

Magdalena Pluta

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcy

Szpital jako pogranicze kulturowe.

Zmagania z wzajemną Obcością

Szpital to miejsce, w którym spotykają się ze sobą różni ludzie. Zarówno pacjenci dotknięci chorobą, ich bliscy, jak również personel medyczny. Każdy z nich odgrywa swoje role społeczne, a wspólnym mianownikiem, który ich łączy jest choroba. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie problemów, jakie rodzą się w związku z chorobą pacjenta zarówno ze strony chorego, jego bliskich, jak i opiekującego się nim personelu. Może posłużyć jako istotny przedmiot refleksji i element programów edukacyjnych kierowanych zarówno do personelu medycznego, jak i również studentów oraz wolontariuszy¹.

Gdy w życie człowieka wkracza choroba i musi się on zmierzyć z nowymi problemami, zaczyna doświadczać rzeczy bardzo często dla niego niezrozumiałych, takich jak ból, cierpienie, długi pobyt w szpitalu, skomplikowane czy męczące terapie oraz zabiegi medyczne. W niektórych przypadkach chory musi również nauczyć się żyć ze świadomością, że jego choroba jest nieuleczalna i prowadzi do śmierci. Wszystkie te elementy oddziałują intensywnie na psychikę zarówno samego chorego, jak i wszystkich ludzi przebywających wokół niego. Z czasem bowiem osoba

¹ Artykuł ten związany jest z moimi badaniami realizowanymi na potrzeby rozprawy doktorskiej, powstającej w Katedrze Pedagogiki Ogólnej i Porównawczej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

chora, która wcześniej aktywnie uczestniczyła w życiu społecznym, która pełniła określone role w społeczeństwie, zmienia się na skutek choroby. Zaczyna inaczej się zachowywać, wyglądać. Często zmienia się jej sposób myślenia. Może przeżywać silne emocje związane z tym, co się jej przytrafiło. Przechodzi przez okres buntu, agresji, czasami wycofania, wyobcowania. W pewnym momencie zaczyna odsuwać się od swoich bliskich – albo to bliscy na skutek niezrozumienia i zmian zachodzących w osobie chorej oddalają się od niej. Pojawiają się wtedy konflikty, strach i niepokój. Również i ze strony otoczenia chorego może wystąpić brak akceptacji, wyśmiewanie, wykluczenie, poczucie bezradności, strach przed tym co niepewne. Chory może wysyłać sprzeczne sygnały i z jednej strony szukać kontaktu z drugim człowiekiem, a z drugiej zaszywać się gdzieś w swojej samotności. Obcość tę pogłębiać może także niezrozumienie personelu i traktowanie chorego jak przypadek kliniczny, a nie jak wartościowego człowieka. Skupianie się przez lekarzy czy pielęgniarki wyłącznie na leczeniu i zapominanie o opiece oraz szacunku do pacjenta, mogą intensywnie wpływać na pogłębianie się u niego poczucia odrzucenia i braku zrozumienia.

W świecie zwierząt, gdy zdarzy się jakiś słabszy osobnik, który jest chory lub odmienny od reszty stada, zostaje on od razu wykluczony. Stanowi bowiem zagrożenie dla reszty, osłabia stado, przez co jest ono bardziej narażone na ataki z zewnątrz. Podobnie było także w kulturach dawnych. Przykładem może być starożytna Sparta, gdzie ceniono sobie twarde wychowanie. Od obywateli wymagano siły i odwagi. Ćwiczone intensywnie umysł i ciało. To drugie zwłaszcza poddawano katorżniczym treningom, którym nie każdy mógł sprostać. W tym społeczeństwie nie było miejsca na słabsze jednostki. Kiedy rodziło się dziecko, które było inne od reszty, słabe, chore lub niepełnosprawne, bez skrupułów skazywano je na śmierć i rzucano ze skały w przepaść. Innym przykładem braku tolerancji dla chorych i niepełnosprawnych może być sposób traktowania słabszych dzieci i starszych na Grenlandii. Kiedy okazywało się, że kobieta urodziła dziecko z defektem lub gdy starszy członek rodziny podupadał na zdrowiu, stawał się on zagrożeniem dla społeczności. Dlatego też starano się go pozbyć, skazując na śmierć z zimna. Wystawiano go zatem przed igloo, na zewnątrz i czekano aż zamrznie. Powodem takiego postępowania było to, że Grenlandczycy często się przemieszczali w poszukiwaniu pożywienia. Wymagało to od nich sprawności i szybkiego poruszania się. Chore jednostki opóźniały przemarsz i skazywały pozostałych na niebezpieczeństwo wychłodzenia lub straty pożywienia².

