

Ks. WOJCIECH GLINECKI

Wyższe Seminarium Duchowne Diecezji Pelplińskiej w Pelplinie

wgliniecki@wp.pl

ORCID: orcid.org/0000-0001-7803-329X

POJĘCIE „DYSTANSU” W RELACJI PACJENT – PERSONEL MEDYCZNY I JEGO WYMIAR PERSONALISTYCZNY

DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/SPLP.2022.008>

Streszczenie

Pobyty osoby chorej w szpitalu jest często momentem jej buntu i niezrozumienia sytuacji. Personel medyczny ma rolę fundamentalną nie tylko leczyć, ale i wejść w dialog z pacjentem, towarzyszyć w akceptacji danej sytuacji. W niniejszej pracy autor wprowadza pojęcie właściwego dystansu jako przestrzeni dialogu między personelem medycznym a pacjentem. Artykuł akcentuje szczególnie charakter personalistyczny dialogu. Tak ujęta relacja chroni człowieka jako osobę, jego człowieczeństwo i godność. Nasze refleksje ukazują konieczność dystansu personelu medycznego z osobą chorą po to, aby relacja między nimi była właściwa i ukierunkowana na dobro osobiste człowieka. Dystans nie jest zatem brakiem uczuć. Jest to przestrzeń właściwego dialogu, opartego na szacunku do osoby chorej, jak i do personelu.

Słowa kluczowe: *dialog, dystans zawodowy, komunikacja, pacjent, personalizacja, personel medyczny, uczucia*

THE CONCEPT OF „DISTANCE” IN THE RELATIONSHIP BETWEEN THE PATIENT AND THE MEDICAL STAFF AND ITS PERSONALISTIC DIMENSION

Abstract

Hospitalisation is often a moment of rebellion or at least of incomprehension. In such a situation the medical personnel has a fundamental role not only to treat but

also to dialogue with the patient, to provide information, and to assist in accepting a given situation. In this paper the author introduces the concept of a correct distance as a space for dialogue between the medical staff and the patient. The article emphasizes in particular the personalistic character of this dialogue which always protects the human being and valorises his or her humanity and dignity. The distance is necessary for creation of a relationship which would be appropriate and focused on the personal welfare of both the staff, and the ill person. The paper shows that the distance is not a lack of feelings, indifference, or coldness. On the contrary, it is a space for proper dialogue, based on the respect of both the sick person and the staff. It must be said that the personalistic approach is the basis of the right distance because it presumes the dignity of the human being, his or her freedom, the respect for the body and the spiritual dimension that always favours the humanity of each person. After all, a doctor or a nurse are judged precisely on the basis of their humanity and not only on their professionalism and proficiency.

Keywords: *communication, dialogue, feelings, medical personnel, patient, personalism, professional distance*

Hospitalizacja jest dla chorego często momentem buntu lub co najmniej niezrozumienia. Taki stan pacjenta jest wynikiem nie tylko bólu i cierpienia, lecz także tego, że coraz częściej pacjent nie jest rozpoznawany jako osoba mająca konkretną historię życia i należąca do konkretnej grupy społecznej, lecz wyłącznie przez pryzmat choroby. Momenty lęku są potęgowane również faktem ujawnienia swojej intymności. W takiej sytuacji personel medyczny ma rolę fundamentalną: nie tylko leczyć, ale i wejść w dialog z pacjentem, przekazywać mu informacje, towarzyszyć w akceptacji danej sytuacji. Personel medyczny zatem powinien tworzyć przestrzeń konieczną do tego, aby pacjent mógł pielęgnować swoją godność człowieka i w obliczu choroby zachować poczucie sensu i wartości działań służby medycznej.

Właściwy dystans stanowi gwarancję komfortu pacjenta i w konsekwencji ma on poczucie godnego przyjęcia i wysłuchania. Natomiast dla personelu medycznego właściwy dystans powoduje odpowiednie rozgraniczenie życia osobistego i profesjonalnego, a także wpływa znacząco na jakość opieki medycznej. Mówiąc o komunikacji z drugim człowiekiem niesiemy przecież konkretny багаż doświadczenia życiowego. To sprawia, że „różne doświadczenia w kontaktach z innymi przenosimy na grunt prywatny bądź zawodowy. Trudne jest oderwanie własnych emocji od komunikowania się z obcymi ludźmi, tym bardziej, gdy istotą naszej pracy jest kontakt z drugim człowiekiem”¹. Zauważamy zatem, iż zdolność kontaktu w przestrzeni medycznej jest podstawową przestrzenią pracy w szpitalu.

¹ M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012, s. 63.

Podajemy refleksję nad dystansem między personelem medycznym a pacjentem właśnie dlatego, że źle rozumiany dystans może być źródłem wielu kryzysów zarówno w życiu osobistym jak i zawodowym. Wyróżniamy dwa zasadnicze niebezpieczeństwa. Należy z całą śmiałością powiedzieć, iż relacja zbyt bliska ze strony personelu może powodować pewne wynaturzenia jednocześnie ze strony pacjentów jak i rodziny, która mogłaby traktować ową relację jako przekraczającą obszar prywatności chorego. Trzeba podkreślić, że zbyt wielka bliskość niejednokrotnie powoduje cierpienia emocjonalne (np. relacja przyjaźni może spowodować, że pielęgniarka nie znieśie więcej widoku tej osoby, która cierpi). Z drugiej natomiast strony zdolność słuchania pacjenta jest postawą konieczną w procesie leczenia, ponieważ przyczynia się znacząco do tego, że pacjent odkrywa w sobie swoją godność jako wartość niezbywalną i nienaruszalną. Postawiliśmy więc sobie pytanie: jakie są cechy dystansu, aby mógł być korzystny zarówno dla pielęgniarki czy kapelana jak i dla pacjenta? Na to pytanie będziemy odpowiadać analizując właściwą literaturę.

