

Maria J. Siemińska, Magdalena Szymańska, Monika Tyszkiewicz

Dotyk jako czynnik współtworzący relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentem

The touch as the factor co-creating the relation between a patient and medical staff

Samodzielna Pracownia Psychologii i Socjologii Lekarskiej Pomorska Akademia Medyczna

Czy to ja mieszkam w moim ciele, czy może ciało jest moim „ja”? Czym ono jest dla mnie? Czymś, co posiadam na własność, „mną” samym czy tylko biologicznym fundamentem świadomości? Kiedy myślę, odczuwam, pragnę, to czynię to „ja” czy moje ciało? Czy myśl jest wytworem czystego rozumu, czy też rodzi się w ciele, by poza nie wykroczyć? A uczucie – czy ma swe źródło w czystym sercu, czy w zmysłowym ciele?

Nota wydawcy do książek z serii *Przygody Ciała* –
Wydawnictwa Słowo/Obraz Terytoria

Człowiek wywodzący się z „kultury Zachodu” przeżywa siebie w sposób dualistyczny, jako „somę” i „psychę”. Jest to związane z tradycją chrześcijańską, opartą na judeogreckiej wierze w wyższość rozumu nad ciałem. „Gdy oddziela się umysł od ciała, (...) staje się ono po prostu mięsem na szkielecie z kości lub, jak widzi je współczesna medycyna, laboratorium biochemicznym”¹. Ponadto – w sensie bardziej symbolicznym – ciało, jako czemuś odrębnemu od duszy, przypisuje się wszystkie grzeszne lub irracjonalne impulsy. Jest ono zatem w znacznym stopniu częścią świata otaczającego, ponieważ jest odczuwane jako przedmiot wymagający pokierowania, który przeszkadza lub pomaga w realizacji celów, jest źródłem przyjemności albo

przykrości. Natomiast uczucia, myśli, marzenia, decyzje bliższe są psychce, a więc odczuwamy je bardziej podmiotowo – jako części „ja”. Wnętrze ciała jest mniej „przedmiotowe” niż części zewnętrzne, albowiem nie posiada ono cech przedmiotu, takich jak możliwość zmieniania, dotykania, poruszania, manipulowania itp. Ponadto obraz wnętrza ciała jest mglisty, ciemny i fragmentaryczny – dzieje się tak za sprawą odmiennych receptorów, które go stwarzają².

Tym, co jednocześnie łączy i oddziela od siebie te dwa światy: wewnętrzny i zewnętrzny, jest skóra. Bodźce odbierane przez jej receptory są przetwarzane w umyśle na wrażenia, takie jak ciepło i zimno, łaskotanie, dotyk, przyjemność, ból. Skóra jest więc narządem zmysłu, można o niej powiedzieć, że jest zewnętrzną częścią układu nerwowego, albowiem wspólnie z nim, jak twierdzi współczesna embriologia, pochodzi z tego samego listka zarodkowego – ektodermy³. Mówi się o niej, że jest zwierciadłem duszy, ponieważ odzwierciedla samopoczucie i stan zdrowia człowieka; głównym organem, który wyraża stan psychiki, ale jest również środkiem komunikacji. Dotyk doświadczamy przez skórę, a kontakt za jej pośrednictwem ma silny wpływ na stan emocjonalny człowieka, dlatego obecnie docenia się terapeutyczną

1. A. Lowen: *Duchowość ciała*. Santorski&Co, Warszawa 1991, s. 11.

2. A. Kępiński: *Psychopatologia nerwic*. PZWL, Warszawa 1986 s. 48.

3. B. Luban-Plozza, W. Poldingier, F. Kroger, B. Wasilewski: *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1995, s. 111–112.

funkcję dotyku. Przyjazne dotknięcie informuje o obecności, lekkie pogłaskanie pociesza i uspokaja, oklepanie rozluźnia i uwalnia napięcia, kołysanie pociesza i przypomina o naturalnym krążeniu i pulsacji. Szczególnie warto zalecić ten rodzaj dotyku wobec pacjentów ciężko chorujących. Wówczas dotyk wpływa na obniżenie ciśnienia, uśmierza ból, daje fizyczne i psychiczne uspokojenie. W tym sensie dotyk staje się formą pomocy terapeutycznej.

