

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Socjologii

Ewa Małgorzata Ossentowska

Nr albumu: 389599

Życie codzienne pacjenta szpitala

The daily life of a hospital patient

Promotor:

prof. dr hab. Rafał Drozdowski



Poznań 2014

.....
podpis promotora

.....
data

Spis treści

WSTĘP.....	4 -
I. PROBLEMATYKA BADAŃ W ŚWIETLE LITERATURY.....	5 -
1. Pojęcie codzienności.....	5 -
1.1. Znaczenie reżimów podtrzymujących.....	7 -
1.2. Zróznicowania reżimów podtrzymujących.....	10 -
-	
2. Niecodziennosc szpitalnej codzienności	11 -
3. Pacjent i jego rola.....	12 -
3.1. Podejście funkcjonalne.....	16 -
3.2. Podejście konfliktowe.....	17 -
4. Organizacja społeczna szpitala.....	19 -
4.1. Model opiekuńczy, klasyczny i rehabilitacyjny.....	20 -
4.2. Szpital jako instytucja totalna.....	21 -
II. PROJEKT BADAŃ.....	24 -
1. Przedmiot badań, cel i problemy badawcze.....	24 -
2. Zastosowana technika i narzędzie badawcze.....	25 -
3. Organizacja i przebieg badań własnych.....	29 -
4. Charakterystyka osób badanych.....	30 -
III. BADANIA WŁASNE.....	31-
1. Problemy z zachowaniem tożsamości w przestrzeni szpitalnej.....	32 -
1.1. Nowy wizerunek.....	32 -
1.2. Bolesne zderzenie z nową rzeczywistością.....	34 -

1.3.	Gdzie się podziały dobre maniery?.....	- 35 -
1.4.	Odrobina wolności.....	- 36 -
1.5.	Niewiedza źródłem lęku.....	- 37 -
1.6.	Obchodzenie reguł.....	- 38 -
2.	Przestrzeń szpitala i jej wpływ na życie codzienne pacjentów.....	- 40 -
3.	Personel medyczny w relacjach z pacjentami.....	- 44 -
4.	Relacje pomiędzy pacjentami.....	- 48 -
5.	Momenty krytyczne i krępujące sytuacje.....	- 52 -
6.	Podsumowanie badań.....	- 57 -
	ZAKOŃCZENIE.....	- 59 -
	BIBLIOGRAFIA.....	- 61 -
	ANEKS.....	- 1 -

WSTĘP

„Kiedy normalny bieg codziennego życia zostaje nieoczekiwanie zakłócony, uświadamiamy sobie dobitnie, że jesteśmy niczym rozbitkowie, którzy próbują zachować równowagę na nędznej desce pośród otwartego morza, i nie pamiętają już, skąd się tam wzięli, ani nie wiedzą, dokąd znoszą ich fale.”

Albert Einstein

Wielokrotnie towarzysząc swoim bliskim podczas ich pobytów na oddziałach szpitalnych zaobserwować mogłam jak w ubogim otoczeniu szpitalnym ludzie cierpiący, załęknieni i zagubieni z pełnym determinacją zaangażowaniem zabiegają o stworzenie sobie „namiastki domu”, jak uporczywie pracują nad zachowaniem swej tożsamości wnosząc do szpitalnej przestrzeni osobiste przedmioty, jak narażają się na sankcje za nieprzestrzeganie obowiązującego regulaminu szukając pocieszenia w zachowaniach do których przywykli. Zadziwiające dla mnie było to jak w nienaturalnej, odgradzonej od zewnętrznego świata przestrzeni rodziło się pełne bogactwa relacji życie społeczne, jak w innych okolicznościach zwyczajne gesty przybierały tu na znaczeniu, jak tworzyły się koalicje, nawiązywały sympatie ale również wybuchały konflikty a w sytuacjach krytycznych pojawiał się chaos. Doświadczenie codzienności szpitalnej w roli osoby z zewnątrz, obserwatora i uczestnika zarazem, stało się dla mnie inspiracją do podjęcia tematyki życia codziennego pacjentów szpitala w swej pracy.

W pierwszym rozdziale pragnę przedstawić znaczenie używanych pojęć korzystając z dorobku naukowego czołowych przedstawicieli myśli socjologicznej. Następnie określę cel i problemy badawcze. W rozdziale drugim przedstawię projekt swych badań i uzasadnię wybór narzędzia badawczego. Rozdział trzeci zawierać będzie podjętą przeze mnie interpretację zebranego materiału badawczego, którego uwieńczeniem będzie uzyskanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

W końcowej części swej pracy ukażę wyniki swych badań i dokonam podsumowania wniosków żywiąc nadzieję, że zdołam zainteresować przedstawioną problematyką odbiorców swej pracy.

I. PROBLEMATYKA BADAŃ W ŚWIETLE LITERATURY

1. Pojęcie codzienności

Codziennosc rozumiana moze byc w wieloraki sposob, najczesciej jednak aby uzyskac wyjasnienie najblizsze socjologicznemu zrozumieniu szuka sie dopowiedzi na pytania czemu ja mozna przeciwstawic. Codziennosc mozna przeciwstawic odswietnosc lub jako powszedniosc przeciwstawic oficjalnosci; mozna takze traktujac jako rutyne przeciwstawic niezwyklosci. Najbardziej ogolnym przeciwienstwem codzienności przyjac mozna po prostu „nie-codziennosc”.¹ Zgodnie ze slownikowa definicja pojecia „codziennosc to rownoczesnie postawy(lub mentalnosci), czynnosci(zwlaszcza rutynowe) i kultura materialna. Codziennosc przeciwstawia sie czasem rytualowi(ktory jest tylko na specjalne okazje), jednakze z drugiej strony zycie codzienne daje sie opisywac wlasnie jako rodzaj rytualu.”²

Pojecie codzienności pojawilo po raz pierwszy w dyskursach starozytnosci, kiedy to filozofia okreslala zasady ladu i umiaru w zyciu codziennym. Wedlug Platona zycie czlowieka mialoby polegac na wypeelnianiu swoich powinnosci trzymajac sie takiego trybu dnia codziennego aby sluzyl on rozwojowi zdolnosci, pamieci oraz umiejetnosci rozumowania.³

Alfred Schütz przyczynil sie do tego, ze kategoria „zycia codziennego” zajela wazne miejsce w teorii spolecznej. W swej fenomenologii spolecznej zakladal bowiem zdroworozsądkowa normalnosc wprowadzona przez typizacje. W swych badaniach poswieconych fenomenologii swiata zycia codziennego opisal niezauwazane, podstawowe oczekiwania, ktore nadaja zwyczajnym sytuacjom znajomy i oczekiwany charakter.

Badacz zwrócił uwage, ze uczestnicy zycia spolecznego traktuja znajome sytuacje jako fundamentalne fakty zycia codziennego, ktore daja zakotwiczenie wszelkiego rodzaju modyfikacjom swiata zycia codziennego. Oczekiwania te nazwal „nastawieniem naturalnym” i scharakteryzowal jako „swiat wspolnie znany i zakladany”.⁴

Jednym ze wspomnianych oczekiwan, ktore pozwala funkcjonowac na poziomie zycia codziennego jest oczekiwanie, ze inni zechca zrozumiec to co zostalo powiedziane, zgadzaja sie poczekać co zostanie powiedziane pozniej, zeby

¹ M. Golka, *Czy jeszcze istnieje nie-codziennosc?* w: *Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.65-66

² A. Bullock(red.), O. Stallybrass, S. Trombley, *Slownik pojec współczesnych*, Wydawnictwo „Książnica”, Katowice 1999, s.84

³ E. Hałas, *Powrot do codzienności? Szkic problematyki socjologii zycia codziennego* w: *Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.56

⁴ H. Garfinkel, *Studia z etnometologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s.53

zrozumieć, co znaczy coś, co zostało powiedziane wcześniej. Efemeryczność wyrażen, ich niedookreśloność oraz retrospektywno-prospektywny wymiar znaczeń są właściwościami dyskursu potocznego, które dają rozmówcom poczucie, że wiedzą o czym mówią, co mówią a także, że jest to zrozumiałe i wypada to rozumieć.⁵

Innym z wymienionych przez Schütza podstawowym oczekiwaniem jest powątpiewanie (okazywanie braku zaufania). W życiu codziennym ludzie biorą rzeczywistość taką jaką im się jawi i oczekują tego samego od innych. Zakładają, że istnieje prawomocna, niepodważalna odpowiedniość między tym, czym się co wydaje, a tym, czym ma się wydawać.⁶ Kontekst interpretacji zdarzenia przez uczestnika życia społecznego tworzy powszechnie przyjęty schemat interpretacyjny złożony ze standardowych symboli a definicja zdarzenia pozostaje taka sama nawet, gdy miejsce obserwatora zajmie druga osoba. Badaniami mającymi na celu wykrycie podstawowych oczekiwań, które nadają zwyczajnym sytuacjom znany, oczekiwany charakter zajmował się Harold Garfinkel.⁷

Zdaniem Piotra Sztompki życie codzienne jest zawsze życiem z innymi ludźmi i w obecności innych ludzi; to powtarzalne, rytmiczne, rutynowe zdarzenia będące często udratyzowane i nabierające cech rytualnych, wykonywane według pewnego scenariusza. Życie codzienne zlokalizowane jest w określonej przestrzeni, która decyduje o jego charakterze oraz angażuje emocje oraz cielesność. Z jednej strony ma ono charakter bezrefleksyjny czy wręcz automatyczny a z drugiej cechuje się spontanicznością. Poszczególne epizody życia codziennego charakteryzują się trwałością i ścisłymi ramami czasowymi⁸. Życie codzienne toczy się w różnych kontekstach, którym przypisać można typową, najczęstszą lokalizację. Jednostka przemieszcza się pomiędzy tymi kontekstami nieustannie w ciągu dnia, tygodni, miesięcy czy lat a także w przełomowych momentach całego życia. Wspólną cechą tych różnorodnych kontekstów są najbardziej typowe, codzienne doświadczenia – „...spotkania z innymi ludźmi i nawiązywanie z nimi różnorodnych relacji.”⁹ Konteksty życia codziennego bardzo się różnią, w każdym z nich dochodzi bowiem do spotkań z innymi partnerami a relacje mogą wykazywać rozmaite właściwości.”Codziennosc, stanowiąc niepowtarzalny świat życia konkretnej jednostki, jest zawsze czyjaś – ale to, co się na nią składa, jest zawsze społeczne i kulturowe. Oznacza to, że kreowanie siebie i własnego świata polega na wytwarzaniu idiosynkratycznej rzeczywistości poprzez zestawianie w całość tego, co powtarzalne i powszechnie dostępne.”¹⁰ Pomimo pozornego podobieństwa w podejmowanych codziennie czynnościach każda jednostka konstruuje swój własny porządek, który nadaje czynnościom odmienne znaczenie, sens i status. Odrębność porządków w jakich funkcjonują jednostki wiąże się z ogromnymi

⁵ Tamże, s.58

⁶ Tamże, s.67

⁷ Tamże, s.75

⁸ A. Wojnar, Socjologia codzienności, „Alma Mater. Miesięcznik Uniwersytetu Jagiellońskiego”, nr 6/2008, s.124-126

⁹ P. Sztompka, *Przestrzeń życia codziennego w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.34-35

¹⁰ M. Krajewski, *Dzisiaj jak wczoraj, jutro jak dziś. Codziennosc, przedmioty i reżimy podtrzymujące w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.180

różnicami w sposobach postrzegania, posługiwania się podobnymi narzędziami i przedmiotami oraz interpretowania zachowań innych. „...codziennosc trwa w sposób nieomal cudowny, poniewaz stanowi zarowno ogromnie zlozony uklad przedmiotow, dzialan, interakcji, niezwykle rozbudowany system ludzi i obiektow, jak i calosc, ktora ze wzgledu na swoje skomplikowanie i wzajemna zaleznosc tworzacych ja elementow, wielorakosc powiazan pomiedzy nimi, jest bardzo podatna na awarie, usterki, katastrofy zagrazajace jej istnieniu, uniemozliwiajace jej trwanie.”¹¹

1.1. Znaczenie reżimów podtrzymujących

Istota codzienności jest cykliczność i powtórzenie a przedmioty, które ją wypełniają wraz z jednostkami tworzą zespoły współpracujące w osiąganiu zamierzonego celu. Zatem ważne jest aby znajdowały się one w pełnej gotowości, porządku i dobrym stanie. Aby utrzymać w gotowości materialną infrastrukturę konstytuującą codzienność jednostka musi podejmować rozliczne działania nazywane „reżimami podtrzymującymi”.

„Reżimy podtrzymujące” to zbiory reguł, którym jednostka podporządkowuje swoją aktywność podejmowaną w celu zapewnienia warunków trwania jej codzienności w czasie bez zakłóceń i gwałtownych zmian. Większość czasu i wysiłku jednostka poświęca na skomplikowane i złożone działania w imię trwania codzienności – podstawowego świata życia jednostki. W reżimach podtrzymujących wyrażają się cele do jakich zmierza jednostka, jej pragnienia i motywy. Wymierzone są w przyszłość i sprowadzają się do operacji przeprowadzanych na obiektach materialnych często w sposób bezrefleksyjny. Człowiek codziennie stara się wytworzyć warunki, aby przekonanie o nadchodzącym jutrze mogło okazać się prawdziwe.

Miejszem reżimów podtrzymujących jest każda przestrzeń, którą jednostka systematycznie odwiedza i wobec której zachowuje się odpowiedzialnie, czyli w sposób mający na celu podtrzymanie istnienia tego kontekstu codzienności. Przestrzenie codzienności to miejsca, do których jednostka powraca i traktuje jak własne. Unicestwienie tych przestrzeni oznaczałoby dla jednostki wyzbycie się części siebie i pozbawienie możliwości zaspakajania pewnych potrzeb w dotychczasowy sposób. Miejsca te są dla jednostki przedłużeniem siebie, dlatego strzeże tych miejsc i broni ich autonomii oraz niezmienności.¹² „Reżimy podtrzymujące są wyczerpującą i monotonna aktywnością, wymagającą nieustannej czujności, bezwzględności w eliminowaniu odstępstw, samodyscypliny, a każde folgowanie sobie powoduje dezorganizację codzienności, mniejsze lub większe zaburzenie codziennych cykli działań, załamanie porządku, których efektem jest zawsze poczucie dyskomfortu, czasami zaś załamanie koncepcji samego siebie i konieczność jej transformacji.”¹³ Odczuwanie bezradności wobec obiektów materialnych wypełniających przestrzenie codzienności, brak zdolności do podtrzymania w ich obrębie porządku osłabia poczucie autonomii i odrębności jednostki

¹¹ Tamże, s.180-181

¹² Tamże, s. 181-183

¹³ Tamże, s. 184

w konsekwencji czego pojawia się poczucie wykorzenia i dyskomfortu. W wyniku tych odczuć pojawia się niemożność powtórzenia podstawowych, codziennych czynności i konieczność poszukiwania nowych sposobów zaspakajania potrzeb co czyni życie ogromnie uciążliwym i niepewnym.¹⁴

Kluczowymi zadaniami reżimów podtrzymujących są: - **utrzymanie drożności**, - **higiena wizualna**, -**po(d)ręczność**, -**utrzymywanie w gotowości oraz elastyczność**.

Utrzymanie drożności kanałów mobilności w miejscach codzienności polega na usuwaniu wszelkich przeszkód, które utrudniają przemieszczanie się a co za tym idzie zaburzają rutynowe sposoby przemieszczania się po obszarach podległych reżimom podtrzymującym. Wykonywanie czynności składających się na rutynę codzienności wiąże się zarówno z przechodzeniem z pomieszczenia do pomieszczenia, z przenoszeniem przedmiotów jak i zmianami pozycji ciała. Mobilność stanowi jedną z podstawowych cech codzienności i służy zaspakajaniu potrzeb i odtwarzaniu porządku kulturowego. Zadaniem reżimów podtrzymujących jest zatem dbałość o drożność szlaków komunikacyjnych, po których porusza się jednostka. Przykładami reżimów podtrzymujących w służbie utrzymania drożności mogą być różnego rodzaju obiekty takie jak: szafki, garderoby, stojaki na parasole, kosze na brudną odzież, pudła do przechowywania różnych przedmiotów, systemy zasuvek i zamków, haczyków, odkurzacze, miotły, ścierki i mopy.

Wielość i różnorodność wykorzystywanych przez jednostkę przedmiotów w celu udroźnienia przestrzeni świadczy o doniosłości tej codziennej praktyki jako warunku bezawaryjnej cykliczności codziennych działań. Porządek codzienności zapewnia nie tylko dbałość o drożność kanałów komunikacyjnych ale również pewnego rodzaju estetyka wizualna rozumiana jako brak zakłóceń pola percepcyjnego jednostki elementami, które czynią je nieczytelnym. Jednostka doznaje poczucia bezpieczeństwa nie tylko, gdy posiada wystarczające środki do zaspakajania potrzeb ale także wówczas, gdy dostrzega tylko to czego się spodziewa. Komfortowa dla jednostki przestrzeń to taka, w której jednostka posiada niejako intuicyjną orientację, potrafi ją zobaczyć nawet nie patrząc, to przestrzeń przejrzysta, pozbawiona zanieczyszczeń.

„Higiena wizualna” to zadanie reżimów podtrzymujących realizowane przy pomocy podobnych środków co utrzymanie w miejscu codzienności drożności. Bywa jednak, że opiera się na swoistych tylko dla siebie działaniach takich jak: odkurzanie, remontowanie, malowanie ścian.¹⁵

Jednym z najważniejszych zadań reżimów podtrzymujących jest „...dyscyplinowanie obiektów materialnych do tego, by były **poręczne**(a więc podporządkowane działaniom naszego ciała) oraz **podręczne**(a więc, by były w zasięgu ręki, gdy ich potrzebujemy).”¹⁶ Narzędzia, maszyny i różne inne rzeczy, które mają ułatwiać jednostce codzienne życie przysparzają jej również wiele

¹⁴ Tamże, s.184

¹⁵ Tamże, s. 186

¹⁶ Tamże, s.187

problemów z uwagi na swoje niedopasowanie, niekompatybilność czy zawodność. Problemy te narastają wraz z coraz większą złożonością i technologicznym zaawansowaniem materialnej infrastruktury codzienności. Poręczność obiektów związana jest nie tylko z cechami samych obiektów, które mogą być solidnie wykonane, ergonomiczne i odpowiednio zaprojektowane ale również z umiejętnościami samej jednostki w posługiwaniu się nimi. Jednostka musi poprzez trening podporządkowywać swoje ciało wymaganiom narzędzi, zgrać swoją motorykę z ich własnościami. Podobnie podręczność wynika zarówno z zaprojektowania miejsca codzienności w zgodzie ze strukturą i rytmem aktywności jednostki jak i konsekwencją jej działań. Struktura codzienności jest bardzo wrażliwa na wszelkie niekonsekwencje i nieregularności. Nawet niepozorny epizod może pociągnąć za sobą całą sekwencję działań burzących codzienność, polegających na poszukiwaniu awaryjnych rozwiązań korygujących i dostosowawczych.

Innym zadaniem reżimów podtrzymujących jest „*utrzymywanie w gotowości*” polegające na troskliwym opiekowaniu się przedmiotami a także na dbaniu o zasoby zaspokajające potrzeby. System obiektów tworzących ramy codzienności powinien być nie tylko po(d)ręczny ale również utrzymywany w stanie gotowości do użycia, co wymaga dbałości oraz pielęgnacji ze strony jednostki. Gorliwe oddawanie się rytuałom pielęgnacyjnym, których obiektem są przedmioty pozwala jednostce doświadczać siebie i odczuwać kontrolę nad swoim życiem. „Utrzymywanie w gotowości” to również aprowizowanie, pozyskiwanie zasobów, tworzenie zapasów i magazynowanie środków zaspokajania potrzeb. Reżim ten podtrzymuje codzienność poprzez uzupełnianie tego czego brakuje - przywracanie równowagi i jest cyklicznie ponawianą formą podporządkowania świata zewnętrznego.¹⁷

Elastyczność to „...dbanie o to, aby miejsce codzienności było przestrzenią otwartą na nowe typy aktywności, obiekty, narzędzia i osoby, ale też by jednocześnie nie straciło pod wpływem tego ruchu swojego charakteru, pozostało przestrzenią mojej codzienności.”¹⁸W dobie powszechnej tendencji do zalewania życiowych przestrzeni przez coraz to nowsze przedmioty pojawia się konieczność uelastycznienia struktury przestrzeni w taki sposób, aby była zdolna pomieścić to czego dotąd w niej nie było lub było ale pod inną postacią. Podtrzymywanie elastyczności możliwe jest dzięki złożonym i systematycznym działaniom czyli sprawowaniu jednego z wielu reżimów codzienności. Najczęściej działania te polegają na codziennym segregowaniu przedmiotów i usuwaniu tych niepotrzebnych (wyrzucanie, przenoszenie do stref buforowych), na przebudowywaniu struktur codzienności (robienie miejsca dla nowszych rzeczy) oraz na okresowych generalnych porządkach i wyprzedażach. Celem tych działań jest nie tylko zapewnienie drożności, po(d) ręczności czy zwykła dbałość o porządek lecz stworzenie takiej struktury codzienności aby była efektywną sferą przepływu nowych obiektów gwarantującą jednostce kontakt ze światem zewnętrznym bez radykalnych zmian swojej specyfiki.

Włączenie do codzienności nowych obiektów nie sprowadza się jedynie do zmieszczenia ich w miejscach codzienności ale do preredagowania cykli

¹⁷ Tamże, s.188-189

¹⁸ Tamże, s.189

czynności, sposobów przemieszczania się i używania ciała oraz niezbędnych przedmiotów.¹⁹

1.2. Zróznicowania reżimów podtrzymujących

Jednostkowe odmienności sprawowania reżimów podtrzymujących wynikają z różnic w podstawowych filtrach poznawczych, którymi jednostka posługuje się adaptując się do rzeczywistości. Wszystkie działania skierowane na przedmioty, narzędzia maszyny i osoby przenika i spaja pewna centralna zasada – „motyw przewodni”. Reżim podtrzymujący w zależności od motywu przewodniego jaki przyświeca konkretnej jednostce jest nie tylko czynnością wykonywaną w odmienny sposób (z inną częstotliwością, w innym stylu, z inną starannością) ale i wiąże się z różnymi odczuciami stanami emocjonalnymi, i z innym stopniem istotności. W zależności od motywu przewodniego każda czynność ma dla wykonawcy odmienne znaczenie, inny cel i umiejscowienie w codzienności. Reżim podtrzymujący zawsze służy wprowadzeniu i utrzymaniu porządku, ale zawsze porządku o odmiennej logice, opierającego się na odrębnych zasadach i podlegającego różnym motywom przewodnim. W przypadku gdy jednostka dzieli miejsce codzienności z innymi, dochodzić może do sytuacji, kiedy podejmowany reżim przez jedną z osób może być destrukcyjny dla ładu tworzonego przez partnera. To co dla jednego będzie porządkiem pozwalającym na wykonywanie rutynowych czynności, dla drugiego stanowić będzie chaos, w którym nie będzie mógł się odnaleźć.

