

Agnieszka Kiełkiewicz-Janowiak, Magdalena Zabielska

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Wydział Anglistyki
Zakład Socjolingwistyki i Studiów nad Dyskursem

Lekarz i pacjent na emigracji: odmienne kultury komunikacji w ochronie zdrowia w Polsce i w Wielkiej Brytanii

Migrant doctors and patients: distinct communication cultures in healthcare in Poland and United Kingdom

STRESZCZENIE

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na problematykę komunikacji w systemie ochrony zdrowia w świetle współczesnych przemian cywilizacyjnych, takich jak globalizacja, a co za tym idzie – masowa migracja zarówno pacjentów, jak i lekarzy. W tym nowym kontekście możemy mówić o konfrontacji kultur komunikacyjnych związanych z ochroną zdrowia; ich uczestnicy, przenosząc się do innych krajów, starają się zaadaptować do nowych okoliczności, aby móc udzielić pomocy medycznej lub ją uzyskać. W artykule, który przedstawia badanie pilotażowe, chcemy podkreślić znaczenie różnic kulturowych dotyczących roli pacjenta i lekarza oraz ich oczekiwań względem funkcjonowania systemu służby zdrowia i zachowań prozdrowotnych, co naszym zdaniem wpływa na sprawność komunikacji na linii lekarz–pacjent, a ostatecznie także na efekty leczenia. Porównania dotyczące kultur komunikacji w Polsce i Wielkiej Brytanii zostaną zilustrowane fragmentami rozmów z lekarzem, który pracuje w obu krajach, i z polskimi pacjentami, którzy korzystali lub korzystają z brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej. Tematem rozmów była komunikacja w praktyce zawodowej, w szczególności jej specyfika w dwóch ww. krajach. Wnioski z analizy zebranych danych, tj. refleksji lekarza i pacjentów, mogą zostać wykorzystane w kształceniu i wdrażaniu kompetencji komunikacyjnych w praktyce medycznej.

Słowa kluczowe: emigracja, lekarz, pacjent, ochrona zdrowia, kultura, komunikacja

ABSTRACT

The aim of this paper is to point to the problem of communication in healthcare in the context of contemporary societal changes such as globalisation, and, consequently, major migrations of both patients and doctors. This new context brings about

a specific confrontation of healthcare communication cultures; the two groups find themselves in a new healthcare environment, with an urgent need to adapt to their new circumstances, seeking or providing medical care. In the article, which presents a pilot study, emphasis is placed on the importance of cultural differences regarding different roles of patients and doctors, different patient preferences regarding the system, and health-seeking behaviours, which, in our opinion, may affect doctor – patient communication, and ultimately, the success of treatment. The comparisons of the two cultural contexts will be illustrated by excerpts from patients' accounts elicited through narrative interviews. The accounts were complemented by an ethnographic interview with a doctor who has cross-cultural professional experience. The topics discussed were communication in medical practice, in particular its specificity in the two countries in question. The conclusions based on the collected data, i.e. patients' and doctor's reflections, can be applied in educating and training in communicative competence in medical practice.

Key words: migration, doctor, patient, healthcare, culture, communication

Wprowadzenie

Celem niniejszej pracy jest podkreślenie znaczenia różnic kulturowych dotyczących roli pacjenta i lekarza oraz ich specyficznych oczekiwań względem funkcjonowania systemu służby zdrowia i zachowań prozdrowotnych, co naszym zdaniem wpływa na sprawność komunikacji na linii lekarz–pacjent, a ostatecznie także na efekty leczenia.

W artykule najpierw zostaną omówione teoretyczne modele relacji lekarz–pacjent oraz kategorie kulturowe, które pozwalają opisać kultury komunikacyjne charakterystyczne dla różnych krajów. W dalszej części porównania dotyczące kultur komunikacji w Polsce i Wielkiej Brytanii zostaną zilustrowane fragmentami rozmów z lekarzem, który pracuje w obu krajach, oraz z polskimi pacjentami, którzy korzystali lub korzystają z brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej. Tematem rozmów była komunikacja w praktyce zawodowej, w szczególności jej specyfika w obu ww. krajach.

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej w 2004 to początek masowych wyjazdów za granicę w poszukiwaniu lepszych warunków życia. Wśród krajów, które przyjęły największą liczbę Polaków, pierwsze miejsce zajmuje Wielka Brytania, dokąd do roku 2007 wyjechało prawie 700 tysięcy osób (Kaczmarczyk, 2014).