Dotyk pełni również funkcję interakcyjną. W tym znaczeniu dotyk może być aktem wchodzenia w interakcję i budowania komunikacji. Staje się to możliwe przy przyjęciu przekonania o jedności ciała i tożsamości. Dzięki temu przekonaniu skutki dotyku mogą sięgać znacznie głębiej, ponieważ jeżeli przyjmiemy, że nasze ciało to Ja, to dotykając drugiej osoby, dotykamy nie części osoby (jej materii), ale jej całego, prawdziwego JA.

Najprostszym i bardzo wymownym przykładem takiej relacji jest podanie ręki pacjentowi na powitanie. Ten gest pomaga w nawiązaniu osobistej więzi oraz okazaniu szacunku i akceptacji. Dotyk może przenosić pomiędzy ludźmi pozytywne uczucia, może również przekazywać uczucia negatywne. Na skutek przemocy fizycznej czy seksualnej pojawiają się „zranienia”, zapisują się one w ciele jako osobiste przekonania i nastawienia, które sprawiają, że dotyk traktowany jest jako coś zakazanego lub budzącego lęk.

Kontakt dotykowy należy do najbardziej pierwotnych relacji społecznych. Jest wiele sposobów wzajemnego dotykania się ludzi, lecz tylko niektóre są używane w danej kulturze. W kulturze europejskiej dotyk był regulowany ścisłymi zasadami, dzięki którym współtworzył relacje społeczne: szczególnie te o charakterze seksualnym, wychowawczym, agresywnym, afiliacyjnym⁴.

W życiu społecznym regulacji podlegają formy kontaktu dotykowego oraz przestrzeni pomiędzy ludźmi. Jednym z pionierów badających ten temat był amerykański antropolog T. Hall, który w latach 60. wprowadził w swoich analizach termin „proksemika” (proximity po angielsku znaczący bliskość). Jego badanie rzuciły nowe światło

na relacje łączące nas z innymi ludźmi. Każdy człowiek wytycza strefę, którą traktuje jako swoje terytorium, swoiste poszerzenie własnego ciała. Obszar ten można podzielić na cztery strefy:

1. Strefę intymną (od 15 do 45 cm). Ze wszystkich stref ma ona największe znaczenie i każdy człowiek broni jej jak najcenniejszej własności. Mogą w nią wkroczyć tylko ci, którzy są bardzo blisko związani emocjonalnie z daną osobą: współmałżonkowie, dzieci, partnerzy, przyjaciele, krewni. Jest jednak jeszcze obszar bardzo bliskiego kontaktu – do 15 cm wokół ciała, który jest otwierany tylko w czasie fizycznego kontaktu.
2. Strefę osobistą (46–120 cm). Jest to odległość, w jakiej pełnimy społeczne funkcje.
3. Strefę społeczną (120–360 cm). Jest to odległość wobec obcych i ludzi, których dobrze nie znamy
4. Strefę publiczną (powyżej 360 cm). Bezpieczny dystans w tłumie⁵.

Praktycznym zastosowaniem tych stref dystansu jest ochrona. W związku z tym dopuszczamy możliwość naruszenia naszej sfery intymnej przez drugiego człowieka, ale pod warunkiem, że „intruz” jest bliskim krewnym lub przyjacielem. W innym wypadku postrzegamy go jako wroga i przygotowujemy się na odparcie ataku. Wtargnięcie obcego na nasze najbliższe terytorium powoduje fizyczne zmiany w naszym ciele. Serce przyspiesza pracę, więcej adrenaliny dostaje się do krwioobiegu, a krwi do mózgu, mięśnie przygotowują się na odparcie możliwego ataku albo ucieczkę⁶. Nasza kultura ma bezpośredni wpływ na rozmiar stref dystansu i różnicuje nas znacznie, co może prowadzić do nieporozumień w komunikacji pomiędzy przedstawicielami różnych kultur.