Przestrzenie codziennych działań jednostek są miejscami zderzenia się nawyków, rutyny, form organizacji codzienności a to generuje konflikty i spory. Usilne pragnienie każdej jednostki do utrzymania własnych reżimów podtrzymujących jako dominujących związane jest z pragnieniem zachowania siebie, utrwalenia własnych motywów przewodnich, poczuciem komfortu i bezpieczeństwa. Wspólne dzielenie przestrzeni oznacza uczestnictwo w codzienności innych, codzienności zorganizowanej wokół drugiej jednostki i jej motywów przewodnich, podporządkowanej swoim własnym reżimom podtrzymującym. Bezkonfliktowe bycie razem możliwe jest tylko wtedy, gdy podstawowe cykle codziennych działań poszczególnych jednostek będą się zazębiać i tworzyć relatywnie harmonijną całość. „Formy tego dopasowania, wypracowane wspólnie bądź narzucone przez jedną ze stron same stają się nowymi reżimami podtrzymującymi, których praktykowanie pozwala trwać temu powiązaniu.”²⁰ Wspólna codzienność, wypracowana przez rozwiązywanie licznych konfliktów staje się w końcu codziennością każdej z osób do tego stopnia, że gdy zabraknie partnera jednostka aby pozostać sobą zmuszona jest do nowego przereadowania swej codzienności. Miejscem reżimów podtrzymujących jest prywatna przestrzeń ale jako twory konkretnych jednostek nigdy nie realizują się w próżni społecznej. Jednostka reprodukuje codzienność poprzez materialne obiekty, narzędzia i maszyny, które powstały w wyniku wiedzy, technologii wielu działań i relacji pomiędzy jednostkami. W momentach załamania się reżimów podtrzymujących codzienność staje się niecodzienna

¹⁹ Tamże, s. 190-191

²⁰ Tamże, s.195

i wymusza konieczność uruchomienia działań zapobiegających chaosowi. Nieodłącznym elementem codzienności jest zatem improwizacja i prowizorka, których celem jest tworzenie tymczasowych rozwiązań problemu, który zaburza codzienny rytm i cykliczność działań. W takich sytuacjach jednostka musi wykazać się kreatywnością i pomysłowością. Tymczasem skuteczność reżimów podtrzymujących, pewność co do nadchodzącego jutra umacniająca poczucie bezpieczeństwa w znacznym stopniu ją ogranicza.²¹

2. Niecodziennosc szpitalnej codzienności

W związku z zanikiem wyraźnego w przeszłości wpływu zakazów i nakazów religijnych i obyczajowych współcześnie kategoryzacja czynności należących do sfery niecodziennosci wywodzi się nie tyle ze systemu religijnego czy obyczajowego lecz ze sfery codzienności, „...to raczej codzienność określa obecnie jeszcze(ewentualnie) zalicza się do nie-codziennosci. Dotyczy to gospodarowania czasem, sposobów ubierania się, posiłków, kontaktów z ludźmi, języka, wreszcie przeżyć-słowem, większości tych spraw, które wcześniej uznawaliśmy za kryteria odróżnienia codzienności i nie-codziennosci.”²²

Oczywista sfera życia codziennego pozostaje taką do czasu, gdy jej trwania nie przerwie pojawienie się problemu. Problem, który przekroczy granicę rzeczywistości życia codziennego będzie odnosić się do rzeczywistości całkowicie odmiennej, z którą posiadana wiedza potoczna nie może sobie poradzić.

„W porównaniu do rzeczywistości życia codziennego, inne jawią się jako ograniczone obszary znaczeń, enklawy w obrębie rzeczywistości podstawowej, wyróżniając się zawężonymi znaczeniami i sposobami doświadczenia.”²³ Szczególne obszary znaczeń charakteryzują się odwracaniem uwagi od rzeczywistości życia codziennego. Niewątpliwie uwaga zmienia się także w obrębie życia codziennego jednakże zmiana, która prowadzi do ograniczonego obszaru znaczenia jest bardziej radykalna i występuje w napięciu świadomości. Pomimo wspomnianej zmiany w stanie świadomości rzeczywistość życia codziennego nadal zachowuje nadrzędny status. Zapewnia to język potoczny, za pomocą którego następuje interpretacja doświadczeń w ograniczonych obszarach znaczenia. Używając języka potocznego do interpretacji obszarów ograniczonego znaczenia następuje „przełożenie” doświadczenia niecodziennego z powrotem na codzienną rzeczywistość podstawową.²⁴

Pobyć w szpitalu jest przykładem znalezienia się w nowym odmiennym kontekście codzienności, w ograniczonym obszarze znaczeń, do którego jednostka trafia w bardziej lub mniej planowany sposób, nierzadko wręcz wyrwana

²¹ Tamże, s.197-198

²² M. Golka, *Czy jeszcze istnieje nie- codzienność?*, w: *Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.68-69

²³ P. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983, s.56-57

²⁴ P. Berger, T. Luckmann, *Społeczne tworzenie rzeczywistości*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983, s.57-58

z dotychczasowej znanej i swojskiej codzienności. Często moment ten jest przełomowym momentem w życiu jednostki mającym znaczący wpływ na jej przyszłość. Kłopoty związane z chorobą wytrącają człowieka z codziennej homeostazy i wzbudzają silne emocje.

Przyjęciu do szpitala towarzyszy „rytuał przejścia” polegający na przebraniu się w pidżamę i szlafrok. Znajdując się w szpitalu jednostkę otaczają odmienne od wszystkich poprzednich obiekty materialne, pojawiają się odmienni partnerzy relacji – lekarze i pielęgniarki posługujący się często niezrozumiałym językiem.

Codziennosc szpitalnego życia nastęrcza często licznych problemów związanych z koniecznością posłusznego spełniania poleceń lekarzy oraz podporządkowania większości codziennych czynności terapii.²⁵

Dodatkowym wyzwaniem adaptacyjnym dla pacjenta jest konieczność dzielenia tej samej przestrzeni z innymi pacjentami. W przypadku, gdy warunki działania uczestnika życia społecznego pozbawione zostają podstawowego kontekstu rozumienia, zaczynają wydawać się bezsensowne. Reakcją na bezsensowne otoczenie jest niepewność, osłupienie, konflikt wewnętrzny, wyobcowanie psychiczne i społeczne, przejmujący lęk oraz różne przejawy depersonalizacji.²⁶ Niewątpliwie szpitalna codzienność dla większości pacjentów ma niecodzienny charakter.

3. Pacjent i jego rola

Według Słownika Wyrazów Obcych słowo pacjent pochodzące z języka łacińskiego – *patiens* – cierpiący to: „chory zgłaszający się po poradę do lekarza lub pozostający pod jego opieką”.²⁷

Pacjentem jest chory będący odbiorcą usług naukowo wykształconego lekarza profesjonalisty.²⁸ Według czołowego przedstawiciela funkcjonalizmu Talccota Parsonsa ludzie uczą się roli chorego poprzez socjalizację i odgrywają ją podczas choroby. Pacjent wykazuje potrzebę skorzystania z usług technicznych, gdyż nie wie co mu dolega i co powinien robić a także nie kontroluje potrzebnych zasobów.²⁹ Jest osobą bezradną i potrzebującą pomocy, która nie ponosi odpowiedzialności za swój stan.

Każdy pacjent ma odmienne doświadczenia związane z pobytem w szpitalu. Na ogólne samopoczucie pacjenta oraz na jego powrót do zdrowia ma wpływ rodzaj choroby, jego cechy demograficzne i społeczne, środowisko szpitalne a także to czy wcześniej przebywał już w szpitalu. Nie bez znaczenia jest również postawa personelu oraz zakres otrzymywanych informacji na temat sytuacji zdrowotnej.

Pobyt w szpitalu dla większości pacjentów związany jest z poczuciem lęku i niepokoju. Negatywnym odczuciom sprzyja zagubienie się w obcym otoczeniu, nie znajomość szpitalnej rutyny oraz konieczność ciągłego przebywania z innymi

²⁵ P. Sztompka, *Przestrzeń życia codziennego w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna*, M. Bogunia-Borowska (red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s.35

²⁶ H. Garfinkel, *Studia z etnometodologii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s.73-74

²⁷ Słownik Wyrazów Obcych PWN, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980

²⁸ Parsons T., *System społeczny*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2009, s.353

²⁹ Tamże, s.327

pacjentami. Pacjenci dotkliwie odczuwają brak intymności oraz brak możliwości odosobnienia. Najczęściej ma to miejsce podczas wykonywania niektórych czynności pielęgnacyjnych i badań, które odbywają się w obecności innych. Personel szpitalny często traktuje pacjentów bezosobowo, bardziej jako przypadek chorobowy niż osobę. Niosobisty charakter kontaktów z fachową kadrą szpitala, ubogie środowisko szpitalne – pełne ograniczeń w zakresie korzystania z własności prywatnej, kontaktów z zewnętrznym środowiskiem szpitala oraz brak życzliwości personelu w przypadku długiego pobytu powodować może zachodzenie procesu „instytucjonalizacji” pacjentów. Proces ten powoduje pojawienie się u pacjentów apatii, ogólnego braku zainteresowania, zaniku motywacji do działania i podejmowania samodzielnych decyzji w konsekwencji czego wytworza się zależność od instytucji utrudniająca powrót do rodzimego środowiska.³⁰

Pacjentami szpitali często są osoby, które w wyniku urazu lub ingerencji medycznej stają się kalekami i doznają widocznych zniekształceń ciała co sprawia, że stają się nosicielami piętna. „Szczególne zadanie poinformowania tracącej sprawność osoby o tym, kim będzie się musiała stać, będzie w takiej sytuacji prawdopodobnie należało do lekarzy.”³¹

E. Goffman w klasycznej książce „Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości” wnikliwie analizuje wszystkie aspekty związane z rozporządzeniem „piętnem”, oznaczającym atrybut dotkliwie dyskredytujący. Piętnem może być każda cecha, która odróżnia w jakiś sposób jednostkę lub grupę i sprawia, że odbierana jest przez otoczenie podejrzanie i wrogo. Zazwyczaj choroba budzi wśród zdrowych współczucie ale bywa i tak, że choroba niezwykle zakaźna czy wstydliva może stać się powodem odrzucenia przez społeczeństwo. W średniowieczu nosicielami piętna byli chorzy na trąd, których wypędzano z domostw i zmuszano do przebywania w specjalnie wydzielonych koloniach. Piętno opiera się na stereotypach i mylnym pojmowaniu spraw.³²

Nosiciel piętna podziela przekonania na temat tożsamości oraz przejmuje od społeczeństwa normy dotyczące stawianych wymogów wobec osób jemu podobnych tzn. w tym samym wieku, tej samej płci czy tej samej profesji. W związku z czym doskonale zdaje sobie sprawę z tego, że jego ułomność nie pozwala mu sprostać stawianym wymaganiom. Pojawia się wówczas wstyd wynikający z uznania własnej cechy jako hańbiącej oraz z łatwości wyobrażenia sobie siebie w oderwaniu od tej cechy.

Niewątpliwie dla pacjenta będącego nosicielem piętna szczególnie dręczącą kwestią będzie to co inni o nim myślą. W związku z czym osoba napiętnowana w kontaktach z innymi znajdować się będzie w stanie ciągłej czujności i gotowości do oceny wrażenia jakie wywoła. W przypadku widocznej ułomności najbardziej przykre będą dla pacjenta - osoby zdyskredytowanej kontakty z tzw. „normalsami”. Tymczasem w środowisku szpitalnym może dochodzić do takich sytuacji chociażby podczas odwiedzin innych pacjentów przez ich bliskich. Dodatkowo potęgującymi dyskomfort sytuacjami będą próby nawiązania rozmów przez nieznanomych, które osoba napiętnowana odbierać będzie jako niezdrową ciekawość.

³⁰ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.116-117

³¹ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s.70

³² A. Giddens, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s.182

Podobnie próby ofiarowania pomocy mogą być traktowane jako niepotrzebne i niechciane.³³ Bez względu na to czy reakcja na upośledzenie byłaby otwarta i nietaktowna czy też bez żadnego wyraźnego odniesienia to wzajemny kontakt zdominowany będzie przez wzmoczoną świadomość tego stanu czemu towarzyszyć będzie dyskomfort i poczucie niezręczności sytuacji. Niezręczność ta przejawiać się może w przesadnej ostrożności w wypowiedziach, w odwracaniu wzroku, sztucznej wesołości, nadmiernej gadatliwości czy w niezręcznej powadze.³⁴

Pacjent dotknięty piętnem znajdzie współczujących wśród tych, którzy noszą to samo piętno. Większość osób z tej grupy zazwyczaj udziela różnego rodzaju wskazówek stanowiąc dla niego grupę wsparcia.³⁵ Współtowarzysze niedoli, bardziej doświadczeni w radzeniu sobie ze swoją ułomnością zazwyczaj składają wizyty osobie, która niedawno stała się upośledzona fizycznie aby powitać ją wśród swoich i odpowiednio poinstruować.³⁶ Nosiciel piętna w grupie innych napiętnowanych może czuć się swobodnie i czuć się akceptowany. Z drugiej strony opowieści współtowarzyszy niedoli mogą być dla jednostki nudne a ciągle skupianie się na problemie odbierane niczym kara za jego posiadanie.³⁷

Osoba, która nabyła piętno w późniejszym okresie życia, posiadała już własną opinię oraz wiedzę na temat tego jak inni postrzegają osoby noszące piętno, dlatego będzie jej niezwykle trudno dokonać redefinicji siebie i możliwe, że wytworzy się w niej dezaprobata wobec własnego ja.³⁸

W trakcie pobytu w szpitalu osoby doznające kalectwa zaopatrywane są w różne akcesoria, których celem jest ułatwienie im życia i rekompensacja ułomności jednakże stanowią one symbole piętna przez co bardzo często pojawia się chęć ich odrzucenia.³⁹

W kręgu zainteresowania socjologów reprezentujących interakcjonizm symboliczny są sposoby radzenia sobie z chorobą przez osoby chronicznie chore w życiu codziennym. Choroba wymaga bowiem od chorego poświęcenia mnóstwa czasu, energii, siły i zasobów emocjonalnych. Corbin i Strauss badali *reżimy zdrowotne* wypracowywane przez chorych przewlekłe organizujących sobie życie codzienne. Na te codzienne strategie składają się trzy rodzaje pracy a mianowicie praca nad chorobą, nad codziennością oraz praca nad biografią. Praca nad chorobą polega na wykonywaniu czynności zmierzających do zmniejszenia bólu, przeprowadzaniu testów oraz poddawaniu się terapii fizykalnej. Praca nad codziennością to wszelkie próby radzenia sobie w codziennym życiu obejmujące utrzymywanie relacji z innymi, prace domowe oraz dbałość o interesy zawodowe. Natomiast praca nad biografią dotyczy starań jakie chora jednostka podejmuje w celu odbudowy swej tożsamości i rekonstrukcji swej osobistej historii. Proces ten polega na wpisaniu w swoje życie choroby, nauka rozumienia jej i tłumaczenia jej innym. Pacjenci często pierwsze próby radzenia sobie z chorobą podejmują podczas pobytu w szpitalu. Zgodnie z celem pobytu w szpitalu pacjent pracuje

³³ E. Goffman, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005, s.48

³⁴ Tamże, s.51

³⁵ Tamże, s.52

³⁶ Tamże, s.71

³⁷ Tamże, s.52

³⁸ Tamże, s.69

³⁹ Tamże, s.133

nad chorobą (poddaje się zbiegom, operacjom, testom diagnostycznym, przyjmuje leki, walczy z bólem) ale również wykonuje czynności samoobsługowe, z pewnym ograniczeniem dozoruje swoich spraw prywatnych, utrzymuje relacje z personelem, innymi pacjentami, rodziną a także podejmuje trudną pracę nad swoją nową tożsamością.⁴⁰

We wszystkich tych działaniach pacjenta ogromną rolę odgrywa doświadczanie czasu w chorobie. Socjologiem medycyny, który zwrócił uwagę na tę kategorię analizy doświadczenia choroby był Julius Roth, który przeciwstawił model aktywności zespołów medycznych modelowi życia szpitalnego. W zderzeniu się tych dwóch modeli, z których model zespołów medycznych nastawiony jest na szybką interwencję i efektywność a model funkcjonowania pacjentów na „życie w powolnym ruchu”, badacz dopatrywał się źródeł trudności we wzajemnym porozumieniu.

W zależności od orientacji temporalnej pacjent może skupiać się wyłącznie na czasie teraźniejszym zajmując się bieżącymi sprawami bez wybiegania w przyszłość, ani w przeszłość.

W przypadku postępującego rozwoju choroby może zwrócić się ku przyszłości i ukierunkować swoje działania wyłącznie na załatwianie swoich spraw osobistych, zawodowych, rodzinnych oraz majątkowych w obawie, że później nie będzie już w stanie tego zrobić. Często spotykane wśród pacjentów jest nastawienie na przeszłość, polegające na wspomnianiu przeszłości wolnej od cierpienia i ograniczeń ze strony sprawnego jeszcze ciała. „ Każda z tych orientacji przetwarza obiektywny czas choroby i cierpienia na czas subiektywny, nadając mu inne znaczenie, wartość i rozciągłość.”⁴¹ W przypadku pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe zauważyć można pewną sekwencyjność. W pierwszym etapie choroby ma miejsce szereg procedur związanych z jej zdiagnozowaniem, czemu towarzyszy niepokój i oczekiwanie. Charakterystyczna dla tego okresu jest antycypacja ograniczeń jakich pacjent spodziewa się w przyszłości, różnego rodzaju wyrzeczeń oraz koniecznych do wprowadzenia zmian w życiu. Jednocześnie pacjent cały czas żywi nadzieję, że choroba ma charakter przejściowy i jego stan wróci do normy. Drugi etap polega przede wszystkim na unormowaniu przez chorego przerwanych rutynowych czynności życia codziennego i znalezieniu sposobów realizacji swoich zadań w nowych warunkach. Następuje wówczas proces dostosowania się do choroby poprzez akceptację ograniczeń jakie ona niesie ze sobą, zmianę hierarchii ważności oraz zmianę zakresu swych codziennych i długoplanowych aktywności. W codzienność pacjenta wkracza nowy porządek narzucający specyficzny wymóg czasowy i odmienia jego dotychczasowy rytm. Zmianie ulega dotychczasowy rozkład czasu posiłków oraz dodatkowego wypoczynku. Konieczność przeprowadzania systematycznych badań oraz zabiegów zazwyczaj narusza codzienny rozkład zajęć i zmienia strukturę czasu codziennego.⁴²

⁴⁰ A. Giddens, *Socjologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s.184

⁴¹ A. Ostrowska, *Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej*, w: *Socjologia antropologia medycyny w działaniu*, W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008, s.25

⁴² Tamże, s.26-27

3.1. Podejście funkcjonalne

Wybitny amerykański socjolog Talcott Parsons wprowadził pojęcie roli pacjenta i lekarza, jako aktorów odgrywających przypisane społecznie wzory zachowania. W swej analizie teoretycznej nowoczesnego społeczeństwa przemysłowego, Parsons określił stosunek lekarzy do pacjentów jako stosunek profesjonalistów do laików. Chory nie jest bowiem kompetentny do pomocy samemu sobie i potrzebuje profesjonalnej pomocy. Chociaż chory posiada trochę wiedzy z zakresu medycyny orientacja ta nie zastąpi pełnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia leczenia. Pacjent oraz jego bliscy są laikami a lekarz profesjonalistą. Brak kwalifikacji sprawia, że pacjent nie jest w stanie ocenić kwalifikacji technicznych lekarza ani też wybrać najlepszego specjalisty.⁴³

Według Parsonsa rola chorego - pacjenta jest rolą okresową, którą pełnić może każdy bez względu na status w innych dziedzinach, niepożądaną z uwagi na niezdolność utrzymania się w dobrej formie. Rola ta nakłada na wchodzącego w nią obowiązek możliwie najszybszego wyzdrowienia. Z racji pełnionej roli chorzy posiadają także przywileje – są zwolnieni a nawet przymuszeni do zaniechania swych normalnych czynności i obowiązków takich jak zatrudnienie czy zajęcia domowe. Jednakże przywileje te przysługują pod warunkiem szukania przez chorych fachowej pomocy medycznej oraz przejawiania współpracy z lekarzem. Pacjent pozostając w roli chorego traktowany jest jako potrzebujący opieki i mogący wyzdrowieć na zasadzie własnej decyzji czy woli.⁴⁴ W jakim stopniu pacjent ma spełniać oczekiwania wobec niego, z jakiego rodzaju oraz z jakiego zakresu czynności ma być zwolniony zależy od charakteru choroby. Schorzenia o lżejszym przebiegu nie wymagają od chorego zaprzestania pełnienia dotychczasowych ról społecznych i wchodzenia w rolę chorego ani wprowadzania zmian w codziennym życiu. Zgodnie z oczekiwaniami społecznymi prawa i obowiązki wynikające z pełnienia roli chorego człowiek winien podejmować tylko w razie konieczności czyli w razie istotnego pogorszenia stanu zdrowia.

„Parsons określił stosunek pacjent – lekarz jako stosunek asymetryczny, w którym lekarz zajmuje pozycję dominującą ze względu na swoją wyspecjalizowaną wiedzę i wysoki prestiż zawodu lekarza.”⁴⁵ Lekarz winien działać dla dobra pacjenta i gwarantować profesjonalizm w działaniach, fachowość oraz być kompetentnym bez zaangażowania emocjonalnego w sprawy pacjentów. W zamian za to ma prawo dostępu do cielesności pacjenta w zakresie umożliwiającym leczenie a także prawo wglądu w intymne sfery jego życia. Zarówno w pełnieniu roli pacjenta jak i lekarza pojawia się bardzo często niepewność. Pacjenci nie zawsze są pewni czy powinni oddawać się pod opiekę lekarza natomiast lekarze doświadczają niepewności co do słuszności postawionej diagnozy. Dla pacjentów choroba stanowi powód do frustracji związanej z oczekiwaniami wzoru normalnego życia. Ponadto chorzy odcięci są od obszarów swej normalnej aktywności i często upokorzeni brakiem zdolności do normalnego funkcjonowania a ich relacje społeczne są zaburzone. Nierzadko doznają dyskomfortu i bólu trudnego do zniesienia oraz obawy o swoją przyszłość. Najczęściej spotykaną reakcją pacjenta jest emocjonalny szok na

⁴³Parsons T., *System społeczny*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2009 , s.328

⁴⁴ M. Sokołowska , *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.93-94

⁴⁵ Tamże, s. 95

początku choroby oraz lęk o przyszłość. W odpowiedzi na co większość ludzi ma tendencje odwoływania się do nierealistycznej wiary w optymistyczne „wszystko będzie dobrze” co bardzo utrudnia obiektywny osąd sytuacji.⁴⁶ Natomiast rola lekarza obarczona jest odpowiedzialnością za dobro pacjenta, którego ma za zadanie wyleczyć. W tym celu musi wykorzystać najlepiej jak potrafi swoje wysokie kompetencje techniczne z zakresu nauk medycznych. Tymczasem występują przypadki, wobec których stan posiadanej wiedzy nie jest wystarczający do rozwiązania trudnego problemu i wiadomo jest, że wydanie kompetentnej diagnozy nie jest możliwe do kontrolowania.⁴⁷

W oparciu o koncepcję Parsonsa w 1956 r. T. Szasz i M. H. Hollender opracowali trzy podstawowe modele stosunku lekarz – pacjent. Pierwszy model to aktywność – bierność, który najlepiej charakteryzuje sytuację całkowicie biernego pacjenta będącego nieprzytomnym (w wyniku urazu, śpiączki, zamroczenia, podania narkozy). Drugi model to kierowanie – współpraca, najczęstszy w praktyce ambulatoryjnej, w którym lekarz wydaje polecenia a pacjent współpracuje z lekarzem posłusznie wypełniając je. Trzeci model pominięty przez Parsonsa uwzględnia stosunek współuczestnictwa i dotyczy głównie stosunku lekarz – pacjent w przypadku chorób przewlekłych. W modelu tym rolę lekarza jest pomaganie pacjentowi w uzyskaniu zdolności do pomocy sobie samemu.⁴⁸

3.2. Podejście konfliktowe

Odmienne od Parsonsa spojrzenie ma relację lekarz – pacjent miał H. Friedson, który wskazał na cechy relacji stanowiące źródło konfliktu i trudności.

