (również) w domu ze swoją niepełnosprawnością i wdrażają ich do tego. W związku z powyższym ważne jest, by pokój kąpielowy posiadał pokazowe wyposażenie w akcesoria, np.: szczoteczkę na przyssawkę do mycia paznokci dla osób ze sprawną jedną ręką, szczotki z dłuższym trzonkiem dla samodzielnego mycia pleców oraz miejsc intymnych, trudnodostępnych dla osób z obniżoną sprawnością kończyn górnych [8].

W przypadku osób w podeszłym wieku o obniżonej sprawności a próbujących zachować samodzielność, należy zasugerować, by mycie protez zębowych odbywało się po wcześniejszym wyłożeniu umywalki ręcznikiem, tak by nie uszkodzić protezy podczas jej ewentualnego wysunięcia się z ręki.

Wyposażenie toalety

Konieczna jest przestrzeń umożliwiająca wjazd wózkiem inwalidzkim oraz kilka udogodnień:

- poręcze i uchwyt w pobliżu toalety oraz na całej długości traktu komunikacyjnego do WC;
- toaleta szpitalna powinna być wyposażona w nakładkę podwyższającą – istnieją proste modele dające jedynie zwiększenie wysokości, ale także modele sterowane pilotem mechanicznie wspomagające wstawanie z toalety przy zachowaniu intymności, czyli wyeliminowaniu osób trzecich;
- każdy odział powinien być wyposażony w tzw. wózek toaletowy dla pacjentów, których stan uniemożliwia opuszczenie sali chorych, a równocześnie ich stan jest na tyle dobry, że nie muszą korzystać z toalety w łóżku;
- u pacjentów mających problem z kontrolą pęcherza i odbytu należy dążyć do zapewnienia możliwości przyjęcia pozycji siedzącej na wózku toaletowym z zapewnieniem maksymalnie możliwej do osiągnięcia intymności podczas wypróżniania.

Pieluchy u osób dorosłych mogą szeleścić i być widoczne pod ubraniami, co sprawia, że są krępujące w użyciu i powodują wycofywanie się przez pacjentów z życia społecznego i aktywności ruchowej [8].

Spacer

Pacjenci niepełnosprawni, szczególnie przebywający w szpitalu długi czas i mający problem z chodzeniem, chcąc wyjść na zewnątrz, muszą korzystać z wózka. Oddziały powinny posiadać dostęp do wózka inwalidzkiego, a w związku z tym konieczny jest trakt komunikacyjny umożliwiający przemieszczanie się na wózku z oddziału na zewnątrz. Trakt taki powinien zapewniać dostęp wózkiem do różnych części szpitala, w tym stołówki, kuchni oddziałowej, świetlicy, kaplicy czy części handlowej. Dla łatwego korzystania z otoczenia szpitala, co sprzyja terapii, konieczne jest stworzenie traktów komunikacyjnych ułatwiających jazdę wózkiem w przestrzeni wokółszpitalnej.

Podstawowe rodzaje wózków niezbędne w szpitalu:

- wózki ortopedyczne dla osób ze zmianami w obrębie stawów, po złamaniach i innych zabiegach ortopedycznych. Wózki te umożliwiają regulacje konta podnóżków zgodną z zaleceniami i możliwościami pacjenta;
- wózki wysokie z oparciem głowy i pleców przeznaczone głównie dla osób w cięższym stanie, tj. bez stabilizacji głowy i tułowia. Wózki te posiadają również możliwość regulacji kąta oparcia w stosunku do siedziska, co zapewnia bezpieczeństwo i komfort osobom niezaadoptowanym do pozycji siedzącej [8, 9].

Dobór i korzystanie z wózka

Ważnym i widocznym elementem profesjonalizmu personelu medycznego jest to, by pacjenci korzystający z wózków zawsze byli przeszkoleni z korzystania z wózka oraz nie przebywali w wózku w złej pozycji. Szkolenie z doboru wózka, szczególnie w zakresie podstawowych jego parametrów, w uzasadnionych przypadkach powinno dotyczyć również rodzin/opiekunów pacjentów.

Podstawowe wymiary wózka obejmują:

- szerokość siedziska – wymiar równy szerokości miednicy powiększony o szerokość dłoni włożonych między oparcie a uda pacjenta. Musi być ona większa od szerokości miednicy, tak by umożliwiała założenie kurtki. Siedzisko zbyt wąskie to dyskomfort, a w przypadkach skrajnych zagrożenie powstania odleżyn. Siedzisko nie może też być zbyt szerokie, ponieważ pacjent nie będzie czuł się bezpiecznie i stabilnie w wózku;

- głębokość siedziska – odległość od miednicy do szpary kolanowej. Wymiar ten powinien być zmniejszony o 3-4 cm, co zapewni brak ucisku na naczynia krwionośne podkolanowe. Siedzisko zbyt krótkie nie zapewni m.in. odciążenia ud pacjenta;
- długość podnóżków – jest to odległość od siedziska do podpórek pod stopy. Długość ta powinna być równa długości podudzi. Zbyt krótki podnóżek może generować unoszenie ud powyżej siedziska, co da zbyt duży ciężar w okolicy guzów kulszowych. Grozi to powstawaniem w tej okolicy warunków niedokrwiennych aż do odleżyn włącznie. Zbyt długie podnóżki mogą generować opadanie stóp i ryzyko skrócenie ścięgna Achillesa [8, 9].

Ważny element stanowią również:

- hamulce – należy dokonywać okresowych kontroli ich sprawności, gdyż niesprawne hamulce zwiększają ryzyko upadku, np. podczas przesiadania;
- poduszki przeciwodleżynowe – każdy wózek jakim dysponuje oddział, powinien być wyposażony w poduszkę przeciwodleżynową, gdyż prewencja odleżyn jest bardzo ważnym elementem terapeutycznym, o który muszą dbać wszystkie grupy stanowiące zespół terapeutyczny [8, 9, 10].

Specyficzne pozycje ułożenia pacjenta

Oprócz sprzętów i właściwego wyposażenia wykwalifikowany personel medyczny jest najważniejszym ogniwem profesjonalnej opieki nad pacjentem niepełnosprawnym. Jego merytoryczne przygotowanie pod kątem specyficznych potrzeb pacjenta jest bardzo ważne. Personel medyczny musi być przygotowany na bezwzględną konieczność wsparcia pacjenta w zmianach pozycji. Pacjent niepełnosprawny ruchowo może mieć w tym zakresie trudności, co może grozić dyskomfortem oraz zmianami odleżynowymi [10]. Kluczową rolę w profilaktyce odleżyn pełnią pozycje ułożeniowe:

- leżenie tyłem – poduszka pod głowę, kończyny górne w lekkim odwiedzeniu, przedramiona i ręce na poduszce dla lekkiego podwyższenia w celu uniknięcia obrzęków. Kończyny dolne proste, stopy podparte do kąta 90 st., ale tylko w przypadku napięcia wiotkiego. W przypadkach napięcia spastycznego nie można stosować podparcia pod stopy;
- leżenie bokiem – zagłówek opuszczony, tułów podparty wałkiem lub poduszką od strony grzbietowej pod kątem do 30 stopni w stosunku do podłoża. Kończyna górna i dolna będąca dalej od podłoża w podparciu na wysokości tułowia

pod kątem 90 stopni między poszczególnymi odcinkami kończyn. Kończyny górna i dolna leżące bliżej podłoża w wyproście. Przy czym kończyna górna lekko ku przodowi [8, 9].

Specyfika opieki nad pacjentem niepełnosprawnym ruchowo może wymagać znajomości specyficznych technik. Jako przykład zostanie opisane obracanie chorego z leżenia tyłem do leżenia bokiem:

- sprawdź, czy zagłówek jest opuszczony;
- usuń nadmiar poduszek;
- stań z boku pacjenta od strony przeciwnej do kierunku ruchu;
- przełóż rękę pod bliższym udem chorego chwytając jego udo przeciwne;
- druga rękę włóż pod obręcz barkową;
- obie ręce równocześnie nadają kierunek obrotu;
- gdy pacjent jest na boku, zabezpiecz wałkiem jego tułów przed powrotem do pozycji leżenia tyłem;
- zwróć uwagę, by kończyny były ułożone zgodnie z wcześniej opisaną pozycją leżenia bokiem oraz na ułożenie głowy, tak by została w linii ciała [8, 9].

Ubieranie pacjenta

Kolejną umiejętnością, jaką powinien posiadać personel oddziału, na którym będą hospitalizowani pacjenci niepełnosprawni ruchowo, to umiejętność wsparcia w zakresie ubierania i toalety porannej. Stopień wsparcia będzie oczywiście uzależniony od stanu funkcjonalnego pacjenta – należy zawsze pamiętać, by wspierać, a nie zastępować pacjenta, jeśli tylko są takie możliwości. Jako przykład może służyć zakładanie bluzki. Proces ten rozpoczynamy od kończyny górnej mniej sprawnej. Podczas zdejmowania proces ten odwracamy i zdejmujemy bluzkę rozpoczynając od kończyny sprawniejszej. Jeśli stan pacjenta pozwala ułatwiamy mu tę czynność przeprowadzając instruktaż:

- ułożyć rękaw w formie „gniazdka" ręką zdrową;
- nasunąć rękaw aż za łokieć;
- nałożyć drugi rękaw i głowę;
- analogicznie przeprowadza się instruktaż zakładania spodni u osób z niesprawną jedną kończyną górną.

Dzieci i osoby starsze

Szczególną grupą są rodzice z dziećmi niepełnosprawnymi. Dla tej grupy pacjentów ważne jest zapewnienie dostępu do:

- kuchenki z możliwością odgrzewania pokarmów;
- toalety;
- pralki lub miski;
- sal zabaw lub świetlic;
- telewizji.

Pomieszczenia muszą zapewniać przestrzeń dla wózków dziecięcych lub wózków dla dzieci niepełnosprawnych, pomieszczenia muszą być bezpieczne z ochroną na grzejniki, gniazdka elektryczne itp.

Pacjenci geriatryczni również stanowią specyficzną grupę ze złożonymi niepełnosprawnościami i szczególnymi potrzebami. Częścią wspólną problemów tej grupy pacjentów zazwyczaj są problemy ze słuchem, wzrokiem i deficyty ruchowe. Z powyższych względów konieczne jest uwrażliwienie personelu, że podczas opieki nad pacjentem geriatrycznym konieczne jest zwrócenie uwagi na to, czy pacjent po przebudzeniu ma założony aparat słuchowy, czy aparat jest właściwie ustawiony, wyregulowany, czy posiada naładowane baterie. U osób z problemami z widzeniem należy pamiętać, by podać okulary, sprawdzić, czy szkła są czyste. Trzeba zadbać również o dobre oświetlenie. U części osób w podeszłym wieku trudno uzyskać szybką odpowiedz na zadane pytanie, więc konieczne jest uwzględnienie czasu na odpowiedź. Również pacjenci samodzielnie obsługujący swoje aparaty słuchowe czy okulary ze względu na swoją niepełnosprawność często potrzebują większego czasu na założenie okularów, włożenie aparatu słuchowego, tak by udzielić odpowiedzi na zadane pytanie lub żeby uczestniczyć w życiu sali. Ważne jest, by zapewnić dostęp do kul, lasek, balkoników czy wózków. Niekiedy znajdują się w sali chorych zbyt daleko od łóżka chorego i pacjent nie może z nich skorzystać w sposób bezpieczny.

Wnioski z dotychczasowych badań

Opieka zdrowotna zorientowana na pacjenta niepełnosprawnego jest zadaniem trudnym i odpowiedzialnym nawet dla wykwalifikowanego i doświadczonego personelu medycznego. Badanie Willisa i Thurstona oparte było na analizie

SWOT (mocnych stron, słabych stron, szans i zagrożeń, ang. *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) w grupie studentów pielęgniarstwa pracujących z pacjentami niepełnosprawnymi. Jako największe wyzwanie, zarówno w obszarze mocnych stron, jak i tych słabych, najczęściej wskazywano umiejętności komunikacji w relacji pacjent-terapeuta. Badani studenci byli przekonani, że ciągle rozwijają swoje umiejętności, co pozwala zapewnić pacjentom niepełnosprawnym opiekę holistyczną. Byli świadomi swoich niedoskonałości, wskazywali na potrzebę konsultacji z ekspertami oraz lepszego dostępu do różnych źródeł wiedzy [11]. Wczesny profesjonalny kontakt studentów z pracą z pacjentem niepełnosprawnym przynosi efekt w postaci znacznego poprawienia umiejętności studentów w omawianym zakresie, lepszego zrozumienia problemów pacjentów niepełnosprawnych oraz wyzbycia się możliwych uprzedzeń [12]. Do badania tych procesów konstruuje się wiarygodne i powtarzalne narzędzia [13, 14]. Należy również wspomnieć o możliwej różnicy w postrzeganiu przez młody personel medyczny pacjentów z deficytem ruchowym oraz pacjentów z deficytem intelektualnym. Kontakt personelu z pacjentami z deficytami ruchowymi był oceniany jako pozytywny, niekiedy jedynie obarczony lękiem czy niepokojem [15]. Modyfikowalnym czynnikiem, który najbardziej wpływał na przebieg kontaktu, okazało się doświadczenie. Przegląd badań dotyczących kontaktu personelu medycznego z pacjentami z deficytem intelektualnym pokazał nie tylko jego silną zależność od terapii, ale również liczne ograniczenia i problemy metodologiczne, w tym niedoskonałe narzędzia pomiarowe, błędy braku odpowiedzi czy brak grupy odniesienia [16]. Niesie to ze sobą ograniczoną wiarygodność oraz możliwość generalizacji wyników badań. U podstaw negatywnego postrzegania pacjentów z deficytem intelektualnym mogą leżeć nie tylko indywidualne przekonania personelu medycznego wyniesione z domu, ale również negatywne skojarzeń z niektórymi rodzajami deficytów, schorzeń czy form terapii [17]. Dużego znaczenia nabierają tu badania dotyczące kontaktu dzieci z pacjentami z deficytem intelektualnym – kontakt ten jest znacznie bardziej pozytywny, gdyż dzieci po części pozbawione są uprzedzeń, które widocznie nabywamy w późniejszym wieku [18]. Należy w tym miejscu pamiętać, że niektóre deficyty neurologiczne mogą powodować u pacjentów trudności z mówieniem, zrozumieniem poleceń czy nawet podporządkowaniem się wymaganiom procesu terapeutycznego. Pacjent taki niekiedy może zostać oceniony jako „nie współpracujący", co spowoduje, że nawet jeśli najbardziej potrzebuje pomocy, to efekty terapeutyczne właśnie u niego mogą być najmniejsze.

Warto również zwrócić uwagę na jeden z możliwych kierunków dalszych badań: jak wymienione wyżej procesy ewoluują wraz z rozwojem kariery personelu medycznego i jakie czynniki, które trzeba kształtować już w procesie

przygotowania zawodowego, są tu najistotniejsze (płeć, wiek, staż, wykształcenie, zajmowane stanowiska i inne). Na ograniczone efekty dotychczasowych wysiłków pedagogicznych wskazują m.in. badania efektywności rekomendacji grupy Best Evidence Medical Education (BEME). Pomimo poprawy wiedzy i doświadczenia studentów, a także umiejętności integracji teorii i praktyki, to jednak nie zawsze znajduje to odzwierciedlenie w poprawie wyników terapii. Jako możliwe przyczyny tego stanu rzeczy wskazują problemy z autorefleksją i samokształceniem wśród studentów, a także niedoskonałość relacji wykładowca-student, istotnej w zawodach medycznych chociażby ze względu na często pojawiające się wśród studentów problemy etyczne i emocjonalne [19]. Umiejętne przeniesienie istotnej klinicznie wiedzy do praktyki stanowi również wyzwanie obejmujące zrozumienie procesu pozyskiwania doświadczeń, ich syntezy i kreacji wiedzy oraz tworzenia i śledzenia wiarygodnych źródeł wiedzy (por. paradygmat medycyny opartej na faktach (ang. *evidence based medicine*, EBM), ich adaptacji do konkretnych zastosowań klinicznych i lokalnych uwarunkowań, a także cyklicznej reewaluacji i podwyższania jakości praktyki klinicznej [20]. Szczególnego znaczenia nabiera w tym kontekście wykształcenie u młodych adeptów trzech kluczowych umiejętności klinicznych: zarządzania wiedzą (oraz lukami w niej), wnioskowania klinicznego [21] oraz intuicji klinicznej (ang. *clinical intuition*) [22-14].

Wpływ środowiska na funkcjonowanie osób niepełnosprawnych (niezależnie od wieku oraz rodzaju i stopnia deficytu) jest bardzo duży, i to we wszystkich aspektach wynikających z Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [25, 26]. Wsparcie w tym zakresie jest kluczowe, gdyż pozwala nie tylko na prawidłowe kontynuowanie rehabilitacji i opieki, ale również zwiększa szanse pacjenta niepełnosprawnego na samodzielne funkcjonowanie (a w szerszym kontekście – również na naukę, pracę czy aktywność w lokalnej społeczności). Pacjent i jego rodzina/opiekunowie nie mogą zostać z tym problemem sami, w zupełnie nowej dla nich sytuacji, i potrzebują wsparcia wykwalifikowanego personelu medycznego, któremu mogą zaufać. Ta więź pacjent-terapeuta wynika z tzw. przymierza terapeutycznego, a jej stworzenie i utrzymanie jest jednym z elementów procesu terapeutycznego [27, 28]. Tymczasem technologia wspomagająca (ang. *assistive technology*) rozwija się w ogromnym tempie, zarówno w obrębie klasycznej inżynierii biomedycznej i inżynierii rehabilitacyjnej, jak również informatyki medycznej i inteligencji obliczeniowej. Pomimo że wpływ wprowadzanych zmian technologicznych na przebieg i efektywność rehabilitacji jest zwykle pozytywny, zarówno w obszarze technologii stosunkowo prostych, np. pionizatory [29], i zaawansowanych, jak systemy rzeczywistości wirtualnej [30], to jednak może prowadzić do pewnej dehumanizacji procesu terapeutycznego. Trudno za tym nadążyć

nawet specjalistom z powyższych dziedzin, a co dopiero osobom bez przygotowania technicznego. Nie dziwi zatem fakt, że co jakiś czas pojawiają się publikacje podnoszące problem nadmiernego nasycenia praktyki klinicznej techniką i konieczności uproszczenia rozwiązań inżynierii medycznej [31].

Podsumowanie

Integracja działania wszystkich zainteresowanych stron na wszystkich poziomach szczegółowości wydaje się kluczowa dla osiągniecia wszystkich indywidualnych celów pacjenta niepełnosprawnego i jego dalszego udziału w społeczności (w tym planowania dalszego życia), gdyż pacjenci nie mogą osiągnąć całkowitego powrotu do zdrowia, jeśli nie będą w stanie kontrolować wszystkich jego determinantów [32]. Najważniejsze zasady objawią się w najprostszych sprawach: pukajmy do sali chorych – to podstawowy i najprostszy sposób na zachowanie podstaw intymności i szacunku do pacjenta niezależnie od wieku, stopnia niepełnosprawności czy rodzaju choroby.

Piśmiennictwo

1. Janiszewski Goodin H., *The nursing shortage in the United States of America: an integrative review of the literature*, „Journal of Advanced Nursing", 2003, 4, 335-343.
2. Montour A., Baumann A., Blythe J., Hunsberger M., *The changing nature of nursing work in rural and small community hospitals*, „Rural Remote Health", 2009, 1, 1089.
3. Takayanagi K., Kirita T., Shibata T., *Comparison of verbal and emotional responses of elderly people with mild/moderate dementia and those with severe dementia in responses to seal robot*, „PARO. Frontiers in Aging Neuroscience", 2014, 6, 257.
4. [No authors listed] *A future nurse of the year?*, „Nursing Standard", 2014, 41, 13.
5. Weiss H., *Vision for the future: nursing in the year 2040. Nursing robotics assume command*, „Pflege Zeitschrift", 2012, 7, 412-415.
6. Kersten P., McLellan L., George S., Smith J. A., *The Southampton Needs Assessment Questionnaire (SNAQ): a valid tool for assessing the rehabilitation needs of disabled people*, „Clinical Rehabilitation", 2000, 6, 641-650.
7. Ko B., McEnery G., *The needs of physically disabled young people during transition to adult services*, „Child: Care, Health and Development", 2004, 4, 317-323.
8. Mikołajewska E., *Osoba ciężko chora lub niepełnosprawna w domu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.