Lekarz przeprowadzający badania kliniczne, zwane inaczej badaniami somatycznymi lub fizycznymi, wkracza w najbardziej intymne obszary ciała pacjenta. Autorzy książki *Jak rozmawiać z pacjentem* zauważają w związku z tym, że „lekarz musi wyrobić sobie pewne mechanizmy obronne, dzięki którym będzie mógł nadać walory profesjonalizmu bliskości i intymności”⁷. Le-

4. M. Argyle: *Psychologia stosunków międzyludzkich*. PWN, Warszawa 1991.

5. A. Pease: *Mowa ciała*. Jedność, Kielce 2001, s. 21–23.

6. *ibidem*, s. 15.

7. P. R. Mayerscough, M. Ford: *Jak rozmawiać z pacjentem*. GWP, Gdańsk 2001, s. 64.

karz i pielęgniarka powinni mieć świadomość informacji przekazywanych przez dotyk; bowiem dotyk jest podstawowym nośnikiem emocji, poprzez które wyrażają się akceptacja, sympatia, a także niechęć i odrzucenie. Jeśli dotyk ma stać się narzędziem budującym relację, lekarz i pielęgniarka muszą się upewnić, czy pacjent akceptuje tę formę kontaktu. Griffin podkreśla moc intensyfikującą dotyku – dotyk wzmacnia pozytywne i negatywne uczucia, jakie są pomiędzy partnerami relacji⁸.

Sposób dotykania chorego przez lekarza i pielęgniarkę jest także informacją o komunikacji społecznej i kulturze. Te dwa wymiary wyznaczają przestrzeń, w której osobowość lekarza, czy pielęgniarki, a z drugiej strony pacjenta budują kontakt dotykowy. Bowiem chociaż zostaliśmy wychowani w jednej kulturze, to cechują nas różnice osobowościowe wpływające na zakres potrzeby i akceptacji dotyku, również w sytuacji opieki medycznej.

Cel pracy

Celem pracy było poznanie i opisanie kontaktu dotykowego pomiędzy pacjentem a lekarzem i pielęgniarką, chcieliśmy ustalić częstość oraz formy jego występowania.

Dla potrzeb naszej pracy przyjęliśmy, że w opiece medycznej występują dwa rodzaje dotyku: dotyk diagnostyczny, związany z rutynowym badaniem klinicznym, za pomocą którego lekarz i pielęgniarka poznają ciało chorego, oraz dotyk wspierający, łączący w sobie funkcję interakcyjną z funkcją terapeutyczną (które zostały powyżej opisane). Tak więc dotyk wspierający to dotyk wspomagający budowanie kontaktu interpersonalnego, wyrażający również troskę, pocieszenie, uspokojenie.

Głównym problemem badawczym było określenie zapotrzebowania pacjentów na dotyk w sytuacji opieki medycznej.

Metodologia badań

Badaniami objęto 76 pacjentów oddziału: chirurgicznego, dermatologicznego, internistycznego i okulistycznego. Przebadano 38 kobiet w wieku od 22 do 76 lat oraz 38 mężczyzn w wieku od 17 do 78 lat. Średnia wieku dla kobiet

wynosi 48 lat, dla mężczyzn 48,5. Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci pozostający w związkach małżeńskich, o średnim poziomie wykształcenia, przebywający w szpitalu średnio od 3 do 6 dni. W badaniu posłużono się kwestionariuszem wywiadu ułożonym przez autorki.

Wyniki badań

Wyniki badań ankietowych pokazują, iż 66 hospitalizowanych pacjentów (tj. 86,8%) akceptuje dotyk diagnostyczny. Jest on akceptowany przez 35 mężczyzn (tj. 92%) oraz 31 kobiet (tj. 81,5%). Szczegółowe dane zostały przedstawione w tabeli 1.

Istnieją jednak pacjenci (5 osób), dla których dotyk diagnostyczny jest trudny do zaakceptowania. Kojarzy się on najczęściej z bólem, nieprzyjemnymi zabiegami czy wywołuje poczucie wstydu.

Z odpowiedzi zawartych w ankietach wynika również, że zdecydowana większość pacjentów akceptuje dotyk wspierający (tabela 2). W relacji z lekarzem akceptuje go 57 badanych (tj. 75%), w relacji z pielęgniarką 61 osób (tj. 80%).

