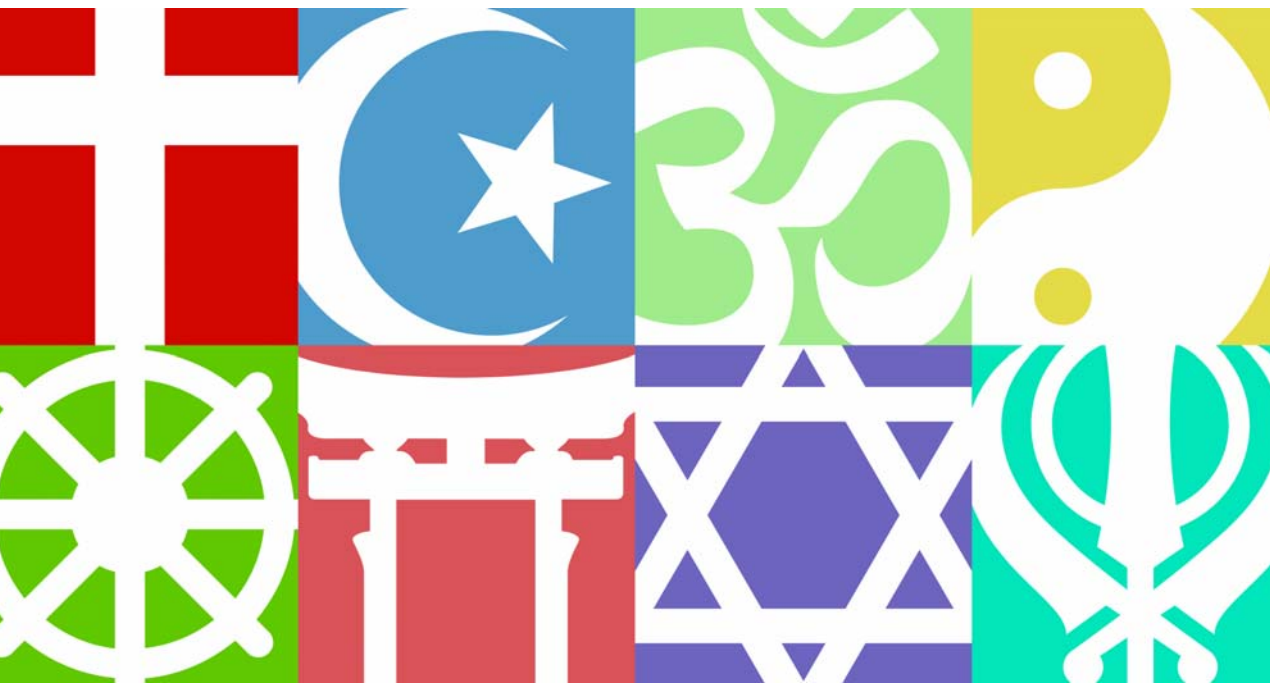


KULTUROWE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM

pod redakcją
Katarzyny B. Głodowskiej, Ewy Baum,
Rafała Staszewskiego, Ewy Murawskiej



Poznań 2019

**KULTUROWE
UWARUNKOWANIA
OPIEKI NAD
PACJENTEM**

Wykaz autorów

Dr Stanisław Antczak

Katedra Nauk Społecznych
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr hab. Ewa Baum

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Nauk Społecznych
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Mgr Aleksandra Bendowska

Katedra Nauk Społecznych
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Marek Dąbrowski

Katedra i Zakład Edukacji Medycznej,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Katarzyna B. Głodowska

Katedra Nauk Społecznych
i Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Marcin Michałak

Wydział Prawa i Administracji, Katedra
Historii Prawa, Uniwersytet Gdański

Prof. dr hab. Ewa Murawska

Akademia Muzyczna
im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu

Dr Maria Nowosadko

Studium Języków Obcych,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Mgr Katarzyna Pastusiak

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Zaburzeń Metabolicznych
i Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Rafał Staszewski

Katedra i Klinika Hipertensjologii,
Angiologii i Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Pracownia Farmakoeconomiki
Nadciśnienia Tętniczego,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Bogusław Stelcer

Katedra Higieny Żywienia Człowieka.
Zakład Dietetyki,
Uniwersytet Przyrodniczy
im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu
Wydział Nauk o Zdrowiu,
Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Mgr Radosław Zalewski

Zakład Ratownictwa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Dr Agnieszka Żok

Zakład Filozofii Medycyny i Bioetyki,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Katedra Nauk Społecznych
i Humanistycznych,
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

KULTUROWE UWARUNKOWANIA OPIEKI NAD PACJENTEM

pod redakcją
Katarzyny B. Głodowskiej, Ewy Baum,
Rafała Staszewskiego, Ewy Murawskiej

Poznań 2019

Recenzje

prof. dr hab. Elżbieta Krajewska-Kułak

prof. dr hab. Michał Musielak

dr hab. Monika Urbaniak, prof. UM

Korekta

Grażyna Dromirecka

Skład, łamanie i projekt okładki

Bartłomiej Wąsiel

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Poznań 2019

© Copyright by Wydawnictwo Miejskie Posnania, Poznań 2019

Koedycja

ISBN 978-83-7597-399-0 Wydawnictwo Naukowe UMP

ISBN 978-83-7768-219-7 Wydawnictwo Miejskie Posnania

Współwydawcy



POZnań*



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Medycznego
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

ul. Bukowska 70, 60-812 Poznań
www.wydawnictwo.ump.edu.pl



Wydawnictwo
Miejskie
Posnania

ul. F. Ratajczaka 44, 61-728 Poznań
www.wm.poznan.pl

Ark. wyd. 16,3. Ark. druk. 21,9.
Format B5. Zam. 251/2019.
Przekazano do druku w grudniu 2019.

Spis treści

Słowo wstępne Prezydenta Miasta Poznania	7
Wstęp	9
Słowo o redaktorach	13

CZĘŚĆ I

<i>Stanisław Antczak</i> Kultura i jej znaczenie	19
<i>Ewa Baum, Agnieszka Żok</i> Przez duszę do zdrowia. Wpływ czynnika duchowego na dobrostan pacjentów	47
<i>Ewa Murawska</i> Znaczenie muzyki w kulturach świata w kontekście wspomagania procesu leczniczego przy zastosowaniu muzykoterapii	61
<i>Maria Nowosadko, Rafał Staszewski</i> Komunikacja wielokulturowa w relacji lekarz-pacjent	81
<i>Katarzyna B. Głodowska</i> Procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym. Wybrane aspekty	103
<i>Marcin Michalak</i> Pacjent obcojęzyczny a uzyskanie świadomej zgody na proces leczenia przez pracowników ochrony zdrowia	117
<i>Radosław Zalewski, Marek Dąbrowski</i> Pacjent wielokulturowy, jako wyzwanie dla zespołów ratownictwa medycznego	133
<i>Aleksandra Bendowska</i> Wybrane aspekty opieki położniczej nad kobietą pochodzącą z kręgu kultury muzułmańskiej, żydowskiej, romskiej i azjatyckich	143



<i>Katarzyna Pastusiak</i> Żywienie pacjentów innych religii i kultur	159
--	-----

<i>Bogusław Stelcer</i> Japonia — wybrane aspekty kultury, pojmowania zdrowia, choroby i leczenia	169
---	-----

CZĘŚĆ II

Wywiad z Księdzem Arcybiskupem Stanisławem Gądeckim	185
Wywiad z Naczelnym Rabinem Polski Michaeliem Schudrichem	197
Wywiad z przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Imamem Yossefem Chadidem	201
Wywiad z księżmi prawosławnymi Pawłem Minajewem i dr. Włodzimierzem Misijukiem	207
Wywiad z Michałem Siwkim, nauczycielem Drogi Diamentowej	211
Wywiad z przedstawicielem Świadków Jehowy w Polsce, pracownikiem Służby Informacji o Szpitalach	217
Wywiad z Gabrielą Tobołą i Justyną Matkowską	220
Wywiad z Maho Ikushimą	227

CZĘŚĆ III

Wybrane modele postępowania z pacjentami z różnych kręgów
kulturowych — aspekty praktyczne

Buddyzm	233
Hinduizm	236
Islam	238
Judaizm ortodoksyjny	241
Katolicyzm	244
Prawosławie	246
Protestantyzm	248
Romowie	250
Shintoizm	252
Świadkowie Jehowy	254

Słowo wstępne

Prezydenta Miasta Poznania

Od wielu już lat w Poznaniu coraz częściej można usłyszeć ludzi rozmawiających z sobą po ukraińsku, a za kierownicą autobusu miejskiego spotkać Hindusa, który przybył do naszego miasta, aby dzięki pracy podjętej tutaj utrzymać rodzinę w dalekiej ojczyźnie. Wśród licznej rzeszy studentów uczelni poznańskich spotykamy Chińczyków i Tajwańczyków używających w rozmowach między sobą rodzimego języka. Obecni są także wśród nas członkowie mniejszości religijnych, jak choćby wyznawcy judaizmu, islamu i Świadkowie Jehowy, czy należący do mniejszości etnicznych Romowie. Wiele osób przyjeżdża do naszego miasta z najodleglejszych zakątków świata, gdyż Poznań staje się coraz bardziej atrakcyjnym miejscem nie tylko dla turystów. Wszyscy są u nas mile witani i widziani, czy to jako goście czy nowi mieszkańcy.

Podobnie jak każdy obywatel Poznania, również te osoby, żyjące na co dzień w zgodzie z własnymi regułami dyktowanymi przez ich kulturę, a zwłaszcza religię, mogą, a niekiedy nawet muszą skorzystać z pomocy medycznej w naszym mieście. Tematy poruszane w monografii odzwierciedlają codzienny charakter pracy z pacjentem wywodzącym się z innego kręgu kulturowego i religijnego.

Oddana w Państwa ręce publikacja jest próbą ukazania potrzeb, problemów, a także wyzwań i nowych rozwiązań, które powstają i mogą być zastosowane w pracy z pacjentem wywodzącym się z innego kręgu kulturowego i religijnego. Propozycje, które zostały w niej przedstawione, powstały dzięki współpracy wielu specjalistów.

Niezmiernie mi miło, że mogę polecić tę książkę, która — choć dedykowana jest lekarzom, pielęgniarkom, położnym, fizjoterapeutom, ratownikom medycznym, farmaceutom, dietetykom, logopedom, terapeutom zajęciowym, opiekunom medycznym — może zainteresować także inne osoby związane zawodowo z tematyką niniejszego opracowania.

Miasto Poznań wraz z autorami — specjalistami z zakresu wielokulturowości — przyczyniło się do stworzenia tej niezwykle potrzebnej monografii, która niewątpliwie ułatwi sprawowanie profesjonalnej opieki nad pacjentami wywodzącymi się z różnych kręgów kulturowych i religijnych i przyczyni się do zwiększenia ich bezpieczeństwa.

Prezydent Miasta Poznania
Jacek Jaśkowiak

W wyniku globalizacji, migracji ekonomicznej i politycznej dochodzi do coraz większego zróżnicowania kulturowego. Przedstawiciele różnych religii i kultur mają odmienne oczekiwania i potrzeby podczas choroby oraz pobytu w szpitalu, w związku z tym osoby zajmujące się leczeniem i opieką nad nimi powinny być odpowiednio przygotowane. Powinny wspierać pacjentów i służyć radą we współpracy z instytucjami, które mogą pomóc w rozwiązywaniu ich problemów.

Jak wskazuje Jabłecka w raporcie *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*¹ w trakcie opieki nad pacjentami odmiennymi kulturowo można spotkać się między innymi z takimi przeszkodami kulturowymi, jak religia, obyczaje oraz rozumienie pojęcia zdrowia i choroby czy postrzegania płci.

Warunkiem efektywnej pracy z pacjentami pochodzącymi z innych kultur jest zrozumienie przez osoby podejmujące się opieki zaplecza kulturowego pacjenta, jak również dostrzeżenie, jaki wpływ będzie miała postawa personelu medycznego na zachowanie przedstawicieli innych kultur czy religii.

Ponadto Betancourt, Green i Carrillo² stwierdzili, że osiągnięcie kompetencji kulturowych w opiece zdrowotnej pomoże usunąć bariery, wypierając obowiązujące aktualnie jedno uniwersalne i dominujące podejście do wszystkich

¹ B. Jabłecka, *Strukturalne i kulturowe bariery w dostępie imigrantów do ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012, <https://www.isp.org.pl/uploads/drive/oldfiles/B.JabeckaStrukturalneikulturowebarierywdostpieimigrantwdoochronyzdrowia.pdf> (data dostępu: 8.11.2019).

² J.R. Betancourt, A.R. Green, J.E. Carrillo, *Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches*, 2002.

pacjentów w systemie opieki zdrowotnej na zdecydowanie bardziej dostosowane do potrzeb coraz wyraźniej zróżnicowanej populacji.

Dodatkowym problemem z jakim spotyka się pracownik medyczny, jest różnorodność językowa. Obecnie w szpitalach mających ISO zostały opracowane i wdrożone elementy dotyczące komunikacji w języku obcym. Na każdym oddziale znajduje się lista osób, które komunikują się w danym języku i w razie konieczności osoby te zostają wezwane w celu pomocy przy przyjęciu pacjenta np. z Chin, Brazylii czy Indii. Może warto rozważyć wprowadzenie we wszystkich jednostkach szpitalnych procedur normujących przyjęcie pacjenta obcojęzycznego, zwiększając tym samym bezpieczeństwo swoich pracowników, bowiem przyjęcie chorego mówiącego w obcym języku może być sytuacją stresogenną, a dodatkowo obciążoną możliwością popełnienia błędu medycznego.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Głodowską i Bendowską pt. *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce*³ studenci kierunków medycznych, na etapie kształcenia zawodowego, do roku akademickiego 2019/2020 deklarowali, iż nie otrzymywali dostatecznej wiedzy i umiejętności z zakresu opieki nad pacjentem odmiennym kulturowo.

Najczęściej absolwenci kierunków medycznych, rozpoczynający indywidualną ścieżkę zawodową, nie tylko nie otrzymywali wiedzy ani umiejętności z zakresu pracy z pacjentem odmiennym kulturowo, ale dodatkowo pierwsza ich konfrontacja z chorym pochodzącym z innego kręgu kulturowego i religijnego następowała dopiero na oddziale szpitalnym. Może to stanowić trudne wyzwanie i doświadczenie dla obu stron. Co więcej, takie traktowanie pacjenta, które wynika z braku wiedzy i przygotowania, może powodować zmniejszenie wrażliwości etycznej i empatii wśród personelu medycznego, a niekiedy może wręcz prowadzić do odebrania godności pacjenta oraz pominięcia jego praw do poszanowania wyznawanych wartości.

W związku z tym uznaliśmy, że głównym celem naszych działań będzie podnoszenie kompetencji wielokulturowych przyszłych i obecnych pracowników sektora opieki zdrowotnej oraz placówek, które w drodze swoich działań spotykają się z problemami odmienności kulturowej, np. instytucje opieki społecznej. Ponadto uznaliśmy, iż należy skorzystać z wypracowanych już polskich modeli lub przenieść obce wzorce i dostosować je do rodzimych wymogów. Dlatego też niezmiernie cieszymy się, że w tym zakresie mogliśmy skorzystać z doświadczenia tworzenia bazy wiedzy z zakresu pracy z pacjentem wielokul-

³ K.B. Głodowska, A. Bendowska. *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na Uniwersytetach Medycznych w Polsce*. W: E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.). *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*. Wyd. 2. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum; 2016, s. 791.

turowym dr. Andrzeja Guzowskiego, dr Agnieszki Lankau, dr. Grzegorza Bejdy pod kierownictwem prof. dr hab. Elżbiety Krajewskiej-Kulak, którzy takie działania rozpoczęli w 2015 roku przy współpracy prezydenta Białegostoku, którzy rozpoczęli cykl publikacji pt. *Pacjent wielokulturowy*.

Z dumą informujemy, że Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu był pionierem wśród uniwersytetów medycznych w Polsce, gdyż już cztery lata temu podjął działania związane z popularyzacją wiedzy o medycynie transkulturowej, doprowadzając do przeszkolenia 690 pracowników placówek medycznych i studentów kierunków medycznych z obszaru całej Polski. Pozwoliło to nam na opracowanie skróconych schematów postępowania, które mogą być wykorzystywane przez pracowników ochrony zdrowia, a które z satysfakcją prezentujemy Państwu w tej monografii.

Poznań był również pierwszym miastem, gdzie w ramach I Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Międzykulturowa opieka medyczna wyzwaniem dla zespołu interdyscyplinarnego” (4–5 grudnia 2017 r.), organizowanej m.in. z Departamentem Nauki Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przeprowadzono w jej trakcie debatę ekspercką *Kształcenie i wprowadzanie procedur medycznych w opiece nad pacjentem odmiennym kulturowo w polskim systemie ochrony zdrowia wyzwania i zagrożenia*. Wzięli w niej udział prof. dr hab. R. Danielewicz, prof. dr hab. M. Musielak, prof. dr hab. R. Marciniak, dr hab. E. Baum, dr A. Dyzmann-Sroka, dr A. Sieradzka, ks. dr A. Sikora⁴, naczelny rabin Polski M. Schudrich, ks. P. Minajew, imam Y. Chadid, dr K.B. Głodowska. Debata zaowocowała podpisaniem listu intencyjnego przez przedstawicieli środowiska medycznego i poszczególnych religii w zakresie tworzenia procedur pracy z pacjentem pochodzącym z innego kręgu religijnego i kulturowego.

Pomimo tego, że w obecnych czasach na oddziałach szpitalnych często znajdują się pacjenci z odmiennego kręgu kulturowego lub religijnego, chociażby Świadkowie Jehowy, Romowie czy muzułmanie, personel medyczny ciągle jeszcze reaguje zakłopotaniem. Jesteśmy przekonani, że za sprawą wiedzy znikną lęk, zagubienie, frustracja. Dzięki pozyskanym wiadomościom i profesjonalnemu podejściu z zakresu międzykulturowości możemy stać się dla pacjenta partnerem i wsparciem, a on dla nas nie będzie już kłopotliwym wyzwaniem, lecz osobą, która potrzebuje naszej opieki. Mamy nadzieję, że monografia, którą Państwo właśnie trzymają w ręku, przyczyni się do pozytywnego i przyjaznego postrzegania pacjentów innych religii i kultur przez wszystkie służby medyczne.

⁴ Dr Adam Sikora reprezentował Arcybiskupa Stanisława Gądeckiego w czasie debaty, która odbyła się 4 grudnia 2019 roku.

Dużym zaszczytem była dla nas możliwość przeprowadzenia inspirujących rozmów⁵ z arcybiskupem Stanisławem Gądeckim, naczelnym rabinem Polski Michałem Schudrichem, przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Imamem Yossefem Chadidem, księżmi prawosławnymi Pawłem Minajewem i Włodzimierzem Misijukiem, a także Michałem Siwkiem, nauczycielem Drogi Diamentowej czy Justyną Matkowską, pełnomocniczką wojewody dolnośląskiego ds. mniejszości narodowych i etnicznych w latach 2016–2019 oraz Gabrielą Tobiłą, menedżerką kultury i działaczką społeczną związaną z poznańskimi organizacjami pozarządowymi, która od 2002 roku współtworzy i prowadzi poznańską Fundację „Bahtale Roma”.

Wartym szczególnej uwagi i podkreślenia jest fakt, że to właśnie dzięki efektywnej współpracy Uniwersytetu Medycznego z Urzędem Miasta Poznania oraz zdecydowanie proaktywnej postawie władz naszego miasta na rzecz dobra wszystkich pacjentów, także tych „innych”, „nietypowych” czy „obcych kulturowo”, projekt ten został zrealizowany.

Bycie odmiennym czy nietypowym nie może stanowić wymówki dla braku uzyskania profesjonalnej opieki medycznej, na jaką zasługuje każdy z nas. Wiele jest jeszcze na tym polu do zrobienia, ale mamy nadzieję, że niniejsza monografia, choć w jakimś stopniu, ułatwi Państwu kontakt z pacjentem odmiennym kulturowo, co przyniesie satysfakcję obu stronom. To jest naszym celem i wyzwaniem, gdyż „każdy jest obcy, zanim stanie się bliski”.

Katarzyna B. Głodowska, Ewa Baum, Rafał Staszewski, Ewa Murawska

⁵ Wszystkie rozmowy zostały przeprowadzone od marca do maja 2019 roku.

Słowo o redaktorach



Katarzyna B. Głodowska

Doktor nauk o zdrowiu, mgr pielęgniarstwa adiunkt w Katedrze Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, członek Rady ds. E-zdrowia w Pielęgniarstwie w Centrum Systemów Informatyzacji Ochrony Zdrowia w Warszawie. Kierownik i koordynator sześciu międzynarodowych projektów naukowo-badawczych związanych z historią medycyny i etyki zawodowej, a od roku akademickiego 2015/2016 kierownik projektu „Cztery religie, cztery kultury. Transkulturowa opieka medyczna w obliczu narodzin i śmierci”. W latach 2016/2018 główny wykonawca grantu finansowanego w ramach NCBiR MEDI+: Centrum Doskonalenia Kompetencji Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, w ramach którego powstały autorskie zajęcia z zakresu transkulturowej opieki medycznej, przygotowane i prowadzone przez autorkę (zajęcia odbywały się w interdyscyplinarnej grupie składającej się ze studentów kierunku lekarski, pielęgniarstwa, położnictwa, fizjoterapii). Budując program z zajęć z pacjentem wielokulturowym wykrzystała doświadczenie z obytych staży w Uniwersytecie Medycznym w Grodnie, Uniwersytecie w Bremen, Uniwersytecie w Hamburgu, Instytucie Yad Vashem w Jerozolimie. Zainteresowania badawcze oscylują wokół: historii medycyny, etyki zawodowej, telemedycyny i nowoczesnych technologii, budowaniu zespołów interdyscyplinarnych i wielokulturowości w medycynie.