1. OGRANICZENIA I „DYSTANS” W RELACJI PERSONEL MEDYCZNY-PACJENT

Ważną kwestią, którą musimy rozważyć, jest kwestia „dystansu zawodowego”. Niewłaściwie rozumiana, przedstawiana jest ona w negatywnym sensie, w którym postawa personelu medycznego, np. pielęgniarki, miałaby trywializować cierpienie osób chorych, podczas gdy pojęcie „dystansu zawodowego” zajmuje naszym zdaniem ważne miejsce w relacjach międzyludzkich i umożliwia zachowanie równowagi między dwiema osobami: pacjent – personel medyczny. Kładziemy silny nacisk na jego głębokie znaczenie, ponieważ dobrze zrozumiany dystans otwiera drogę w kierunku poszanowania autonomii każdej osoby, zachowując jednocześnie jej pierwotną misję w szpitalu. W przeciwnym razie dystans, choć często jest źródłem nieporozumień, stanowi fundamentalną część relacji między opiekunem a podopiecznym, ponieważ pozwala wyznaczyć granice działania medycznego, a jednocześnie nie stracić z oczu celu czynności medycznych. Przez słowo „dystans zawodowy” nie rozumiemy wycofania się np. lekarza z relacji z pacjentem i skoncentrowania się wyłącznie na aspekcie technicznym czy zawodowym. Ta „ilościowa” logika nie bierze pod uwagę istotnych aspektów życia (doświadczenia życiowego, duchowości, cierpienia). W tym przypadku stracilibyśmy ludzki wymiar relacji, ponieważ personel medyczny zaniedbałby duchowy i relacyjny aspekt swojego zaangażowania, a w konsekwencji źle zrozumiałby sens swojego zawodu. Z drugiej strony, jakościowy akcent relacji kładzie nacisk na człowieka w jego globalności i wewnętrzności z jego ciałem, emocjami i przeżytym doświadczeniem. Dlatego też podkreślamy pojęcie „właściwego dystansu”, aby pokazać, że pozwala

on opiekunowi „nie dać się przytłoczyć namiętnemu zaangażowaniu, które sprawiłoby, że cierpiałby nadmiernie, nie pomagając skutecznie osobie pielęgowanej. Nie ma sensu mylić się z drugą osobą, identyfikować się z nią w sposób projekcyjny, używając jej cierpień, które niekoniecznie są jej własnymi; z drugiej strony cenne jest udzielenie słuchania, uwaga poświęcona drugiemu (osobie chorej), ze świadomością nieredukowalnie różnych miejsc każdej osoby”². Właściwy dystans może pomóc w stworzeniu atmosfery spokoju i ukojenia. Implikuje zatem wymiar, który jest podstawą relacji autentycznej – każde cierpienie jest przeżywane indywidualnie, nie można „wejść” w cierpienie innej osoby, lecz jej towarzyszyć poprzez obecność. Widzimy więc, że rola afektów jest ważna, pod warunkiem że nie prowadzi do przytłaczającego poczucia winy u personelu medycznego, ale do uznania i szacunku wobec pacjentów w ich kruchości. Właściwie rozumiany wymiar afektywny pomaga z jednej strony nawiązać kontakt z pacjentem, a z drugiej strony uniknąć wyczerpania zawodowego. W końcu jest ów wymiar konstytutywną częścią postawy personelu medycznego i wpływa na jakość relacji w tym sensie, że pozwala zachować „złoty środek” między dystansem a zaangażowaniem personelu medycznego³. Afekty stwarzają przestrzeń dla spotkania, zaangażowania, podjęcia odpowiedzialności. Pozwala to np. lekarzowi uniknąć sytuacji, w której dystans powodowałby brak zaangażowania⁴.

Istotna rola afektów i dobre zrozumienie „powołania” kierują akt medyczny przede wszystkim w stronę „obecności”. Ten moment jest fundamentalny w relacji np. pielęgniarki z pacjentem, ponieważ pacjent otrzymuje tam pozytywny impuls zrozumienia, nie czuje się traktowany jak ciężar. Oczywiście personel medyczny nie może „zastąpić” chorego i „nieść” jego cierpienia w ścisłym tego słowa znaczeniu. Doprowadziłoby to do wyczerpania zawodowego. Z drugiej strony, jego postawa powinna koncentrować się na priorytetowym znaczeniu faktu osobistego spotkania, w którym prezentuje on swoją czułość wobec kruchości chorego oraz na specyfice każdego przypadku medycznego, w którym personel medyczny nigdy nie powstrzymuje się od osobowego (personalistycznego) spojrzenia na pacjenta. W rezultacie powstaje szczególna wymiana, która podkreśla relację dawania i otrzymywania. Na przykład lekarz daje swój czas, dzieli się

² P. Prayez, *Introduction générale*, w: *Distance professionnelle et qualité du soi*, red. tenże, tłum. W. Gliniecki, Rueil-Malmaison 2009, s. 18.