Dla 12 pacjentów (tj. 15,7%) dotyk wspierający w relacji z lekarzem jest obojętny. Podobną postawę wobec dotyku wspierającego wobec pielęgniarek prezentuje 9 pacjentów (tj. 11,8%).

Zauważyliśmy, że powyższa postawa wobec lekarza nie przekłada się na potrzebę dotyku wspierającego pielęgniarki; 7 osób z grupy obojętnych wobec dotyku wspierającego lekarza akceptuje ten dotyk ze strony pielęgniarki. Z kolei z grupy 9 pacjentów obojętnych na dotyk wspierający pielęgniarki, 4 osoby są w stanie zaakceptować dotyk lekarza. W tej grupie były 4 osoby, dla których ta forma dotyku była obojętna – zarówno ze strony lekarza jak i pielęgniarki.

Nie akceptuje dotyku wspierającego ze strony lekarza 7 pacjentów (tj. 9,2%) oraz 6 ze strony pielęgniarki (tj. 7,9%). Podobnie jak przy postawie obojętności, postawa nieakceptacji dotyku wspierającego lekarza nie przekłada się na nieakceptację dotyku wspierającego pielęgniarki.

Z grupy 7 pacjentów nieakceptujących dotyku lekarza 3 akceptowało dotyk pielęgniarki. Natomiast z grupy 6 pacjentów nieakceptujących dotyku pielęgniarek również 3 akceptowało do-

8. E. Griffin: *Język przyjaźni*. Wydawnictwo Rodzinny Krąg, Warszawa 1994, s. 146–147.

Tabela 1. Akceptacja dotyku diagnostycznego przez pacjentów

	Akceptacja dotyku diagnostycznego					
	M N = 38		K N = 38		Ogółem N = 76	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Tak	24	63,1	16	42,1	40	52,6
Raczej tak	11	29,0	15	39,4	26	34,2
Obojętne	1	2,6	4	10,5	5	6,6
Raczej nie	2	5,2	3	8,0	5	6,6
Nie	0	0	0	0	0	0

tyk lekarza. Ustaliśmy, że 3 osoby nie akceptowały dotyku wspierającego zarówno ze strony lekarzy, jak i pielęgniarek. Żadna z badanych zmiennych społeczno-demograficznych nie wyjaśniła nam przyczyn takiej postawy.

Porównując tak wyodrębnione 3 grupy badanych (akceptujących, obojętnych i nieakceptujących), ustaliliśmy, że jedyna cecha różniąca te grupy to był wiek pacjentów: w grupie pacjentów akceptujących średnia wieku wynosiła $x = 48$ lat, w grupie pacjentów obojętnych $x = 43$ lata, w grupie nieakceptujących $x = 56$ lat.

Znaczące różnice uwidaczniają się przy analizie preferowanych przez pacjentów form dotyku wspierającego w relacji z lekarzem i z pielęgniarką. Formy najczęściej akceptowane przez kobiety w relacji z lekarzem to: podanie ręki przy powitaniu i trzymanie za rękę. Mężczyźni akceptują najbardziej podanie ręki przy powitaniu i poklepywanie po ramieniu. Natomiast w relacji z pielęgniarką najczęściej oczekiwaną przez

kobiety formą dotyku wspierającego jest trzymanie za rękę, przez mężczyzn poklepywanie po ramieniu. Podanie ręki na powitanie jest mniej ważne w tej relacji. Sądzymy, że różnice te wynikają ze społecznego odbioru roli lekarza i pielęgniarki. Poniższe wykresy prezentują formy dotyku wspierającego, zarówno oczekiwanego jak i doświadczanego przez kobiety i mężczyzn w sytuacji opieki medycznej.