Z kolei w 2014 roku Polska była miejscem urodzenia drugiej co do wielkości mniejszości etnicznej zamieszkującej Wielką Brytanię, a obywatele polscy stanowili największą grupę cudzoziemców w Wielkiej Brytanii (Rienzo, Vargas-Silva, 2014, s. 6). Wśród tych imigrantów byli nie tylko potencjalni pacjenci, ale i lekarze, którzy także wyjeżdżali z Polski z zamiarem znalezienia pracy oferującej lepsze wynagrodzenie i możliwość rozwoju (Leśniowska, 2007; Wyrozębska i wsp., 2013; Kaczmarczyk, 2014; por. tzw. „drenaż mózgow”, Commander i wsp., 2003; Leśniowska, 2008). Dla jednych i drugich wyjazd do innego kraju oznaczał zetknięcie się z odmienną kulturą komunikacyjną związaną z ochroną zdrowia i próbę zaadaptowania się do nowych okoliczności, aby udzielić pomocy medycznej lub ją uzyskać.

Problematyka interkulturowej komunikacji w opiece zdrowotnej była przedmiotem badań m.in. Lee i współautorów (2010) na przykładzie imigrantów z Korei w Nowej Zelandii. Woleli oni korzystać z usług medycznych w swoim rodzinnym kraju ze względu na złe doświadczenia z lekarzami w Nowej Zelandii, często z powodu nieporozumień na tle językowym i kulturowym. Nielsen i współautorzy (2010) przeprowadzili badania w Danii na przykładzie imigrantów z Turcji, którzy swoje problemy w komunikacji lekarz–pacjent upatrywali w odmiennych preferencjach

pacjentów i ich zachowaniach prozdrowotnych. Powstały też badania nad interkulturową komunikacją w opiece zdrowotnej polskich migrantów na Wyspach Brytyjskich, patrz: Brink-Muinen i wsp. (2008), Meeuwesen i wsp. (2009), Migge i Gilmartin (2011), Goodwin i wsp. (2012), Osipovič (2013), Main (2014), Sime (2014) oraz Ślęzak (2014, 2016). Warto zauważyć różnorodną metodologię zastosowaną w tych badaniach: badania etnograficzne (Main, 2014), wywiady (Migge, Gilmartin, 2011; Osipovič, 2013; Sime, 2014 oraz Ślęzak, 2014, 2016), analiza nagrań komunikacji lekarz–pacjent (Brink-Muinen i wsp., 2008), badania preferencji pacjentów z zastosowaniem kwestionariuszy (Coulter, Jenkinson, 2005) lub połączenie kilku różnych metod zbierania danych (Goodwin i wsp., 2012).

Co się tyczy poglądów pacjentów na temat funkcjonowania systemów służby zdrowia uzyskanych za pomocą kwestionariuszy oraz nagrań konsultacji, można stwierdzić, iż *relacje lekarz–pacjent [są] prawdopodobnie znacznie bardziej hierarchiczne w krajach Europy wschodniej aniżeli w zachodniej* (Brink-Muinen i wsp., 2008). W Polsce więcej pacjentów przekonanych jest, że to lekarz, a nie pacjent podejmuje wiążące decyzje w kwestiach medycznych. Polska kultura wykazuje znacznie większą preferencję dla paternalistycznego stylu komunikacji, natomiast Wielka Brytania sytuuje się pośrodku pomiędzy tym modelem a modelem bardziej partnerskim. Mimo dominacji paternalistycznego stylu komunikacji w polskiej ochronie zdrowia rosnąca liczba polskich pacjentów jest z niego niezadowolona (Coulter, Jenkinson, 2005). Ponadto badania nagrań komunikacji lekarz–pacjent pokazują, iż styl komunikacyjny w polskiej opiece zdrowotnej jest mniej afektywny, a bardziej biomedyczny i – co za tym idzie – uwzględnia mniej kontaktu wzrokowego z pacjentem oraz daje mniej miejsca na rozmowy. Z kolei w Wielkiej Brytanii styl ten jest bardziej afektywny i zawiera więcej oznak zrozumienia ze strony lekarzy. *Lekarze w nowych krajach UE [w kontekście powiększenia się Unii Europejskiej w 2004 roku] mówili więcej niż ich koledzy*

w starych krajach unijnych. Dlatego też ich pacjentom pozostawało mniej czasu na opowiedzenie swojej historii (Brink-Muinen i wsp., 2008).