² Szerzej na ten temat – patrz: J. Trybusiewicz: *Twarze ludzkiej kultury*. Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1979.

Inność a Obcość

W dzisiejszych czasach chorych traktuje się bardziej humanitarnie. Pomimo tego jednak, gdy w życiu człowieka pojawia się choroba i śmierć towarzyszą temu zjawiska, których następstwem może być poczucie Inności, a także Obcości. W pewnym momencie ktoś, kto dotychczas brał aktywny udział w życiu codziennym, nagle zaczyna zachowywać się inaczej, niezrozumiale dla otoczenia, zmienia się jego wygląd, a w niektórych przypadkach kontakt z nim może być nawet niebezpieczny. Pomimo intensywnego rozwoju nauk medycznych i psychologicznych choroba nadal budzi strach i niepewność w umysłach chorych i ich bliskich.

Inny według autorów „Słownika współczesnego języka polskiego” to ktoś rozumiany jako: „(...) nie ten (sam), nie taki (sam); drugi, dalszy; odmienny, zmieniony”³. **Inność** natomiast określana jest jako: „(...) wyraźne odróżnianie się od reszty elementów, obiektów itp. tego samego rodzaju”⁴. Już w tych definicjach zauważyć można negatywny wydźwięk znaczenia tych terminów. „Drugi”, czyli będący za tym pierwszym, co rozumieć można jako gorszy. „Dalszy” z kolei oznaczać może przeciwieństwo bliskiego. A jeśli coś nie jest nam bliskie, to jest nieznanne i bardzo często wzbudza strach i niepokój. W pedagogice międzykulturowej Inny postrzegany jest jako: „(...) osoba odmienna, lecz znana i mimo różnic rozumiana, w związku z czym przewidywalna. Może się zaliczać zarówno do kręgu My (Inny bliski – osobiście, bezpośrednio znany i rozumiany, np. członek rodziny, z którego odmiennością już się oswoiło dzięki współżyciu), jak i Oni (Inny daleki – przebywający poza kręgiem My, wprawdzie nieznanymi osobiście i bezpośrednio, lecz rozumiany przynajmniej na pierwszy rzut oka, choćby pozornie, dzięki dostrzeżonym w trakcie porównania analogiom oraz dotychczasowemu doświadczeniu w kontaktach z osobami tej kategorii”⁵. Bycie Innym może prowadzić do zainteresowania otoczenia, wzbudzać ciekawość i chęć nawiązywania kontaktu w celu bliższego poznania.

Obcy z kolei według „Słownika współczesnego języka polskiego” to: „(...) taki, który nie należy do czegoś, który znajduje się poza sferą czyichś zainteresowań, czyjegoś doświadczenia wiedzy; niewłaściwy komuś”⁶. Obcy jest: „(...) osobą nie należącą do jakiejś grupy, środowiska, rodziny; obywatel innego państwa”⁷.

³ B. Dunaj: *Słownik współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996, s. 323.

⁴ Ibidem, s. 323.

⁵ P.P. Grzybowski: *Doktor klaun! Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 28.

⁶ B. Dunaj: *Słownik...*, op. cit., s. 632.

⁷ Ibidem.

W przypadku pierwszej przytoczonej definicji „Obcy” to również ktoś negatywny. „Niewłaściwy” oznacza bowiem coś niestosownego, niepasującego i zazwyczaj nieakceptowanego.

Obcy rozumiany jest także jako: „(...) ktoś odmienny, zaliczany zawsze do kręgu Oni, wykraczający poza kategorię Innego (...); nieznaną zupełnie lub znany w tak niewielkim stopniu, że uniemożliwia rozumienie go, a jego zachowanie jest w związku z tym nieprzewidywalne”⁸. Nieprzewidywalność natomiast może prowadzić do poczucia niepewności, niepokoju, braku zaufania, a w niektórych przypadkach nawet do poczucia zagrożenia. W kontaktach międzyludzkich Obcy wzbudza znacznie większe emocje niż pozostałe osoby. Jako ktoś wzbudzający poczucie zagrożenia może wywoływać reakcje obronne u innych oraz stać się przedmiotem wykluczenia, niechęci i odrzucenia. Staje się wtedy obiektem drwin, wyzwisk czy żartów. W takich sytuacjach może dojść do izolacji i wycofania Obcego z życia codziennego. Ewa Nowicka wiąże Obcość z poczuciem Inności: „Obcy to ten, kogo się posądza o inność lub się też o tej inności wie, przy czym wszystko, co nieznanne, czy też ściślej niepoznane, jest o taką «inność» posądzane”⁹.