Ewa Baum

Doktor habilitowany nauk o zdrowiu, adiunkt i kierownik Zakładu Filozofii Medycyny i Bioetyki Katedry Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Zainteresowania naukowe dotyczą kwestii związanych z ekspansywnym rozwojem biomedycyny i kontekstami etycznymi oraz prawnymi, które są implikowane przez te wydarzenia. W szczególności zaś konsekwencjami rozwoju współczesnej transplantologii, medycyny regeneracyjnej, reprodukcyjnej oraz dializoterapii. Autorka książek, m.in.: Komórki macierzyste jako bioetyczny problem współczesnej medycyny (2010) czy Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej (2017) oraz ponad stu artykułów opublikowanych w czasopiśmie krajowych i zagranicznych, redaktor wielu publikacji. Laureatka nagród naukowych, np. nagrody za najlepszy abstrakt dotyczący hemodializy przyznawany przez The International Society for Hemodialysis, USA 2015 oraz nagród dydaktycznych, w tym nagrody dla Wykładowcy Roku 2018 na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu. Nauczyciel akademicki prowadzący zajęcia polskojęzyczne oraz anglojęzyczne z przedmiotów etycznych, bioetycznych, a także związanych z funduszami unijnymi i polityką zdrowotną Unii Europejskiej, trener kadry medycznej. Członek międzynarodowych zespołów badawczych, oraz towarzystw, m.in. The European Society for Philosophy of Medicine and Health Care, a także jedna z pomysłodawczyń podpisania Listu Intencyjnego w zakresie pracy z pacjentem wywodzącym się z odmiennego kręgu kulturowego.



Rafał Staszewski

Doktor nauk medycznych, specjalista zdrowia publicznego; adiunkt w Katedrze i Klinice Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych oraz Pracowni Farmakoeconomiki Nadciśnienia Tętniczego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Pełnił funkcję Kancelarza Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, a obecnie Dyrektor Generalny i członek zarządu Uniwersytetu. Ukończył także studia podyplomowe w zakresie: Public Relations w Praktyce (Akademia Leona Koźmińskiego w Warszawie), Zarządzanie Finansami (Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu) oraz obecnie — Executive Master of Business Administration na Uniwersytecie im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Członek Rady Naukowej Agencji Badań Medycznych oraz zespołu ekspertów ochrony zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Autor rozwiązań organizacyjnych w ośrodkach badań klinicznych. Trener w licznych szkoleniach dotyczących badań klinicznych. Naukowo zainteresowany zdrowiem publicznym, promocją zdrowia oraz komunikacją i PR w ochronie zdrowia. Współpracował m.in. ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, gdzie pełnił funkcję zastępcy dyrektora, z Urzędem Marszałkowskim, z Wielkopolskim Centrum Zdrowia Publicznego, z DGA S.A., z Wydawnictwem Medycznym Termedia. Ponadto współautor i kierownik projektu Wielkopolska Onkologia, programu profilaktyki zdrowotnej i programu inwestycyjnego realizowanego ze środków norweskich (projekt wyróżniony na European Public Health Conference). Redaktor 3 książek poświęconych problematyce organizacji ochrony zdrowia i autor prac w czasopiśmie i podręcznikach akademickich. Członek zarządu Polskiego Towarzystwa Nauk o Zdrowiu.



Ewa Murawska

Profesor klasy fletu Akademii Muzycznej im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu. Absolwentka uczelni w Poznaniu i Paryżu. Dwukrotna stypendystka Rządu Polskiego, Rządu Włoskiego, Duńskiego, Francuskiego, Polsko-Niemieckiej Fundacji Kultury. Dwukrotna stypendystka Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla wybitnych młodych polskich naukowców. W 2009 r. została laureatką konkursu „100 Kreatywnych Talentów Europy”, reprezentując Polskę na forum kreatywności w Parlamencie Europejskim. Laureatka międzynarodowych konkursów muzycznych, m.in. III nagroda na X. Międzynarodowym Konkursie Fletowym im. F. Kuhla w Uelzen w Niemczech (2003), I nagroda „Premier Prix l’Unanimité” na Międzynarodowym Konkursie Muzyki Kameralnej w Paryżu (2005), I nagroda na Międzynarodowym Konkursie Muzycznym w Bresci. Zasiada w jury ogólnopolskich i międzynarodowych konkursów fletowych m.in. w Nicei, Paryżu, Trømso, Gdańsku, Łodzi oraz konkursów Centrum Edukacji Artystycznej. Nagrała jedenaście płyt CD, m.in. z flecistami P. Gallois, P.Y. Artaud, A. Haraldsóttir. Prowadziła 17 międzynarodowych projektów artystyczno-naukowych. Wygłosiła blisko 60 wykładów na konferencjach oraz sympozjach. Wydała dziewięć publikacji, w tym dwie anglojęzyczne. Pomysłodawczyni i dyrektor Międzynarodowych Festiwalu Fletowych w Poznaniu (2010–2014). Prezes Fundacji Event Culture. Z jej inicjatywy w roku 2016 w Poznaniu powstało Polsko-Norweskie Centrum Kultury oraz Gallois Flute Studio.

CZEŚĆ I

Stanisław Antczak

Kultura i jej znaczenie



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	19
Podstawy społeczne zróżnicowania kulturowego w świecie i w Europie	20
Doświadczenie kontaktu z <i>Innym</i>	21
Szok kulturowy jako konsekwencja kontaktu międzykulturowego	23
Znaczenie czynnika kulturowego przy rozwiązywaniu problemów w życiu społecznym	24
Definiowanie i atrybuty kultury	26
Przesłanki różnic międzykulturowych	29
Podziały kultur i ich kryteria	34
Podsumowanie	40

Kultura i jej znaczenie

Wprowadzenie

W przedmowie do pracy zbiorowej pt. *Kultura ma znaczenie* [1] Samuel P. Huntington, autor opublikowanego w 1993 r. na łamach *Foreign Affairs* głośnego artykułu *Zderzenie cywilizacji*, który z uwagi na zawarte w nim tezy wywołał liczne dyskusje, napisał wprost, że „Z kulturą trzeba się liczyć”. Wskazana książka zajmuje się wprawdzie problematyką wpływu czynnika kulturowego na procesy społeczno-ekonomiczne i polityczne, ale na szerszy kontekst jej rozważań wskazuje np. Daniel Bell, profesor nauk społecznych na Harvard University. Rekomendując książkę potencjalnym czytelnikom, pisze „nie ulega wątpliwości, że kultura ma znaczenie. Ludźmi rządzą namiętności, ideologie oraz wyznawane wartości i nawet kiedy górę bierze rachunek ekonomiczny, musi się to dziać w imię pewnych wartości. Płyne stąd wniosek, że w świecie zdominowanym przez ekonomię i technologię różnice między narodami są wypadkową edukacji i kultury” [2]. Na kluczowe znaczenie czynnika kulturowego w procesie wyjaśniania różnic między społeczeństwami, a co za tym idzie — zrozumienia wpływu, jaki wywiera na ich funkcjonowanie, wskazywali już w latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku tacy wybitni uczeni, jak Margaret Mead, Ruth Benedict, dwie ówczesznie najwybitniejsze antropolożki amerykańskie, czy Edward Banfield, Gabriel Almond i Sidney Verba. Po przejściowym spadku zainteresowania studiami kulturowymi ich renesans przyniosły lata dziewięćdziesiąte poprzedniego stulecia [1].

Podstawy społeczne zróżnicowania kulturowego w świecie i w Europie

Współczesny świat jest ogromnie zróżnicowany pod względem kulturowym, a miarą tego zróżnicowania może być liczba 6909 języków [3, 4], jakimi — według *Ethnologue*, najbardziej kompletnego i najbardziej miarodajnego źródła — obecnie posługują się mieszkańcy naszej planety. O znaczeniu języka Hajime Nakamura napisał: „Język jest podstawą kultury, fundamentem o tak wielkim znaczeniu, że wraz z wykształcaniem się określonego języka możemy mówić o narodzinach narodu. Wspólny język i kultura stanowią ważne kryterium tożsamości narodowej” [5]. Korzenie zróżnicowania kulturowego we współczesnym świecie sięgają niekiedy głęboko w przeszłość. Mimo że od kilkudziesięciu lat obserwujemy nasilające się zjawisko globalizacji, to różnorodność kulturowa świata nie tylko nie maleje, ale w wielu przypadkach ulega nasileniu, wskutek powrotu wielu społeczności do korzeni i widocznego na całym świecie renesansu kultur niezachodnich [6]. Zjawisko to w świecie muzułmańskim przejawia się w odrodzeniu islamu czy tzw. reislamizacji, w chińskim kręgu kulturowym w powrocie do idei konfucjańskich, w Indiach w „hinduizacji” jako reakcji na wpływy zachodnie w sferze form i wartości, w Japonii w nawrocie do pielęgnowania tradycji, a w Rosji po upadku Związku Radzieckiego w powrocie do tradycji prawosławnych, wskutek ograniczenia wpływów tzw. zapadników na rzecz słowianofilów [6].

Zróżnicowanie kulturowe nasila się wskutek procesów migracyjnych

Zróżnicowanie kulturowe, zwłaszcza w krajach należących do zachodniego kręgu kulturowego, w tym europejskich, nasila się również wskutek procesów migracyjnych. Po tym, jak po II wojnie światowej zmieniły one swój kierunek — wcześniej Europa oddała kilkadziesiąt milionów ludzi, którzy wyemigrowali przede wszystkim do obu Ameryk i Australii — to kraje Europy Zachodniej zaczęły teraz masowo przyjmować imigrantów przybywających z innych kontynentów. Jedną z przyczyn napływu imigrantów do Europy był upadek imperiów kolonialnych, który sprawił, że do metropolii powracali dawni osadnicy europejscy i ich potomkowie mieszkający w krajach, byłych koloniach, które uzyskały niepodległość, a także z różnych powodów ich rdzenni mieszkańcy [7, 8]. Zwłaszcza ci ostatni odróżniali się kolorem skóry, językiem, ubiorem, obyczajami oraz wyznawaną religią, z czasem w tej mozaice zaczęli dominować wyznawcy islamu. Jednocześnie pomyślna koniunktura gospodarcza, zwłaszcza w RFN, sprawiła, że na mocy umów międzypaństwowych do ówczesnych Niemiec Zachodnich, od lat pięćdziesiątych, w sposób zorganizowany zaczęli napływać robotnicy z Turcji, nazywani *gastarbeiternami*, ponieważ

ich pobyt traktowano początkowo jako czasowy [7]. Wbrew pierwotnym oczekiwaniom ich pobyt z czasowego przekształcił się w stały, a z czasem w ramach migracji łańcuchowej zaczęli oni sprowadzać swoje rodziny. Obok migracji zewnętrznych miały też miejsce i mają nadal migracje wewnątrz europejskie. Ułatwia je układ z Schengen [9, 10], a proces rozszerzania Unii Europejskiej i strefy Schengen sprawia, że stają się one coraz łatwiejsze i obejmują coraz większą liczbę osób. Migracjom wewnątrz europejskim sprzyjają także ułatwienia wizowe dla obywateli krajów sąsiadujących ze strefą Schengen, jak np. Ukrainy [11]. Współcześnie rośnie okresowo napływ migrantów, w tym uchodźców do Europy z Afryki i Azji, zwłaszcza z regionów objętych działaniami wojennymi [12]. Niezależnie od motywów, jakimi kierują się migranci, podejmując decyzję o opuszczeniu rodzinnego kraju i udaniu się do Europy, przyczyniają się oni do wzbogacenia zróżnicowania kulturowego miast europejskich, ponieważ zwykle przybywają z rodzimym „bagażem kulturowym” i starają się osiedlić wśród swoich. W Londynie, na przykład, powstały dzielnice, „gdzie mieszkańcy żyją tak, jakby nadal byli w Indiach, Pakistanie czy Egipcie” [13, 14]. Podobnie wygląda sytuacja w wielu innych miastach europejskich. W Belgii przybyłe z Maroka i Turcji osiedlali się obok swoich krajanów z rodzinnymi wioskami. Ich celem było odtworzenie środowiska, z którego przybyli do Belgii. Wszystkie wymienione przyczyny sprawiły, że w wielu miastach europejskich powstały dzielnice zamieszkałe przez imigrantów pochodzących z tych samych krajów, a nawet regionów, odróżniających się od otoczenia odmienną, a zarazem własną kulturą. Stephen Castles i Mark J. Miller podkreślają, że „Kultura odgrywa kluczową rolę w życiu mniejszości etnicznych, stanowiąc źródło ich tożsamości i punkt ogniskujący opór wobec wykluczenia i dyskryminacji. Kultura regionu pochodzenia pomaga ludziom zachować szacunek dla samych siebie w sytuacji, gdy są kwestionowane ich zdolności i doświadczenia” [15].

Kultura odgrywa
kluczową rolę
w życiu mniejszości
etnicznych

Doświadczenie kontaktu z *Innym*

Fakt, że ludzie żyją na co dzień w środowisku wielokulturowym lub doświadczają kontaktów o charakterze interkulturowym, sprawia, że ich udziałem staje się kontakt z *Innym*. Doświadczenia takich kontaktów nacechowane były, jakże często, w pierwszym odruchu, rezerwą, powściągliwością i nieufnością, a nawet niechęcią czy wręcz wrogością. Jak zauważa Ryszard Kapuściński, znajdowało to wyraz już w starożytności w nastawieniu Greków do nie-Greków, których określali oni mianem „*barbaros*, tymi, którzy mówią bełkotli-

wie, których nie sposób zrozumieć, więc lepiej trzymać ich na odległość — na odległość i w poniżeniu” [16]. Snując dalej swoje rozważania na temat stosunku do *Innego*, Ryszard Kapuściński stawia dramatyczne pytania-uwagi: „A w naszych czasach? Arogancja jednych wobec kultur i religii innych? A archipelagi wszelkich gett i obozów rozciągnięte na naszej planecie? Wszelkie mury i zapory, rowy i zasieki?” [16]. Jakie alternatywne możliwości wyboru miał zatem człowiek, spotykając *Innego*? Otóż jego zdaniem „trzy możliwości stały zawsze przed człowiekiem, ilekroć spotkał się z *Innym*: mógł wybrać wojnę, mógł odgradzić się murem, mógł nawiązać dialog” [16]. Symbolem wyboru trzeciej drogi był sam Kapuściński. Wcześniej podobnego wyboru dokonał inny Polak, uczony o międzynarodowej sławie — Bronisław Malinowski. Kiedy Europa pogrążyła się w krwawej wojnie, wybrał drogę dialogu z *Innymi*. Prowadząc badania nad pierwotnymi społecznościami Melanezji, stwierdził, że nie ma kultur wyższych ani niższych i niezależnie od różnic kulturowych, które dzielą różne społeczności, *Inni* zasługują na poszanowanie swojej odrębności, znajdującej wyraz w odmiennych systemach wartości, obyczajach czy tradycjach [16].

We współczesnej Europie, która po II wojnie światowej otworzyła się na obcych, imigrantów, którzy napływają do niej nieustannie, po dzień dzisiejszy, doświadczenie kontaktu z *Innym* stało się niemal codziennością. Tym niemniej społeczności europejskie — narody i grupy etniczne — zakorzenione na kontynencie od wieków, posiadające silne poczucie tożsamości, odwołujące się do własnej kultury, muszą ciągle, na bieżąco uczyć się trudnej sztuki dialogu międzykulturowego w procesie nawiązywania kontaktów z przedstawicielami odmiennych kulturowo zbiorowości. Jest to sztuka niełatwa, ponieważ imigranci w różnym stopniu są zainteresowani asymilowaniem się do kultury przyjmującej, a niekiedy w ogóle nie są tym zainteresowani [17]. Znajduje to wyraz w zasygnalizowanej wcześniej tendencji do przenoszenia w nowe miejsca osiedlenia tradycyjnych struktur społecznych i utrzymywania tradycyjnego systemu wartości oraz obyczajów. Są one postrzegane jako ostoja własnej tożsamości i jednocześnie wyraz sprzeciwu wobec tendencji asymilacyjnych, obecnych nie tylko wśród przedstawicieli społeczności miejscowych, lecz także wśród niektórych imigrantów. Różne są płaszczyzny kontaktu, a zarazem oczekiwania stron dialogu międzykulturowego, jak i różny jest stopień gotowości do wzajemnych ustępstw. Ponieważ jednym z zasadniczych fundamentów tożsamości kulturowej jest religia i związane z nią obrzędy, widowym znakiem obecności grup odmiennych kulturowo stają się świątynie. Obok świątyń chrześcijańskich, tj. katolickich, protestanckich i prawosławnych, a także zborów i synagog, w pejzażu miejskim coraz liczniej są obecne przede wszystkim meczety, w których gromadzą się wyznawcy islamu [18, 19]. Inne płaszczyzny trudnego dialogu, a niekiedy nawet konfrontacji w postaci odmiennych zwyczajów i oczekiwań z nimi związanych stanowią:

funkcjonowanie rodziny, a zwłaszcza pozycja kobiet, proces edukacji, sposoby ubierania oraz odżywiania w instytucjach publicznych, np. w szkołach, a także korzystanie z placówek świadczących opiekę medyczną [18, 19].

Szok kulturowy jako konsekwencja kontaktu międzykulturowego

Konsekwencją kontaktu międzykulturowego jest doświadczanie szoku kulturowego. Jest on udziałem osób, które wyjeżdżają na jakiś czas za granicę. Nagle znajdują się w obcym, odmiennym od rodzimego, środowisku fizycznym i społecznym, odwołującym się do innego systemu wartości reprezentującego odmienne wzory kulturowe. Szoku doświadczą się zwykle w trzech sferach — uczuć, sposobie myślenia i umiejętności społecznych oraz tożsamości społecznej. Nowa sytuacja wywołuje stres i zmęczenie, a główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest nieznanostwo miejscowych sposobów porozumiewania się, zwłaszcza w sferze niewerbalnej, i nieznanostwo miejscowych niuansów oraz kontekstów kulturowych [21]. Wśród najważniejszych symptomów szoku kulturowego wymienić należy:

- napięcie spowodowane przez wysiłek wkładany w adaptację,
- poczucie utraty przyjaciół, statusu zawodowego oraz posiadanych rzeczy,
- poczucie odrzucenia lub odrzucanie przedstawicieli innej kultury,
- niespójność ról społecznych, wartości oraz zakłócenie poczucia tożsamości,
- niepokój, a nawet złość lub odraza w stosunku do obcych praktyk czy zwyczajów,
- poczucie bezradności wynikające z niemożności poradzenia sobie w warunkach nowego otoczenia” [20].

Często towarzyszą temu dolegliwości fizyczne w postaci bólu głowy i nadciśnienia. Osoby dotknięte tymi objawami mogą szukać ucieczki w alkoholu i innych „negatywnych zachowaniach kompensacyjnych” [21].

Proces przystosowania się do nowych warunków przebiega w kilku kolejnych fazach, ale warunkiem wstępnym jest rozpoznanie szoku kulturowego i w żadnym razie nie należy negować faktu jego wystąpienia [21]. Doświadczenia osób, które wyjeżdżały na kontrakty zagraniczne, wskazują, że początkowo przeżywali oni, co prawda dość krótko, euforię wynikającą z faktu znalezienia się w nowym miejscu. Dopiero w następnej fazie występował szok kulturowy. W trzeciej fazie następował proces adaptacji do nowych warunków, polegający przede wszystkim na zapoznaniu się z nowymi regułami postępo-

W żadnym wypadku nie należy negować faktu wystąpienia szoku kulturowego

wania, przyswojeniu sobie niektórych elementów miejscowego systemu wartości i odnalezieniu się w nowej rzeczywistości kulturowej. W ostatniej fazie dokonywało się osiągnięcie stanu równowagi, które mogło wystąpić w jednej z trzech postaci: można było czuć się nadal gorzej niż we własnym kraju bądź w pełni ulec asymilacji, bądź poczuć się w nowym środowisku kulturowym lepiej niż we własnym. Warto w tym miejscu podkreślić, że szok kulturowy może być przyczyną skrócenia pobytu za granicą i dotyczy także rodzin delegowanych pracowników [22].