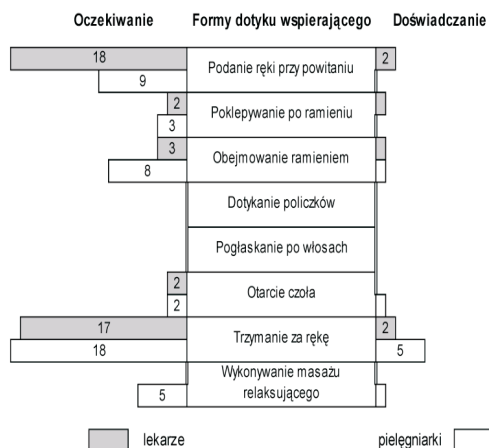
Jak pokazują wyniki badań, 32 kobiety (tj. 84,2%) i 30 mężczyzn (tj. 76,3%) nie doświadczyło w czasie pobytu w szpitalu gestów wspierających ze strony lekarzy. Tylko w odniesieniu do 14 osób – w tym 6 kobiet (tj. 15,7%) i 8 mężczyzn (tj. 21%) – pojawiły się gesty wspierające ze strony lekarza w postaci podania ręki na powitanie, trzymania za rękę, obejmowania ramieniem, poklepywania po ramieniu.

Również 30 pacjentek (tj. 79%) i 33 pacjentów (tj. 86,8%) nie doświadczyło tego typu gestów wspierających ze strony pielęgniarek, chociaż

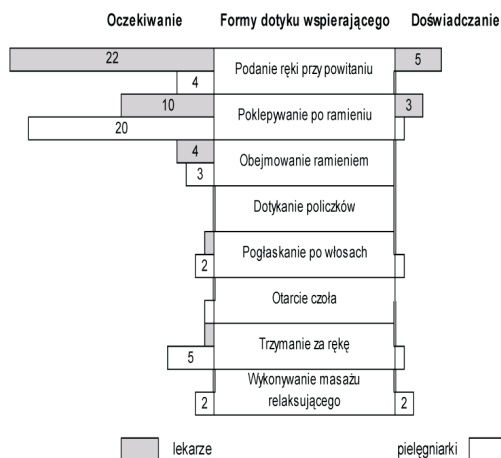
Tabela 2. Akceptacja dotyku wspierającego przez pacjentów

	Akceptacja dotyku wspierającego					
	w relacji z lekarzem			w relacji z pielęgniarką		
	M N = 38 (%)	K N = 38 (%)	Ogółem N = 76 (%)	M N = 38 (%)	K N = 38 (%)	Ogółem N = 76 (%)
Tak	47,3	42,1	44,7	34,2	55,2	44,7
Raczej tak	23,6	37,0	30,2	42,2	29,0	35,5
Obojętne	21,2	10,5	15,7	10,5	13,2	11,8
Raczej nie	5,2	7,8	6,6	10,5	2,6	6,6
Nie	2,6	2,6	2,6	2,6	0	1,3

Wykres 1. Formy dotyku wspierającego doświadczane i oczekiwane przez pacjentki Kobiety



Wykres 2. Formy dotyku wspierającego doświadczane i oczekiwane przez pacjentów Mężczyźni



kontakt pielęgniarki z pacjentem jest z pewnością znacznie częstszy w sytuacji opieki szpitalnej. Zaledwie 13 pacjentów (tj. 17,1%) podkreśliło, że będąc na oddziale, zetknięto się z pewnymi formami dotyku ze strony pielęgniarki poza koniecznością leczenia. Było to: trzymanie za rękę, wykonanie masażu relaksującego, otarcie

czoła, obejmowanie ramieniem, pogłaskanie po włosach. Można stwierdzić, że dotyk wspierający jest prawie nieistniejącą formą relacji w opiece szpitalnej.

Prawie 60% hospitalizowanych pacjentów, odnosząc się do swoich przyszłych kontaktów z pracownikami opieki medycznej, wyraziło potrzebę częstszego dotyku wspierającego.

Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki wskazują na niedostrzeżenie przez lekarzy, a także pielęgniarki znaczenia dotyku wspierającego. W poprzednich badaniach, opisujących postawy studentów wobec pacjentów, również zauważyliśmy niedoceniecie przez nich znaczenia dotyku w kształtowaniu relacji z człowiekiem cierpiącym. Sądymy, że wpływ na to ma nasza kultura, wyznaczająca duży dystans pomiędzy ludźmi, a także relacje społeczne, w których pacjent bywa podporządkowany personelowi medycznemu⁹. Ponadto istnieje duża grupa lekarzy i pielęgniarek, którzy nie są przekonani do tej formy kontaktu – podanie ręki osobie starszej budzi w nich zażenowanie, bądź niepewność.