Cierpienie i choroba, jak i przemiany ciała i psychiki, a także kwestie ostateczne to zagadnienia poruszane w obrębie wielu dyscyplin naukowych. Tematyką tą zajmują się między innymi lekarze, socjologowie, psychologowie, pedagodzy, terapeuci czy paliatywiści. Również i specjaliści z zakresu pedagogiki międzykulturowej skupiają się na tych zagadnieniach. Zwracają oni szczególną uwagę na relacje pomiędzy osobami chorymi a otoczeniem, na zmiany zachodzące w człowieku, który stopniowo, na skutek cierpienia staje się Innym lub Obcym. W kręgu ich zainteresowań znajdują się także zjawiska takie, jak społeczne wykluczenie, wycofanie i odrzucenie. Chorzy Obcy żyją w ciągłym napięciu, stresie. Poprzez brak zrozumienia, niechęć ze strony otoczenia i brak akceptacji ich poczucie wartości znacznie spada.

Pogranicze kulturowe

Michał Bachtin pisał, że dziedziny kultury nie powinniśmy wyobrażać sobie jako przestrzennej całości, która ma swoje granice, określone terytorium, cała bowiem sytuuje się na granicach. Przebiegają one wszędzie i przecinają się nawzajem¹⁰.

⁸ P.P. Grzybowski: *Doktor klaun...*, op. cit., s. 28.

⁹ E. Nowicka: *Badanie pogranicza. Kilka propozycji metodologicznych*. „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. 8/1999, s. 13.

¹⁰ Za: L. Witkowski: *Uniwersalizm pogranicza. O semiotyce kultury Michała Bachtina w kontekście edukacji*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000, s. 99.

Oznacza to, że człowiek na co dzień żyje pomiędzy tymi granicami, czyli na **pograniczu**.

Pogranicze to: „(...) leżący poza centrum obszar zróżnicowań, inności, odmienności, gdzie można porównywać, odkrywać, wykazywać zdziwienie, negocjować itp.”¹¹. Ze względu na jego miejsce w świadomości społecznej: „(...) pogranicze można ujmować jako:

- zewnętrzne – o jego istnieniu decydują względy zewnętrzne, terytorialne, pozaświadomościowe;
- wewnętrzne – występuje w obrębie tej samej zbiorowości, a nie tylko na styku dwóch lub więcej z nich, niejako wewnątrz terytorium właściwego”¹².

Pogranicze można charakteryzować również w czterech wymiarach: terytorialnym, treściowo-kulturowym, interakcyjnym, osobowym.

Pogranicze w rozumieniu terytorialnym to:

- „Obszar (terytorium), na którym ma miejsce określony typ współżycia dwóch lub więcej grup kulturowych, najczęściej narodowych, etnicznych, językowych lub wyznaniowych”¹³;
- „Zlokalizowane w pobliżu granicy peryferia, oddalone od centrów graniczących kultur (krajów, regionów), w których podejmowane są decyzje w sprawach politycznych, ekonomicznych czy kulturowych”¹⁴.

Pogranicze treściowo-kulturowe to: „(...) zespół zwyczajów, reguł o znaczeniu tradycji, ułatwiających współżycie na pograniczu terytorialnym, składających się na specyfikę kulturową społeczności, w której jednostka nie jest skazana na monokulturowość, lecz na możliwość wyboru i kształtowania wartości, czerpiąc z wielu kultur”¹⁵.

¹¹ P.P. Grzybowski: *Edukacja europejska – od wielokulturowości ku międzykulturowości*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 57.

¹² E. Nowicka: *Badanie pogranicza...*, op. cit., s. 13.

¹³ J. Nikitorowicz: *Pogranicze, tożsamość, edukacja międzykulturowa*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 1995, s. 11.

¹⁴ J. Kurzępa: *Eksplanacyjna użyteczność teorii zróżnicowanych powiązań w odniesieniu do zachowań patologicznych na pograniczu*. [w:] T. Lewowicki, E. Ogrodzka-Mazur (red.): *W poszukiwaniu teorii przydatnych w badaniach międzykulturowych*. Uniwersytet Śląski, Filia w Cieszynie, Cieszyn 2001, s. 148-149.