9. Mikołajewska E., *Wózki dla osób niepełnosprawnych. Budowa, akcesoria, dobór i użytkowanie*, Margrafsen, Bydgoszcz 2012.
10. Lewko J., Demianiuk M., Krot E., Krajewska-Kułak, E., Sierakowska M., Nyklewicz W., Jankowiak B., *Assessment of risk for pressure ulcers using the Norton scale in nursing practice*, „Roczniki Akademii medycznej w Białymstoku", 2005, 50, Suppl. 1, 148-151.
11. Willis D. S., Thurston M., *Working with the disabled patient: exploring student nurses views for curriculum development using a SWOT analysis*, „Nurse Education Today", 2015, 2, 383-387.
12. Symons A. B., Morley C. P., McGuigan D., Akl E. A., *A curriculum on care for people with disabilities: effects on medical student self-reported attitudes and comfort level*, „Disability and Health Journal", 2014, 1, 88-95.
13. Symons A., Fish R., McGuigan D., Fox J., Akl E., *Development of an instrument to measure medical students' attitudes toward people with disabilities*, „Journal of Intellectual Disability Research", 2012, 3, 251-260.
14. Lam W. Y., Gunukula S. K., McGuigan D., Isaiah N., Symons A. B., Akl E. A., *Validated instruments used to measure attitudes of healthcare students and professionals towards patients with physical disability: a systematic review*, „Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation"., 2010, 7, 55.
15. Satchidanand N., Gunukula S. K., Lam W. Y., McGuigan D., New I., Symons A. B., Withiam-Leitch M., Akl E. A., *Attitudes of healthcare students and professionals toward patients with physical disability: a systematic review*, „American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation", 2012, 6, 533-545.
16. Ryan T. A., Scior K., *Medical students' attitudes towards people with intellectual disabilities: a literature review*, „Research in Developmental Disabilities", 2014, 10, 2316-2328.
17. Wilson M. C., Scior K., *Attitudes towards individuals with disabilities as measured by the implicit association test: a literature review*, „Research in Developmental Disabilities", 2014, 2, 294-321.
18. MacMillan M., Tarrant M., Abraham C., Morris C., *The association between children's contact with people with disabilities and their attitudes towards disability: a systematic review*, „Developmental Medicine and Child Neurology", 2014, 6, 529-546.
19. Buckley S., Coleman J., Davison I., Khan K. S., Zamora J., Malick S., Morley D., Pollard D., Ashcroft T., Popovic C., Sayers J., *The educational effects of portfolios on undergraduate student learning: a Best Evidence Medical Education (BEME) systematic review*, „Best Evidence Medical Education Guide No.11 Medical Teacher", 2009, 4, 282-298.
20. Strauss S., Tetroe J., Graham I. D. (red.), *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*, Wiley-Blackwell, BMJ Books, Chichester 2009.
21. van Schouwen-van Kranen E. T., *Clinical reasoning in cognitive rehabilitation therapy*, „NeuroRehabilitation" 2014, 1, 15-21.
22. Rohacek M., Nickel C. H., Dietrich M., Bingisser R., *Clinical intuition ratings are associated with morbidity and hospitalisation*, „International Journal of Clinical Practice", 2015, 6, 710-717.
23. Chew D. P., Juergens C., French J., Parsonage W., Horsfall M., Brieger D., Quinn S., *Predict study Investigators. An examination of clinical intuition in risk assessment among acute coronary syndromes patients: observations from a prospective multi-center*

international observational registry, „International Journal of Cardiology", 2014, 2, 209-216.
24. Woolley A., Kostopoulou O., *Clinical intuition in family medicine: more than first impressions*, „The Annals of Family Medicine", 2013, 1, 60-66.
25. Anaby D., Hand C., Bradley L., DiRezze B., Forhan M., DiGiacomo A., Law M., *The effect of the environment on participation of children and youth with disabilities: a scoping review*, „Disability and Health Journal", 2013, 19, 1589-1598.
26. *WHO: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*, wyd. polskie, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2009.
27. Keshner E. A., Weiss P. T., *Introduction to the special issue from the proceedings of the 2006 International Workshop on Virtual Reality in Rehabilitation*, „Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation", 2007, 4, 18.
28. Beattie P. F., Nelson R. M., *Preserving the quality of the patient-therapist relationship: an important consideration for value-centered physical therapy care*, „The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy", 2008, 2, 34-35.
29. Peloquin S. M., *The patient-therapist relationship: beliefs that shape care*, „The American Journal of Occupational Therapy", 1993, 10, 935-942.
30. Nordström B., Nyberg L., Ekenberg L., Näslund A., *The psychosocial impact on standing devices*, „Disability and Rehabilitation Assistive Technology", 2014, 4, 299-306.
31. Hammel J., *Technology and the environment: supportive resource or barrier for people with developmental disabilities?*, „Nursing Clinics of North America", 2003, 2, 331-349.
32. Marks B. A., Heller T., *Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities*, „Nursing Clinics of North America", 2003, 2, 205-228.

Krystyna Kowalczuk

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI PACJENTA NIEWIDOMEGO

Wprowadzenie

Brak wzroku jest przyczyną wielu komplikacji w procesie poznawczym oraz adaptacyjnym, powodując niemożność odbierania wrażeń wizualnych, które są podstawą spostrzeżeń i przepływu myśli, ograniczenie możliwości uczestnictwa w codziennych przyjemnościach życia, ograniczenie samodzielności w osiąganiu własnych celów oraz zawężenie rozwoju własnej osobowości w życiu zawodowym i społecznym [1, 2].

Zdaniem Sękowskiej niepełnosprawność wzroku powoduje dwa różne oddziaływania na osobowość człowieka [1]. Pierwsze – wywiera presję na niewidomego, co może być postrzegane jako zmiany w zachowaniu odbiegające od ogólnie przyjętych norm. Natomiast drugie – to, określony typ reakcji na fakt utraty lub braku funkcji wzroku [1]. Inni autorzy zajmujący się analizą inwalidztwa wzrokowego twierdzą, że nie ma specjalnej osobowości ludzi niewidomych [1, 3].

Z danych literaturowych wynika, że przynajmniej cześć ludzi niewidomych wolałaby posługiwać się terminem „osoba, która nie widzi" niż niewidomy [4]. W sytuacji kiedy osoba niewidząca zdaje sobie sprawę z tego, że nie odbiera bodźców wzrokowych, posiada świadomość odmiennego funkcjonowania we wszystkich dziedzinach życia. Konfrontacja własnych wyobrażeń o otaczającym świecie z wyobrażeniami osób widzących, stanowi sytuację trudną dla osoby niewidzącej. Z drugiej strony, poznanie przez niewidomego odczuć osób widzących, dotyczących sytuacji utraty wzroku jest traumatyczne. Bardzo często określane przez nich jako sytuacja niemożliwa lub wręcz dramatyczna [5, 6].

Ludzie posługujący się wzrokiem w różny sposób odbierają człowieka niewidomego: może to być podziw (ponieważ osoba niewidoma doskonale funkcjonuje, osiąga sukcesy), z drugiej strony, może to być litość, która może powodować złość, rozpacz u osoby niewidomej [6, 7]. Postawy osób, które utraciły wzrok są także różne. Dość często spotykanym odczuciem jest poczucie bycia niezrozumianym, niechęć do przełamywania barier, roszczeniowość, a także zamykanie się w środowisku osób niewidzących. Oczekiwanie, że ludzie korzystający z funkcji wzroku domyślą się, w czym jest problem [4].

Terminologia stosowana wobec osób niepełnosprawnych wzrokowo

Ze względu na niepełnosprawność wzrokową można wyróżnić kilka grup osób z uszkodzeniem wzroku [6, 7, 8]:

- całkowicie niewidomy – jest to osoba, która nie odbiera wrażeń wzrokowych. W codziennym funkcjonowaniu posługuje się technikami bezwzrokowymi, na przestrzeniach otwartych lub nowych porusza się z pomocą przewodnika, którym może być druga osoba widząca, wyszkolony pies lub też za pomocą białej laski. Zazwyczaj posługuje się alfabetem Braille'a w zakresie czytania i pisania;
- niewidomy od urodzenia – jest to dziecko, które urodziło się niewidome lub też utraciło wzrok przed 5. rokiem życia i nie pamięta wrażeń wzrokowych. Dla tych osób nie istnieje wizualne postrzeganie świata. Bodźce wzrokowe nie wywarły wpływu na kształtowanie sfery fizyczno-psychicznej. W czynnościach dnia codziennego zachowuje się jak osoba całkowicie niewidoma;
- ociemniała – jest to osoba, który pamięta otaczający świat przed utratą wzroku i zachowała zrozumienie pojęć wzrokowych. Powyższa osoba pamięta wyobrażenie wizualne o otaczającym świecie i dlatego też jej sfera intelektualna nie jest pozbawiona wrażeń wzrokowych. Im późniejsza jest utrata wzroku, tym mniejsze występują szkody psychofizyczne np. kobieta niewidząca prowadząca gospodarstwo domowe po fazie szoku wraca do czynności dnia codziennego, w czym pomaga jej zapamiętana mapa terenu. Często też korzysta ze specjalnych urządzeń dla niewidomych „obrajlowionych" lub urządzeń z funkcją mowy. W codziennym życiu funkcjonuje, bazując na własnej pamięci, bez użycia laski, co często jest powodem wielu nieprzewidzianych zdarzeń typu uderzenie, upadek, przewrócenie przedmiotu;

- osoby słabo widzące – do tej grupy należą wszystkie osoby które mają poważne ubytki wzroku, co uniemożliwia im normalne funkcjonowanie w pracy lub w szkole. Ostrość widzenia zawarta jest miedzy 0,02-0,3 według tablicy Snnellena. Cechą charakterystyczną jest to, że wzrok ulega stopniowemu pogorszeniu i prowadzi do ślepoty. W czytaniu i pisaniu korzystają ze szkieł korekcyjnych, lup optycznych z powiększalnikiem. Wskazane jest, aby taka osoba poruszała się z krótką białą laską sygnalizacyjną;
- osoby widzące szczątkowo – ostrość wzroku mieści się w zakresie 0,02-0,05. W życiu codziennym takie osoby także funkcjonują bezwzrokowo i w dużym zakresie posługują się brajlem. Zalecane jest poruszanie się z białą laską;
- osoby, posiadające poczucie światła – oznacza to, że odróżniają dzień od nocy. Powyższa osoba po wejściu do pomieszczenia potrafi określić, gdzie są okna (bez stwierdzenia ich liczby, koloru, kształtu), wskazać kierunek, z którego pochodzi światło, zauważyć cień przechodzącego zwierzęcia lub osoby. Poczucie światła jest przydatne podczas samodzielnej orientacji i w samodzielnym poruszaniu się.

Czas utraty wzroku

Utrata wzroku jest zawsze traumatycznym przeżyciem emocjonalnym [9-12]. U każdego człowieka przebiega indywidualnie w zależności od czasu, kiedy nastąpiła. Duże znaczenie przypisuje się wiekowi, w którym doszło do utraty wzroku, np. dziecko nie zawsze jest świadome konsekwencji zdarzenia, które nastąpiło, jeszcze inaczej zdarzenie to odbiera człowiek, który był aktywny zawodowo. Zdaniem Sękowskiej, trudniej do sytuacji utraty wzroku adaptują się mężczyźni, ponieważ mają poczucie straty możliwości rozwoju, przetwarzania rzeczywistości [1]. Natomiast ociemniała kobieta zazwyczaj ma mniejsze aspiracje, ale te angażują całe jej uczucie. Może pojawić się myśl, że nigdy nie dorówna kobiecie widzącej [9-12].

Według danych epidemiologicznych utrata wzroku może nastąpić w sposób nagły, np. zator, zakrzep tętnicy środkowej siatkówki, zapalenie nerwu wzrokowego, uraz drążący oko, ostry napad jaskry. I jeżeli nie zostanie wdrożone natychmiastowe leczenie okulistyczne, pacjent może stracić wzrok. W przypadku stopniowej utraty wzroku np. w jaskrze, zapaleniu naczyniówki, zwyrodnienie plamki żółtej związanej z wiekiem (AMD – *Age-related Macular Degeneration*) proces jest rozciągnięty w czasie [13, 14, 15].

Nagła utrata wzroku jest sytuacją bardzo trudną, ponieważ zdrowy człowiek w jednej chwili zostaje niewidomy, bezradny i cierpiący. Uświadomienie sobie faktu ślepoty i jej nieodwracalności jest szokujące i przekracza zdolności adaptacyjne układu nerwowego. Sposób zachowania jest różny. Może to być rozpacz, żal, agresja początkowo słowna, później fizyczna. Może też przebiegać w sposób objawiający się samotnością, izolacją społeczną. Nagła utrata wzroku i przeżycia z nią związane stanowią uraz psychiczny i u nowo ociemniałych przebiega długo na zasadzie odruchu warunkowego. Uraz psychiczny codziennie jest wzmacniany nowymi sytuacjami związanymi z ograniczeniami [6, 9, 15].

Po ustąpieniu pierwszej fazy, czyli tzw. szoku psychicznego, następuje okres pozornego uspokojenia [6, 9, 15]. W tym czasie ociemniały człowiek ocenia własną przyszłość pesymistycznie. Występuje rozpacz, przygnębienie, liczenie strat wynikających ze ślepoty. Następuje też analiza zdarzeń i pojawia się pytanie: dlaczego nastąpiła utrata wzroku? W tej fazie występuje poszukiwanie winnych za obecny stan rzeczy, np. mogą to być lekarze, którzy postawili złą diagnozę, koledzy, własna bezmyślność. Dość częstym zjawiskiem są myśli samobójcze. Kolejnym okresem jest tzw. silna depresja na skutek długich przemyśleń i bezczynności. W tej fazie następuje liczenie strat i ograniczeń, i tu jest bardzo potrzebne wsparcie rodziny, psychologa, psychiatry [6, 9, 15].

Stopniowa utrata wzroku może następować wolno, miesiącami lub latami [6, 9, 15]. W powyższej sytuacji człowiek tracący wzrok żyje w niepewności, ale też ma nadzieję na uratowanie wzroku. Wszyscy ludzie tracący wzrok bardzo źle znoszą sytuację uznania za niewidomego i tym samym opóźniają proces nauczenia się nowych rzeczy i spotkania się z rzeczywistością. Momentem przełomowym jest rezygnacja z pracy zawodowej na skutek dużej lub całkowitej utraty wzroku [6, 9, 15].

Każdy człowiek jest istotą społeczną i pragnie funkcjonować w różnych dziedzinach życia. Taka sama zasada dotyczy ludzi, którzy utracili wzrok. Brak wzroku utrudnia powyższe i stwarza wiele problemów natury psychicznej, fizycznej i społecznej, ale nie wyklucza ludzi z życia codziennego. W związku z tym bardzo ważna jest rehabilitacja społeczna, która pozwala na przywrócenie do społeczeństwa człowieka wycofanego [8].

Ważnym elementem pomocy dla pacjenta po uracie wzroku jest aktywizacja w życiu osobistym, rodzinnym i społecznym, co pozwala na podjęcie walki i na spojrzenie na siebie, jako na osobę pełnowartościową z prawem do walki o własną jakość życia. Powrót do pełnej równowagi bio-psycho-społecznej jest długi i indywidualny.

Przyjecie pacjenta do oddziału szpitalnego

Pobyt pacjenta niewidomego w szpitalu wymaga od zespołu terapeutycznego wszechstronnej wiedzy dotyczącej funkcjonowania człowieka z dysfunkcją wzroku z uwzględnieniem stopnia niepełnosprawności [9, 10].

Opieka nad pacjentem niepełnosprawnym wzrokowo powinna uwzględniać naukę orientacji w środowisku szpitalnym, aby zminimalizować bariery i ułatwić funkcjonowanie, a także by zapewnić bezpieczeństwo [10, 11, 12]. Od chwili przyjęcia pacjenta do oddziału należy [10, 11, 12]:

- dokładnie poinformować pacjenta o panujących zwyczajach i rozkładzie dnia;
- witając się z osobą niewidomą, należy wyraźnie i głośno przedstawić się imieniem i nazwiskiem, funkcją oraz podać rękę i uścisnąć tak samo jak każdemu innemu człowiekowi;
- nie należy przesadzać ze zbyt energicznym uściskiem dłoni lub też zbyt słabym, aby nie wywołać skrajnych emocji, np. litości, obojętności czy wymuszonej serdeczności;
- prowadząc rozmowę z człowiekiem niewidomym, należy być zwróconym twarzą w twarz i należy pamiętać, aby mówić wyraźnie, pełnymi zdaniami, jasno sformułowanymi;
- należy pamiętać, że jedynym źródłem informacji dla pacjenta jest mowa ludzka, natomiast pozostałe, czyli gesty i mimika, są niedostępne;
- prowadząc rozmowę z osobą niewidomą, należy zwracać się do niej, a nie do przewodnika;
- nie należy obawiać się używania słów „zobaczyć" „widzieć";
- w trakcie wypowiedzi pacjenta należy przynajmniej od czasu do czasu włączać się aktywnie do rozmowy np. "tak, rozumiem, słucham";
- w sytuacji kiedy rozmowa jest zakończona, należy o tym pacjenta poinformować i wtedy dopiero odejść, aby nie stworzyć sytuacji, że człowiek niewidomy nie zauważy odejścia rozmówcy i dalej będzie mówił – przy następnych spotkaniach pacjent będzie rozpoznawał osobę, z którą już rozmawiał.

Kolejnym zadaniem wynikającym ze specyfiki opieki nad pacjentem niewidomym jest zapoznanie z topografią nowego miejsca czyli oddziałem [6, 13, 14]. Podstawową czynnością jest określenie punktu orientacyjnego w oddziale (w oparciu o kierunki świata, ponieważ są niezmienne), aby móc się do niego odnosić w tłumaczeniu i pokazywaniu lokalizacji poszczególnych pomieszczeń. Udzielając informacji na temat poszczególnych pomieszczeń i ich lokalizacji, należy posługiwać się miarą np. metrami, kierunkiem. Należy dokładnie opisać wielkość

pomieszczenia, wysokość, jakie przedmioty lub aparatura znajdują się w danym pomieszczeniu. Człowieka niewidomego należy oprowadzić po oddziale, zachowując zasadę, że pracownik medyczny jest przewodnikiem widzącym pacjenta. I tu należy poinformować pacjenta, aby ujął przewodnika dłonią powyżej łokcia z kciukiem ustawionym do góry i na zewnątrz, pozostałe palce powinny być skierowane do wewnątrz, można też zaproponować położenie dłoni na barku przewodnika. Pacjent powinien zawsze znajdować się pół kroku za swoim przewodnikiem. Powyższe zasady pozwalają człowiekowi niewidomemu dokładnie poznać ruchy przewodnika i przewidzieć niebezpieczeństwo. Ponadto to zawsze przewodnik informuje o drodze przejścia z zachowaniem wszelkich informacji o ewentualnych przeszkodach, np. śliskiej powierzchni, nierówności lub łóżku na środku korytarza. Wskazane jest także, aby takie przejście z przewodnikiem odbyło się kilka razy i aby pacjent mógł dotknąć mijanych powierzchni, co będzie stanowiło dla niego punkty orientacyjne. U pacjentów niewidomych kończyny górne służą do poznawania otaczającego świata, a dodatkowym zmysłem jest dotyk [6, 10]. Dzięki wrażeniom dotykowo-ruchowym pacjent ma możliwość poznania i określenia cech przedmiotów takich jak wielkość, kształt, długości, szerokość, które będą wykorzystywane w diagnostyce pacjenta np. lampa szczelinowa (biomikroskop) służąca do podstawowej diagnostyki oka [6, 10].

W celu zapewnienia pacjentowi niewidomemu poczucia samodzielności oraz bezpieczeństwa w zakresie funkcjonowania w oddziale, można zaproponować poznawanie oddziału z ustawienia równoległego lub prostopadłego w stosunków do przedmiotów [6, 10]. Przy ustawieniu równoległym płaszczyzna strzałkowa ciała powinna być równoległa do powierzchni odniesienia (ściany) i wtedy należy ustawić człowieka niewidomego bokiem do ściany. W takim ustawieniu styka się z dużą płaszczyzną, np. powierzchnią opuszczonej dłoni, i może spokojnie poruszać się równolegle wzdłuż ścian, dotykając napotkane przedmioty dłonią, np. framug drzwi, wnęk, i tym samym może zlokalizować własną salę, pokój badań, łazienkę, dyżurkę pielęgniarską itp. Kolejnym sposobem poznawania topografii oddziału jest ustawienie pacjenta prostopadłe w stosunku do dużego przedmiotu np. ściany. Pacjent staje tyłem do przedmiotu. Płaszczyzna strzałkowa ciała jest w ustawieniu prostopadłym styka się dwoma punktami ciała, np. barkami, pośladkami. W przypadku niższych powierzchni, np. biurka, pacjent odczuwa powierzchnie podudziami. Ustawienie prostopadłe można zastosować u pacjentów, którzy już byli hospitalizowani w danym oddziale i znają rozmieszczenie pomieszczeń. Wprowadzając pacjenta na salę chorych, należy zatrzymać się w otwartych drzwiach, aby pacjent mógł ustalić swoje położenie względem innych powierzchni [6, 10].

Przydzielając pacjentowi łóżko, najlepiej na sali kilkuosobowej, należy zwrócić uwagę, aby było stabilne bez możliwości przesuwania się [6, 10, 15, 16]. Należy dokładnie określić ustawienie łóżka w oparciu o kierunki świata, można też posługiwać się innymi określeniami np. „Od wejścia na salę po prawej stronie pierwsze łóżko i szafka należy do pana/pani. Proszę rękoma wyczuć obrys łóżka, szafki, krzesła". Wskazane jest, aby pacjent posiadał krzesło z oparciem i aby mógł samodzielnie określać kierunek ustawienia względem szafki. Pacjenta należy oprowadzić po całej sali tak, aby mógł zlokalizować poprzez dotyk rozmieszczenie pozostałych łóżek, okien, kaloryferów, umywalki, sygnalizacji dźwiękowej. Należy też zadbać o przedstawienie pacjenta pozostałym pacjentom z imienia i nazwiska. Ważną zasadą jest to, że nie można pacjentowi zakłócać jego porządku, tzn. np. nie należy bez zgody pacjenta zmieniać położenia łóżka i innych rzeczy chorego. Należy o wszystkich zamierzonych zmianach poinformować pacjenta i uzyskać zgodę [6, 10, 15, 16].

Karmienie pacjenta

Opiekując się pacjentem niewidomym, należy zwrócić uwagę na pory posiłków oraz sprawdzenie, czy pacjent jest w stanie samodzielnie spożyć posiłek, czy też wymaga pomocy i, o ile nie jest to bezwzględna konieczność ze względu na stan chorego, nie należy go wyręczać w żadnych czynnościach. Wskazane jest poinformowanie pacjenta o rodzaju posiłku, temperaturze, rozmieszczeniu składników na talerzu. Do tego celu może być używane porównanie talerza do tarczy zegarowej, przy czym godzina 12.00 jest najdalej wysuniętym punktem orientacyjnym natomiast, godzina 6.00 – najbliższym punktem na talerzu, i tak np. powinno się mówić na 9.00 godzinie leży kotlet, na 12.00 godzinie – surówka, na 3.00 godzinie – kasza jaglana. Pacjenta uprzedzić należy także o potrawach gorących, ponieważ jego niezamierzony ruch może wywołać wypadek np. poparzenie. W przypadku trudności podczas spożywania posiłku, należy choremu pomóc przytrzymać talerz, czy też podać sztuce do dłoni. Jeżeli pacjent nie radzi sobie, należy nakarmić go bardzo wolno, z zachowaniem takiego samego czasu jak przy karmieniu osób widzących [6, 10].

Badanie fizykalne pacjenta niewidomego

W trakcie badania pacjenta niewidomego należy zminimalizować wszystkie bodźce zewnętrzne, które mogą zakłócać komunikację i go rozpraszać, np. otwarte drzwi, włączone radio, prowadzenie rozmowy przez telefon komórkowy lub też załatwianie innych spraw niezwiązanych z badaniem. Deficyt wzroku powoduje, że pacjenci są bardzo wrażliwi na bodźce dźwiękowe. Wskazane jest więc, aby lekarz prowadząc rozmowę, usiadł naprzeciwko pacjenta. Wszystkie zapytania powinny być bardzo konkretne i dotyczące danego problemu zdrowotnego [10, 17]. Dokumentację medyczną powinno się wypełniać po zakończeniu rozmowy i upewnieniu się, że pacjent wszystko zrozumiał [18].