Znaczenie czynnika kulturowego przy rozwiązywaniu problemów w życiu społecznym

Na znaczenie czynnika kulturowego przy rozwiązywaniu problemów społecznych wskazuje Louis J. Luzbetak, duchowny i absolwent Instytutu Anthropos we Fryburgu, w Szwajcarii [23]. Zdaniem tego badacza w roli tłumaczy i interpretatorów, a co za tym idzie — konsultantów i „budowniczych mostów” między przedstawicielami różnych kultur występują antropolodzy kulturowi/ społeczni. Ich wiedza wykorzystywana jest przy wszelkiego rodzaju projektach, których realizacja musi uwzględnić specyfikę kulturową potencjalnych beneficjentów podejmowanych działań. Louis J. Luzbetak wymienia w swojej książce *Kościół a kultury. Nowe perspektywy w antropologii misyjnej* cały szereg projektów realizowanych z udziałem antropologów [21]. Należą do nich kampanie walki z głodem i niedożywieniem, ponieważ wymagają uwzględnienia przy spieszeniu z pomocą żywnościową lokalnych uwarunkowań, a zwłaszcza obowiązujących w niektórych społecznościach tabu spożywania pewnych pokarmów. Czynniki kulturowe należy uwzględnić w procesie sprawowania opieki

Sprawując opiekę nad pacjentem, należy uwzględnić czynnik kulturowy

medycznej nad pacjentami odmiennymi kulturowo. Zwłaszcza w przypadku kobiet muzułmańskich, w związku z niebezpieczeństwem naruszenia honoru rodziny, związanego z obnażaniem ciała w trakcie badania, „Zalecane jest, aby podczas badania i zabiegów medycznych wykonywanych u kobiety-muzułmanki asystował temu ktoś

z jej rodziny lub, o ile jest to niemożliwe, inna kobieta” [24].

Uwarunkowania kulturowe mogą dotyczyć także korzystania z niektórych form terapii, jak np. odmowa transfuzji u Świadków Jehowy czy zastrzeżenia natury kulturowo-religijnej związane z transplantacjami narządów u Japończyków i Chińczyków [25, 26]. Uwarunkowania kulturowe mogą też utrudniać należytą dbałość o higienę sanitarną. Ilustracją tej kwestii może być „tajemni-

cza choroba Pudoc” na Filipinach w 1965 r., która była konsekwencją nieprze-
strzegania zasad higieny sanitarnej [27]. Także troska o osoby z zaburzeniami
psychicznymi musi uwzględnić fakt, iż według WHO z powodu odmienności
kulturowych, subiektywnego charakteru indywidualnych doświadczeń oraz
konkurujących z sobą w tej materii teorii naukowych nie ma jednej „oficjalnej”
definicji zdrowia psychicznego [28]. Umożliwienie pacjentom z grup mniej-
szościowych dostępu do świadczeń zdrowotnych w zakresie psychoterapii,
uwzględniających specyfikę kultury, z której się wywodzą, sprawia, że rzadziej
rezygnują z terapii i jest ona skuteczniejsza [29]. Również programy planowa-
nia rodziny muszą uwzględniać lokalną specyfikę, dyktowaną przede wszyst-
kim przez tradycję i uwarunkowania natury religijnej.

Zdaniem L.J. Luzbetaka pomoc antropologów jest raczej niezbędna przy
kontrolowaniu i sterowaniu procesami migracyjnymi oraz przy regulowaniu
wzajemnych stosunków z i między mniejszościami narodowymi, które, co
warto podkreślić, są obecne dziś niemal we wszystkich państwach współcze-
snego świata.

Analizy i wsparcia antropologów i socjologów wymagają także przyspie-
szone procesy industrializacji i zwłaszcza urbanizacji, związane z migracją ze
wsi do miast, bowiem pociągają za sobą negatywne skutki w postaci anomii
prowadzącej do działań o charakterze destrukcyjnym. Są one spowodowane
najczęściej osłabieniem, a nawet zanikiem kontroli społecznej sprawowanej
wcześniej, w sposób zazwyczaj bardziej
rygorystyczny, w tradycyjnym środowi-
sku wiejskim [30, 31]. Różnice kulturowe
w sposób istotny wpływają na organizo-
wanie opieki nad ludźmi starszymi, a pro-
blem ten nabiera coraz większego zna-
czenia w obliczu starzenia się populacji
światowych z Europą i Japonią na czele.

Różnice kulturowe
mają istotny
wpływ na sposób
sprawowania opieki
nad osobami starszymi

To właśnie wspomniane różnice mają zasadnicze znaczenie przy formułowaniu
projektów, w których kładzie się większy nacisk na instytucjonalizację tej opie-
ki, np. w Skandynawii. Natomiast w społeczeństwach zamieszkujących kraje
Europy Południowej oraz Środkowej i Wschodniej, w odróżnieniu od krajów
skandynawskich, państwo potraktowało w sposób priorytetowy osoby starsze,
uwzględniając rolę rodziny w opiece nad nimi [32]. Innym projektem wymie-
nionym przez Louisa J. Luzbetaka jest zarządzanie instytucjami kredytowymi,
czego przykładem może być bankowość islamska obecna w krajach muzuł-
mańskich, której istotą jest eliminacja pojęcia „odsetki” i stanowi ona wyraz
„dążeń do miłosiernego ideału” [33].

Szczególnie dużego znaczenia nabrała wiedza i praca antropologów kultu-
rowych w czasie II wojny światowej, kiedy to żołnierze pochodzący z Europy

i Stanów Zjednoczonych, walcząc z Japonią na wyspach Pacyfiku [34], musieli się mierzyć nie tylko z wrogiem, lecz także nieznanym im środowiskiem i krajowcami, których należało pozyskać jako sojuszników w walce z Japończykami. Niezbędne instrukcje uwzględniające lokalną specyfikę napisali wówczas antropologowie, którzy wcześniej prowadzili tam swoje badania. Wiedza na temat innych kultur przydatna jest także w pracy misyjnej, zwłaszcza że Louis J. Luzbetak, duchowny katolicki, odnosi się z szacunkiem do religii tradycyjnych i ich duchowego dziedzictwa [21]. Z wiedzy na temat różnic kulturowych korzystają także pracownicy placówek dyplomatycznych, zwłaszcza jeśli pełnią swą funkcję w środowisku kulturowym zasadniczo odmiennym od własnego. Wiedza ta szczególnego znaczenia nabiera także w przypadku prowadzenia transakcji biznesowych na skalę międzynarodową bądź pracy w oddziałach zagranicznych swoich firm. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie rozwinęło się doradztwo i wsparcie dla osób prowadzących takie interesy i stykających się na co dzień „z frustrującymi różnicami w zwyczajach i praktykach stosowanych w biznesie w różnych krajach” [35].

Definiowanie i atrybuty kultury

Czym zatem jest kultura? Zdaniem Alana Barnarda i Jonathana Spencera, redaktorów *Encyklopedii antropologii społeczno-kulturowej*, „termin *kultura* jest prawdopodobnie najbardziej kluczową koncepcją w XX-wiecznej antropologii” [36]. Jaka jest etymologia słowa kultura? Otóż wywodzi się ono z łacińskiego terminu *cultus agri*, co oznacza uprawę ziemi i ma charakter wieloznaczny [37]. Podejmując próby zdefiniowania tego terminu na gruncie antropologii, autorzy odwołują się na ogół do uznawanej za klasyczną definicji Edwarda B. Tylora, według której „Kultura względnie cywilizacja, ujęta w najszerszym sensie etnograficznym, jest złożoną całością zawierającą wiedzę, wierzenia, sztukę, moralność, prawo, obyczaj i wszystkie inne zdolności i przyzwyczajenia nabyte przez człowieka jako członka społeczeństwa” [38, 21, 36, 39]. Definicja Tylora, jak zauważa Louis J. Luzbetak, stała się punktem wyjścia do formułowania na gruncie antropologii kolejnych propozycji rozumienia kultury. Uczeni tylko do początku lat pięćdziesiątych XX wieku doliczyli się blisko trzystu definicji kultury [21, 40]. Jack D. Eller, interpretując to pojęcie w kontekście definicji Edwarda B. Tylora, zwraca uwagę na kilka ważnych atrybutów kultury, które określa mianem jej klasycznych właściwości, a mianowicie na uczenie się, uwspólnienie, symboliczny charakter, integralność i adaptacyjność [38].

Kultura nie jest dziedziczona w drodze biologicznej, lecz nabywana w procesie enkulturacji, który trwa przez całe życie jednostki i polega na przyswajaniu

kompetencji kulturowej. Dokonuje się ono przede wszystkim w środowisku rodzinnym, ukształtowanym najczęściej przez rodzimą kulturę. W domu rodzinnym dziecko poddane jest oddziaływaniom rodziców i rodzeństwa, czasem dziadków w rodzinach wielopokoleniowych. To właśnie tutaj przyswaja ono sobie dyktowane przez daną kulturę reguły postępowania i wzorce zachowań, czasem machinalnie, drogą naśladownictwa, które z czasem stają się jakby jego drugą naturą. To właśnie w okresie dzieciństwa jednostka przyswaja sobie podstawowy system wartości, czyli uczy się odróżniania tego, co w danej kulturze jest uważane za dobre, a co traktowane jako złe.

W okresie dzieciństwa
jednostka przyswaja
sobie podstawowy
system wartości

Istotną rolę w tym procesie odgrywa styl wychowawczy preferowany przez rodziców. Mogą oni preferować styl autorytarny, tzn. żądać bezwzględного posłuszeństwa od dzieci. Z kolei podejście permissive wyraża się, w odróżnieniu od poprzedniego, manifestowaniem serdeczności i opiekuńczości wobec dzieci i pozostawianiu im faktycznej autonomii. Natomiast rodzice autorytatywni, w przeciwieństwie do autorytarnych, w swoim postępowaniu wobec dzieci kierują się oceną stopnia ich dojrzałości. Są wprawdzie stanowczy, ale i sprawiedliwi i kierują się racjonalnością, nie zapominają jednak o okazywaniu dzieciom pozytywnych uczuć. Styl autorytatywny stosowany jest najczęściej. Można jeszcze wymienić styl niezaangażowany, który w skrajnej postaci sprowadza się do zaniedbania obowiązków rodzicielskich [41]. Jak podkreślają David Matsumoto i Linda Juang, „Badania międzykulturowe wykazują nie tylko różnice kulturowe w zachowaniach rodzicielskich, ale też wiele podobieństw między kulturami” [41], pisząc dalej, że „Wszystkie dotychczasowe badania wykazały, że style wychowawcze są zgodne z kulturowo uwarunkowanymi celami rozwojowymi” [41].

Na proces kształtowania kompetencji kulturowej istotny wpływ wywierają kontakty z rówieśnikami i grupami rówieśniczymi. W sposób świadomy i celowy proces ten przebiega w instytucjach edukacyjnych, od przedszkola począwszy, poprzez kolejne szczeble edukacji. Ważnym narzędziem procesu enkulturacji jest religia, która, jak uważa Meredith B. McGuire, amerykańska antropolożka, „stanowi ważną więź między jednostką a całą grupą społeczną, będąc podstawą stowarzyszenia się oraz wyrazem podzielanych sensów” [42]. Religia przenika wszystkie aspekty rzeczywistości, z którymi jednostka spotyka się w życiu codziennym i nadaje sens ludzkim doświadczeniom oraz zapewnia poczucie przynależności [42]. W wielu społeczeństwach ma też wpływ na przygotowywanie jednostek do pełnienia ról związanych z płcią. Proces enkulturacji trwa przez całe życie człowieka, od narodzin do śmierci, przy czym, jak twierdzi Jack D. Eller, człowiek jest nie tylko odbiorcą w procesie edukacji

kulturowej, ale także ma aktywny wpływ na poszerzanie zakresu swej wiedzy, nabywanie umiejętności i doświadczeń kształtujących zakres jego własnej kompetencji kulturowej [38].

Kulturę nabywamy,
ucząc się —
nie dziedziczymy jej
w sensie genetycznym

Ponieważ kulturę nabywamy, ucząc się, a nie dziedziczymy jej w sensie genetycznym, nie jest ona własnością jednostki, w takim sensie jak osobowość, lecz jest atrybutem grupy. Taką grupą jest naród lub społeczność etniczna, które cechuje silne poczucie tożsamości i zakorzenienia

na danym terytorium, uważanym za siedzibę narodu lub grupy etnicznej. Jak podkreśla Jack D. Eller, „*Kulturowy* nie znaczy wspólny całemu społeczeństwu w stu procentach” [38]. Zazwyczaj w każdym społeczeństwie, stanowiącym odrębną od innych wspólnotę kulturową, wyróżnia się pewne grupy, które mają własną specyfikę cechującą się pewnymi odmiennosiami kulturowymi. Zwykle mówi się w tym przypadku o występowaniu w obrębie wspólnoty równoległe wielu subkultur. Ich atrybutem może być odrębny strój, sposoby zachowania, własny kodeks postępowania, którego reguły są egzekwowane przez grupę, najczęściej poza ramami obowiązującego oficjalnie systemu prawnego. Ten ostatni przypadek reprezentują zorganizowane grupy przestępcze, a także subkultury więzienne, a wśród nich grypsujący, frajerzy czy cwele [43]. Ważną rolę w pejzażu kulturowym danego społeczeństwa odgrywają subkultury młodzieżowe, takie jak np. punki, goci, skejci czy emo. Dają one młodzieży poczucie przynależności i własnej wartości. Ich członkowie wyróżniają się strojem, fryzurą, określonymi zachowaniami i gustami muzycznymi. Przynależność do nich stanowi często wyraz buntu przeciwko obowiązującym w danym społeczeństwie wzorcom kulturowym [44].

Za odrębną subkulturę można uznać związek wyznaniowy Świadców Jehowy, którzy obok praktykowania religii jako stałego elementu życia, zasadom swojej wiary muszą podporządkować także swoje życie codzienne. Na gruncie odrębności etnicznej, ale nie terytorialnej, funkcjonują wspólnoty Romów, zróżnicowane zresztą pod względem językowym i kulturowym, przestrzegające własnego kodeksu (*Romanipen*), obejmującego ogół tradycji romskiej oraz zasady postępowania w obrębie tej społeczności. Coraz liczniej subkultury etniczno-wyznaniowe, zwłaszcza muzułmańskie, obecne są w miastach europejskich, gdzie tworzą często getta zamieszkałe przez ludzi pochodzących z tego samego kraju i przynależących do różnych odłamów islamu, przywiązanych do rodzimych tradycji w dziedzinie ubioru i obyczajów, do których należy m.in. podporządkowanie kobiet mężczyznom [45].

Ludzka zdolność do tworzenia kultury znajduje wyraz w umiejętności tworzenia rozmaitego rodzaju symboli, nadawania im znaczenia i ich użytkowa-

nia. To właśnie zdolność do symbolizowania stanowi podstawę kultury ludzkiej [46]. Czym zatem jest symbol? Według autorów *Encyklopedii antropologii społeczno-kulturowej* symbol to „Rzecz, która zastępuje coś innego” [36]. To słowo, gest, znak, które używane są w miejsce pojęć, przedmiotów lub uczuć i mają szczególne znaczenie w danej kulturze i przez jej członków są rozpoznawane. Symbol służy do oznaczenia obiektu, który symbolizuje, ale może mieć on niekiedy kilka znaczeń (flaga symbolizuje przedmiot materialny i uczucie — patriotyzm). Szczególnym przypadkiem zespołu symboli jest język naturalny, który jest systemem znaków i reguł posługiwania się nimi. Język służy wzajemnemu komunikowaniu się i reprezentuje rzeczywistość w umyśle ludzkim. Stanowi on właściwość przynależną wyłącznie człowiekowi i jest uwarunkowany biologicznie oraz społecznie [47]. Można zatem powiedzieć, że skoro kultura jest wielkim systemem znaczeń, w które uwikłany jest człowiek, to badanie kultury musi przede wszystkim koncentrować się na szukaniu odpowiedzi na pytania dotyczące znaczenia symboli wszechobecných w życiu człowieka.

Pisząc o integralności kultury, Jack D. Eller odwołuje się do Tylorowskiej definicji kultury i zwraca uwagę, że „rozpoczyna się od określenia jej mianem złożonej całości”, a zatem kultura może być pojmowana jako system złożony z elementów powiązanych funkcjonalnie. Oznacza to, że aby zrozumieć, jak dana kultura funkcjonuje, należy zbadać nie tylko to, co się na nią składa, lecz także wzajemne powiązania między wzorami kulturowymi i instytucjami. W istocie na pojmowany integralnie model kultury, według J.D. Ellera, składają się takie jej dziedziny jak ekonomika, system pokrewieństwa, polityka i religia, wzajemnie ze sobą powiązane w taki sposób, że wyznaczenie między nimi jakichś granic nie jest możliwe [38, 40].

Przestanki różnic międzykulturowych

Jak podkreślono na wstępie, jednym z najważniejszych czynników wpływających na zróżnicowanie kulturowe są odrębne języki, jakimi posługują się ludzie przynależący do poszczególnych grup kulturowych (etnicznych). Tworzą oni odmienne „społeczności językowe”. Według „trzech uznanych ekspertów w dziedzinie komunikacji” [48], Sherwyn Morreale, Briana H. Spitzberga i J. Kevina Barge’a, „Społeczność językowa to grupa ludzi, która stworzyła zestaw reguł konstytuujących i normatywnych kierujących znaczeniem słów i stosownymi na nie reakcjami na podstawie interpretacji tych słów” [48]. Biorąc pod uwagę powyższą definicję, można powiedzieć, że skoro na świecie w użyciu jest 6909 (2009 r.) języków, to tyle samo jest odrębnych społeczności językowych. Z tej liczby tylko, czy też może aż, 234 języki są w użytku w Europie, oczywiście większość z nich to języki mniejszości chronione prawem

międzynarodowym. Dla przykładu we Francji, obok języka francuskiego, występuje kilkanaście innych języków. O wiele większe zróżnicowanie językowe występuje w Azji — 2322, i w Afryce — 2110 języków [3]. Największą liczbę użytkowników ma język mandaryński (Chiny) czy język arabski, aczkolwiek w tym przypadku, w istocie, są to często odrębne języki używane w poszczególnych regionach świata arabskiego [3].

Według UNESCO (2011 r.) aż 2473 języki uznane zostały za zagrożone wymarciem [49]. Ponieważ istnieją ściśle powiązania między językiem i kulturą, i język może być postrzegany jako narzędzie kultury, dlatego „gdy jakiś język jest zagrożony wymarciem, zagrożeni jesteśmy my wszyscy — różnorodność języków wyznacza granicę ludzkiego doświadczenia” [49]. Wraz z wymieraniem kolejnych języków, które zwykle nie mają formy pisanej, znika zgromadzona w tych językach wiedza, przekazywana wcześniej w formie ustnej, dotycząca na przykład właściwości leczniczych, kosmetycznych i jadalnych roślin, występujących endemicznie w danym regionie, a nie przebadanych dotąd przez naukowców.

Rdzeniem każdej kultury jest system wartości, któremu hołdują członkowie danej grupy kulturowej

Rdzeniem każdej kultury jest system wartości, któremu hołdują członkowie danej grupy kulturowej. Wartości zaś to „Wyznawane przez jednostki lub grupy idee, określające co jest pożądane, właściwe, dobre i złe. Różne wartości odzwierciedlają kluczowe różnice kulturowe.

O tym co stanowi wartość dla jednostek decyduje w znacznej mierze kultura, w jakiej żyją” [50]. Zatem podstawą konsensu społecznego jest wspólnota wartości podzielanych przez członków danej grupy. Jako że wartości leżą u podstaw definiowania tego, co dana grupa uważa za dobre lub złe, stanowią one podstawę dla formułowania norm regulujących jej funkcjonowanie. Wiele z tych norm to normy tradycyjne, najczęściej niepisane, przyswajane machinalnie, w wyniku naśladownictwa. Ich przestrzeganie staje się jakby „drugą naturą” człowieka i są nieformalnym instrumentem kontroli społecznej, sprawowanej przez grupę wobec swoich członków. Inne normy obowiązujące w społecznościach, zazwyczaj na poziomie wspólnoty narodowej, to najczęściej normy prawa pisanego, stanowionego. Niekiedy różnią się one na poziomie regionalnym, a ramy tych różnic określa konstytucja w postaci autonomii bądź samorządu terytorialnego przyznanego danemu terytorium. Z powyższych rozważań wynika jednoznacznie, że „każde prawo uwikłane jest w strukturze kultury, z której wyrosło i odzwierciedla specyficzne potrzeby i oczekiwania społeczeństwa swego czasu i miejsca” [51], dlatego mówi się w tym przypadku o kulturach prawnych, a nie o systemach prawa. W sytuacji, kiedy normy prawne w sposób znaczący odbiegają od systemu wartości, któremu hołduje dane społeczeństwo (grupa), zachodzi niebezpieczeństwo ich

nieprzestrzegania, co prowadzi do destabilizujących napięć i dezintegracji [52]. Taka sytuacja zaistniała w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, którym narzucono komunistyczny system prawny, często nieprzystający do systemów wartości cenionych w tych krajach [52]. Z podobną sytuacją mamy do czynienia w Indiach, gdzie, mimo iż prawnie zniesiono kasty, istnieją one nadal wraz z tradycjami z nimi związanymi i regułami dyskryminującymi tych (dalitów), którzy znajdują się najniżej w hierarchii społecznej. Z kolei na mocy kolejnych ustaw (1961, 1983) [53] zakazano wprawdzie żądania i dawania posagów, ale obyczaje panujące w Indiach sprawiają, że trudno wydać córkę za mąż bez posagu. Konstytucja zezwala także wdowom ponownie wychodzić za mąż, ale na wsi, jeśli skorzystają z tego prawa, otaczane są pogardą [54]. Wszystkie trzy wymienione wyżej regulacje pozostają w sprzeczności z wielowiekową tradycją i stąd prawo to nie jest masowo przestrzegane.