¹⁵ J. Nikitorowicz: *Plany i zamierzenia młodzieży na polskich pograniczach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001, s. 12.

Pogranicze interakcyjne to: „(...) zarówno proces, jak i jego efekt w komunikacji międzyludzkiej, który dokonuje się w warunkach negocjacji i dbałości o wspólny spadek kultury pogranicza terytorialnego, na zasadzie przechodzenia od monologu do dialogu kultur, od dominacji stereotypów i uprzedzeń do wzajemnego zrozumienia”¹⁶.

Pogranicze osobowe: „(...) wyznaczane jest przez strefę bytu człowieka w określonym miejscu i czasie, w których dokonuje się jego wzrost i tworzenie do wymiaru własnego niepowtarzalnego świata małej ojczyzny (prywatnej, lokalnej), grupy lokalnej, językowej, wyznaniowej, etnicznej aż po szersze kręgi rzeczywistości”¹⁷.

O pograniczu kulturowym można mówić także w odniesieniu do placówek medycznych, spotykających się tam chorych, cierpiących, lekarzy itp. W tym znaczeniu jest to: „(...) obszar kształtowania (się) i realizowania kultury przejawiającej się w rozmaitych wymiarach, a także swoistych typów osobowości: zarówno osób cierpiących, jak i opiekujących się nimi z różnych powodów i w rozmaitych okolicznościach”¹⁸. Poruszanie się po takim pograniczu wymaga opanowania wielu nowych zachowań, nabycia przez osoby cierpiące i ich rodziny szczególnych kompetencji, zwykle wcześniej niepotrzebnych i nieznanych. Czynnikiem, który może sprawić, że człowiek znajdzie się na tego typu pograniczu jest przede wszystkim choroba. Nie tylko jednak samo zachorowanie ma na to wpływ, już samo zetknięcie, kontakt z nią w różnej postaci może sprawić, że człowiek zostanie umieszczony w sytuacji pogranicza.

Kategorie Obcych w placówce medycznej

W placówce medycznej, na pograniczu kulturowym rozumianym w powyższym kontekście, mamy do czynienia z dwiema **kategoriami Obcych**. Jedną z nich są **chorzy i ich bliscy**. W tym przypadku ich Obcość może wynikać z fizjologicznych, społecznych i psychologicznych następstw chorowania. Zależy od okoliczności towarzyszących chorobie, czasu trwania, leczenia, rekonwalescencji, pojawiających się problemów i ich zakresu, zmian w sposobie myślenia, nastawieniu do rzeczywistości, a także jakości i stylu życia. Wycofanie, poczucie Obcości może się pogłębiać u osób z niskim poziomem wykształcenia. Również osoby, które są zamknięte, wycofane, mówią w innym języku i mają inne obyczaje (są z innej kultury) mogą tę Obcość pogłębiać. W takim przypadku tworzy się bariera pomiędzy chorym, jego

¹⁶ J. Nikitorowicz: *Plany i zamierzenia...*, op. cit., s. 13.

¹⁷ Ibidem, s. 14-15.

¹⁸ P.P. Grzybowski: *Doktor klaun...*, op. cit., s. 29.

bliskimi a personelem. Dialog z nimi jest utrudniony ze względu na występujące różnice¹⁹.

Drugą kategorią Obcych jest **personel**, czyli lekarze, pielęgniarki i inne osoby zaangażowane w czynności medyczne w placówce. Osoby chore i bliskie im osoby postrzegają często lekarzy i innych pracowników szpitali jako osoby Obce ze względu na ich wiedzę, kompetencje i umiejętności, które pozwalają im radzić sobie z cierpieniem i umieraniem. Obcość personelu jest większa wtedy, gdy chorzy i ich bliscy nie rozumieją jego słów, zachowań, zabiegów i czynności wykonywanych wobec chorego. Kiedy w głowach zakorzenione mają stereotypy na temat pielęgniarek czy lekarzy, przekroczenie bariery Obcości staje się niemożliwe²⁰.

Wzajemne poczucie Obcości osób zaliczających się do wspomnianych wyżej kategorii zaostża to, że do ich spotkań dochodzi zazwyczaj na terenie placówek medycznych lub opiekuńczych. Są one ograniczone i podporządkowane różnym regulaminom (np. porządkowym, administracyjnym czy higienicznym), dlatego też często uniemożliwiają, a czasami całkowicie wykluczają bliższe relacje²¹. Przełamywanie takich barier bywa bardzo trudne.