³ Francuski psycholog Pascal Prayez twierdzi, że uczucia są elementem koniecznym w dyskusji o odpowiedzialności dzielonej z inną osobą (la responsabilité partagée). Według niego personel medyczny zmotywowany i zaangażowany w swoją profesję poprzez poczucie powołania ukazuje uczucia, jako sposób na komunikację z pacjentem. Uczucia są wewnętrznie związane z czynnościami w praktyce medycznej. Należy je zatem zaaplikować, aby mieć prawo potem mówić o dystansie w relacjach z pacjentem. P. Prayez, *Juste distance ou distance injuste*, w: *Distance professionnelle et qualité du soi*, red. tenże, Rueil – Malmaison 2009, s. 2–75

⁴ Por. C. Mercadier, *Le Travail émotionnel des soignant à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paryż 2002, s. 18.

swoimi kompetencjami, jednocześnie otrzymuje dar w postaci wewnętrznej radości z faktu dobrze realizowanego powołania. Akt dawania sprawia, że relacja jest bardziej stabilna, ponieważ z jednej strony implikuje obowiązek dawania i otrzymywania, a z drugiej strony obowiązek odwzajemnienia się „podarunkiem”, który niejednokrotnie nadaje ogromną wartość i poczucie sensu bycia lekarzem, pielęgniarką, kapłanem⁵.

Trudnością, która wyznacza granice relacji między personelem medycznym a chorym, jest często odmienny punkt widzenia na chorobę. Choć cel jest ten sam (osiągnięcie zdrowia), to drogi do niego są różne, a nawet sprzeczne. Mamy tu na myśli w szczególności sytuację, w której działanie medyczne jest ograniczone z powodu osłabionej woli pacjenta i jego charakteru. Może to powodować nawet cierpienie np. lekarza, który nie może nikogo zmusić do stosowania się do jego zaleceń. Nie ma stopni godności. Z drugiej strony, pewne sytuacje (cierpienie, choroba) mogą ją zdestabilizować. Niemniej jednak godność wymaga samostanowienia jako jej nieodzownego elementu. W związku z tym personel medyczny nie może ingerować w tę przestrzeń autonomii, nawet jeśli decyzja jest sprzeczna z misją medycyny. To jest granica aktu medycznego, który często jest trudny do zaakceptowania przez personel medyczny, a którego misją jest dążność do powrotu chorego do zdrowia. Oczywiście z jednej strony ważne jest, aby pomóc pacjentowi poczuć się godnym i odnaleźć sens istnienia, z drugiej strony przeciwna decyzja pacjenta musi być uszanowana i nie może wywoływać poczucia winy u przedstawicieli sztuki medycznej⁶. Opieka jest zatem uwarunkowana nie tylko przez personel medyczny, ale także przez zgodę i interakcję ze strony pacjenta. Prawo do wyrażenia świadomej zgody dotyczącej własnego życia i zdrowia jest aspektem zasady autonomii, którego personel medyczny nie może negocjować. Z drugiej strony, wolność źle ukierunkowana u pacjenta może powodować bezradność personelu. Jest to forma granicy działań medycznych. Zaakceptowana przez środowisko medyczne, pozwala zachować postawę pokory i lepiej przeżywać sytuacje, w których dochodzi do nieporozumień w interakcji między opiekunem a podopiecznym. Wynika z tego, że postawa szacunku obejmuje zarówno świat wartości, sytuację społeczną, przekonania, jak i prawo do autonomii⁷. Ostatni aspekt zakłada niezależność każdej osoby w decydowaniu o swoim życiu. Na przykład przebywająca w szpitalu osoba, którą się opiekuję, nie traci swoich podstawowych praw, ponieważ wynika to z jej godności oraz integralności fizycznej i duchowej. To właśnie przez pojęcie godności odkrywamy konieczność poszanowania każdej istoty ludzkiej i jej praw. W tej perspektywie personel medyczny nie może decydować za powierzonych opiece w przestrzeni wolności, nawet jeśli ta decyzja jest moty-

⁵ Por. P. Prayez, dz. cyt., s. 2–75.

⁶ Por. K. Szewczyk, *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, „Krytyka Lekarska”, (2009)2–3, s. 17–38.

⁷ Por. A. Manoukian, *La relation soignant-soigné*, Rueil – Malmaison 2014, s. 57.

wowana dobrą intencją, a „odruch korekcyjny”, który skłania opiekunów do „robienia maksimum”, aby pacjentowi było lepiej, musi być kontrolowany. Oznacza to, że lekarz uznaje autonomię pacjenta i jego zdolność do decydowania o własnych wyborach, nawet jeśli wybory te zagrażają zdrowiu lub nawet ograniczają przeżycie. Pacjent staje się w ten sposób sam „ekspertem” od tego, co jest dla niego dobre, podczas gdy personel medyczny pozostaje ekspertem od tego, co jest dobre dla innych⁸. Wynika z tego, że personel szpitala jest „partnerem”, który daje pacjentom możliwość decydowania o sobie, opierając się na fakcie godności ludzkiej jako punkcie wyjścia każdej relacji⁹. Ten fundament stymuluje działania personelu medycznego z jednej strony do traktowania każdego pacjenta tak samo, a z drugiej do akceptowania jego decyzji, nawet jeśli nie są one zgodne z celem, jakim jest osiągnięcie zdrowia.

2. CZYNNIKI WARUNKUJĄCE WŁAŚCIWY DYSTANS W RELACJI PACJENT – PERSONEL MEDYCZNY

Relacja międzyosobowa zakłada „spotkanie” co najmniej dwóch osób. Podkreślaliśmy również, iż w przestrzeni medycznej ta relacja implikuje również dystans jako warunek właściwego i harmonijnego dialogu. Czynniki, które warunkują właściwy dystans wynikają z elementarnych przestrzeni ludzkiej egzystencji. Należą do nich : cierpienie osoby chorej i emocje ściśle połączone z tym cierpieniem, a także pierwszy kontakt osoby chorej z lekarzem, pielęgniarką.