Komunikacja między ludźmi, zwłaszcza przynależącymi do różnych grup kulturowych, wymaga nie tylko znajomości słów, reguł gramatycznych i akcentu, lecz także ich znaczenia, gdyż „Osoby komunikujące się etnocentrycznie uznają za poprawne tylko własne znaczenia słów, odrzucają inne znaczenia jako błędne” [48]. O sposobie postrzegania rzeczywistości decyduje język ojczysty, ponieważ dzięki zawartym w nim wzorcom porządkujemy rzeczywistość na zasadzie niepisanej umowy [55]. W konsekwencji takiego podejścia osoby etnocentryczne często błędnie odczytują odbierane przez siebie informacje bądź ryzykują, że ich rozmówca może w sposób niewłaściwy odczytać adresowany do niego komunikat werbalny. Specjaliści z zakresu komunikacji międzykulturowej postrzegają kulturę jako zjawisko zmienne w czasie, na które składają się „wspólne wyobrażenia w umysłach jej członków” [56]. Zatem, jak uważa Geert Hofstede, „Każdy człowiek nosi w sobie pewien wzorzec myślenia, odczuwania i zachowania, który przyswaja sobie w ciągu całego życia” [57]. Według Edwar-da T. Halla owe wzorce występują w sposób niejawni w każdej kulturze i wpływają na zachowanie ludzi, którzy jako istoty kulturowe są skrupowane w swym działaniu przez ukryte reguły, których istnienia nie są na ogół świadome [55]. Zwraca on uwagę, w ślad za hipotezą Sapira-Whorfa, że całkowicie bezstronny opis rzeczywistości ma charakter iluzoryczny, bowiem postrzeganie świata zależy w dużej mierze od ukrytych wzorców kulturowych. Wpływają one na nasz sposób myślenia i działania, co może utrudnić porozumienie z przedstawicielami innych kultur, nawet po opanowaniu ich języka, czego jego nowi użytkownicy często nawet sobie nie uświadamiają [55, 58]. W kontaktach między ludźmi, zwłaszcza wywodzącymi się z kręgów odmiennych kulturowo, powodem do niepokoju może być obawa, czy w trakcie przekazywania informacji udało się zakomunikować zamierzone treści, czy też wręcz przeciwnie — znalazły się w nich treści szkodliwe dla nadawcy komunikatu, które mogą wywołać uczucie dyskomfortu lub pociągnąć za sobą katastrofalne skutki dla nadawcy [59].

Współcześnie coraz powszechniejsza jest świadomość, że komunikujemy się w różnych kręgach kulturowych nie tylko za pomocą słów, czyli werbalnie, ponieważ bardzo duże znaczenie w procesie komunikacji między ludźmi odgrywiają sygnały niewerbalne. Szacunki dotyczące udziału komunikatów

Komunikujemy się nie tylko za pomocą słów, ale także gestów, które mają w tym procesie większe znaczenie

niewerbalnych w przekazywaniu informacji nie są jednoznaczne i oscylują na poziomie ok. 66% [59], co oznacza, że mają charakter dominujący. Poza tym przekaz niewerbalny jest bardziej precyzyjny i względnie wolny od przekłamań. Nawet jeśli nadawca komunikatu niewerbalnego stara się, aby był on wysyłany świadomie, to w przeciwieństwie do przekazu słownego „sygnały niewerbalne,

takie jak gesty, rzadko pozostają pod dłuższą, świadomą kontrolą komunikującego” [59]. Zwłaszcza wyraz twarzy sprawia, że trudniej jest zafałszować intencje w przekazach niewerbalnych, stąd są one skuteczniejsze i budzą większe zaufanie u odbiorcy [59]. Wyraz twarzy stanowi najważniejsze źródło informujące o emocjach, które targają człowiekiem. Nadawca komunikatu może oczywiście świadomie starać się kontrolować ekspresję twarzy i próbować wprowadzić w błąd swego interlokutora. D.G. Leaters zwraca uwagę, że jednym ze sposobów dekodowania takich zafałszowań jest zwrócenie uwagi na poziom synchronizacji wypowiedzi z mimiką twarzy oraz dostrzeżenie braku spontaniczności w ekspresji twarzy [59]. Wprawdzie kilka podstawowych emocji ma charakter uniwersalny, są dekodowane podobnie w różnych kulturach, to poza tym komunikaty niewerbalne różnią się pod względem przypisywanego im znaczenia w zależności od kręgu kulturowego.

Do sfery niewerbalnej należą sygnały wzrokowe, które służą jako narzędzie w procesie komunikowania. Według Richarda R. Gestelanda są „Zapewne najsubtelniejszą formą «mowy ciała» (...)” [35]. Różnice kulturowe wyrażają się poprzez mniej lub bardziej intensywny kontakt wzrokowy między partnerami w rozmowie. Na przykład w świecie arabskim i generalnie w krajach śródziemnomorskich oraz latynoamerykańskich ten kontakt jest intensywny, podczas gdy w większości krajów azjatyckich takie zachowanie odebrane zostałoby jako wyraz agresji [35]. Kulturowo uwarunkowany jest także dystans przestrzenny, dzielący rozmówców należących do różnych kultur. Dystans ten jest mały w krajach śródziemnomorskich, w świecie arabskim i krajach latynoamerykańskich, duży w większości krajów azjatyckich, w krajach Europy Północnej, Środkowej i Wschodniej oraz w USA i Kanadzie. W przypadku, kiedy negocjuje się z Arabem, będzie starał się on zmniejszyć dystans w trakcie rozmowy i odmienną reakcją u swego rozmówcy, czyli utrzymywanie dystansu, odbierze jako gest nieprzyjazny. Natomiast osoby pochodzące z krajów, gdzie dystans jest duży,

mogą uznać próby jego zmniejszenia przez partnerów z kultur preferujących bliski kontakt za przejaw nachalności czy — jak pisze R.R. Gesteland — próbę zastraszenia [35]. Zaś E.T. Hall na podstawie obserwacji zachowań Arabów dochodzi do wniosku, że „najwyraźniej nie znają pojęcia strefy prywatnej otaczającej ciało” [60]. Ponadto Arab nie lubi być sam i z reguły skupia całą rodzinę pod jednym dachem, ponieważ lubi „ludzkie ciepło i kontakt” [60].

Inne różnice wiążą się z wzajemnym dotykiem się. Dotyk stanowi jedną z najważniejszych form wzajemnego komunikowania się, ponieważ za jego pośrednictwem można przekazać bardzo wiele informacji. Jak pisze Dale G. Leathers, „dotyk służy często jako ostatni sposób komunikowania emocji dla osób starszych czy ciężko chorych”. Dlatego „Jako sposób przekazywania troski, pocieszenia, uczucia czy zapewnienia dotyk staje się zmysłem, który przewyższa wszystkie pozostałe” [59]. Ten typ informowania niewerbalnego jest mocno powiązany z kwestią dystansu przestrzennego. W obu przypadkach zachowaniami rządzą ukryte reguły kulturowe. Ich naruszenie jest powodem do odczuwania dyskomfortu u osób nawiązujących relacje, a wywodzących się z odmiennych kultur [59]. Na dotykanie wpływ ma wiele czynników, takich jak część ciała będąca obiektem dotyku, płeć i wiek rozmówców, posiadany przez nich status społeczny i oczywiście przynależność kulturowa [59]. Należy przy tym pamiętać, że w przypadku relacji między kobietami i mężczyznami dotyk może mieć kontekst seksualny. Dlatego takie kontakty są w sposób szczególnie restrykcyjny traktowane w większości społeczeństw muzułmańskich, zwłaszcza jeśli pamiętamy, że honor rodziny w społeczeństwach arabskich ma wartość podstawową [61]. Z drugiej strony widok dwóch mężczyzn trzymających się za ręce w świecie arabskim czy w Indiach nie powinien budzić zdziwienia, ponieważ w tych kulturach jest on oznaką przyjaźni [62]. Są kultury, w których dotykanie się ma często miejsce — w krajach śródziemnomorskich, w świecie arabskim czy krajach Ameryki Łacińskiej. Na przeciwległym biegunie znajdują się społeczeństwa zamieszkujące większość krajów azjatyckich, kraje Europy Północnej czy Wielką Brytanię [35]. W przypadku operowania mimiką twarzy i gestykulacją należy pamiętać, że w różnych kulturach tym wyrazom twarzy czy gestom może być przypisywane odmienne znaczenie — to samo, w zależności od kultury, nie zawsze komunikuje tę samą treść. Stąd ryzykowne jest używanie pewnych z nich, ponieważ to, co w naszym rozumieniu jest pozytywne bądź przynajmniej neutralne, przez przedstawicieli innej kultury może być odebrane jako obraźliwe. Przykładem może być popularny znak kółka zrobionego z kciuka i palca wskazującego (znak OK), uchodzący za bardzo niebezpieczny, ponieważ „W krajach anglojęzycznych i Europie oznacza OK, natomiast w Japonii sygnalizuje pieniądze i może być odebrany jako żądanie łapówki; w Iranie oznacza «oko diabła», w Grecji określa się tak kogoś homoseksualistą, w Turcji, na Malcie i w Ameryce Łacińskiej — dupkiem, w Brazylii — organy płciowe” [63].

Podziały kultur i ich kryteria

Kultury różnią się podejściem do pojmowania czasu i przestrzegania harmonogramów, co może być źródłem potencjalnych konfliktów w przypadku podejmowania decyzji, których realizacja uzależniona jest od respektowania wcześniej ustalonych terminów. Dlaczego? Otóż według Edwarda T. Halla, z uwagi na organizację czasu i przestrzeganie harmonogramów, wyróżniamy dwa rodzaje kultur: monochroniczne i polichroniczne. W kulturze monochronicznej — twierdzi E.T. Hall — „wydarzenia ułożone są w formie oddzielnych jednostek, jedno po drugim, jak w północnej Europie, lub według modelu śródziemnomorskiego załatwiania kilku spraw naraz” [64]. Zrozumienie różnic w podejściu do czasu w różnych kulturach odgrywa istotną rolę w procesie koordynowania działań przez osoby wywodzące się z odmiennych środowisk kulturowych. W kulturach polichronicznych postrzeganie czasu jest związane z powtarzalnością zjawisk, zgodną z rytmem natury. W społecznościach reprezentujących takie podejście do czasu liczą się przede wszystkim ludzie i kształtowanie oraz podtrzymywanie pozytywnych, przyjacielskich kontaktów międzyludzkich. W praktyce pociąga to za sobą dość swobodny stosunek do wszelkiego rodzaju zobowiązań terminowych czy planów „na przyszłość”. W kulturach monochronicznych, występujących w nowoczesnych społeczeństwach, „które odrzuciły cykle natury po to, by żyć zgodne z rytmem społeczno-kulturowym” [65], czas ma charakter linearny, upływa nieuchronnie i jawi się jako arbitralny i narzucony. W związku z tym wymaga podzielenia na odcinki, w których planowane są konkretne działania i realizowane będą poszczególne zadania. Pociąga to za sobą wymóg przygotowania harmonogramów i ich restrykcyjnego przestrzegania. Nieprzestrzeganie tych harmonogramów może skutkować wywołaniem efektu domina, ponieważ opóźnienie w działaniu na jednym odcinku czasowym może spowodować falę opóźnień w realizacji jakiegoś innego przedsięwzięcia. W kulturach polichronicznych czas postrzegany jest jako konglomerat, o kształcie zbliżonym do koła, który tworzą razem przeszłość, teraźniejszość i przyszłość, i ma charakter synchroniczny, „kiedy to przeszłość, teraźniejszość i przyszłość są ze sobą powiązane w taki sposób, że wizje dotyczące przyszłości i wspomnienia z przeszłości kształtują teraźniejszość” [52]. Niemożność wprowadzenia w takim przypadku sztywnych harmonogramów wynika z faktu, że ludzie polichroniczni, jak ich nazwał Edward T. Hall, nawiązują jednocześnie wiele kontaktów i są nieustannie zajęci wzajemnymi interakcjami, a co za tym idzie — rzadko są sami, czy to w domu, czy na zewnątrz [64]. Według Richarda R. Gestelanda do kręgu kultur monochronicznych zaliczają się kraje skandynawskie i pozostałe kraje germańskie Europy, kraje Ameryki Północnej oraz Japonia, która wcześniej należała do kultur polichronicznych. Do kręgu kultur umiarkowanie polichronicznych, obok Australii i Nowej Zelandii, należą kra-

je południowoeuropejskie i większość wschodnioeuropejskich, wraz z Rosją. W tym samym kręgu znajdują się Chiny, Korea Południowa i RPA. Natomiast do kultur polichronicznych przynależą kraje arabskie, większość afrykańskich, kraje Azji Południowej i Azji Południowo-Wschodniej oraz kraje latynoamerykańskie [35]. Interesującą, a zarazem wyrazistą ilustracją tych różnic są następujące spostrzeżenia poczynione przez Barry'ego Tomalina i Mike'a Nicksa: „Amerykanie bardzo poważnie podchodzą do kwestii czasu i punktualności, przesadnie ceniąc swój czas wolny, podczas gdy Brytyjczycy uważają, że stawienie się na spotkaniu o ustalonej wcześniej godzinie jest po prostu wyrazem uprzejmości i dobrych manier. We Francji zebrania zaczynają się o umówionej godzinie, ale z kolei nigdy nie kończą się o czasie, głównie z powodu tendencji Francuzów do drobiazgowego analizowania wszystkich kwestii, nierzadko z filozoficznego punktu widzenia. W Niemczech oraz krajach skandynawskich spotkania zaczynają się i kończą o ustalonej porze” [66].

W kontaktach o charakterze międzykulturowym istotne znaczenie — zdaniem Richarda R. Gestelanda — ma rozróżnienie między kulturami ceremonialnymi a kulturami nieceremonialnymi. W społeczeństwach, w których dominuje kultura ceremonialna, przywiązuje się dużą wagę do miejsca poszczególnych osób w hierarchii społecznej, które wyznacza status społeczny i zakres władzy oraz określa sposoby okazywania szacunku osobom zajmującym wyższą pozycję społeczną, a także prowadzi do wykluczenia poufałości we wzajemnych stosunkach między ludźmi zajmującymi różne miejsca w hierarchii społecznej. Do wyznaczników statusu w kulturach ceremonialnych zaliczamy: wiek, płeć, pozycję zajmowaną w organizacji, a także pochodzenie, poziom wykształcenia i znajomość kultury, a więc umiejętność prowadzenia rozmów o sztukach pięknych, muzyce, literaturze, filozofii czy filmach [35]. W przeciwieństwie do kultur ceremonialnych kultury nieceremonialne przywiązują wagę do nadania organizacji bardziej egalitarnego charakteru i wykazują większą skłonność do poufałości we wzajemnych kontaktach, co może prowadzić do nieporozumień w trakcie rozmów między przedstawicielami obu kultur. Richard R. Gesteland do kultur ceremonialnych zalicza większość krajów w Europie i Azji, kraje śródziemnomorskie, arabskie i latynoamerykańskie. Natomiast do kultur nieceremonialnych Danię, Norwegię i Islandię w Europie, USA i Kanadę oraz Australię i Nową Zelandię [35].

Inny podział kultur, według Richarda R. Gestelanda, na kultury ekspresyjne i kultury powściągliwe, wynika z różnic na poziomie kulturowych reguł okazywania emocji. Jednym z najważniejszych aspektów egzystencji człowieka są bowiem emocje i uczucia, których doświadczają ludzie w różnych kulturach. Niektóre emocje, określane mianem podstawowych, jak złość, wstręt, strach, radość, smutek i zdziwienie, są podobnie dekodowane w różnych kulturach. Natomiast różnice między nimi ujawniają się na poziomie wspomnianych wyżej kulturowych reguł ujawniania emocji [41, 67]. W kulturach ekspresyjnych w trakcie wzajemnych

kontaktów ludzie zachowują niewielki dystans, mówią głośno, przerywają sobie często, mimika twarzy jest wyrazista, gestykują w sposób ożywiony, dotykają się, a intensywne patrzenie rozmówcy w oczy jest traktowane jako dowód szczerości i zainteresowania, zaś zapadająca nagle cisza krępuje rozmówców [35]. Z kolei w przypadku kultur powściągliwych w trakcie wzajemnych kontaktów zachowywany jest większy dystans, dotykanie ograniczają rozmówcy do podania sobie ręki, mówią ciszej, rzadko sobie przerywają, mimika twarzy i gestykulacja rękoma są ograniczone i połączone z unikaniem stałego i intensywnego patrzenia w oczy rozmówcy, zapadająca cisza nie budzi konsternacji u rozmówców [35]. Richard R. Gesteland wyróżnia kultury bardzo ekspresyjne, do których zalicza kraje basenu Morza Śródziemnego i kraje latynoskie, oraz kraje o umiarkowanej ekspresyjności, czyli USA, Kanadę, Australię, Nową Zelandię, kraje w Europie Wschodniej, Azji Południowej i kraje afrykańskie. Natomiast do kręgu kultur powściągliwych zalicza kraje położone w Azji Wschodniej i Południowo-Wschodniej, kraje skandynawskie i inne kraje germańskie w Europie [35].

Wybitny antropolog amerykański Edward T. Hall dzieli, z kolei, kultury na nisko- i wysokokontekstowe, wychodząc z założenia, że na sposób porozumiewania się ludzi w obrębie poszczególnych kultur istotny wpływ ma czynnik kontekstualny. Żaden komunikat, żadna wypowiedź nie jest wolna od kontekstu, w którym nastąpił przekaz. Można powiedzieć, że im wyższy jest kontekst wypowiedzi, tym oszczędniej można operować informacją, i odwrotnie — im niższy jest kontekst, w którym przekazywany jest komunikat, w tym bardziej precyzyjny sposób musi on być formułowany. Aby zilustrować tę kwestię, Edward T. Hall odwołuje się do sposobów komunikowania o problemach naukowych, pisząc, że „W magazynie *Science* (...) są dwa rodzaje artykułów: o umiarkowanym kontekście, przeznaczone dla ogółu i krótkie techniczne, o wysokim kontekście dla specjalistów, w których zakłada się, że czytelnik obeznany jest z daną dziedziną na tyle dobrze, że opisy eksperymentów potrzebują niewielkich (lub żadnych) wyjaśnień” [64]. Dokonując podziału kultur na kultury nisko- i wysokokontekstowe, E.T. Hall odwołuje się do przykładu odmiennych strategii komunikacyjnych Amerykanów i Japończyków. Ponieważ Japończycy należą do kultury wysokokontekstowej i zmierzają powoli do celu, „Mówią nie wprost. (...) uważają, że inteligentny człowiek powinien móc rozpoznać, o co chodzi w rozmowie na podstawie kontekstu, który podają z wielką starannością” [64]. Z kolei Amerykanie, którzy należą do kręgu kultur niskokontekstowych, mają wrażenie, że ich japońscy rozmówcy „kręcą” i nie potrafią rozpoznać, o co im chodzi. Podobne różnice można odnotować w odniesieniu do sposobów budowania relacji — zawierania znajomości i nawiązywania przyjaźni. O ile, jak zauważa E.T. Hall, „W Stanach Zjednoczonych znajomości i przyjaźnie są raczej przejściowe”, o tyle „W wielu innych kulturach przyjaźń rozwija się długo i powoli, ale gdy już zostanie nawiązana, trwa i nie jest czymś błahym” [64].

Kultury cechuje także odmienne podejście do kwestii relacji między jednostką i grupą, stąd Geert Hofstede wyróżnia kultury kolektywistyczne i indywidualistyczne [57]. W przypadku kultur kolektywistycznych jednostka postrzegana jest jako część większej całości, tj. rodziny (Korea Południowa, Arabowie), rodu, klanu (Afryka Subsaharyjska), lokalnej społeczności lub grupy pracowniczej (Japonia). W kulturach kolektywistycznych ceni się harmonię i unikanie konfliktów oraz lojalność, solidarność i współpracę. Samotność jest równoznaczna z wykluczeniem i traktowana jak przekleństwo. Szczególnym przykładem kultury kolektywistycznej jest społeczeństwo japońskie, odwołujące się do zasady grupizmu. „Japończyk jest nadal uwikłany w sieć zależności, zobowiązań i obowiązków wobec swoich rodziców, sąsiadów i całego społeczeństwa” [68, 69]. Uwikłania te znajdują wyraz w przynależności Japończyków do różnych społeczności czy stowarzyszeń, czyli, ogólnie mówiąc, grup, którym z tego tytułu winni są lojalność. Indywidualizm jest tam źle postrzegany i utożsamiany z egoizmem, ponieważ kojarzy się z ignorowaniem dobra grupy [68]. Podobnie „Afrykanin jest głęboko zakorzeniony w swojej rodzinie, przywiązany do przodków i uzależniony od boga” [70], jego rozwój jest uwarunkowany aktywnym uczestnictwem w życiu rodzinnym i społecznym, w sposób wykluczający autonomię jednostki. Podobnie jak w Japonii, dużą rolę odgrywa tutaj celebrowanie wspólnotowości. W sferze biznesu postawa ta manifestuje się poprzez dawanie wyrazu przekonaniu: „Najpierw jest przyjaźń, a dopiero później interesy” [70]. Kolektywizm afrykański przejawia się w solidarności rodzinnej i klanowej, która nakazuje jednostce dzielić się owocami jej sukcesu materialnego czy społecznego z innymi członkami grupy. Postawa ta i wynikające z niej zachowania pełnią funkcję swego rodzaju ubezpieczenia społecznego [71]. Także w społeczeństwach arabskich jednostka winna jest przede wszystkim lojalność rodzinie, a indywidualne potrzeby mają charakter drugorzędny [61]. W kulturach kolektywistycznych obecne jest zjawisko kultu przodków. Opiera się on na przekonaniu, że życie człowieka nie kończy się wraz ze śmiercią, i związany jest z wiarą, że istnieje rzeczywisty kontakt żyjących z umarłymi. Zjawisko kultu przodków występuje od zarania dziejów w Chinach, także w Japonii i Korei oraz w Afryce [36].