Arnhild Lauveng, norweska psycholog, której udało się wyleczyć z choroby psychicznej, w swojej książce „Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią” wielokrotnie przytacza dowody na to, że Obcość pomiędzy chorym a personelem występuje bardzo często. Opowiada między innymi historię, jak starała się zwracać na siebie uwagę poprzez okaleczanie swojego ciała. Personel oddziału, w którym przebywała uważał, że celowo sprawia sobie ból i robi krzywdę, a ona czyniła tak ze względu na to, że potrzebowała uwagi i troski drugiej osoby. Czynności jakie wobec niej wykonywano po tego typu incydencie dawały jej złudne poczucie zainteresowania i bezpieczeństwa. Innym przykładem może być wspomniany przez autorkę brak szacunku do pacjenta i brak dostrzegania jego potrzeb. Zaledwie kilku lekarzy i terapeutów przez wiele lat jej tułaczki po zdrowie obdarzyło ją szacunkiem i liczyło się z jej zdaniem. Pozostali nie słuchali jej prośb ani w ogóle tego, co mówi, traktując każde jej słowo za przejaw szaleństwa i choroby psychicznej. Podobnie było z niektórymi bliskimi Arnhild. Kiedy spotkała się ze swoją przyjaciółką, żadna z nich nie wiedziała, jak się zachować. Zabrakło im wspólnego języka, zrozumienia. Pomimo szczerych chęci zarówno ze strony chorej, jak i jej koleżanki dało się wyczuć ogromny dystans, który uniemożliwiał prowadze-

¹⁹ Ibidem, s. 30.

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

nie szczerzej rozmowy i sprawił, że niegdyś najlepsze przyjaciółki stały się dla siebie nagle całkiem Obce²². „Tak bardzo starałyśmy się – obie. Próbowałyśmy rozmawiać, nawiązać kontakt, odnaleźć się na nowo. Ona starała się ogromnie, przecież to widziałam. Ja również. Było jednak równocześnie za dużo i za mało tematów do rozmowy”²³.

Każda choroba, zwłaszcza choroba przewlekła odciska na człowieku swoje piętno. W psychologii, według podejścia somatopsychicznego zakłada się, że poprzez chorobę człowiek może zmienić swoje zachowanie, zachwiać poczucie własnej wartości, osłabić swoją odporność i równowagę nerwową²⁴. Podejście somatopsychiczne znalazło w Polsce szerokie zastosowanie w pierwszych pracach pedagogów specjalnych i psychologów klinicznych poświęconych dzieciom przewlekłe chorym. Janina Doroszevska pisała, że każda choroba: „(...) powoduje kształtowanie się swoistych obrazów psychicznych, a więc zaznacza się wysokim piętnem w osobowości dziecka”²⁵. Myślę, że wnioski te można rozszerzyć także na osoby dorosłe, ponieważ również w ich przypadku choroba spada na nich jak „grom z jasnego nieba”, powodując trwałe zmiany w psychice. Oczywiście wydaje się to, że konsekwencją zmian psychicznych chorego może być jego stopniowe oddalanie się od bliskich i pozostałych osób z jego otoczenia. W procesie chorowania i umierania wyróżnia się pięć następujących po sobie etapów reakcji:

„(...)

- zaprzeczenie i izolacja, stanowiąca przejściową formę obrony przed świadomym przyjęciem rozpoznania,
- gniew, bezsilność, rozżalenie, gdy osobie chorej nie uda się dłużej zaprzeczać objawom choroby,
- oczekiwanie, «targowanie się» z rozwojem wydarzeń, gdy weszło się w bezpośrednie stadium umierania,
- depresja przygotowująca do utraty wszystkiego, co się kocha,
- pogodzenie się z losem, zaprzestanie walki i oczekiwanie nieuchronnego końca życia”²⁶.

²² Patrz: A. Lauveng: *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*. Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2016.

²³ Ibidem, s. 84-85.

²⁴ Szerzej na ten temat – patrz: E. Góralczyk: *Choroba dziecka w twoim życiu*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1996, s. 31.

²⁵ Za: E. Góralczyk: *Choroba dziecka...*, op. cit., s. 31.

²⁶ M. Pecyna: *Dziecko i jego choroba*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009, s. 300.

