

KOMUNIKOWANIE O ZDROWIU: TWORZENIE „ŚRODOWISKA NADZIEI”¹

AGNIESZKA PIASECKA

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Instytut Nauk Ekonomicznych i Społecznych

ABSTRACT

Health communication: Creating “an environment of hope”

Creating “an environment of hope” (or: “communities of hope”) in health communication could be an interesting alternative social support in the post-modern reality. Living in a society of risk (U. Beck), we experience uncertainty, anchored in a new culture (W. Bonß). We struggle with the experience of a civilization of fear and anxiety (J. Koziński). Is it possible in this situation to build and shape interpersonal relationships (doctor-patient-relatives) and intrapersonal that will promote health and talking about him? The article is a description of how to communicate about health in the context of creating communities of hope. It outlines human functioning in postmodernity, indicates his/her expectations of health workers, psychologists and those who are closest to them in a situation of healthcare and health, diseases and treatment communication.

Key words: environment of hope, social support, interpersonal and intrapersonal relationships, ways of communication

¹ Tworzenie środowiska nadziei jako celu procesu komunikowania, w rozumieniu autorki, osadzone jest dość mocno w aksjologię. Nie jest tożsame z dawaniem złudnej nadziei. Jest komunikowaniem wolności, zakorzenionej w racjonalności osoby, podmiotowości ludzkich wyborów i działań. Wiąże się ze świadomością i odpowiedzialnością uczestników komunikowania. Realizuje założenia prawa moralnego Immanuela Kanta, iż „cel posiada moralną moc bycia podstawą prawa tylko wtedy, gdy cel ten jest identyczny z czymś, czego istnienie samo w sobie posiada bezwzględną wartość. (...) To zaś, co jest celem, posiada godność” (cyt. za: Jaroszyński 1994, s. 167; por.: Drożdż 2010, s. 18–19; Wojtyła 1986; Wojtyła 1969; Drożdż 2003, s. 359–387).

✉ Adres do korespondencji: Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, Instytut Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Zakład Nauk Humanistycznych, pl. Grunwaldzki 24A, 50-363 Wrocław

Kiedy pod koniec 2012 roku, wraz z Barbarą Jacennik i Aleksandrą Hulewską, publikowałyśmy książkę „Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną” (Jacennik, Hulewska, Piasecka 2012), miałyśmy nadzieję na intensywny rozwój debaty na temat komunikowania o zdrowiu, na dyskusję angażującą nie tylko specjalistów ze środowisk związanych z medycyną, lecz przede wszystkim z zakresu nauk humanistycznych i społecznych, i co najistotniejsze: dotyczącą rozmaitych obszarów funkcjonowania człowieka. Postulowałyśmy, aby komunikowanie o zdrowiu objęło zarówno dyskurs interpersonalny na temat zachowań zdrowotnych i zagrożeń dla zdrowia, metod leczenia i terapii oraz działalności placówek służby zdrowia, jak i przekazy medialne oraz relacje międzyludzkie. Dynamiczny wzrost aktywności polskich naukowców w obszarze komunikowania o zdrowiu, szczególnie tych zajmujących się naukami społecznymi, widoczny choćby w trakcie obrad III Kongresu Polskiego Towarzystwa Komunikacji Społecznej (Kraków 2013), przybliżyła realizację tychże planów.

Taka mobilizacja poznawcza sprawia, że problematyka komunikowania o zdrowiu zyskuje na znaczeniu w naszej rodzimej perspektywie. Tym bardziej, że sytuacja zdrowotna Polaków, w porównaniu z innymi mieszkańcami Unii Europejskiej, jest dość trudna. Duża liczba hospitalizacji przy ciągłym skracaniu czasu ich trwania, powodowanym głównie przez ograniczenia finansowe, sprawia, że stwarzanie pacjentowi warunków zapewniających osiągnięcie dobrostanu staje się wręcz fikcją. Szczególnie poszkodowani są tutaj najmłodszy (dzieci poniżej pierwszego roku życia) oraz seniorzy (osoby po 65. roku życia) jako ci, którzy najczęściej przebywają w szpitalu².

Równocześnie organizacje międzynarodowe coraz częściej podejmują tematykę zdrowia i opieki medycznej w aspekcie dbałości o dobrostan pacjentów. Liczne opracowania i raporty Światowej Organizacji Zdrowia traktują ów dobrostan jako integralną część „Health 2020”, czyli nowej strategii zdrowotnej dla Europy³. Zmierzają do uszczegółowienia definicji dobrostanu zawartej w preambule do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jak również ustalenia sposobów pomiarów dobrostanu, opracowania wskaźników oraz sprecyzowania celów regionalnych (WHO 2012; WHO 2013a).