Prowadzenie badania fizykalnego typu oglądanie, osłuchiwanie, opukiwanie powinno być poprzedzone informacją dotyczącą wykonywanej czynności i obszaru ciała badanego. Podczas prowadzenia badań diagnostycznych należy uprzedzić pacjenta o tym, co będzie wykonywane, aby nie wywołać uczucia strachu [10, 17, 18].

Zabiegi pielęgniarskie

Planując opiekę na pacjentem niewidomym, należy zawsze informować o wejściu na salę i wyjściu, a także o zamierzonych czynnościach. Jeżeli pielęgniarka wchodzi po raz pierwszy na salę lub pacjent nie rozpoznaje jej po głosie, mimo że wykonywała już zabiegi przy tym pacjencie, należy się przedstawić ponownie [10, 15, 16].

Każdorazowo należy zwracać się do pacjenta z imienia i nazwiska w pierwszej osobie [16, 17]. Jeżeli będą wykonywane zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne powinno się zapewnić pacjentowi poczucie intymności i poinformować o tym pacjenta. Niedopuszczalne jest rozpoczęcie jakichkolwiek działań bez uprzedzenia go o tym. Wszystkie zabiegi wykonywane przy pacjencie powinny być dokładnie wytłumaczone z określeniem czasu i zaznaczeniem miejsca wykonania zabiegu, np. informując chorego, że na prawym przedramieniu zostanie założony wenflon, proszę niech pan/pani go dotknie. Nie należy na szafce pacjenta lub jego łóżku zostawiać sprzętu medycznego, gdyż nawet aparat do pomiaru ciśnienia będzie stanowił dla niego zagrożenie. Należy pamiętać, aby drzwi do sali były zamknięte lub otwarte, o czym pacjent powinien zostać poinformowany, aby nie stworzyć sytuacji zagrożenia [16, 17].

Podsumowanie

Opieka nad pacjentem z dysfunkcją wzroku stawia duże wyzwanie przed pracownikami medycznymi niezależnie od tego, czy są lekarzami, pielęgniarkami, fizjoterapeutami, ratownikami medycznymi czy dietetykami.

Pacjent niewidomy otrzymuje tylko te informacje, które zostaną mu przekazane, nie ma możliwości odbioru bodźców wizualnych. W związku z tym sposób ich przekazywania powinien być jasny i zrozumiały, a każdą informację należy dostosować do wieku i możliwości intelektualnych człowieka.

Opiekując się człowiekiem niewidomym, należy rozumieć, że jest on zdany na łaskę i niełaskę pracowników ochrony zdrowia. Z literatury (Kuć [17]) wynika, że pracownicy ochrony zdrowia powinni cechować się empatią, więc *warto zadać sobie pytanie, czy będąc na miejscu pacjenta, chciałbym, żeby profesjonalny pracownik ochrony zdrowia myślał, czy mówił o mnie <ślepy>*.

Piśmiennictwo

1. Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*, Wyd. WSPS, Warszawa 1998.
2. Litwin M. B., *Zarys okulistyki podręcznik dla szkół medycznych*, Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
3. Bradford A. C., Izdebska J., *Okulistyka podręcznik dla studentów*, Wyd. Medyczne Urbań &Partner, Wrocław 2006.
4. Więckowska E., *Historia niewidomych*, (w:) Cwalina T. (red.), *O sprawie niewidomych*, Biuletyn Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku, Wyd. Impuls , Lublin 2007, 4, 10-12.
5. Szwarocka I., *Na tym, jakie znaczenie niesie za sobą określenie „bycie niewidomym"*, (w:) Cwalina T. (red.), *O sprawie niewidomych*, Biuletyn Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku, Wyd. Impuls , Lublin 2007, 4, 13-14.
6. Cwalina T., *O możliwościach edukacyjnych*, Biuletyn Centrum Promocji i Kariery zawodowej osób z dysfunkcją wzroku, Wyd. Impuls , Lublin 2007, t. 2, 6, 1-17.
7. Majewski T., *Rehabilitacja psychiczna ociemniałych*, Wyd. PZWL, Warszawa 1971.
8. Walthers R., *Tyflopedagogika*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
9. Pracharczuk H., *Specyficzne problemy osób niewidomych*, (w:) Dykcik W. (red.), *Poradnik usługodawcy osób niepełnoprawnych*, Projekt „Dobry Start" – szkolenia dla usługodawców osób niepełnosprawnych finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu Pefron, Wyd. Miejskie.
10. Belzyt J., *Niepełnosprawność, edukacja, dorosłość. Studium przypadku osoby ociemniałej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.

11. Lewko J., Jankowiak B., Bartoszewicz A., *Komunikowanie się z pacjentem niewidzącym i niewidomym*, (w:) Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panka W. (red.), *Komunikowanie się w pielęgniarstwie*, Wyd. Czelej, Lublin 2003, 166-171.
12. Kozestańska M., *Rola pielęgniarki w opiece nad chorym okulistycznie na przykładzie problemów pacjenta z jaskrą przed i po zabiegu trabekuloktomii*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu", 2012, 18, 393-397.
13. Borysewicz-Lewicka M., Hędzelek D., Gerreth D., *Czynności ułatwiające porozumiewanie się lekarza z osobami niepełnosprawnymi*, „Czasopismo Stomatologiczne" 2010, 63, 478-483.
14. Gałbarczyk K., Jędryczek B., Galbarczyk A., *Pielęgnacja chorych po zabiegu enukleacji gałki ocznej*, „Problemy Pielęgniarstwa" 2009, 17, 35-338.
15. Mazurkiewicz B., *Gdy rodząca nie widzi. Pacjentka niepełnosprawna*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej" 2011, 12, 30-31.
16. Płonecka A., Kęcik D., *Najczęstsze przyczyny utraty widzenia u mieszkańców Europy*, „Okulistyka", 2009, 12, 63-67.
17. Kowalska A., *Spojrzeć w stronę możliwości*, Pochodnia Magazyn Społeczny, Wyd. Polski Związek Niewidomych, Warszawa 2010.
18. Ku**ć** D., *Empatia jako forma komunikacji w codziennej praktyce pracownika ochrony zdrowia*, (w:) Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A. (red.), *Pacjent odmienny kulturowo*, Wyd. Naukowe Silva Rerum, Poznań 2015, 218-227.

Dorota Koncewicz

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI PACJENTA Z WADĄ SŁUCHU

Wprowadzenie

Hospitalizacja jest dla każdej osoby sytuacją trudną, budzi wiele emocji, zaburza poczucie bezpieczeństwa, czasem powoduje izolację od rodziny, burzy porządek dnia codziennego. Sytuacja ta jest jeszcze bardziej złożona, jeżeli dotyczy pacjenta z wadą słuchu, który ma do pokonania dodatkowe trudności. Po pierwsze, te wynikające z uszkodzenia słuchu, po drugie, wynikające z choroby. W tym opracowaniu przedstawione zostaną najistotniejsze aspekty dotyczące specyfiki hospitalizacji pacjenta z wadą słuchu.

Na wstępie warto podkreślić, że populacja osób z uszkodzonym słuchem stanowi bardzo zróżnicowaną grupę, w skład której wchodzą osoby, u których obniżenie stanu sprawności funkcjonalnej narządu słuchu w różnym stopniu wpływa na życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych właściwych dla płci i wieku, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi [1]. Kolejnym wyróżnikiem tej grupy jest ogromne zróżnicowanie pod względem możliwości odbioru i nadawania informacji. Te dwa elementy w sposób zasadniczy wpływają na specyfikę hospitalizacji pacjenta z wadą słuchu. Jeżeli dodamy do tego charakter choroby, pobyt na oddziale i indywidualne cechy pacjenta, wówczas otrzymamy pełniejszy obraz leczenia szpitalnego osób z uszkodzonym słuchem.

Charakterystyka pacjenta z wadą słuchu

Uszkodzenie słuchu ogranicza odbiór dźwięków, które dostarczają nam informacje o tym, co dzieje się w naszym najbliższym otoczeniu. Bardzo rzadko zdarza się tak, że osoba jest całkowicie pozbawiona możliwości odbierania dźwięków. Najnowsze aparaty słuchowe, implanty i inne pomoce techniczne znacznie poprawiają sytuację ludzi z uszkodzonym słuchem i dają możliwość funkcjonowania w świecie dźwięków. Można pokusić się o stwierdzenie, że zubożony odbiór dźwięków jest inny niemal u każdej osoby niesłyszącej, jednak prawie w każdym przypadku może być wykorzystywany w procesie przystosowania do życia w środowisku akustycznym. Przystosowanie to zazwyczaj nie będzie wystarczające do swobodnego komunikowania się z otoczeniem, jednak może w pewnym zakresie wspomagać funkcjonowanie społeczne [2]. Charakteryzując tę grupę ludzi, należy na nią spojrzeć nie jak na grupę osób niepełnosprawnych, lecz na grupę o specyficznych potrzebach komunikacyjnych w zakresie odbioru komunikatów oraz ich nadawania w formie czytelnej dla otoczenia. Sami niesłyszący nie chcą być uważani za osoby niepełnosprawne czy upośledzone. Traktowanie osób niesłyszących jako upośledzonych prowadzi do postrzegania ich jako upośledzonych także umysłowo [3]. Nie jest to prawda, ponieważ osoby te są na normalnym poziomie rozwoju intelektualnego i chcą być traktowane nie jako niepełnosprawne, lecz jako mniejszość językowa [2]. Warto zatem przeanalizować wybrane kryteria klasyfikacji uszkodzeń słuchu.

Tabela 1. Kryteria klasyfikacji uszkodzeń słuchu – opracowanie własne

KRYTERIA KLASYFIKACJI USZKODZEŃ SŁUCHU		
STOPIEŃ USZKODZENIA SLUCHU	**CZAS USZKODZENIA SŁUCHU**	**MIEJSCE USZKODZENIA SŁUCHU**
Lekki Umiarkowany Znaczny Głęboki	Głuchota prelingwalna Głuchota perilingwalna Głuchota postlingwalna	Typ przewodzeniowy Typ odbiorczy Typ mieszany

Co w praktyce oznaczają poszczególne kryteria? Jak przekłada się to na możliwości komunikacyjne pacjenta? Międzynarodowe Biuro Audiofonologii (BIAP) wyróżnia cztery stopnie uszkodzenia słuchu. Podział ten uwzględnia ubytek słuchu w decybelach (dB).

Biorąc pod uwagę czas uszkodzenia słuchu, wyróżniamy: głuchotę prelingwalną – powstałą przed opanowaniem języka (do 2-3 roku życia), mowa nie rozwija

się samodzielnie; głuchotę perilingwalną – powstałą w okresie opanowywania języka (w wieku 3-5 lat); głuchotę postlingwalną – powstałą po 5. roku życia.

Uwzględniając miejsce uszkodzenia słuchu, ogólnie wyróżniamy: typ przewodzeniowy, w którym następuje utrata sprawności narządu słuchu w obrębie ucha zewnętrznego i środkowego, co powoduje uszkodzenia słuchu w stopniu lekkim lub umiarkowanym, o równomiernym ubytku słuchu dla wszystkich częstotliwości. Ubytek słuchu ma więc charakter ilościowy, odpowiada to w przybliżeniu zjawisku słuchania z większej odległości lub znacznie przyciszonych dźwięków, bez zniekształceń lub z nieznacznymi zniekształceniami oraz typ odbiorczy, w którym następuje utrata sprawności narządu słuchu w obrębie ucha wewnętrznego, nerwu słuchowego i centralnej części drogi słuchowej aż do ośrodków słuchowych w płatach skroniowych kory mózgowej. Powoduje to różne stopnie uszkodzenia słuchu od lekkiego do głębokiego, charakteryzuje się zróżnicowanym ubytkiem słuchu dla różnych częstotliwości, uszkodzenie to ma charakter jakościowy, co oznacza trudności w rozumieniu i identyfikacji poszczególnych głosek [2].

Tabela 2. Możliwości komunikacyjne pacjenta w zależności od stopnia uszkodzenia słuchu – opracowanie własne na podstawie literatury [2].

STOPIEŃ USZKODZENIA SŁUCHU w decybelach (dB)	**MOŻLIWOŚCI SŁUCHOWE I KOMUNIKACYJNE PACJENTA**
Lekki – powyżej 20 do 40	• osoby takie nie wymagają korzystania z aparatów słuchowych; • mogą mieć trudności z identyfikacją niektórych głosek oraz ze słyszeniem w hałasie lub z większej odległości; • nie mają problemów z korzystaniem z telefonu.
Umiarkowany – powyżej 40 do 70	• mają możliwość słyszenia i rozumienia mowy w korzystnych warunkach akustycznych; • wskazane jest dla tych osób korzystanie z aparatów słuchowych; • mowa dzieci z tym stopniem ubytku słuchu rozwija się spontanicznie; • mogą wystąpić błędy artykulacyjne.
Znaczny – powyżej 70 do 90	• niemożliwe jest słyszenie i rozumienie mowy bez aparatów słuchowych; • odbiór mowy jest wspierany przez odczytywanie mowy z ust; • mowa dzieci z tym stopniem ubytku słuchu nie rozwija się spontanicznie.
Głęboki – powyżej 90	• uniemożliwia rozumienie mowy nawet z pomocą aparatów słuchowych; • możliwe jest jedynie częściowe słyszenie dźwięków mowy, ale bez ich identyfikacji; • w tej grupie osób powstaje system porozumiewania się za pomocą mowy i języka migowego lub tylko za pomocą języka migowego.

Tak duże zróżnicowanie pod względem stopnia, charakteru niedosłuchu, możliwości odbioru i rozumienia mowy powoduje szereg konsekwencji. Analizując poszczególne kryteria uszkodzeń słuchu, możemy stwierdzić, że konsekwencje te będą zależały od wielu czynników, tj. wiek, w jakim nastąpiła utrata słuchu, rodzaj i stopień uraty słuchu, możliwości wykorzystania posiadanych resztek słuchu, wykorzystania protez słuchowych, możliwości/lub braku naturalnego rozwoju mowy. Im wcześniej nastąpiło uszkodzenie słuchu oraz im większy jest jego stopień, tym bardziej wpływa to na możliwości rozwojowe, w tym na zahamowanie naturalnego rozwoju mowy, myślenia słowno-pojęciowego czy następstw w sferze społecznej. Analogicznie, im później powstało uszkodzenie słuchu, tym więcej czasu jest na opanowanie poszczególnych kompetencji. Wczesna diagnoza, dopasowanie aparatu słuchowego oraz intensywna rehabilitacja słuchu i mowy może zminimalizować konsekwencje wczesnego, znacznego lub głębokiego uszkodzenia słuchu [4]. Może zdarzyć się tak, że u niesłyszącego pacjenta mowa dźwiękowa będzie ukształtowana, czyli będzie mówił. W kontakcie z nimi możemy mieć do czynienia z charakterystycznymi zaburzeniami czy też agramatyzmami, co bywa mylące, zwłaszcza w sytuacji, kiedy nie wiemy, że mamy przed sobą osobę z uszkodzonym słuchem. Czasem jest to głos zbyt niski lub zbyt wysoki, innym razem nieprawidłowa artykulacja poszczególnych głosek, zaburzenia tempa mowy, brak intonacji, prawidłowego akcentu lub nieprawidłowa budowa zdań. W wypowiedziach osób z uszkodzonym słuchem występują także charakterystyczne agramatyzmy, wynikające z posługiwania się językiem migowym: nieprawidłowe stosowanie zaimków („Jak nazywa twoja brat?"); używanie nieprawidłowej formy osobowej czasowników („Ja lubi bawić"); niezgodność pod względem liczby („Trzy kubek"); zmiana szyku wyrazów w zdaniu („Mój nazywa brat Adam"); trudność sprawia budowanie odpowiedzi na pytania („Co lubisz robić?" „Lubię robić bawić"); trudność sprawia rozumienie i budowanie konstrukcji zdaniowych zawierających wyrażenia przyimkowe („Stół stoi na kubek) [4, 5].

Kolejnym ważnym elementem w charakterystyce pacjenta z wadą słuchu są wykorzystywane w komunikacji metody. Należy rozgraniczyć metody komunikacji pomiędzy osobami niesłyszącymi oraz pomiędzy osobami niesłyszącymi a słyszącymi. Pierwsze z nich wywodzą się lub są powiązane z klasycznym językiem migowym, dla drugich bazą jest język narodowy.

Z zestawienia w tabeli 3 wynika, że wachlarz środków komunikacji z osobami z uszkodzonym słuchem jest bardzo szeroki. Analizując metody widzimy, że wśród środków wykorzystywanych w komunikacji niesłyszących między sobą znajdziemy metody, które wykorzystamy w komunikacji niesłyszący – słyszący. Należą do nich wszystkie metody oparte o gest, mowę niewerbalną, gesty naturalne. Dodatkowo jako środek komunikacji zostało wskazane pismo i mowa, ale wykorzystamy

je do porozumiewania się szczególnie z osobami z wadą słuchu, które znają język polski. Jeżeli zależy nam na skutecznej komunikacji, łączymy ze sobą poszczególne środki. Ostatecznie zależy to od tego, kim są osoby wymieniające informacje. Nawiązanie i utrzymanie kontaktu komunikacyjnego z osobami niesłyszącymi wymaga nie tylko odpowiedniej wiedzy i znajomości środków przekazu informacji, lecz także zwiększonego wysiłku każdej ze stron, ze względu na odmienne języki naturalne. Kontakt ten bywa tym trudniejszy, że słyszący oczekują, aby niesłyszący posługiwali się językiem fonicznym [13]. W praktyce w komunikacji niesłyszący – słyszący dominuje język migowy lub migany wspierany artykulacją i mową dźwiękową. Jednak należy pamiętać, że w konkretnej sytuacji zawsze będą wykorzystywane znane i akceptowane przez obie strony środki komunikacji. Dodatkowym równie ważnym elementem będzie nastawienie uczestników procesu komunikacji.

Tabela 3. Zestawienie metod komunikacji niesłyszących – opracowanie własne na podstawie literatury [13].

ŚRODKI POROZUMIEWANIA SIĘ POMIĘDZY NIESŁYSZĄCYMI	**ŚRODKI POROZUMIEWANIA SIĘ POMIĘDZY NIESŁYSZĄCYMI A SŁYSZĄCYMI**
znaki migowe ideograficzne w systemie migowym (klasyczny język migowy);	język dźwiękowy (głośna mowa), przy którym łączy się wykorzystywanie resztek słuchu z odczytywaniem z ust;
znaki migowe daktylograficzne (alfabet palcowy i znaki liczb), przy czym alfabet palcowy pełni głównie funkcje pomocnicze i uzupełniające;	język artykułowany (wyraźna artykulacja bez użycia głosu) odbierany wyłącznie przez odczytywanie z ust;
mimika i pantomimika stanowiąca integralną część znaków migowych;	znaki migowe daktylograficzne (alfabet palcowy i znaki liczb);
gesty wtrącone, które nie są skodyfikowanymi znakami migowymi, ale je uzupełniają i ułatwiają całościowy odbiór wypowiedzi;	pismo;
elementy mowy dźwiękowej lub artykulacji;	fonogesty (umowne układy rąk i palców wspomagające artykulację, mające zastosowanie przede wszystkim w dydaktyce),
inne zachowania kinetyczne (środki niewerbalne, mowa ciała).	znaki migowe ideograficzne i daktylograficzne w systemie językowo-migowym pełnym (język migany z końcówkami);
	znaki migowe ideograficzne i daktylograficzne w systemie językowo-migowym użytkowym (język migany bez końcówek lub z końcówkami stosowanymi wybiórczo);
	zachowania kinetyczne niebędące konwencjonalnymi znakami migowymi (środki niewerbalne, mowa ciała).

Reasumując, kontakt słowny z osobą z uszkodzonym słuchem jest utrudniony, wymaga od osoby słyszącej dużej koncentracji uwagi, świadomości trudności językowych, z którymi borykają się osoby z uszkodzonym słuchem, a także znajomości różnych sposobów komunikowania się tej grupy osób. Podejmując próbę kontaktu z pacjentem z uszkodzonym słuchem pamiętajmy, że najistotniejszą sprawą jest znajomość preferowanego przez daną osobę sposobu komunikowania się.

Pacjent z wadą słuchu w placówce ochrony zdrowia

Pacjent z wadą słuchu ma takie same potrzeby jak osoby słyszące. Dotyczy to realizacji podstawowych potrzeb (np. potrzeby fizjologiczne, pożywienie, ubranie), jak i potrzeby bezpieczeństwa czy potrzeb wyższego rzędu [14]. Choroba zaburza realizację i zaspokajanie potrzeb w bardzo różnym stopniu i powoduje, że kontakt z człowiekiem chorym stanowi specyficzną relację interpersonalną, której charakter z jednej strony określony jest przez chorobę i osobistą sytuację życiową pacjenta, a z drugiej – przez postawę i podejście osoby udzielającej pomocy [6] Zwróćmy uwagę na sytuację, w której podmiotem tej specyficznej relacji interpersonalnej jest pacjent z wadą słuchu, który trafia do szpitala. Już w tym momencie rodzi się wiele pytań. Jak porozumieć się z pacjentem? Jaki jest charakter choroby? Jak zapytać o objawy? Który to jest pobyt w szpitalu? Jaki jest udział rodziny w procesie leczenia? Czy uda się personelowi skutecznie porozumieć bez tłumacza? W przypadku pacjenta z wadą słuchu pokonanie bariery komunikacyjnej jest kluczowym elementem w budowaniu właściwej relacji z personelem oraz prawidłowego przebiegu leczenia.

Pobyt w szpitalu możemy podzielić na pewne etapy: przyjęcie do szpitala, diagnozowanie, leczenie właściwe, rokowania, wypisanie pacjenta do domu [7]. Prześledźmy zatem sytuację pacjenta niesłyszącego w poszczególnych okresach pobytu w szpitalu. Szpital wyznacza pewien specyficzny rytm życia, któremu pacjent musi się podporządkować. Chory nie ma wpływu na czas posiłków, godziny odwiedzin, musi przyjąć zasady panujące na oddziale, poddać się pewnej dyscyplinie, zgodzić się na ograniczenie kontaktów ze światem zewnętrznym. Pobyt w szpitalu i długotrwała hospitalizacja wyciska piętno na całym życiu człowieka i jego rodziny [8]. Jak w takich warunkach ma funkcjonować pacjent z wadą słuchu, który od pierwszych chwil pobytu na oddziale jest zdany na personel?