O czym mówią oczekiwania pacjentów? Najczęstszą formą kontaktu oczekiwaną przez pacjentów było podanie ręki przy powitaniu. Znaczenie podania ręki, szczególnie, gdy podający ją stoi wyżej w hierarchii społecznej, ośmiela osobę stojącą niżej, ponadto uspakaja ją, dodaje jej odwagi. Gest ten należy do tzw. gestów wiążących, którego zasadniczym zadaniem jest otoczenie opieką – „Najrozmaitsze gesty warunkujące kontakt, jak np. podanie rąk, pieszczenie, obejmowanie i głaskanie, wywodzą się z opiekuńczego zachowania wobec potomstwa”¹⁰. Zwracamy uwagę, że częściej ten gest był oczekiwany przez pacjentów ze strony lekarzy niż pielęgniarek. Zachowanie to, regulowane u nas przez zwyczaje społeczne (regulacja wyrażająca szacunek), przynależy w opinii pacjentów bardziej lekarzom niż pielęgniarkom.

9. M. J. Siemińska, M. Szymańska: *Development of sensitivity to the needs and suffering of a sick person in students of medicine and dentistry*. Medicine, Health Care and Philosophy, Kluwer Academic Publishers, 2002.

10. E. Eibesfeldt: *Miłość i nienawiść*. PWN, Warszawa 1987, s. 222.

Dla pacjentek równie ważne było trzymanie za rękę, które wyraża towarzyszenie w trudnych momentach życia, symbolizuje również przeprowadzenie osoby bliskiej przez trudy choroby i cierpienia. Innego zachowania oczekują chorzy mężczyźni: akceptują poklepywanie po ramieniu, co dla kobiet jest prawie nieistotne. Gest ten, zdaniem Morrisa, pojawia się wówczas, gdy uściśnienie ręki byłoby zbyt pompatyczne, a objęcie zbyt serdeczne, spotyka się go wśród znajomych, których łączyły wspólne wspomnienia. Sygnalizuje on poufałość bez czułości, wskazuje, że znajomi darzą się dostatecznym zaufaniem, żeby nie wziąć tego działania za rzeczywisty akt agresji. Gest od wieków przynależny mężczyznom¹¹.

Z kolei obejmowanie ramieniem, trochę bardziej istotne dla kobiet, jest przyjaznym zachowaniem bez kontekstu seksualnego. Morris pisał: „... w bezpośrednich kontaktach między ludźmi okolica ramion jest tym miejscem, w którym skupiają się przyjazne działania nie seksualne”¹².

Opisane powyżej formy kontaktu dotykowego wskazują na potrzebę kształtowania relacji przyjacielskiej pomiędzy pacjentem a lekarzem i pielęgniarką. To bliskich znajomych i przyjaciół witamy, podając rękę, trzymamy za rękę, dając wsparcie w trudnych sytuacjach, poklepujemy po ramieniu, zachęcając do aktywności.

Gesty ujawniające się w relacjach zależności: głaskanie po włosach, dotykanie policzków, ocieranie czoła, wśród badanych nie znalazły akceptacji.

Znajdujemy także analogię pomiędzy naszymi wynikami a badaniami Jourarda¹³, który opisał zjawisko tzw. „ciała dla innych”, a więc miejsc na ciele, które mogą być dotykane przez najbliższe osoby. W tych badaniach akceptacja dotyku pomiędzy przyjaciółmi tej samej płci była podobna do naszych wyników, w których kobiety najbardziej aprobowały dotyk ręki i przedramion, a mężczyźni dłoni, przedramion i ramion.

Dlatego możemy uznać, że taki wymiar komunikacji niewerbalnej jak dotyk opisuje również zjawisko relacji społecznych.