Friedson zwrócił uwagę na różnicę interesów, oczekiwań a także wiedzy między lekarzem – profesjonalistą a pacjentem – laikiem. Zdaniem Friedsona między laikiem i profesjonalistą zawsze istnieje potencjalny konflikt, który określa mianem „zderzenia perspektyw”. Nie należy pomijać perspektywy laika, który ma własne wymagania i nie ulega bezkrytycznie autorytetowi lekarza. Badacz zwrócił także uwagę na wpływ struktury społecznej, w której wspólnie znajdują się lekarz i pacjent na to jak wzajemnie się zachowują. Nasilenie konfliktu zależy od czynników sytuacyjnych, wartości oraz oczekiwań obydwójga uczestników i od samej sytuacji. Innym źródłem potencjalnego konfliktu może być struktura organizacyjna opieki lekarskiej.

W odniesieniu do warunków amerykańskich Friedson wyróżnił praktykę „zależną od klienta” i „zależną od profesji”. Pierwszy przypadek dotyczy lekarza, który praktykuje sam i jest zależny od pacjentów, dla których poza zapewnieniem dobrej opieki technicznej musi również zadbać o satysfakcjonujące warunki spoza tej sfery. Spełniając w odpowiedni sposób te warunki lekarz może liczyć na zainteresowanie pacjentów swoją praktyką oraz na zminimalizowanie ewentualnych nieporozumień związanych z diagnozą i terapią. Natomiast w drugim przypadku lekarz polega na kolegach profesjonalistach, którzy kierują

⁴⁶T. Parsons, *System społeczny*, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2009, s. 330

⁴⁷ Tamże, s.333

⁴⁸ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.95-96

do niego pacjentów i zabiega bardziej o dobrą opinię kolegów niż pacjentów. Sytuacja ta ma mniejsze znaczenie jako źródło konfliktu w krajach o uspołecznionej służbie zdrowia. Źródłem konfliktu pomiędzy lekarzem a pacjentem mogą być również różnice w kulturach, z których się wywodzi lekarz i pacjent. W koncepcji tej przyjmuje się, że pacjenci wywodzą się z zupełnie innych środowisk, które wywierają wpływ na ich zachowania i ograniczają możliwości przystosowania się. Tymczasem lekarz stanowi część instytucji medycyny, przez większą część czasu przebywa w otoczeniu pracowników służby zdrowia, w relacjach z którymi stara się spełniać obowiązujące w swoim środowisku zawodowym normy.

Powodem konfliktu mogą być także różnice między priorytetami lekarza i pacjenta. Najważniejszą sprawą dla pacjenta jest on sam i jego choroba dlatego zależy mu aby wizyta u lekarza trwała dłużej a lekarz poświęcił mu wystarczającą ilość czasu. Natomiast lekarz musi zająć się również innymi pacjentami i musi pogodzić interes chorej jednostki z interesem ogólnospołecznym.

Zwolennicy teorii konfliktu zwracają także uwagę na pojawiające się napięcia w przypadku kwestionowania przez pacjenta kompetencji lekarza. Chociaż do otwartego konfliktu lekarz – pacjent dochodzi bardzo rzadko to pacjenci bywają krytyczni i poddają ocenie trafność diagnozy oraz efekty leczenia. Poważnym dylematem w relacji lekarz - pacjent są oczekiwania pacjenta wobec lekarza. Pacjenci chcą aby lekarz był nie tylko kompetentnym fachowcem ale także pocieszycielem, pełnym szacunku wnikliwym słuchaczem i obrońcą człowieka. Natomiast lekarze nie czują się predysponowani do zajmowania się problemami psychologicznymi i społecznymi swych pacjentów. Najpewniej czują się w kręgu problemów czysto medycznych i organicznych lekceważąc interpersonalne aspekty swej pracy.

Rodzaj kontaktu lekarza z pacjentem nie jest we wszystkich sytuacjach jednakowo ważny. W przypadku chorób uleczalnych o ostrym przebiegu, często wymagającym pilnej interwencji chirurgicznej wystarczające jest rutynowe postępowanie terapeutyczne z odpowiednim zapleczem organizacyjnym i technicznym. Inne oczekiwania mają pacjenci cierpiący na schorzenia przewlekłe, nowotwory, stany po zawale serca oraz pacjenci psychiatryczni. Tacy pacjenci chcą znajdować się pod opieką jednego wybranego lekarza, który poświęci im specjalną uwagę i wnikliwie zapozna się z ich sytuacją.⁴⁹

Teoretycy konfliktu poruszają także kwestię nierówności w dostępie do systemu opieki zdrowotnej. Pomimo posiadania przez większość ludzi ubezpieczenia zdrowotnego opieka zdrowotna nadal dla wielu jest zbyt kosztowna. Medycyna stanowi dziedzinę przynoszącą zysk i właśnie to dążenie do zysku bywa często nadrzędnym jej celem. W konsekwencji czego lekarze przepisują więcej lekarstw, zlecają więcej badań oraz zabiegów niż jest to konieczne z medycznego punktu widzenia.

Z drugiej strony ubezpieczenia zdrowotne starają się obniżyć te koszty poprzez powołanie specjalistycznych komisji, które badają zasadność decyzji lekarskich.⁵⁰

⁴⁹M. Sokołowska , *Socjologia medycyny* , Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.96-99

⁵⁰ N. Goodman , *Wstęp do socjologii*, Wydawnictwo Zysk i S-ka s. c., Poznań 1997, s.273-274

4. Organizacja społeczna szpitala

Na przełomie IX i XX wieku szpital był instytucją o charakterze charytatywnym, stanowił schronisko dla biednych, bezdomnych, chorych i umierających. Współcześnie stanowi centrum działań medycznych, jest miejscem kształcenia lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego a także warsztatem badań naukowych. Szpital jest instytucją pełniącą wielorakie cele, posiadającą rozwinięty system zasad i działań dzięki, którym możliwa jest koordynacja różnych czynności i grup wyspecjalizowanego personelu. Obowiązujące w szpitalu normy, przepisy i zwyczaje mają wpływ na panujące w nim wzajemne stosunki między personelem, pacjentami a przede wszystkim między personelem a pacjentami.⁵¹ Szpital jest organizacją sformalizowaną, odznacza się ścisłym podziałem obowiązków i zadań, jest strukturą zhierarchizowaną opartą na autorytetach a także systemem formalnej komunikacji i kontroli wewnętrznej. Kluczową rolę w efektywnej i szybkiej współpracy przedstawicieli różnych profesji medycznych odgrywa komunikacja. Wszelkie udogodnienia nowoczesnych technologii nie są w stanie zastąpić komunikacji podstawowej czyli międzyludzkiej, tymczasem zwłaszcza lekarze pracują często w kilku miejscach i nie są w związku z tym zainteresowani rozwiązywaniem problemów organizacyjnych.

Szpital jest swoistym miejscem – miejscem pracy personelu medycznego, miejscem leczenia, zamieszkiwania i wypoczynku pacjenta oraz warsztatem badań naukowych. Będąc kompleksową instytucją realizującą różnorodne cele staje się również dzięki pojawieniu się kliniki posiadaczem nowo zdobytej wiedzy. Klinika jako miejsce kształcenia personelu oraz prowadzenia badań naukowych wpłynęła na zmianę sposobu uprawiania medycyny. Michel Foucault w swej pracy zatytułowanej „Narodziny kliniki” stwierdza: „...w klinice, w której chodzi tylko o przykład, chory jest przypadkiem swojej choroby, przejściowym obiektem, którym ona zawładnęła.”⁵²

Odmienne od dotychczasowego podejście do zjawiska samej choroby traktowanej w kategoriach usterki fizycznej, którą należy usunąć pozwoliło traktować pacjenta jako chore ciało a nie kompletną jednostkę. Upowszechnienie się modelu biomedycznego dało lekarzom możliwość decydowania o tym co jest chorobą a co nią nie jest z pominięciem odczuć samych chorych i zarazem wyposażając w ogromną władzę wykorzystywaną do podporządkowywania kontroli medycznej coraz więcej sfer życia człowieka.⁵³ Pojawienie się kliniki stało się zatem kluczowym momentem w historii medycyny, w którym choroba i jej leczenie przestało już być sprawą prywatną a stało się kwestią publiczną.

Wraz ze zmianą funkcji współczesnego szpitala zmienił się sposób jego użytkowania. Architektura dawnych szpitali odpowiadała bardziej na społeczne potrzeby a obecnie jest bardziej dopasowywana do skomplikowanych norm i przepisów. Współczesny szpital nieprzystosowany do nowoczesnych wymogów stanowi zagrożenie dla pacjentów. W nowych szpitalach umieszcza się poradnie i laboratoria diagnostyczne oraz grupuje się oddziały korzystające ze wspólnego personelu. W wyniku takiego rozplanowania przestrzeni szpitalnej zmniejsza się

⁵¹ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 108-109

⁵² M. Foucault, *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999, s.86

⁵³ A. Giddens, *Socjologia*, Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa 2008, s.178-180

powierzchnia komunikacyjna i zwiększa jego zwartość. Pomimo skrócenia czasu leczenia i stale rosnącej liczby pacjentów zmniejsza się liczba łóżek. Zwiększeniu ulega przestrzeń przeznaczona na spotkania pacjentów z odwiedzającymi. Szpitale opierając się na zunifikowanych procedurach zwiększają swoją sprawność i przepustowość ale jednocześnie zmniejszeniu ulega psychologiczny komfort pacjentów.⁵⁴ Przy projektowaniu szpitali stosuje się zasadę uniwersalności i elastyczności a wszystko po to aby móc w łatwy i niekosztowny sposób przekształcić przestrzeń szpitalną w zależności od zmieniających się potrzeb medycyny. Tymczasem zbyt duża standaryzacja architektury powoduje obojętność i nie sprzyja relacjom między jej użytkownikami.

Pomimo pojawiających się coraz częściej nowych trendów w aranżowaniu przestrzeni szpitalnych tak aby były przyjazne dla pacjentów i przyczyniały się do szybszego powrotu do zdrowia nadal w szpitalach publicznych przeważają ubogie w kolorystykę pomieszczenia, proste niemal sterylne meble oraz brak jakichkolwiek elementów dekoracyjnych. Tymczasem badania Uniwersytetu w Gothenburgu w Szwecji wykazały, że wnętrze szpitala przypominające otoczenie domowe z zaprojektowanym specjalnym pomieszczeniem, gdzie pacjenci i ich rodziny mogły przygotowywać wspólnie posiłki i je konsumować wpłynęło na znaczną poprawę samopoczucia pacjentów a co za tym idzie na szybsze odzyskiwanie zdrowia.⁵⁵

4.1. Model opiekuńczy, klasyczny i rehabilitacyjny

Pomimo różnic pomiędzy poszczególnymi szpitalami, a nawet oddziałami w tym samym szpitalu zauważyć można pewne cechy wspólne.

Amerykański socjolog medycyny R. M. Coe wyodrębnił trzy typy idealnych modeli organizacji szpitali: *model opiekuńczy, klasyczny i rehabilitacyjny*.

Model opiekuńczy dotyczy instytucji, których zadaniem jest zapewnienie opieki pacjentowi nieuleczalnie choremu lub dotkniętemu kalectwem. Model ten najbardziej rozpowszechniony był w przeszłości, kiedy naczelnym zadaniem szpitali była opieka a nie leczenie. W czasach współczesnych model ten również istnieje w wielu szpitalach i zakładach, w których pacjenci przebywają długi czas. Oficjalnym celem tego typu modelu opieki nad pacjentem jest dawanie pokrzepienia. Natomiast motywacją pacjentów jest posłuszeństwo wobec przepisów. Charakterystyczną cechą tego modelu opieki jest także wysoki koszt utrzymania. Wymiar ekonomiczny był jednym z powodów rozwoju służb środowiskowych w lecznictwie psychiatrycznym, które miały za zadanie umożliwienie egzystencji pacjentom poza szpitalem.⁵⁶

Najbardziej rozpowszechnionym obecnie typem opieki szpitalnej jest *model klasyczny*. Głównym założeniem tego modelu jest leczenie chorób o ostrym przebiegu, po którym pacjenci mogą powrócić do normalnego życia. Pacjenci cierpiący na ostre choroby przez większość czasu spędzanego w szpitalu nie są zdolni do wykonywania jakichkolwiek czynności bez pomocy personelu.

⁵⁴ S. Porębowicz, *Problem humanizacji szpitali* w: „Szpitalnictwo Polskie”, nr 6/1962, s.118

⁵⁵ www.psychologia-spoeczna.pl/aktualnosc-czytelnia-58/959-otoczenie.html

⁵⁶ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.109-110

W związku z czym oczekuje się aby pacjent szpitalny biernie poddawał się opiece i stosował się do wszystkich zaleceń lekarskich w celu przyspieszenia procesu leczenia. Kontakt między pacjentem a personelem ma charakter epizodyczny i polega przede wszystkim na wykonywaniu koniecznych zabiegów. Z uwagi na zmianowość pracy personelu oraz specjalizację nierzadko te same czynności wykonywane są za każdym razem przez kogoś innego. Stosunki pomiędzy pracownikami medycznymi opierają się na hierarchii służbowej. Personel niższego szczebla wykazuje posłuszeństwo wobec poleceń lekarzy. W ramach tego rodzaju opieki pacjent ma zapewnione wszystko co potrzebne mu do życia a wszelkie czynności takie jak: karmienie, podawanie leków, mierzenie temperatury odbywa się według ściśle określonego planu. Pobyt pacjenta w tego typu szpitalu nie trwa zbyt długo, gdyż dąży się do szybkiego wyleczenia. Między innymi z tego powodu istnieje znaczny dystans między personelem a pacjentem. Model klasyczny odznacza się pewną indywidualizacją leczenia i form opieki wynikającą z odmienności schorzeń, etapów leczenia czy rozpiętości wiekowej pacjentów.⁵⁷

Model rehabilitacyjny ma zastosowanie w przypadku zaburzeń przewlekłych, których leczenie przynosi rezultaty dopiero po dłuższym czasie. Celem tego modelu opieki medycznej jest przywrócenie sprawności i przystosowanie do życia. Przywrócenie pacjenta społeczeństwu a nie tylko odzyskanie przez niego zdrowia jest nadrzędnym celem ośrodków rehabilitacyjnych.⁵⁸ Osiąganie tego celu odbywa się poprzez zastosowanie procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Istotne znaczenie w osiągnięciu założonego celu ma postawa samego pacjenta od którego oczekuje się współpracy z personelem. Model ten stara się stworzyć odpowiednie bodźce, aktywizujące wewnętrzne siły pacjenta do radzenia sobie z problemem w samodzielny sposób. W tym celu pracownicy ośrodka będący specjalistami z różnych dziedzin nauki i praktyki w sposób skoordynowany pracują nad podtrzymywaniem chęci pacjentów do współpracy a także umacniają swoją własną motywację, gdyż nie mogą liczyć na szybkie i duże postępy w leczeniu. Ścisła i długotrwała współpraca personelu z pacjentami wpływa na zmniejszenie dystansu między nimi. Kompleksowa rehabilitacja polegająca na rehabilitacji medycznej pozwalającej na przywrócenie sprawności, psychologicznej odpowiedzialnej za motywację, społecznej uczącej życia w środowisku naturalnym oraz zawodowej pozwalającej na wyuczenie fachu sprawia, że osoby które ją przeszły lepiej radzą sobie w życiu niż te poddane tylko leczeniu szpitalnemu.⁵⁹

4.2. Szpital jako instytucja totalna

Pojęcie instytucji totalnej wprowadzone w 1961r. przez socjologa Ervinga Goffmana odnosi się do miejsc, w których tyczy się całe życie mieszkańców, odciętych na dłuższy czas od społeczeństwa i podlegających jednej władzy. „Instytucja totalna jest hybrydą społeczną. Z jednej strony to wspólnota

⁵⁷ Tamże, s.112-113

⁵⁸ Tamże, s.113

⁵⁹ Tamże, s. 114

mieszkaniowa, z drugiej zaś – organizacja formalna.”⁶⁰ Inną cechą instytucji totalnej jest fakt, że jej członkowie we wszystkich przejawach codziennej działalności pozostają w bezpośrednim towarzystwie innych członków a wszyscy oni traktowani są jednakowo. Zgodnie z umową społeczną wszelkie przejawy życia jednostek zarówno te związane z zaspakajaniem potrzeb fizjologicznych jak sen, jedzenie a także inne jak praca czy zabawa odbywają się pod różnym zwierzchnictwem, bez racjonalnego planu narzuconego odgórnie. „Tymczasem najważniejszą cechą instytucji totalnych jest łamanie wszelkich barier, które zazwyczaj oddzielają trzy wspomniane sfery życiowe.”⁶¹ Ponadto wszelkie czynności codzienne są ściśle zaplanowane tak by jedna czynność w określonym czasie przechodziła w drugą. Plan ten narzucony jest odgórnie przez system formalnych rozporządzeń a jego wykonanie podlega ciągłej kontroli nadzorców. Poszczególne przepisy i metody organizacyjne stanowią ogólny plan, który jest konieczny do realizacji oficjalnych celów instytucji.

Ważną cechą instytucji totalnej jest podział na personel i podwładnych. Podwładnymi nazywa się dużą grupę jednostek żyjących wewnątrz instytucji i mających ograniczony kontakt ze światem zewnętrznym. Natomiast personel to nieliczna grupa nadzorców, pracujących przeważnie osiem godzin w ciągu doby i zintegrowanych ze światem zewnętrznym. Pomędzy tymi dwiema grupami istnieje często nakazany oficjalnie duży dystans społeczny. Każda z grup ocenia drugą wedle wrogich i ciasnych stereotypów przy czym personel czuje się wyższy a podwładni w niektórych przypadkach czują się słabsi i winni. W rezultacie czego powstają i istnieją na terenie instytucji dwa światy społeczne i kulturalne.⁶²

Goffman wyodrębnił trzy mechanizmy funkcjonujące w instytucjach totalnych, które pozwalają na jednolite postępowanie z pacjentami: obnażanie(stripping), kontrola środków oraz ograniczenie ruchliwości.

Stripping to obnażanie, rozebranie kogoś, pozbawienie, ograbienie, wyzucie, obdarcie z czegoś. Celem strippingu jest usunięcie z pamięci pacjenta jego dawnej pozycji i tożsamości. „Szczególne znaczenie dla zachowania Ja ma pewien zestaw osobistych przedmiotów, dzięki którym jednostka może kreować swój wizerunek. To kosmetyki, ubrania, narzędzia służące do naprawy odzieży i utrzymywania jej w czystości, a także odpowiednie miejsce do jej przechowania.”⁶³ „Utrata osobistych rzeczy podczas przyjmowania do instytucji może skutecznie uniemożliwić jednostce przekazywanie innym zwykłego obrazu siebie. A w trakcie pobytu ten obraz bywa jeszcze bardziej zniekształcony.”⁶⁴ Dokonuje się tego poprzez odebranie prywatnego ubrania i zastąpienie go standardową odzieżą, zastąpienie nazwiska numerem jak również żądanie udzielania odpowiedzi na pytania o intymne szczegóły z życia. W skrajnych przypadkach zwracanie się po imieniu, wymaganie uzyskania wyrażenia zgody na wykonanie najprostszych czynności oraz wymuszanie u dorosłych zachowań typowych dla dzieci.

⁶⁰ E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp. z o.o., Sopot 2011,s.22

⁶¹ Tamże, s.16

⁶² Tamże, s.19

⁶³ Tamże, s.29

⁶⁴ Tamże, s.30

Kontrola środków odnosi się natomiast do kontroli informacji zarówno tych dotyczących pacjenta jak i instytucji. Ograniczenie ruchliwości osiąga się poprzez zakaz poruszania się poza określoną przestrzeń.⁶⁵

Goffman zwracał uwagę na wpływ instytucji totalnej na jej mieszkańców polegający na stopniowym procesie degradacji. Podwładni wchodząc do instytucji są już w pełni ukształtowanymi przez środowisko macierzyste osobami. Struktura osobowości podwładnych jest częścią całości osadzonej w ich środowisku społecznym i zawiera doświadczenia kształtujące akceptowane wyobrażenia o sobie a także mechanizmy obronne wypracowane w sytuacjach kryzysowych. Instytucja totalna nie oferuje wchodzącym do niej osobom w zamian żadnej innej kultury a jedynie podtrzymując napięcie między środowiskiem macierzystym podwładnych a światem instytucji wykorzystuje je jako narzędzie kierowania ludźmi.

Osobowość podwładnego w instytucji podlega stopniowemu i niezamierzonemu procesowi degradacji najpierw poprzez odcięcie więzi ze środowiskiem, zaniechanie własnych planów rodzinnych, zawodowych lub edukacyjnych a następnie zabranie rzeczy osobistych, wymuszanie okazywania szacunku personelowi, uczucie ciągłego lęku przed konsekwencjami łamania rygorystycznych przepisów oraz wymaganie aby mieszkaniec instytucji wiódł swoje codzienne życie tak jakby był kimś dla siebie obcym.⁶⁶ W warunkach instytucji totalnej podwładni stosują różne techniki adaptacyjne takie jak wycofanie się z sytuacji, bunt czy zadomowienie się. Przeciwwstawienie się wymogom instytucji wymaga od jej uczestników ogromnego zaangażowania, pomysłowości, sprytu i wysiłku. Wszelkie przejawy sekretnej instytucji są dowodem działalności jednostek w kierunku stworzenia sobie własnego życia.⁶⁷

Instytucjami totalnymi mogą być między innymi domy opieki dla ludzi starszych, szpitale psychiatryczne, więzienia oraz klasztory. Jednak i szpitale dla somatycznie chorych pod wieloma względami przypominają instytucję totalną. Model klasyczny, najbardziej powszechny typ opieki szpitalnej podobnie jak w instytucji totalnej zapewnia pacjentom wszystko co potrzebne do życia choć przez znacznie krótszy czas, wszelkie czynności wykonywane są według ściśle określonego planu a między personelem a pacjentami istnieje znaczny dystans. Model ten odróżnia się od instytucji totalnej jedynie większą indywidualnością leczenia związaną z różnorodnością napotykanym przypadków chorobowych a także rozpiętością wiekową pacjentów. Ponadto nie wszystkie czynności wykonywane są przez pacjentów grupowo.⁶⁸

⁶⁵ M. Sokołowska , *Socjologia medycyny* , Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 111

⁶⁶ E. Goffman, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp. z o.o., Sopot 2011, s.32

⁶⁷ Tamże, s.284-285

⁶⁸ M. Sokołowska , *Socjologia medycyny* , Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s.113

II. PROJEKT BADAŃ

1. Przedmiot badań, cel i problemy badawcze

Według Z. Skornego „Przedmiotem badań naukowych jest określony zbiór zjawisk, przedmiotów lub osób.”⁶⁹

Przedmiotem swoich badań uczyniłam życie codzienne pacjentów szpitala. Dokonując takiego wyboru kierowałam się kryteriami, które zdaniem T. Pilcha odgrywają ważną rolę przy wyborze tematu badawczego. Kryteriami tymi są: dostępność badawcza problemu, względy ekonomiczne badań oraz emocjonalne zainteresowanie badacza.⁷⁰

Każde badanie służy realizacji określonego celu. Celem badań jest dążenie do wzbogacenia wiedzy o osobach, rzeczach lub zjawiskach, z którymi efekty te będą się wiązać.