Badania te często odnoszą się też do istotnych pojęć. Pierwsze z nich to modele relacji lekarz–pacjent. Istnieje wiele takich modeli (patrz Parson, 1951; Szasz i Hollender, 1956; Byrne i Long, 1976; Roter i Stewart, 1989 oraz Emanuel i Emanuel, 1992); na potrzeby niniejszego badania został wybrany model, który wyróżnia następujące typy relacji: paternalizm, konsumeryzm, partnerstwo i standard (Emanuel, Emanuel, 1992). Paternalizm, w kontekście polskiego modelu kulturowego, to sytuacja, gdy lekarz jest postrzegany jako autorytet i strażnik, podczas gdy rolę pacjenta jest współpraca przy akceptacji podejmowanych przez lekarza decyzji. Konsumeryzm z kolei oznacza relację typu usługodawca–klient. W tym modelu pacjent, który nie jest zadowolony z usługi medycznej otrzymanej w Wielkiej Brytanii, decyduje się na podróż do Polski w celu odbycia konsultacji lekarskiej. Model partnerstwa, alternatywa dla paternalizmu i konsumeryzmu, jest opcją najmniej preferowaną przez polskich pacjentów, którzy niechętnie podejmują decyzje dotyczące swojego leczenia (Coulter, Jenkinson, 2005).

Druga grupa pojęć to kategorie kulturowe (Hofstede, Hofstede, 2005), które mogą być przydatne w kontekście opisywania kultur komunikacji między lekarzem a pacjentem w konkretnym kraju. W Polsce można zaobserwować duży dystans władzy, gdzie role lekarza i pacjenta są ściśle określone; lekarze zazwyczaj zarządzają i werbalnie dominują w relacji, jednak są również empatyczni i odnoszą się życzliwie do pacjentów (por. „ciepli autokraci” vs. północno-amerykańscy „zimni eksperci”, Meeuwesen i wsp., 2009). W rezultacie pacjenci otrzymują to, czego oczekują, jednak czas konsultacji lekarskiej jest krótszy niż w Wielkiej Brytanii. W Polsce można zaobserwować też silne dążenie do pełnego wyjaśnienia kwestii medycznych („uncertainty avoidance”). Oznacza to skupienie się na aspektach medycznych kosztem budowy

porozumienia, co ma z kolei miejsce w Wielkiej Brytanii (Meeuwesen i wsp., 2009). Innymi słowy, relacje lekarz–pacjent w Polsce charakteryzują się brakiem partnerstwa oraz wspólnego podejmowania decyzji. Na podstawie dotychczasowych badań można zatem wynioskować, iż normy kulturowe, wartości, poglądy oraz oczekiwania i postawy dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej mogą wpływać na sprawność komunikacji na linii lekarz–pacjent, a ostatecznie także na jakość opieki medycznej i zdrowie pacjenta (Meeuwesen i wsp., 2009). Dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na tło kulturowe pacjentów-migrantów w krajach przyjmujących, co mogłoby uczynić opiekę zdrowotną bardziej „kulturowo wrażliwą” (*“culturally responsive health care”*, Durieux-Paillard, 2007, s. 203; Migge, Gilmartin, 2011, s. 1144). W odniesieniu do metodologii badań i samych danych postulujemy analizę jakościową komunikacji lekarz–pacjent. W tym kontekście krótkie relacje pacjentów o ich osobistych doświadczeniach i opinii na temat systemów opieki zdrowotnej wydają się odpowiednio do tego typu badań.

Poniżej przedstawiono przykład „nieporozumienia kulturowego” w relacji pacjenta, ilustrujący potencjalny problem, który może pojawić się na linii lekarz–pacjent w komunikacji interkulturowej. W tym przypadku źródłem nieporozumienia nie jest bynajmniej brak znajomości języka, a raczej brak doświadczenia w komunikacji specyficznej dla danego kraju.

Więc... nie było dla mnie problemu z angielskim. Jednak miałam problem z komunikacją. Byłam zszokowana, kiedy mój lekarz powiedział mi, że mogę mieć raka (...). Rak oznacza dla mnie śmierć (...). W Korei w takim przypadku komunikują to zazwyczaj tylko rodzinie i czekają do operacji, aby nie stresować chorego pacjenta (...) (Pani Lee) (Lee i wsp., 2010, s. 112).

