



Niewiedza w ramach międzykulturowej opieki medycznej

WIOLETA KUBIK
UNIWERSYTET ŁÓDZKI

Abstrakt

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

Słowa kluczowe:

niewiedza, pacjent odmienny kulturowo, międzykulturowa opieka medyczna.

Wprowadzenie

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

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

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

Niewiedza jako cecha ludzkiej osobowości

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

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

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

Postawa wobec niewiedzy

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

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

Różnice kulturowe jako obszary niewiedzy

Niewiedza w zakresie występujących różnic kulturowych ma szczególnie duże znaczenie w diagnostyce prowadzonej w ramach międzykulturowej opieki medycznej. Brak wiedzy

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

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

Niewiedza w zakresie komunikacji werbalnej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tanatomania – spadek zdrowia w wyniku czarów rzuconych na chorego;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niewiedza w zakresie komunikacji niewerbalnej

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wpływ uwarunkowań kulturowych na kształtowanie zachowań wobec zdrowia i choroby

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uprzedzenia i dyskryminacja jako skutki niewiedzy

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

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

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

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

Podsumowanie

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

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

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

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

Wnioski końcowe odnoszą się do potrzeby:

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

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

Afiliacja:

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

Bibliografia

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

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

Ignorance as part of intercultural medical care

Abstract

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

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

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