W niniejszej pracy ustaliłam następujące cele poznawcze:

- 1. Zrozumienie procesów zachodzących w stosunkach społecznych pacjentów zlokalizowanych w przestrzeni szpitala.**
- 2. Ustalenie czynników mogących mieć wpływ na stosunki społeczne wśród pacjentów.**

„Dobrze sformułowane cele poznawcze, teoretyczne i praktyczne umożliwiają sprecyzowanie problemów badawczych.”⁷¹

Problem badawczy to zagadnienie wymagające rozwiązania, kwestia do rozstrzygnięcia. J. Pieter uważa, że „[...] problemy badawcze są to pytania, na które szukamy odpowiedzi na drodze badań naukowych. Wysuwając je zadajemy pytanie „przyrodzie” i „otoczeniu”, a nie osobie drugiej. Staramy się znaleźć odpowiedzi na postawione przez nas pytanie poprzez własny wysiłek, nie zaś przez oczekiwanie gotowej odpowiedzi od innego człowieka”.⁷²

Wg J. Sztumskiego „problemem badawczym nazywamy to, co jest przedmiotem wysiłków badawczych, czyli po prostu to, co orientuje nasze przedsięwzięcia poznawcze”.⁷³

S. Nowak definiuje problem badawczy jako zespół pytań, na które odpowiedzi ma dostarczyć badanie empiryczne.⁷⁴

Problem w stosunku do sformułowanego wcześniej przedmiotu badań stanowi radykalne uściślenie i ukierunkowanie zainteresowań badacza.

W swej pracy sformułowałam następujące problemy badawcze:

Problem główny:

W jaki sposób kształtują się stosunki społeczne w obrębie przestrzeni zajmowanej przez pacjentów szpitala?

Problemy szczegółowe:

⁶⁹ Z. Skorny, *Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki*, Warszawa 1984, s.107

⁷⁰ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998, s.173-174

⁷¹ J. Gnitecki, *Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji, Poznań, 2006, s.62

⁷² J. Pieter, *Ogólna metodologia pracy naukowej*, Wrocław-Warszawa 1967, s.67

⁷³ J. Sztumski, *Wstęp do metod technik badań społecznych*, PWN, Warszawa 1984. s. 28

⁷⁴ S. Nowak, *Metodologia badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1970, s. 214

1. W jaki sposób przejawiać się może walka o zachowanie tożsamości w codziennym życiu pacjentów ?
2. Jaki wpływ na życie codzienne pacjentów może mieć charakterystyczne dla szpitala rozplanowanie przestrzeni ?
3. Jaka rolę w kształtowaniu codzienności szpitalnej pacjentów pełni personel medyczny?
4. W jaki sposób konflikty oraz momenty krytyczne mogą wpływać na załamanie się codziennego porządku?

2. Zastosowana technika i narzędzie badawcze

Rodzaj podejmowanej w mej pracy tematyki przemawiał za wyborem podejścia jakościowego jako tego, który umożliwi mi dogłębne poznanie interesującego mnie zjawiska oraz poszerzy perspektywę jego oglądalności. Przekonanie, że właśnie badanie jakościowe pozwoli mi osiągnąć zamierzony cel badawczy umotywowane było również faktem konieczności wnikania w prywatną, intymną a czasami wręcz drażliwą sferę przeżyć badanych przeze mnie osób.

Pobyty w szpitalu dla każdej z badanych osób niewątpliwie należy do przeżyć bardzo osobistych, cechujących się złożonością treściową i znaczeniową. Tymczasem zaletą badań jakościowych jest możliwość dotarcia do bardzo dużej liczby szczegółów różnorodnych złożonych zjawisk. Badania jakościowe pozwalają odsłonić, a co ważniejsze zrozumieć nieznane dotąd skrywane zjawiska.⁷⁵

Istotą badań jakościowych nie jest znajdowanie wyjaśnienia badanych zjawisk, czy ustalanie występujących wśród nich powiązań przyczynowo-skutkowych lecz zrozumienie i interpretacja zjawisk interesujących badacza. Tego typu badania charakteryzują się całościowym (holistycznym) podejściem nastawionym na indukcyjny opis kontekstu, w jakim jawi się badane zjawisko czy jednostka- w celu zrozumienia sytuacji tak, jak czyni to osoba badana.⁷⁶

W badaniach jakościowych możliwe jest „podjęcie tematów wykraczających poza to co obiektywne i mierzalne co pozwala na podejmowanie problematyki związanej z ocenami, wartościami, przeżyciami”.⁷⁷

Wybraną przez mnie techniką badawczą jest **indywidualny wywiad pogłębiony/swobodny (IDI - ang. In-Dept Interview)**, który jest techniką komunikacyjną, polegającą na indywidualnej rozmowie osoby badanej z prowadzącą badanie, która posiada założony cel i strukturę.

Przed przystąpieniem do wywiadu badacz przygotowuje listę informacji, które zamierza zdobyć. Jednocześnie musi być otwarty na wszelkie nowe

⁷⁵ S. Palka(red), *orientacje w metodologii badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, s.125-127

⁷⁶ Tamże, s.46

⁷⁷ T. Pilch, *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1998, s.56

okoliczności i informacje, które mogą się pojawić niejako przy okazji.⁷⁸ Podobnie jak we wywiadzie rozumiejącym dynamika wypowiedzi może spowodować, że respondent wciągnie badacza poza ustaloną wcześniej siatkę pytań. W tej sytuacji badacz winien być gotów do podjęcia wysiłku odnalezienia adekwatnego do usłyszanych treści pytania w celu pogłębienia swego badania. Badacz nie może nie skorzystać z wyjątkowej sytuacji jaka jest mu dana, gdyż poruszone niespodzianie przez respondenta wątki mogą okazać się prawdziwą kopalnią wiedzy a nawet stać się wskazówką dla kierunku dalszych badań.⁷⁹ Ta cecha wywiadu pogłębionego jak i cała przyjęta procedura badawcza jest bliska założeniom tzw. teorii ugruntowanej, będącej konsekwencją teoretycznego paradygmatu interpretatywnego – symbolicznego interakcjonizmu. Metodologia odkrywania teorii ugruntowanej polega bowiem na ciągłym odkrywaniu nowych, odsłaniających się dzięki działalności człowieka układów i warstw rzeczywistości społecznej co sprawia, że proces budowania teorii jest procesem ciągłym właściwie nie mającym końca. Teoria może podlegać permanentnym modyfikacjom z uwagi na dostarczanie ciągle nowych danych, o nowych dopiero co wyłonionych układach rzeczywistości zgodnie z założeniem symbolicznych interakcjonistów, że rzeczywistość społeczna nigdy nie jest „zupełna” i podlegać może niezliczonym możliwościom jej porządkowania.⁸⁰

W wywiadzie pogłębionym ustalony jest pewien schemat wątków tematycznych w celu uzyskania jak największej ilości szczegółowych informacji jednak badacz może zmieniać kolejność pytań, a także ich charakter i treść w celu dostosowania się do respondenta.

Badacz przeprowadzający wywiad pogłębiony może również wykorzystywać tzw. pytania pomocnicze, naprowadzające i rozszerzające poruszane kwestie, aby uzyskać jak najbardziej wyczerpujące, precyzyjne i prawdziwe informacje. Indywidualny wywiad pogłębiony odbywa się bez udziału osób trzecich co pozwala na poruszanie tematów kontrowersyjnych, osobistych i intymnych.

W trakcie wywiadu pogłębionego osoba badana ma pełną możliwość wyrażania swoich opinii, odczuć, emocji, wyjaśnienia motywów postępowania czy zaprezentowania swych przeżyć i doświadczeń.

Wywiad pogłębiony z uwagi na elastyczność reguł daje możliwość zbliżenia go do sytuacji naturalnej rozmowy łączącej rozmówców i nie tworzącej przewagi interakcyjnej jednej ze stron.⁸¹ Podstawą zrozumienia respondenta i jego perspektywy oglądu świata jest ustanowienie dobrego z nim kontaktu. Relacje pomiędzy osobą badaną a badaczem powinny opierać się na wzajemnym zaufaniu, poczuciu empatii, szacunku oraz posiadać symetryczny charakter.⁸²

Zgodnie z typologią indywidualnych wywiadów jakościowych wprowadzoną do polskiej literatury metodologicznej przez J. Lutyńskiego rozróżnić można:

- Wywiad swobodny mało ukierunkowany – jest to technika wywiadu niestandardyzowanego. Prowadzący wywiad opiera się tylko na ogólnym

⁷⁸ K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s.169

⁷⁹ J. Kaufmann, *Wywiad rozumiejący*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010, s.75-76

⁸⁰ K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 35-36

⁸¹ Tamże, s.179

⁸² Tamże, s. 172

planie zagadnień, wokół których koncentruje się rozmowa z respondentem.

Pytania mają charakter otwarty i wymagają narracji. Badacz stara się dostosować do respondenta zadając pytania nakłaniające do wielowątkowych, dłuższych wypowiedzi z obszaru wiedzy najbardziej znanej respondentowi. Zapis uzyskanych podczas wywiadu informacji jest rejestrujący.

- Wywiad swobodny ukierunkowany – to wywiad o niskim stopniu standaryzacji.

Badacz posługuje się tzw. dyspozycjami do wywiadu, które są listą jego potrzeb informacyjnych i ma dużą swobodę w formułowaniu pytań. Pytania mają charakter otwarty i najczęściej odnoszą się do zagadnień szczegółowych. Treść i język poszczególnych pytań musi być dostosowany do możliwości respondenta.

Zapis uzyskanych wypowiedzi jest dokładnie rejestrujący lub relacjonujący je.

- Wywiad swobodny ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji – czyli wywiad, w którym badacz posługuje się z góry przygotowaną listą pożądaných informacji sporządzoną na podstawie wcześniej przeprowadzonych obserwacji lub wywiadów swobodnych mało ukierunkowanych.

Lista pytań zawartych w kwestionariuszu ma formę zamkniętą i skończoną, natomiast same pytania do respondenta nie są w formie ściśle określone. Badacz może zadawać respondentowi pytania szczegółowe zarówno otwarte jak i zamknięte.

Pytania są zindywidualizowane ze względu na respondenta a zapis wywiadu ma charakter rejestrujący lub kategoryzujący.⁸³

W swej pracy badawczej zastosowałam indywidualny wywiad pogłębiony ze standaryzowaną listą poszukiwanych informacji. Moim narzędziem badawczym był kwestionariusz wywiadu składający się z instrukcji językowych podzielonych na pięć bloków tematycznych odpowiadających problemom badawczym. Przygotowując listę poszukiwanych informacji oparłam się na wieloletnich obserwacjach poczynionych podczas odwiedzin moich bliskich hospitalizowanych w szpitalu publicznym na oddziałach: neurologicznym, chorob wewnętrznych oraz ortopedycznym. Wywiady nagrałam za pomocą dyktafonu.

Przygotowując się do wywiadu swobodnego przeanalizowałam osiem cech tego wywiadu:

- Sposób dotarcia do respondentów.
Trudność dotarcia do respondentów uzależniona jest od przedmiotu badań. W przypadku badań grup broniących dostępu dla ludzi z zewnątrz takich jak elitarne organizacje czy sekty bywa niezbędne wstąpienie w ich szeregi. Badacz wstępując do tych organizacji musi odczekać okres próbny, by móc dotrzeć do respondentów posiadających wiedzę ekspercką na interesujące go tematy. Inną formą docierania do respondentów jest korzystanie z nieformalnych kontaktów i powiązań.
- Rozumienie języka i kultury respondentów. Szczególnie ważne w badaniach jest rozumienie języka respondentów. Badacz powinien poznać potoczny język badanych osób nie tylko po to, aby móc nawiązać

⁸³ Tamże, s. 169-170

z nimi dobry kontakt ale także aby uniknąć problemów z odmiennym rozumieniem stosowanych terminów.

- Sposób zaprezentowania się osoby przeprowadzającej wywiad. Wybrany przez badacza sposób zaprezentowania się respondentom ma wpływ na jakość badań. Zaprezentowana tożsamość może budzić podejrzenia, zostać odebrana jako nieszczerza i negatywnie rzutować na relację. W konsekwencji czego badacz może do końca badań nie odzyskać zaufania respondentów.
- Odnalezienie „eksperta”
Znalezienie osoby będącej członkiem badanej grupy a zarazem tłumaczem panujących w grupie obyczajów, żargonu i społecznych relacji jest bardzo trudnym zadaniem dla badacza. Jednakże pozyskanie przychylności osoby odgrywającej rolę eksperta, doskonale znającego problemy grupy stanowić może o sukcesie badawczym.
- Zdobywanie zaufania.
W terenowych badaniach jakościowych dla uzyskania pożądaných informacji konieczne jest zdobycie głębszego zaufania respondenta. Uzyskane raz zaufanie wymaga ze strony badacza zabiegów podtrzymujących a każde popełnione faux pas może zniszczyć zaufanie zdobywane tygodniami.
- Ustanowienie kontaktu. Podstawą zrozumienia respondenta jest ustanowienie kontaktu z nim. Relacje pomiędzy respondentem a przeprowadzającym wywiad powinny mieć charakter symetryczny. Osoba badana nie powinna czuć się przesłuchiwana. Badacz powinien przyjąć perspektywę badanego oraz zadbać o to aby wywiad nosił cechy potocznej rozmowy. Nie powinny mieć miejsce sytuacje narzucania przez badacza własnej perspektywy respondentowi. Dobre porozumienie z respondentami, bliski z nimi kontakt może poza zyskiem powodować również pewne problemy. Badacz, który zaangażuje się w życie badanej grupy do tego stopnia, że reprezentuje ją na zewnątrz traci jednocześnie dystans i obiektywizm badawczy. Ustanowienie kontaktu przynosi często skutek uboczny w formie efektu terapeutycznego wywiadu. Niezamierzony efekt wywiadu pozwala respondentom lepiej zrozumieć własną sytuację życiową skłaniając do refleksji. Badacz natomiast powinien zwrócić szczególną uwagę na wypowiedzi i zachowania respondentów związane z tym efektem, wskazują one bowiem na ważne problemy, z którymi się borykają.
- Zbieranie materiałów empirycznych. Badacz pracujący w terenie musi „zapisywać” wywiady używając dyktafonu lub ewentualnie dokonywać notatek w sposób nie zakłócający rozmowę. Zapisy z wywiadów powinny być dokładnie analizowane.
- Rola płci w przebiegu badania. Zarówno płeć badacza jak i respondenta odgrywa ważną rolę. Rola płci związana jest z kontekstem kulturowym, w którym odbywa się wywiad. Kontekst kulturowy najczęściej dotyczy paternalistycznego systemu społecznego, w którym ma miejsce wyraźne oddzielenie ról męskich od żeńskich. Sytuacje, których respondent mężczyzna nie ujawni pewnych informacji badaczowi kobiecie (i odwrotnie) wynikają z przyczyn kulturowych. W typowych wywiadach zwłaszcza standaryzowanych pomiędzy ankierem a respondentem istnieje relacja hierarchiczna. To badacz posiada scenariusz rozmowy

a respondent powinien mu się podporządkować. Wobec powyższego próbuje się rozwijać bliskie relacje pomiędzy respondentem a badaczem aby zminimalizować różnice statusowe w hierarchicznej strukturze kontekstu wywiadu.⁸⁴

3. Organizacja i przebieg badań własnych

W związku z przedmiotem moich badań, którym jest życie codzienne pacjentów szpitala jako technikę pozyskiwania interesujących mnie informacji wybrałam indywidualny wywiad pogłębiony, który przeprowadzałam z osobami w niedługim okresie czasu od opuszczenia przez nich szpitala.

Przy wyborze respondentów kierowałam się granicami czasowymi pobytu w szpitalu uznając, że nie powinien być krótszy niż tydzień tak aby możliwie było odtworzenie pełnego obrazu codziennego życia pacjenta.

Z pośród oddziałów szpitalnych rozumianych jako podział na strefy w szpitalu, w których znajdują się ludzie cierpiący na takie same lub zbliżone rodzajowo schorzenia wykluczyłam oddziały takie jak: onkologiczny, ginekologiczny, dziecięcy, ratunkowy oraz psychiatryczny jako te o specyficznym charakterze i nietypowych zwyczajach.

W swoich badaniach zastosowałam dobór celowy zwracając szczególną uwagę na różnorodność przypadków. Szukałam osób, które ze względu na swoją wiedzę i doświadczenie mogą udzielić mi informacji niezbędnych, pozwalających znaleźć odpowiedzi na postawione pytania badawcze. W celu dotarcia do respondentów wykorzystałam kontakty nieformalne co sprawiło, że nie byłam dla badanych osobą zupełnie obcą i anonimową. Nie ukrywałam swej wiedzy o badanych a wręcz sugerowałam, iż właśnie ta wiedza zdecydowała o tym, że właśnie z nimi pragnę przeprowadzić badanie. W kilku przypadkach zastosowałam metodę kuli śnieżnej, która polega na zwróceniu się z prośbą do respondenta o wskazanie jakiejś znajomej osoby, z którą mogłabym również przeprowadzić wywiad dotyczący tego samego tematu.⁸⁵ Świadomie jednak nie poprzestałam na tej metodzie, gdyż niesie ona za sobą ryzyko dotarcia do grupy osób o zbliżonych do siebie cechach.

W organizacji badań zadbałam o otoczenie, w którym miały odbyć się wywiady. Uwzględniając dyspozycyjność osób badanych z wyprzedzeniem czasowym, najczęściej telefonicznie ustalałam termin spotkania. Większość wywiadów przeprowadzonych została w prywatnych mieszkaniach osób badanych. Natomiast dwa spośród wywiadów odbyły się w miejscu pracy osoby badanej. Podczas wywiadów zadbano aby nie było osób trzecich mając na względzie intymny charakter zadawanych pytań jak również by uniknąć jakichkolwiek zakłóceń w komunikacji. Podczas przeprowadzania wywiadów w dwóch przypadkach prawdopodobnie zaistniał efekt terapeutyczny co

⁸⁴ Tamże, s. 171-173

⁸⁵ P. Dobrodziej, *Słownik badań marketingowych, rynkowych i społecznych*, [online], [dostęp:2014-03-11] Dostępny w Internecie: <http://dobrebadania.pl/slownik-badawczy.html?b=baza&szczegolowo=181>

uwidaczniało się w zachowaniu respondentów – wzbierających w oczach łzach, załamywaniu się głosu czy w momentach milczenia. Wyraźne oznaki żywego w pamięci wspomnienia odtwarzanego z precyzyjną szczegółowością świadczyć mogły o trudnościach w przedefiniowaniu obecnego stanu rzeczy, który na skutek choroby radykalnie odmienił obecną codzienność badanego.

Przebieg badań nie nastręczył mi żadnych problemów jeśli chodzi o zdobywanie zaufania badanych choć niewątpliwie fakt dokonywania rejestracji rozmowy dyktafonem nieco na początku onieśmiało respondentów. Z uwagi na tematykę prowadzonych badań napotykałam bardzo często na niepoohamowaną chęć respondentów do ograniczenia swych wypowiedzi do krytyki systemu opieki zdrowotnej. Ostatecznie jednak po dokładnym wyjaśnieniu celu badań uzyskałam pożądane informacje a nawet udało mi się skłonić badanych do refleksji i zweryfikowania swych poglądów. W konsekwencji czego respondenci pod koniec wywiadu unikali generalizacji i przyznawali, że w ostatnim czasie zaobserwowali również pozytywne zmiany w funkcjonowaniu szpitali co potrafili poprzeć konkretnymi przykładami.

4. Charakterystyka osób badanych

Na zebrany przeze mnie materiał badawczy składa się piętnaście wywiadów pogłębionych. Moi respondenci to zarówno kobiety w liczbie dziewięciu jak i sześcioro mężczyzn. Najmłodsza z osób badanych miała 18 lat a najstarsza 78. Respondenci byli pacjentami oddziałów: - chorób wewnętrznych (5 przypadków), - chirurgicznego (3 przypadki), - kardiochirurgicznego (2 przypadki), - neurologicznego (1 przypadek), - laryngologicznego (1 przypadek), - intensywnej terapii (1 przypadek), - ortopedii i traumatologii narządu ruchu (1 przypadek), - urazowo-ortopedycznego (1 przypadek). W dwunastu przypadkach respondenci byli pacjentami Szpitala w Śremie. W dwóch przypadkach [REDAKTOWANE], w jednym [REDAKTOWANE] oraz w jednym [REDAKTOWANE]. Nadmienić należy, że wszystkie wspomniane placówki są szpitalami publicznymi.

- [REDAKTOWANE] lat 53, oddział chorób wewnętrznych, pierwszy w życiu pobyt w szpitalu poza porodem, czas pobytu 2 tygodnie, powód: niewydolność nerek.
- [REDAKTOWANE] lat 32, oddział neurologiczny, drugi w życiu pobyt w szpitalu poza porodem, czas pobytu - 10 dni, powód: podejrzenie udaru niedokrwienego mózgu a stwierdzony migrenowy napad bólu (ostatecznie diagnoza błędna).
- [REDAKTOWANE] a, lat 28, oddział chirurgiczny, pierwszy pobyt w szpitalu, czas pobytu 10 dni, powód: kamica woreczka żółciowego- operacja laparoskopem.
- [REDAKTOWANE] lat 64, oddział kardiochirurgiczny (Szpital Kliniczny przy ul. Długiej w Poznaniu), ok. piętnasty pobyt w szpitalu, czas pobytu miesiąc, powód: operacja tętniaka aorty brzusznej oraz podudzia.