Wczytując się w definicję zdrowia według WHO, stwierdzam, że jest ono pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko

² Jak wynika z raportu „Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania”, w 2010 r. w Polsce hospitalizowano 7 486 620 osób. W tej grupie było tylko 732 976 kobiet poddanych hospitalizacji z powodu porodu. Wśród hospitalizowanych z innych powodów niż poród było natomiast 2 979 561 kobiet. Hospitalizowano wówczas także 3 041 107 mężczyzn. Niektóre z tych osób były hospitalizowane wielokrotnie, zaś współczynnik hospitalizacji wyniósł wówczas 1786 osób na 10 tysięcy mieszkańców (Wojtyniak, Goryński, Moskalewicz 2012, s. 120–152; por. Eurostat 2013a, s. 67–101; Eurostat 2013b, s. 51–64; Kickbusch, Behrendt 2013).

³ W grupie celów nowej polityki „Health 2020” znajdują się: znacząca poprawa stanu zdrowia oraz dobrostanu ludności, zmniejszenie stopnia nierówności zdrowotnych, „wzmocnienie zdrowia publicznego i zapewnienie systemów ochrony zdrowia zorientowanych na pacjenta, które są powszechne, równe, trwałe i wysokiej jakości” (cyt. za: WHO 2012, s. 3).

brakiem choroby, dysfunkcji i niedomagań⁴. Zyskuje zatem znaczenie wartości, która umożliwi jednostce lub grupie osób realizowanie własnych aspiracji, zaspokajanie potrzeb oraz zmianę środowiska. Gwarantuje rozwój społeczny i ekonomiczny, oferuje lepszą jakość życia i eksponuje pozytywne jego strony (optymizm życiowy, siły do tworzenia, sprawność fizyczną itd.) (Waszkiewicz 2002, s. 97–104). Zmierza ku kształtowaniu „środowisk nadziei” – tych, które dają ową nadzieję (na osiągnięcie lub utrzymanie zdrowia, na możliwość czerpania radości z życia itd.) i ją kreują, zmieniając nastawienie jednostki do dalszej egzystencji.

Oferta lepszej jakości życia oraz eksponowania jego pozytywnych stron wymaga od nas doprecyzowania celu życiowej wędrówki, refleksji nad kierunkiem, jaki jednostka powinna nadać własnej dalszej egzystencji. Nie sposób bowiem mówić o jakości istnienia ludzkiego, gdy nie jest doprecyzowany kształt jego koegzystencji w środowisku społecznym.

Pytanie o sens i cel wiedzie nas zawsze ku drugiemu człowiekowi. Stwierdzając, iż nie jest sama, jednostka identyfikuje samą siebie jako tzw. wytwór wielorakich relacji z drugim człowiekiem. Uświadamia sobie, że snucie własnych refleksji jest możliwe jedynie w nawiązaniu do drugiego człowieka i w odniesieniu do jego punktu widzenia (Guichard 2007, s. 24), zatem wymaga komunikowania się. Człowiek, jako wytwór relacji dwojga ludzi (w wymiarze genetycznym), również na gruncie psychologicznym zaczyna tworzyć swoją tożsamość na podstawie kontaktu z drugim człowiekiem. Owe „symbiozy psychologiczne”, jak je nazywa Jean Guichard, a właściwie „interakcje i dialogi z drugim (drugimi)”, inspirują i motywują istotę ludzką do budowania własnej osobowości w ściśle określony, wybrany przez nią sposób: „Przyjmując pewne postawy i zachowania, posługując się określonym rodzajem języka, w pewien sposób wyrażając swoje emocje, tak, a nie inaczej, odnosząc się do samego siebie itd. (...) Jednostka zastanawiająca się nad kierunkiem, jaki powinna nadać swojemu dalszemu życiu, sama staje się przede wszystkim «istotą relacyjną» (...) relacja z drugim człowiekiem jest konstytutywnym elementem tego, czym (kim) jest istota ludzka” (Guichard 2007, s. 24).