W przeciwieństwie do kolektywizmu, postrzeganego jako „pierwotna orientacja na wspólne cele i zadania”, indywidualizm bywa traktowany jako „pierwotna orientacja na siebie” [52]. Indywidualizm jako norma kulturowa zakłada, że prymat należy się jednostce, jej przynależna jest najwyższa wartość i przyrodzona godność, autonomia moralna i intelektualna, a przynależność i uczestnictwo w życiu społeczności opiera się na zasadzie dobrowolności [36]. Zasada indywidualizmu na Zachodzie znalazła swój wyraz w ideowym zainicjowaniu Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 1948 roku, która odwołuje się do godności i równości oraz niezbywalnych praw jednostki, i przyjmowanych później podobnych rozwiązań, jak Konwencja z 1979 roku dotycząca

likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet. Część państw, w większości muzułmańskich, uznała wówczas, że „nie będzie w stanie wymusić na jednostkach odstąpienia od tradycji i zwyczajów kulturowych, nawet jeśli naruszają one uniwersalne prawa kobiet” [72].

W istocie Zachód pod względem kulturowym nie jest monolityczny i relacje między podejściem indywidualistycznym a kolektywistycznym są tutaj bardziej złożone. Według F. Trompenaarsa i Ch. Hampdena-Turnera wpływ na dominację jednej z tych orientacji w społeczeństwie miała przynależność religijna. Kościoły protestanckie, zwłaszcza kalwinistyczny, preferowały indywidualną relację jednostki z Bogiem, natomiast katolicy zawsze spotykali się z Bogiem jako wspólnota, na zgromadzeniach wiernych. Stąd „kultury rzymskokatolickie oraz azjatyckie kultury wybrzeży Pacyfiku rzadziej opowiadają się za indywidualizmem niż protestancki Zachód, na przykład Wielka Brytania, Skandynawia (z reguły), Holandia, Niemcy, Stany Zjednoczone czy Kanada” [52]. Dominacja zasady indywidualizmu nie oznacza zatem, że popieranie wolności i odpowiedzialności ma wykluczać zachęcanie jednostki do osiągnięcia konsensusu w interesie grupy. W praktyce społecznej z reguły spotykamy się z próbami godzenia obu postaw, co oznacza, że podejście indywidualistyczne może iść w parze z postawą prospołeczną, opierającą się na założeniu, że to jednostki-ochotnicy tworzą grupę. Tymczasem w kolektywistycznej Japonii podmiotem pierwotnym jest grupa i to przynależność do niej stanowi o pozycji jednostki [52].

Jednym z istotnych kryteriów określających różnice międzykulturowe jest dystans władzy, pojęcie wprowadzone przez Geerta Hofstede, które odzwierciedla dominujące w danej kulturze podejście do nierówności [57]. „Określa również stopień akceptacji dla nierówności społecznych, skłonność przełożonych do konsultacji z podwładnymi, czyli stopień autorytarności władzy, oraz oczekiwany stopień posłuszeństwa wobec rodziców, przełożonych i władzy” [73]. Zjawisko dystansu władzy występuje w rodzinie, szkole, społeczności lokalnej, miejscu pracy i państwie. Nierówności występują wprawdzie w każdym społeczeństwie, ale stopień ich akceptacji jest różny. Są kultury, w których nierówności społeczne są traktowane jako oczywiste, naturalne i godne szacunku, te kultury cechuje relatywnie duży dystans władzy. Z kolei kultury, w których ludzie postrzegają nierówności jako coś w rodzaju zła koniecznego, cechuje mniejszy dystans władzy. Pisząc o źródłach zróżnicowania dystansu władzy, Geert Hofstede wskazuje, że jest on wyższy w społeczeństwach posługujących się językami romańskimi, na obszarze, który niegdyś należał do Imperium Rzymskiego i gdzie większe były wpływy katolicyzmu, mniejszy jest natomiast u użytkowników języków germańskich, których przodkowie nie znajdowali się pod władzą Rzymu [57, 22]. Do krajów najbardziej egalitarnych zaliczają się Austria, Dania, Izrael, Nowa Zelandia;

niższy dystans władzy cechuje także społeczeństwa Stanów Zjednoczonych i Kanady. Na przeciwległym biegunie sytuują się Filipiny, Meksyk, Wenezuela i Indie [74]. Również w krajach konfucjańskich dystans władzy jest średni lub duży. Specjalnym statusem cieszą się tam ludzie starsi, aby podkreślić ten fakt, „Język koreański posiada odrębne słowa dla nazwania starszego brata, najstarszego brata, młodszej siostry, najmłodszej siostry itd.” [74]. W krajach tych szczególnego znaczenia nabiera nabożność synowska i wynikająca stąd władza starszych [75]. W krajach o małym dystansie władzy stosunki między dziećmi i ich rodzicami opierają się na relacji partnerskiej, tam, gdzie dystans władzy jest duży, obowiązuje zasada podporządkowania i posłuszeństwo dzieci wobec rodziców [76].

W różnych kulturach, zdaniem Geerta Hofstede, ludzie mają odmienne podejście do tego, co nieprzewidywalne, czyli przyszłości, oraz odmiennie reagują w warunkach, kiedy sytuacja jest niejednoznaczna, czyli różnią się skłonnością do unikania niepewności, tolerowania dwuznaczności i inności [57]. Do społeczności tolerujących stosunkowo wysoki stopień niepewności zaliczają się mieszkańcy Singapuru, Wielkiej Brytanii, Danii, Szwecji, Hongkongu i Stanów Zjednoczonych. Natomiast Belgowie, Grecy, Portugalczycy i Japończycy skłonni są wykazywać się mniejszą tolerancją dla niepewności i wykazują skłonność do jej unikania [74]. „Kiedy osoba uwarunkowana kulturowo na unikanie niepewności spotyka kogoś, kto jest pozytywnie nastawiony do tego, co nieznanne, wzrasta u niej ryzyko dyskomfortu” [74]. Taka sytuacja może zaistnieć w przypadku kontaktu Amerykanina z Japończykiem, kiedy obaj nie będą świadomi dzielących ich różnic kulturowych. Mogą wówczas dojść do wniosku, każdy z nich z osobna, że „druga strona zachowuje się niepokojąco. Amerykanin prawdopodobnie dostrzeże u Japończyka sztywność i nadmierną chęć kontrolowania sytuacji, natomiast Japończyk uzna Amerykanina za niezdyscyplinowanego, zbyt tolerancyjnego i generalnie pozbawionego samokontroli” [74].

Innym kryterium konstytuującym różnice międzykulturowe jest stopień, w jakim członkowie danej grupy kulturowej przejawiają zachowania, które cechuje asertywność bądź skromność w relacjach wzajemnych. Z tego punktu widzenia Geert Hofstede wyróżnia dwa typy kultur, jedną, którą cechuje męskość, i drugą, która uosabia kobiecość [57]. Pierwsza, nazywana kulturą osiągnięć, programuje jednostki do funkcjonowania w społeczeństwie zorientowanym na postawę konkurencyjną i nastawioną na realizację bieżących celów, w której szczególnie ceniony jest sukces materialny. Z kolei kultury kobiece promują podejście o charakterze humanitarnym i opiekuńczym, szczególnie podkreślając wagę wzajemnych relacji. Są nastawione na bardziej sprawiedliwą dystrybucję dobrobytu. Inaczej w tych kulturach postrzegane są role kobiet, odmiennie są preferencje w kwestii rozwiązywania konfliktów [77].

Znajomość tego wymiaru kultury może być użyteczna na przykład przy ubieganiu się o przyjęcie do pracy w odmiennym od własnego środowisku kulturowym. Rzecz może dotyczyć różnic, jakie dzielą kulturę amerykańską od holenderskiej. W kulturze amerykańskiej pożądane jest zachowanie asertywne, pracodawca amerykański jest świadomy tego faktu w rozmowie z kandydatem na określone stanowisko. Zaś w kulturze holenderskiej ceniona jest skromność, szczegóły mogą być wyjaśnione w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej. W tym przypadku kontakt międzykulturowy może skutkować porażką Holendra w USA [76].

Podsumowanie

Współczesna Europa, podobnie jak cały świat, jest ogromnie zróżnicowana pod względem kulturowym. Korzenie tego pluralizmu kulturowego zarówno tkwią w przeszłości, jak i są konsekwencją współczesnych procesów migracyjnych, które sprawiły, że do Europy po II wojnie światowej napłynęły i wciąż napływają miliony imigrantów. Przybywają oni z własnym „wyposażeniem” kulturowym i najczęściej nie są skłonni do rezygnacji z własnego dziedzictwa kulturowego. Sprawia to, że mieszkańcy

Współczesna Europa,
podobnie jak cały
świat, jest ogromnie
zróżnicowana pod
względem kulturowym

Europy na co dzień doświadczają kontaktu z *Innym*, czyli kimś, kto inaczej wygląda, ubiera się, mówi innym językiem i wyznaje inną religię. Okazję do kontaktu międzykulturowego daje także turystyka, jest ona również udziałem pracowników delegowanych do pracy za granicą. Doświadczają oni, podobnie jak imigranci przybywający do Europy, zjawiska, jakim jest szok kulturowy. Mimo obserwowanych od kilkudziesięciu lat procesów globalizacyjnych występujących na całym świecie nie grozi nam uniformizacja pod względem kulturowym, a wręcz przeciwnie — odmienności kulturowe nie tracą na znaczeniu. Oznacza to, że elementarna wiedza na temat odmienności kulturowych może ułatwiać zrozumienie problemów wynikających z kontaktu międzykulturowego, a przede wszystkim chronić przed bezkrytycznym przyjmowaniem postawy etnocentrycznej w kontakcie z ludźmi pochodzącymi z innych kultur niż własna. Warto przy tym pamiętać, że znajomość języka dostarcza niezbędnego narzędzia w procesie komunikowania międzykulturowego. Jednak należy mieć przy tym świadomość istnienia w każdej kulturze ukrytych wzorców postępowania i ich znaczenia w dekodowaniu komunikatów przekazywanych zarówno werbalnie, jak i przede wszystkim niewerbalnie.

Bibliografia

1. Huntington SP. Z kulturą trzeba się liczyć. W: Harrison LE, Huntington SP (red.). *Kultura ma znaczenie. Jak wartości wpływają na rozwój społeczeństw*. Poznań: Zysk i S-ka; 2003, s. 11, 12, 23.
2. Harrison LE, Huntington SP (red.). *Kultura ma znaczenie. Jak wartości wpływają na rozwój społeczeństw*. Poznań: Zysk i S-ka; 2003.
3. Anderson S. *Języki. Krótkie wprowadzenie*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2017;25, 26, 34, 58.
4. Comrie B, Mattchews S, Polinski M (red.). *Pochodzenie i rozwój języków świata*. Poznań: Oficyna Wydawnicza Atena; 1998, s. 13, 16.
5. Nakamura H. *Systemy myślenia ludów Wschodu. Indie, Chiny, Tybet, Japonia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005, s. 23.
6. Huntington SP. *Zderzenie cywilizacji i nowy kształt ładu światowego*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 1998, s. 123–127.
7. Kaczmarek T, Koralewski T, Matkowski R. *Wielka Encyklopedia Geografii Świata. T. XII. Ludność świata*. Poznań: Wydawnictwo KURPISZ S.C.; 1998, s. 201–203.
8. Antczak S. *Kulturowe aspekty współczesnych migracji muzułmanów do Europy*. Poznańskie Zeszyty Humanistyczne. T. 12. Poznań: Wydawnictwo „Rys”; 2009, s. 31.
9. *Postanowienia Traktatu z Schengen*. W: *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*. L 239/13. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:42000A0922\(01\)&qid=1510247059217&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:42000A0922(01)&qid=1510247059217&from=EN) (data dostępu: 21.03.2019).
10. Bocheńska A, Dutka K. *Traktat z Schengen*. W: *Encyklopedia Zarządzania*. https://mfiles.pl/pl/index.php/Traktat_z_Schengen (data dostępu: 21.03.2019).
11. Jaroszewicz M. *Zniesienie wiz dla Ukraińców — konsekwencje i wyzwania*. Analizy. pl. 2017.04.26. <https://www.osw.waw.pl/pl/publikacje/analizy/2017-04-26/zniesienie-wiz-dla-ukraincow-k-nsekwencje-i-wyzwania> (data dostępu: 21.03.2019).
12. Clochard O. *Czy Unia Europejska przeżywa masowy napływ uchodźców?* W: Thiollet H (red.). *Migranci, migracje. O czym warto wiedzieć, by wyrobić sobie własne zdanie*. Kraków: Karakter; 2017, s. 23–25.
13. Bielecki T. *Wrzący Londonistan. Rzeczpospolita*. 8.07.2005.
14. Laqueur W. *Ostatnie dni Europy. Epitafium dla Starego Kontynentu*. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie; 2008, s. 62–64.
15. Castles S, Miller MJ. *Migracje we współczesnym świecie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA; 2011, s. 62.
16. Kapuściński R. *Ten inny*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2006, s. 59–60, 67, 70–73.
17. Scheffer P. *Druga ojczyzna. Imigranci w społeczeństwie otwartym*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2010, s. 84–87.
18. Widy M. *Życie codzienne w muzułmańskim Paryżu*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog; 2005, s. 154 i n., 83–91, 154.
19. Zawadewicz M. *Życie codzienne w muzułmańskim Londynie*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog; 2008, s. 54–65 198 i n., 75–85, 150–154.
20. Marx E. *Przełamywanie szoku kulturowego*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Placet; 2000, s. 25.
21. Luzbetak LJ. *Kościół a kultury. Nowe perspektywy w antropologii misyjnej*. Verbinum. Warszawa: Wydawnictwo księży Werbistów; 1998, s. 231, 222, 233, 47–48, 149.
22. Boski P. *Kulturowe ramy zachowań społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, Academica Wydawnictwo SWPS; 2009, s. 523 i n., 95.
23. Luzbetak LJ. <https://www.encyclopedia.com/arts/culture-magazines/luzbetak-louis-joseph> (data dostępu: 5.04.2019).
24. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby (w): Hygeia Public Health 2013, 48(1):112*. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2013/hyg-2013-1-108.pdf> (data dostępu: 5.04.2019).
25. Wywiad z Margaret Lock antropologiem medycznym i profesorem na Uniwersytecie McGill, znawczynią kultur azjatyckich. *Le Courier International* z 11–17 VII 1999. Cyt. za: *Antropologia Medycyny*. 1999;10(43).

26. Kajdański E. *Medycyna chińska dla każdego*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2011, s. 82–123.
27. Karlen K. *Człowiek i mikroby*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 1997, s. 64–67.
28. What is mental health? World Health Organization. <https://web.archive.org/web/20131103123102/http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> (data dostępu: 5.04.2019).
29. Butcher JN, Hooley JM, Mineka S. *Psychologia zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2017, s. 701.
30. *Encyklopedia Socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1998, t.1. A-J, s. 32–35.
31. *Encyklopedia Socjologii*. Warszawa: Oficyna Naukowa; 1999, t. 2 K-N, s. 81–86.
32. Krzyżowski Ł. Polscy migranci i ich starzejący się rodzice. *Transnarodowy system opieki międzygeneracyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar Spółka z o.o.; 2013, s. 33–34.
33. Krawczyk R. *Islam jako system społeczno-gospodarczy*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Uczelni Łazarskiego; 2013, s. 291 i n.
34. Kowalski M. *Antropolodzy na wojnie. O „brudnej” użyteczności nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2015, s. 305–314.
35. Gesteland RR. *Różnice kulturowe a zachowania w biznesie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000, s. 9, 79, 76, 59, 46–57, 132, 49, 68–74, 133, 70.
36. Barnard A, Spencer J (red.). *Encyklopedia antropologii społeczno-kulturowej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen; 2008, s. 317, 229, 319, 731, 483–484, 270.
37. Bielicki T (red.). *Mały słownik antropologiczny*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1976, s. 229, 371.
38. Eller JD. *Antropologia kulturowa. Globalne siły, lokalne światy*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012, s. 25, 36, 40, 43, 44.
39. Marshall G (red.). *Oxford. Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006, s. 165.
40. Nowicka E. *Świat człowieka — świat kultury*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006, s. 49, 53, 54, 71.
41. Matsumoto D, Juang L. *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007, s. 173, 177, 37, 281–289.
42. McGuire MB. *Religia w kontekście społecznym*. Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos; 2012, s. 59.
43. Krajciewicz W. *Subkultury więzienne*. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEWjI38z_iqjmAhUCIIsKHalUCwoQFJAeGQIARAJ&url=http%3A%2F%2Fm.wspia.eu%2Ffile%2F21418%2F22-KRAJCIEWICZ.pdf&usg=AOvVaw2gTnB0KwBT1cBkGpD-VEu_, (data dostępu 9.04.2019).
44. Świeboda A.: *Subkultury młodzieżowe*. <https://parenting.pl/subkultury-mlodziezowe> (data dostępu: 9.04.2019).
45. Storhaug H. *Islam jedenasta plaga*. Katowice: Wydawnictwo Stapis; 2011, s. 32 i n.
46. Baldwin E, Longhurst B, McCracken S, Ogborn M, Smith G. *Wstęp do kulturoznawstwa*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2007, 25.
47. Kurcz I. *Język i komunikacja*. W: Strelau J (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. *Psychologia ogólna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 231.
48. Morreale S, Spitzberg H, Barge JK. *Komunikacja między ludźmi*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA; 2015, s. 110, 100.
49. Everett DL. *Język. Narzędzie kultury*. Kraków: Copernicus Center Press Sp. z o.o.; 2018, s. 20.
50. Giddens A. *Socjologia*. Wydanie nowe. Współpraca Sutton Ph.W. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012, s. 1095.
51. *Główne kultury prawne współczesnego świata*. Barbasiewicz W (red.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995, s. 23.
52. Trompenaars F, Hampden-Turner Ch. *Siedem wymiarów kultury*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna; 2002, s. 37, 17, 146, 69, 72, 84.
53. Knott K. *Hinduizm. Bardzo krótkie wprowadzenie*. Warszawa: Prószyński i S-ka; 2000, s. 100–110.
54. Frédéric L. *Słownik cywilizacji indyjskiej*. T. 2. Katowice: Wydawnictwo Książnica; 1998, s. 353.