Otóż relacja między personelem a chorym rozpoczyna się od spotkania rozumianego jako pierwszy kontakt – przyjęcie w szpitalu, w gabinecie czy interwencja lekarska w domu. Już ten pierwszy kontakt determinuje ową relację i dystans, pozwala zbudować więź zaufania, ponieważ np. lekarz z jednej strony nie odrzuca chorego, a z drugiej strony nie bagatelizuje jego potrzeb. Innymi słowy pacjent czuje się akceptowany, godnie przyjęty i rozpoznany jako osoba. Dopiero później pielęgniarka, lekarz czy kapelan będą precyzować bardziej szczegółowo potrzeby chorego. Często zdarza się, że pacjent wchodzi do szpitala mając w sobie lęk, czasem nawet bunt czy agresję. Pierwszy kontakt jest zatem niesamowicie ważny w przebiegu całego procesu leczenia, a dystans pozwala właściwie ukierunkować dialog.

Czynnikiem, który warunkuje właściwy dystans jest również postawa zaufania. Ma ona wymiar terapeutyczny i dotyczy głównie pacjenta jako tego, który ufa lekarzowi, ale jednocześnie nie traktuje go jako kogoś, kto daje pewność wyle-

⁸ Por. J.-B. Daeppen, *Pourquoi ne peut-on pas prescrire l'arrêt de l'alcool ?*, *Vademecum d'alcoologie*, Paryż 2003, s. 63.

⁹ Por. A. Zembala, *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe”, 2(2015)11, s. 35–50.

czenia. Dystans implikuje tutaj postawę pokory osoby chorej w relacji do lekarza. W tej perspektywie zaufanie powoduje, że proces leczenia przebiega w klimacie dialogu i współpracy personelu medycznego z pacjentem.

Ważnym czynnikiem, który pozwala zachować równowagę w relacjach z pacjentem są emocje. W przestrzeni medycznej są one ujęte albo od strony pozytywnej, albo negatywnej. Pozwalają osobie, która je odczuwa wyrazić daną sytuację cierpienia i w ten sposób stanowią swoisty motor napędowy zachowania pacjenta. Innymi słowy emocje generują konkretne zachowanie, co znacząco wpływa na relację chorego z personelem medycznym. Dla przykładu osoba, która ufa lekarzowi będzie współpracować z nim podczas procesu leczenia, natomiast osoba załamana wycofa się i nie będzie otwarta na dialog. Zauważamy zatem, że emocje posiadają silny wpływ na to, w jaki sposób wchodzimy w relację z chorym i reagujemy na jego potrzeby. W konsekwencji pozwalają one z jednej strony okazać szacunek osobie chorej, z drugiej zaś, niekontrolowane, mogą doprowadzić do zbyt wielkiego zaangażowania się personelu medycznego (lekarza, pielęgniarki, kapelana itp.). Zauważamy zatem, jak wielkie znaczenie odgrywają emocje w budowaniu dystansu w relacji z osobą chorą. Od strony negatywnej dystans jest momentem wycofania się np. pielęgniarki tak, aby za mocno nie wchodzić w przestrzeń osobistą pacjenta. Trzeba podkreślić, że emocje spowodowane stresem, chorobą czy innymi sytuacjami stanowią barierę w budowaniu relacji¹⁰. Dodajmy natomiast, że nie tylko chory doświadcza rozmaitych emocji, ale personel medyczny również. Posiada on także swoje osobiste doświadczenie duchowe, rozmaite trudne sytuacje rodzinne, poczucie niemocy, frustracji, kwestie administracyjne itp. Dlatego też właściwy dystans w relacji z pacjentem jest konieczny, aby nie przedkładać rozmaitych emocji na swoje życie prywatne, rodzinne. Kiedy jesteśmy skonfrontowani z cierpieniem jakiejś osoby, wówczas może to doprowadzić do tego, że my sami będziemy cierpieć z powodu emocjonalnego zaangażowania. Natomiast od strony pozytywnej emocje pozwalają uniknąć rutyny w sztuce medycznej i traktować chorego zawsze z szacunkiem. Trzeba zatem stwierdzić, że istotnym jest fakt posiadania świadomości swoich emocji i konsekwencji, do których mogą one doprowadzić. Emocje ujawniają podmiotowość człowieka i fakt, że każdy człowiek jest szczególnie i na swój sposób przeżywa rozmaite sytuacje życiowe, również chorobę i cierpienie. W konsekwencji ta podmiotowość często prowadzi personel medyczny do porównywania cierpienia drugiego z własnym cierpieniem, aby móc nadać mu wartość. To porównanie może wywołać np. u lekarza czy kapelana emocje, które wpłyną na relacje i dystans z pacjentem. Na przykład pacjent, który bardzo cierpi (fizycznie lub duchowo),

¹⁰ Por. E. Drabik-Danis, A. Hans-Wytrychowska, *Umiejętność obniżania poziomu lęku u pacjenta chorego przewlekle – bilans korzyści*, w: *Relacja lekarz – pacjent, zrozumienie i współpraca*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wrocław 2017, s. 118–131.

wzbudzi u lekarza taką empatię, że dystans w tej relacji będzie zbyt mały. Taka sytuacja stanowi ogromne wyzwanie zarówno dla pacjenta jak i personelu medycznego. Możemy nawet stwierdzić, iż tym bardziej dla personelu medycznego, gdy towarzyszy mu poczucie bezradności, gdy cierpienie jest trudne do złagodzenia.