Rozpatrywanie tejsze relacji w odniesieniu do komunikowania o zdrowiu eksponuje rolę drugiego człowieka w konstruowaniu kierunku i celu jednostki. Snując refleksje na temat swojej przyszłości z punktu widzenia zdrowia, istota ta prowadzi z sobą swoisty dialog, analizuje dokonane wybory nie tylko z punktu widzenia własnej osoby (komunikacja intrapersonalna), lecz ma także świadomość, że jej decyzje dotyczą innych ludzi (komunikacja interpersonalna). W tym kontekście obranie przez jednostkę „dobrego” kierunku życiowego, sfinalizowane osiągnięciem „dobrego” celu, wiąże się z ricoeurowskim dążeniem do „dobrego życia” z innymi i dla innych. Budując nadzieję na podstawie dialogu z drugim człowiekiem, czyli akt komunikacyjny, współtworzy środowisko optymizmu

⁴ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (cyt. za: WHO 2006, s. 1).

i wiary w lepszą przyszłość, wyzdrowienia czy stabilizację własnej kondycji psychofizycznej. Wpływa także na tworzenie dobrostanu wśród najbliższych.

Immanuel Kant wygłosił niegdyś dość kontrowersyjną tezę, iż lekarze mniemają, że dużo pomogli choremu, gdy potrafili nadać chorobie odpowiednią nazwę⁵, tymczasem – za Abrahamem Maslowem – to rozumienie drugiego człowieka jest warunkiem, bez którego nie ma terapii (Jankowski 1994, s. 23). Człowiek stanowi całość biologiczno-społeczną i należy tę zależność wykorzystywać w procesie leczenia, także „leczenia słowem” poprzez sprawne komunikowanie o zdrowiu. Świetnie ilustruje te zagadnienia psychologia postaci, której głównym założeniem jest, iż całość to coś więcej niż suma części. Skoro zaś człowiek stanowi byt biologiczno-społeczny, nie można spoglądać na niego i jego dolegliwości wyłącznie z jednej perspektywy, w oderwaniu od tejże całości. Nawet nadanie chorobie odpowiedniej nazwy nie wiąże się bowiem z jedną tylko interpretacją zagrożeń, jakie może ona z sobą nieść, podawaną pacjentowi przez lekarza. Owa choroba może być postrzegana przez niedomagającego jako wyzwanie, które warto podjąć, aby osiągnąć cel (zdrowie), ale może też paraliżować wszelkie ruchy jednostki, która nań zapadła. Można na tę przypadłość spoglądać jak na „młodą kobietę”, z nadzieją na to, iż lepsze, piękniejsze jutro nadejdzie. Może też być postrzegana wyłącznie w kategoriach braku, deficytu i utraconych szans na zdrowie („stara kobieta”). Taką podwójną perspektywę patrzenia ilustruje jedna z popularnych kart pocztowych w wersji autorstwa W.E. Hilla⁶ (rys. 1).

Przyglądając się obrazkowi w aspekcie komunikowania, możemy zauważyć, że przygotowanie percepcyjne bardzo skutecznie determinuje reakcję na niejednoznaczny obraz. Jak już wspomniałam, dostrzeżemy w nim zarówno młodą kobietą, jak i starszą panią. Wytwarzając w odbiorcy gotowość do reagowania w określony sposób, do spostrzeżenia elementów charakteryzujących ową starszą lub młodą kobietę wytwarzamy jego nastawienie, torujemy niejako kanał jego reakcji. Na zasadzie analogii postrzega również lekarz – co prawda mówimy tutaj o postrzeganiu zmysłowym, czym jednak jest spostrzeżenie rzeczywistości

⁵ Tłumaczenie własne: „Die Ärzte glauben, ihrem Patienten sehr viel genützt zu haben, wenn sie seiner Krankheit einen Namen geben” (Kohns 2007, s. 102). Por. również: „Ich sehe demnach nichts besseres für mich, als die Methode der Ärzte nachzuahmen, welche glauben, ihrem Patienten sehr viel genützt zu haben, wenn sie seiner Krankheit einen Namen geben” (cyt. za: Kant, Rosenkranz, Schubert 1838, s. 16).

⁶ Przez wiele lat autorstwo tego obrazu przypisywano W.E. Hillowi, który jedynie odwzorował anonimową niemiecką kartkę z 1888 r., publikując ją w 1915 r. w amerykańskim magazynie humorystycznym *Puck*, będącym odpowiednikiem brytyjskiego *Puncha*. Niewątpliwie dzięki Hillowi rysunek zyskał popularność i był wykorzystywany m.in. w układankach typu puzzle. Ilustrację wykorzystano także w 1890 r. w kampanii reklamowej dla Anchor Buggy Company (informacja za: Boring 1930, s. 444; Botwinick 1961, s. 112–113). W niniejszym artykule wykorzystano ogólnodostępną wersję ilustracji z 1915 r., zatytułowaną „My wife and my mother-in-law. They are both in this picture – find them”, autorstwa W.E. Hilla, pochodzącą z czasopisma *Puck* (vol. 78, no. 2018 [6.11.1915], s. 11) ze zbiorów Library of Congress Prints and Photographs Division, Washington, DC 20540 USA (<http://hdl.loc.gov/loc.pnp/pp.print>). Ilustracja znajduje się pod sygnaturą Digital ID: (digital file from original print) ds 00175 i jest dostępna pod adresem internetowym: <http://hdl.loc.gov/loc.pnp/ds.00175> (Rights Advisory: No known restrictions on publication).