Opis grupy badanej

Poniżej przedstawiamy analizę danych pozytywnych na etapie pilotażowym projektu, do-

tyczącego kultur komunikacji w opiece zdrowotnej. Materiał badawczy stanowią relacje uczestników uzyskane w trakcie wywiadów narracyjnych (Flick, 1998, 2000), przeprowadzonych w roku 2015 z pięcioma migrantkami o ich doświadczeniach w korzystaniu z lokalnych systemów służby zdrowia. W chwili przeprowadzania wywiadów uczestniczki były w wieku pomiędzy 28 a 41 lat. Trzy z nich na stałe mieszkały w Wielkiej Brytanii, a dwie deklarowały pobyt tymczasowy. Uczestniczki były bardzo dobrze zintegrowane z lokalną społecznością. Przebywały w kraju emigracji od 2 do 9 lat, jednocześnie pozostając w ścisłym kontakcie z rodziną i przyjaciółmi w Polsce. Przy okazji odwiedzania Polski nie rzadko korzystały z konsultacji lekarskich lub pomocy medycznej. Wszystkie legitymowały się wykształceniem wyższym lub wyższym niepełnym (zdobytym w większości w Polsce), a kariery zawodowe czterech z nich przebiegały wyłącznie w kraju emigracji (jedna osoba nie pracowała zawodowo).

Ponadto obszernego wywiadu udzielił jeden lekarz (55 l.) posiadający długie doświadczenie pracy w obu systemach ochrony zdrowia – polskim i brytyjskim. Jak sam szacował, czwarta część jego kariery zawodowej na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat przebiegała w Wielkiej Brytanii¹.

Metoda i narzędzia

Przeprowadzone wywiady miały charakter otwarty w celu stworzenia uczestnikom takich warunków, by mogli swobodnie decydować, które aspekty tematu chcą poruszyć opowiadając o swoich doświadczeniach ze służbą zdrowia. Szczególną uwagę poświęcono relacjom pacjentów dotyczącym leczenia i strategii radzenia sobie z obcym systemem służby zdrowia. Badanie to zostało uzupełnione o wywiad etnograficzny z lekarzem mającym doświadczenie pracy zawodowej za granicą,

¹ Należy zaznaczyć, że nie jest on lekarzem pierwszego kontaktu i ma głównie doświadczenie z pracy w szpitalu.

dotyczące zasad panujących w danej profesji, sposobów zachowania oraz oceny systemów. W ten sposób chcemy podkreślić wysoką wartość badawczą bezpośrednich relacji uczestników o ich indywidualnym doświadczeniu w porównaniu do badań z wykorzystaniem kwestionariuszy lub nagrań z rozmów lekarz–pacjent. W warstwie analitycznej przeprowadzono jakościowe badanie narracyjne, ze szczególnym uwzględnieniem wątków powtarzających się w relacjach uczestników.

W zastosowanej metodzie należy zwrócić uwagę na dwie kwestie. Pierwsza to delikatna natura tematyki badań, która wymaga szczególnego wyczucia ze strony badacza. Po drugie, pomiędzy badaczem a badanym uczestnikiem powstaje swoista relacja, w której uczestnik opowiadający o swoich doświadczeniach nie jest ograniczony tak, jak w typowej relacji władzy między pacjentem a lekarzem. W ten sposób pacjenci mogą wyrazić swoje spostrzeżenia i przemyślenia, które uznaliby za nieistotne z medycznego punktu widzenia. Mogą też konstruować swoją tożsamość i pozycję abstrahując od narzuconych im ról instytucjonalnych.

Wywiady nagrano, przetranskrybowano i zanalizowano pod kątem występujących w nich wątków, w szczególności kwestii rozumienia przez pacjentów kluczowych aspektów z zakresu funkcjonowania systemu służby zdrowia. Założono, iż szczegółowa analiza cech dyskursywnych materiału badawczego pozwoli dostrzec poglądy i postawy pojawiające się w narracji. Na przykład zmiana perspektywy poprzez zastosowanie wyrażań deiktycznych (np. „tu”, „tam”, „u nas”, „oni”) pozwala na symboliczne określenie przynależności do pewnego miejsca lub identyfikacji z nim. Wyrażanie emocji i postaw umożliwiają na przykład frazy rzeczownikowe (np. „ogromny szok”), przymiotniki/przysłówki („miłe”, „bardziej twarde”, „zbywczono²) oraz inne

określenia wartościujące („mam w dużej estymie³”, „pomyłka z tym lekarzem”).