Należy uświadomić również ograniczenia wynikające z kontaktu poprzez dotyk. W naszych

badaniach problem ten dotyczył trzech osób. Jeśli występuje brak silnej więzi i zaufania pomiędzy pacjentem, a lekarzem czy pielęgniarką, bardzo ostrożnie należy stosować dotyk – „Gdy więź i zaufanie pomiędzy pacjentem i terapeutą są słabe, pacjent nie będzie umiał odróżnić dotyku szkodliwego od nieszkodliwego i nie będzie w stanie przepracować niezakończonych spraw, w których pierwotnie zaznał krzywdy od innych. W takim przypadku zastosowanie dotyku może tylko pogorszyć stan pacjenta”¹⁴. Często historie życia tych osób zawierają wiele przemocy doznawanej od innych, co powoduje ich niechęć do nadmiernej bliskości.

Wnioski

Dotyk jako forma relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem i pielęgniarką występuje w niewielkim stopniu. Badania nasze wskazują, że pacjenci oczekują od lekarzy i pielęgniarek dotyku wspierającego. W przebadanej grupie pacjentów tylko trzy osoby nie akceptowały dotyku ze strony personelu.

Badania nasze wskazują na społeczny aspekt dotyku; akceptacja wybranych form dotyku może być podstawą do wnioskowania o społecznym charakterze relacji partnerów. Oczekiwania badanych pacjentów wskazują na potrzebę kształtowania relacji z lekarzami i pielęgniarkami o charakterze przyjacielskim.

Dotyk jak każdy element relacji pomiędzy ludźmi musi mieć charakter zindywidualizowany. Personel medyczny musi mieć świadomość, że bywają pacjenci, którzy mogą go nie akceptować.

Streszczenie

Dotyk jest jednym z czynników współtworzących relację pomiędzy lekarzem, pielęgniarką, a pacjentem. Wyznacza on przede wszystkim emocjonalny klimat tej relacji – wskazuje na uczucia i nastawienia osób względem siebie. Po-

11. D. Morris: *Magia ciała*. Fundacja Buchner, Warszawa 1993, s. 143.

12. Ibidem, s. 144.

13. M. Argyle: *Psychologia stosunków międzyludzkich*. PWN, Warszawa 1991, s. 47.

14. J. I. Kepner: *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*. Pusty Obłok, Warszawa 1991, s. 104.

zytywne doświadczenia są szansą przekroczenia granicy obojętności.

Celem podjętych badań było określenie stopnia akceptacji przez hospitalizowanych pacjentów różnych form dotyku diagnostycznego i wspierającego. Interesowało nas również, jak dotyk wpływa na relację pomiędzy personelem medycznym, a pacjentem

Przebadano 76 pacjentów (38 kobiet i 38 mężczyzn) oddziałów: internistycznego, dermatologicznego, chirurgicznego i okulistycznego.

Uzyskane wyniki wskazują na akceptację przez większość pacjentów dotyku wspierającego i diagnostycznego. Formy dotyku najczęściej akceptowane przez badane kobiety to: podanie ręki przy powitaniu, trzymanie za rękę; mężczyźni akceptowali najbardziej: podanie ręki przy powitaniu i poklepywanie po ramieniu. W czasie pobytu w szpitalu większość pacjentów nie doświadczyła gestów wspierających.

Słowa kluczowe: **dotyk, relacja pacjent–lekarz, relacja pacjent–pielęgniarka**

Summary

The touch is one of the factors co-creating the relation between a patient and a doctor or a nurse. Most of all, it constitutes the emotional climate of that relation – it indicates persons' feelings and attitudes towards one another.

Positive experiences provide a chance of overstepping the bounds of indifference.

This research aimed at defining the level of acceptance of various forms of diagnostic and supporting touch by hospital patients. We were also interested in the way the touch influences the relation between a patient and medical staff.

76 patients (38 women and 38 men) of internal, dermatological, surgical and ophthalmological wards have been examined.

Acquired results indicate that most of the patients accept the diagnostic and supporting touch. Forms of touch most often accepted by the examined women were: shaking hands, holding of a hand; men most often accepted shaking hands and patting on the shoulder. Most of the patients haven't experienced supporting gestures during their stay in the hospital.

Key words: **touch, patient–doctor relation, patient–nurse relation**

Adres do korespondencji

dr Maria J. Siemińska
Pracownia Psychologii i Socjologii Lekarskiej
Pomorska Akademia Medyczna
ul. Rybacka 1
Szczecin
e-mail: monika@sci.pam.szczecin.pl