klinicznej, jeśli nie interpretacją materiałów pozyskanych dzięki... zmysłom? Zatem „sytuacja każdego chorego (...) może być rozpatrywana w analogiczny sposób i z podobnymi korzyściami dla pacjenta” (Jankowski 1994, s. 31). Podobnie też może odbywać się postrzeganie pacjenta: może poczuć się silny, zdolny do działania, może też przyjąć postawę rezygnacji i zmęczenia.



Rysunek 1. Ilustracja iluzoryczna „My wife and my mother-in-law. They are both in this picture – find them”. Źródło: Hill 1915

Postrzeganie procesu komunikowania o zdrowiu jako tworzenia środowiska nadziei staje się zatem nowym wyzwaniem społecznym dla obu podmiotów tej relacji. Niewiedza „gdzie patrzeć”, „co dostrzec” jest połączona z zagubieniem wciąż rosnącej liczby jednostek, które odbywają po omacku marsz przez własne życie. Niesprawnie odczytując sygnały płynące z wnętrza ich organizmów, niezgrabnie komunikują o zdrowiu lub jego braku. To sprzyja zwiększonemu zapotrzebowaniu na poradnictwo i wsparcie, kojarzone jednoznacznie z praktyką komunikowania społecznego: świadczeniem pomocy w sytuacjach problemów ze zdrowiem i trudności z poradzeniem sobie z chorobą oraz proaktywnym zapobieganiem owym kłopotom (Piorunek 2009, s. 48).

W tym kontekście tworzenie środowiska nadziei sprowadza się do budowania podmiotowej relacji pomiędzy lekarzem i pacjentem (oraz jego bliskimi), wejścia w dialog z tzw. obiektem społecznym, którym jest tenże pacjent. Wymaga więc nie tylko nazwania choroby, ale też analizy stanu psychicznego osoby korzystającej z porady lekarskiej, sposobów antycypowania przez nią przyszłości, percepcji czynników, które mogą sprzyjać lub hamować realizację planów osobistych jednostki „ku zdrowieniu” (por. Kargulowa 2005, s. 74). Aby jednak owa partnerska relacja była możliwa, musi być ona poprzedzona odpowiednimi zmianami na poziomie ustawodawczym – nie sposób bowiem wymagać od lekarza komunikowania partnerskiego na podstawie aktualnego zaplecza dydaktycznego środowiska medycznego. 120 godzin z przedmiotów humanistycznych i społecznych (w tym 30 godzin zajęć z psychologii i 30 godzin z etyki) realizowanych w toku studiów nie stanowi bazy do rozwoju kompetencji komunikacyjnych wśród lekarzy (MNiSW 2011; MNiSW 2013).

Budowanie środowiska nadziei zakłada również poświęcenie choremu czasu. Kiedy jednak porównamy liczbę lekarzy praktykujących w Polsce (162 055 lekarzy i lekarzy dentyków)⁷ z liczbą ludności naszego kraju wskazaną w Narodowym Spisie Powszechnym z 2011 r. (38 511,8 tys.), okaże się, że na 1000 mieszkańców naszego kraju przypada 3,3 lekarza i 0,89 lekarza stomatologa⁸, zaś statystyczny Polak w samym tylko 2010 r. odwiedził lekarza średnio 6,6 razy. Kształtowanie środowiska nadziei wymaga zatem wsparcia kręgu medycznego ze strony innych zawodów, szczególnie psychologów i psychoterapeutów.