- █████, lat 78, oddział chirurgiczny, kolejny pobyt w szpitalu, czas pobytu tydzień, powód: operacja woreczka żółciowego,
- █████ lat 78, oddział chorób wewnętrznych, pierwszy pobyt w szpitalu, czas pobytu tydzień, powód: podejrzenie niedotlenienia mózgu na skutek powikłań pogrypowych
- █████, lat 76, oddział intensywnej terapii, kolejny pobyt w szpitalu, czas pobytu dwa tygodnie, powód: migotanie przedsionków
- █████ lat 63, oddział chorób wewnętrznych, ponad dwudziesty pobyt w szpitalu czas pobytu 10 dni, powód: ostra biegunka
- █████, lat 69, oddział chirurgiczny oraz oddział chorób wewnętrznych, piąty pobyt w szpitalu, czas pobytu 10 dni, powód: kamica woreczka żółciowego- operacja laparoskopem
- **Janusz** lat 78, oddział chorób wewnętrznych, drugi pobyt w szpitalu, czas pobytu 10 dni, powód: prawostronne zapalenie płuc, wykrycie łagodnego przerostu prostaty
- █████ lat 76, oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pierwszy pobyt w szpitalu, czas pobytu tydzień, powód: złamanie kompresyjne kręgów lędźwiowych- zabieg wertebroplastyki
- █████, lat 34, oddział urazowo-ortopedyczny, drugi w pobyt w szpitalu, czas pobytu 10 dni, powód: złamanie obojczyka na skutek wypadku - operacja mająca na celu scalenie obojczyka za pomocą usztywniających kość drutów
- █████ lat 69, oddział chirurgiczny, kolejny pobyt w szpitalu, czas pobytu: 12 dni, powód: wrzodziejące zapalenie jelita grubego - kolonoskopia terapeutyczna
- █████ lat 18, oddział laryngologiczny, pierwszy pobyt w szpitalu, czas pobytu: dwa tygodnie, powód: zabieg usunięcia migdałków oraz prostowania przegrody nosowej
- █████ lat 53, oddział kardiochirurgiczny, drugi pobyt w szpitalu, czas pobytu dwa tygodnie, powód: operacja wszczepienia bajpasów

III. BADANIA WŁASNE

1. Problemy z zachowaniem tożsamości w przestrzeni szpitalnej

1.1. Nowy wizerunek

Począwszy do momentu przyjęcia aż do czasu opuszczenia szpitala pacjenci narażeni są na sytuacje, w których doznawać mogą swego rodzaju depersonalizacji. Pierwszą obowiązującą regułą z jaką stykają się tuż po zakończeniu czynności administracyjnych w izbach przyjęć jest konieczność wyzbycia się wierzchniej odzieży, przebranie się w piżamę oraz oddanie rzeczy osobistych towarzyszącym bliskim lub do depozytu. Badani w większości przypadków podporządkowywali się temu obowiązkowi świadomi faktu znacznego ograniczenia ich możliwości kreowania swego wizerunku jednakże nie budziło to w nich sprzeciwu. Prawdopodobnie funkcjonujące wyobrażenia na temat szpitala na tyle mocno zakorzeniły się w świadomości społecznej, że zostały niejako zaakceptowane. Świadczyć może o tym chociażby wypowiedź jednej z respondentek:

„.....żadne z wymagań w szpitalu nie sprawiały mi problemu, bo ja wychodzę z założenia, że skoro udaję się do szpitala to nie mogę oczekiwać zbyt wiele, jakiś luksusów ...przecież wiadomo, że to nie dom tylko szpital.”

lat 69

Proces dokonywania strippingu tak charakterystycznego dla instytucji totalnych zdaje się w ostatnim czasie występować w szpitalach w mniejszym nasileniu co zresztą zauważają sami pacjenci. Być może odstępowanie od rygorystycznego przestrzegania ograniczeń w posiadaniu rzeczy osobistych sprawia, że wymóg rezygnacji z osobistej odzieży wierzchniej i obuwia nie przysparza pacjentom przykrości. Niemniej jednak w wypowiedziach respondentów pojawiły się dowody na odczuwanie dyskomfortu a nawet wstydu z powodu konieczności wyzbycia się rzeczy osobistych i funkcjonowania w piżamie czy szlafroku zwłaszcza w kontaktach z odwiedzającymi:

„...najbardziej deprymujące było dla mnie paradowanie w piżamie, ewentualnie w szlafroku.. tak się zastanawiałem podobno z resztą jest taka możliwość, taka tendencja,

że ci pacjenci za dnia funkcjonują na tych oddziałach, czekając na zabieg, operację, bo potem jest już różnie, inaczej... że tak powiem w ciuchach cywilnych czy domowych... to jest takie od razu szpitalne i troszkę krępujące. Wolałbym być pewnie w sportowym ubraniu, w jakimś dresie, w jakiejś bluzie, czy czymś takim, to też jest istotne pewnie dla kobiet, może bardziej niż dla mężczyzn, bo takie miejsca jak ten oddział kardiochirurgiczny, gdzie pacjenci czekają na ważne operacje jest oddziałem koedukacyjnym. Tak, że byłoby fajnie jakby te ciuszki były bardziej cywilne, to też podyktowane jest tym, że tam jest taki ciągły ruch odwiedzających...”

lat 53

Za zmniejszeniem się ograniczeń w posiadaniu rzeczy osobistych przez pacjentów szpitali przemawia również znikoma ilość wymienianych przez badanych brakujących im przedmiotów. Najczęściej wymieniane były poduszki pod głowę określane mianem „Jaśków”, własne łóżka oraz ewentualnie telewizory i radia. Przedmioty za jakimi tęsknili pacjenci wiązały się głównie z wygodą i wypoczynkiem:

„...swojej poduszki, jaśka, cieplejszego koca bo było zimno, chociaż radia bo człowiek był odcięty od świata...”

lat 53

„...rzeczy osobistych?...mojego jaśka”.

Magda lat 32

„... nie było żadnych rzeczy których by mi brakowało w szpitalu”

lat 69

„brakowało mi radia... i psa, mojego ukochanego pieska..”

lat 76

„...właściwie zabronili mieć tylko własne ubranie i buty.. z pozostałymi nie było problemu”,

„...niczego mi właściwie nie brakowało, poza własnym łóżkiem...”

lat 34

Natomiast jeśli chodzi o przechowywanie rzeczy osobistych przez pacjentów zauważyć można jakby dwie tendencje – z jednej strony eksponowanie czy wręcz kolonizowanie przestrzeni szpitalnej czego przykładem mogą być wypowiedzi:

„... ja nie miałam potrzeby zabierania czegoś do szpitala aby potem to ustawiać na stoliku. Jedna kobieta miała taką poszewkę na poduszcze z wielkimi falbanami, niesamowicie ozdobną, która rzucała się w oczy już z daleko a do tego rozkładała takie bardzo ostre kolorowe ręczniki. Najlepsze było to, że ona wcale nie leżała na tej poduszcze... a personel jaj nawet zwrócił uwagę, że może mieć swoją poduszkę ale powłoka powinna być białego koloru i normalna a nie taka falbaniasta”

lat 69

„...w tym nocnym stoliku, na dole miałam na zmianę koszulę czy piżamę, a w szufladce swoje sztuczce ..takie coś. Nie było ograniczeń co do rzeczy osobistych ..ale niektórzy jak mieli tych butli naustawiane i na podłodze to tam mówili:- proszę to sprzątnąć, bo tak nie można , bo jak przyjdzie ordynator ...”

lat 78

a z drugiej skrzętne ukrywanie w celu zachowania anonimowości czy wręcz separowanie się od przestrzeni szpitalnej:

„... ja miałam we walizce- nie uznaję szafki szpitalnej, wszystko co moje było w mojej walizce, która znajdowała się pod łóżkiem. Szafka pozostała pusta, stała na niej tylko woda mineralna i leżał mój telefon”

lat 32

„... starałam się jak jakieś picie miałam to w szafce położyć aby nie wyglądało tak... na przykład ręczniki rozwieszali czy coś ja tam starałam się zawsze, żeby ułożyć – zresztą ręczniki i poranniki mogłyśmy sobie zawieszać przy lustrze nad umywalką”

lat 69

Każda ze wspomnianych tendencji stanowiła prawdopodobnie sposób na wyrażanie własnej osobowości, była własnym sposobem radzenia sobie przez pacjentów, ich wypracowanymi nowymi sposobami na zaspakajanie potrzeb czy utrzymania porządku rozumianego wedle własnej logiki. „Reżimy podtrzymujące” wytwarzane przez pacjentów w sposób bezrefleksyjny pozwalały im niewątpliwie utrzymać przekonanie o stabilności i przewidywalności nadchodzącego jutra. Utrzymywanie obiektów materialnych w gotowości pozwalało na zaspokajanie potrzeb jak również przywracało poczucie bezpieczeństwa. Elastyczność „reżimów podtrzymujących” przejawiała się w magazynowaniu i ciągłym uzupełnianiu z pomocą odwiedzających bliskich zasobów niezbędnych do codziennego życia. Pacjenci, którzy przez dłuższy czas hospitalizacji byli unieruchomieni w łóżku z wielką przykrością wspominają ten okres jako sytuację niezwykle upokarzającą, pozbawiającą poczucia sprawczości w odniesieniu do obiektów materialnych wypełniających zajmowaną przestrzeń a co za tym idzie osłabiającą poczucie autonomii:

„... jak to jest okropnie, bo to się leży, ani to usiąść ani to wstać a to tak przykre jest wciąż wolać o coś..”

lat 76

„ Jedzenie podawała mi pielęgniarka czy salowa, nie wiem nawet..raczej salowa. Przyniosła mi na talerzyku pokrojony chleb i kubek z herbatą albo kawą zbożową i postawiła na tę szafkę co miałem przy łóżku i zawsze mi to przesuwali tak daleko, do tyłu.. a ja miałem z tej strony podniesioną drabinkę, stolik był niższy i nie mogłem ręką sięgnąć. No to mówiłem im za każdym razem aby nie odsuwały mi stolika ale jak przychodziła inna zmiana to robiły to samo –znowu odsuwały go. Sąsiad z pokoju mi pomagał, bo on był chodzący - szafkę mi przystawił zawsze, kule mi podawał, bo one zawsze gdzieś tam rzuciły je do kąta.”

Janusz lat 78

1.2. Bolesne zderzenie z nową rzeczywistością

Nie bez znaczenia dla poczucia tożsamości dla pacjentów jest również odmienny, narzucony przez panujący w szpitalu rytm codziennego dnia. Pory posiłków, pora snu oraz czas wolny pomiędzy zabiegami czy badaniami nie mają nic wspólnego z posiadanymi w życiu poza szpitalem przyzwyczajeniami pacjentów stąd liczne wypowiedzi o uciążliwościach związanych z dostosowaniem się:

„... najgorsze było zawsze rano to budzenie o piątej, żeby tylko zmierzyć temperaturę otwierają drzwi zapalą wszystkie górne światła aż dostaniesz światłem po oczach i nie szło już zasnąć, bo był taki hałas na oddziale, stuki, wózki jeździły piszczące i trzaskanie drzwiami.”

lat 53

„... w szpitalu wszystko poukładane jest według godzin, właściwie tylko do tego się przyzwyczajałam...”

lat 34

*„... no więc trochę za wcześnie budzili .. to jest fakt, człowiek był taki osłabiony, zaspany
a tu trzeba było już...”*

lat 69

„...chrapanie było okropne i ten zwyczaj, że o godzinie piątej te siostry już budzą nas pacjentów. Jeżeli więc przyjmujemy, że towarzystwo odchodzi od telewizora o godzinie jedenastej, o dwunastej robi się cisza a o pierwszej słychać chrapanie jak ktoś nie może spać o piątej jest pobudka – nie ma spania,... akustycznie ciągle się coś dzieje, pikanie tych urządzeń jednostajne, tych elementów monitorowania, alerty akustyczne odłącza się tam jakaś dioda i włącza się alarm ... non stop tak jest. Momenty ciszy ..są ...nie ma ich. Trzeba się pogodzić z tym, że to nie jest miejsce, gdzie pacjent się wyśpi- wyśpi się w domu.”

lat 53

„... patrzyłem co chwilę na zegarek, na godzinę i myliły mi się pory posiłków.”

Janusz lat 78

W szpitalu ma bowiem miejsce zderzenie się dwóch modeli funkcjonowania - modelu medycznego nastawionego na na szybką interwencję i efektywność oraz modelu funkcjonowania pacjentów nastawionych na „życie w powolnym ruchu”.

Szpital nosi cechy instytucji totalnej, w której jednocześnie funkcjonują różne światy społeczne – świat personelu medycznego i świat pacjentów. Osobowość pacjenta niejako podwładnego instytucji szpitala podlega stopniowej degradacji nie tylko poprzez odcięcie jego więzi ze środowiskiem, konieczność zawieszenia własnych planów zawodowych czy rodzinnych ale także poprzez wymuszanie by wiódł codzienne życie tak jakby nie był sobą.

1.3. Gdzie się podziały dobre maniery?

Niezwykle istotną kwestią dla zachowania tożsamości jest sposób w jaki personel szpitala zwraca się do pacjentów. Nierzadkie przypadki zwracania się do

pacjentów w formie bezosobowej czy wręcz per „ty” wzbudzały poczucie niższości oraz napawały lękiem:

„...na początku jak miałam kroplówki, to dzwoniłam a potem jak dostałam reprimendę, że mogę sama chodzić, to już więcej nie dzwoniłam. Kroplówkę sama sobie przelączałam. Powiedziano mi -może iść!”

lat 53

„...o wszystko się trzeba było prosić, bo byłem leżący, unieruchomiony. Dzwoniłem ale trzeba było czasem dwa razy dzwonić żeby przyszła i jak przyszła to pyta się mnie: „co chce?” „Ja tego nie pamiętam ale córka mi mówiła, że jak jednego dnia do mnie przyszła a salowa mnie karmiła i jej nie widziała to podobno zwracała się do mnie na „ty”: - chcesz jeszcze?”

lat 78

” ...biedny był taki facet co nie mógł wstawać , krew mu przetaczali i o wszystko musiał prosić . Jak przychodziły te pielęgniarki jak on po nie dzwonił to pytały: Co tam potrzeba?- takie wejścia mają ironiczne.”

lat 63

1.4. Odrobina wolności

Cechą mogącą świadczyć o totalnym charakterze instytucji szpitala jest także ograniczenie ruchliwości osiągane poprzez wprowadzenie zakazu poruszania się poza przestrzeń oddziału szpitalnego. Zauważyć jednakże można, że powyższy zakaz podyktowany niewątpliwie bezpieczeństwem pacjentów nie jest szczególnie restrykcyjnie przestrzegany, gdyż dopuszcza się aby pacjenci zdolni do ruchu przemieszczali się po terenie szpitala po uprzednim poinformowaniu personelu. Dowodem czego są następujące wypowiedzi respondentów:

„Mogłem opuszczać oddział a że jestem byłym pracownikiem pogotowia to chodziłem do swej dawnej firmy z tym, że musiałem poinformować pielęgniarki o tym..”

Bolesław lat 78

„...raz wyszłam przed szpital na ławkę i nie przyszłam na godzinę wydania obiadu, więc po powrocie zjadłam zimny. Przy kolacji salowa trochę pomarudziła z tego powodu ale raczej z troski”

lat 34

„...mogłam, bo ja mogłam chodzić ale raczej powiedziałam pielęgniarce, ponieważ one zapowiedziały, że w razie czego powiedzieć, bo potem się denerwują, gdzie jest pacjent .. tak do kaplicy chodziłam”

lat 69

„Oddział mogłem opuszczać powiadomiwszy pielęgniarki, które były bardzo mile, cierpliwe, nie opryskliwe...”

lat 53

„Jeden pan uciekł ze szpitala, znaleziono go w kawiarence na dole, był ubrany w dres, zainteresowała się nim jakaś pielęgniarka, namówiła go aby pozostał i nie wyciągnięto konsekwencji za ten wybryk.”

lat 32

1.5. Niewiedza źródłem lęku

Jeśli chodzi o kontrolę środków rozumianych jako kontrola informacji zarówno tych dotyczących pacjentów jak i samej instytucji szpitala jest ona stosowana często i co ważne wprowadza w świadomości pacjentów poczucie dezorientacji, zagubienia czy wręcz lęku. Począwszy od niedoinformowania pacjentów w sprawach związanych z dostępnością personelu medycznego – zwłaszcza tego wyższego a skończywszy na lukach w informacjach dotyczących przebiegu samego leczenia bywa praktyką powszechnie stosowaną niekomfortowo wpływającą na chorych. W wywiadach badani przytaczali takie sytuacje oraz opowiadali o swoich odczuciach:

„ ...o zwyczajach na oddziale? –nikt mnie nie informował..ci co byli ze mną przyjęci też nie wiedzieli dopiero w trakcie chyba, że osoba która leżała jakiś czas wiedziała najwięcej jak to wygląda , kiedy będzie wizyta.”

„Informowano mnie na bieżąco..do ginekologa z marszu mnie wzięto a pewnie, że chciałabym wiedzieć o tym wcześniej. Była taka sytuacja..t aka babka usłyszała zaskoczona –„pani ta i ta do ginekologa!”...a ona nie miała pojęcia dlaczego i co się dzieje.”

lat 53

„ ... przyjechała Danka (żona)- ja leżę , podeszła do lekarza , który mnie ten drugi raz operował i pyta się go :„Panie doktorze co z mężem?”- on tak się obrócił „oddycha?- oddycha! – żyje! - to dobrze jest...”

lat 64

„ ...lekarz przyszedł jak na obchodzie był... powiedział mi co jest a pielęgniarki jak podawały mi tabletki albo robiły zastrzyki to jak je pytałem to nie powiedziały mi co podają.”,

lat 78

„ nie... nie byłam poinformowana o przebiegu przyjęcia na oddział, dopiero na drugi dzień powiedział mi ordynator ale tylko dlatego, że go o wszystko wypytywałam. Wiedzę na temat planowanych wobec mnie zabiegów posiadałam, ponieważ o wszystko wypytałam lekarza gdyby nie to, pewnie nie wiedziałabym, jaki będzie przebieg operacji i dalszego leczenia, w tym rehabilitacji”

lat 34

„ ...szczerze mówiąc troszkę pewnie tak, bo tak nikt właściwie nie mówi do końca jaki jest rozkład dnia, trzeba się dopytywać tych, którzy mają dłuższy staż choćby parę dni tam leżą, takie drobiazgi, o której jest kolacja..nie nikt nie przekazał, to jest nauka, trzeba kogoś zapytać, kto jest choćby dobę dłużej albo też po prostu trzeba się dopytać tego personelu.”

█ lat 53

1.6. Obchodzenie reguł

Wśród badanych pacjentów miały miejsce różne sposoby adaptacji do nowych warunków codziennego życia – jedni podporządkowywali się wszelkim obowiązującym zasadom odgrywając niejako rolę idealnych pacjentów inni natomiast przeciwstawiali się wymogom szpitalnym łamiąc regulamin i wykorzystując każdą możliwą sytuację na stworzenie sobie namiastki własnego życia. W opowieściach respondentów pojawiają się przede wszystkim fakty mówiące o paleniu tytoniu w obrębie szpitala a także różne przykłady niestosowania się do zaleceń lekarskich ze szkodą dla własnego zdrowia. Przy czym zauważyć można, że formy owego buntu odznaczały się różnym stopniem zaangażowania i pomysłowości ze strony pacjentów:

„...inni pacjenci lekcewazyli ten zakaz, chodzili do łazienki otwierali okno i palili. Byłam świadkiem ostrej sytuacji, kiedy pani ordynator wyzwała pacjenta, że chodzi a powinien leżeć plackiem.”

█ lat 34

„Ubierałyśmy się w poranniki i na dół.... wychodziłyśmy na zewnątrz palić. Niektórzy próbowali palić w ubikacjach ale oddziałowa za to ganila. Pierwszy dzień po operacji nie byłam w stanie zejść na dół a tak mi się chciało palić więc zapaliłam w ubikacji.”

█ lat 28

„...ci co palili chodzili do łazienki tam było potem jak w kominie...”

Bolesław lat 78

„ Zasady były takie, że nie wolno było palić. Na przykład mój sąsiad schodził gdzieś na dół i tam sobie popalał, bo nie chciał tego robić w naszej ubikacji raz tylko zapalił w niej a ja pilnowałam czy ktoś z personelu nie idzie. On miał też taki specjalny dezodorant, którym potem popsikał aby nie było czuć.”

█ lat 76

„ .. owszem tak, były takie osoby, jedną przywieźli i miała wysoki cukier i to bardzo.. , potem się przyznała, że ona była z tego znana..nie była na moim pokoju ale przyszła i opowiadała i ja nie wiedząc, że ona ma ten wysoki cukier poczęstowałam ją ciastkiem. Ja wtedy nie miałam apetytu i nie zjadłam chleba a ona mówi: -„jestem taka głodna!”, - „proszę niech Pani zje! .. a potem się dowiedziałam, że wpadła pielęgniarka i krzyczała : - „czemu pani je?!”- nie

wolno Pani jeść!”. Ona przecież wiedziała, potem biegła też za papierosami, chodziła do innych pokojach i tam się słodczy najadła. Tu ją ktoś poczęstował, to tam... ja sama jej dałam nie wiedząc o tym..Potem ta pielęgniarka nam też powiedziała:” nie dawajcie jej, bo ona nie powinna jeść.”

lat 69

„Byłam świadkiem ostrej sytuacji kiedy pani ordynator wyzwała pacjenta, że chodzi a powinien leżeć plackiem.”

lat 32

W wypowiedziach respondentów dotyczących łamania zakazu palenia tytoniu zwrócić można uwagę na tolerowanie tego rodzaju uzależnienia przez personel, który najwidoczniej również jest w niego uwikłany:

„ Palenie papierosów oczywiście ...w toaletach było tam to zbyt trudne natomiast nie jest żadnym problemem dla palaczy wyjść, udać się na jakieś klatki schodowe, jakieś boczne drzwi ...no one były obklejone palaczami .Co ciekawe to ta solidarność tych palaczy chyba jest dość duża, bo w tych miejscach, gdzie się paliło stali zarówno okitlowani w tych charakterystycznych chodakach czy drewniakach lekarze jak i pacjenci.”

lat 53

„Wiem, że inni pacjenci, szczególnie unieruchomieni w łóżkach palili papierosy w sali, a później wietrzyli pokój. Pielęgniarki wiedziały o tym, ale ponieważ ci pacjenci nie przesadzali z ilością papierosów przymykały oko.”

lat 34

Przejawami sekretnej życia instytucji szpitala są również okazje do wspólnej zabawy i żartów często kosztem spokoju innych pacjentów oraz swoistego rodzaju handel usługami lub dobrami. Troje z respondentów przedstawiło przykłady takich sytuacji:

„ W tym szpitalu można dostać wszystko! Jedzenie jest paskudne więc można zamówić lepsze, dowolnie dobre, Pizę na telefon, przez salowe, przez sprzątaczy, przez serwisantów technicznych, wódeczka, piwko do meczu tylko... bardzo dobre zaopatrzenie, to jest tak jak we więzieniu, rozglądając się za saszetką marychy czy odrobiną seksu też by się znalazło..na prawdę byłem zdziwiony jak to działa – drugi obiekt gospodarczy!”

lat 53

„...innego dnia znowu mężczyźni zrobili sobie tam bibę, w tym miejscu i hałas mnie drażnił. Wyjeżdżali już więc się żegnali i musieli sobie chyba po jednym wypić ...tak przypuszczam , nie wiem na pewno, bo nie widziałem”

lat 78

„ Był ze mną na pokoju facet co miał zakrzepicę w nodze i brał jakieś tabletki, po których musiał dużo sikać ale że nie chodził to załatwiał się w kaczory po cztery a nawet pięć dziennie więc przyszli założyć mu cewnik. Przyszły pielęgniarki

a on... no rzeczywiście miał ogromnego członka i w tą dziurkę mu wkładają jeden cewnik –nie pasuje, drugi nie pasuje, trzeci nic... poszły po lekarza. Przyszła Pani doktor i mówi: „ ten największy cewnik!” .Przynieśli ten największy, włożyła go i jak siknął to jej na twarz!.Wszyscy ryknęliśmy śmiechem a one były wściekle.”

lat 64

„Obok w pokoju miałam takie dwie kobiety, które przyjechały chyba jedna z Kościana a druga z Gostynia, które kombinowały ..co je wyrzucono z łazienki jak paliły to wracały z powrotem, ciągle coś przemycały a to papierosy a to coś słodkiego przyniesionego im z domu, chowały je pod materac albo pod poduszkę, upychały w kieszenie od porannika”.

„...napalałyśmy się na piłkarza, którego przyjęto na oddział, prosto z meczu , w tych porteczkach i kolanówkach. Łaziłyśmy ciągle po korytarzu aby go zobaczyć bo został umieszczony w pomieszczeniu naprzeciwko dyżurki pielęgniarskiej więc spacerowałyśmy sobie... a był przystojny!”

lat 28

Z przedstawionych przez badanych wypowiedzi wynika, że pacjenci za wszelką cenę próbują kreować nową rzeczywistość szpitala odmienną od tej oficjalnej. Zakulisowe oblicze szpitala bywa za sprawą pacjentów pełne zaskakujących sytuacji będących niewątpliwie przejawami walki o zachowanie własnej tożsamości.