55. Hall ET. *Bezglębny język*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1987, s. 127, 124–125, 127–128.
56. Kimmel P. *Konflikt a kultura*. W: Deutsch M, Coleman P (red.). *Rozwiązywanie konfliktów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005, s. 450–451.
57. Hofstede G. Hofstede GJ, Minkov M. *Kultury i organizacje*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne; 2011, s. 20, 101, 67–68, 93, 196–198, 145–148.
58. Eriksen ThH. *Małe miejsca, wielkie sprawy*. Wprowadzenie do antropologii kulturowej. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen; 2009, s. 237–238.
59. Leathers DG. *Komunikacja niewerbalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007, s. 17, 20, 22, 54, 148, 149.
60. Hall ET. *Ukryty wymiar*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 2003, s. 199, 201.
61. Nydel K. (Omar). *Zrozumieć Arabów*. Warszawa: Wydawnictwo Studio EMKA; 2001, s. 33.
62. Chong D, Lemo D. *Jak zaczarować indyjską kobrę*. Wielka indyjska odyseja biurowa. Warszawa: ConnectAsia; 2014, 66.
63. *Gest zwycięstwa oznacza czasem... środkowy palec*. Sprawdź znaczenie gestów przed wyjazdem za granicę. Redakcja Fokus. <https://www.focus.pl/artykul/gesty-swiatea-sprawdz-znaczenie-mowy-ciala-przed-wyjazdem?page=3> (data dostępu 5.05.2019).
64. Hall ET. *Taniec życia*. Inny wymiar czasu. Warszawa: Wydawnictwo Literackie MUZA SA; 1999, s. 55, 59, 73, 75.
65. Adam B. *Czas*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!; 2010, s. 91.
66. Tomalin B, Nicks M. *Światowe kultury biznesu*. Warszawa: Bellona SA; 2014, s. 48–49.
67. Price WF, Crapo RH. *Psychologia w badaniach międzykulturowych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, s. 100–102.
68. Hałasa D. *Życie codzienne w Tokio 1990–2004*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Dialog; 2004, s. 78, 91.
69. Yazawa Y. *Okagesama*. Japoński sposób na życie. Warszawa: Grupa Wydawnicza Foksal sp. z o. o.; 2018, s. 61.
70. Etounga-Manguelle D. *Czy Afryce potrzebny jest program dostosowania kulturowego?* W: Harrison LE, Huntington SP (red.). *Kultura ma znaczenie*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2003, s. 134.
71. Rosiak D. *Żar*. *Oddech Afryki*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne; 2016, s. 43.
72. Bieńczyk-Missala A. *Kulturowe uwarunkowania tworzenia i przestrzegania uniwersalnych praw człowieka*. W: Schreiber H, Michałowska G (red.). *Kultura w stosunkach międzynarodowych*. Tom I. *Zwrot kulturowy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2013, s. 220.
73. Hofstede G. https://pl.wikipedia.org/wiki/Geert_Hofstede (data dostępu: 4.05.2019).
74. Adler RB, Rosenfeld LB, Proctor RF. *Relacje interpersonalne*. Proces porozumiewania się. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2006, s. 419, 420.
75. Gyutae L. *Struktura świadomości Koreańczyków*. Skarżysko-Kamienna: Wydawnictwo Kwiaty Orientu; 2017, s. 44.
76. Subocz D. *Geert Hofstede — praktyczne zastosowanie wymiarów kultur narodowych*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Vol. XXV, 1–2, 49. http://dlibra.umcs.lublin.pl/Content/21803/czas19356_25_1_2_2012_3.pdf (data dostępu: 4.05.2019).
77. Bętkowska J, Skraba K. *Badanie Geerta Hofstede*, *Encyklopedia zarządzania*. https://mfiles.pl/pl/index.php/Badanie_Geerta_Hofstede (data dostępu: 4.05.2019).

Ewa Baum, Agnieszka Żok

**Przez duszę do zdrowia.
Wpływ czynnika
duchowego
na dobrostan pacjentów**



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	47
Duchowość a religijność	47
Rola i znaczenie wymiaru duchowego w życiu człowieka chorego	49
Podsumowanie	54

Przez duszę do zdrowia. Wpływ czynnika duchowego na dobrostan pacjentów

Wprowadzenie

Jedną z prób interpretacji terminu „duchowość” określa ją jako stosunek człowieka do transcendencji, czyli życia poza doświadczanym zmysłowo światem, co związane jest także z bezpośrednim odniesieniem do niematerialnej rzeczywistości. Wybrane przekonania duchowe (np. wiara w miłosiernego Boga, nieśmiertelną duszę, życie wieczne w raju bądź reinkarnację) mogą stanowić źródło nadziei i inspiracji, poczucia celowości oraz wewnętrznego spokoju. Pomagają kształtować odporność na frustrujące warunki pracy, są „zasobami wewnętrznymi”, z których można czerpać w trudnych chwilach [1]. Jednak dotąd nie znaleziono bezspornej odpowiedzi na pytanie, jak należy definiować wieloznaczną „duchowość” [2].

Duchowość a religijność

W klasycznym ujęciu, obecnym w pracach niektórych psychologów amerykańskich, podkreśla się bliskość znaczeniową pomiędzy duchowością i religijnością, a nawet tworzy się równoznaczny termin spajający duchowość z religijnością (*spirituality/religiosity*), w którym często utożsamia się i traktuje syno-

nimicznie oba pojęcia [3]. Anthony Giddens, socjolog brytyjski, zwraca uwagę na odmienne definicje samej religii — dla jednych jest ona utożsamiana z tradycyjnym Kościołem, zaś inni pojmują ją znacznie szerzej, jako wewnętrzną duchowość i autoidentyfikację z pewnymi wartościami [4].

Jednakże, w innym ujęciu, termin „duchowość” jest znacznie bardziej pojemny niż pojęcie religijności, a także często rozumiany bardziej wieloaspektowo oraz interdyscyplinarnie. Klarowną oraz wnikliwą definicję tego terminu podała Ruth Tanyi, która postrzega duchowość jako indywidualne poszukiwanie sensu i celu w życiu, który niekoniecznie musi być związany z religią, natomiast łączy się z wybranymi przez podmiot praktykami, wartościami czy przekonaniami, które nadają życiu sens, stanowią siłę inspirującą i motywującą do osiągnięcia autentycznego dobrostanu, sprawiają, że czuje on w sobie moc sprawczą, odzyskuje spokój, nadzieję oraz wiarę, odczuwa radość i pozytywną energię, która ułatwia świadome przeżywanie życia, z akceptacją jego ułomności, trudności i śmiertelności włącznie. Zatem duchowość może uze-

Duchowość
to indywidualne
poszukiwanie sensu
i celu w życiu

wewnętrzniać się poprzez religię, ale nie musi to być czynnik determinujący. Duchowość może funkcjonować bez religii, tak jak niekiedy religia bez duchowości, ale w tym ostatnim przypadku będzie się to sprowadzało do pewnej obrzędowości czy fasadowości.

Zasadność rozróżnienia duchowości i religijności zdają się dzielić także inni badacze, którzy zawężają pojęcie religijności do praktyk zewnętrznych, zinstytucjonalizowanych, powierzchownych oraz zrytualizowanych i skoncentrowanych na zachowaniu obrzędowości oraz przekazywaniu pewnej doktryny [6, 7]. Natomiast według Pawła Sochy „duchowość jest *differentia specifica* człowieka, zaś produktem życia duchowego jest szeroko rozumiana kultura” [8]. Zatem pojęcie duchowości ma jednocześnie rozwojowy, ale niematerialny i nieuchwytny charakter o dużej dozie subiektywizmu, z uwzględnieniem czynników oraz wzorców kulturowych. Współistnienie obok siebie różnych kultur nie jest nowym zjawiskiem, przykładem pokojowej koegzystencji hinduizmu i islamu były Indie przed podziałem w 1947 roku [9]. Współcześnie natomiast owym przemianom towarzyszy refleksja teoretyczna. Zajmujący się wielokulturowością badacze zauważają, że zróżnicowanie kulturowe z jednej strony stanowi ogromny potencjał, z drugiej natomiast może być źródłem konfliktów. Konflikty mogą pojawiać się w momencie konfrontacji postaw wynikających z odmiennych systemów wartości, które będą wpływać na zachowania ludzi należących do odmiennych kultur. Przestrzeganie praw każdego człowieka, które mają niezwykle istotną funkcję w łagodzeniu takich konfliktów, należy także do zaleceń standardów postępowania w przypadku tzw. *soft law*

(prawo miękkie). W Europie obejmuje ono głównie rekomendacje Komitetu Ministrów Rady Europy oraz rezolucje i rekomendacje Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy [10]. Choć *soft law*, w przeciwieństwie do prawa karnego, nie wyznacza stanowczych konsekwencji za nieprzestrzeganie jego zapisów, stanowi jego ważne uzupełnienie. Definiowane jako prawo miękkie rekomendacje w dużej mierze dotyczą kwestii antydyskryminacyjnych, w tym prawa do praktykowania wybranych form duchowości, oraz regulacji związanych z opieką medyczną i ochroną praw pacjentów [10]. Zagadnienia te wydają się istotne, gdyż zauważono bezpośredni związek pomiędzy stanem zdrowia a duchowością pojmowaną jako religijność, na przykład wśród niektórych wyznań protestanckich zaobserwowano wyraźną zależność pomiędzy nimi [11]. Początkowo podejrzewano, iż osoby, które są bardzo religijne, zaniedbują zdrowie na rzecz praktyk duchowych, są bierne i pogodzone z losem, jednak okazało się, że nic bardziej mylnego niż taki wniosek. Wyższy poziom rozwoju duchowego współistnieje z systematycznym korzystaniem z oferowanych usług w zakresie opieki medycznej [12]. Równocześnie amerykańskie badania epidemiologiczne oparte na bardzo dużej populacji (21 204 osoby) wykazały, iż prawdopodobieństwo wystąpienia śmierci jest wyższe o 1,87 raza u osób, które nie uczestniczą w praktykach religijnych, niż u jednostek, które przynajmniej raz w tygodniu chodzą na nabożeństwa [13].

Rola i znaczenie wymiaru duchowego w życiu człowieka chorego

Na związany z uczestnictwem w praktykach religijnych aspekt społeczny zwraca uwagę także Susan Pinker, wyraźnie podkreślając, „że wiara gromadzi ludzi w jednym miejscu”. Twierdzi także, że przynależność do grupy wyznaniowej ma społeczny, bardziej altruistyczny i integrujący charakter, który jednoczy ludzi, a „skoordynowane rytuały” dają „poczucie wspólnoty bez słów” [14]. Osoby religijne uważają podjęcie pewnych działań za obowiązek moralny i chętniej niż ateści aktywizują się na rzecz społeczności lokalnej, przekazują datki na działalność charytatywną czy inną działalność o charakterze prospołecznym [15]. W związku z tym rozwój duchowy jest bardzo ważny nie tylko z perspektywy jednostki, ale także ogółu danej społeczności. Nie ma przy tym znaczenia konkretnie deklarowane wyznanie, a ogólna autoidentyfikacja z wiarą i przyjazne oraz pełne tolerancji nastawienie do innowierców. Przykładem pokojowej koegzystencji

Rozwój duchowy
jest bardzo ważny
nie tylko dla jednostki,
ale także całej
społeczności

społeczności wyznających odmienne religie i należących do różnych związków wyznaniowych była w XVI wieku Korona Polska, a od 1569 roku Rzeczpospolita Obojga Narodów. Po reformacji, obok chrześcijan należących do Kościoła katolickiego, żyli tutaj wyznawcy różnych odmian protestantyzmu, przede wszystkim kalwinizmu i luteranizmu, Ormianie mający własny Kościół, poza nimi licznie obecni byli chrześcijanie należący do Kościoła prawosławnego. W miastach najczęściej zamieszkiwali członkowie żydowskich gmin wyznaniowych, poza tym w Rzeczypospolitej zamieszkiwali także Tatarzy wyznający islam, a nawet niewielka mniejszość wyznaniowa: Karaimi [16, 17]. Obecnie Polacy pod względem religijnym są grupą dość homogeniczną, gdyż od końca lat dziewięćdziesiątych nieprzerwanie około 90% respondentów zalicza się do grona wierzących, a co dziesiąty (w ostatnich latach co jedenasty–dwunasty) ankietowany określa siebie mianem głęboko wierzącego [18]. Tak znaczący odsetek religijnych Polaków bezpośrednio wywodzi się z uwarunkowań społeczno-kulturowych oraz historycznych. Jednak należy podkreślić, że sondaż Centrum Badania Opinii Społecznej ze stycznia 2017 roku zwraca uwagę na fakt, że w Polsce pojawiają się symptomy „sekularyzacji moralności”, która oznacza, że Polacy w coraz mniejszym stopniu odczuwają potrzebę religijnego uzasadniania własnych osądów moralnych i w różnych aspektach społecznych wyznają zasady sprzeczne z deklarowaną przez siebie religią [19]. Dla porównania, z badań przeprowadzonych w kwietniu 2019 roku w USA przez Instytut Gallupa wynika, iż spada liczba Amerykanów, którzy deklarują jakąkolwiek przynależność religijną, a także faktyczne uczestnictwo w nabożeństwach [20]. We wspomnianym powyżej sondażu zestawiono dane dotyczące deklarowanej przynależności religijnej w latach 1998–2000 oraz 2016–2018. W tym badaniu porównawczym wykazano, iż średnio 69% dorosłych Amerykanów w USA deklarowało jakąkolwiek przynależność religijną w latach 1998–2000, natomiast w drugim omawianym okresie nastąpił spadek do 52%. Równocześnie należy zaznaczyć, że aż 33% Amerykanów określiło się jako osoby duchowe, ale niezwiązane z żadną religią [20].

Praktyki religijne są o tyle ważne, że wywołują u osób w nich uczestniczących silne poczucie wspólnoty, bliskości i skłaniają do budowania społeczności opartej na podobnym systemie wartości i etycznej wrażliwości. To z kolei rodzi szczególny rodzaj więzi, zaufania, poczucia bezpieczeństwa i, nierzadko, przeciwdziała samotności oraz pozwala na skuteczniejszą obronę przed niebezpieczeństwami zewnętrznymi.

Jednak należy zaznaczyć, że nie ma jednolitego poglądu na istnienie zależności pomiędzy życiem duchowym i religijnością a stanem zdrowia, gdyż niektórzy badacze sugerują, że wiele wyników prac oceniających związek pomiędzy religijnością i duchowością życia a stanem zdrowia pacjentów jest obciążonych błędami metodologicznymi i w praktyce dostępnych jest niewiele

obiektywnych badań ukazujących związek pomiędzy stopniem religijności czy duchowości a stanem zdrowia chorych [21]. Deklarują oni, że wobec braku silnych dowodów na związek pomiędzy duchowością i/lub religijnością a stanem zdrowia chorych i dalszym rokowaniem co do postępu choroby nie jest uzasadnione uwzględnianie tych ocen w trakcie postępowania lekarskiego [22].

Badania prowadzone na gruncie psychologii zdrowia pozwoliły na udowodnienie, że duchowość odgrywa znaczącą rolę w życiu jednostki, co z kolei skłoniło badaczy do sprawdzenia dalszych zależności pomiędzy życiem wewnętrznym a stanem zdrowia wśród poszczególnych grup pacjentów. Ponadto część badaczy twierdzi, że występuje silny związek pomiędzy stopniem religijności czy duchowości a zdrowym trybem życia i długowiecznością [23, 24]. Uważają oni, że stopień religijności i/lub duchowości życia pacjenta powinien być uwzględniany podczas podejmowania decyzji medycznych co do dalszego postępowania terapeutycznego. Wyniki badań przeprowadzonych w grupach chorych z różnymi zaburzeniami sugerują istnienie związku pomiędzy stopniem religijności a obniżeniem ciśnienia tętniczego krwi [25], lepszym stanem zdrowia u chorych po transplantacji serca [26], zmniejszeniem dolegliwości bólowych u chorych z chorobą nowotworową [27] czy lepszą obiektywnie i subiektywnie ocenianą jakością życia u osób w wieku podeszłym [27]. Dodatkowo badania duńskiej populacji, które trwały nieprzerwanie przez 20 lat i były przeprowadzone na 734 osobach, wykazały, iż uczestnictwo w nabożeństwach było związane z niższą śmiertelnością, przy czym związek ten zaobserwowano u kobiet [28].

Stopień religijności i duchowości życia pacjenta powinien być uwzględniany podczas podejmowania decyzji medycznych

Badania dotyczące zależności pomiędzy duchowością a religijnością oraz uzyskiwanym wsparciem społecznym obejmują także grupę pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek. Religijność jest postrzegana jako czynnik ułatwiający radzenie sobie ze stresem oraz niedogodnościami związanymi z przewlekłą chorobą. Ramirez oraz współpracownicy stwierdzili, że deklarowana religijność jest powiązana z wyższą subiektywną jakością życia, natomiast deklarowany brak religijności był powiązany z występowaniem niepokoju, lęku czy stanów depresyjnych, co wiązało się z ogólnym obniżeniem odczuwalnej jakości życia u respondentów [29]. Silną zależność pomiędzy deklarowanym poziomem duchowości a wybranymi domenami jakości życia, zwłaszcza objawami depresyjnymi oraz całościową oceną jakości życia, u pacjentów dializowanych zauważył Finkelstein i jego współpracownicy [30]. Ponadto analiza postaw 133 dializowanych pacjentów brazylijskich wykazała, iż czytanie literatury religijnej sprawiało, że nie występowały u nich objawy depresyjne. Równocześnie jakość życia pacjentów była pozytywnie związana ze wzrostem

ich religijności. Natomiast żadne aspekty religijne nie współlistniały z objawami lęku czy niepokoju [31]. Do podobnych wniosków doszedł Martinez wraz z zespołem, gdyż w ich badaniach zaobserwowano istotną korelację między zdrowiem psychicznym i dobrostanem duchowym. Obecność pierwiastka duchowego w życiu pacjenta była najważniejszym z czynników pozwalających przewidzieć stan jego zdrowia psychicznego (obecność odczuwanych lęków, stanów niepokoju, zaburzeń

Bardzo ważne
jest odczuwanie
sensu życia przez
pacjentów chorych
przewlekle

snu i zaburzeń psychosomatycznych), a słabe zdrowie psychiczne wiązało się z niższym deklarowanym poziomem duchowości [32]. Spostrzeżenia Małgorzaty Kalety-Witusiak także potwierdzają tezę, iż bardzo ważne wśród pacjentów chorych przewlekle jest odczuwanie sensu życia. Świadczy to o tym, że wartości witalne (takie jak zdrowie, życie, redukcja bólu

i cierpienia, powrót do lepszej kondycji psychofizycznej) oraz duchowe (aspekty religijne) mają kluczowe znaczenie dla poprawy dobrostanu pacjenta [33]. Osoby wierzące mogą czerpać siłę i inspirację do działań z Bogiem lub osobami duchownymi. Do podobnych wniosków doszła Ewa Baum w swojej pracy poświęconej pacjentom poddawanych terapii nerkozastępczej, gdzie w badanej populacji chorych z niewydolnością nerek odnotowano związek pomiędzy znaczeniem religii w życiu i radzeniu sobie z chorobą a wsparciem ze strony osób duchownych [34].

Natomiast Andrew Weil, amerykański lekarz i pisarz oraz jeden z twórców medycyny integracyjnej, posługuje się terminem „świecka duchowość”, gdyż twierdzi, że niekoniecznie trzeba być wyznawcą jakiejś religii, by zauważyć „ideę niematerialnej więzi łączącej wszystkie istoty oraz potrzebę życia w harmonii z otaczającym nas światem” [35]. Duchowe aspekty indywidualnej pracy nad rozwojem dobrostanu emocjonalnego zakładają różnorodne działania, m.in.: kontakt z naturą, posiadanie domowego zwierzęcia, kontemplację sztuki i otaczającego piękna, udzielanie pomocy innym, rozwój empatii i współczucia, wybaczenie, uśmiechanie się, wyciszenie czy dzielenie się z innymi pozytywnymi emocjami oraz rozbudzanie w sobie poczucia wdzięczności [35]. Wszystkie działania, które sprawiają, że czujemy się bogatsi wewnątrz i szczęśliwsi oraz odkrywamy, że nasza codzienna egzystencja ma znaczenie i sens, zwiększają indywidualny dobrostan jednostek.

Zatem należy podkreślić, że duchowość może przybierać bardzo różne i odmienne od siebie formy, także pozareligijne. Jednakże nie należy jej traktować jako doraźnego „czasoumilacza”, ale postrzegać w kategorii ewolucji czy ciągłego procesu rozwoju wewnętrznego. Zadaniom tym sprzyja medytacja, kontemplacja, trening uważności [36], czerpanie radości z przebywania z naturą, otwarcie się na potrzeby drugiego człowieka czy wreszcie prowadzenie dialogu z drugą osobą, a nie rzadko także z samym sobą, co przynosi spełnienie, radość i oczekiwane ukojenie.

Co ważne, możliwość porozumiewania się z innymi ludźmi wpływa pozytywnie na zdrowie jednostki, z kolei jej brak powoduje gorszy stan zdrowia. Zjawisko to potwierdziły badania przeprowadzone na gruncie nauk medycznych i społecznych. Badania te pokazały, że ludzie pozbawieni więzi społecznych, które tworzą się podczas procesu komunikacji, są bardziej narażeni na niespodziewaną śmierć, na zachorowanie na chorobę nowotworową lub wieńcową. Również osoby po rozwodzie czy utracie wskutek śmierci małżonka lub partnera „od pięciu do dziesięciu razy częściej są hospitalizowane z powodu chorób i zaburzeń psychicznych” [37]. Według słów psychologa amerykańskiego Jonathana Haidta ludzie z natury rzeczy są GRUPOLUBNI, gdyż cenimy pracę zespołową, dobrze funkcjonujemy i czujemy się w grupie, budujemy nawet tożsamość grupową, która daje nam poczucie przynależności i bezpieczeństwa [38]. Kontakty interpersonalne oraz towarzyskie są drogą do uzyskania wsparcia ze strony innych osób, ale także mogą być postrzegane jako forma rozwoju osobistego. Zev Chafets, amerykańsko-żydowski dziennikarz i pisarz, przytacza anegdotę, którą usłyszał od rabina Marca Gellmana: „Pisarz Harry Golden zapytał kiedyś swojego ojca, ateistę, dlaczego co sobotę chodzi na nabożeństwo. Starzec odpowiedział: Mój przyjaciel Garfinkel chodzi tam, żeby rozmawiać z Bogiem, a ja — żeby rozmawiać z Garfinklem” [39]. Zatem kontakty społeczne wynikają z potrzeb oraz oczekiwań ludzi, co bezpośrednio sprzyja budowaniu więzi między nimi i otrzymywaniu stosownego wsparcia. Ponadto przynależność do pewnej grupy społecznej zakłada niesienie pomocy w momentach trudnych, ale także funkcjonowanie zasady wzajemności. We wspólnocie nie jesteśmy anonimowi, czujemy się bezpieczni i potrzebni, mamy poczucie przynależności, co zapewnia komfort psychiczny i fizyczny [14].