Wyniki i dyskusja

W tej części zostaną omówione wyniki analizy przeprowadzonych wywiadów pod kątem występujących w nich motywów: (1) migracja jako spotkanie kultur, (2) świadomość pacjentów co do różnic pomiędzy systemami służby zdrowia i postawami pacjentów w obydwu krajach oraz (3) strategie adaptacji do nowego systemu.

Z rozmów z uczestnikami wyłania się obraz migracji jako spotkania kultur. W swoich relacjach identyfikują się oni z konkretnymi wartościami kulturowymi i wynikającymi z nich zachowaniami. Dyskursywnie przejawia się to w użyciu różnych form wartościujących (przymiotniki, czasowniki, frazy złożone) jedną z kultur i porównujących ją z inną.

W poniższym przykładzie uczestniczka wyraźnie dystansuje swoją osobę od innych za pomocą zaimków deiktycznych („ja” vs. „oni”) i umiejscawia siebie w przestrzeni pomiędzy tymi dwoma punktami zaznaczając, że przybywa z zewnątrz („ja przyjechałam” i „jestem tam”). Wyraźnie jednak zestawia ze sobą dwie grupy wartości kulturowych pod kątem doświadczenia, mądrości ludowych i medycznych oraz postaw (por. Osipovič, 2013). Szanuje kulturę innych sugerując jednak, że nie potrafi odciąć się od swojej kultury rodzimej („jestem tym bardzo przesiąknięta”).

wprawdzie (jeszcze) notowane w słownikach ani odnajdywane w korpusach języka polskiego (np. NJKP), ale wyszukiwarka Google wskazuje co najmniej kilkadziesiąt zastosowań „zbywczono”, z których najczęstsze frazy to „odpowiadać zbywczono”, „potraktować zbywczono”, „zbywczono machnąć”.

² Oryginalnie użyte w stwierdzeniu „(...) no, zbywczono powiedział, że (...)”, co można zrozumieć jako „chciał mnie zbyć mówiąc...”. Należące do rejestru potocznego słowo to nie jest

³ Oryginalnie użyte w stwierdzeniu w odniesieniu do instytucji Narodowej Służby Zdrowia w: „(...) ja mam ten NHS w dużej estymie (...)”, to najprawdopodobniej kalka angielskiego wyrażenia „hold in high esteem” (szanować, poważać).

*Ja przyjechałam czy jestem tam z całym bagażem doświadczeń i takich, wiesz, prawd ludowych (...) ja się z tego nie śmieję, tak, ale to są czasami takie, no, trochę prawdy ludowe, trochę medyczne, jestem tym też **bardzo przesiąknięta**, tym polskim podejściem i do dziecka, i do samego rozwoju. Natomiast oni mają swoje podejście, tak? Może **bardziej twarde, może bardziej chłodne**. (R1)⁴*

W przykładzie poniżej rozmówczyni opowiada o swoim spotkaniu z lekarką z Bangladeszu. W opisie jej zachowania zaznacza różnicę w nastawieniu do pacjenta w porównaniu do polskich lekarzy („bardziej chciała współpracować”). Dodaje również, iż ma wrażenie, że ta lekarka „jeszcze” aż tak bardzo nie przestrzega pewnej hierarchii w kontaktach („sztywnej struktury kontaktów”). Rozmówczyni sugeruje, że jest to wyraz solidarności lekarza-migranta z innym migrantem.

*[lekarka] z Bangladeszu (...), co zauważyłam, że ona na przykład była dużo bardziej skłon-, znaczy, jakoś ten **kontakt z nią, widziałam, że (...) bardziej chciała współpracować** (...), wydawało mi się, że ona przez to, że też **nie była jeszcze tak przesiąknięta** takim, taką, trzymaniem takiej sztywnej struktury kontaktów między pacjentem i postępowaniem, takim (...) jakby niektórzy powiedzieli, **bardziej ludzka** (...) (R1)*

Kolejne dwa wątki pojawiające się w relacjach polskich pacjentów to świadomość różnic w systemie ochrony zdrowia oraz w nastawieniu samych pacjentów.