2. Przestrzeń szpitala i jej wpływ na życie codzienne pacjentów

Przestrzeń szpitala w relacjach respondentów jawi się przeważnie jako miejsce ubogie, obskurne i nieprzyjazne co pozostaje nie bez znaczenia dla samopoczucia pacjentów:

„...czułem się jak na jakiejś bezludnej wyspie, nie wiedziałem do kogo mam się zwrócić, puste ściany.. brudne ściany bez żadnego obrazka, bez radia, telewizora..i człowiek tak tylko patrzył w sufit.. i to mnie dobijało.”

lat 78

W publicznych szpitalach w dalszym ciągu dominują wnętrza ubogie w kolorystykę i pozbawione elementów dekoracyjnych. Standaryzacja szpitalnej architektury negatywnie wpływa na pacjentów wprowadzając odczucie obojętności. Jednakże coraz częściej tendencja ta ulega zmianom co zostało zauważone przez respondentów:

„Ten szpital przy Długiej jest scenograficznie tak urządzony, że ma taki korytarz, z którego wychodzi się bezpośrednio na taką klubową salę, ładną nawet, gdzie są stoliki, gdzie kawy się można napić, można tam w miarę normalnie przyjmować odwiedzających a nawet siedzieć i czytać książkę ...”

lat 53

Kwestią często poruszaną przez pacjentów jest właśnie miejsce spotkań z odwiedzającymi. Okazuje się bowiem, że z powodu braku przyjaznych miejsc do tego celu przeznaczonych odwiedziny najczęściej odbywają się bezpośrednio w pokojach. Tymczasem sytuacja taka nie zawsze jest komfortowa dla pozostałych, sąsiadujących z odwiedzanym pacjentów czemu dowodzą następujące wypowiedzi:

„Odwiedzały mnie dzieci ale ja mogłam wstać to żeśmy szli na taki hol i przy stoliczku żeśmy sobie siedzieli i można było sobie swobodnie rozmawiać, nikt nie słucha. Jak chora ,która nie mogła wstać to tak - odwiedzający wchodzili do pokoju, to było faktycznie męczące , bo się człowiek czuł tak, że nadśłuchuje rozmowy innych ..byli dość kulturalni ale niezbyt to było mile.”

lat 69

„Jak byłam po tym pierwszym zabiegu, po migdałach to odwiedziny były akurat u wszystkich z pokoju i jak moi rodzice już pojechali to ja dopiero zaczęłam czuć ból, przestało działać znieczulenie. W pokoju było pełno obcych ludzi, siedzieli i siedzieli, gapili się na mnie to było męczące ..ten hałas a ja czułam się okropnie i cały czas tylko myślałam kiedy oni sobie wreszcie pójdą...”

lat 18

„Był jeden dzień taki, że tyle ludzi się zeszło do pokoju, bo do każdej osoby przyjechała cała rodzina nawet po 5-6 osób, to nie było na czym siedzieć...”

lat 53

Najbardziej dotkliwie odczuła specyficzny charakter przestrzeni respondentka, która przebywała na oddziale intensywnej terapii, w tym jednak przypadku trudno byłoby postulować o wprowadzenie zmian:

„ ..to tam trzech mężczyzn było i trzy kobiety, tam tak było bez drzwi, zawsze otwarte , dużo aparatury, intensywna opieka ... jest na biało, każdy leżał tak nogami do siebie, że mogliśmy na siebie patrzeć. Ta cała ściana jest przeszklona i tam siedziała zawsze pielęgniarka, która miała dyżur i wtedy widziała co się dzieje.”

lat 76

Badani najczęściej postulowali o wyposażenie wszystkich pokoi w łazienki jako najistotniejszego dla nich z elementów przestrzeni szpitalnej. Łazienka wyłącznie do dyspozycji pacjentów danego pokoju pozwala bowiem na szybkie usamodzielnienie się w kwestii utrzymywania higieny osobistej z jednoczesnym zachowaniem możliwie dużej intymności. Respondenci oczekiwali również aby łazienki wyposażone były w pomocne uchwyty i podpórki tymczasem napotykali na liczne bariery architektoniczne:

„W łazience koniecznie krzesło, bo uchwyty były ale jak człowiek jest słaby i idzie pod prysznic powinno być tam takie krzesło plastikowe.”

lat 78

„W łazience za nisko była ubikacja, nie było żadnego krzesła pod prysznicem. Jak chodziłem z takim balkonikiem to nie mogłem się zmieścić w drzwiach do łazienki więc zmuszony byłem korzystać z innej toalety, takiej wspólnej...”

lat 78

Z wypowiedzi respondentów, którzy poddawani byli poważnym operacjom wywnioskować można, że szpitale zwiększają swoją przepustowość skracając czas leczenia, a mimo to nadal borykają się z problemem zbyt małej liczby łóżek. Sytuacja ta powoduje dyskomfort pacjentów zmuszonych leżeć na korytarzach szpitalnych i potęguje poczucie przedmiotowości. Przykładem są relacje pacjentów szpitala klinicznego:

„...dla tych profesorów i doktorów pacjent to się właściwie nie liczy... takie jest moje zdanie. Jak leżałem na tym korytarzu trzech profesorów rozmawiało przy mnie o mnie i żaden nawet na mnie nie spojrzał...”

lat 64

„Czas jakiś siedziałem sobie na korytarzu, na tym oddziale czekając na przygotowanie łóżka, czysto techniczna historia..tak ruch jest dość duży i ten oddział kardiochirurgiczny jest przepelniony, w związku z tym jakby przejmowanie tych pacjentów odbywa się na bieżąco, siostry po poprzednim, wypisywanym pacjentce przygotowywały łóżko.”

lat 53

Wspomniana sytuacja sprawia, że szpitale zdają się upodabniać do dobrze prosperujących fabryk, w których materiałem poddawany obróbce jest ludzkie ciało a lekarze inżynierami.

Rozplanowanie przestrzeni oddziałów szpitalnych wydaje się nie ułatwiać orientacji w niej. Rozoznanie się w lokalizacji pokoi personelu medycznego, głównie lekarzy wymaga od pacjentów sporego zaangażowania. O ile miejsce dyżurujących pielęgniarek rozpoznawane jest przez pacjentów natychmiastowo poprzez swoją otwartą formę to odnalezienie pokoju lekarza przy braku doinformowania staje się już problemem. Świadczą o tym powyższe stwierdzenia pacjentów:

„Pokój dyżurującej pielęgniarki wiedziałam gdzie jest, bo to widać zaraz przy wejściu, bo jest na holu i otwarty ale innych pokoi lekarza nie wiedziałam...”

lat 53

„... tak ona była niewielka zresztą, natomiast też jest pewnie prawdą to, że te przestrzenie lekarzy, pielęgniarek trzeba pewnego tupetu, czy pewnej odwagi aby je szturmować.. to nie są drzwi otwarte. Jak ktoś jest osobą starszą, nie z Poznania to jest istotne, z prowincji przecież tam ludzie... z bardzo różnych miejsc byli, ludzie pewnie gorzej wykształceni, trzeba bezczelności, takie przebojowości żeby nie powiedzieć tupetu i ktoś kto jest tego pozbawiony, bo się czuje gorszy, nie wiem starszy, z jakiejś wiochy zapadłej no to pewnie ma gorzej...”

lat 53

W przestrzeni szpitalnej nie brakuje miejsc, w których pacjenci mogą przygotować sobie coś do picia czy jedzenia. Są to zazwyczaj niskonakładowe rozwiązania jak kącik z czajnikiem elektrycznym, ewentualnie możliwość przechowania żywności w szpitalnej lodówce po wcześniejszym podpisaniu nazwiskiem jednakże pacjenci doceniają takie udogodnienia. Zauważyć należy również, że pojawiają się także nowe pomysły na wykorzystanie przestrzeni szpitalnej czego przykładem jest opowieść jednego z respondentów:

„ Czajnik jest na miejscu a kiedyś trzeba było iść do dyżurki i prosić o wodę. Na każdym oddziale jest taki stojak, regał , ludzie dali książki i można tę książkę sobie wziąć, przeczytać i nawet nie oddać jej tam , na ten sam regał –taka „ruchoma biblioteka” fajna rzecz..”

lat 63

Przebywanie w przestrzeni szpitala wymusza na pacjencie pozostawanie przez cały czas w obecności innych, czy to współlokatorów z pokoju, czy też innych pacjentów oraz personelu wykonującego codzienne obowiązki. Sytuacja taka często staje się dla pacjentów uciążliwa zwłaszcza jeśli przestrzeń znajduje zbyt szerokie wykorzystanie. Korytarze oddziałów szpitalnych stanowią bowiem zarówno szlaki komunikacyjne dla personelu medycznego, wszelkiego rodzaju obsługi technicznej, pacjentów jak i służą często jako miejsce spotkań z odwiedzającymi. Puste ściany, ograniczona do minimum liczba mebli wpływa na nasilenie się akustyki pomieszczeń graniczącej do wrażenia nieprzerwanego hałasu. Z uwagi na panujący hałas pacjenci uskarżają się na brak warunków do wypoczynku tak ważnego dla szybkiego powrotu do zdrowia:

„...nie szło już zasnąć, bo był taki hałas na oddziale, stuki, wózki jeździły piszczące i trzaskanie drzwiami.”

lat 53

„...hałas panujący na oddziale oraz trudność przypadków, które były... irytował mnie dźwięk wózka, którym rozwożono jedzenie.”

lat 32

„Denerwowało mnie to, że była już jedenasta godzina a te kobiety, które chodziły to dopiero zaczynały rozmawiać, czy nawet się klócić nie wiem ale prowadziły głośno rozmowy a jedna regularnie przychodziła na koniec korytarza, obok mego pokoju, siadała tam i głośno, godzinami gadała przez telefon.”

lat 78

„...akustycznie ciągle się coś dzieje, pikanie tych urządzeń jednostajne, tych elementów monitorowania, alerty akustyczne odłącza się tam jakaś dioda i włącza się alarm ... non stop tak jest. Momenty ciszy ..są ...nie ma ich. Trzeba się pogodzić z tym, że to nie jest miejsce , gdzie pacjent się wyśpi- wyśpi się w domu.”

lat 53

Dochodzące dźwięki często potęgują u pacjentów strach stanowiąc źródło domysłów i bardziej lub mniej trafnych wyobrażeń na temat mających miejsce zdarzeń:

„...z odgłosów można się było domyślić, że był zgon, personel biegł jak oszalały. Słyszałyśmy jak jechał ten metalowy wózek...”

lat 32

„...było słyszeć bieganinę, płacz i lament rodziny więc domyślałam się. Na drugi dzień dowiedziałam się, że zmarła 37 letnia kobieta i stąd był ten hałas.”

lat 53

3. Personel medyczny w relacjach z pacjentami

Szpitala, których pacjentami byli respondenci wyraźnie reprezentują model klasyczny opieki medycznej. We wspomnianym modelu istnieje nastawienie na leczenie chorób o ostrym przebiegu, po którym pacjent mógłby ponownie prowadzić normalne życie. Konsekwencjami takiego podejścia jest skracanie czasu pobytu w szpitalu oraz epizodyczny charakter kontaktu personelu z pacjentami, ograniczony do niezbędných zabiegów.

W stosunkach pomiędzy personelem widoczna jest panująca hierarchia służbowa co obrazuje następująca wypowiedź byłego pacjenta oddziału chorób wewnętrznych:

„ Relacja lekarza prowadzącego do szefa oddziału aż byłem zdziwiony tym, jak relacjonował od samego początku jak byłem przyjęty do szpitala , wszystko po kolei przy pacjencie – jak tak to rozumiem, że on mu relację zdawał a ten tylko słuchał i sprawdzał, czy te leki czy wszystko było prawidłowo.”

lat 63

Jak również stwierdzenie niesprawnego pacjenta w zaawansowanym wieku:

„Przed obchodem lekarskim to nową pościel dostawałem i pampersa nowego, wszystko...”

lat 78

Analizując zebrany materiał badawczy szczególnie istotną kwestią zdaje się być problem z komunikowaniem się pacjentów z lekarzami. Z opowieści respondentów wywnioskować można, że był to stosunek asymetryczny, w którym lekarze jako eksperci w swej dziedzinie, osoby o wysokim prestiżu społecznym przyjmowali pozycję dominującą co w podejściu funkcjonalnym określane jest

stosunkiem profesjonalistów do laików. Badani przyznawali, że nie rozumieli tego co przekazywał im lekarz prowadzący na temat ich stanu zdrowia z powodu posługiwania się niezrozumiałym dla nich, specjalistycznym językiem. Co istotne podejrzewać można, że onieśmieleni pacjenci nie prosili nawet o wyjaśnienie niezrozumiałych wątków rozmowy lecz woleli zdać się w tej kwestii na członków rodziny. Brak elastyczności lekarzy w podejściu do pacjentów przejawiający się niedostosowaniem słownictwa do wieku, posiadanej wiedzy czy odmienności kulturowej środowiska z jakiego się wywodzili prawdopodobnie spowodowany jest odmienną perspektywą oglądu sytuacji oraz skupieniem zainteresowania wyłącznie na problemach czysto medycznych i organicznych. Przedstawiony problem znajduje potwierdzenie w następujących stwierdzeniach:

„...bo ja mam bardzo małe, skąpe wiadomości o medycynie tak, że mogę w niektórej sytuacji nie zrozumieć albo nie zapamiętać tego co mówi lekarz a nawet nie wiem co się dopytać..wolę więc aby ktoś z rodziny był przy tym albo wyręczył mnie z tej rozmowy z lekarzem.”

lat 76

„...nagminnie trzeba mieć śmiałość aby powiedzieć: „ Panie doktorze czyli ?...co to oznacza?” – dopytać. Jeden ma śmiałość, drugi stara się zapamiętać te nazwy aby doskoczyć do Internetu aby sprawdzić co to jest...”

lat 53

„...tak były takie sytuacje, że nie rozumiałam ale pytałam go wprost i prosiłam aby mówił do mnie prosto, bo nie jestem specjalistą w tej dziedzinie.”

lat 32

Jak również w propozycjach pacjentów co do wprowadzenia zmian:

„ Lekarze powinni z większym szacunkiem odnosić się do pacjentów, rozumiejąc, że oni nie mają ich wiedzy, zwłaszcza co do dalszego postępowania z leczeniem. Powinni też bardziej szanować pielęgniarki.”

lat 34

Sformalizowany charakter instytucji szpitala, nadrzędna pozycja lekarzy nad personelem medycznym, która przejawia się w bezwzględnym posłuszeństwie w wykonywaniu poleceń sprawia, że może dochodzić do silnego utożsamiania się z przypisaną rolą i poczuciem władzy. Pomocne w tym względzie zdają się być biały czy też zielony fartuch noszony niczym insygnia władzy i budząc respekt. Natomiast wraz z momentem wejścia w rolę pacjenta niejako automatycznie towarzyszą temu procesowi określone negatywne odczucia o czym wspomina jedna z respondentek - pielęgniarka w przeszłości zatrudniona w tym samym szpitalu, w którym znalazła się w charakterze pacjentki:

„...no po tej stronie dobrze się nie czułam-inaczej się czujesz w roli pracownika szpitala.”

lat 53

Relacja lekarz – pacjent oparta jest na konflikcie interesów. Priorytetem dla lekarza jest przede wszystkim efektywność wykonywanych zabiegów i szybkość podejmowanych interwencji. Natomiast pacjent oczekuje zazwyczaj empatii i pomocy w przedefiniowaniu nowej rzeczywistości w jakiej się znalazł za sprawą choroby. Pobyt w szpitalu wiąże się dla niego często z koniecznością rozpoczęcia wyczerpanej pracy nad wypracowywaniem reżimów zdrowotnych oraz jawi się jako ograniczone obszary znaczeń w rzeczywistości podstawowej. Oczekiwałby zatem pomocy w podejmowanych trudach w przełożeniu niecodziennego doświadczenia za pomocą języka potocznego na chwilowo zawieszoną ale nadal nadrzędną rzeczywistość podstawową. Brak zainteresowania lekarzy interpersonalnymi aspektami swej pracy niewątpliwie stanowi źródło napięć w relacjach z pacjentami. Pacjenci uzyskując skąpe lub niezrozumiałe informacje od lekarza snują często domysły co do faktycznego stanu swego zdrowia. Bacznie obserwują gesty i mimikę twarzy lekarza próbując wyczytać z pozawerbalnych sygnałów czy coś jest skrywane.

Przykładem wspomnianych problemów w komunikacji z personelem są pełne rozważania opowieści respondentek:

„ Bóle nie ustały, nie było jasno postawionej diagnozy- byłam bardzo rozgoryczona, bo mój lekarz prowadzący wyjeżdżał na wakacje w tym dniu i wypisał mnie ze szpitala dając mi skierowanie jako pilne a nawet bardzo pilne do neurochirurga nie wyjaśniając dlaczego... dopiero jak zapytałam przyznał, że nie jest pewien diagnozy. Wyszło na to, że zdiagnozowana nie byłam i leżałam na bzdurę- migrenowe bóle głowy. ”

lat 32

„ ...od lekarza prowadzącego i tylko jak zapytałam..jak pytałam o wyniki badań to tylko zdawkowo mi odpowiadał ..za wiele się nie dowiedziałam od niego. Wychodząc do domu już z nim nie rozmawiałam, bo już go nie było ...bo ja byłam na dializie jak wróciłam to na łóżku leżał wypis, zwolnienie z pracy i ja już go nie widziałam, z nikim nie rozmawiałam ”

lat 53

Lekarze nie czują się predysponowani do zajmowania się psychologicznymi czy społecznymi problemami pacjentów tymczasem nierzadko to właśnie do nich jako pierwszych należy przekazanie informacji o rokowaniach zdrowotnych mających przełomowe znaczenie dla dalszego życia pacjenta.

W przypadku średniego personelu medycznego, którego kontakt z pacjentami jest znacznie częstszy z uwagi na wykonywanie przy chorych czynności związanych z leczeniem również można zauważyć napięcia i różnice interesów. Pielęgniarki skupiają się na wypełnianiu powierzonych przez lekarzy obowiązków oczekując od pacjentów współpracy w tym względzie. W związku z czym wszelkie nietypowe sytuacje czy utrudnienia w wykonaniu na czas ściśle zaplanowanych czynności budzi w personelu nerwowe reakcje odbierane przez pacjentów jako przedmiotowe traktowanie czy brak szacunku. W większości przeprowadzonych z pacjentami wywiadów pojawiają się przykłady nagannego

zachowania personelu choć badani przyznają, że nie dotyczą one całego personelu:

„Takie dwie pielęgniarki były do niczego..ale taka jedna pielęgniarka, wspaniała , usiadła koło mnie , wzięła mnie za rękę i mówi: ”Panie [REDAKTOR]u niech się Pan nie przejmuje- ja mam dwójkę dzieci i męża i też jest ciężko... będzie pan żył, ma pan córkę jedną i drugą..wszystko będzie dobrze- ja ryczałem – ona była wspaniała.”, „była też taka starsza , też w porządku, przyszła, przytuliła „nie przejmuj się chłopie!”, „...w nocy te babcie jak krzyczały –siostro!, siostro! –te spały jak zabite”

[REDAKTOR] lat 64

„Był taki zespół pielęgniarek- to był taki zespół ludzi , którzy pracowali na kontraktach, one przychodzą i że tak powiem za pieniądze pracują –to całkiem inne podejście, bo te na etatach to robiły tak z łaski. Były takie zmiany personelu, że przychodziły do pacjenta z uśmiechem na twarzy, żartowały z nami.”

[REDAKTOR] lat 63

„Jak dwa razy zrobiłem to jak przyszły to zaczęły ciągnąć za tego pampersa, szarpały mnie, były brutalne... jedna pukała się palcem po głowie –pokazywała mi, że mam z głową.. nie wiem dlaczego, że nasikałem i nie wołałem?...a skąd miałem wiedzieć jak jest z tymi pampersami, nigdy nie myślałem, że przez pampersa tak przecieka..- znowu się zsikał!..gadały do siebie przy mnie. Jak zacząłem sam wychodzić do ubikacji traktowano mnie lepiej.”

[REDAKTOR] lat 78

„Jak przyjęto mnie na oddział o drugiej to do piątej w nocy leżałam unieruchomiona. Potem chodziłam z tym stojakiem i wszystkim podpiętym, bo nie doczekałabym się aż przyszedłby ktoś mnie odłączyć z wielką wściekłością”

[REDAKTOR] lat 53

W szpitalu funkcjonuje charakterystyczna dla instytucji totalnych zasada podziału na personel i podwładnych. Pacjenci będący podwładnymi przebywają przez cały czas na terenie szpitala i pozbawieni są możliwości pełnego kontaktowania się ze światem zewnętrznym.

W odmiennej sytuacji jest personel, który wykonuje na terenie instytucji pracę przez około osiem godzin na dobę i nadal zintegrowany jest ze światem zewnętrznym. Opowieści respondentów świadczą o sporym dystansie społecznym jaki dzieli te dwie grupy oraz o mającym miejsce wrogim ocenianiu się wzajemnie w oparciu o panujące stereotypy. Sytuację tę zauważa jeden z badanych pacjentów dzieląc się swymi przemyśleniami:

„Mam takie wrażenie, że problemem w tym szpitalu jest dużo agresji wnoszonej przez pacjentów..albo takich, którzy znaleźli się w szpitalu i uświadomili sobie, że są w roli klienta, który ma prawo wymagać. To przykro powiedzieć ale to są

często osoby, które poza szpitalem niestety mają bardzo niski status społeczny i bardzo niską siłę nabywczą i one nagle się znajdują w roli tego roszczeniowego pacjenta, kto nie powie inaczej o siostrach jak te kurwy, kto nie o tych lekarzach inaczej jak ci złodzieje, kto będzie psioczył ...i oni są trudni, trzeba dużej cierpliwości aby ugasić te roszczenia, te zachowania mające testować niesprawność tego systemu, odłącza się jakąś elektrodę albo kroplówkę i robi się eksperyment, kiedy siostra przyjdzie..”

lat 53

Pacjenci zgłaszali potrzebę zmian w relacjach z personelem co do jego dostępności jak również w sposobie odnoszenia się do pacjentów aw szczególności co do formy przekazywania informacji dotyczących procesu leczenia.