Powyższe reakcje i zachowania chorych mogą wpływać na ich relacje z innymi i samym sobą. Zwłaszcza w przypadku osób chorujących przewlekle subiektywne odczucie Obcości staje się szczególnie wyraźne i dotkliwie. Powodem tego może być również niezrozumienie medycznych przyczyn choroby i w związku z tym tworzenie własnych mitów bądź wierzenie innym w plotki, metafory na temat schorzenia, na które się zapadło. Choroba nabiera specyficznego „znaczenia”, które nadaje jej środowisko. Czasami naznaczanie jest oddziaływaniem tak silnym, że choremu wydaje się, że to nie od niego, a od myśli, słów i sądów jego otoczenia zależy, czy wyzdrowieje. Ken Wilber zauważa, że: „(...) większość chorych, usiłując radzić sobie z chorobą, niezależnie od tego, czy angażują się w skomplikowaną kwestię czynników psychologicznych i innych przyczyn, czy też nie, przeżywa straszny stres. Stres ten staje się niemal nie do zniesienia, jeżeli chore osoby dają się wciągnąć w kwestię odpowiedzialności za chorobę”. Chory często czuje się gorszy, wydaje mu się, że zachorował za karę, że zrobił w życiu coś złego, jeśli jego otoczenie również tak uważa.

Inną przeszkodą w nawiązaniu relacji przez pacjenta w placówce medycznej może być biurokratyzacja. Długie oczekiwanie, mnóstwo dokumentów do uzupełnienia, kolejki, brak miejsc i inne niedogodności mogą być powodem poczucia upokorzenia, braku szacunku, niezrozumienia itp.

Wymienione przeze mnie zmiany, niedogodność i często konieczność przewartościowania całego swojego życia mogą być przyczyną powstawania napięć i kłótni także w środowisku rodzinnym. Ewa Góralczyk, pisząc o sytuacji dzieci przewlekle chorych, zaznacza, że: „(...) choroba przewlekła dziecka może stać się czynnikiem zagrażającym integralności rodziny oraz zakłócać jej procesy rozwojowe – czyli godzi w dwie najistotniejsze właściwości rodziny jako systemu”²⁷. Następnie zwraca uwagę, że często ciężar, który spada na rodzinę wskutek zachorowania któregoś z jej członków jest dla niej nie do udźwignięcia i prowadzi to nierzadko do jej rozpadu. Przejawem tego jest na przykład odejście ojca, alkoholizm lub porzucenie chorego dziecka w szpitalu albo oddanie go pod opiekę komuś innemu²⁸. Do tego typu zdarzeń może dojść ze względu na okoliczności towarzyszące chorobie przewlekłej, na skutek których jest ona szczególnie uciążliwa i trudna do zaakceptowania. Takimi okolicznościami może być:

- długotrwałość choroby i procesu leczenia,
- zmiana wyglądu chorego oraz jego sprawności fizycznej i umysłowej,

²⁷ E. Góralczyk: *Choroba dziecka...*, op. cit., s. 8.

²⁸ Patrz: *Ibidem*, s. 8-9.

- cierpienie fizyczne i psychiczne,
- inwazyjność leczenia,
- nieprzewidywalność, możliwość nagłego pogorszenia stanu zdrowia,
- częste wizyty w placówkach medycznych,
- uzależnienie od instytucji i konieczność pobytu w placówce medycznej,
- świadomość zagrożenia życia,
- trwała zmiana trybu życia,
- monotonia codzienności,
- koszty związane z zakupem lekarstw, transportem itp.²⁹.

Chorzy mogą cierpieć także z powodu utraty niezależności, zachwiania wiary w siebie, naruszenia poczucia własnej godności czy pojawienia się poczucia winy, że jest się ciężarem dla bliskich.

Szczególnymi pacjentami są dzieci. Ich reakcje na pobyt w szpitalu i wiadomość o chorobie mogą być różne. Zależą od wieku, osobowości, dojrzałości i wychowania. Często nie rozumieją tego, co się z nimi dzieje, dlatego są w szpitalu i co się stało, że ich rodzice są smutni. Boją się leczenia, zabiegów, bólu. Wszelkie czynności medyczne wywołują w nich stres. Stosują szereg mechanizmów obronnych wobec bliskich i personelu. Zdarza się, że krzyczą, gryzą, drapią, wpadają w rozpacz lub histerię, odmawiają przyjmowania posiłków lub leków. Niektóre dzieci na skutek trudnej sytuacji związanej z chorobą, częstego przebywania w placówkach leczniczych stają się nad wyraz dojrzałe jak na swój wiek. Mają dużą wiedzę na temat swojej choroby, potrafią posługiwać się specjalistycznym językiem i zachowują się jak dorośli. Inne natomiast nie akceptują swojego stanu. Najczęściej reagują wtedy załamaniem, agresją, zamykają się w sobie, często milczą i czują niechęć do wszystkiego. W kontaktach międzyludzkich zachowują się w sposób roszczeniowy, manipulują innymi. Relacje, trwanie przy takim pacjencie jest bardzo trudne. Są to jednak osoby, które szczególnie potrzebują i wbrew pozorom oczekują wsparcia osób trzecich.