Pacjent z wadą słuchu trafia na izbę przyjęć. Ma w ręku skierowanie do szpitala. Przy okienku mogą zacząć się trudności, kiedy rejestratorka poprosi

np. o dokumenty. Już w tym momencie dobrze byłoby (jeżeli towarzyszy ktoś pacjentowi) uprzedzić pracownika szpitala, że ma do czynienia z osobą z uszkodzonym słuchem. Ta informacja powinna u pracownika „otworzyć szufladkę" z wiedzą na temat specyfiki pacjenta z uszkodzonym słuchem, szczególnie „zakładkę": komunikacja. Po ustaleniu sposobu komunikacji pacjenta powinno się przejść do wypełniania dokumentacji i uzyskania niezbędnych podpisów pacjenta. Ale i te momenty mają swoje ograniczenia. Czy personel będzie w stanie skutecznie wytłumaczyć pacjentowi, co odpisuje, kogo upoważnia do wglądu do dokumentacji medycznej i uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia. Praktyka pokazuje, że dość rzadko w rejestracji zwraca się na to uwagę (stwierdzenie na podstawie opinii niesłyszących pacjentów z praktyki tłumacza języka migowego). Załóżmy, że na tym etapie pacjent uzyskał niezbędne informacje. Trafia na oddział i przechodzi w ręce pielęgniarki. Pamiętajmy, że cały czas chory odczuwa swoje objawy, jest w określonym stanie emocjonalnym. Pielęgniarka wskazuje pacjentowi salę i łóżko szpitalne. Powinna poinformować i pokazać, gdzie jest pokój lekarski, dyżurka pielęgniarska, toaleta pacjentów. W odniesieniu do pacjenta z wadą słuchu istotne jest upewnienie się, czy dokładnie zrozumiał te informacje i dzięki temu będzie czuł się na oddziale bezpiecznie. Po czynnościach wstępnych pacjent oczekuje na lekarza, który przyjdzie zebrać informacje i następnie zaleci badania diagnostyczne. Dla pacjenta niesłyszącego są to kolejne sytuacje stresogenne. Czy zrozumie lekarza, czy udzieli dobrych odpowiedzi? Ważne jest, aby lekarz idąc na wywiad do pacjenta niesłyszącego, wiedział o tym i na wstępie ocenił, czy będzie w stanie skutecznie z pacjentem się komunikować. Problem jest mniejszy, jeżeli choremu towarzyszą bliscy. Ale i tu musimy bardzo uważać, ponieważ zaangażowanie emocjonalne rodziny może czasem przeszkadzać w uzyskaniu rzetelnych informacji.

Wywiad na początku pobytu pacjenta na oddziale jest bardzo istotnym elementem. Daje możliwość uzyskania od pacjenta wiarygodnego opisu choroby. W przypadku chorego z uszkodzonym słuchem należy pamiętać o precyzyjnym formułowaniu pytań, formułując zdania krótkie, konkretne. Nie zawsze jest to łatwa do zastosowania w praktyce wskazówka, ponieważ nasz pacjent może mieć problemy nie tylko z odpowiedzią na pytanie, ale także z opisaniem objawów, przebiegu choroby itp. informacji w sposób zrozumiały dla lekarza. Kolejnym elementem, o którym warto wspomnieć, jest proponowanie badań diagnostycznych, przygotowanie pacjenta do udziału w badaniu, opisanie, jak badanie będzie przebiegało, jakie mogą być odczucia, dolegliwości w trakcie badania. Chodzi tu o przekazanie niesłyszącemu pacjentowi wszelkich informacji dotyczących diagnostyki, aby wyrażając zgodę na proponowane metody diagnostyczne, był przekonany, że podjął słuszną decyzję.

Nasz niesłyszący pacjent jest już po badaniach. Oczekuje na lekarza, który poinformuje o diagnozie, przekaże informacje dotyczące proponowanych metod leczenia. Także w tym przypadku skuteczna komunikacja będzie podstawą skutecznej terapii, aktywnego udziału pacjenta w procesie leczenia. W odniesieniu do pacjenta niesłyszącego personel w szczególny sposób powinien zadbać o to, aby pacjent był informowany na bieżąco we wszystkich sprawach dotyczących jego osoby. Nie powinny zdarzać się takie sytuacje, że pacjent jest „gdzieś" zabierany i odczuwa ogromną niepewność, ponieważ nie wie, co będzie z nim się działo. Powinno dokładać się szczególnej staranności w stwarzaniu sytuacji, kiedy pacjent z wadą słuchu będzie miał odwagę nawiązywać kontakt z personelem. Lekarze powinni na bieżąco informować o efektach leczenia, zapoznawać z rokowaniami. To wszystko będzie decydowało o poczuciu bezpieczeństwa naszego pacjenta. Kiedy nadejdzie moment wypisu ze szpitala, przekazując informacje osobie niesłyszącej, przede wszystkim należy pamiętać o tym, aby wskazówki i zalecenia zapisywać lub tłumaczyć bardzo dokładnie. Zwłaszcza jeśli chodzi np. o dawkowanie i sposób przyjmowania lekarstw, dietę, termin wizyty kontrolnej, sposób pielęgnacji np. ran pooperacyjnych, skutki uboczne działania lekarstw itp. Zawsze należy upewniać się, że zostaliśmy dobrze zrozumiani. Tak w wielkim uproszczeniu wygląda pobyt pacjenta niesłyszącego na oddziale. Zostały tu podkreślone zasadnicze etapy procesu leczenia. W każdym momencie pobytu chorego z uszkodzonym słuchem w szpitalu na plan pierwszy wysuwa się komunikacja z personelem, dobór odpowiedniego środka do możliwości komunikacyjnych pacjenta, skuteczność w przekazywaniu informacji. Należy podkreślić, że problem komunikacji pracowników medycznych z osobami niesłyszącymi jest zagadnieniem wielopłaszczyznowym, odnoszącym się do przedstawionych etapów postępowania medycznego (wywiadu lekarskiego, udzielania pacjentowi rzetelnej informacji medycznej, poprzez odbieranie świadomej zgody na leczenie, aż do przekazywania zaleceń lekarskich) [9]. Skuteczne komunikowanie to fundament wzajemnej relacji dwóch podmiotów. Dla lekarza ma to nieocenione znaczenie w pozyskiwaniu informacji o problemach, objawach chorobowych i obawach pacjenta, dla postawienia właściwej diagnozy. Z kolei niesłyszącemu pacjentowi da poczucie bezpieczeństwa i szansę na podjęcie świadomej zgody na leczenie.

W tym miejscu przechodzimy do kolejnego istotnego zagadnienia w odniesieniu do pacjenta, a mianowicie respektowania jego praw. Aktem prawnym kompleksowo regulującym status pacjenta i przysługujące mu prawa jest ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [10]. Z perspektywy pacjenta z uszkodzonym słuchem warto przeanalizować realizację praw związanych z prawidłową komunikacją. Pierwszym z nich jest prawo pacjenta

z uszkodzonym słuchem do informacji, które jest bezpośrednio związane z prawem do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Pacjent z uszkodzonym słuchem ma prawo do rzetelnej informacji o stanie zdrowia, o rokowaniach, proponowanych i możliwych metodach postępowania medycznego [11]. Przekazywana informacja powinna być dla pacjenta „przystępna", a więc dostosowana do możliwości percepcyjnych, przekazana w sposób konkretny, a w przypadku niesłyszących pacjentów w sposób dla nich czytelny, zrozumiały i jednoznaczny. Powinna być przekazywana na poszczególnych etapach postępowania terapeutycznego [11]. Tylko wtedy zapewnimy pacjentowi realizację kolejnego prawa, jakim jest prawo do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Udzielenie zgody na procedury medyczne jest przejawem aktywnego udziału chorego w procesie diagnostycznym i leczniczym. Zgody wymaga każde postępowanie medyczne (zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze). Pacjenci z dysfunkcją narządu słuchu, ze względu na charakter tego uszkodzenia mają problemy w zakresie respektowania wyżej wymienionych praw. Powodem są trudności komunikacyjne w kontaktach z pracownikami ochrony zdrowia. Nie należy dziwić się, że osoby głuche często odmawiają współpracy z zespołem terapeutycznym ze względu na nieufność, strach przed brakiem zrozumienia i często w ostateczności decydują się na hospitalizację [11].

Taką szczególną sytuacją, na którą warto zwrócić uwagę, jest rozmowa z pacjentem przed zabiegiem operacyjnym. Dla pacjenta sytuacja zwykle bardzo trudna, przeżywana w silnych emocjach, związana z wieloma niewiadomymi (jak będzie przebiegała operacja, co będzie działo się po wybudzeniu, kiedy będzie można wstać itp.). Lekarz, który ma obowiązek przeprowadzenia z chorym rozmowy, w której wyjaśnia cel i rodzaj proponowanego leczenia, przewidywane korzyści wynikające z zastosowania konkretnej metody, stopień ryzyka, alternatywne metody leczenia powinien umieć wyjaśnić wszelkie wątpliwości pacjenta z dysfunkcją narządu słuchu [11].

Jeżeli uświadomimy sobie, jak wiele informacji trzeba przekazać, wówczas zrozumiemy złożoność takiego kontaktu. Przekazanie pacjentowi niesłyszącemu informacji w czytelnej dla niego formie, językiem „niemedycznym" obniży poziom lęku przed czekającym go zabiegiem. Wszystkie te informacje są pacjentowi niezbędne do świadomego i pełnego udziału w procesie leczenia. W przypadku wyrażania przez pacjenta zgody na procedury medyczne związane z podwyższonym ryzykiem dla zdrowia bądź życia chorego niezbędna jest szczególnie rzetelna informacja medyczna [11]. W sytuacji kiedy mamy do czynienia z pacjentem niesłyszącym, najlepszym rozwiązaniem jest skorzystanie z pomocy tłumacza języka migowego.

Tłumacz języka migowego może towarzyszyć pacjentowi na różnych etapach leczenia. Idealna sytuacja byłaby wtedy, kiedy pacjent mógłby korzystać z usług tłumacza w miarę potrzeb, na każdym etapie pobytu w szpitalu. Najczęściej tłumacz jest obecny podczas konsultacji. Tłumaczem może być członek rodziny lub osoba wykonująca ten zawód. Jest to sytuacja szczególna, w której osoba trzecia uczestniczy w przekazywaniu informacji bardzo osobistych, intymnych, trudnych dla pacjenta. Profesjonalizm tłumacza jest kluczowym elementem, decydującym o jakości kontaktu pacjent – lekarz. Badania przeprowadzane z udziałem tłumaczy innych języków wykazały, że tłumacze byli dodatkowym ogniwem selekcjonującym przepływ informacji między lekarzem a pacjentem. Często angażowali się w czynności lekarza, np. przeprowadzanie wywiadu, filtrowali wypowiedzi pacjenta pod kątem przydatności informacji dla lekarza [8].

Podobne niebezpieczeństwo istnieje w przypadku tłumaczy języka migowego. Czasem zdarza się, że niesłyszące osoby wręcz oczekują, że tłumacz powie wszystko, co trzeba i załatwi za nich sprawy. Jednak nie to jest przecież celem. Kodeks tłumacza języka migowego jasno określa zasady, m.in. zasadę bezstronności czy rzetelnego przekazywania informacji. W tak specyficznej relacji, jaką jest kontakt pacjent – lekarz tłumacz powinien być obecny w sposób niewidoczny. Jeżeli konsultację podzielimy na trzy fazy, uświadomimy sobie, jak trudna jest rola tłumacza.

Z zestawienia w tabeli 4 widać, jak trudna i zarazem odpowiedzialna jest rola tłumacza języka migowego. Profesjonalizm musi iść w parze z ogromną znajomością prawidłowej komunikacji w procesie leczenia, zasad funkcjonowania placówek ochrony zdrowia.

Tłumacz języka migowego niezbędny jest we wszystkich placówkach medycznych i na wszystkich oddziałach, ponieważ tylko rzetelne tłumaczenie umożliwi pacjentowi niesłyszącemu dostęp do pełnej informacji medycznej i da poczucie bezpieczeństwa, zwłaszcza w sytuacji stresowej, jaką jest pobyt w szpitalu, w izbie przyjęć, w sali porodowej.

Tłumacz języka migowego niejednokrotnie staje się dla osoby głuchej przewodnikiem po skomplikowanej rzeczywistości i cennym doradcą w trudnych sytuacjach życiowych. Katarzyna, która nie słyszy od wczesnego dzieciństwa, wspomina: *Na sali porodowej byłam sama. Stres i ból utrudniły mi odczytywanie mowy z ust. Nie dałam też rady pisać na kartce. W rezultacie nie rozumiałam wypowiedzi położnej i lekarza. Pomoc tłumacza języka migowego była mi bardzo potrzebna* [15].

W taki sposób prześledziliśmy najistotniejsze momenty pobytu pacjenta z dysfunkcją narządu słuchu w placówce ochrony zdrowia. Wskazaliśmy kluczowe momenty w kontakcie lekarz – pacjent, rolę tłumacza języka migowego, respektowanie praw pacjenta niesłyszącego. Pamiętajmy, że osoba z uszkodzonym słuchem, która

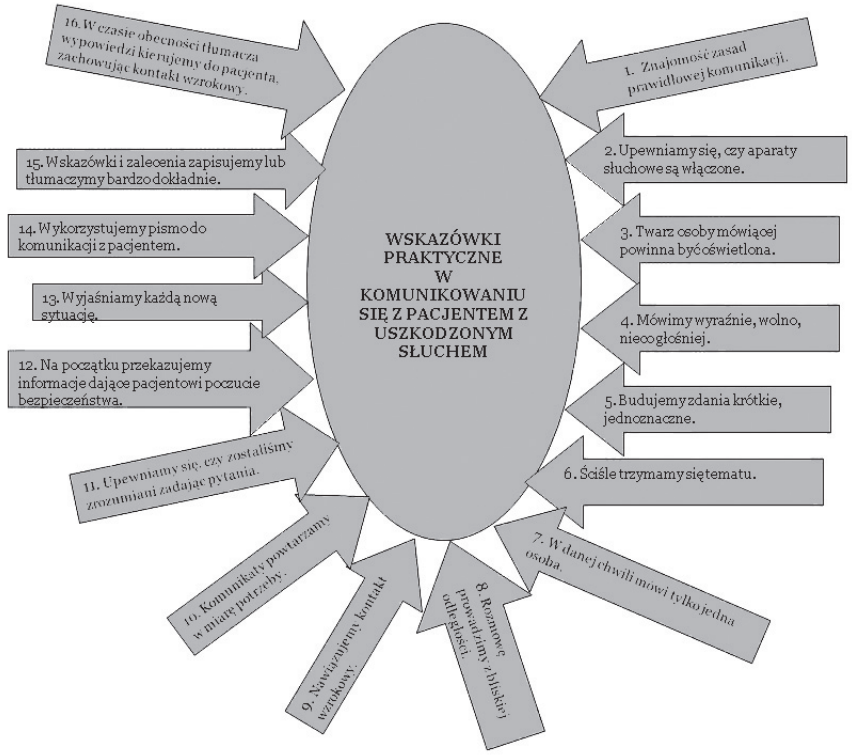
potrzebuje fachowej pomocy medycznej i trafia do szpitala, ma już opanowaną umiejętność komunikowania się. W jaki sposób porozumiewa się pacjent, można zorientować się już na początku. I nawet jeśli nie znamy np. języka migowego, to nasza otwartość na drugiego człowieka, intuicja i chęć pomocy oraz znajomość zasad prawidłowej komunikacji pomogą nam znaleźć drogę do człowieka, który ma inne potrzeby komunikacyjne.

Tabela 4. Rola tłumacza w zależności od fazy konsultacji – opracowanie własne na podstawie literatury [8]

FAZY KONSULTACJI	ROLA TŁUMACZA
I zbieranie wywiadu	Pomoc w przekazywaniu jak największej ilości informacji niezbędnych do postawienia diagnozy, rzetelne i skuteczne tłumaczenie pytań lekarza w sposób zrozumiały dla pacjenta oraz odpowiedzi pacjenta dla lekarza, tu: duża odpowiedzialność za adekwatne tłumaczenie objawów i opisu stanu pacjenta;
II badanie fizykalne	Uczestniczenie w przekazywaniu informacji w trakcie badania, dodatkowo zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa (towarzyszenie pacjentowi w sytuacji, kiedy musi się rozebrać, pokazać lekarzowi np. jakieś zmiany chorobowe), ważną umiejętnością jest towarzyszenie pacjentowi sprzyjające tworzeniu atmosfery intymności, wymagana jest od tłumacza duża subtelność i wyczucie, przy zachowaniu rzeczowego przekazu informacji;
III pozostałe czynności od zakończenia badania do zakończenia konsultacji	Przekazywanie informacji dotyczących diagnozy, dalszego leczenia, pomoc w wyjaśnianiu wszelkich zapytań i wątpliwości pacjenta lub uzupełnianie informacji potrzebnych lekarzowi.

Praktyczne wskazówki dla personelu medycznego w kontakcie z hospitalizowanym pacjentem z wadą słuchu

Umiejętności komunikacyjne personelu w połączeniu ze znajomością specyficznych środków komunikowania się z pacjentem z uszkodzonym słuchem pozwolą na skuteczną komunikację. Zrozumienie się i współpracę z pacjentem ułatwi umiejętność nawiązania kontaktu, prowadzenia rozmowy, zbierania informacji, nazywania swoich odczuć, opisywania objawów, przekazywania trudnych informacji, stosowania komunikatów zrozumiałych dla pacjenta i dostosowywania ich do możliwości odbiorcy, odpowiadanie na pytania pacjenta, udzielanie informacji zwrotnych [5].



Rycina 1. Wskazówki praktyczne w komunikowaniu się z pacjentem z uszkodzonym słuchem – opracowanie własne na podstawie literatury [5]

Z praktyki tłumacza wiem, że niesłyszący pacjenci jednoznacznie wskazują na deficyty personelu w tym zakresie. Ilustracją tego stanu są poniższe przykłady: prowadzenie rozmowy z pacjentem, patrząc np. na dokumenty, bez nawiązywania kontaktu wzrokowego, trudności w komunikacji podczas zapisywania się na wizytę kontrolną (hałas, czasem rejestratorka nie chce na prośbę pacjenta zapisać informacji na kartce, tłumacząc się brakiem czasu), problem w czasie oczekiwania na wejście do gabinetu (wywoływanie przez pielęgniarkę, trudność w zrozumieniu innych pacjentów czekających pod gabinetem), niechęć personelu do komunikacji „na piśmie", niewystarczające informacje w momencie podpisywania zgody na leczenie, „rozmawianie" z tłumaczem, pomijanie pacjenta, brak wyjaśniania działania leków.

Jak powinien być przygotowany personel i jakich zasad powinien przestrzegać, aby nie narażać pacjenta z uszkodzonym słuchem na takie sytuacje? Po pierwsze, personel medyczny powinien znać specyficzne potrzeby pacjenta z uszkodzonym słuchem w zakresie komunikacji. Po drugie – praktycznie posługiwać się specyficznymi środkami komunikacji np. językiem migowym.

Podsumowanie

Artykuł ten zasygnalizował najistotniejsze aspekty dotyczące hospitalizacji pacjentów z uszkodzonym słuchem, tj. duże zróżnicowanie populacji pod względem możliwości komunikacyjnych, czynniki, które o tych możliwościach decydują oraz istnienie specyficznych środków porozumiewania się. Podkreślono także wagę skutecznej komunikacji w poszczególnych etapach procesu leczenia. Pocieszający jest fakt, że przyszli adepci służby zdrowia uczą się podstaw komunikacji z pacjentem z uszkodzonym słuchem. Podpisanie ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się [12] także przyczyniło się do większego zainteresowania problemami i potrzebami osób z uszkodzonym słuchem, nakładając także na podmioty lecznicze obowiązek zapewnienia możliwości komunikowania się przy pomocy tłumacza i innych środków wspomagających. Nie podlega dyskusji fakt, że skuteczne komunikowanie się jest niezbędnym warunkiem podmiotowego podejścia do pacjenta. Pamiętajmy, że skarbnicą wiedzy na ten temat są także osoby z uszkodzonym słuchem, które zapytane, najlepiej potrafią określić swoje potrzeby oraz warunki, w których najlepiej im się funkcjonuje.

Piśmiennictwo

1. Szczepankowski B., Koncewicz D., *Język migowy w terapii*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Łódź 2012.
2. Szczepankowski B., *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*, WSiP, Warszawa 1999, 48-49.
3. R. J. Müller, *Słyszę, ale nie wszystko. Dziewczęta i chłopcy z uszkodzonym słuchem w szkołach masowych*, WSiP, Warszawa 1997, 25.
4. Panas A., *Komunikowanie z pacjentem z uszkodzonym słuchem*, (w:) Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Paszek W. (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
5. Koncewicz D., *Pacjent z uszkodzonym słuchem – wybrane aspekty*, Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Protetyków Słuchu, 2015, 57, 14-17.
6. Motyka M., *Komunikacja terapeutyczna*, (w:) Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Paszek W., *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, s.126.
7. Koncewicz D., *Komunikacja w praktyce klinicznej*, (w:) *W drodze do brzegu życia*, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. R., Lewko J., Kułak W. (red), t. XII, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, „Duchno" Piotr Duchnowski, Białystok, 2014, 924-936.

8. Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław 2011, 165.
9. Kowalska A. J., Włoszczak-Szubzda A., Jarosz M. J., *Problemy komunikowania się pracowników medycznych z pacjentami głuchymi i głuchoniemymi*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, t. 17, nr 2, 96-99.
10. Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Bejda G., Lankau A., *Pacjent odmienny kulturowo*, Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2015.
11. Makara-Studzińska M., Kowalska A. J., *Prawo pacjenta z uszkodzeniem słuchu do informacji medycznej a kwestia świadomej zgody na podejmowanie interwencji medycznych*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011, t. 17, nr 3, 135-139.
12. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. 2011 nr 209 poz. 1243).
13. Szczepankowski B., *Porozumiewanie się z osobami niesłyszącymi*, http://www.glusi._slask.pl/?porozumiewanie-sie-z-osobami-nieslyszacymi, data pobrania 05.02.2016.
14. *Hierarchiczna teoria potrzeb Maslowa*, http://portalwiedzy.onet.pl/ 122112,,,,hierarchiczna_teoria_potrzeb_maslowa,haslo.html, data pobrania 05.02.2016.
15. Bezubik M., http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/73517, data pobrania 08.02.2016.