W świecie, w którym coraz częściej nauka i religia tracą znaczenie pewników, a naturalnym rezultatem dokonujących się przemian staje się odrzucenie wiedzy uniwersalnej, wszechstronnej i absolutnej oraz pretensji społecznej praktyki do uniwersalnej słuszności, na wadze zyskują media społecznościowe, tradycyjne mass media i kultura popularna. Dzierżąc władzę, nadają kształt innym formom stosunków międzyludzkich i czynią je podległymi. Samookreślenie człowieka jest tego najlepszym przykładem – nasze pojmowanie rzeczywistości jest determinowane obrazami medialnymi i znakami kultury popularnej, przez ich pryzmat definiujemy nie tylko otaczający świat, ale i samych siebie. Skoro zaś „dawniej mass media były traktowane jako zwierciadło odbijające społeczną rzeczywistość, obecnie rzeczywistość może być określona dzięki zewnętrznym odbiciom tego zwierciadła. (...) Zwierciadło jest obecnie jedyną rzeczywistością, jaką posiadamy” (Strinati 1998, s. 179). Inicjowanie środowiska nadziei wymaga więc wsparcia mediów, mówienia o roli sensu życia, optymizmu i dbałości o dobrostan psychofizyczny, umiejętności dostrzeżenia nowych elementów w sytuacji, w której znalazł się pacjent i jego rodzina. Jednym słowem: uczenia, jak leczyć (się) słowem (bez zaniechania terapii medycznej, rzecz jasna), i popularyzowa-

⁷ Zgodnie z danymi na dzień 31.08.2013 r., umieszczonymi w Centralnym Rejestrze Lekarzy RP, należącym do Naczelnej Rady Lekarskiej.

⁸ Czyli na jednego lekarza (niezależnie od jego specjalności) przypada blisko 303 pacjentów, natomiast na jednego lekarza stomatologa ponad 1121 pacjentów (por. NIL 2013).

nia tzw. dobrych praktyk, zwieńczonych sukcesem prób odzyskania zdrowia psychofizycznego. Tworzenie środowiska nadziei staje się powinnością środków przekazu.

Środowisko nadziei jest też odpowiedzią na kryzys wartości i problem sensu życia w chorobie. Tenże kryzys, za Marią Straś-Romanowską, stanowi „bodaj najważniejszy (...) problem egzystencjalny” (Straś-Romanowska 1996, s. 23). Potrzeba sensu życia oraz dylematy życiowe, intensyfikujące się podczas problemów natury zdrowotnej, związane z nimi wybory celów, typów i rodzajów działań terapeutycznych, a także przyjmowane postawy mogą znaleźć odniesienie w świecie wartości. Tworząc środowisko nadziei, za podmiot swoich oddziaływań przyjmujemy owego człowieka, zakotwiczonego egzystencjalnie w określonym obszarze istnienia. Komunikując się z nim, podejmujemy świadomą odpowiedzialność za niego w płaszczyźnie etycznej kształtującej się relacji. Działając w duchu autonomiczności i wolności, przesyconymi świadomą odpowiedzialnością, nie tyle „jesteśmy z Drugim”, ile przede wszystkim „jesteśmy dla Drugiego”, nie tyle komunikujemy mu o zdrowiu i chorobie, ile komunikujemy się z nim, oczekując na reakcję zwrotną. Owo „bycie dla” innego bytu jest postawą wyjściową, a nie końcowym produktem oddziaływania społecznego, ponieważ odpowiedzialność wyprzedza wszelkie zaangażowania międzypersonalne, „gromadzenie wiedzy o partnerze [procesu komunikowania – przyp. A.P.], ocenę jego walorów (...) czy podjęcie jakichkolwiek wobec niego kroków” (Bauman 1996, s. 22). Podejmujemy się zatem rozwiązania lub zmniejszenia występowania problemów na przecięciu dwóch płaszczyzn: samodoświadczenia aksjologicznego oraz odczuwanej przez nas odpowiedzialności za pacjenta w procesie komunikowania się z nim. Mamy bowiem świadomość, iż heideggerowski „horyzont życia” wypełnia się coraz większą liczbą osób o zagrożonej lub niedoprecyzowanej tożsamości, szczególnie uwrażliwionych na trudności życiowe (Heidegger 1994) i zdrowotne.

Tworzenie środowiska nadziei to wreszcie świadomość odmiennych opcji i dynamicznie zmieniających się sensów komunikowania. Stale podejmując próby strukturyzowania rzeczywistości, równie często natrafiamy na normy, które są sobie przeciwstawne. Dlatego jego głównym zadaniem – wobec postępującego zaniku praw uniwersalnych i „ostatecznych racji”, także w sferze medycznej – staje się nieustające poszukiwanie nowych kontekstów komunikowania oraz nowych sposobów działania w relacji z pacjentem, gdyż dotychczasowe rozumienie prawdy i racji ewoluuje do roli właściwości ludzkiej. Prawda i racja stają się względne, subiektywne, a ciągły rozwój medycyny (podważający słuszność obowiązujących do tej pory metod leczenia) dodatkowo ową względność potwierdza⁹. Wiedza uważana dotąd za totalną ulega rozproszeniu. Żmudnie budowany i „kompletowany” przez lata warsztat pracy lekarza czy psychologa, zamiast coraz bardziej