Dodatkowo obcowanie z naturą jest naszą więzią ze światem przyrody i stanowi istotny wykładnik zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego [40]. Natomiast odseparowani od natury jesteśmy bardziej depresyjni i zestresowani oraz wolniej wracamy do zdrowia. Egzystencja naszych przodków była nieodłącznie związana z naturą, co przyczyniało się do poczucia wewnętrznej harmonii i ładu.

Powrót do źródeł jest również silnie zauważalny w zachowaniach dietetycznych. Nie tylko staramy się ograniczać, bardzo popularną jeszcze kilka lat temu, przetworzoną żywność, ale również dostrzegać, jak spożywane pokarmy na nas wpływają. Takie holistyczne myślenie o zdrowiu, w oparciu o naturę, jest silnie zakorzenione w myśleniu Wschodu. Szczególnie spopularyzowaną w Europie przez ruchy kontrkulturowe *Ajurwedą*, czyli pochodzącą ze starożytnych Indii wiedzę o zdrowiu, oraz rozumianą jako sztuka łączenia ciała z umysłem jogą [41]. Obydwie, istniejące obok siebie tradycje, zwracają szczególną uwagę na szacunek wobec całości ekosystemu oraz naturalnych predyspozycji każdego człowieka. Sama praktyka jogi, gdzie kojarzone z tą aktywnością wykonywania asan (postaw ciała) jest tylko jedną z ośmiu gałęzi jogi, jest traktowana jako forma duchowości, pracy nad swoim ciałem, umysłem i oddechem. Silnie obecna w myśleniu Wschodu medytacja, mająca prowadzić

do spokoju i równowagi, nie musi oznaczać jednak bezruchu i całkowitego zatrzymania myśli. Punktów skupienia może być wiele, nawiązuje do tego 1.33 Jogasutra Patandźalego [42], który w II w. p.n.e. spisał przekazywaną ustnie wiedzę dotyczącą jogi: „Przejrzystość i spokój umysłu uzyskać można poprzez przyjaźń ze szczęśliwymi, współczucie dla nieszczęśliwych, radość w pobożności i odrzucenie grzechu” [42]. Chodzi tutaj o medytację, czyli dochodzenie do spokoju umysłu, koncentrację poprzez odwołanie do czterech boskich emocji (z sanskrytu *Brahmavihary*): *metta*, czyli życzliwość, troska o innych oraz o siebie; *karuna* tłumaczona jako współodczuwanie, czyli zrozumienie danej osoby, chęć pomocy jej; *mudita*, czyli szczerą radość, zdolność do bycia szczęśliwym, kiedy inni odnoszą sukces; czwartą emocję stanowi *upeksa*, zachowanie ładu, stabilności umysłu mimo zła [42, 43]. Medytacja bazująca na czterech boskich emocjach praktykowana jest w Azji oraz podczas jogi, kiedy instruktor prosi, aby osoby, które czują się dobrze, życzyły tego samego innym, ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka. Szczęście, spokój, akceptacja mają się odnosić do radości istnienia, przebywania w towarzystwie przyjaznych ludzi [42]. Zostały przeprowadzone badania potwierdzające, że taka forma medytacji może być zastosowana np. w leczeniu zaburzeń nastroju czy depresji [50–52]. Taki rodzaj pracy nad sobą nie wymaga specjalnego miejsca ani aparatury. Wolne od przymusu, pełne szacunku dla własnego ciała oraz osób, z którymi przebywamy, praktykowanie jogi zyskuje coraz to szersze uznanie. W Poznaniu, od 2012 roku, w każdą wakacyjną niedzielę wszyscy mogą praktykować podczas spotkań „Joga przy Fontannie”, w parku Adama Mickiewicza. Na porannych zajęciach spotkać można zarówno rodziców zabierających na matę niemowlaki, jak i osoby po osiemdziesiątym roku życia. W tym roku, podobnie jak w latach ubiegłych, patronat nad wydarzeniem objął Prezydent Miasta Poznania Jacek Jaśkowiak.

Podsumowanie

Niezależnie od tego, jaką formę praktykowania duchowości uznamy za odpowiednią dla naszych indywidualnych celów, czy wybierzemy trening uważności, warsztaty kulinarne, biblioterapię lub pracę wolontariusza w hospicjum bądź nabożeństwo w świątyni, to zawsze powinniśmy pamiętać, że duchowość jest ważnym elementem budującym i konstytuującym nasze człowieczeństwo. Co słusznie podkreśla Irena Heszen-Niejodek, która stwierdza, że „duchowość jest atrybutem

Duchowość jest ważnym elementem budującym i konstytuującym nasze człowieczeństwo

każdego człowieka” [44]. Ponadto jest pojęciem złożonym i wieloaspektowym, jednak bardzo ważnym oraz stale zyskującym na znaczeniu. Szereg naukowców odnotowało bezpośredni związek pomiędzy stanem zdrowia

a duchowością i/lub religijnością, co bezpośrednio rzutuje na jakość życia pacjentów. Należy pamiętać przy tym, iż im gorszy stan psychiczny pacjentów, tym większe oczekiwanie chorych względem lekarza, wtedy zależy badanym zwłaszcza na wsparciu emocjonalnym. Dodatkowo kobiety mają większe oczekiwania niż mężczyźni wobec personelu medycznego, a jednocześnie liczą na otrzymanie większego wsparcia społecznego [45]. W wielu przypadkach pacjenci oczekują od personelu medycznego opieki duchowej rozumianej jako otrzymywanie wskazówek przy odnalezieniu sensu życia, zracjonalizowanie wydarzeń, które bezpośrednio ich dotyczą, budowania poczucia własnej wartości i godności, przyzwolenia na ekspresję i autoekspresję, co także znajduje wyraz w zaleceniach standardów postępowania medycznego, między innymi w Wielkiej Brytanii [46, 47]. Polskie badania zdają się potwierdzać tezę, iż część pacjentów chciałaby, aby pracownicy medyczni wyrazili zainteresowanie ich życiem duchowym, mimo że nie są ekspertami w tej dziedzinie, to życzliwość, akceptacja odmiennych poglądów oraz autentyczne zaangażowanie przynosi pacjentom ulgę, a także ułatwia pogodzenie się z własną sytuacją zdrowotną, szczególnie w finalnym momencie śmierci [48]. Jak przekonuje Małgorzata Krajnik, prezeska Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie (założonego w 2015 roku w Krakowie), duchowość jest nieodłącznym elementem życia pacjentów, ich rodzin, a także personelu medycznego, którzy odczuwają potrzebę uwzględniania tego aspektu życia w kontekście zdrowotnym [49].

Niewątpliwie wewnętrzne zasoby duchowe mogą stanowić cenne źródło samorozwoju, ale również nieustanną inspirację do odnajdywania sensu, nadziei oraz woli świadomego życia. Zatem religijność/duchowość jest jednym z podstawowych zasobów osobistych sprzyjających pojawianiu się pozytywnych zmian u chorych i powinna być brana pod uwagę w przypadku przeprowadzania skutecznego procesu terapeutycznego.

Niektórzy pacjenci
oczekują, że pracownicy
medyczni wyrażą
zainteresowanie ich
życiem duchowym

Bibliografia

1. Charzyńska E, Gardzioła A. Duchowość w pracy jako czynnik chroniący przed wypaleniem zawodowym — mediacyjna rola satysfakcji z pracy. Humanizacja Pracy Duchowość i kompensacyjne wartości a problemy więzi społecznych i zawodowych. 2015;2:67–82.
2. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. Przegląd Psychologiczny. 2004;47(1):15–31.
3. Thoresen CE, Harris AHS. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed? Annals of Behavioral Medicine. 2002;24:3–13.
4. Giddens A. Socjologia. Warszawa; 2005.
5. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. J Adv Nurs Sep. 2002;39(5):500–509.
6. Chojniak A. Kategoria duchowości we współczesnej psychologii. Poznańskie Studia Teologiczne. 2011;25:375–384.

7. Mariański J. Nowe formy religijności i duchowości — od socjologii religii do socjologii duchowości? *Człowiek i Społeczeństwo*. 2009;29:172–179.
8. Socha P (red.). *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Kraków; 2000.
9. Johnson G. *Wielkie kultury świata: Indie*. Warszawa; 1998.
10. Jasudowicz T, Czepek J, Kapelański-Pręgowska J. Międzynarodowe standardy bioetyczne. Dokumenty i orzecznictwo. Warszawa: ABC a Wolters Kluwer business; 2014.
11. Jaksz-Recmanik E, Zalewska-Puchała J. Zachowania zdrowotne uwarunkowane religijnie na przykładzie wyznawców Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2014;22:533–538.
12. Woodard EK, Sowell R. God in control: Women's perspectives on managing HIV infection. *Clin Nurs Res*. 2001;10(3):233–250.
13. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG. Religious involvement and U.S. adult morality. *Demography*. 1999; 36(2):273–285.
14. Pinker S. Jak kontakty twarzą w twarz mogą uczynić nas zdrowszymi, szczęśliwsi i mądrzejszymi. *Efekt wioski*. Kielce; 2015.
15. Bloom P. Does Religion Make You Nice? Does Atheism Make You Mean? *Slate*. 7 listopada 2008. http://www.slate.com/articles/life/faithbased/2008/11/does_religion_make_you_nice.html (data dostępu: 16.12.2018).
16. Uruszczak W. *Dzieje państwa i narodu polskiego*. T. I, Z. 16. Państwo pierwszych Jagiellonów. Warszawa; 1999.
17. Urban W. *Dzieje państwa i narodu polskiego*. T. II, Z. 30. Epizod reformacyjny. Kraków; 1988.
18. Komunikat z badań CBOS NR 26/2015. Zmiany w zakresie podstawowych wskaźników religijności Polaków po śmierci Jana Pawła II. Warszawa; 2015. www.cbos.pl/SPISKOM>POL/2015/K_026_15.PDF (data dostępu: 25.04.2019).
19. Komunikat z badań CBOS NR 4/2017. Zasady moralne a religia. Warszawa; 2017. http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_004_17.PDF (data dostępu: 24.04.2019).
20. Jones JM. U.S. Church Membership Down Sharply in Past Two Decades. https://news.gallup.com/poll/248837/church-membership-down-sharply-past-two-decades.aspx?g_source=link_NEWSV9&g_medium=NEWSFEED&g_campaign=item_&g_content=U.S.%2520Church%2520Membership%2520Down%2520Sharply%2520in%2520Past%2520Two%2520Decades (data dostępu: 24.04.2019).
21. Sloan RP, Bagiella E. Claims about religious involvement and health outcomes. *Ann Behav Med*. 2002;24:14–21.
22. Sloan RP, Bagiella E. Spirituality and medical practice: a look at the evidence. *Am Fam Physician*. 2001;63:33–35.
23. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. Oxford (UK); 2001.
24. Larson DB, Larson SS. Spirituality's potential relevance to physical and emotional health. A brief review of quantitative research. *Journal of Psychology and Theology*. 2003;31:37–51.
25. Larson DB, Koenig HG, Kaplan BH. The impact of religion on men's blood pressure. *Journal of Religion and Health*. 1989;28:265–278.
26. Casar Harris R, Amanda Dew M, Lee A, Amaya M, Buches L, Reetz D, Coleman G. The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being. *Journal of Religion and Health*. 1995;34:17–32.
27. Yates JW, Chalmer BJ, James P. St. Religion in patients with advanced cancer. *Medical and Pediatric Oncology*. 1981;9:121–128.
28. La Cour P, Avlund K, Schultz-Larsen K. Religion and survival in a secular region. A twenty year follow-up of Danish adults born in 1914. *Soc Sci Med*. 2006;62:157–164.
29. Ramirez SP, Macêdo DS, Sales PM, Figueiredo SM, Daher EF, Araújo SM, Pargament KI, Hyphantis TN, Carvalho AF. The relationship between religious coping, psychological distress and quality of life in hemodialysis patients. *J Psychosom Res*. 2012;72(2):129–135.
30. Finkelstein FO, West W, Gobin J, Finkelstein SH, Wuerth S. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. *Nephrol Dial Transplant*. 2007;33:2432–2434.

31. Luccheti G, de Almeida LG, Luccheti AL. Religiousness, mental health, and quality of life in Brazil dialysis patients. *Hemodial Int.* 2012;16(1):89–94.
32. Martinez BB, Custodio RP. Relationship between mental health and spirituals wellbeing among hemodialysis patients: a correlation study. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(1):23–27.
33. Kaleta-Witusiak M. Noetyczny wymiar jakości życia osób przewlekle i terminalnie chorych. *Studia Medyczne.* 2010;18:35–40.
34. Baum E. Jakość życia chorych poddawanych terapii nerkozastępczej. *Poznań* 2017.
35. Weil W. Spontaniczne szczęście. Warszawa: Wydawnictwo Laurum; 2012.
36. Fredrickson BL, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science.* 2002;13:172–175.
37. Adler RB, Rosenfeld LB, RF. Proctor R. F. II. Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się, tłum. G. Skoczylas. *Poznań*; 2006.
38. Haidt J. *Prawy umysł.* Sopot: Smak Słowa; 2014.
39. Chafets Z. Is There a Right Way to Pray? *The New York Times Magazine.* 20.09.2009.
40. Kontakt z naturą to lepsze zdrowie. <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C30194%2Ckontakt-z-natura-lepsze-zdrowie.html> data dostępu: 26.04.2019.
41. Birch J. Czym jest joga. W: Boso na macie <https://bosonamacie.pl/czym-jest-joga> (data dostępu: 20.04.2019).
42. Deuster G. (tłum.). *Patandźali, Jogasutry, Purana.* Wrocław; 2010.
43. Harvey P. *An Introduction to Buddhism: Teachings, History and Practices.* Cambridge: Cambridge University Press; 2012.
44. Heszen-Niejodek I. Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny.* 2004;47(1):19.
45. Zieniuk AM. Oczekiwanie pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia.* 2009;1–2:17–27.
46. NHS Foundation Trust. Practice Guidelines for Staff working with the spiritual needs of people of religious faith or none. <http://www.nsfth.nhs.uk/Event/Documents/Spirituality%20Practice%20Guidelines%20for%20staff.pdf> (data dostępu: 20 kwietnia 2019).
47. NHS Foundation Trust. Promoting excellence, pastoral, spiritual and religious care. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/03/nhs-chaplaincy-guidelines-2015.pdf> (data dostępu: 20.04.2019).
48. Klimasiński MW, Płocka M, Neumann-Klimasińska N, Pawlikowski J. Czy lekarze powinni udzielać wsparcia duchowego swoim pacjentom — przegląd badań. *Med Prakt.* 2017;3:128–133.
49. Krajnik M, Komentarz. W: Puchalski ChM. Uwzględnienie duchowości w opiece nad chorym — niezbędny element opieki zorientowanej na pacjenta. *Med Prakt.* 2016;5:122–124.
50. Hofmann SG, Petrocchi N, Steinberg J, Lin M, Arimitsu K, Kind S, Mendes A, Stangier U. Loving-Kindness Meditation to Target Affect in Mood Disorders: A Proof-of-Concept Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.* 2015 May.
51. Zeng X, Chiu C.KP, Wang R, Oei TPS, Leung FYK. The effect of loving-kindness meditation on positive emotions: a meta-analytic review. *Frontiers in Psychology.* 6/2015.
52. Shahar B, Szsepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S, Levit-Binnun N. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy.* 2015 Jul–Aug;22(4):346–56.

Ewa Murawska

**Znaczenie muzyki
w kulturach świata
w kontekście
wspomagania
procesu leczniczego
przy zastosowaniu
muzykoterapii**



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	61
Muzyka kultur	62
Muzyka współcześnie	66
Muzykoterapia	69
Muzykoterapia a muzycy	75

Znaczenie muzyki w kulturach świata w kontekście wspomagania procesu leczniczego przy zastosowaniu muzykoterapii

„Czym jest muzyka? Nie wiem.
Może po prostu niebem
z nutami zamiast gwiazd”
[L.J. Kern]

Wprowadzenie

Mimo iż postrzeganie muzyki zmieniało się na przestrzeni dziejów, to zawsze pełniła ona ważną funkcję w życiu człowieka. Podręcznikowa definicja pojęcia „muzyka” nie jest jednak jednoznaczna, co więcej, zdaniem autorki, nie jest możliwa do sprecyzowania. Jak bowiem, w sposób naukowy, zdefiniować zjawisko, które stanowi nieodłączny element życia ludzkiego i nośnik ekspresyjny dla artystów, dla których „tylko muzyka jest w stanie wywoływać do woli fantastyczne krajobrazy, połączyć świat rzeczywisty z urojonym, zapanować nad tajemniczą poezją nocy, nad tysiącem utajonych szmerów liści muskanych promieniami księżyca” (Claude Debussy)¹?

¹ C. Debussy. *Monsieur Croche*. Przekład z języka francuskiego A. Porębowiczowa; posłowie S. Jarociński. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne; 1961.

Muzykoterapia, której podstawowym narzędziem jest właśnie muzyka, od dawna jest wykorzystywana jako skuteczne narzędzie w procesie rehabilitacji medycznej. Muzyka może bowiem silnie oddziaływać na ustrój psychofizyczny człowieka. We współczesnej medycynie oraz psychologii muzykoterapię stosuje się w praktyce zarówno klinicznej, jak i profilaktycznej. Pozytywny wpływ muzykoterapii wykazano w wielu pracach w kontekście: a) wspomagania szybszego powrotu do zdrowia m.in. przy chorobach onkologicznych, neurologicznych, kardiologicznych, b) rozwoju dziecka od chwili jego poczęcia, c) pedagogiki specjalnej i w pracy z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną oraz autyzmem, d) w stanach depresyjnych oraz okresie starości.

Muzyka może silnie oddziaływać na ustrój psychofizyczny człowieka

W niniejszym rozdziale uwaga autorki została skupiona na terapeutycznej roli muzyki w praktyce klinicznej, jak również na ogólnym przedstawieniu społecznego oraz terapeutycznego znaczenia muzyki w poszczególnych kręgach kulturowych świata. Ze względu na fakt, iż

oba obszary badań są niezwykle rozległe, a poruszona tematyka, szczególnie z zakresu muzykoterapii, doczekała się wielu wartościowych opracowań polskojęzycznych, stąd niniejsze rozważania należy traktować jako skromne uzupełnienie do problematyki z punktu widzenia muzyka-praktyka.

Muzyka kultur

Muzyka towarzyszyła człowiekowi od zarania dziejów. Za pomocą rytuałów z odpowiednią muzyką wypędzano z ciała duchy chorobotwórcze, a każdy z nich miał swoją odrębną pieśń, która była konstruowana zgodnie z objawami chorobowymi i z uwzględnieniem wpływu muzyki na funkcje fizjologiczne organizmu, np. dla ducha wywołującego gorączkę rytm był powolny, by uspokoić częstotliwość pulsu chorego. Zdarzały się rytuały, podczas których dramatyzacja przebiegu muzycznego dochodziła do granic wytrzymałości chorego, który po jej przekroczeniu wchodził w tzw. trans opętania. W cywilizacjach archaicznych dźwięk uważano za pierwiastek boski i rytuały uzdrawiające bazowały na tak zwanym katharsis, czyli ekstazie prowadzącej do oczyszczenia duszy. Coraz więcej właściwości leczniczych przypisywano instrumentom, jak aulos czy flet.

W starożytnej Grecji muzykę pojmowano w sposób zgodny z pitagorejską koncepcją harmonii i liczby. Katharsis pitagorejskie miało charakter etyczny i prowadziło do poprawy charakteru. Platon i Arystoteles z kolei stworzyli dwa systemy ethosu muzyki, czyli zaczęli przypisywać jej sposobność rozwijania cech społecznie użytecznych i możliwość świadomego kształtowania osobo-

wości. Szczególne znaczenie etyczne posiadały tonacje, rytmy i instrumenty. W średniowieczu i renesansie nie wytworzyły się żadne nowe koncepcje, lecz dostosowano poprzednie teorie do panującego światopoglądu chrześcijańskiego. Choroba traktowana była jako kara za grzechy lub opętanie. Muzyką leczono jedynie choroby psychiczne, jak depresje, zaburzenia lękowe czy nadpobudliwość. Bazowano na wykorzystywanej obecnie zasadzie ISO, która zakładała, że pacjent bardziej podporządkuje się wpływom muzyki zgodnej z jego aktualnym nastrojem.

Jednym z najstarszych gatunków średniowiecznej epiki były *chansons de geste* (z fr. „pieśni o czynach”). Były to przeważnie anonimowe utwory kreujące ideał średniowiecznej postawy moralnej. Recytowane były przy akompaniamencie lutni przez wędrownych pieśniarzy w zamkach lub podczas jarmarków. Przekazywane ustnie z pokolenia na pokolenie pieśni stanowiły ważny element podtrzymywania tożsamości kulturowej oraz źródło wiedzy o ówczesnych kulturach. Do czasu renesansu muzykę traktowano jako naukę, a w tej epoce stała się sztuką. Miała za zadanie przede wszystkim wyrażać i wzbudzać emocje, a czynnikiem prowadzącym do wyrównania życia afektywnego była harmonia.