Inną ważną kwestią, o której już wspominałam jest relacja pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Wiele problemów i czynników, które negatywnie wpływają na samopoczucie chorego wynika z ułomności opieki zdrowotnej. Pacjenci często doświadczają braku empatii, traktowania z góry, postrzegania ich jako natręta i kogoś, kto zawraca głowę albo przeszkadza. Lekarze, którzy są ograniczeni limitami, kolejkami, refundacjami mogą zajmować się tylko kwestiami fizjolo-

²⁹ Patrz: E. Góralczyk: *Choroba dziecka...*, op. cit., s. 30-31.

gicznymi pacjenta, bo na inne zwyczajnie brakuje im czasu. Przez to zdarza się, że wywiad i diagnoza bywają niepełne, bo brakuje w nich całościowego podejścia do pacjenta. W konsekwencji tego niepełne badania, diagnoza stawiają w niepewności i strachu co do rokowań zarówno chorego, jak i lekarza. Również język, którym posługuje się lekarz może być dla pacjenta niezrozumiały i niejasny. Brakuje dyskursu, w którym na równi mogliby uczestniczyć osoby chore i ich lekarze. Niektórzy lekarze bywają zarozumiali, nie odnoszą się z szacunkiem do pacjentów, nieuważnie go słuchają albo traktują osoby chore jak przypadki kliniczne, a nie jak pełnowartościowe osoby. Podobnie bywa z informacjami dotyczącymi leczenia. Lekarze często zapominają lub nie chcą tłumaczyć ani wyjaśniać swoich zaleceń co do terapii, pozostawiając pacjenta w niepewności i niewiedzy. Rodzi to dodatkową niechęć do personelu medycznego i pogłębia poczucie niższości i odrzucenia u pacjenta³⁰.

Aby podjąć działania ku zmianie relacji pomiędzy personelem medycznym a osobami chorymi, moim zdaniem, wystarczy przestrzegać poniższych zasad:

- należy skupiać się na osobie, a nie na problemie,
- pracownik powinien być zaangażowany w pomoc pacjentowi,
- pracownik powinien być humanitarnym profesjonalistą i cierpliwym nauczycielem, a nie bezdusznym użytkownikiem technologii,
- pracownik powinien być przyjaźnie nastawiony do pacjenta i ograniczyć swoje uprzedzenia czy niechęć,
- w centrum uwagi powinien być pacjent, a nie lekarz,
- leczenie jest ważne, ale równie istotna jest troska o pacjenta, jego samopoczucie i odpowiednia opieka,
- pracownik powinien rozwijać w sobie empatię, szacunek i umiejętność współczucia dla pacjentów,
- lekarz powinien zachęcać pacjenta do angażowania się w proces leczenia i pozwolić mu na podejmowanie decyzji,
- ważne jest utrzymywanie więzi z pacjentem i aktywne słuchanie tego, co mówi,
- traktowanie pacjenta jako człowieka, a nie przypadek kliniczny,
- obustronna komunikacja i zaangażowanie, traktowanie pacjenta na równi ze sobą³¹.

³⁰ Szerzej na ten temat – patrz: P.P. Grzybowski: *Doktor klaun...*, op. cit., s. 74-75.

³¹ Patrz: T. Gordon, E.W. Sterling: *Pacjent jako partner*. Tłum. T. Szafranski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999, s. 29-41.

Nie wszystkie zasady są łatwe do zrealizowania, jednakże sama świadomość, że ma się do czynienia z drugim człowiekiem, z istotą ludzką, która posiada swoją tożsamość, unikalną osobowość, własne emocje, a nie z przypadkiem medycznym odhaczonym w tabelce albo oznaczonym cyferką w statystkach, ma ogromne znaczenie. Wbrew pozorom pacjenci wcale nie oczekują wiele. Zależy im jedynie na akceptacji, szacunku i wykazaniu chęci ich zrozumienia. Choroba to dla nich wystarczająco przykra i stresująca sytuacja. Zwyczajnie nie mają siły walczyć z ludźmi, którzy w praktyce powinni być ich przyjaciółmi, a nie wrogami.