⁹ „Najwięksi sceptycy stoją na stanowisku, że prawda jest niczym innym jak tylko lingwistyczną konstrukcją; to, co jest komunikowane o wydarzeniach, nie jest zdeterminowane przez cechy wydarzeń, lecz przez lingwistyczne figury lub formy” (Melosik 2011, s. 50).

wyspecjalizowany i „dopasowany”, okazuje się archaiczny i „nieprzystający” do rzeczywistości i funkcjonujących w niej ludzi. Zmianie ulega również proces komunikowania, sposoby traktowania choroby jako kolejnego wyzwania współczesności, z którym należy sobie poradzić, nie przerywając nauki i pracy, nie zmieniając zwyczajów społecznych (Melosik 2005, s. 457).

Kreacja środowiska nadziei wiąże się w końcu ze zmianą w postrzeganiu autorytetu lekarza. Autorytet instytucjonalny zostaje zastąpiony autorytetem osobistym, dialogicznym, powstałym na podwalinach wzajemnego szacunku i zaangażowania współuczestników procesu komunikowania, akceptacji własnych odmienności i różnic. Umiejętność budowania stosunków interpersonalnych z pacjentem, konstruowanie płaszczyzny partnerstwa i otwartości umożliwiają lekarzowi pozyskanie owego autorytetu w procesie relacyjnym. Zgodnie z zamysłem Martina Bubera lekarz ustanawia siebie w relacji z drugim człowiekiem, dialogu prawdziwym, w trakcie „edukacyjnej rozmowy”, w której wraz z pacjentem (jako radzącym się) podejmuje próbę odnalezienia drogi w krętej rzeczywistości społeczno-medycznej, mobilizuje go do przejęcia odpowiedzialności za podejmowane działania i sposób rozwiązania problemów zdrowotnych¹⁰. Uczestniczy z radzącym się w jednym z etapów jego podróży, realizując w praktyce koncepcję *homo viatora* – człowieka w drodze jako dominującego modelu życia współczesnego człowieka. Pokonuje z nim trasę w głąb świata medycznego, realizuje swoistą wyprawę na linii życia, której mierzalnym rezultatem są kompetencje społeczne lekarza i ich „wartość rynkowa” w percepcji pacjentów. Z drugiej zaś strony pacjent wyrusza w drogę „w głąb siebie”, próbując stworzyć ciągłość pomiędzy przeszłością, teraźniejszością i przyszłością. Wiąże w całość elementy wczorajszego życia, implikuje te doświadczenia do teraźniejszości i wyciąga wnioski na najbliższą przyszłość. Lekarz traktuje więc proces komunikowania o zdrowiu wyłącznie... jako szansę na przepływ pozytywnych doświadczeń w cyklu życia jednostki. Na znaczeniu zyskuje tu autentyczność medyka, dotychczasowe doświadczenia pacjenta w pofragmentowanej, intertekstualnej rzeczywistości, wartości, które obaj reprezentują, a także sposób przeżywania świata (Menand 1996, s. 5). Pewien prestiż zyskuje „dobra rozmowa”, pozwalająca na powstanie „pomysłów, idei i problemowych rozwiązań”, których nie stworzyłyby samodzielnie żaden z partnerów spotkania (Stewart 2007). Tym samym sformalizowanie i profesjonalizm ustępują prospołecznej chęci niesienia pomocy i wsparcia. Wszak „bardzo dużo ludzi szuka pomocy u innych. (...) Pomaganie innym stanowi (...) element naszego codziennego życia” (Murgatroyd 2000, s. 13). Tym bardziej, że ludzie często czują się bezsilni w obliczu globalizacji; niczym rozbitkowie (życiowi) wśród fal, bez stabilnej kotwicy. A stan braku zdrowia czy niemożności osiągnię-

¹⁰ „Dialogiczne rozumienie bytu ludzkiego znajduje swoje podstawy w filozofii dialogu (M. Buber, F. Rosenzweig, E. Lévinas), inaczej określanej jako filozofia spotkania, filozofia innego, czy po prostu – dialogika lub jeszcze inaczej «ontologia tego, co pomiędzy». Dialog, spotkanie, relacja, Inny, pomiędzy stają się kategoriami fundamentalnymi” (Drabik-Podgórna 2007, s. 108; por. Buber 1992).

cia dobrostanu może ową bezsilność jeszcze pogłębiać, nie pozwalając im dotrzeć do komunikacyjnego Przylądka Dobrej Nadziei¹¹.