Dorota Rogowska-Szadkowska

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI PACJENTA ZAKAŻONEGO HIV

Hospitalizacja osób zakażonych HIV nie powinna się różnić od hospitalizacji wszystkich innych pacjentów. Jednak mimo że wirus jest w Polsce od ponad 30 lat, większość społeczeństwa, w tym niestety też pracowników opieki zdrowotnej, wie o HIV i AIDS niewiele.

W Polsce epidemia rozpoczęła się kilka lat później niż w USA i krajach Europy Zachodniej. Nie osiągnęła tak potężnych rozmiarów, jak się obawiano. Ale od początku w naszym kraju dotyczyła przede wszystkim osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach. To znaczy osób o najniższym statusie społecznym. Później nieco pojawiły się zakażenia będące następstwem kontaktów seksualnych, które – jak pisała Susan Sontag – *uważane są przez większość osób za nieszczęście, które chory sam na siebie sprowadził, osądzane surowiej niż inne sposoby zakażenia – głównie dlatego, że AIDS ma być wynikiem nie tylko nadmiernej swobody seksualnej, lecz również perwersji* [1].

W latach 80. do Polski docierały informacje z USA o strachu lekarzy, zwłaszcza chirurgów, przed pacjentami z AIDS, o „grupach ryzyka", w czasopismach pojawiały się tytuły *AIDS – dżuma XX wieku*, budząc przerażenie. U niektórych ten strach trwa do dziś. Może dlatego Polacy nie robią testów na HIV? Do strachu i niechęci przyczynia się też sprowadzanie problemu HIV/AIDS do „grup ryzyka", czyli złych, niedobrych ludzi, którzy zachowują się w sposób trudny do zaakceptowania przez większość społeczeństwa i dlatego tzw. normalnym ludziom nic nie grozi. Podtrzymywanie przekonania o istnieniu „grup ryzyka" sprawia też, że lekarze zwykle nie są zainteresowani objawami, chorobami, które powinny nasunąć podejrzenie, że w ich tle może być HIV. Kilka lat temu, na szkoleniu dla lekarzy medycyny rodzinnej, jeden z nich powiedział: *Jeśli populacja zakażonych jest w Polsce tak niewielka, to nie widzę powodu, żeby zaśmiecać sobie głowę informacjami*

praktycznie niepotrzebnymi. Konsekwencją istniejącej sytuacji jest to, że w Polsce ludzie w dalszym ciągu chorują na AIDS i na AIDS umierają. Mimo, że od 1996 roku także w naszym kraju dostępne są leki, które pomagają kontrolować zakażenie i żyć tak samo długo jak średnia populacji Polski. Ludzie zakażeni HIV żyją coraz dłużej, coraz częściej ponad 70 lat [2], jeśli mają dostęp do właściwego leczenia. W związku z tym dotykają ich choroby, na które zapadają ludzie starsi, a, które nie mają żadnego związku z HIV. Do szpitali trafiają też ludzie z AIDS, którzy nie wiedzą o swoim zakażeniu, bo nigdy nie zrobili sobie testu. Powinni mieć szanse na właściwe rozpoznanie ich choroby, szanse na uratowanie im życia.

Ten rozdział ma pomóc pracownikom opieki zdrowotnej traktować ludzi z HIV/AIDS tak samo dobrze jak wszystkich innych pacjentów.

Kto w Polsce jest zakażony HIV?

Dane epidemiologiczne mówią, że w Polsce od rozpoczęcia badań w okresie od 1985 roku do 30 września 2014 roku zakażenie HIV rozpoznano u 19 615 osób, w tym u 6 111 osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, u 2 451 mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami (MSM) i u 1 386 osób heteroseksualnych [3]. Duża liczba zakażeń wśród przyjmujących narkotyki w iniekcjach jest pokłosiem epidemii zażywania heroiny w iniekcjach w latach 90. XX wieku. Obecnie większość zakażeń przenoszonych jest przez kontakty seksualne [4].

W 2013 roku zakażenie HIV rozpoznano u 1 098 osób, najczęściej mających od 20 do 39 lat (805 przypadków – 73,3%), najczęściej u mężczyzn (940 przypadków – 85,6%) [4].

Jednak zakazić się HIV można w każdym wieku. Ludzie w Polsce żyją coraz dłużej i lepiej, więc zakażenia HIV dotyczą też osób mających ponad 75 lat [5].

Od początku epidemii do 30 września 2013 roku AIDS (końcowe stadium zakażenia HIV) rozpoznano u 3 294 osób, z których 1 315 zmarło [4].

W 2013 roku AIDS zdiagnozowano w 163 przypadkach (0,42 na 100 tys.), u 153 mężczyzn (81,6%) i 30 kobiet (18,4%), [3]. Najwięcej przypadków u osób w wieku 30-39 lat. Najczęstszą chorobą wskaźnikową AIDS rozpoznawaną w Polsce jest zespół wyniszczenia (46 przypadków – 28,2%), który jest stanem pojawiającym się w bardzo późnym stadium zakażenia, po wielu latach jego trwania. Drugim co do częstości zgłaszania rozpoznaniem było zapalenie płuc wywołane *Pneumocystis jiroveci* (dawniej *P. carinii*, 31 przypadków – 19,0%).

Problemem ciągle jest to, że HIV u ponad połowy pacjentów rozpoznawany jest niemal równocześnie z AIDS. W ciągu trzech miesięcy od potwierdzenia zakażenia HIV rozpoznano AIDS u 92 chorych – 56,4%. Spośród 163 chorych z AIDS tylko 40 osób (24,5%) było wcześniej leczonych lekami antyretrowirusowymi (albo przynajmniej podjęto taką próbę) przed wystąpieniem chorób wskaźnikowych [4].

System opieki nad osobami zakażonymi HIV i chorymi na AIDS w Polsce

W Polsce leczeniem osób z HIV/AIDS (hospitalizacje, terapia ambulatoryjna) zajmują się lekarze chorób zakaźnych pracujący w Ośrodkach Referencyjnych, zwykle znajdujących się w miastach, w których są uczelnie medyczne, choć nie jest to regułą. Leczeniem HIV/AIDS zajmują się też lekarze specjaliści w Zielonej Górze i Ostródzie. Pełna aktualna lista Ośrodków Referencyjnych znajduje się na stronie Krajowego Centrum do spraw AIDS (www.aids.gov.pl).

Od wielu lat diagnostyka zakażeń prowadzona jest w sieci punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), w których testy wykonywane są bezpłatnie, bez skierowania i anonimowo. Lista tych punktów, z adresami oraz dniami i godzinami przyjęć jest także na stronie Krajowego Centrum. Istotne jest, że testy wykonywane są z profesjonalnie prowadzonym poradnictwem przed i po jego wykonaniu. Wszelkie wątpliwości osób poddających się badaniu wyjaśniają doradcy certyfikowani przez Krajowe Centrum.

Hospitalizacja pacjenta zakażonego HIV z perspektywy pracowników opieki medycznej

W początkach epidemii AIDS, zwłaszcza po wykazaniu, że wirus przenosi się przez krew, pojawił się strach wśród pracowników medycznych, zwłaszcza chirurgów, ginekologów, stomatologów, przed zakażonymi HIV pacjentami. Ale bardzo szybko wykazano, że nie jest to najbardziej zakaźny wirus. Znacznie łatwiej zakazić się można podczas wykonywania pracy zawodowej wirusami zapaleń wątroby typu B i C (ponad 10 razy łatwiej HCV i ponad 100 razy łatwiej HBV). W latach 90. robiono badania doświadczalne, w których dowiedziono, że używanie rękawic lateksowych zmniejsza ilość krwi, która dostanie się do miejsca zakłutego igłą do iniekcji o 46-63%, a w przypadku zakłucia igłą chirurgiczną nawet o 86% [6]. Narażone na zakażenie HIV są

pielęgniarki, bo to one najczęściej używają igieł do iniekcji, najbardziej niebezpiecznym w przenoszeniu zakażeń narzędziem w opiece medycznej. W obserwacjach amerykańskich do 20% zakłuć dochodzi w trudnych do przewidzenia okolicznościach, jak np. nagłe poruszenie się pacjenta lub współpracownika [7]. W USA od 1987 roku prowadzone są intensywne szkolenia, dotyczące niepotrzebnego ryzyka zakażenia HIV w następstwie zakładania na używaną igłę do iniekcji plastikowej osłonki. W Polsce ciągle jeszcze zakłada się plastikową osłonkę na świeżo używaną igłę, co jest łatwym sposobem zakłucia się nią [8]. Mimo to w Polsce nie udokumentowano zakażenia nabytego podczas wykonywania pracy zawodowej w opiece zdrowotnej.

Wiedza chirurga o tym, że operuje zakażonego HIV pacjenta nie zmniejsza ryzyka zakażenia. W latach 90. wykazano, iż częstość zakłuć, skaleczeń podczas operacji zwiększa się u lekarzy starających się bardziej niż zwykle, by się nie skaleczyć [9]. M.in. dlatego nie ma uzasadnienia robienie testów pacjentom przed zabiegami operacyjnymi.

Lekarze wykonujący specjalności zabiegowe w Polsce bardzo obawiają się nabycia zakażenia od pacjentów, którymi się zajmują. Zdarza się, że odmawiają udzielenia pomocy [10, 11]. Grupą zawodową najczęściej wypraszających za drzwi pacjentów, którzy poinformują o własnym zakażeniu HIV, są stomatolodzy, pomocy odmawiają też ginekolodzy i chirurdzy. Jednak w wielu badaniach, m.in. amerykańskiego *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), prowadzonych w latach 1996-2001 wśród stomatologów potwierdzono, iż ryzyko zakażenia od pacjenta jest niezwykle małe, w żadnym zaś spośród 208 zgłoszonych przypadków ekspozycji na HIV nie wykazano serokonwersji [12].

Epidemia HIV/AIDS trwa już tak długo, iż wiadomo dokładnie, jak zapobiegać zakażeniom HIV związanym z wykonywaniem pracy w służbie zdrowia. Jeśli więc pacjent mówi pracownikowi służby zdrowia o swoim statusie serologicznym, powinno to stwarzać pracownikowi opieki medycznej komfortową sytuacją. Powinien wiedzieć, iż ze strony pacjenta jest to dowód najwyższej lojalności i szacunku wobec niego, zwłaszcza że pacjenci nie mają obowiązku informowania o swoim zakażeniu. Jedyną osobą, którą człowiek zakażony HIV zobowiązany jest poinformować, jest jego partnerka/partner seksualny. Pracownik opieki medycznej powinien także wiedzieć, jak dbać o swoje bezpieczeństwo. Jeśli jednak jego strach jest większy od wiedzy o HIV/AIDS, powinien skierować pacjenta do innego lekarza, który będzie mógł się nim zająć. Zasady etyki nie pozwalają na odmowę czy pozostawienie pacjenta zakażonego HIV bez pomocy lekarskiej.

Ryzyko zakażenia się HIV od pacjenta pracownika opieki medycznej jest niezwykle małe. Niebezpieczeństwo zakażenia się w następstwie zakłucia, skaleczenia się ostrym narzędziem zanieczyszczonym zawierającą HIV krwią wynosi 0,3% (zakłucie

igłą do iniekcji, zwłaszcza jeśli jest głębokie i/lub dokonane igłą o szerokim świetle kilkakrotnie to ryzyko zwiększa), w następstwie kontaktu zakaźnego materiału z błonami śluzowymi – 0,09%. Jednak od wielu lat wiadomo, że przyjmowanie tylko jednego leku antyretrowirusowego po kontakcie z HIV ryzyko zakażenia zmniejsza o 79 razy [13]. Obecnie w profilaktyce poekspozycyjnej używane są co najmniej dwa, niekiedy trzy leki antyretrowirusowe, co niewątpliwie jeszcze bardziej ryzyko zakażenia zmniejsza. Zalecenia dotyczące wyboru leków, zasad ich stosowania w zapobieganiu zawodowym zakażeniom HIV aktualizowane są przynajmniej raz na dwa lata i są dostępne na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTNAIDS).

Igły do iniekcji i strzykawki, zwłaszcza używane do iniekcji dożylnych, są niebezpiecznym narzędziem, szczególnie jeśli przechowywane są długo w temperaturze pokojowej. Ilustruje to tabela I.

Tabela I. Przetrwanie zdolnego do życia HIV w świetle igły do iniekcji i końcówce strzykawki w temperaturze pokojowej, w zależności od ilości pozostałej w niej krwi (opracowanie własne na podstawie literatury [14]).

Czas przechowywania igieł i strzykawek (w dniach)	**Strzykawki, z których izolowano zdolny do życia HIV (%)**	
	Resztkowa zawartość krwi – 2µl	**Resztkowa zawartość krwi – 20µl**
1	52	86
2-10	26	77
11-21	10	53
22-35	3	30
36-48	0	8

Jednak z przechowywanych w temperaturze 4°C z 50% badanych igieł i strzykawek izolowano zakaźny HIV jeszcze po 42 dniach [15]. Dane te są bardzo istotne dla właściwego obchodzenia się z używanym sprzętem do iniekcji w placówkach medycznych.

W następstwie przetoczenia krwi lub produktów krwiopochodnych zakażenie HIV w Polsce zostało przeniesione na 15 biorców transfuzji i 14 chorych na hemofilię, przy czym wszystkie te przypadki miały miejsce przed 1995 rokiem [16]. W porównaniu z krajami Europy Zachodniej i USA to liczby bardzo niewielkie.

Mimo tych wszystkich informacji, dostępnych przecież od wielu lat, w dalszym ciągu pokutują błędne opinie i strach przed zakażeniem się od pacjenta, a także uprzedzenia wobec osób przyjmujących narkotyki w iniekcjach, mężczyzn utrzymujących kontakty seksualne z mężczyznami [17], ludzi żyjących z HIV.

Opinia publiczna i HIV/AIDS

Epidemia AIDS rozpoczęła się wprawdzie w Afryce [18], ale spostrzeżono ją dopiero wówczas, kiedy w USA zaczęli chorować i szybko umierać młodzi, zdrowi dotąd homoseksualni mężczyźni [19]. Wcześniej w więzieniach Nowego Jorku zaczęły umierać na niepoddające się leczeniu zapalenia płuc kobiety skazane za przestępstwa związane z narkotykami [20], ale na to nie zwrócono uwagi.

W latach 80. publikowano wiele nieprawdziwych informacji o drogach przenoszenia HIV. W 1983 roku w czasopiśmie amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego („Journal of the American Medical Association" – JAMA) opublikowano informacje o AIDS u dzieci, w których pojawiła się sugestia, że choroba może być przenoszona przez kontakty domowe [21]; w artykule redakcyjnym Anthony S. Fauci przyznał, że istnieje możliwość przenoszenia zakażenia z matki na dziecko (co wykazano w innym artykule w tym samym numerze czasopisma [22], ale spekulował też, że *Jeśli (…) nie-seksualne, nie związane z krwią przenoszenie choroby jest możliwe, rozmiary choroby mogą być ogromne* [23]. Podchwycenie tej nieprawdziwej opinii przez media przyczyniło się do zwiększenia strachu przed AIDS w USA, a w konsekwencji stygmatyzacji chorych na AIDS [24]. W tamtych czasach oczy całego świata zwrócone były na Stany Zjednoczone. Informacje rozchodziły się błyskawicznie po całym świecie i wywierały wpływ na wiele sposobów postępowania w kwestach dotyczących HIV/AIDS.

Na początku lat 90. zaczęto dzielić osoby zakażone na „niewinne" i „winne" swojemu stanowi. Niewinne były oczywiście dzieci, które nabyły zakażenie od swoich matek. Nie zastanawiano się nad tym, skąd matki zakaziły się HIV, choć najczęściej zakażali ich pierwsi w ich życiu i zwykle jedyni partnerzy seksualni. Niewinnymi ofiarami byli też biorcy krwi i produktów krwiopochodnych. Opinii publicznej nie interesowało, dlaczego banki krwi wiedząc, że przechowywana w nich krew może być zakaźna, nadal dostarczały ją do szpitali. 27 lipca 1982 roku CDC zorganizowało wprawdzie spotkanie z przedstawicielami banków krwi (ang. *blood industry*), chorych na hemofilię, społeczności gejowskiej oraz przedstawicieli narodowych instytutów zdrowia (*National Institutes of Health* – NIH) i Urzędu do spraw Żywności i Leków (*Food and Drug Administration* – FDA) w celu przekazania informacji, iż AIDS wywoływany jest prawdopodobnie przez drobnoustrój przenoszony przez krew, to nie podjęto żadnych decyzji mogących chronić biorców [25]. Winnymi swojemu zakażeniu byli wszyscy pozostali, najbardziej kobiety.

W połowie lat 90. jeden z czołowych polityków amerykańskich, Timothy M. Westmoreland, członek senackiej podkomisji do spraw zdrowia i środowiska

w latach 1979-1994, pisał w relacji z posiedzenia Kongresu: *W początkach epidemii AIDS wiele współczucia wynikało z tego, że ludzie chorzy byli «tacy jak my», jak politycy i dziennikarze. Niezależnie od orientacji seksualnej chodzili do tych samych szkół, pracowali w tych samych biurach, chodzili do tych samych kościołów i klubów jak inni biali Amerykanie z klasy średniej. Kiedy AIDS dotyczył coraz częściej biednych ludzi, stawał się coraz bardziej jedną z chorób, którą możemy się zająć, ale nie chcemy – podobnymi przykładami były zatrucie ołowiem i kiła… Część tej rosnącej obojętności wiązała się z tym, kto chorował* [26].

Hospitalizacja z perspektywy pacjenta zakażonego HIV

Na początku epidemii HIV/AIDS w Polsce personel medyczny obawiał się kontaktów z osobami zakażonymi i/lub chorymi. W jednym z pierwszych szpitali w Warszawie sala, na której leżeli zakażeni, była zamknięta na klucz. Chorzy nie mieli dostępu do wspólnej łazienki na korytarzu. Nie mogły ich odwiedzać rodziny ani przyjaciele [27].

Krótko po powstaniu pododdziału dla osób z HIV/AIDS w Białymstoku odeszły z pracy wszystkie pracujące na nim pielęgniarki. Zastąpiły je pielęgniarki w wieku przedemerytalnym, skuszone wypłacanym wówczas dodatkiem finansowym za pracę z osobami z HIV/AIDS. Po roku wróciły pracujące wcześniej. Przez ten czas bacznie obserwowały hospitalizowanych pacjentów i istnienie ewentualnych zagrożeń dla ich zdrowia. Uznały, że tacy pacjenci nie są niebezpieczni.

Wolontariuszka ze Szwecji, dr Janina Ludawska, w swoich wspomnieniach z początków epidemii pisała też o występującym w Polsce, nieznanym jej wcześniej, braku tolerancji osób zakażonych w konsekwencji przyjmowania narkotyków w iniekcjach wobec homoseksualnych mężczyzn i odwrotnie [27].

W 2011 roku opublikowano raport z badań dotyczących stygmatyzacji osób z HIV/AIDS (*Stigma Index*) [28]. Była to wspólna inicjatywa czterech partnerskich organizacji międzynarodowych – *Global Network of People Living with HIV* – GNP+ (Globalna Sieć Ludzi Żyjących z HIV), *International Community of Women with HIV/AIDS* – ICW (Międzynarodowa Wspólnota Kobiet Żyjących z HIV/AIDS), *International Planned Parenthood Federation* – IPPF (Międzynarodowa Federacja Planowanego Rodzicielstwa) *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* – UNAIDS (Wspólny Program Narodów Zjednoczonych do spraw HIV/AIDS). W badaniu wzięły udział 502 osoby, w tym 306 mężczyzn (61%) i 196 kobiet (39%). Z zakażeniem HIV ankietowani żyli: 29 osób (6,0%) od 0 do

12 miesięcy, 70 (14%) 1-4 lata, 96 (19%) – 9 lat, 154 (31%) 10-14 lat, 145 (30%) 15 lat i więcej, a 7 osób (1%) nie podało takiej informacji [28].

Prawie 20% (98 badanych) doświadczyło w ciągu ostatnich 12 miesięcy odmowy świadczeń zdrowotnych lub złego traktowania z powodu zakażenia HIV. Przytoczono relacje niektórych pacjentów:

- kobieta (30-39 lat) była pacjentką szpitala zakaźnego i dostała skierowanie do innego szpitala na zabieg. *Gdy stała na korytarzu z pielęgniarką, młody lekarz zaczął krzyczeć, dlaczego szpital zakaźny odsyła im takie śmiecie, zawsze podsyłają im zakażonych HIV i on jej nie przyjmie. Kobieta zaczęła płakać i powiedziała, że do szpitala przyjmują też bezdomnych i pijanych z ulicy. Lekarz odpowiedział, że go to nie obchodzi*;
- w 2010 roku kobieta czterokrotnie próbowała umówić się na wizytę do ginekologa. Za każdym razem lekarz mówił jej, że nie ma odpowiedniego sprzętu i odmawiał jej zbadania;
- kobieta (30-39 lat) – jej zakażenie HIV było głośno omawiane w gabinecie lekarskim, tak że inni pacjenci mogli wszystko słyszeć. Lekarz zirytowany tym, że nie wiedział wcześniej o jej zakażeniu, zapytał, co by się stało, gdyby nie było dostępnej izolatki, bo przecież nie jest możliwe umieszczenie jej w jednym pokoju z innymi pacjentkami. Powtarzał, że jego obowiązkiem jest ochrona lekarza, nie jej, nie może zapewnić jej poufności i że personel musi zakładać dwie pary rękawiczek;
- mężczyzna (w wieku ponad 50 lat, żyjący z HIV ponad 15 lat) w 2010 roku przebywał na oddziale Medycznego Szpitala Uniwersyteckiego w Warszawie. Lekarz wiedział o jego zakażeniu z informacji uzyskanych ze szpitala zakaźnego. Na drzwiach jego sali umieszczono tabliczkę „izolacja kontaktowa". Pielęgniarki bały się pobierać mu krew do badań. Kilkakrotnie robił to za nie sam;
- kobieta (30-39 lat) miała problem z umówieniem wizyty u ginekologa. Wielokrotnie przekładał datę. W końcu do spotkania doszło, a lekarz powiedział jej, *że nie ma obowiązku leczyć osoby zakażonej HIV*.

Osoby żyjące z HIV pytano o zachowywanie tajemnicy lekarskiej dotyczącej ich zakażenia przez personel medyczny. Okazało się, że w przypadku 30% badanych (152 osoby) pracownik opieki zdrowotnej ujawnił komuś informację o ich zakażeniu bez ich zgody (niekiedy wbrew prośbom o zachowanie poufności), a kolejnych 31% (157 osób) nie wykluczało takiej sytuacji. Tylko 37% (183 osoby) odpowiedziały, że poufność ich danych jest zachowywana przez pracowników medycznych. Co piąty badany (20% – 101 osób) był przekonany, że historia jego choroby nie jest poufna, 47% nie było tego pewnych i zaledwie 30% (150 osób) odpowiedziało, że jest przekonanych o poufności historii ich choroby.