3. WYMIAR PERSONALISTYCZNY POJĘCIA „DYSTANS”

Powyższe refleksje uświadamiają nam, że dystans to szereg pewnych gestów, które należy zaadaptować zawsze indywidualnie rozpatrując każdą sytuację jako, specyficzną i jedyną. Oznacza to, że należy szeroko i kompleksowo ujmować relację, zarówno od strony pacjenta jak i od strony personelu medycznego, np. lęk pacjenta, jego obawy, doświadczenie lekarza, jego sytuację życiową itp. Zachowanie dystansu pozostaje zatem w ścisłym związku z tym, kim jesteśmy, z naszą osobowością. W relacjach i w ogóle w naszych działaniach komunikujemy naszą osobowość i przez nią wchodzimy w przestrzeń drugiej osoby. Dzięki naszej osobowości dialog ma również charakter osobowy¹¹. Zatem dystans posiada również wymiar osobowy. Stwierdzamy nawet, że człowiek, który bardziej odkrywa w sobie swoje bogactwo osobowe (wartości, cnoty, intelekt, wybór dobra itp.), będzie łatwiej budować właściwy dystans z drugą osobą, w ten sposób, aby relacja była owocna i korzystna zarówno dla pielęgniarki, jak i dla chorego. Oczywiście, możemy zauważyć, że dystans zależy też od doświadczenia zawodowego, ponieważ osiągamy pewne zdolności na podstawie wykonywanej praktyki. Niemniej jednak owa praktyka nie dotyczy tylko sztuki medycznej, ale i praktyki wewnętrznej, duchowej. Oznacza to, że człowiek powinien robić nieustannie wysiłek duchowy, aby rozwijać w sobie wartości i cnoty. Spowoduje to, że ów dystans będzie dobrze zachowany, ponieważ z jednej strony personel medyczny będzie chciał zawsze dobra pacjenta, z drugiej zaś strony będzie szanować siebie i swoje życie emocjonalne.

Ujęcie personalistyczne nawet wyznacza nam pewne zasady uniwersalne, które powodują, że proces komunikacji przebiega właściwie. Amerykańska teoretyk w zakresie medycyny Jean Watson w swojej teorii – „theory of Human Caring” – dowodzi, że człowiek nie może być traktowany jako przedmiot i pozostać odseparowany od siebie samego, czyli od swoich naturalnych dyspozycji (rozum, wolna wola, uczucia, emocje)¹². Watson traktuje człowieka jako całość, więc bierze pod uwagę również jego duszę, ciało i ducha. Każda osoba ma fenomenalne przestrzenie, które odpowiadają całości ich doświadczeń. Przestrzenie te obejmują uczucia,

¹¹ Por. T. Biesaga, *Pojęcie osoby a jakość życia we współczesnej bioetyce*, w: *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Kraków 2002, s. 53–64.

¹² Por. J. Watson, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Revised Edition*, Colorado 2008, s. 78.

doznania fizyczne, myśli, wierzenia duchowe, cele, oczekiwania, względy środowiskowe, a także doświadczenia własnych percepcji, które są oparte na przeszłości, teraźniejszości i przyszłości danej osoby. Ujęcie personalistyczne relacji podkreśla, iż trzeba brać pod uwagę wszystkie te wymiary w procesie leczenia. Trzeba nawet harmonizować owe wymiary w ten sposób, aby towarzyszenie osobie chorej było zawsze spotkaniem dwóch osób. Aby stworzyć więź z osobą chorą, twierdzi Watson, człowiek musi być gotowy na przyjęcie uczuć innych, aby mieć dostęp do tego, czym ten drugi naprawdę jest, do jego prawdziwej natury, do swojej prawdziwej jaźni. Ta teoria sugeruje, że emocje odczuwane w relacji międzyludzkiej nie powinny być negocjowane, ale powinny być wykorzystywane z korzyścią dla owej relacji. W ujęciu personalistycznym zatem towarzyszenie osobie chorej, unikając jednocześnie cierpienia, możliwe jest wówczas, gdy posiada się właściwą filozofię życia i styl bycia. Konkretnie wartości, na jakich opiera się personel medyczny, implikują konkretną zasadę, która stanowi fundament właściwego dystansu w przestrzeni medycznej. Mianowicie, nie robić innym tego, czego pragnęlibyśmy, aby i nam nie robili. Należy zatem akcentować kwestię bogactwa wewnętrznego człowieka i tego, kim jesteśmy, ponieważ wówczas odkrywamy duchowość jako przestrzeń, która pomaga zbudować właściwe relacje międzyludzkie.

Spojrzenie na człowieka jako na osobę, szacunek wobec każdego człowieka, autonomia, wolność, godność człowieka, to te podstawowe pojęcia wypracowane na bazie personalizmu, które mogą być zaktualizowane poprzez nasze czyny, zachowania, gesty i słowa¹³. I rzeczywiście, będąc bardziej otwartym na słuchanie i na konwersację będziemy mieli większą szansę na stworzenie relacji zaufania. Chociażby z tej racji, że osoba chora poczuje się wysłuchana i godnie przyjęta. Stwierdzamy zatem, że właściwy dystans z pacjentem prowadzi do właściwej i poprawnej relacji, co przyczynia się do lepszej jakości opieki medycznej. Istotnym jest więc zachowanie adekwatnego dystansu, aby móc towarzyszyć osobie chorej w sposób najbardziej optymalny. Jeśli pielęgniarka zachowuje właściwy dystans w relacjach z chorym, jest ona jednocześnie zdolna łatwiej przetrwać każdą sytuację niespodziewaną (nasilanie się choroby, zgon). Innymi słowy, dystans w przestrzeni medycznej jest tą przestrzenią, gdzie personel medyczny chroni sam siebie, co wpływa znacząco na dobrą jakość usług medycznych.

W naszych badaniach nie koncentrujemy się na tym, czy relacja z pacjentem wpływa na dystans, czy to dystans wpływa na relację? Generalnie jedno i drugie są ze sobą ściśle połączone i ukazują jedną podstawową prawdę. Mianowicie, człowiek ujęty personalistycznie wchodzi w dialog jako osoba w swym wymiarze holistycznym (ciało, dusza, słowo, uczucia). Jak zauważa psycholog Ewa Wilczek-

¹³ Por. J. Mizak, *Godność osoby cierpiącej jako podstawowa kategoria aksjologiczna w relacji lekarz – pacjent*, „Teologia i Moralność”, 13(2013)1, s. 195–210.