Bibliografia

- Bauman Z. (1996). *Etyka ponowoczesna*. Warszawa: PWN.
- Bonß W. (2011). (Un-)Sicherheit in der Moderne. W: P. Zoche, S. Kaufmann, R. Haverkamp (red.). *Zivile Sicherheit. Gesellschaftliche Dimensionen gegenwärtiger Sicherheitspolitiken* (s. 43–69). Bielefeld: [transcript] Verlag.
- Boring E.G. (1930). A New Ambiguous Figure. *American Journal of Psychology* 42, s. 444.
- Botwinick J. (1961). Husband and Father-in-Law: A Reversible Figure. *American Journal of Psychology* 74, s. 112–113.
- Buber M. (1992). *Ja i Ty*. Wybór pism filozoficznych. Warszawa: PAX.
- Drabik-Podgórna V. (2007). Poradnictwo w perspektywie dialogicznej – od poradnictwa dialogowego do dialogiki poradnictwa. W: V. Drabik-Podgórna (red.). *Poradnictwo między etyką a techniką* (s. 105–115). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Drożdż M. (2003). Personalistyczne fundamenty nadziei. *Studia Catholica Podoliae*, 2, s. 359–387.
- Drożdż M. (2010). Wolność komunikowania w przestrzeni wartości. W: M. Drożdż (red.). *Wolność w mediach – między poprawnością a odpowiedzialnością* (s. 17–28). Tarnów: Wydawnictwo Biblos.
- Eurostat – European Commission (2013a). *European Social Statistics – 2013 edition*, 5.01.2014, Publications Office of the European Union (Eurostat Pocketbooks), http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-FP-13-001/EN/KS-FP-13-001-EN.PDF (dostęp: 4.04.2015).
- Eurostat – European Commission (2013b). *Eurostat regional yearbook 2013: Health*, 5.01.2014, Publications Office of the European Union (Eurostat Statistical books), http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-13-001/EN/KS-HA-13-001-EN.PDF (dostęp: 4.04.2015).
- Guichard J. (2007). Poradnictwo zawodowe i życiowe a etyka. W: V. Drabik-Podgórna (red.). *Poradnictwo między etyką a techniką* (s. 17–33). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Heidegger M. (1994). *Bycie i czas*. Warszawa: PWN.
- Hill W.E. (1915). My Wife and My Mother-in-Law. *Puck*, vol. 78, no. 2018 (6 Nov. 1915), s. 11.
- Hockenos P. (red.) (2012). *State of the World's Volunteerism Report*. Randers: Phoenix Design Aid.
- Jacennik B., Hulewska A., Piasecka A. (red.) (2012). *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Warszawa: VIZJA Press & IT.
- James N.E. (1988). Two sides of paradise: The Eden myth according to Kirk and Spock. W: D. Palumbo (red.). *Spectrum of the Fantastic* (s. 219–223). Westport, CT: Greenwood.
- Jankowski K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... dwadzieścia lat później*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co.
- Jaroszyński P. (1994). *Osoba: od maski do jaźni*. W: T. Rakowski (red.). *U źródeł tożsamości kultury europejskiej* (s. 161–172). Lublin: Wydawnictwo Fundacji Lubelskiej Szkoły Filozofii Chrześcijańskiej.

¹¹ Marian Harkin, Member of the European Parliament, UNV High-Level Advisory Board 2011: „People often feel powerless in the face of globalization; like flotsam and jetsam on the waves with no stable anchor. Volunteerism can be an anchor for people as they affect change in their own community of place” (cyt. za: Hockenos 2012, s. 8).