Sposób traktowania osób zakażonych HIV, zbyt często negatywny, wpływa też na postrzeganie siebie przez samych ludzi żyjących z HIV. Polskich pacjentów pytano o internalizację negatywnych postaw społecznych wobec osób zakażonych HIV (internalizację stygmatyzacji): 267 osób (53%) winiło siebie za zakażenie HIV, 209 (42%) czuło wstyd z powodu zakażenia HIV, 191 (38%) miało niskie poczucie własnej wartości z powodu zakażenia HIV, 188 (38%) miało poczucie winy z powodu zakażenia HIV, a 90 (18%) miało myśli samobójcze z powodu zakażenia HIV.

W wyniku stygmatyzacji (zewnętrznej lub wewnętrznej) ankietowani przyznali, że unikali pewnych sytuacji: 123 badanych (25%) zdecydowało się nie uczestniczyć w wydarzeniach społecznych i rodzinnych, odizolowali się od rodziny i przyjaciół, a 90 (18%) podjęło decyzję, by nie wychodzić za mąż lub nie żenić się z powodu zakażenia [28].

Z danych dostępnych w literaturze wynika, że internalizacja stygmatyzacji nie jest problemem tylko polskich pacjentów. Wiadomo też już, że dotyka ludzi żyjących z HIV w większym stopniu niż stygmatyzacja wyrażana przez społeczeństwo. W badaniach Kalichmana i wsp. okazało się, że w porównywalnych grupach osób, zakażonych i niezakażonych, to osoby HIV+ ponad 2 razy częściej czuły się brudne, miały poczucie, że zasłużyły na swój los, czuły się winne [29]. To jedno z pierwszych, jeśli nie pierwsze badanie tej sfery życia z HIV, której nie poświęca się zbyt wiele uwagi, jak zauważyli eksperci z Francji [30]. A przecież zła samoocena, wstyd, poczucie winy przyczyniają się nie tylko do pogorszenia jakości życia osób zakażonych, ale mają też negatywne konsekwencje dla ich terapii, dokładności stosowania się do zaleceń związanych z przyjmowaniem leków (adherencji), wiążą się też z przerywaniem leczenia, które przecież raz rozpoczęte powinno być kontynuowane do końca życia.

Ankietowani pacjenci wykazywali wysoki poziom lęku przed tym, co może im się przydarzyć z powodu zakażenia HIV: 299 badanych (60%) bało się plotek, 214 (43%) obawiało się słownego obrażania, a 155 (31%) bało się fizycznej napaści [28].

Hospitalizacja pacjenta nieświadomego swojego zakażenia HIV

W Polsce niewiele osób wykonuje testy na HIV. Większość funduszy przeznaczanych na HIV/AIDS wydawanych jest na leki, niewiele środków przeznaczanych jest na profilaktykę zakażeń. W dodatku proponowane kampanie profilaktyczne napotykają trudności w ich przeprowadzaniu wyłącznie ze względów politycznych,

nie merytorycznych. Nie jest prowadzona edukacja dotycząca seksualności człowieka w szkołach, ale też na wielu uczelniach kształcących lekarzy.

Jak już wspominano, w Polsce często zakażenie HIV rozpoznawane jest niemal równocześnie z AIDS [4]. Nie można wykluczyć, że w Polsce ludzie umierają na AIDS, ale ani pacjent, ani lekarz leczący nie są tego świadomi (pacjenci czasem umierają, mimo starań lekarzy). Brak wiedzy o drogach przenoszenia się HIV, a także długie, trwające średnio 10 lat, stadium bezobjawowe zakażenia, niewykonywanie testów przyczyniają się do tego, że w Polsce ludzie chorują i umierają na AIDS. Dzieje się tak, mimo że od połowy lat 90. także w naszym kraju dostępne są leki pozwalające znacząco hamować replikację wirusa, wydłużające życie i zmniejszające zakaźność osób zakażonych.

W 2010 roku opublikowano wyniki badań wiedzy studentów VI roku wydziału lekarskiego, z których wynikło, że choć ponad 50% ankietowanych oceniało swoją wiedzę o HIV/AIDS jako bardzo dobrą i dobrą, to ponad 40% twierdziło, że nie ma takich objawów, które pomogą lekarzowi pierwszego kontaktu nasunąć podejrzenie zakażenia, a znacząca większość nie potrafiła wymienić nawet nazw chorób wskaźnikowych AIDS, nie wspominając o ich objawach i metodach leczenia [31]. Nie dotyczy to tylko jednej uczelni medycznej.

W początkach epidemii HIV/AIDS jeśli zakażenie rozpoznawano poza Ośrodkiem Referencyjnym, standardem było, że przed uzyskaniem wyniku dodatniego testu potwierdzenia (testy przesiewowe bywają często fałszywe dodatnie) przekazywano pacjenta do jednego z Ośrodków. Obecnie jest już lepiej, rozpoznanie zakażenia u hospitalizowanego pacjenta skłania do konsultacji z lekarzem mającym doświadczenie w leczeniu osób HIV(+), a nie do odesłania pacjenta. Ale zdarzają się też sytuacje tragiczne. Jakub Janiszewski w książce *Kto w Polsce ma HIV?* opisał historię 29-letniej kobiety. Po poinformowaniu jej o zakażeniu (lekarze pomyśleli, że w tle pogarszającego się stanu pacjentki może być HIV, poprosili o zgodę na wykonanie testu – zgodnie z zasadami Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS) zaczęła wykazywać „pogorszenie nastroju" (normalne po otrzymaniu złej wiadomości), w związku z czym przekazano ją na psychiatrię, gdzie po miesiącu (dopiero!) od rozpoznania włączono jej leki antyretrowirusowe, ale mimo to zmarła [32].

Doświadczenia polskich pacjentów z momentu, w którym poinformowano ich o zakażeniu są wraz z czasem trwania epidemii mniej traumatyczne. Jednak w latach 1997-2008 ciągle ponad 25% osób nie pytano o zgodę na test (w latach 1988-1996 nie proszono o wyrażenie zgody ponad 48% pacjentów). Częściej informował o wyniku lekarz (ponad 75% przypadków wobec ponad nieco 50% w początkach epidemii), częściej udzielano też informacji o możliwościach terapeutycznych (ponad 75% wobec 43% w początkach epidemii), [33]. W latach 90.

w Wielkiej Brytanii pisano, iż w Polsce przyjmujących narkotyki w iniekcjach, angażujących się w kontakty seksualne z tą samą płcią i uprawiających seks pozamałżeński uznawano za obcych, grzesznych, niezasługujących na przychylność [34]. Pozostaje mieć nadzieję, że z upływem czasu ulega to zmianie, choć doświadczenia krajów Europy Zachodniej nie są zbyt optymistyczne. We Francji nadal istnieją rasizm, seksizm i homofobia [35].

Kilka lat temu na jednym ze spotkań psychologów i lekarzy z ludźmi żyjącymi z HIV ponad 60-letni mężczyzna, którego zakażenie w ostatniej chwili rozpoznał młody lekarz, powiedział: *Dopóki mnie to nie spotkało, to o zakażonych HIV myślałem tak jak wszyscy. Niedobrze. Ale teraz cieszę się, że mnie to trafiło. Inaczej nie spotkałbym tylu pięknych ludzi*. Miał na myśli innych ludzi żyjących z HIV.

Piśmiennictwo

1. Sontag S., *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, przeł. Anders J., Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1999.
2. Nakagawa F., Lodwick R. K., Smith C. J., Smith R., Cambiano V., Lundgren J. D., et al., *Projected life expectancy of people with HIV according to timing of diagnosis*, „AIDS" Lond. Engl., 2012, 26, 335-43.
3. Rosińska M., Niedźwiedzka-Stadnik M., Pielacha M., *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce*, Zakład Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm, data pobrania 02.02.2016.
4. Niedźwiedzka-Stadnik M., Pielacha M., Rosińska M., *HIV and AIDS in Poland in 2013*, „Przegląd Epidemiologiczny", 2015, 69, 267-272.
5. Bąkowska E., Cielniak I., Święcki P., et al., *HIV infection in ageing population. Case report of three patients over 75 years old,"*HIV & AIDS Review"*,* 2008, 7, 21-25.
6. Mast S. T., Woolwine J. D., Gerberding J. L., *Efficacy of gloves in reducing blood volumes transferred during stimulated needlestick injury*, „Journal of Infectious Diseases", 1993, 168, 1589-92.
7. Doebbeling B. N., *Lessons regarding percutaneous injuries among health care providers*, „Infection Control and Hospital Epidemiology", 2003, 24, 82-85.
8. Rogowska-Szadkowska D., Stanisławowicz M., Chlabicz S., *Risk needle stick injuries in health care workers bad habits (recapping needles) last long*, „Przegląd Epidemiologiczny", 2010, 64, 293-295.
9. Gerberding J. L., *Does knowledge of human immunodeficiency virus infection decrease the frequency of occupational exposure to blood?*, „American Journal of Medicine", 1991, 91, 308-311.

10. Jabłonowska E., Małolepsza E., *Stopień akceptacji pacjentów HIV+ przez pracowników służby zdrowia w regionie łódzkim w ocenie samych zakażonych*, „Wiadomości Lekarskie", 2007, 60, 497-501.
11. Rogowska-Szadkowska D., Ołtarzewska A. M., Sawicka-Powierza J., Chlabicz S., *Medical care of HIV-infected individuals in Poland: impact of stigmatization by health care workers*, AIDS Patient Care STDs., 2008, 22, 81-84.
12. Cleveland J. L., Barker L., Gooch B. F. et al., *The National Surveillance System for Health Care Workers Group of the Center for Disease Control and Prevention. Use of HIV post-exposure prophylaxis by dental health care personnel: an overview and updated recommendations*, „Journal of American Dental Association", 2002, 133, 1619-1626.
13. Centers for Disease Control (CDC), *Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994*, „Morbidity and Mortality Weekly Report", 1995, 44, 929-933.
14. Abdala N., Stephens P. C., Griffith B. P., Heimer R., *Survival of HIV-1 in syringes*, „Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology", 1999, 20, 73-80.
15. Abdala N., Reyes R., Carney J. M., Heimer R., *Survival of HIV-1 in syringes: effects of temperature during storage*, „Substance Use & Misuse", 2000, 35, 1369-1383.
16. Seyfriedowa H., *Strategia zapobiegania poprzetoczeniowemu zakażeniu HIV*, „Seksuologia", 1995, 4, 3-6.
17. Rogowska-Szadkowska D., Kozłowski A., Marzec-Bugusławska A., *Opinions and attitudes of students before completion of medical students toward men who have sex with men (MSMs) and injection drug users (IDUs) living with HIV/AIDS*, „HIV & AIDS Review", 2008, 7, 16-20.
18. Saxinger W. C., Levine P. H., Dean A. G., et al., *Evidence for exposure to HTLV-III in Uganda before 1973*, „Science", 1985, 227, 1036-1038.
19. Gottlieb M. S., Schroff R., Schanker H. M., et al., *Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency*, „New England Journal of Medicine", 1981, 305, 1425-1431.
20. Corea G., *The invisible epidemic. The story of women and AIDS*, Harper Perennial, New York 1992.
21. Oleske J., Minnefor A., Cooper R., et al., *Immune deficiency syndrome in children*, „Journal of American Medical Association", 1983, 249, 2345-2349.
22. Rubinstein A., Sicklick M., Gupta A., et al., *Acquired immunodeficiency with reversed T4/T* ratios in infant born to promiscuous and drug-addicted mothers*, JAMA 1983, 249, 2350-2356.
23. Fauci A., *Acquired immunodeficiency syndrome – the ever-widening clinical spectrum*, JAMA, 1983, 249, 2375-2376.
24. Wright J., *„Only your calamity". The beginnings of activism by and for people with AIDS*, „American Journal of Public Health", 2013, 103, 1788-1798.
25. Evatt B. L., *The tragic history of AIDS in the hemophilia population*, 1982-1984, „Journal of Thrombosis and Haemostasis", 2006, 4, 2295-22301.

26. Westmoreland T. M., *AIDS and politics: health and taxes*, „Bulletin of the New York Academy of Medicine".,1995, 72, suplement 1, 273-282.
27. Ludawska J., *Z doświadczeń wolontariuszki*, Krajowe Centrum ds. AIDS, Warszawa 2014.
28. Sieć Plus, *Global Network of People Living with HIV, HIV in Europe. Working together for Optimal Testing and earler Care. Ludzie żyjący z HIV Stigma index. Polska. Grudzień 2011.Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć plus"*, Warszawa 2011.
29. Kalichman S. C., Simbay L. C., Cloete A., et al., *Measuring AIDS stigmas in people living with HIV/AIDS: the Internalized AIDS0Related Stigma Scale*, „AIDS Care", 2009, 21, 87-93.
30. France N. F., Macdonald S. H., Conroy R. R., et al., *„An unspoken world of unspoken things": a study indentifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland*, „Swiss Medical Weekly", 2015, 145, w14113.
31. Rogowska-Szadkowska D., Chlabicz S., *Does the poor HIV/AIDS knowledge among medical students may contribute to late diagnosis?*, „Przegląd Epidemiologiczny", 2010, 64, 41-45.
32. Janiszewski J., *Kto w Polsce ma HIV?*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2013.
33. Rogowska-Szadkowska D., Chlabicz S., Gąsiorowski J., Zubkiewicz-Zarębska A., Knysz B., *Experience of Polish patients diagnosed with HIV before and after highly active antiretroviral therapy (HAART) availability*, „HIV AIDS Review", 2013, 12, 9-13.
34. Danziger R., *Discrimination against people with HIV and AIDS in Poland*, „British Medical Journal", 1994, 308, 1147-1148.
35. Marsicano E., Dray-Spira R., Lert F., et al., *Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France: results from the ANRS-Vespa 2 study*, „AIDS Care" 2014, Suppl. 1, S97-S106.

Mateusz Cybulski

SPECYFIKA HOSPITALIZACJI PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU

Wprowadzenie

Aktualna sytuacja demograficzna na całym świecie, w szczególności w Europie, a tym samym w Polsce, wskazuje na znaczny wzrost udziału osób starszych, tj. powyżej 60. roku życia, w strukturze społeczeństwa. Wzrost liczby osób starszych w strukturze społecznej determinowany jest przede wszystkim wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, na który wpływa m.in. poprawa warunków bytowych w tej grupie społecznej, lepszy dostęp i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także wzrost wiedzy seniorów w zakresie podstawowych zasad profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, przekładający się na większą ilość zachowań prozdrowotnych w tej grupie wiekowej.

Prognozy demograficzne, opracowane przez Główny Urząd Statystyczny wskazują, iż do 2050 roku będziemy mieli do czynienia ze znacznym zmniejszeniem liczby dzieci i osób dorosłych w strukturze społeczeństwa polskiego, natomiast zwiększy się liczba i udział osób starszych. Do 2015 roku prognozuje się przyrost o 19% w miastach i o prawie 17% na wsi. Tym samym udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35% [1]. Zgodnie z założeniami prognozy osoby co najmniej 80-letnie będą w 2050 roku stanowiły 10,4% populacji kraju, podczas gdy w 2013 roku było to 3,9%. Spośród 3,5 mln mieszańców Polski będących w 2013 roku w wieku 80 lat i więcej, w końcowym roku prognozy ponad 59 tys. ukończy 100 lat [cyt. za 1].

W związku z przedstawionymi trendami demograficznymi należy mieć na względzie rozwój rynku usług zdrowotnych z zakresu geriatrii, bowiem w najbliższych latach pacjent w podeszłym wieku będzie stanowić istotne i jedno z najważniejszych ogniw systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Rozwój geriatrii w Polsce

Aktualnie geriatria przeżywa istotny rozkwit jako dyscyplina medyczna w Polsce i jest w kręgu zainteresowań decydentów politycznych oraz licznych organizacji pozarządowych, wspierających sektor opieki zdrowotnej (np. od 2013 roku Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy).

Milowym krokiem w docenieniu geriatrii jako jednej z dyscyplin medycyny było wydanie w 2003 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia, określające m.in. program kształcenia specjalistycznego w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego oraz uściślające proces kształcenia w tej specjalizacji. Rok później Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym geriatria została uznana jako priorytetowa dziedzina medycyny. Niestety mimo podjętych kroków zainteresowanie lekarzy i pielęgniarek wspomnianą specjalizacją było nikłe – większe zainteresowanie w tych grupach profesjonalistów medycznych wzbudziło kształcenie w zakresie opieki długoterminowej. Dopiero w ostatnich latach uruchomienie programu pod nazwą *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej*, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego pod kierownictwem Ministerstwa Zdrowia, spowodowało wzrost zainteresowania tematyką geriatryczną w głównej mierze dzięki licznym szkoleniom, adresowanym do lekarzy rodzinnych, pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz opiekunów medycznych.

W 2007 roku powołano Zespół ds. Gerontologii, działający przy Ministrze Zdrowia, którego celem było kontynuowanie podjętych wcześniej prac nad przygotowaniem ustawy, mającej wprowadzić standard świadczeń geriatrycznych m.in. na stacjonarnym oddziale geriatrycznym i w poradni geriatrycznej oraz opisanie roli lekarza-geriatry w systemie opieki zdrowotnej oraz zasad jego współpracy z innymi lekarzami i instytucjami [2]. W 2015 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zdecydował się uwzględnić całościową ocenę geriatryczną (COG) jako świadczenie refundowane w ramach katalogu szpitalnych świadczeń refundowanych. Niestety nie udało się wprowadzić COG do katalogu świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W ostatnich latach obserwujemy wzrost zainteresowania specjalizacją geriatryczną. Do roku 2000 tytuł specjalisty geriatrii uzyskało 180 lekarzy, zaś w roku 2014 było 321 specjalistów, a 119 lekarzy było w trakcie specjalizacji [3]. Pomimo pozytywnych tendencji w rozwoju geriatrii jako dyscypliny medycznej liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w wieku 65 lat i więcej nadal jest najniższa w Europie (w tym miejscu warto wspomnieć o niedoborze personelu

lekarskiego i pielęgniarskiego w Polsce w ujęciu całościowym). Odnotowano również wzrost liczby szpitalnych oddziałów geriatrycznych z 12 w 1990 roku do 34 w 2014 roku i łóżek geriatrycznych w szpitalach z 511 w roku 1990 (0,13 łóżka/1000 osób w wieku 65 lat i więcej) do 776 łóżek w 2014, jednak z powodu dużego przyrostu osób w podeszłym wieku oba wskaźniki nadal są niezadowalające. Raport NIK, opublikowany w 2015 roku, krytycznie ocenia działania w zakresie polityki zdrowotnej w odniesieniu do osób starszych [3]. Zwraca uwagę na to, że w Polsce nie ma systemu geriatrycznej opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym, brakuje lekarzy geriatrów, dostępność opieki geriatrycznej jest niewystarczająca, a dodatkowo wykazuje duże zróżnicowanie terytorialne.

Całościowa Ocena Geriatryczna (COG) jako istotny element diagnostyczny pacjenta geriatrycznego

COG jest złotym standardem postępowania diagnostycznego w geriatrii. Zgodnie z definicją COG jest wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym służącym do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta celem oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych i ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych [cyt. za 4]. Głównym celem COG jest zaplanowanie i zorganizowanie kompleksowej opieki nad pacjentem starszym, uwzględniającej terapię, rehabilitację oraz opiekę długoterminową, a także zoptymalizowane wykorzystanie wszelkich zasobów, które można wykorzystać w późniejszej terapii. Wartym podkreślenia jest fakt, iż COG ma charakter interdyscyplinarny, tzn. nie skupia się tylko i wyłącznie na aspekcie biologicznym, *stricte* medycznym, klinicznym, lecz odpowiada definicji zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) – skupia się również na aspekcie psychicznym i społecznym. Tym samym dzięki interdyscyplinarnemu podejściu daje szansę wykrycia problemów niewidocznych przy tradycyjnym podejściu medycznym do pacjenta w starszym wieku [5].

Najważniejszą zasadą podejścia geriatrycznego, prócz interdyscyplinarnej współpracy jest zespołowa praca wszystkich wykwalifikowanych pracowników, mających styczność z pacjentem starszym, tj. lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, opiekuna medycznego, terapeuty środowiskowego, pracownika socjalnego, a w razie potrzeby również logopedy, dietetyka, farmaceuty oraz kapelana. Ich głównym zadaniem jest przede wszystkim indywidualna ocena za pomocą

profesjonalnych narzędzi w zakresie wykonywanego zawodu, a następnie określenie najważniejszych obszarów, w których dany pacjent potrzebuje pomocy bądź interwencji medycznej. Zdefiniowane problemy powinny być następnie rozwiązywane wspólnie w ramach interdyscyplinarnego geriatrycznego zespołu terapeutycznego [5]. Liderem zespołu z zasady jest lekarz – pełni on najważniejszą funkcję najczęściej z powodu występowania u jednego pacjenta kilku jednostek chorobowych. W wyjątkowych sytuacjach liderem może być pielęgniarka POZ, ponieważ pełni ona funkcję pielęgniarki środowiskowej, w związku z czym ma możliwość wczesnego dostrzeżenia problemów związanych z funkcjonowaniem pacjenta geriatrycznego w środowisku. Niezbędnym warunkiem do efektywnej pracy zespołu terapeutycznego są wspólne spotkania wszystkich jego członków w celu indywidualnego omówienia sytuacji i stanu zdrowia poszczególnych pacjentów i podziale zadań między poszczególnych specjalistów, wchodzących w skład zespołu. W tego typu spotkaniach powinna brać udział również sama osoba starsza bądź jej opiekun, najczęściej członek rodziny [5].