Co się tyczy tego pierwszego, system w Wielkiej Brytanii generalnie jest postrzegany jako przyjazny i zorientowany na pacjenta. Rozmówcy co prawda nie używają określenia „przyjazny pacjentowi”, które mogli zaczerpnąć z przekazów medialnych. Są jednak w stanie podać przykłady wyrazów współczucia ze strony pracowników sektora medycznego, których użycie, według jednej z uczestniczek

badania (patrz poniżej) było „miłe” i które jej się „podało” – w porównaniu do tego, co uważa za typowe dla swojego kraju pochodzenia:

*To są różnice, na przykład pacjent jest przesyłany do gabinetu imiennie, tak, **to nie jest coś takiego jak u nas**, znaczy to mi się bardzo podoba, bo pacjent jest zapraszany, tak, do gabinetu, jest Pani X, Pan Y, co wydaje mi się, że jest **sympatyczne** (...) (R2)*

*To mi się bardzo to **podobało**, dlatego że podobna zawsze po mnie wychodziła i było to takie **miłe**. (R2)*

Takie spostrzeżenie poczynili również w swoim badaniu Goodwin i współautorzy (2012). Osipovič (2013) z kolei odnotowuje, że jej rozmówcy byli wręcz „zdumieni” przyjaznym sposobem, w jaki się do nich zwracali lekarze w Wielkiej Brytanii.

W kwestii poglądów rozmówców na temat różnic w nastawieniu pacjentów, generalnie Polacy przedstawiają siebie samych jako wymagających, dochodzących swoich praw, wymagających fachowej wiedzy, bardzo często decydujących się na skorzystanie z polskiej służby zdrowia w przypadku niezadowolenia z brytyjskiej.

Wymagania pacjentów dotyczą zarówno funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, jak i samych lekarzy. Dobrą ilustrację stanowi tu przykład poniżej, gdzie rozmówczyni zwraca uwagę, iż podczas gdy w Wielkiej Brytanii długie oczekiwanie na przyjęcie przez lekarza jest czymś normalnym i „tam ludzie czekają”, w Polsce byłoby to nie do przyjęcia i że wręcz mogłoby to zrodzić „bunt pacjenta”, a nawet interweniowanie w mediach.

*Fakt, że musisz czekać tydzień czy nawet dwa na wizytę, no to to **u nas** by to nie przeszło, z tego względu, że byłby **bunt pacjenta**, byłyby zaraz media w to włączone. Natomiast, no, **tam ludzie czekają, nie?** (R1)*

Wymagania pacjenta odnoszą się również, a może przede wszystkim, do kwalifikacji

⁴ „R” odnosi się do kolejnych rozmówców.

lekarzy. W przykładzie poniżej pojawia się relacja z konsultacji w Anglii („ta lekarka”), która funkcjonuje jako podstawa dla uogólnienia dotyczącego angielskich („ta wiedza ich”) i polskich lekarzy („ja szanuję polskich lekarzy i szanuję ich wiedzę i kompetencje”).

Przy jakimś tam badaniu [jakiś parametr] był trochę powyżej normy i na przykład ta lekarka już mi nie potrafiła odpowiedzieć, co to oznacza. Mówi, że to będzie musiała skonsultować z pediatrą, i tak dalej... (R1)

Ta wiedza ich jest bardzo taka, taka, mi się wydaje, podstawowa, nie? (R1)

To znaczy, ja szanuję polskich lekarzy, tak? Ja szanuję polskich lekarzy i szanuję ich wiedzę i kompetencje. (R1)

Co ciekawe, w niewielkiej próbie badanych uczestników migranci rzadko podawali niewystarczającą znajomość języka jako źródło nieporozumień (por. fragment wypowiedzi lekarza poniżej). Skupiali się za to na niedoskonałościach lokalnej służby zdrowia i dzielili się z badaczami informacją o tym, jakie stosują strategie adaptacji, aby poradzić sobie w nowym systemie. Wśród nich można wymienić: naginanie zasad, manipulowanie faktami (np. wyolbrzymianie danego problemu zdrowotnego), grożenie konsekwencjami pracownikom służby zdrowia, powoływanie się na znajomości oraz zasięganie opinii innego lekarza (por. Migge, Gilmartin, 2011, s. 1147–1148).

W przykładzie poniżej rozmówczyni (pośrednio) przyznaje, że w odróżnieniu od miejscowych pacjentów, którzy posłusznie oczekują na wizytę, ona ucieka się do kłamstwa, aby uzyskać poradę lekarską.

Czego się nauczyłam, no to jest może, że na przykład, jak mi bardzo zależy na wizycie i uważam, że [imię] powinien być zobaczony przez lekarza, to po prostu w momencie kiedy dzwonię do poradni, wyolbrzymiam pewne, to znaczy mówię, że to znaczy nie chcę powiedzieć, że kłamię, ale mówię, że jest to poważniejsze niż faktycznie to jest. (R1)

Inny pacjent sugeruje, iż zasięgnięcie opinii u innego lekarza jest również swego rodzaju kulturową strategią adaptacji polskich migrantów. W przykładzie poniżej rozmówczyni konsekwentnie rozróżnia między „tu” i „tam” w odniesieniu do aktualnego miejsca pobytu oraz między „my” i „oni” w odniesieniu do uczestników spotkania.