- Kant I., Rosenkranz K., Schubert F.W. (1838). Immanuel Kant's Sämtliche Werke: Th., 2. Abth. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Leipzig: Leopold Voss.
- Kargulowa A. (2005). O teorii i praktyce poradnictwa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kickbusch I., Behrendt T. (red.) (2013). Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen, 5.01.2014, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215820/Implementing-a-Health-2020-Vision-Governance-for-Health-in-the-21st-Century-Eng.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- Kohls O. (2007). Die Verrücktheit des Sinns: Wahnsinn und Zeichen bei Kant, E.T.A. Hoffmann und Thomas Carlyle. Bielefeld: [transcript] Verlag.
- Kozielski J. (2007). Cywilizacja strachu i kultura nadziei. *Nauka*, 2, s. 7–18.
- Łukaszewski W., Boguszewska J. (2008). Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym. *Nauka*, 4, s. 23–34.
- Majerek B. (2013). Wsparcie społeczne wobec poczucia niepewności młodych dorosłych. W: M. Piorunek, J. Kozielska, A. Skowrońska-Pućka (red.). Rodzina – młodzież – dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej (s. 403–419). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Melosik Z. (2005). Pedagogika postmodernizmu. W: Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red.). Pedagogika, t. 1 (s. 452–464). Wyd. II. Warszawa: PWN.
- Melosik Z. (2011). Kultura, akademia i edukacja – modernistyczno/postmodernistyczne interpretacje. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, s. 46–72.
- Menand L. (1996). The Limits of Academic Freedom. W: L. Menand (red.). The Future of Academic Freedom (s. 3–20). Chicago: University of Chicago Press.
- MNiSW (2013). Załącznik nr 54 – Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Kierunek Lekarski jednolite studia magisterskie, 28.12.2013, MNiSW, http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/99205071cfdff28bcdff523a725d4e08c.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- Murgatroyd S.J. (2000). Poradnictwo i pomoc, przeł. E. Turlejska. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Naczelna Izba Lekarska w Warszawie (2013). Centralny Rejestr Lekarzy RP. Zestawienie liczbowa lekarzy i lekarzy dentyków wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu (NIL 2013), 28.12.2013, NIL, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0004/91939/Zestawienie-nr-01.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- Piorunek M. (2009). Poradnictwo biograficzne. O pomocy psychopedagogicznej w biegu życia człowieka. *Studia Edukacyjne*, 9, s. 31–49.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych (MNiSW 2011). Załącznik do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. – Wykaz obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych, 28.12.2013, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, http://www.nauka.gov.pl/g2/oryginal/2013_05/bc84c9b55b1826a8b0b936f7b41fe8ce.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- Stewart J. (red.) (2007). Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stras-Romanowska M. (1996). Poradnictwo wobec problemów egzystencjalnych człowieka. W: A. Kargulowa (red.). Dramaturgia poradnictwa (s. 15–25). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Strinati D. (1998). Postmodernizm i kultura popularna. Poznań: Zysk i S-ka.
- Waszkiewicz L. (2002). Uwarunkowania zdrowia związane ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą. W: J. Barański, W. Piątkowski (red.). Zdrowie i choroba. Wybrane problemy

- socjologii medycyny (s. 97–104). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Wojtyła K. (1969). *Osoba i czyn*. Kraków: Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Teologicznego.
- Wojtyła K. (1986). *Miłość i odpowiedzialność*. Lublin: Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Wojtyński B., Goryński P., Moskalewicz B. (red.) (2012). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- World Health Organization (WHO) (2006). *Constitution of the World Health Organization*, 5.01.2014, WHO Basic Documents 2006, 45th ed., http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- World Health Organization (WHO) (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, 5.01.2014, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- World Health Organization (WHO) (2013a). *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020*, 5.01.2014, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/186024/e96819.pdf (dostęp: 4.04.2015).
- World Health Organization Regional Office for Europe (2013b). *European Health for All database (HFA-DB)*, 5.01.2014, WHO, <http://data.euro.who.int/hfad/> (dostęp: 4.04.2015).
- World Health Organization Regional Office for Europe (2013c). *National health indicator databases*, 5.01.2014, WHO, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db/national-health-indicator-databases> (dostęp: 4.04.2015).
- Zimbaro P.G., Ruch F.L. (1996). *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

STRESZCZENIE

Tworzenie „środowiska nadziei” w komunikowaniu o zdrowiu może stanowić ciekawą alternatywę wsparcia społecznego w ponowoczesnej rzeczywistości. Żyjąc w społeczeństwie ryzyka (U. Beck), doświadczamy niepewności zakotwiczonej w nowej kulturze (W. Bonß), zmagamy się z doświadczeniem cywilizacji lęku i niepokoju (J. Koziński). Jak w tej sytuacji budować i kształtować relacje interpersonalne (lekarz–pacjent–bliscy) oraz intrapersonalne (poczucie wewnątrzsterowności), które będą sprzyjać zdrowiu i mówieniu o nim? Artykuł stanowi opis sposobów komunikowania o zdrowiu w kontekście kreowania środowisk nadziei. Nakreśla funkcjonowanie człowieka w ponowoczesności, wskazując jego oczekiwania względem pracowników służby zdrowia, psychologów i osób im najbliższych w sytuacji komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu.

Słowa kluczowe: środowisko nadziei, wsparcie społeczne, relacje interpersonalne i relacje intrapersonalne, sposoby komunikowania