Do najczęściej stosowanych kwestionariuszy w COG, rekomendowanych przez ekspertów w dziedzinie geriatrii, należą:

- Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL, ang. *Activities of Daily Living*) wg Katza – kwestionariusz rejestrujący zdolność chorego do samodzielnego odżywiania i zabiegów pielęgnacyjnych oraz możliwości swobodnego przemieszczania się w pomieszczeniu, a więc podstawowych czynności dnia codziennego [cyt. za 6];
- Skala oceny instrumentalnych czynności życia codziennego wg Lawtona (I-ADL, ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) – skala, która bada zdolność do prowadzenia samodzielnego życia, obejmująca ocenę podstawowych czynności codziennego życia, tj. samodzielne wykonywanie zakupów, zarządzanie własnymi finansami, prowadzenie gospodarstwa domowego, wykonywanie prania, przygotowywanie posiłków, zdolność korzystania z komunikacji, obsługę telefonu oraz przyjmowanie zaleconych leków [7];
- Indeks oceny podstawowych czynności w życiu codziennym wg Barthel – narzędzie służące do oceny poziomu sprawności funkcjonalnej, oceniające 10 czynności, przypisując im odpowiednie wartości punktowe, pozwalające na określenie stopnia samodzielności pacjenta [8];
- Geriatryczna skala oceny depresji wg Yesavage'a – narzędzie umożliwiające dokonywanie oceny natężenia objawów depresji u osób starszych w ciągu ostatnich 2 tygodni, składające się z 30 krótkich pytań z dwiema możliwościami odpowiedzi do wyboru (tak/nie); w Polsce popularna jest też wersja skrócona omawianego narzędzia, tzw. „wersja 15-punktowa" [9];

- Test rysowania zegara wg Watsona i wsp. (CDT, ang. *Clock Drawing Test*) – proste narzędzie, które ma na celu ocenić występowanie podstawowych objawów demencji (procesy wzrokowo-przestrzenne, planowanie przebiegu czynności poznawczych oraz myślenie abstrakcyjne), polegające na narysowaniu okrągłej tarczy zegara i wpisaniu przez pacjenta w tarczę liczb oznaczających godziny, a następnie narysowaniu wskazówek zegara wskazujących godzinę 11.10 [10];
- Krótka skala oceny stanu psychicznego (MMSE, ang. *Mini Mental State Examination*) – szybka do przeprowadzenia i prosta skala, która pozwala ocenić podstawowe elementy aktywności poznawczej, tj. orientację w miejscu i czasie, pamięć, zdolność liczenia, uwagę i koncentrację oraz funkcje językowe (nazywanie, czytanie, pisanie) [11];
- Skala oceny ryzyka rozwoju odleżyn (skala Norton) – skala pomagająca określić i zmniejszyć ryzyko powstania odleżyn, podjąć działania profilaktyczne oraz skrócić czas hospitalizacji, uwzględniająca ocenę stanu fizycznego, stanu psychicznego (świadomość), aktywności fizycznej, umiejętności poruszania się i trzymania stolca oraz moczu [12];
- Test „Wstań i idź" (TUG, ang. *Timed Up and Go*) – narzędzie służące do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej, polegające na wykonaniu na komendę „START" przez badanego siedzącego na krześle następujących czynności: wstania z krzesła, pokonania po płaskim terenie w normalnym tempie dystansu 3 metrów, przekroczenia linii kończącej wyznaczony dystans, wykonania obrotu o 180 stopni, powrotu do krzesła i ponownego przyjęcia pozycji siedzącej. Wynikiem testu jest czas potrzebny na wykonanie zadania [13, 14];
- Skala Tinetti (POMA, ang. *Performance-Oriented Mobility Assessment*) – skala służąca do oceny równowagi i chodu (za jej pomocą ocenia się wykonanie 16 zadań, w tym 9 pozwalających na ocenę utrzymania równowagi przy wykonywaniu różnych czynności i 7 oceniających chód), będąca rozszerzeniem testu „Wstań i idź" [15];
- Kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (MNA, ang. *Mini Nutritional Assessment*) – narzędzie oceniające stan odżywienia, składające się z kombinacji pomiarów antropometrycznych, oznaczenia wskaźnika masy ciała (BMI, ang. *body mass index*) i zebrania informacji o aktualnych nawykach żywieniowych, ilości oraz jakości spożywanych pokarmów, pozwalające wykryć zaburzenia w odżywianiu, zanim dojdzie do spadku masy ciała lub pojawienia się niedoborów białkowych oraz na zastosowanie wczesnej interwencji żywieniowej [16].

Specyficzne cechy i zjawiska w terapii pacjenta geriatrycznego

Zmiany fizjologiczne związane z procesem starzenia powstają w wyniku działania i/lub wpływu czynników wewnętrznych, zewnętrznych oraz chorób związanych z wiekiem.

Wraz z wiekiem ograniczają się rezerwy homeostazy ogólnoustrojowej, których jednym z najczęstszych przykładów jest zespół kruchości/słabości (ang. *frailty syndrome*). Powszechnie obowiązującą definicją tego zespołu jest pojęcie autorstwa Lindy Fried, zgodnie z którym jest to *syndrom fizjologiczny, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne, wynikający ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych systemów/układów fizjologicznych, co w konsekwencji prowadzi do podatności na wystąpienie niekorzystnych następstw* [17]. U pacjentów z zespołem kruchości/słabości występuje sarkopenia, czyli utrata masy mięśniowej, zmniejszenie masy ciała/niedożywienie, zmniejszenie siły, tolerancji wysiłku, spowolnienie ruchowe, zaburzenia równowagi, zmniejszona aktywność fizyczna, pogorszenie funkcji poznawczych oraz zwiększona wrażliwość na działanie czynników stresogennych [cyt. za 18]. Konsekwencją zespołu kruchości/słabości często jest niesprawność fizyczna, utrata samodzielności, a w konsekwencji pobyt osób starszych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Do głównych metod profilaktyki zespołu kruchości/słabości należy indywidualnie opracowany program ćwiczeń oraz zoptymalizowane żywienie [18].

Kolejną, a zarazem jedną z najbardziej typowych cech pacjentów geriatrycznych jest wielochorobowość (polipatologia), czyli występowanie kilku przewlekłych chorób w tym samym czasie. Współistnienie kilku jednostek chorobowych wynika zarówno z samego procesu starzenia się, ale jest też konsekwencją rozwoju medycyny i coraz większej skuteczności leczenia wielu chorób [19]. Charakterystyczną cechą wielochorobowości w okresie starości jest współwystępowanie chorób somatycznych oraz zaburzeń psychicznych.

Kolejnym zjawiskiem, istotnie powiązanym z polipatologią, jest politerapia (wielolekowość), która polega na stosowaniu znacznej liczby leków przez pacjenta geriatrycznego w ciągu dnia (najczęściej wielolekowość jest definiowana jako przyjmowanie co najmniej 5 leków, a ciężka wielolekowość – jako stosowanie co najmniej 10 leków). Zjawisko wielolekowości dotyczy statystycznie co drugiej osoby starszej, a ciężkiej wielolekowości – mniej więcej co dziesiątej. Wielolekowość należy analizować i traktować jako możliwy czynnik niesprawności funkcjonalnej, gdyż może ona powodować występowanie objawów powodujących niebezpieczeństwo dla seniorów, np. zwiększone ryzyko upadków [19].

W tym przypadku warto wspomnieć o innym zjawisku, czyli polipragmazji, często mylonym z politerapią. Polipragmazja polega na stosowaniu przez chorego co najmniej jednego leku w sposób zbędny, tzn. bez wskazań lekarskich. Mówiąc prościej – jest to nadmierne i niepotrzebne stosowanie leków. Zamienne, a tym samym mylne używanie tych pojęć wynika z tego, że wraz ze wzrostem liczby pobieranych przez osoby starsze leków narasta ryzyko polipragmazji [19].

Podkreślić należy fakt, że wielochorobowość jest zazwyczaj główną, ale nie jedyną przyczyną wielolekowości. Dość często politerapia ściśle wiąże się ze zjawiskiem samoleczenia, czyli stosowaniem tzw. leków OTC (ang. *over the counter*), będących lekami bez recepty, które chory może zakupić bez konsultacji z lekarzem bądź farmaceutą. Istotnym problemem jest powszechna reklama tych leków w mediach oraz szeroki dostęp do wspomnianych medykamentów nie tylko w aptekach, ale również w sklepach spożywczych, kioskach i na stacjach benzynowych. Oba czynniki determinują wzrost zainteresowania i sprzedaży leków bez recepty we wszystkich grupach wiekowych, w tym wśród osób w podeszłym wieku, które myślą, że leki ogólnodostępne nie wymagające recepty nie wywołują działań niepożądanych dla ich zdrowia, których ryzyko wzrasta wraz ze wzrostem zażywanych leków [19].

Poza wielolekowością i związaną z nią polipragmazją istotnym problemem w farmakoterapii geriatrycznej jest zjawisko niedostatecznego leczenia, czyli niepodawanie leków koniecznych w terapii lub stosowanie zbyt małych dawek [20].

Kolejną specyficzną cechą pacjentów w podeszłym wieku jest występowanie atypowych objawów chorobowych, które należy rozumieć jako objawy kliniczne inne niż powszechne objawy występujące u młodszych grup wiekowych. Najczęstszym niespecyficznym objawem chorobowym wśród pacjentów geriatrycznych są bezbólowe zawały serca [19].

Cechą charakterystyczną dla pacjentów starszych jest także występowanie tzw. wielkich zespołów geriatrycznych.

Wielkie zespoły geriatryczne (ang. *geriatric giants*)

Wielkie zespoły geriatryczne (za Wieczorowska-Tobis) definiowane są jako *przewlekłe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, a przez to negatywnie wpływają na jakość życia starszych pacjentów* [19]. Wielkie zespoły geriatryczne określane są inaczej jako zespoły niesprawności człowieka starszego. Pojęcie to jest dość często błędnie utożsamiane z powszechnie

występującymi chorobami w okresie starości. Wielkie zespoły geriatryczne są stanami często sprawiającymi trudności w terapii i wymagające z zasady interdyscyplinarnego, zespołowego podejścia. Z uwagi na częstość ich występowania, następstwa oraz koszty niezbędnej opieki medycznej i społecznej, zespoły geriatryczne stanowią poważny problem w opiece nad osobami starszymi. Zalicza się do nich przede wszystkim zaburzenia i zespoły otępienne, depresję, trudności w poruszaniu się, upadki i zaburzenia równowagi, zaburzenia wzroku i/lub słuchu, zaburzenia funkcji zwieraczy, a także majaczenie, niedożywienie i politerapię z – będącym często jej następstwem – geriatrycznym zespołem jatrogennym [21].

Najczęstsze przyczyny hospitalizacji osób starszych

Konsekwencją wydłużania się przeciętnego trwania życia oraz postępu cywilizacyjnego społeczeństwa jest wzrost udziału osób w podeszłym wieku wśród pacjentów wymagających hospitalizacji. Najczęściej osoby starsze hospitalizowane są, poza oddziałami geriatrycznymi, na oddziałach wewnętrznych, kardiologicznych oraz neurologicznych [22].

Około 30-40% osób starszych wymaga co najmniej jednej hospitalizacji w ciągu dwóch lat [23]. Według doniesień w piśmiennictwie wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych, w grupie chorych powyżej 60-65 lat, wymieniane są choroby układu sercowo-naczyniowego i choroby układu oddechowego [24-25].

W badaniach przeprowadzonych przez Kaczor i wsp. [26] najczęstszymi przyczynami hospitalizacji pacjentów geriatrycznych były choroby układu krążenia (50%), a następnie zapalenie płuc (31%), zaburzenia wodno-elektrolitowe (30%), zakażenia układu moczowego (18%), cukrzyca i niedokrwistość (po 6%) oraz zaburzenia ze strony układu pokarmowego (5%). W grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób układu krążenia przyczynami przyjęcia do szpitala były najczęściej: zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca (17,5%) oraz zaburzenia rytmu serca – w głównej mierze migotanie przedsionków (12,5%) oraz ostry zespół wieńcowy (8,75%). Najczęstszymi chorobami towarzyszącymi były: nadciśnienie tętnicze (65%), zaburzenia rytmu serca (42%), choroba niedokrwienna serca (35%), przewlekła niewydolność serca (32%) oraz uogólniona miażdżyca (29%) [26].

Jedną z ważniejszych przyczyn hospitalizacji są również upadki osób starszych. Szacunkowe dane wskazują, że w ciągu roku w Polsce upada średnio co

czwarta osoba [27], a około 10% wszystkich upadków jest odpowiedzialnych za hospitalizację poszkodowanych osób [28]. Według danych Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Polsce w 2010 roku z powodu upadków hospitalizowano 45 672 osób powyżej 65. roku życia (883 na 100 tys. mieszkańców). Ponad 72% osób hospitalizowanych w tej grupie stanowiły kobiety [29]. Prawie 70% hospitalizacji osób starszych z powodu upadku było spowodowane upadkiem na tym samym poziomie wskutek potknięcia lub poślizgnięcia. Upadki ze schodów i stopni powodowały 4,3% hospitalizacji, a upadki na tym samym poziomie na lodzie i śniegu spowodowały 3,6% hospitalizacji. Upadek z jednego poziomu na drugi oraz upadki z drabiny spowodowały hospitalizację ogółem 1 167 osób starszych. Prawie 600 hospitalizacji było spowodowane upadkiem z krzesła i łóżka (odpowiednio po 0,7% hospitalizacji) [cyt. za 29].

Z danych międzynarodowych wynika, że liczba osób starszych hospitalizowanych z powodu upadków stale wzrasta. W Holandii w latach 1989-2008 liczba hospitalizacji osób starszych z powodu upadków zwiększyła się aż o 137%, a wskaźnik hospitalizacji wzrósł o 61%. Największy wzrost zanotowano dla osób z grupy wiekowej ponad 75 lat [27]. Również w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich lat (2001-2008) zanotowano znaczny wzrost (o 50%) liczby hospitalizacji osób starszych spowodowanych upadkiem. Obecnie wskaźnik hospitalizacji z powodu upadków osób starszych w Polsce kształtuje się na poziomie podobnym do Holandii w 1989 roku [cyt. za 29].

Coraz bardziej istotnym problemem stają się również hospitalizacje pacjentów geriatrycznych z powodu działań niepożądanych spowodowanych najczęściej błędami w stosowaniu farmakologii geriatrycznej. Częstość tego typu waha się od 3 do 17% [30].

Czynniki ryzyka związane z hospitalizacją osób starszych

Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych w starszym wieku jest częstsze niż w młodszych grupach wiekowych, zaś największy wzrost korzystania z usług szpitala zachodzi w ostatnim roku życia. Osoby starsze w Polsce w znikomym odsetku korzystają z oddziałów geriatrycznych, ponieważ w wielu regionach kraju, w szczególności poza miastami wojewódzkimi i ośrodkami miejskimi, w których funkcjonują uczelnie medyczne, takich oddziałów po prostu nie ma, a w tych, w których są, jest ich stanowczo za mało. Jednocześnie zbyt często osoby

starsze kierowane są do szpitala, ponieważ brakuje innych form opieki lub są one trudno dostępne. W sytuacji załamania stanu zdrowia hospitalizacja jest w wielu wypadkach jedyną możliwością zapewnienia choremu pomocy i opieki. Tymczasem starsi pacjenci doświadczają w szpitalu licznych powikłań, do których należą: infekcje szpitalne, komplikacje procedur diagnostycznych i leczniczych, działania uboczne leków, etc. [31]. Zbędne hospitalizacje powodują zwiększenie ryzyka komplikacji i nierzadko dochodzi do sytuacji, w której schorzenie będące przyczyną hospitalizacji jest wyleczone, ale stan chorego nie pozwala na jego powrót do domu z uwagi na dramatyczny postęp niepełnosprawności i pogorszenie stanu ogólnego. Do tego przyczynia się m.in. brak procedur i narzędzi diagnostycznych, identyfikujących chorych o największym ryzyku komplikacji (np. chorych z zespołem kruchości/słabości), niska edukacja personelu na wszystkich szczeblach wykształcenia medycznego, słaba współpraca interdyscyplinarna, niedobór personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego, niskie nakłady na opiekę nad osobą starszą. Hospitalizacja prawie zawsze jest wyborem korzystnym, ale w sytuacji braku innych, zastępczych form leczenia i braku oddziałów geriatrycznych bywa przede wszystkim koniecznością [cyt. za 31].

Przejawy dyskryminacji osób starszych w systemie ochrony zdrowia

Według Pędicha zjawisko dyskryminacji osób starszych w systemie ochrony zdrowia należy analizować w trzech kategoriach, tj. dyskryminacji formalnej, dyskryminacji nieformalnej oraz dyskryminacji z powodu niedostatecznego standardu opieki geriatrycznej [32].

Dyskryminacja pacjentów geriatrycznych w ujęciu formalnym oficjalnie nie ma miejsca, jednak w aspekcie praktycznym można zaobserwować kilka jej przejawów. Najczęściej są to nieprecyzyjne sformułowania w aktach prawnych dotyczących ochrony zdrowia, ograniczone środki finansowe, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) oraz różnego rodzaju ograniczenia w dostępie osób starszych do wybranych świadczeń zdrowotnych czy dyskwalifikacja do określonej procedury medycznej ze względu na wiek [32].

Dyskryminacja nieformalna ma miejsce w codziennej praktyce placówek opieki zdrowotnej. Najczęściej objawia się okazywaniem niechęci do pacjentów w podeszłym wieku, nieprecyzyjnie przeprowadzanym wywiadem i badaniem lekarskim, lekceważeniem pacjentów i ich uwag. Przejawem pośredniej dyskryminacji nieformalnej są administracyjne zarządzenia NFZ w postaci ograniczania dostępności niektórych świadczeń, np. ograniczenia w finansowaniu okularów,

ograniczenia w otrzymywaniu aparatów słuchowych oraz narzucenia limitów w dostępie do niektórych wysokospecjalistycznych świadczeń oraz zabiegów operacyjnych. Pośrednią formą dyskryminacji mogą być również ograniczenia w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych w miejscu zamieszkania, trudne warunki oczekiwania na wizytę u lekarza, a także obojętny bądź też czasami niegrzeczny stosunek personelu do pacjentów starszych [32].

Dyskryminacja z powodu niedostatecznego standardu opieki geriatrycznej polega przede wszystkim na zakłóceniach we współpracy między podmiotami opieki zdrowotnej a placówkami opieki społecznej, które co do zasady powinny tworzyć zintegrowaną opiekę geriatryczną. Trudności wdrożenia zasad zintegrowanej opieki geriatrycznej wynikają przede wszystkim z niewłaściwego programu kształcenia studentów na wydziałach lekarskich uczelni medycznych oraz w mniejszym stopniu także innych zawodów medycznych. Skutkuje to niedostatecznym przygotowaniem personelu medycznego do nowoczesnej obsługi pacjentów w starszym wieku, a szczególnie do realizacji zasady kompleksowej opieki geriatrycznej [32].

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej mogą być realizowane przez terapeutyczny zespół geriatryczny w warunkach:

- poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna);
- geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna);
- oddziału geriatrycznego (leczenie szpitalne);
- dziennego geriatrycznego oddziału szpitalnego (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej);
- konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w podmiotach leczniczych [2].

Poradnia geriatryczna stanowi element zespołu poradni specjalistycznych albo podmiotu leczniczego posiadającego oddział geriatrii, w dziennym ośrodku opieki geriatrycznej albo jako odrębna jednostka. Zespół geriatryczny tworzący poradnię geriatryczną może także realizować domową opiekę geriatryczną. W skład zespołu geriatrycznego poradni geriatrycznej wchodzi obligatoryjnie co najmniej jeden lekarz – specjalista geriatrii oraz pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i opieki długoterminowej albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, jak również pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego,

zachowawczego lub opieki długoterminowej. Opcjonalnie może to być również fizjoterapeuta oraz psycholog [2].

Domowa opieka geriatryczna realizuje standard postępowania przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki geriatrycznej w formie konsultacyjnych wizyt domowych pacjentom geriatrycznym niemającym wskazań do hospitalizacji, a wymagającym zorganizowania i otrzymywania świadczeń geriatrycznych w miejscu zamieszkania lub pobytu z powodu niezdolności do korzystania z opieki ambulatoryjnej [cyt. za 2]. Wizyty domowe realizuje zespół geriatryczny w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta oraz psycholog.

Oddział geriatryczny realizuje intensywne i kompleksowe procedury diagnostyczne oraz lecznicze u osób starszych w warunkach szpitalnych. W skład zespołu geriatrycznego oddziału geriatrycznego wchodzą:

- ordynator – lekarz mający specjalizację w dziedzinie geriatrii;
- lekarz – minimum jeden na 8 łóżek, a po upływie maksymalnie 3 lat od powołania oddziału geriatrycznego wymagane jest zatrudnienie co najmniej jednego lekarza o specjalizacji w dziedzinie geriatrii albo lekarza, który ukończył co najmniej rok specjalizacji w dziedzinie geriatrii;
- pielęgniarka, o której była mowa wcześniej – minimum jedna na 2 łóżka lub jedna na 3 łóżka, o ile dodatkowo zatrudniony jest opiekun medyczny (minimum jeden na 7 łóżek);
- magister rehabilitacji lub fizjoterapii – minimum jeden na 20 łóżek; dodatkowo fizjoterapeuta minimum jeden na 40 łóżek;
- psycholog – co najmniej równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek [cyt. za 2].

Dzienny geriatryczny oddział szpitalny realizuje krótkotrwałą diagnostykę i leczenie pacjentów geriatrycznych, bez konieczności całodobowej hospitalizacji, a w jego skład wchodzą: lekarz – co najmniej jeden mający specjalizację w dziedzinie geriatrii lub przynajmniej po roku jej trwania, pielęgniarka, fizjoterapeuta oraz psycholog, natomiast konsultacyjny zespół geriatryczny udziela świadczeń w podmiotach leczniczych, które nie dysponują oddziałem geriatrii ani poradnią geriatryczną [2].

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być stosowane u wszystkich pacjentów geriatrycznych, zwłaszcza u tych, którzy w skali VES-13 (ang. *Vulnerable Elders Survey 13*) osiągają przynajmniej 3 punkty [2].

Świadczenia zdrowotne z zakresu geriatrii obejmują co najmniej:

- zapobieganie schorzeniom i niepełnosprawności u osób starszych;
- rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego;

- edukację pacjenta geriatrycznego, jego rodziny lub opiekunów;
- wsparcie psychologiczne [cyt. za 2].

W USA Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne (AGS, ang. *American Geriatrics Society*) opracowało optymalne zasady opieki nad pacjentami geriatrycznymi z wielochorobowością. Zaproponowany dokument swoim zasięgiem objął 5 flagowych obszarów, istotnych dla opieki nad osobami starszymi z polipatologią, tj.: preferencje pacjenta, interpretację danych, rokowanie, wykonalność w środowisku klinicznym oraz optymalizację leczenia i planów opieki [33].