Placówka medyczna jest specyficznym miejscem. Spotykają się w niej różni Inni i Obcy. Balansują często na granicy różnych kultur czy środowisk. Choroba jest dla nich sytuacją pogranicza. Znajdują się oni pomiędzy życiem i śmiercią. Codziennie stają oko w oko z bólem, cierpieniem, niezrozumieniem i brakiem akceptacji. O ile bycie Innym nie jest destruktywne, o tyle poczucie Obcości i odrzucenia może mieć fatalne konsekwencje dla osoby chorej. Za wyzdrowienie odpowiada bowiem nie lekarz, nie rodzina chorego czy inni pacjenci, a on sam. I jeśli jego poczucie wartości będzie zachwiane, wiara w wyzdrowienie znikoma i chęci do walki bliskie zeru, a dodatkowo nie otrzyma on wsparcia z zewnątrz, to jego wyzdrowienie może być niemożliwe.

Powyższe refleksje mogą stanowić istotny element dla programów edukacji przeznaczonych dla personelu placówek medycznych czy opiekuńczych, ale również dla studentów i wolontariuszy. Zwrócenie uwagi na sytuację pacjenta, chorego człowieka i wprowadzenie chociażby kilku z przytaczanych przeze mnie zasad może mieć realny wpływ na poprawienie jakości życia pacjenta w placówkach, w których przebywa.

Bibliografia

- Dunaj B.: *Słownik współczesnego języka polskiego*. Wydawnictwo Wilga, Warszawa 1996.
- Gordon T., Sterling E.W.: *Pacjent jako partner*. Tłum. T. Szafranski, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
- Góralczyk E.: *Choroba dziecka w twoim życiu*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa 1996.
- Grzybowski P. P.: *Doktor klaun! Terapia śmiechem, wolontariat, edukacja międzykulturowa*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
- Grzybowski P.P.: *Edukacja europejska – od wielokulturowości ku międzykulturowości*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009.
- Kurzępa J.: *Eksplanacyjna użyteczność teorii zróżnicowanych powiązań w odniesieniu do zachowań patologicznych na pograniczu*. [w:] T. Lewowicki, E. Ogrodzka-Mazur (red.): *W po-*

- szukiwaniu teorii przydatnych w badaniach międzykulturowych. Uniwersytet Śląski, Filia w Cieszynie, Cieszyn 2001.
- Lauveng A.: *Byłam po drugiej stronie lustra. Wygrana walka ze schizofrenią*. Wydawnictwo Smak Słowa, Sopot 2016.
- Nikitorowicz J.: *Plany i zamierzenia młodzieży na polskich pograniczach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole 2001.
- Nikitorowicz J.: *Pogranicze, tożsamość, edukacja międzykulturowa*. Wydawnictwo Trans Humana, Białystok 1995.
- Nowicka E.: *Badanie pogranicza. Kilka propozycji metodologicznych*. „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. 8/1999.
- Pecyna M.: *Dziecko i jego choroba*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009.
- Trybusiewicz J.: *Twarze ludzkiej kultury*. Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1979.
- Witkowski L.: *Uniwersalizm pogranicza. O semiotyce kultury Michała Bachtina w kontekście edukacji*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2000.

Słowa kluczowe

Inność, Obcość, pogranicze kulturowe, szpital, choroba

Streszczenie

Szpital to specyficzne miejsce. Na jego terenie spotykają się ludzie o różnych problemach i z różnych środowisk. Zarówno pacjenci dotknięci chorobą, ich bliscy, jak i również personel medyczny. Każdy z nich pełni swoje role społeczne, a wspólnym mianownikiem, który ich łączy jest choroba. Na skutek choroby pacjentowi mogą towarzyszyć rozmaite problemy. Zmienia się jego ciało, sprawność fizyczna i psychiczna, wygląd, sposób myślenia. Musi się przystosować do nowej sytuacji. Często zмага się z niezrozumieniem, odrzuceniem, wykluczeniem ze strony bliskich i personelu medycznego. Przez to staje się Obcy dla nich, a czasami i dla siebie samego. Celem niniejszego artykułu było ukazanie problemów, jakie rodzą się w związku z chorobą pacjenta zarówno ze strony chorego, jego bliskich, jak i opiekującego się nim personelu. Może posłużyć jako istotny przedmiot refleksji i element programów edukacyjnych kierowanych zarówno do personelu medycznego, jak i również studentów oraz wolontariuszy.