Jest coś takiego u nas kulturowego, że, że ja na przykład, wiesz, cokolwiek mi tam było powiedziane, to przyjeżdżam tutaj i idę do swoich lekarzy, tak, bo chcę sprawdzić, czy oni mają rację. (R1)

Niektórzy pacjenci uważają, że lepiej będzie zasięgnąć opinii lekarza w swoim kraju, nawet jeśli jest to płatna wizyta.

Fragment poniżej, który pochodzi z wywiadu z lekarzem z długoletnim doświadczeniem pracy na Wyspach, potwierdza, że przyczynami nieporozumień na linii lekarz–pacjent w kontekście migracyjnym nie jest słaba znajomość języka, ale raczej różnice w kulturze komunikacji. Rozmówca zauważa, że ze strony lekarza bariera językowa nie wchodzi w grę, gdyż „nikt odpowiedzialny nie pojedzie, że tak powiem, robić za lekarza, jak nie zna języka”. Spostrzeżenie to wydaje się współgrać z wypowiedziami pacjentów, którzy również nie podawali tego za powód nieporozumień.

Lekarz: No, nikt odpowiedzialny nie pojedzie, że tak powiem, robić za lekarza, jak nie zna języka, nie?

Badacz: No, ale pewnie zdarzają się afery, gdzie jest jakiś poważny błąd z powodu bariery językowej?

Lekarz: Nie, wynika, wynika, że jest nieporadny i że z tego powodu czasem jest tak nieporadny, że nie powinien pracować, ale żadnej afery nie słyszałem ani w prasie, ani osobiście...

Badacz: ... że pacjent umarł, bo lekarz źle odczytał receptę albo coś takiego...

Lekarz: Nie, nie...

Wnioski

Celem niniejszego artykułu było wyeksponowanie znaczenia różnic kulturowych w kulturach komunikacji w opiece zdrowotnej w Polsce i w Wielkiej Brytanii. Różnice te dotyczą ról i postaw pacjenta i lekarza oraz ich oczekiwań względem funkcjonowania systemu służby zdrowia i zachowań prozdrowotnych, co może wpływać na sprawność komunikacji na linii lekarz–pacjent, a ostatecznie także na efekty leczenia.

Różnice te zostały wyłonione na podstawie wywiadów przeprowadzonych z polskimi pacjentami, którzy korzystają lub korzystali z brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej, oraz rozmowy z lekarzem z historią pracy w obu krajach. Taki typ danych pozwolił nam na zbadanie tych zagadnień poza kontekstem nierównowagi władzy, typowej dla komunikacji lekarz–pacjent. Względnie nieskrępowane okoliczności przeprowadzania wywiadów pozwoliły na swobodne wypowiedzi pacjentów dotyczące różnic pomiędzy dwoma systemami ochrony zdrowia, a także samymi lekarzami i ich sposobami komunikowania się z pacjentami.

Wśród najczęściej pojawiających się wątków były świadomość różnic kulturowych pomiędzy systemami opieki zdrowotnej oraz pacjentami i lekarzami, a także strategie adaptacji do istniejących odmienności. Na poziomie języka różnice te przejawiały się za pomocą określeń wartościujących oraz środków umożliwiających pozycjonowanie uczestników i ich postaw (np. „my”/„oni”, „tu”/„tam”).

Wnioski z przeprowadzonej (pilotażowej) analizy mają praktyczne znaczenie dla propagowania tzw. opieki medycznej zorientowanej na pacjenta, poprzez wsparcie rozwiązań na poziomie lokalnym oraz w społecznościach migrantów (por. „akulturacja zdrowotna” migrantów, Ronellenfitsch, Razum, 2004, cytowane w Sime, 2014, s. 86).

Należy podkreślić *potrzebę większej świadomości różnic kulturowych zarówno u migrantów, jak i pracowników służby zdrowia* (Migge, Gilmartin, 2011, s. 1144; Durieux-Paillard,

2007, s. 203; Osipovič, 2013). Ponadto wyniki badań językoznawczych powinny być wykorzystane w kształceniu lekarzy, co wymaga interdyscyplinarnego podejścia do badań i wdrożeń.