-Rużyczka istotnym jest zatem fakt ujęcia pacjenta jako podmiotu, bytu jedyne­go w swojej przestrzeni egzystencjalnej, a nie jako przedmiot¹⁴. W kontekście hospitalizacji wymiar personalistyczny jest szczególnie uwypuklony. Doświadczanie cierpienia i lęku jest przecież nieodzownym obrazem ludzkiej egzystencji, w którym traktowanie człowieka jako osoby stanowią formę jego ochrony.

4. WŁAŚCIWY DYSTANS PRZESTRZENIĄ OCHRONY CZŁOWIECZEŃSTWA

W pierwszej kolejności właściwy dystans pojmujemy jako swoisty dylemat bycia zbyt blisko lub zbyt daleko w relacji do konkretnej osoby. Niemniej jednak ów dystans w swojej celowości ma doprowadzić do sytuacji, w której chory w szpitalu nie czuje się opuszczony i samotny. Z drugiej zaś strony właściwy dystans ma chronić przed postawą zbyt wielkiego zaangażowania, przed współ­czuciem niekontrolowanym. Innymi słowy, właściwy dystans ma ochronić przed zależnością (emocjonalną, relacyjną), która spowodowałaby, że zarówno chory jak i personel medyczny nie wykonują czynności stosownie do swoich funkcji: właśnie z powodu źle ukształtowanego dystansu. Powyższa refleksja ukazuje, że dystans, który prowadzi do postawy „nie narzucania się” i „nie spoufalania się” jest bardzo ważnym czynnikiem chroniącym człowieczeństwo pacjenta¹⁵. W rezul­tacie w kontakcie z osobą chorą dystans doprowadza do umocnienia więzi zaufania i poczucia bezpieczeństwa. Zatem jesteśmy w sytuacji, gdzie personel medyczny jest partnerem w relacji, a sama wymiana informacji jest bardziej dialogiem.

Należy natomiast pamiętać, że istotnym wymiarem człowieczeństwa jest dąże­nie do dobra. Oznacza to, iż więź empatyczna i postawa zaufania również ukie­runkowują człowieka na konkretne dobro. Francuski filozof Paul Ricoeur twierdzi, że dobre życie, to życie we wspólnocie z innymi¹⁶. Takie spojrzenie na egzystencję człowieka implikuje właśnie koncepcję dobrych gestów, które przybliżają wszystkie osoby do owego dobra. W relacji pacjent – personel medyczny dokład­nie widać tę zależność między czynem a dobrem jako celem działania. Każdy gest lekarza, pielęgniarki, kapelana itp. musi być ukierunkowany na dobro pacjenta.

¹⁴ Por. E. Wilczek-Rużyczka, *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Warszawa 2019, s. 8; M. Rusin, *Podmiotowość pacjenta w interakcji fizjoterapeuta – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu”, (2007)3, s. 199–209; M. Majewska, *Słowo też jest lekiem czyli o komunikacji lekarza z pacjentem*, „Zeszyty Prasoznawcze”, 58(2015)2, s. 224–237.

¹⁵ Por. K. Chabros, *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*, „Warszawskie Studia Teologiczne”, 26(2013)1, s. 261–284.

¹⁶ Por. P. Ricoeur, *Approches de la personne*, „Esprit”, 3–4(1990), s. 115–130.

Ten natomiast musi zrobić wysiłek, aby owo dobro spostrzec w danym czynie. Inaczej rzecz ujmując, za konkretnymi czynami wykonywanymi przez personel medyczny należy rozpoznać owo dobro, które ma udzielić się pacjentowi. W konsekwencji, jak zauważa Tadeusz Biesaga, dobry gest np. pielęgniarki, która angażuje się zachowując właściwy dystans, to gest zawierający dobro i dający jaśniejszy obraz rzeczywistości na daną sytuację kliniczną u pacjenta¹⁷. W ten sposób działanie medyczne prowadzi do wspólnego porozumienia między personelem medycznym a osobą chorą. Taka ścisła więź między dobrem a czynem ukazuje istotny wymiar działania w przestrzeni medycznej. Mianowicie, owo działanie, nawet jeśli zachowuje się dystans, afirmuje człowieka i wzmacnia dobro wspólne jako nadrzędną wartość konieczną w budowaniu właściwych relacji międzyosobowych. Kwestia właściwego dystansu pozwala odkryć wymiary typowo ludzkie w przestrzeni medycznej, takie jak: afirmacja człowieczeństwa w każdej osobie, zbudowanie relacji zaufania, ukierunkowanie na dobro.

5. POTRZEBA SZKOLENIA PERSONELU W „SZTUCE MEDYCZNEJ”

W powyższych analizach podkreśliliśmy, że jakość relacji personelu z pacjentem zależy również od wartości, na których opiera się opiekun. A to wymaga ciągłego szkolenia w tym zakresie. W dzisiejszych czasach aspekt ten jest niezbędnym ze względu na ciągły postęp nowych technik. Działanie np. lekarza nie może być pozbawione etycznego doradztwa innych w obliczu złożonej sytuacji w szpitalu. Nacisk na kształcenie pozwoli na humanizację nie tylko relacji personel-pacjent, ale także całej medycyny. Nie jest to tylko kwestia formacji zawodowej, ale także duchowej.