4. Relacje pomiędzy pacjentami

Na codzienność pacjenta szpitala ogromny wpływ mają nowi partnerzy relacji nie tylko ci wywodzący się z personelu ale również inni pacjenci. Najbardziej istotne są relacje w najbliższym otoczeniu pacjenta, którym jest pokój szpitalny. Dzielenie wspólnej przestrzeni wiąże się bowiem z koniecznością wchodzenia w relacje. Pacjent nie ma wpływu na to z kim będzie dzielić pokój dlatego partnerzy relacji są przypadkowi. Tym co niewątpliwie zbliża do siebie obce osoby i ułatwia nawiązanie wzajemnego kontaktu jest fakt znalezienia się w podobnej sytuacji życiowej. Wśród pacjentów panuje pewnego rodzaju solidarność czemu dowodzą liczne przykłady działań pomocowych. Respondenci relacjonując swój pobyt w szpitalu zawsze wspominają swoich „współtowarzyszy niedoli” jako najbliższe osoby służące w razie potrzeby pomocą. Pomoc ta może mieć najróżniejszą formę od drobnych czynności jak wezwanie personelu do pacjenta z sąsiedniego łóżka, podanie przedmiotów w przypadku kiedy inny pacjent jest unieruchomiony czy robienie zakupów dla sąsiada w szpitalnym sklepiku. Sytuacje te ilustrują następujące wspomnienia:

„Herbatę robiłam babci, przynosiłam jak trzeba było, chociaż one nie wymagały aż tak pomocy, ewentualnie podać coś, pokazać gdzie jest łazienka”

lat 53

„...ta dziewczyna, która leżała obok mnie w sytuacji jak omdlałam, źle się poczułam, że nawet nie byłam w stanie nadusić guzik to ona zawołała pielęgniarkę”

lat 32

„Wychodziłem do sklepiku sąsiadowi kupić gazety , bulkę..”

lat 63

„Był obok mnie w pokoju sąsiad, który był bardzo wesoły, niczym się nie przejmował, można z nim było porozmawiać. Nie pamiętam czy on był któryś raz w szpitalu w każdym razie jak ja odchodziłem on jeszcze został. Jak nie mogłem się ruszyć to on mi na przykład podał kubek z napojem”, „ za pierwszym razem jak nie wiedziałem na jaki guzik nacisnąć to on zadzwonił po personel do mnie.”

■ lat 76

Respondenci nie przytaczali żadnych przykładów występowania konfliktów ze współlokatorami - jak zauważył jeden z rozmówców:

„...to miejsce szczególne, każdy się stara nie iść w konflikt”

■ lat 53

Jednakże funkcjonowanie innych nie pozostawało obojętne dla pacjentów, gdyż opowiadając o uciążliwościach związanych z pobytem w szpitalu podawali liczne dowody na trudności z tym związane. Pacjenci, którzy byli sprawni lub z uwagi na wcześniej odbytą operację szybciej powracali do zdrowia przejawiali aktywność mogącą irytować pozostałych chorych znajdujących się w gorszej kondycji:

„...zmorą prawdziwą są telefony komórkowe, które dzwonią, rozmowy co nie daj Boże przygłuchych seniorów, którzy są w stanie mówić głośniejsze niż Gustaw Holoubek monolog Konrada i to jest rzecz pierwsza Druga... ta płatna telewizja, która też jest troszkę nieunormowana w rozumieniu reguł między nami pacjentami, z jednej strony no jasne, że jakoś to ustalone jest do której ten telewizor ma grać no ale z drugiej strony, no ja wiem..różnice w gustach, jednego denerwuje piłka nożna a drugiego „Bitwa na głosy”, nie ma tutaj dużej możliwości pewnie zadowolenia wszystkich, w związku z tym no jest to takie troszkę męczące...”

■ lat 53

„Trochę tak ..ci co dobrze się czuli a przeważnie to byli mężczyźni a tam był w narożniku telewizor na korytarzu i oni jak zrobili głośno to przecież ...jedenasta godzina a oni jeszcze głośno muzykę- to wtedy słyszałam , że pielęgniarka co miała dyżur to mówiła do nich, że jest cisza nocna o tej godzinie, do pokoi swoich i spać!”

■ lat 78

Dzielenie przestrzeni z pacjentem w ciężkim stanie również odbierane bywa jako sytuacja uciążliwa jednakże z innego powodu. Respondentka dzieląca pokój z osobą po udarze stresuje się niepoczytelnym zachowaniem sąsiada o czym wspomina ze współczuciem:

„...ten mężczyzna co dostał szoku chciał wstawać a to się człowiek tylko denerwuje, bo on ma leżeć i nie wolno mu nic a on... się podnosi, chce wstawać-to my , kto mógł dzwonił dzwonkiem..tak było i w dzień i w nocy... Jak się to wszystko widzi to się udziela i trudno wracać do zdrowia.. jak komuś było gorzej to potem już całą noc się nie śpi.”

lat 76

Sytuacja taka wpływa na pacjentów przygnębiająco i może sprawić, że zaniechają prób wchodzenia we wzajemne relacje, o czym wspomina pacjentka oddziału intensywnej terapii:

„...dużo osób nie chciało w ogóle rozmawiać i mnie się to udzieliło... mąż przyszedł to.... nic..siedział bo siedział ...taki człowiek przykuty do łóżka, jest okropna atmosfera.”

lat 76

Pomoc świadczona sobie wzajemnie przez pacjentów wykraczała często poza ramy zwykłych czynności technicznych i przybierała charakter wsparcia psychologicznego. Pacjenci byli dla siebie swoistą grupą wsparcia pocieszając się wzajemnie i wymieniając doświadczeniami. Możliwość pozostawania w relacjach z innymi okazuje się najistotniejszym z elementów życia codziennego pacjenta. Pacjenci, którzy w najtrudniejszych momentach pobytu w szpitalu pozbawieni byli możliwości kontaktu z innymi wykazywali znacznie gorsze samopoczucie. Jedna z respondentek w dniu, w którym poinformowana została przez lekarza, że do końca życia będzie musiała być poddawana dializom przebywała w pokoju sama o czym wspomina w następujący sposób:

„...brakowało kogoś, w ogóle kogoś brakowało, bo byłam sama zamknięta w tym pokoju, w czterech ścianach, nawet nie było z kim porozmawiać..”

lat 53

W przypadku starszego pacjenta to pierwszy dzień pobytu w szpitalu jest wspominany jako najtrudniejszy co tłumaczy w następujący sposób:

” W tę pierwszą noc byłem w pokoju sam i dlatego było tak źle...”

lat 78

Ten sam pacjent podsumowując swój pobyt w szpitalu wyznaje:

„ Nie uważam, żeby w szpitalu było fajnie, może są szpitale, gdzie jest fajnie ale najgorzej jest jak nie można chodzić a i najważniejsze jest z kim się jest w pokoju”

lat 78

Okazywanie sobie wzajemnej troski przez pacjentów najsilniej uwidacznia się w czasie kiedy któryś z pacjentów udaje się na operację lub nieprzyjemne badanie. Udzielane wsparcie oparte jest prawdopodobnie na oczekiwaniu wzajemności, niemniej stanowi ono dla pacjentów cenne źródło otuchy. Obrazują to następujące wypowiedzi:

„ ..ojej..wszyscy byli w nerwach, udzielało się to, każdy czekał jak operowany przyjedzie i jak będzie wyglądać, zwłaszcza, że wszyscy co leżeli akurat operowani byli na woreczek żółciowy”

lat 78

Bywało, że pacjenci, którzy dzielnie zmagali się ze swoją chorobą pomimo złych rokowań na wyzdrowienie wzbudzali w respondentach podziw:

„ .. jedna osoba miała iść na operację, ja w ten dzień akurat szłam do domu, tak że już się nie doczekałam jak wyszła z tego, bo w tym czasie jeszcze trwała operacja jak ja wychodziłam”, „ona nawet wiedziała co to jest... i po prostu .. to o była taka osoba akurat z takim humorem, że ona jeszcze nas podtrzymywała na duchu mimo, że sama wiedziała, jak jest ...ja tu wychodzę .. a ona nie było wiadomo co będzie..bo to poważniejsza sprawa..”

lat 69

„ Leżałem z takim panem, o którym cały czas myślę, którego na swój sposób nawet podziwiałem ...otóż ta osoba, sześćdziesięcioletnia, która osiem miesięcy na tym oddziale leży czekając na dawcę serca, czekając na przeszczep serca więc on oczywiście z jednej strony jest z tymi paniami pielęgniarkami bardzo zaprzyjaźniony, to są inne relacje, one nazywają go po imieniu, troszkę bardziej rodzinnie do niego podchodzą ale to jest bardzo taka niekomfortowa sytuacja, gdzie on jest wypisywany na tę listę , wypisywany, bo pojawia się stan zapalny czy coś w ten deseń. W domu już nie może być, bo jest otoczony aparaturą, to jest wegetacja swoista tak aby utrzymać w miarę pogodę ducha to jest duża sztuka a jemu się akurat w miarę to udawało..”

lat 53

Pacjenci w relacjach pomiędzy sobą przybierają także określone role. Wypowiedzi respondentów dostarczają informacji świadczących o takich przypadkach, kiedy pojawia się osoba z racji wielokrotnego pobytu w szpitalu niezwykle dobrze zorientowana w panujących na oddziale zwyczajach i przestrzeni, która wchodzi w rolę doradcy innych czy wręcz lidera społeczności oddziału. Stwarza to wrażenie wytwarzania się pewnego rodzaju hierarchii wśród pacjentów, gdzie dotychczasowa, zajmowana w życiu poza szpitalem pozycja społeczna schodzi na drugi plan. Zaczynają się liczyć inne osobiste zasoby jak doświadczenie i obeznanie w szpitalnej codzienności, w które nie każdy pacjent jest uposażony. Osoba przyjmująca taką rolę często staje się reprezentantem interesów wycofanych z życia codziennego pacjentów. W przypadku częstych pobytów na tym samym oddziale pacjent „recydywista” znajduje się również w innych relacjach z personelem, który dobrze zna. Badani opowiadają o takich przypadkach w następujący sposób:

„ Najlepiej radzili sobie tzw. weterani – rozmawiałam z takim panem, który miał 80 lat i około trzy razy w roku bywa w szpitalu na tym oddziale, więc był dobrze zaznajomiony. Znał wszystkie pielęgniarki, wszystkich lekarzy i zwyczajnie panujące w szpitalu i bardzo lubił obserwować zachowania ludzi, zagadywał innych, pomagał i informował.”

lat 32

„ .. byli tacy dobrze obeznani, przychodzili i dużo takich wieści przynosili z innych pokoi.

To tacy raczej plotkarze byli. Był taki pan co doradzał innym... na pewno dobrze się czuł w tej roli...”

lat 69

Respondenci opowiadając o sposobach spędzania czasu wolnego w trakcie pobytu

w szpitalu bardzo często wymieniają prowadzenie rozmów z innymi pacjentami. Przypuszczać można, że taka forma rozrywki przynosiła pacjentom najwięcej przyjemności

o ile partnerów relacji łączyło coś więcej niż sam fakt hospitalizacji. Jedna z rozmówczyń zaznacza, że interakcję ułatwiał zbliżony wiek:

„ Wszystkie byliśmy w tym samym wieku.... siedziało się na łóżku, jak można już było, zrobiło się herbatkę, no i rozmawialiśmy.”

lat 78

W przypadku sprawnych ruchowo pacjentów dobrą płaszczyzną do nawiązywania kontaktu z innymi było spędzanie czasu na wspólnym oglądaniu telewizji. Dowodzą temu takie stwierdzenia:

„Oglądałam wieczorami telewizję razem z innymi pacjentami na holu... nawet fajnie było... żartowano, dowcipkowano..”

lat 18

„Staralem się czytać, nadrabiałem zaległości w lekturze, telewizor mniej aczkolwiek jakieś tam mecze Ligi Mistrzów były stadnie oglądane i ci co odczuwali taką potrzebę wejścia w konwencję piwno-grilową to mieli taką możliwość.”

lat 53

Natomiast przypadki nawiązania trwałych relacji pomiędzy pacjentami takich, które kontynuowane były by po opuszczeniu szpitala są nieliczne. Świadczyć o tym fakt, że zaledwie troje z respondentów potwierdza lub tylko deklaruje chęć utrzymania kontaktu z towarzyszem ze szpitala.

5. Momenty krytyczne i krępujące sytuacje

Momenty krytyczne w codzienności pacjentów szpitali to przede wszystkim sytuacje nagłego pogorszenia się stanu zdrowia u innych pacjentów oraz przypadki śmierci. Kilkoro z osób badanych doświadczyło wspomnianych sytuacji. Z relacji respondentów wynika, że personel szpitala z większym lub mniejszym skutkiem czynił starania aby sytuacje te nie zaburzały normalnego

porządku. Pacjenci najczęściej słyszeli odgłosy świadczące o zaistniałych przykrych zdarzeniach jak w przypadku jednej z pacjentek:

„...coś tam było, ja leżałam akurat wtedy ale latali, zamieszanie było, doktora wołali w jakimś innym pokoju, tak to wyglądało ..no nie wiem, czy coś ze sercem..później tak biegali, pielęgniarki biegały, lekarze... był późny wieczór..nie spałyśmy jeszcze a zresztą spać nie idzie w takiej sytuacji.”

█ lat 78

Najdotkliwiej sytuację ratowania życia a następnie śmierci innej pacjentki odczuła respondentka przebywająca na oddziale intensywnej terapii, która przedstawia zdarzenie w następujący sposób:

„W następnym łóżku leżała taka pani - w bardzo ciężkim stanie ją przywieźli i to mi się wtedy udzielało, postawili parawan abym nie widziała i robili jej elektrowstrząsy, to chyba pod lekką narkozą, specjalny jakiś lekarz przyszedł z pielęgniarką, ten parawan był... zasłaniał i pamiętam jeszcze jak moja pani doktor szła i mówi: niech się pani nie denerwuje.., bo ja to wszystko słyszałam, ona widziała ,że aż rumieńce dostałam. Ja tak czułam ,że ona jest umierająca i ja nie wiedziałam ,że ona później zmarłai za tym parawanem leżała... a ja tu oboki przyszła pielęgniarka za ten parawan- ja zapytałam: -nie żyje ta pani? a ona skinęła głową... a potem przyjechał ten kwiczący wózek i zabrali te zwłoki ...ale to było przeżycie....”

█ lat 76

Bezpośrednie lub pośrednie bycie świadkiem śmierci któregoś z chorych uświadamia pacjentom, że bywają sytuacje wobec których medycyna jest bezsilna. Wiara pacjentów w wyzdrowienie zostaje wówczas zachwiana co odbija się niekorzystanie na procesie leczenia. Najczęściej zaburzeniu ulega również dotychczasowy porządek codzienności jak chociażby brak możliwości snu w nocy.

Momentami krytycznymi poza wcześniej wymienionymi są dla pacjentów szpitali również przygotowania do operacji czy zabiegów, a także czas oczekiwania na nie. Respondenci przywołując z pamięci dzień swojej operacji z dużą szczegółowością potrafili opowiedzieć o czynnościach przygotowawczych a czasem nawet o przebiegu samej operacji. Poczawszy od momentu uzyskania od lekarza informacji o konkretnym terminie aż do momentu rozpoczęcia operacji wszelka uwaga chorych skupiała się wokół tego jednego, najważniejszego wydarzenia. Ukazuje to następująca wypowiedź:

„Była wizyta i ordynator mówi: no - dzisiaj się za panią weźmiemy ! – to wtedy mi serce tak zabiło!”

█ lat 78

Respondenci przyznawali, że czas oczekiwania na operację czy zabieg był niezwykle uciążliwy do zniesienia z uwagi na potęgujące się zdenerwowanie. Następnie w zależności od rodzaju interwencji medycznej poddawani byli różnym zabiegom przygotowawczym, o których opowiadali w następujący sposób:

„...bardzo głodny byłem, bo nie wolno mi było jeść i dłużył mi się czas do operacji. Jak jechałem na operację to rozebrali mnie i ubrali mi taką koszulinę jak Juranda... słyszałem co jeden lekarz mówi do drugiego, jak to mi będą wstrzykiwać, jeden patrzył w monitor. Bólu nie czułem, bo miałem znieczulenie miejscowe.”

█ lat 76

„ zdenerwowanie było od początku przyjęcia do szpitala, gdyż nie było dokładnie wiadomo którego dnia będę mieć zabieg W końcu jak ten dzień nastąpił to przed zabiegiem dostałam „głupiego Jasia” i jak szłam za pielęgniarką na tę salę operacyjną to rzuciło mnie na ściany i czułam taką błogość... zero strachu. Podczas zabiegu wszystko słyszałam co mówią lekarz i pielęgniarka- rozmawiali o swoich planach wakacyjnych. Zrobiono mi trzy zastrzyki znieczulające, dwa w migdały i jeden w podniebienie to najbardziej bolało. Później widziałam swoje migdały jak wylądowały w nerce przed moimi oczami.”

█ lat 18

„Ta procedura jest dołująca..plukanie w pewnym momencie w jakimś płynie co dezynfekuje ciało, depilacja fragmentów ciała związanego z potrzebami chirurgów, taka koszulka, w której się przewozi delikwenta na salę operacyjną .. jest to stresujące..są podawane wprawdzie jakieś środki uspokajające ...”

█ lat 53

Pomimo, że moment przygotowania do operacji pozostawał dla każdego bardzo dużym przeżyciem to zauważyć można, że stres lepiej znosili ci pacjenci, którzy wcześniej uzyskiwali szczegółowe informacje na temat operacji. Jeden z respondentów mówi o tym wprost:

„Wcześniej już wiedziałem w jaki sposób robi się taką operację od lekarza i nie denerwowałem się tym...”

█ lat 76

Na szczególnie silny stres narażony był pacjent, który opowiedział sytuację mającą miejsce tuż przed operacją:

„...gdy leżałam już na sali operacyjnej, podczas tej drugiej operacji, w tej części, gdzie mnie przygotowywano słyszałam jak jakiś chirurg pyta się pani anestezjolog –a ten tam to co za jeden?, - to jest ten co go ten tam operował a teraz Wojtek będzie , -przecież on jest nieoperacyjny a teraz jest już operacyjny?- a ja do tej anestezjolog : niech mnie pani szybko uśpi, bo dłużej nie wytrzymam!”

█ lat 64

Sytuacje krytyczne związane z odbywanymi przez pacjentów operacjami zaburzały dotychczasowy codzienny porządek. Przede wszystkim w dniu operacji pacjenci nie spożywali już posiłków według panującej na oddziale zasady a w czasie oczekiwania na zabieg nie byli w stanie podejmować żadnych

konkretnych aktywności. Świadczyć o tym może wypowiedź jednego z poddawanych operacji pacjentów:

„ ...operacje są tak ósma a potem dwunasta- więc ci którzy o tej ósmej są operowani są w lepszej sytuacji, niż ci którzy około dwunastej..raz byli głodni ..dwa co tu robić? To jest taka po poznańsku reisefeber razy dwa lub pięć”

lat 53

W pewnych przypadkach również odwiedziny bliskich mogą być dla pacjentów źródłem silnych emocji i zostać zapamiętane jako momenty krytyczne jak w przypadku pacjenta oczekującego na operację obciążoną dużym ryzykiem:

„ Przyjeżdżali do mnie tak przed operacją, tak trzy cztery dni - wszyscy!, jedna drużyna, druga, trzecia drużyna- pomyślałem: -o kurczę! przyjechali się ze mną pożegnać. Chcesz pokazać, że jesteś twardy, bo facet musi być twardy a to jest miękkie jajo...”

lat 64

Moment opuszczania szpitala dla większości osób badanych wiązał się wyłącznie z pozytywnymi emocjami. Wprawdzie pojawiały się również informacje świadczące o pewnych obawach i lękach pacjentów w dniu wypisu, jednakże były one w pełni uzasadnione z uwagi na odbyte operacje czy zabiegi i nie stanowiły momentów krytycznych.

Krępujące czy wstydlive sytuacje na jakie narażeni są w codziennym życiu pacjenci szpitala związane są głównie z szeroko pojętą cielesnością. Pacjent otrzymuje w szpitalu fachową pomoc medyczną, której świadczenie nierozzerwalnie związane jest z koniecznością ingerowania w jego ciało. Na skrępowanie związane z koniecznością obnażania ciała, w szczególności jego intymnych części najczęściej narażeni byli pacjenci, niezdolni do samoobsługi. Czynności higieniczne przy niesprawnych pacjentach wykonywał personel co szczególnie krępujące stawało się w przypadku różnicy płci. Poczucie wstydu potęgował także fakt ciągłych zmian personelu co w znaczny sposób poszerzało krąg osób naruszających intymność pacjentów. Na zadawane respondentom pytania o momenty skrępowania i wstydu najczęściej uzyskiwano zbliżone odpowiedzi:

„... ..gdy mnie myto, bo byłem bez rzeczy, zdejmowały pampersa... no przykre to było.”

lat 78

„ oj tak to badanie!, robił je lekarz i jeszcze była pielęgniarka. Znieczulenie miałam , bo inaczej to.. bym nie wytrzymała , robiono mi kolonoskopię leżąc na boku i podkurczone nogi.. tak to przykre było i bolesne bardzo. Wtedy to było krępujące ale teraz jak byłam na samym badaniu w Poznaniu, to mi dali takie specjalne, jednorazowe majtki z takim rozcięciem, że wtedy to mnie nie krępowało tak , bo nie widać części intymnych”

lat 69

Relacja pacjentki poddawanej kolonoskopii dostarcza informacji, które świadczyć mogą o zachodzących pozytywnych zmianach.

Z wypowiedzi respondentów wynika również, że personel medyczny czynił starania aby zapewnić pacjentom warunki gwarantujące im intymność. W przypadkach wykonywania czynności higienicznych w pokoju pacjenta wyprasane były osoby przychodzące w odwiedziny, a w jeszcze innych stawiano parawany oddzielające pacjentów odmiennej płci:

„ Przynosili miskę z wodą, bo nie można było wstawać, to się samemu umyło..ręce, zęby i ..dół.... Parawan stawiali, bo tam jednak byli mężczyźni.”

lat 76

Powodem do poczucia wstydu czy zażenowania pacjentów mogą być także sytuacje utraty kontroli nad fizjologicznymi czynnościami organizmu na skutek choroby. Przykładem takiej sytuacji jest wypowiedź respondenta cierpiącego na zatrucie pokarmowe:

„ Najbardziej skrępowany byłem powiem szczerze z czwartku na piątek przyszła ta biegunka i w nocy... ech... to tego.... jak się przebudziłem czułem ,że jestem tego... Boże drogi!..to to jest naprawdę... ale wstałem sam , to było w nocy, najgorzej byłoby wtedy gdybym nie mógł sam wstać. Jak to mi się stało poszedłem do łazienki, wykąpałem się piżamę miałem na zamianę to było dobrze i pielęgniarki obudzone były w nocy to wiadomo ...”

lat 63

W przypadku braku kontroli nad czynnościami fizjologicznymi pacjenci często zabezpieczani są w pampersy mające im ułatwić życie. Tymczasem mogą one zostać potraktowane przez nich jako symbole piętna. Piętno - atrybut dotkliwie dyskredytujący sprawia, że osoby napiętnowane zdręczają się ciągłym rozważaniem co inni myślą na ich temat i jakie wywierają wrażenie na innych.