Zasada dotycząca preferencji pacjenta zakłada, iż priorytetem jest ustalenie preferencji pacjenta i uwzględnienie ich przy podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących pacjentów w podeszłym wieku z wielochorobowością.

Zasada dotycząca interpretacji wyników mówi o tym, aby wskazywać ograniczenia baz danych, a interpretacji i stosowania danych pochodzących z piśmiennictwa medycznego należy dokonywać indywidualnie dla każdego pacjenta z polipatologią.

Domena dotycząca rokowania pacjenta stanowi, że wszelkie decyzje podejmowane w stosunku do pacjenta geriatrycznego należy formułować po ocenie ryzyka, obciążeń, korzyści oraz rokowań na przyszłość z uwzględnieniem oczekiwanego dalszego trwania życia, stanu funkcjonalnego czy jakości życia.

Reguła obejmująca wykonalność w środowisku klinicznym zakłada, że przy podejmowaniu decyzji dotyczących pacjenta starszego z wielochorobowością należy wziąć pod uwagę złożoność i wykonalność danego schematu leczenia.

Założenie dotyczące optymalizacji leczenia i planów opieki stwierdza, iż wybierając metody leczenia należy używać strategii, która ułatwi osiągnięcie korzyści przy jednoczesnym zminimalizowaniu szkód oraz polepszy jakość życia osób starszych z polipatologią [33].

Planowanie i projektowanie szpitali z uwzględnieniem potrzeb pacjentów geriatrycznych

Funkcjonujący w Polsce system opieki zdrowotnej jest niedostosowany do potrzeb osób starszych – przede wszystkim nie przystosowuje się do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa [34].

W świetle zachodzących procesów biologicznych i psychicznych towarzyszących starzeniu się zdiagnozowano liczne elementy projektowe szpitala, które mogą wpływać na poprawę funkcjonowania i bezpieczeństwo pacjentów w podeszłym

wieku. Podstawowe elementy występujące w budynku szpitala, odnoszące się do wymogów projektowych skierowanych do osób starszych to [35]: oświetlenie, kolorystyka, informacyjny system graficzny, posadzki i ściany, hole, drzwi i okna, uchwyty i poręcze, korytarze, pochylnie, schody, akustyka oraz wymogi specjalne (umeblowanie, windy, toalety).

Dobre oświetlenie w szpitalach pomaga pacjentom w orientacji oraz wzmacnia poczucie bezpieczeństwa poprzez lepsze widzenie oznakowania poszczególnych elementów szpitala bądź lepsze widzenia innych osób, np. innych pacjentów, personelu medycznego, odwiedzających, itp. Słabe nasycenie światłem zwiększa niepokój i lęk, prowadzi do wzrostu ryzyka upadków oraz powoduje spadek czytelności otoczenia. Wyjątkową pod tym względem grupą pacjentów są osoby starsze, bowiem fizjologiczne zmiany wzroku powodują, że potrzebują one dwa razy więcej światła, niż określają to powszechnie obowiązujące standardy oświetlenia. Badania udowodniły, że wyższy poziom oświetlenia wspomaga zachowania racjonalne [36]. Dostosowując oświetlenie szpitalne do potrzeb osób starszych, zaleca się stosowanie ogólnego, jednorodnego oświetlenia o stałym natężeniu na sufitach i ścianach, bez stosowania oświetlenia punktowego, np. w postaci reflektorów, ponieważ odblaski dezorientują takich pacjentów. Kontrola oświetlenia powinna odbywać się za pomocą zaawansowanych systemów oświetleniowych, które zminimalizowałyby również koszty zużycia energii elektrycznej. Optymalne wykorzystanie światła dziennego można uzyskać za pomocą zastosowania rozjaśniającej ciemne pomieszczenia kolorystyki, która może również blokować nadmierną ilość światła dziennego, co zapobiega stosowaniu żaluzji czy zasłon, mogących ograniczać kontakt z otoczeniem [37].

W związku z szeregiem procesów i zmian upośledzających narząd wzroku wśród seniorów, podczas projektowania środowiska szpitalnego należy pamiętać, iż tego typu osoby mają zaburzone postrzeganie swojego otoczenia. W związku z powyższym elementy szpitalne istotne dla jego użytkownika, jak np. punkty informacyjne, węzły komunikacyjne czy poczekalnie należy projektować, uwzględniając większy kontrast oraz odpowiednie oświetlenie, włączając nie tylko elementy orientacyjne, ale także odpowiednie elementy wyposażenia danego pomieszczenia. Podobna sytuacja powinna mieć miejsce w przypadku schodów (np. zaprojektowanie kontrastującego pasa na krawędzi każdego stopnia). Mniejszy kontrast należy stosować przy oznakowaniu pomieszczeń pracowniczych oraz przy projektowaniu posadzki. Należy przy tym unikać stosowania wzorów i deseni na posadzkach, gdyż mogą, szczególnie osobom z demencją, kojarzyć się z dziurami lub przeszkodami. Nie powinno się też stosować powierzchni błyszczących [37].

Możliwość kontaktu z otoczeniem szpitala poprawia pacjentom samopoczucie oraz zmniejsza poziom odczuwanego stresu. W związku z tym zaleca się

projektowanie odpowiednich, pod względem wielkości oraz usytuowania w stosunku do stron świata i otoczenia, okien (szczególnie w pokojach pacjentów) oraz projektowanie ogrodów z możliwością pielęgnacji roślin (szczególnie przy dłuższych hospitalizacjach), ewentualnie z możliwością ich obserwacji lub po prostu obserwacji aktywności innych, dziennych zmian światła, słońca, chmur, zieleni, itp. Konieczne jest więc stworzenie odpowiednich warunków – bezpiecznego ogrodu z miejscami do siedzenia i czytelnym dojściem do niego czy też zaprojektowanie bardziej specjalistycznych elementów zagospodarowania otoczenia budynku, takich jak np. ścieżki sensoryczne [38].

Dezorientacja jest powszechnym doświadczeniem pacjenta starszego w obcym środowisku szpitalnym. Wynika ze zmniejszonej zdolności dostosowania się do nowego miejsca, osłabienia pamięci i zdolności uczenia się. Istniejące systemy graficzne są często niejasne, nieczytelne i niezrozumiałe dla pacjenta geriatrycznego. Problemem istniejących systemów identyfikacji wizualnej w szpitalach (i innych podmiotach leczniczych) bywa przede wszystkim nadmiar oznaczeń graficznych, np. tablice informacyjne posiadają różne wielkości i formy tła, zawiesza się je na różnych wysokościach, są zróżnicowane kolorystycznie, często formy liter czy znaków zlewają się z tłem, są zbyt skomplikowane [37]. Rozwiązaniem tego powinno być wprowadzenie jednolitego, logicznego systemu oznaczeń, składającego się z banerów informacyjnych zlokalizowanych w charakterystycznych miejscach budynku (przy wejściu, na oddziałach, w jadalni, kaplicy, salach chorych); schematu funkcjonalnego budynku, zlokalizowanego w recepcji lub w głównym węźle komunikacyjnym; tablic informacyjnych, zawierających informacje o sposobie poruszania się po budynku i oddziale (pokazujących kierunek ruchu); planu dnia podawanego do publicznej informacji wszystkim pacjentom; składu personalnego pracowników danego oddziału podanego do publicznej informacji; zegara i kalendarza – elementów bardzo ważnych, szczególnie dla osób z zaburzeniami poznawczymi, umieszczonych np. w recepcji, holu głównym, świetlicy, na korytarzu oraz w pokojach pacjentów. System informacji graficznej powinien być umieszczony przy recepcji jako miejscu będącym ważnym punktem orientacyjnym i informacyjnym, a także przy węzłach komunikacyjnych – każda strefa funkcjonalna powinna być w odpowiedni sposób oznakowana, np. inny kolor tła dla pacjentów, a inny dla pracowników. Układ informacyjny powinien być odpowiednio zaprojektowany, tzn. tablice powinny być zawieszone na wysokości wzroku odbiorcy (120-160 cm nad posadzką); umiarkowane zastosowanie kolorów oraz czytelnej czcionki; użycie piktogramów [39].

Pacjenci starsi, także na terenie szpitala, mają potrzebę zagospodarowania własnego terytorium. Stałe elementy wyposażenia powinny być odpowiednio

zaprojektowane, np. odpowiedni widok przez okno, odpowiednie umeblowanie ułatwiające obserwację drzwi, ale również wygodny dostęp do pacjenta przez personel [40]. Głównym miejscem dla prywatnych przedmiotów przeznaczonych dla pacjenta jest szafka przyłóżkowa, rzadziej parapet okienny, półki czy fragment ściany. W związku z tym powinny być projektowane specjalne szafki przyłóżkowe z myślą o osobach starszych.

Podsumowanie

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa należy podjąć prace doskonalące system opieki zdrowotnej dla osób starszych, uwzględniając następujące zasady:

1. Dostępność, oznaczającą przede wszystkim łatwiejszy i szybszy dostęp do placówek medycznych blisko miejsca zamieszkania, odpowiednią liczbę wykwalifikowanej kadry medycznej przeszkolonej w zakresie geriatrii.
2. Kompleksowość, oznaczającą całościowe analizowanie i rozwiązywanie problemów zdrowotnych seniorów przy pomocy interdyscyplinarnej współpracy profesjonalistów medycznych i pozamedycznych, tworzących zespół terapeutyczny, prowadzący całościową ocenę geriatryczną.
3. Jakość, oznaczającą stosowanie wiedzy z zakresu geriatrii i gerontologii, zgodnie ze standardami opartymi na aktualnej wiedzy medycznej.
4. Efektywność finansowania, oznaczającą racjonalne ustalenie obszarów kontraktowania świadczeń opieki geriatrycznej, z uwzględnieniem lokalnych potrzeb.
5. Dostosowanie warunków szpitalnych do potrzeb i wymagań pacjenta w podeszłym wieku.

Piśmiennictwo

1. *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014-2050* [online], http://stat.gov.pl/download/gfx/ portalin formacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/18/1/1/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf, data pobrania 03.02.2016.
2. Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., Kokoszka-Paszkot J., Przygucka-Gawlik M., Klich-Rączka A., Kostka T., Machaj Z., Szczerbińska K., Wieczorowska-Tobis K., Żak M., *Standardy postępowania w opiece*

geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia, „Gerontologia Polska", 2013, 21, 33-47.
3. *Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym* [online], https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf, data pobrania 03.02.2016.
4. Rubenstein L. Z., *An overview of comprehensive geriatric assessment*, (w:) Rubenstein L. Z., Wieland D., Bernabei R. (red.), *Geriatric Assessment Technology. The State of the Art*, Editrice Kurtis, Milan 1995, 1-9.
5. *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej* [online], http://www.geriatria.mz.gov.pl/?c=mdPobieralnia-pobierz-227, data pobrania 03.02.2016.
6. Krzemieniecki K., *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii – systematyczny przegląd piśmiennictwa*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej", 2010, 6, 91-96.
7. Balducci L., Beghe C., *The application of the principles of geriatrics to the management of the older person with cancer*, „Critical Reviews in Oncology/Hematology", 2000, 35, 147-154.
8. Borowicz A. M., *Testy służące do oceny sprawności funkcjonalnej osób starszych*, (w:) Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A. M. (red.) *Fizjoterapia w geriatrii*, PZWL, Warszawa 2011, 45-60.
9. Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S., *Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*, „Psychiatria Polska", 2011, 45, 555-562.
10. Watson Y. I., Arfken C. L., Birge S. J., *Clock completion: an objective screening test for dementia*, „Journal of the American Geriatrics Society", 1993, 41, 1235-1240.
11. Opala G., Gorzkowska A., *Czy u tego pacjenta występuje otępienie? – przegląd systematyczny badań diagnostycznych: komentarz*, „Medycyna Praktyczna", 2008, 5, 102-105.
12. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008.
13. Podsiadlo D., Richardson S., *The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons*, „Journal of the American Geriatrics Society", 1991, 39, 142-148.
14. Bohannon R. W., *Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis*, „Journal of Geriatric Physical Therapy", 2006, 29, 64-68.
15. Tinetti M. E., *Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients*, „Journal of the American Geriatrics Society", 1986, 34, 119-126.
16. Guigoz Y., Vellas B., *Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation*, „Nutrition Reviews", 1998, 54, 59-65.
17. Fried L. P., Tangen C. M., Walston J., Newman A. B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W. J., Burke G., McBurnie M. A., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, „The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences", 2001, 56, 46-56.
18. Życzkowska J., Grądalski T., *Zespół słabości (frailty) – co powinien o nim wiedzieć onkolog?*, „Onkologia w Praktyce Klinicznej", 2010, 6, 79-84.

19. Wieczorowska-Tobis, K., *Specyfika pacjenta starszego*, (w:) Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A. M. (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*, PZWL, Warszawa 2011, 18-28.
20. Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E., *Farmakoterapia geriatryczna*, „Czasopismo Aptekarskie", 2008, 170, 12-15.
21. Isaacs B., *The challenge of geriatric medicine*, „Oxford University Press", Oxford 1992.
22. Szmytkowska I., Doboszyńska A., Serafiński J., Cezak A., *Przyczyny hospitalizacji chorych z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej (ZGW)*, „Geriatria Polska", 2005, 1, 12-17.
23. Szczerbińska K., *Problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, (w:) *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2006, 29-43.
24. Łuczyk M., Stanisławek A., Kachaniuk H., Łuczyk R., Dziuban E., *Hospitalisation causes for senior patients*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio DDD: Pharmacia", 2009, 22, 27-30.
25. Caplan V., Clermont G., Griffin M. F. i wsp., *Pneumonia: still the old man's friend?*, „Archives of Internal Medicine", 2003, 163, 317-323.
26. Kaczor I., Lolo A., Pakieła O., Wójcik D., Zajbt M., Wełnicki M., Duda-Król W. B., Mamcarz A., *Najczęstsze przyczyny hospitalizacji chorych w wieku sędziwym na oddziale wewnętrznym*, „Gerontologia Polska", 2011, 19, 146-149.
27. Hartholt K. A., van der Velde N., Looman C. W., van Lieshout E. M., Panneman M. J., van Beeck E. F., Patka P., van der Cammen T. J., *Trends in fall-related hospital admissions in older persons in the Netherlands*, „Archives of Internal Medicine", 2010, 170, 905-911.
28. Skalska A., Wizner B., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., *Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce*, (w:) Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, 275-294.
29. Buczak-Stec E., Goryński P., *Hospitalizacja z powodu upadków osób starszych w Polsce w 2010 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny", 2013, 67, 141-144.
30. Wieczorowska-Tobis K., *Hospitalizacja osób starszych jako efekt działań niepożądanych stosowanych leków*, „Geriatria", 2011, 5, 122-125.
31. Dubiel M., Klich-Rączka A., *Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatria jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów?*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie", 2011, 9, 101-109.
32. Pędich W., *Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludzi starych*, (w:) Szukalski P., Szatur-Jaworska B. (red.), *Aktywne starzenie się – przeciwdziałanie barierom*, Wyd. UŁ, Łódź 2014, 125-141.
33. Piotrowicz K., *Opieka ukierunkowana na starszego pacjenta z wielochorobowością – podejście zaproponowane przez Panel Ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego*, „Gerontologia Polska", 2013, 21, 63-72.
34. Cichońska-Marczak M., *Jak zmniejszyć ograniczenia starości?*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej", 2010, 5, 32-33.

35. Parke B., *Physical Design Dimension of an Elder Friendly Hospital: An evidence – based practice review undertaken for the Vancouver Island Health Authority*, University of Victoria, Victoria 2007.
36. Tornington J. M., Tregenza P. R., *Lighting for people with Dementia*, „Lighting Research & Technology", 2007, 39, 81-97.
37. Benek I., *Potrzeby pacjenta starszego i ich wpływ na projektowanie szpitali*, „Gerontologia Polska", 2014, 4, 192-199.
38. Chalfont G., *Design for Nature in Dementia Care*, Jessica Kingsley Publish, London 2007.
39. Bergström B., *Komunikacja wizualna*, Wyd. Naukowe PAN, Warszawa 2009.
40. Benek I., *Analiza porównawcza pokoi pacjentów starszych na przykładzie wybranych szpitali geriatrycznych*, (w:) *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, ROPS, Katowice 2014, 201-219.

Katarzyna Beata Głodowska, Aleksandra Bendowska

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

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

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

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

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

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

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

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

Wielokulturowość w ramach obowiązkowych modułów nauczania

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

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

Stacjonarne zajęcia fakultatywne z zakresu wielokulturowości

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

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

Zajęcia obligatoryjne z elementami zagadnień wielokulturowości

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

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

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

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

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

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

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

Podsumowanie

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

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

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

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

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

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

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

Pismiennictwo

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

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

AUTORZY

Redaktorzy/autorzy

- **prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **mgr teologii Grzegorz Bejda**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Fundacja „Pomóż Im" na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Agnieszka Lankau**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Autorzy

- **dr Joanna Auron-Górska**
  Gmina Żydowska Beit Warszawa, kulturoznawca
- **dr Monika Banaszczyk**
  Zakład Pedagogiki Specjalnej i Logopedii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

- **Aleksandra Bendowska**
  Studenckie Koło Naukowe Etyki i Bioetyki, Katedra Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
- **prof. Józef Binnebesel**
  Katedra Studiów nad Niepełnosprawnością i Tanatopedagogiki, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- **mgr prawa Marta Blecharczyk**
  słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
- **dr n. o zdrowiu Mateusz Cybulski**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **prof. Elżbieta Czykwin**
  były pracownik Zakładu Teorii Wychowania i Studiów Pedeutologicznych oraz Zakładu Socjologii Edukacji, Wydział Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Grażyna Elżbieta Dytrych**
  Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę", Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Irena Fiedorczuk**
  Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **ks. mitrat mgr Jan Fiedorczuk**
  Prawosławna Katedra pw. Św. Mikołaja Cudotwórcy w Białymstoku, Dyrektor Wydziału Katechetycznego Diecezji Białostocko-Gdańskiej
- **dr n. o zdrowiu Justyna Fiedorczuk-Fidziukiewicz**
  Studium Filozofii i Psychologii Człowieka, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **prof. Zbigniew Formella**
  Università Pontificia Salesiana Facoltà di Scienze dell'Educazione, Roma
- **dr n. med. Beata Galińska-Skok**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Katarzyna Beata Głodowska**
  Pracownia Historii Zawodów Medycznych, Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
- **dr n. med. Magdalena Grassmann**
  Samodzielna Pracownia Historii Medycyny i Farmacji, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- **dr Agnieszka Hamerlińska-Latecka**
  Zakład Pedagogiki Specjalnej i Logopedii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
- **dr Zbigniew Igielski**
  Ambasada Królestwa Danii w New Delhi, indolog
- **dr n. prawn. Anna Jacek**
  Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski, Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp.k. Warszawa
- **dr hab. Emilia Jaroszewska**
  Instytut Polityki Społecznej, Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych, Uniwersytet Warszawski
- **Halyna Katolyk**
  Katolicki Ukraiński Uniwersytet, Katedra Psychologii i Psychoterapii, Lwów
- **Błażej Kmieciak**
  Uniwersytet Medyczny w Łodzi
- **mgr Dorota Koncewicz**
  Akademicki Zespół Szkół w Suwałkach przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach
- **dr Artur Konopacki**
  Katedra Historii Wychowania Wydziału Pedagogiki i Psychologii, Uniwersytet w Białymstoku
- **ks. dr. Adrian Korczago**
  Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie (ChAT), Wydział Teologiczny
- **dr Krzysztof Korotkich**
  Instytut Filologii Polskiej, Uniwersytet w Białymstoku
- **dr n. med. Krystyna Kowalczuk**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. med. Katarzyna Krajewska-Ferisach**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **lek. Dariusz Kuć**
  Fundacja „Pomoż Im" na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku

- **dr n. med. Piotr Kułak**
  Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Radiologii Dziecięcej
- **prof. dr hab. n. med. Wojciech Kułak**
  Klinika Rehabilitacji Dziecięcej z Ośrodkiem Wczesnej Pomocy Dzieciom Upośledzonym „Dać Szansę", Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **lek. Agnieszka Kułak-Bejda**
  Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
- **lek. Mikołaj Kwiatkowski**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. med. Joanna Łazarczyk**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. med. Cecylia Łukaszuk**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **prof. dr hab. n. med. Elżbieta Maciorkowska**
  Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **Magdalena Maciorkowska**
  Studenckie Koło Naukowe, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. o zdrowiu Magdalena Malesińska**
  Zakład Medycyny Wieku Rozwojowego i Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. biol. Emilia Mikołajewska**
  Katedra Fizjoterapii, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Laboratorium Neurokognitywne, Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- **mgr Szymon Murawski**
  Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło" w Toruniu
- **Piotr Musiałowski**
  Studenckie Koło Naukowe, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- **dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik**
  Zakład Pedagogiki Specjalnej i Logopedii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
- **dr n. med. Dorota Rogowska – Szadkowska**
  Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **mgr Monika Ryszewska**
  Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
- **dr n. o zdrowiu Emilia Sarnacka**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. med. Katarzyna Simonienko**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **prof. zw. dr hab. Jacek Sobczak**
  Uniwersytet Humanistyczno-Społeczny SWPS, wydział prawa
- **dr Jerzy Sojka**
  Chrześcijańska Akademia Teologiczna w Warszawie (ChAT), Wydział Teologiczny
- **dr n. med. Anna Ślifirczyk**
  Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża J.P.II w Białej Podlaskiej
- **Jacek Tabisz**
  Polskie Stowarzyszenie Racjonalistów
- **Świadkowie Jehowy w Polsce. Służba Informacji o Szpitalach**
- **dr hab. n. o zdr. Katarzyna Van Damme-Ostapowicz**
  Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr hab. n. med. Napoleon Waszkiewicz**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **lek. Karolina Wilczyńska**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr hab. Anna Wojnarska**
  Zakład Pedagogiki Resocjalizacyjnej Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
- **lek. Natalia Wygnał**
  Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- **dr n. med. Magdalena Zalewska**
  Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

- **mgr Julita Zawadzka**
  Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Fundacji „Światło” w Toruniu
- **dr Renata Zubrzycka**
  Zakład Socjopedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Fundacja „Pomóż Im”

niezrównani w troskliwej opiece nad cierpiącymi maluchami.

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

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

Bank Millennium 44 1160 2202 0000 0000 9776 5536.

DZIĘKUJEMY !

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

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

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

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

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

[ze *Wstępu*]

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

SILVA RERUM

UNIWERSYTET MEDYCZNY W BIAŁYMSTOKU 1950

Fundacja „Pomóż Im" • Onkologia i Hospicjum dla Dzieci •