Kontakt z pacjentem jest podstawą do podjęcia działań medycznych. Wydarzenie, jakim jest spotkanie, wymaga od personelu medycznego specjalistycznej wiedzy i wystarczających umiejętności. Ten techniczny czy instrumentalny aspekt jest ważny, ale wymiar ekspresyjny jest również niezbędny. Obejmuje to zdolność do nawiązywania kontaktów i empatii. Istnieją pewne kanały komunikacji, na które personel medyczny powinien być wyczulony: język werbalny, gesty, mimika twarzy, postawa i spojrzenie. W ten sposób przekazujemy informacje pacjentom, nawet jeśli proces ten jest nieświadomy. Dlatego też warto podjąć temat komunikacji jako element szkolenia personelu medycznego. Doskonalenie umiejętności komunikowania się z pacjentem poprawia jakość kontaktu z nim i wpływa na skuteczność terapii. Istnieje niebezpieczeństwo ograniczania przez personel medyczny zadań w szpitalu do działań ściśle technicznych. Lecz trzeba podkreślić,

¹⁷ Por. T. Biesaga, *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae”, 40(2004) 153–165.

iz oprócz komunikacji werbalnej, istnieje również kontakt niewerbalny – poprzez dotyk, spojrzenie, wyraz twarzy i ton głosu. Świadomość tych kanałów informacji wzmacnia relację i często wpływa na powodzenie terapii. Dlatego też zauważa się ogromną potrzebę szkoleń w tym zakresie. Należy podkreślić, że kontakt z pacjentem daje niezbędną wiedzę o chorobie, zrozumienie zachowań chorego i umiejętność niesienia pomocy. Dlatego szkolenie, które koncentruje się również na poprawie wymiaru relacyjnego, pomaga w osiągnięciu tych trzech celów. Innymi słowy, ten wysiłek komplementarny prowadzi personel medyczny do ogólnego podejścia do pacjenta (do jego choroby, stanu psychicznego, sytuacji rodzinnej). W tej sytuacji szkolenie umożliwia personelowi zdobycie kompetentnej wiedzy, która pozwoli zaspokoić potrzeby pacjentów uwzględniając ich godność i ich integralność.

Kształcenie ustawiczne pozwala nie tylko na pogłębienie własnej wiedzy, ale także na zachowanie prawdziwego sensu każdej czynności medycznej. Niebezpieczeństwo bowiem polega na tym, że można skupić się tylko na wiedzy teoretycznej, a nie praktycznej. Powoduje to czasami pewną dysharmonię, gdzie np. lekarz, który uważa się za uczonego lub eksperta, może uprzedmiotowić pacjentów. Jest to forma ochrony i obrony personelu w stosunku do pacjentów. Dlatego konieczne jest ukierunkowanie kształcenia personelu medycznego na „złoty środek” w tym sensie, że uprzedmiotowienie nie będzie powodować dystansu do osoby cierpiącej i nie zablokuje dostępu do niej¹⁸. Ważną rolę odgrywa tu fakt „kochania” swojego powołania. W ten sposób spotkanie z pacjentem nie jest postrzegane jako ciężkie obciążenie, ale jako współpraca zmierzająca do wspólnego celu, w której człowiek w całej swojej złożoności jest zawsze afirmowany.

Propozycja osobowego ujęcia człowieka prowadzi do wymiaru odpowiedzialności personelu wobec pacjenta. Permanentne kształcenie się personelu medycznego i kompleksowa wiedza o wszystkich wymiarach człowieka pozwala zachować ową postawę odpowiedzialności. Ważne jest więc, aby wypracować pewne wartości, które pomogą personelowi w życzliwym i pełnym szacunku kontakcie z pacjentem. Wymaga to formacji duchowej, która pomaga zarówno zachować właściwą postawę personelu, jak i uniknąć wyczerpania zawodowego. Posługa w szpitalu wiąże się z odpowiedzialnością i stałą dyspozycyjnością psychofizyczną. Jest to często ciężar, który trudno jest dźwigać samemu. Dlatego głównym zagadnieniem jest umiejętność dostrzegania emocji pojawiających się w kontakcie z pacjentami oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem i potrzeba rozmowy ze współpracownikami o swoich przeżyciach wewnętrznych; to pozwala panować nad reakcjami obronnymi, które są barierą w relacji z pacjentem (dystans, depersonalizacja pacjentów, minimalizowanie ich skarg, nieporozumienia w komunikacji).

¹⁸ Por. O. Maillé, *La place du sujet en médecine*, tłum. W. Gliniecki, Montpellier 2013, s. 104.

W tej perspektywie szkolenie personelu medycznego ma na celu umiejętność rozpoznawania i nazywania emocji związanych ze specyfiką pełnionej przez nich funkcji medycznej, aby poprawić morale i efektywność ich pracy. Ważne jest, aby „być obecnym w tym, co pacjent wyraża, a następnie rozpoznać, co dzieje się w nas samych”¹⁹. Choroba jest egzystencjalnym wstrząsem i „doświadczenie cierpienia zaprasza jednostkę do spojrzenia wstecz na siebie. Powrót, który nie jest synonimem wycofania czy egoizmu, (...) ale troski o siebie”²⁰. Mamy wtedy do czynienia z sytuacją inności i odmienności, w której personel medyczny jest zawsze w trakcie szeroko pojętego rozwoju powołania do zawodu pielęgniarki, kapelana czy lekarza. Formacja ta wymaga więc z jednej strony pewnej otwartości na siebie, predyspozycji do zaakceptowania własnej podmiotowości, aby móc udźwignąć podmiotowość drugiej osoby. Tak więc postawa personelu wobec chorego jest zakorzeniona w skłonności do „zadbania o samego siebie” i można ją wyjaśnić w zdaniu: „Mogę zająć się innym tylko wtedy, gdy najpierw zajmę się sobą”²¹. Ponadto, konieczne jest dostrzeżenie istotnej roli „wspólnoty”, jaką tworzy cały personel medyczny. Znaczenie zespołu medycznego jako całości jest istotne, ponieważ dzielenie się trudnościami pomiędzy członkami zespołu opieki pomaga zmniejszyć ryzyko wyczerpania zawodowego. Wzajemne wsparcie, szczególnie w czasie trudnych i często nieprzewidzianych sytuacji, które pojawiają się w środowisku szpitalnym, pomaga zachować stabilizację emocjonalną, a co za tym idzie uniknąć rutyny. W przestrzeni medycznej jest bardzo dużo sytuacji, które generują silne ładunki emocjonalne: kontakt z cierpieniem, śmiercią i chorobą; odpowiedzialność za czynności medyczne, a nawet angażowanie się w przeżycia pacjentów. Ten ciężar moralny i emocjonalny charakterystyczny dla zawodów medycznych można ewentualnie złagodzić lub opanować, nie można go całkowicie uniknąć. Powyższa refleksja pokazuje, że owo obciążenie psychiczne może być przestrzenią dialogu i nawiązania relacji międzyosobowej tylko wówczas, gdy personel medyczny zachowa właściwy dystans do pacjenta.