Jedna z osób badanych w swoich wypowiedziach porusza wspomniany problem i zarazem proponuje w jaki sposób można mu zaradzić:

„... ja to słyszałem, to był problem w przypadku osób starszych takich 70-80 lat, bo tak się wydaje, że od pewnego wieku moczenie się, czy jakieś pieluchomajty, to jest taka obawa społeczna – ona wyklucza, ona kompromituje.. ci seniorzy są pewnie na tym tle uczuleni i pewnie są ku temu podstawy, oni tego nie rozumieją, krótko mówiąc ja myślę, że im się to powinno inaczej tłumaczyć, że to jest przenośny nocnik, tak albo szukać takich czytelnych dla nich słów. Ich to deprymuje, brakuje takiej komunikacji, która nie byłaby oparta na języku medycznym, co dla tych ludzi z personelu jest jasne, tylko branie pod uwagę co ci ludzie mogą wiedzieć i czego się obawiać.”

lat 53

Natomiast inna z osób biorących udział w badaniu opowiadając o krępujących sytuacjach mówi o swoich odczuciach wobec zainteresowania okazywanego jej przez innych pacjentów, w taki sposób jakby była „nosicielem piętna”:

„Nudzący się pacjenci, spacerujący po korytarzu tam i z powrotem i przyglądający się leżącym, wiecznie się patrzyli, obserwowali, nas - czułam się jak naznaczona. Słyszałam jak mówili do siebie: - zobacz i takie młode też już tu na oddziale...”

lat 32

Uczestnicy badania podawali przykłady możliwości uniknięcia sytuacji krępujących czy to za sprawą prostych rozwiązań technicznych, czy też zmian w komunikacji personelu z pacjentami. Natomiast jeśli chodzi o sytuacje krytyczne związane z przeprowadzanymi zabiegami zwracali uwagę na konieczność dobrego doinformowania. Momenty krytyczne takie jak śmierć innego pacjenta jawiła się jednak jako sytuacja najtrudniejsza, nie znajdująca żadnych rozwiązań uchodzących za dobre - co oddaje wypowiedź respondentki:

„...musiałaby być jakaś izolotka dla ciężiej chorych ...ale gdyby oni tam leżeli to byłaby taka umieralnia.”

lat 53

6. Podsumowanie badań

Dokonana przeze mnie analiza zebranego materiału badawczego umożliwiła mi lepsze poznanie i zrozumienie procesów jakie zachodzą w stosunkach społecznych pacjentów szpitala. Szpital niewątpliwie nosi cechy instytucji totalnej co decydująco wpływa na sposób konstruowania przez pacjentów codzienności. Zmniejszenie ograniczeń dotyczących ubioru czy rodzaju zatrzymywanych przez pacjentów przedmiotów osobistych sprawia, że pacjenci mają spore możliwości kreowania obrazu siebie. W konstruowaniu codziennej rzeczywistości skupiają się zatem bardziej na próbach podporządkowania sobie obiektów materialnych, w utrzymywaniu zgodnego z własną logiką porządku, usilnych staraniach o poznanie panujących zwyczajów tak aby jutro stało się bardziej przewidywalne. Materiał badawczy dostarcza informacji o istnieniu różnorodnych przejawów sekretnego życia instytucji szpitala, w których łamanie ustalonych reguł, nieprzestrzeganie regulaminów dotyczących czy to zakazu palenia tytoniu, opuszczania przestrzeni szpitala lub handlu stanowi obroną przez niektórych z pacjentów formę walki o zachowanie tożsamości. Sposób spędzania czasu wolnego oraz rodzaj nawiązywanych relacji z innymi pacjentami pozwala na zachowanie własnej odrębności i autonomii niezbundetowanym pacjentom.

Czynnikami mającymi wpływ na panujące stosunki społeczne w codziennym życiu pacjentów szpitala są relacje z personelem, relacje pomiędzy pacjentami, rozplanowanie przestrzeni szpitalnej oraz momenty krytyczne.

Najsilniej oddziałującym na stosunki społeczne czynnikiem są relacje pomiędzy pacjentami z uwagi na fakt konieczności dzielenia tej samej przestrzeni przez cały czas pobytu w szpitalu i największą częstotliwość interakcji. Relacje pomiędzy pacjentami mogą przybierać różnorodne formy począwszy od czynności pomocowych, do udzielania sobie wsparcia emocjonalnego stanowiąc źródło pozytywnych doznań jak sympatia, współczucie, poczucie wspólnoty

i solidarności. Mogą polegać także na wymianie doświadczeń i dostarczaniu wzorów do naśladowania. Utrzymywanie interakcji z innymi daje pacjentom poczucie ładu nomicznego. Nawiązywane w szpitalu kontakty pomiędzy pacjentami rzadko przybierają charakter trwałych więzi kontynuowanych po opuszczeniu placówki.

Na jakość relacji pomiędzy pacjentami w dużym stopniu wpływa rozplanowanie przestrzeni szpitalnej. Odpowiednio zaprojektowana przestrzeń może ułatwiać nawiązywanie kontaktów i zapobiegać powstawaniu sytuacji konfliktowych, może także pozytywnie oddziaływać na psychikę pacjentów i przyspieszać proces zdrowienia. Rozplanowanie przestrzeni szpitalnej potęguje istniejący dystans pomiędzy pacjentami a personelem pełniąc niejako rolę bufora w kontaktach.

Kolejnym bardzo istotnym czynnikiem wpływu na stosunki społeczne są relacje pacjentów z personelem medycznym, które mają zdecydowanie asymetryczny charakter. Lekarz przyjmuje pozycję wyższości nad pacjentem, występuje z pozycji profesjonalisty skupionego wyłącznie na zagadnieniach czysto medycznych. Problemy adaptacyjne pacjentów szpitala często spowodowane są złą komunikacją z personelem. Wyższy personel medyczny posługuje się niezrozumiałym dla pacjentów językiem i wykazuje deficyty w umiejętnościach komunikacyjnych z pacjentami.

Momenty krytyczne takie jak nagłe pogorszenie stanu zdrowia u innych pacjentów czy śmierci wprowadzają chaos w codziennym życiu pacjenta szpitala. Jednakże personel coraz skuteczniej radzi sobie z minimalizowaniem negatywnego wpływu sytuacji krytycznych na pacjentów.

ZAKOŃCZENIE

Podjmując się napisania powyższej pracy i przeprowadzenia badań kierowałam się intuicyjnym przekonaniem, że przyjrzenie się codzienności pacjenta szpitala stanowić może bogate źródło informacji pozwalających na poznanie i zrozumienie procesów jakie zachodzą w stosunkach społecznych w przestrzeni szpitalnej. W organizacji badań i pisaniu pracy pomocne okazały się prowadzone przeze mnie niejako mimochodem obserwacje codziennego życia pacjentów oddziału neurologicznego oraz chirurgicznego.

Przeprowadzone przeze mnie badania dostarczyły odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze dzięki czemu łatwiej zrozumieć motywację określonych zachowań pacjentów oraz poznać źródła pojawiających się problemów. Spojrzenie na codzienną rutynę życia pacjentów umożliwiło poznanie różnorodności form w jakich przejawiać się może walka o zachowanie tożsamości w warunkach instytucji jaką jest szpital, wykazało istniejące napięcia pomiędzy personelem a pacjentami a także ujawniło ukryty wymiar przestrzeni szpitalnej.

Podczas gromadzenia materiału badawczego zwróciłam uwagę na liczne, warte poznania, aspekty jak odbiór rzeczywistości szpitalnej przez bliskich odwiedzających pacjentów oraz personel. Niniejsza praca mogłaby zatem stanowić wstęp do dalszych badań poszerzonych o wspomniane grupy badanych. Pogłębione w ten sposób badanie pozwoliłoby na lepsze poznanie problematyki, gdyż uwzględniałoby ogląd rzeczywistości z trzech perspektyw. Włączenie w badanie osób z najbliższego otoczenia chorych oraz personelu pozwoliłoby ukazać w pełni przebieg procesu zbiorowych i indywidualnych doświadczeń, frustracji oraz wyczerpania jaki związany jest z chorobą i leczeniem. W ten sposób zebrany materiał badawczy mógłby zostać analizowany w oparciu o koncepcję „trajektorii cierpienia” opracowaną i rozbudowaną przez A. L. Straussa w pracy *Social Organization of Medical Work*., „Trajektorja cierpienia” to całościowa organizacja pracy wykonywanej w związku z przebiegiem choroby pacjenta – jego fizjologicznymi aspektami oraz wpływem jaki sytuacja ta wywiera na osoby w nią włączone. Wszyscy – pacjenci, ich krewni i personel podejmują trudy organizacji pracy, której konstrukcja okazuje się bardzo krucha, gdyż zależy od wielości nieprzewidzianych zdarzeń pojawiających się w wielu sferach, w samej chorobie, procedurach diagnostycznych i terapeutycznych, w sferze organizacji oraz doświadczenia samych uczestników dramatu.⁸⁶

Podjęta przeze mnie tematyka wydaje się warta uwagi dla każdego kogo interesuje fenomen powstawania życia społecznego w nietypowych warunkach jak również dla wszystkich tych, którzy związani są zawodowo z placówkami medycznymi i mogą mieć wpływ na ich funkcjonowanie.

Poza celem eksploracyjnym powyższa praca może spełniać również cel praktyczny za sprawą uzyskanych od badanych postulatów i propozycji zmian istniejącej rzeczywistości. Zbiór praktycznych wskazówek, których autorami są

⁸⁶ G. Riemann, F. Schütze, „Trajektorja cierpienia” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, „Kultura i Społeczeństwo”, Komitet Socjologii PAN Instytut Studiów Politycznych PAN, XXXVI Nr 2, Warszawa 1992, s. 89-90

sami zainteresowani stanowić może cenne źródło wiedzy znajdującej wykorzystanie w aranżowaniu przestrzeni szpitalnych czy w opracowywaniu programów edukacyjnych dla personelu medycznego.

Z uwagi na praktyczne walory przeprowadzonych badań zaprezentowana przeze mnie praca nawiązuje do społecznej dyskusji na temat tego jak powinien wyglądać nowoczesny szpital XXI wieku. Szpital powinien być instytucją posiadającą czytelną misję, z którą zatrudnieni pracownicy powinni się utożsamiać. Pierwszoplanową rolę w szpitalach odgrywają lekarze, których zachowania, sposób organizacji pracy i podejmowane decyzje wpływają na postępowanie innych profesjonalistów. W związku z powyższym niepożądane zachowania lekarskie wywołują wielokrotnie więcej szkodliwych następstw niż przedstawiciele innych zawodów. Nastawienie na pacjenta jako podmiot działania jest jedynie deklaracją, której przeczą fakty. Dążeniem zwolenników zmian jest wprowadzenie nowoczesnego modelu zintegrowanej opieki nad chorym oraz prowadzenie przez szpitale spójnej polityki polegającej na planowaniu i dokumentowaniu opieki nad pacjentem w zespołach wielospecjalistycznych.

Przeprowadzone badanie dostarczyło także przykładów pozytywnych zmian, które następują w szpitalach – zmian polegających między innymi na złagodzeniu ograniczeń co do ubioru, rzeczy osobistych zatrzymywanych przez pacjentów, wprowadzeniu wyższych standardów w odniesieniu do warunków lokalowych, zmianie tendencji w aranżacji wnętrz szpitalnych oraz wprowadzaniu rozwiązań uwzględniających potrzebę intymności pacjentów. W dalszym ciągu moim zdaniem nie zaspakajają one w wystarczającym stopniu oczekiwań.

BIBLIOGRAFIA

1. Berger P., Luckmann T., Społeczne tworzenie rzeczywistości, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1983
2. Bullock A.(red.), Stallybrass O., Trombley S., Słownik pojęć współczesnych, Wydawnictwo „Książnica”, Katowice 1999
3. Dobrodziej P., Słownik badań marketingowych, rynkowych i społecznych, [online], [dostęp:2014-03-11] Dostępny w Internecie: <http://dobrebadiana.pl/sownik-badawczy.html?b=baza&szczegolowo=181>
4. Foucault M., Narodziny kliniki, Wydawnictwo KR, Warszawa 1999
5. Garfinkel H., Studia z etnometodologii , Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
6. Giddens A., Socjologia, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
7. Gnitecki J., Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogiki i Administracji, Poznań 2006
8. Goffman E., Instytucje totalne. O pacjentach szpitali i mieszkańcach innych instytucji totalnych, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Sp. z o.o., Sopot 2011
9. Goffman E., Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005
10. Golka M., Czy jeszcze istnieje nie-codziennosc? w: Barwy codzienności. Analiza socjologiczna, Bogunia-Borowska M.(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009
11. Goodman N., Wstęp do socjologii, Wydawnictwo Zysk i S-ka s. c., Poznań 1997
12. Hałas E., Powrót do codzienności? Szkic problematyki socjologii życia codziennego w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna, Bogunia-Borowska M.(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009
13. Kaufmann, Wywiad rozumiejący, Oficyna Naukowa, Warszawa 2010
14. Konecki K., Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000
15. Krajewski M., Dzisiaj jak wczoraj, jutro jak dziś. Codziennosc, przedmioty i reżimy podtrzymujące, w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna, Bogunia-Borowska M.(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009
16. Maruszewska K., Jak otoczenie wpływa na poprawę naszego zdrowia?, [online], [dostęp:2014-03-12], Dostępny w Internecie: www.psychologia-spoleczna.pl/aktualnosci-czytelnia-58/959-otoczenie.html
17. Nowak S., Metodologia badań socjologicznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1970
18. Ostrowska A., Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej, w: Socjologia antropologia medycyny w działaniu, Piątkowski W., Płonka-Syroka B., Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008
19. Palka S. (red.), Orientacje w metodologii badań pedagogicznych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998

20. Parsons T., System społeczny, Zakład Wydawniczy „NOMOS”, Kraków 2009
21. Pieter J., Ogólna metodologia pracy naukowej, Wrocław-Warszawa 1967
22. Pilch T. Zasady badań pedagogicznych, Wydawnictwo Żak, Warszawa 1998
23. Porębowicz S., Problem humanizacji szpitali w: „Szpitalnictwo Polskie”, nr 6/1962
24. Riemann G., Schütze F., „Trajektoria cierpienia” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych, „Kultura i Społeczeństwo”, Komitet Socjologii PAN Instytut Studiów Politycznych PAN, XXXVI Nr 2, Warszawa 1992
25. Skorny Z., Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki, Warszawa 1984
26. Słownik Wyrazów Obcych PWN, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1980
27. Sokołowska M., Socjologia medycyny, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986
28. Sztompka P., Przestrzeń życia codziennego w: Barwy codzienności: Analiza socjologiczna, Bogunia-Borowska M.(red.), Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009
29. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1984
30. Wojnar A., Socjologia codzienności, „Alma Mater. Miesięcznik Uniwersytetu Jagiellońskiego”, nr 6/2008

ANEKS

KWESTIONARIUSZ WYWIADU

Data przeprowadzenia wywiadu	Czas trwania wywiadu	Miejscowość	Nr wywiadu
WPROWADZENIE			
Moduł 1. Prezentacja celów badania		Funkcja: „obłaskawienie” sytuacji badawczej	
<p>Instrukcje językowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jestem studentką socjologii na Uniwersytecie Adama Mickiewicza w Poznaniu... 2. Prowadzę badania do swej pracy magisterskiej... 3. Chciałabym dowiedzieć się jak wygląda codzienność pacjenta szpitala... 4. Interesuje mnie w szczególności to jak z perspektywy pacjenta pobyt w szpitalu jest doznaniem trudnym, jakie sytuacje podczas pobytu w szpitalu szczególnie zapadły w Pana/Pani pamięć... 5. Chciałabym rozwiązać wszelkie wątpliwości co do charakteru badania, które będzie przypominać zwykłą rozmowę z zachowaniem pełnej anonimowości... 6. Wszystkie Pani/Pana wypowiedzi będą dla mnie bardzo cenne dlatego pragnę zachęcić do zaangażowania w badanie... 7. Mam nadzieję, że z Pani/Pana pomocą badanie pozwoli poznać nieznane dotąd oblicza szpitalnego życia... 			
Moduł 2. Ogólna rozmowa na temat pobytu osoby badanej w szpitalu			
<p>Instrukcje językowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy był to Pani/Pana pierwszy pobyt w szpitalu? 2. W jaki sposób Pan/Pani dotarł/a do szpitala? 3. Czy ktoś z bliskich lub znajomych towarzyszył Pani/Panu podczas przyjęcia do szpitala? 4. Czy przed przyjęciem na oddział musiał/a Pani/Pan przejść jakieś czynności administracyjne? 			

<ol style="list-style-type: none"> 5. W jakim momencie należało się przebrać ? 6. Co stało się z Pani/Pana rzeczami osobistymi? 7. Jakie przedmioty osobiste można było zatrzymać przy sobie? 8. Czy był/a Pani/Pan szczegółowo poinformowana/y o przebiegu przyjęcia na oddział? 9. Kto udzielił Pani/Panu wszystkich niezbędnych informacji? 10. Czy ktoś zaprowadził Panią/Pana do wyznaczonego pokoju i wskazał łóżko? 11. Na jakim oddziale szpitalnym Pani/Pan przebywał? 12. Jak długo trwał Pani/Pana pobyt w szpitalu? 13. Jakiego rodzaju schorzenia były powodem skierowania Pani/Pana do szpitala? 	
PROBLEMY Z ZACHOWANIEM TOŻSAMOŚCI W PRZESTRZENI SZPITALNEJ	
Moduł 3.Przejawy walki o zachowanie tożsamości w codziennym życiu pacjentów	Funkcja: ustalenie okoliczności wpływających na depersonalizację pacjentów
Instrukcje językowe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jakich rzeczy osobistych najbardziej brakowało Pani/Panu w szpitalu? 2. Jak się Pani/Pan czuł w nowym otoczeniu? 3. Czy towarzyszyło Pani/Panu poczucie zagubienia? 4. Kto udzielił Pani/Panu informacji na temat planowanych badań i zabiegów? 5. Czy to Pan/Pani prosił/a personel medyczny o udzielenie tych informacji? 6. Do jakich panujących w szpitalu reguł najłatwiej się było Pani/Panu przyzwyczaić? 7. Respektowanie jakich wymogów podczas pobytu w szpitalu sprawiało Pani/Panu największe problemy? 8. W jaki sposób Pani/Pan radziła sobie z nimi, a w jaki sposób robili to inni pacjenci? 9. Czy podczas pobytu w szpitalu zdarzało się Pani/Panu złamać jakieś obowiązujące na oddziale zasady? 	
PRZESTRZEŃ SZPITALNA	

<p>Moduł 4. Przestrzeń szpitalna i jej wpływ na życie codzienne pacjentów</p>	<p>Funkcja: ustalenie jakie ma znaczenie charakterystyczne dla szpitala rozplanowanie przestrzeni</p>
<p>Instrukcje językowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy wiedziała Pani/Pan, gdzie znajdował się pokój lekarza oraz dyżurującej pielęgniarki? 2. Kto udzielał Pani/Panu pomocy w zagospodarowaniu szafki i łóżka, udzielił informacji o rozmieszczeniu toalety? 3. Z iloma osobami zamieszkiwała Pani/Pan w pokoju? 4. Czy był to oddział koedukacyjny? 5. Gdzie odbywały się odwiedziny bliskich? 6. W jaki sposób przebiegały odwiedziny u pacjentów? 7. Czy Panią/Pana ktoś odwiedzał? 8. Gdzie przechowywała Pani/Pan swoje rzeczy osobiste? 9. Czy mogła Pani/Pan opuszczać oddział? 10. Czy miała Pani/Pan możliwość przygotowania sobie picia i jedzenia? 11. Jak wyglądało codzienne korzystanie z toalety? 12. Czy była Pani/Pan podczas pobytu w szpitalu unieruchomiona w łóżku? – jak długo? 13. W jaki sposób wówczas przeprowadzane były zabiegi higieniczne? 14. Czy zagwarantowano Pani/Panu intymność podczas pielęgnacji? - czy w tym czasie wypraszano ze sali pozostałych pacjentów i odwiedzających ich bliskich? 15. Czy miały miejsce takie sytuacje kiedy czuła się Pani/Pan zażenowana albo zawstydzona? – jakie to były sytuacje? 	
<p>PERSONEL MEDYCZNY</p>	
<p>Moduł 5. Opieka medyczna</p>	<p>Funkcja: ustalenie czynników powodujących bariery komunikacyjne pomiędzy pacjentami a personelem medycznym</p>
<p>Instrukcje językowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przez kogo została Pani/Pan poinformowana o zwyczajach panujących na oddziale? 2. Z wykonywaniem jakich codziennych czynności miała Pani/Pan problem w czasie pobytu w szpitalu? 3. W jaki sposób kontaktowała się Pani/Pan z personelem medycznym w razie potrzeby uzyskania pomocy? 	

<ol style="list-style-type: none"> 4. W jakiej formie się do Pani/Pana zwracał personel medyczny?- po nazwisku, po imieniu czy może bezosobowo? 5. Od kogo uzyskiwała Pani/Pan bieżące informacje o stanie zdrowia? 6. Czy posiadała Pani/Pan dokładną wiedzę na temat przygotowania się do planowanych wobec Pani/Pana zabiegów ? 7. Czy miały miejsce sytuacje kiedy nie rozumiał/a Pani/Pan tego co mówił do Pani/Pana lekarz? 8. Mogła Pani/Pan liczyć ze strony personelu na życzliwość i pomoc w rozładowaniu zdenerwowania? 	
RELACJE POMIĘDZY PACJENTAMI	
Moduł 6. Konflikty i działania pomocowe wśród pacjentów	Funkcja: ustalenie w jakim stopniu życie codzienne w szpitalu sprzyja powstawaniu więzi społecznych pomiędzy pacjentami
Instrukcje językowe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Czy spośród pacjentów był ktoś kto Pani/Pana zdaniem najlepiej radził sobie w szpitalu? 2. Kto z pacjentów Panu/Pani w razie potrzeby pomagał i na czym pomoc ta polegała? 3. Czy rozmawiała Pani/Pan z innymi pacjentami o swoich problemach zdrowotnych? 4. Czy podczas Pani/Pana pobytu w szpitalu miały miejsce jakieś sytuacje konfliktowe pomiędzy pacjentami?- Jeśli tak, to czego dotyczyły oraz w jaki sposób Pani/Pana zdaniem można byłoby ich uniknąć? 5. Czy po opuszczeniu szpitala utrzymywała Pani/Pan kontakt z poznanymi w szpitalu osobami? 6. Czy miały miejsce sytuacje, w których czuła się Pani/Pan skrepowana? Jeśli tak, jakie to były sytuacje, czym spowodowane i jak można byłoby rozwiązać ten problem? 7. W jaki sposób spędzała Pani/Pan czas wolny ? 8. Jak wyglądał Pani/Pana ostatni dzień pobytu w szpitalu? 9. Czy wyjście ze szpitala wiązało się dla Pani/Pana z jakimiś stresującymi sytuacjami? 	
Moduł 7. Momenty krytyczne	Funkcja: uchwycenie reguł panujących podczas
Instrukcje językowe:	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Czy podczas pobytu w szpitalu była Pani/Pan świadkiem sytuacji nagłego pogorzenia stanu zdrowia u sąsiadujących pacjentów? 2. Jak wówczas zachowywał się personel medyczny? 3. Jak to wpłynęło na przebieg Pani/Pana dnia? 4. Czy podczas Pani/Pana pobytu w szpitalu miały miejsce przygotowania do operacji lub ważnych zabiegów u sąsiadujących pacjentów? 5. Jak wówczas zachowywali się pozostali pacjenci? 6. Jak zachowywała się osoba oczekująca na operację lub zabieg? 7. Czy w trakcie pobytu w szpitalu była Pani/Pan świadkiem śmierci pacjenta? 8. Jakie to wywarło na Pani/Panu wrażenie? 9. W jaki sposób zachowywał się personel medyczny wobec tej sytuacji? 10. Czy miała miejsce podczas Pani/Pana pobytu w szpitalu jakaś kłótnia między pacjentami? 11. Co Pani/Pana zdaniem należałoby zmienić aby uniknąć dyskomfortowych dla pacjentów sytuacji? 12. Jak Pani/Pan myśli jaka zmiana w organizacji przestrzeni szpitalnej mogłaby wpłynąć pozytywnie na samopoczucie pacjentów? 	<p>sytuacji załamania się codziennego porządku</p>
---	--

METRYCZKA

1. Płeć pacjenta
2. Wiek pacjenta
3. Rodzaj oddziału szpitalnego
4. Czas pobytu w szpitalu