Bibliografia

- Brink-Muinen A. van den, Maarros H.-I., Tähepöld H. (2008). Communication style in primary health-care in Europe. *Health Education*, 108, 5, 384–439. (<https://postprint.nivel.nl/PPpp3362.pdf?>).
- Byrne P.S., Long B.E.L. (1976). *Doctors talking to patients*. HMSO: London.
- Commander S., Kangasniemi M., Winters L.A. (2003). The brain drain: Curse or boon? *IZA Discussion Paper*, 809. (<http://iza.org>).
- Coulter A., Jenkinson C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Health Services Research*, 15, 4, 355–360.
- Durieux-Paillard S. (2007). Differences in language, religious beliefs and culture: The need for culturally responsive health services. Rachel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (ed.), *Migration and health in the EU*. Open University Press, 203–212. (http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/161560/e96458.pdf).
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal of American Medical Association*, 267, 2221–2226.
- Flick U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Flick U. (2000). Episodic interviewing. Bauer M.W., Gaskell G. (ed.), *Qualitative researching with text, image and sound*. London: Sage, 75–92.
- Goodwin R., Polek E., Goodwin K. (2012). Perceived changes in health and interactions with 'the Paracetamol force': A multimethod study. *Journal of Mixed Methods Research*, 7, 2, 152–172.
- Hofstede G., Hofstede G.J. (2005). *Cultures and organisations: Software of the mind* (revised and expanded 2nd edition). New York: McGraw-Hill.
- Kaczmarczyk P. (red.) (2014). Recent trends in international migration in Poland. The 2012 SOPEMI Report. *CMR Working Paper*, 71, 129. (<http://www.migracje.uw.edu.pl/publ/2373/>).
- Lee J. Y. J., Kearns R.A., Friesen W. (2010). Seeking affective healthcare: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health & Place*, 16, 108–115.

- Leśniowska J. (2007). Migration patterns of Polish doctors within the EU. *European Snapshots*, 13, 4, 7–8.
- Leśniowska J. (2008). Poland's nursing brain drain to the west. *Health Affairs*, 27, 2, 593.
- Main I. (2014). Medical travels of Polish female migrants in Europe. *Czech Sociological Review*, 50, 6, 897–918.
- Meeuwesen L., Brink-Muinen A. van den, Hofstede G. (2009). Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education and Counseling*, 75, 58–66.
- Migge B., Gilmartin M. (2011). Migrants and health-care: Investigating patient mobility among migrants in Ireland. *Health & Place*, 17, 1144–1149.
- Nielsen S.S., Yazici S., Petersen S.G., Blaakilde A.L., Krasnik A. (2010). Use of cross-border health-care services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark: A combined survey and registry study. *Health Services Research*, 12, 390.
- Osipovič D. (2013). 'If I get ill, it's onto the plane, and off to Poland.' Use of health care services by Polish migrants in London. *Central and Eastern European Migration Review*, 2, 2, 98–114.
- Parson T. (1951). *The social system*. Glencoe, IL: The Free Press.
- Rienzo C., Vargas-Silva C. (2014). Migrants in the UK: An overview. Migration Observatory briefing. COMPAS: Oxford University. (<http://migration-observatory.ox.ac.uk>).
- Ronellenfitsch U., Razum O. (2004). Deteriorating health satisfaction among immigrants from Eastern Europe to Germany. *International Journal of Equity Health*, 3, 4, 1–10.
- Roter D., Stewart M. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome – a meta-analysis. Stewart M., Roter D. (red.), *Communicating with medical patients, impact of the doctor – patient relationship on outcomes of chronic disease*. Thousand Oaks, CA: Sage, 228–245.
- Sime D. (2014). 'I think that Polish doctors are better': Newly arrived migrant children and their parents' experiences and views of health services in Scotland. *Health & Place*, 30, 86–93.
- Szasz T.S., Hollender M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor–patient relationship. *AMA Archives of Internal Medicine*, 97, 5, 585–592.
- Ślęzak E. (2014). The post-2004 migration of the Polish medical personnel to the United Kingdom and its impact on societies and economies. Preliminary remarks. *International Business and Global Economy*, 33, 154–165.
- Ślęzak E. (2016). The intergenerational relations of Polish medical migrants in the UK. *Lidé města*, 2, 231–252.
- Wyrozębska A., Wyrozębski P., Dmoch-Gajzlerska E. (2013). Why do Polish healthworkers want to work abroad? *Electronic International Interdisciplinary Conference* 2, 6, 270–274.