PODSUMOWANIE

Pojęcie dystansu zakłada przestrzeń, która oddziela co najmniej dwie osoby. Powyższe refleksje odsłaniają wręcz konieczność dystansu personelu medycznego z osobą chorą po to, aby relacja między nimi była właściwa i ukierunkowana na dobro osobiste zarówno personelu jak i osoby chorej. Zatem pojęcie dystansu nie jest rozumiane jako dystans do osoby chorej, lecz bardziej dystans do rozmaitych

¹⁹ P. Prayez, dz. cyt., s. 2–75.

²⁰ O. Maillé, dz. cyt., s. 9.

²¹ Tamże, s. 99.

reakcji, do sentymentów i do emocji. Tak rozumiany dystans prowadzi do zrozumienia samego siebie i do analizy pewnych reakcji, które mogą być destruktywne dla personelu medycznego. W naszych badaniach pragnęliśmy pokazać, że dystans nie jest brakiem uczuć, obojętnością czy oziębłością. Jest to bardziej przestrzeń właściwego dialogu, opartego na szacunku zarówno osoby chorej jak i personelu. Trzeba nam stwierdzić, że ujęcie personalistyczne jest podstawą właściwego dystansu, ponieważ takie założenia jak godność osoby ludzkiej, jej wolność, szacunek do ciała, wymiar duchowy, zawsze prowadzą do akcentowania człowieczeństwa każdej osoby²². A przecież lekarz, pielęgniarka oceniani są właśnie od strony człowieczeństwa, a nie tylko od strony profesjonalizmu i fachowości. Refleksja nad właściwym dystansem ukazuje nie tylko wymiary empatii i uczuć, ale jest także ważną przestrzenią odpowiedzialności etycznej w relacji pacjent – personel medyczny.

Bibliografia

Biesaga T., *Dobro pacjenta celem medycyny i podstawą etyki medycznej*, „Studia Philosophiae Christianae”, 40(2004) 153–165.

Biesaga T., *Pojęcie osoby a jakość życia we współczesnej bioetyce*, w: *Ocalić cywilizację – ocalić ludzkie życie*, red. Z. Morawiec, Kraków 2002, s. 53–64.

Chabros K., *Zagrożenia godności terminalnie chorego we współczesnej cywilizacji zachodniej*, „Warszawskie Studia Teologiczne”, 26(2013)1, s. 261–284.

Daepfen J.-B., *Pourquoi ne peut-on pas prescrire l'arrêt de l'alcool ?*, *Vademecum d'alcoologie*, Paryż 2003.

Drabik-Danis E., Hans-Wytrychowska A., *Umiejętność obniżania poziomu lęku u pacjenta chorego przewlekle – bilans korzyści*, w: *Relacja lekarz – pacjent, zrozumienie i współpraca*, red. A. Steciwko, J. Barański, Wrocław 2017, s. 118–131.

Maillé O., *La place du sujet en médecine*, Montpellier 2013.

Majewska M., *Słowo też jest lekiem czyli o komunikacji lekarza z pacjentem*, „Zeszyty Prasoznawcze”, 58(2015)2, s. 224–237.

Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012.

Manoukian A., *La relation soignant-soigné*, Rueil – Malmaison 2014.

Mercadier C., *Le Travail émotionnel des soignant à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paryż 2002.

Mizak J., *Godność osoby cierpiącej jako podstawowa kategoria aksjologiczna w relacji lekarz – pacjent*, „Teologia i Moralność”, 13(2013)1, s. 195–210.

²² Por. S. Szary, *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health”, 49(2014)2, s. 222–224.

Prayez P., *Introduction générale*, w: *Distance professionnelle et qualité du soi*, red. P. Prayez, Rueil – Malmaison 2009.

Prayez P., *Juste distance ou distance injuste*, w: *Distance professionnelle et qualité du soi*, red. P. Prayez, Rueil – Malmaison 2009.

Ricoeur P., *Approches de la personne*, „Esprit”, 3–4(1990), s. 115–130.

Rusin M., *Podmiotowość pacjenta w interakcji fizjoterapeuta – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji w Poznaniu”, (2007)3, s. 199–209.

Szary S., *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health”, 49(2014)2, s. 222–224.

Szewczyk K., *O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz – pacjent*, „Krytyka Lekarska”, (2009)2–3.

Watson J., *Nursing: The Philosophy and Science of Caring, Revised Edition*, Colorado 2008.

Wilczek-Rużyczka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie*, Warszawa 2019.

Zembala A., *Modele komunikacyjne w relacjach lekarz – pacjent*, „Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ – Nauki Ścisłe”, 2(2015)11, s. 35–50.