W okresie baroku, który zresztą był jednym z najważniejszych okresów w historii muzyki dzięki m.in. powstaniu i rozwinięciu podstawy harmonicznej tzw. *basso continuo*, muzyka rozwijała się dwutorowo: w sferze sacrum i profanum. Na obu tych płaszczyznach spełniała niezwykle istotne funkcje. Muzyka towarzyszyła obrędom kościelnym, na dworach zaś miała za zadanie podkreślać talent władcy, dla którego w głównej mierze powstawały nowe utwory muzyczne, muzyka miała także umilać czas biesiadnikom na dworach oraz wśród ludu.

Granie na instrumentach zaczęło stawać się synonimem pochodzenia z tzw. dobrego domu. Praktyka ta silnie rozwijała się właściwie w większości kultur europejskich aż do XX wieku.

W XVII i XVIII wieku, dzięki odkryciu krążenia krwi przez Williama Harveya, nastąpił przełom i powstała dziedzina zwana jatromuzyką (*jatros* z gr. „lekarz”), czyli mechanistyczna koncepcja leczenia muzyką. Uważano, że powietrze, które wprowadzono w drganie za pomocą muzyki, przenika przez skórę i wprowadza w drgania tchnienia duchowe, a co za tym idzie — również mięśnie i inne struktury anatomiczne. Owe harmonijne drgania miały przezwyciężać nieregularne drgania wywołane przez chorobę.

Już w życiu ludów pierwotnych muzyka stała się również zjawiskiem kluczowym w formowaniu się struktur i aktywności społecznych. Była wykonywana podczas różnego rodzaju rytuałów, regulowała stosunki w grupach społecznych, organizowała życie i pracę jej członków oraz stanowiła czynnik integrujący lokalną wspólnotę. Wykonywała ją cała społeczność prowadzona przez jednostki o szczególnym talencie i umiejętnościach. Muzyka pełniła więc

co najmniej dwojaką funkcję: zapewniała większą stabilność z natury słabym więziom społecznym oraz odgrywała rolę medium, wpływającego na zachowanie i zdrowie jednostek lub grup. Priorytetowym zadaniem muzyki było także dbanie o zachowanie tożsamości kulturowej danego społeczeństwa i kultury. Niezależnie od regionu świata i kontekstu polityczno-społecznego epoki muzyka w różnych kulturach zajmowała szczególne miejsce. Poniżej przedstawiono kilka z przykładów roli muzyki w wybranych kręgach kulturowo-społecznych.

Tradycyjną i klasyczną muzykę hinduską cechuje bliskość z przyrodą, a samą muzykę traktuje się w tej kulturze jako religię. Pierwotnie dźwięk dla mieszkańców Indii utożsamiany był z praktycznymi funkcjami, takimi jak: przywoływanie zwierząt na polowaniu, wpływ na wzrost zbiorów czy leczenie chorób. Jednak, co najważniejsze — indyjska koncepcja muzyki klasycznej jest rozumiana jako ucieleśnienie kosmicznych i matematycznych praw wszechświata. Muzyka pochodzi z dźwięku (*nada*), a dźwięk pochodzi z eteru (*akaśa*)². Wiara hinduistyczna opiera się na przekonaniu, że to pierwotna boska siła stworzyła muzykę³.

W krajach skandynawskich muzyka pełniła niezmiernie istotną funkcję społeczną, dostosowaną do indywidualnych kontekstów polityczno-społecznych w poszczególnych państwach. I tak na przykład średniowieczna sztuka muzyczna w Islandii rozwijała się jednocześnie dwoma torami: muzyka ludowa i kościelna. W średniowieczu istniały jej trzy podstawowe formy: *rímur* (pieśń jednogłosowa), *tvísöngur* (dwa głosy prowadzone w kwintach czystych) oraz hymn. *Rímur* był rodzajem recytacji, o literackim źródle zbliżonym do francuskich *chansons de geste*. Tego rodzaju pieśni śpiewano głównie w domach, podczas towarzyskich spotkań wieczornych zwanych *kvöldvaka*. Natomiast z dwugłosowych pieśni *tvísöngur* korzystano zarówno w odniesieniu do tekstów sakralnych, jak i w życiu codziennym: podczas wypasania owiec, w czasie prac gospodarskich czy zebrań towarzyskich. Hymny śpiewano z kolei każdej niedzieli. Muzyka sakralna w dawnej Islandii miała rozległe znaczenie edukacyjne, bowiem stymulowała powstawanie i działalność szkół przykościelnych. Symptomy wzrostu znaczenia muzyki pojawiły się w Islandii w połowie XIX wieku, kiedy narodowowyzwoleńcze zrywy zaanektował również naród Islandii, a wykonawstwo dzieł chóralnych było oprawą podniosłych wydarzeń politycznych.

Mniej jednoznaczne znaczenie ma muzyka w kulturze islamskiej. Według niektórych źródeł muzyka w islamie uważana jest za grzech. O ile islam toleruje pieśni religijne (*nasheed*), wykonywane *a capella* przez mężczyzn, o tyle

² M. Eliade. Music and Religion. Hasło w: The Encyclopedia of Religion. Nowy Jork: Macmillan Publishing Company; 1978, tom 10, s. 172.

³ Na podstawie badań A. Mazurek. Istota dźwięku w klasycznej muzyce Indii Północnych w oparciu o utwór Ravięgo Shankara „Laube Entchantée” na flet i harfę. Poznań: Akademia Muzyczna im. Ignacego Jana Paderewskiego w Poznaniu; 2017.

źródła podają, iż Allah: zakazał wina, hazardu, bębna, a słuchanie instrumentów muzycznych jest grzechem, spotykanie się w grupie ku temu jest jeszcze większym grzechem; czerpanie z tego przyjemności jest aktem braku zrozumienia boskiej dobroci wobec ludzi. Szersze spojrzenie na ten temat rzucają badania Ashrafa Benyaminu. Zauważa on w pierwszej kolejności, że recytację Koranu przekazywano sobie ustnie, a wymogiem pożądanym u recytatorów — obok prawidłowej emisji głosu i prawidłowego oddychania — jest odpowiednia skala głosu, co ułatwia zmianę jego brzmienia i swobodne wyjścia w wysokim, środkowym czy niskim rejestrze⁴. Autor wyróżnia osiem skal muzycznych do recytacji, a do udoskonalania recytacji Koranu islam przywiązuje dużą wagę — choć muzułmanie nie traktują tej muzycznej recytacji jako muzyki. Benyaminu stawia także tezę, że w samym tekście koranicznym nie ma wyrażonego sądu na temat śpiewu i muzyki: słuchania muzyki, uprawiania muzyki, sprzedawania towarów muzycznych lub budowania instrumentów muzycznych⁵. Muzułmańscy prawnicy w ciągu wieków stworzyli cztery sunnickie szkoły prawa interpretujące i objaśniające prawa islamu, Koranu i sunny Proroka. Cztery imamowie zgodnie nie są przychylni muzyce⁶. A. Benyaminu zwraca uwagę, iż prawnicy muzułmańscy koncentrują się na samej czynności, a nie wpływie muzyki na człowieka, jednomyślnie zakazując muzyki i czynności z nią związanych, powołując się na Koran i sunnę.

Muzyka także w kulturze prawosławnej winna służyć przede wszystkim celom sakralnym, niemniej odrębnie w stosunku do kultury islamu, jest i była obecna w codziennym życiu, gdzie także pełni ważną funkcję w kontekście społecznym oraz wspomagania procesu rehabilitacji rozmaitych schorzeń.

W historii Polski muzyka (klasyczna) również spełniała ważną funkcję w kontekście społeczno-kulturowym oraz politycznym. Pierwsze wiadomości dotyczące muzykowania na ziemiach polskich sięgają X wieku, a więc okresu kształtowania się państwa polskiego⁷. Muzyka była przekazywana ustnie z pokolenia na pokolenie i do naszych czasów nie zachowały się jej żadne zabytki. Natomiast przekazywana tradycja miała silne znaczenie społeczne i polityczne w kontekście budowania i podtrzymywania polskiej kultury. Oczywiście nie jest to cecha wyłącznie przyporządkowana muzyce polskiej. W kolejnych wiekach, ale także współcześnie muzyka jest obecna podczas obrzędów kościelnych oraz wydarzeń społecznych. Utwory wybitnych przedstawicieli polskiej

⁴ A. Benyamin. Islam wobec muzyki. W: *Bliski Wschód; społeczeństwa — polityka — tradycje*. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej; 2011, nr 8, s. 88.

⁵ Tamże, s. 92.

⁶ Są to: Imam Abu Hanifa, Imam Malik Ign Anas, Imam Asz-Szafi'i, Imam Ahmad Ibn Hanbal; tamże, s. 95.

⁷ G. Michalski, E. Obniska, H. Swolkień, J. Waldorff. *Dzieje muzyki polskiej w zarysie*. Warszawa: Wydawnictwo Interpress; 1983, s. 28.

szkoły kompozytorskiej są synonimem uczuć patriotycznych i stanów emocjonalnych jednostki (np. wybrane dzieła F. Chopina), a pieśni (np. *Prząśniczka* S. Moniuszki) popularne i śpiewane.

Muzyka współcześnie

Współcześnie w większości kultur i kręgów społeczno-religijnych świata muzyka ma coraz szersze zastosowanie, począwszy od kształtowania wartości artystycznych, przez funkcje czysto instrumentalne, jak wykorzystanie jej w reklamach czy szeroko pojętym marketingu, aż po swoisty symbol stanowiący o przynależności do jakiejś grupy społecznej czy subkultury. Progres ten można powiązać z szybkim rozwojem techniki, a co za tym idzie — upowszechnieniem mediów i coraz większą dostępnością samej muzyki, która stała się elementem towarzyszącym w większości obszarów ludzkiego życia. Słuchamy jej w czasie podróży, podczas robienia zakupów, w różnych miejscach przestrzeni publicznej, a także w pracy i w domu. Może stanowić źródło przyjemności, refleksji, swoistej uczyty intelektualnej, ale również rozdrażnienia ze względu na jej mnogość.

Paweł Cylulko wyróżnia aż dziesięć funkcji muzyki⁸:

- rozwojowa,
- wychowawcza,
- emocjonalna,
- poznawczo-stymulacyjna,
- komunikacyjna (wspólnotowa),
- ekspresyjna,
- reakcyjno-ludyczna,
- estetyczno-poznawcza,
- kulturotwórcza,
- terapeutyczna.

Pierwsza, funkcja rozwojowa, wspomaga indywidualny rozwój osoby, umożliwia samopoznanie i rozwój potencjału twórczego. Funkcja wychowawcza ubogaca wewnętrzne życie człowieka i dostarcza mu wiedzy. Dzięki funkcji emocjonalnej możliwe jest dostarczanie pozytywnych przeżyć, a przez to pogłębianie świata wewnętrznego pacjenta. Funkcja poznawczo-stymulacyjna dostarcza informacji i mobilizuje do aktywności poznawczej, komunikacyjna włącza jednostkę w życie danej zbiorowości, ekspresyjna umożliwia wyrażenie siebie, rekreacyjno-ludyczna zaspokaja potrzebę zabawy, estetyczno-poznaw-

⁸ P. Cylulko. Ekspresja muzyczna pacjenta. W: *Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2017.

cza rozbudza zainteresowania muzyczne, kulturotwórcza natomiast umożliwia poznanie dorobku kulturowego. Ostatnią jest funkcja terapeutyczna, która wywołuje uspokojenie, rozluźnienie, aktywizuje i mobilizuje⁹.

Niewątpliwie jedną z najważniejszych funkcji muzyki jest jej rola społeczna, którą można opisać w trzech wymiarach:

1. Organizacji procesów wewnętrznych, czyli regulowania codziennego nastroju i przebiegu procesów poznawczych. Pośrednią rolę może odgrywać tu środowisko, w którym odbiera się muzykę.
2. Rozwijania i modyfikowania relacji interpersonalnych, czyli określenia przynależności jednostki do danej grupy za pomocą ustalenia jej preferencji muzycznych. Określa się to mianem *music taste public* i *music taste culture*.
3. Rozwijania własnej indywidualności i komunikacji międzyludzkiej, czyli dostarczenia za pomocą muzyki sposobu przekazywania i dzielenia się swoimi emocjami, intencjami oraz wartościami. Muzyka staje się w tym przypadku elementem kreowania własnego wizerunku, a także narzędziem prowadzącym do autointerpretacji, autokreacji i samopoznania¹⁰.

Przykładem znaczenia muzyki w kulturze europejskiej w kontekście budowania i podtrzymywania tożsamości narodowej każdego z krajów jest hymn państwowy, z charakterystyczną i indywidualną dla każdego kręgu kulturowo-społecznego linią melodyczną. Nauka melodii hymnu, a także innych przykładów pieśni patriotycznych (dla kultury polskiej jest to pieśń *Rota*, do której muzykę skomponował F. Nowowiejski) jest jednym z najważniejszych elementów budowania świadomości narodowej od najmłodszych lat.

W większości krajów europejskich także edukacja muzyczna ma wielkie znaczenie. Edukacja rozumiana nie jako naturalne przygotowanie do zawodu muzyka w przyszłości, lecz jako uzupełnienie edukacji podstawowej, obok przedmiotów teoretycznych i zajęć praktycznych. To niezmiernie istotny element w rozwoju jednostki ludzkiej. Obcowanie ze sztuką, a szczególnie gra na instrumentach muzycznych znacznie poszerza horyzonty myślowe, ułatwia naukę języków obcych, uwrażliwia na etos piękna, pozwala na zdefiniowanie i wyrażanie swoich emocji, ułatwia procesy zapamiętywania, pozytywnie wpływa na umiejętność skupienia, uczy systematyczności. Dodatkowo pobudzane są procesy wrażliwość i aktywowana jest fantazja.

Edukacja muzyczna
to niezmiernie
istotny element
w rozwoju człowieka

⁹ Tamże, s. 25.

¹⁰ P. Pałosz. Przegląd badań nad uwarunkowaniami preferencji muzycznych. Przegląd Psychologiczny. 2009;52(2):151-179.

Ani badania, ani praktyka nie definiują konkretnego rodzaju instrumentu do nauki dla dziecka, ponieważ w dużej mierze zależy to od charakteru i predyspozycji dziecka, a w dalszej kolejności także od okoliczności logistycznych i ekonomicznych środowiska, z którego wywodzi się dziecko. Zdrowy rozsądek podpowiada jednak, aby dla dziecka ruchliwego nie wybierać skrzypiec, a raczej instrumenty perkusyjne lub szarpane. Instrumenty, dla których nauka ograniczona jest kontaktem jeden na jeden z nauczycielem (np. fortepian), mogą być dobrym narzędziem w rozwoju dziecka w kontekście np. poprawy jego umiejętności skupienia, ale już mogą nie być wskazane dla dziecka, które z natury jest introwertykiem, ponieważ w takim systemie pracy cecha ta może się jeszcze pogłębiać. W kontekście społecznej roli muzyki pozytywnym przykładem pozostają szczególnie kraje nordyckie, gdzie popularnymi formami muzycznymi o rozległym znaczeniu społecznym są orkiestra dęta oraz chóry. Dziecięce i młodzieżowe orkiestry dęte działają przy instytucjach zarówno państwowych, jak i prywatnych, przy placówkach tematycznie ukierunkowanych na naukę muzyki (jak szkoły muzyczne) oraz przy placówkach ogólnokształcących. Wykonania zespołów stanowią oprawę świąt, rocznic i uroczystości, a przynależność do danego kręgu kulturowo-społecznego podkreślają noszone z dumną tradycyjnymi stroje oraz eksponowane na co dzień flagi państwowe. W najmniejszym z krajów nordyckich, Islandii, która liczy około 350 000 mieszkańców, działa około siedemdziesięciu (!) szkół muzycznych, co oznacza, że jeden na pięciu mieszkańców tej powulkanicznej wyspy ma lub miał w swoim życiu epizod związany z nauką gry na instrumencie. Działalność szkół ma po części charakter kształcenia nastawionego na rozwój profesjonalnych umiejętności, jak również stanowi niezwykle cenny wkład w rozwój amatorskiego ruchu muzycznego czy w podniesienie kompetencji kulturowych społeczeństwa islandzkiego.

W kontekście rynku polskiego cenną formą zdobywania młodzieży dla muzyki jest powstały w Poznaniu w roku 1968 Młodzieżowy Ruch Miłośników Muzyki *Pro Sinfonica*, założony przez Alojzego Łuczaka. W założeniu całość programu tej akcji dzieliła się na trzy stopnie muzycznego wtajemniczenia, a zdobywanie kolejnego poziomu stanowiło dla dzieci i młodzieży niemałe wyzwanie. Z dzisiejszego programu szczególnie cenne dla rozwoju muzycznego dzieci i młodzieży są dwa działania: koncerty symfoniczne organizowane przy współpracy z Filharmonią Poznańską im. Tadeusza Szeligowskiego oraz objazdowe po wielkopolskich przedszkolach audycje muzyczne, dostosowane poziomem merytorycznym, czasem trwania i wizualizacją (zajęcia prowadzą naprzemiennie dwie pacyнки — Pan Świerszcz oraz Tralalinka) do wieku odbiorców.

Gra na instrumentach muzycznych ma pozytywny wpływ nie tylko na dzieci i młodzież, ale także dorosłych w wieku średnim i senioralnym. Muzyka może pomóc chorym na Alzheimer, ponieważ nawet na krótki okres pozwala się im skupić na rzeczywistości. Seniorzy, którzy grają na instrumentach muzycznych,

są sprawniejsi fizycznie i intelektualnie od tych, którzy nigdy nie grali. Nie ma natomiast badań, które mówią, kiedy można zacząć. Biorąc zwłaszcza pod uwagę kulturę zachodniej i północnej Europy, naukę gry na instrumencie oraz śpiewu można zacząć w każdym wieku, a sam proces edukacji ma prowadzić nie tyle do odkrycia w sobie ukrytego przez siedemdziesiąt lat geniusza trąbki czy saksofonu, ile do poprawy swojego samopoczucia duchowego i usprawnienia rozwoju intelektualno-ruchowego.

Gra na instrumentach
muzycznych
ma pozytywny wpływ
nie tylko na dzieci
i młodzież, ale także
dorosłych w wieku
średnim i senioralnym

Coraz prężniej rozwijająca się dziedzina, jaką jest społeczna psychologia muzyki, analizuje i umieszcza każde muzyczne zachowanie we wszelakich społecznych i kulturowych kontekstach. Każdorazowo ważna jest jej adekwatność do sytuacji, gdyż wiąże się ona ściśle z uzyskaniem optymalnego poziomu pobudzenia, zgodnego z charakterem zdarzenia, w którym jednostka uczestniczy.

Tematyka terapeutycznego wpływu muzyki na człowieka zajmowała uczonych już kilkaset lat przed naszą erą. Dobrostan psychiczny i fizyczny jednostki jest ważnym elementem procesów leczniczego i terapeutycznego. Większość ludzi na świecie przejawia zapotrzebowanie na kontakt ze sztuką muzyczną. Elżbieta Szwed uważa, że aktywność muzyczna obejmować winna człowieka jako jedność psychofizyczną i w tym odniesieniu, również w zależności od modelu teoretycznego choroby, kładzie się nacisk na różne jej elementy¹¹.

Muzykoterapia

Podobnie jak w przypadku definicji słowa „muzyka” również pojęcie „muzykoterapii” nie jest do końca sprecyzowane. Krzysztof Stachyra uważa, że: „muzykoterapia jest reżyserem w «teatrze terapii». Nie jest to zadanie łatwe — wymaga umiejętności łączenia wiedzy naukowej ze światem sztuki, naukowości i poprawności metodologicznej z intuicyjnością, wewnętrznym doświadczeniem i emocjami. Wymaga umiejętności połączenia tego, co mierzalne i wymierne, z tym, co często nieuchwytnie i ledwie wyczuwalne”¹².

¹¹ E. Szwed. Zarys historii muzykoterapii. Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Edukacja Muzyczna. 2005;1:177–182.

¹² K. Stachyra (red.). Podstawy muzykoterapii. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2012.

Muzykoterapia wykorzystuje zatem muzykę do pracy nad ogólnym rozwojem jednostki ludzkiej: intelektualnym, społecznym, duchowym (arteterapia) oraz wspomaga procesy lecznicze.

Rozwój ten zaczyna się już w okresie prenatalnym, w łonie matki. Wtedy też do dziecka docierają pierwsze dźwięki — słowa, odgłosy z ulicy i właśnie muzyka. Naukowcy twierdzą, że płód już od szóstego miesiąca odbiera dźwięki, które dochodzą do niego przez powłoki brzuszne matki. Wykorzystując zapis kardiokograficzny, potwierdzono, że płód reaguje na dźwięki zmianą zachowania: przy dźwiękach spokojnych uspokaja się, denerwuje się przy głośnych i gwałtownych. Tym samym kobietom w ciąży także zaleca się słuchanie między innymi spokojnej muzyki klasycznej (spośród np. twórczości Antonia Vivaldiego, Wolfganga Amadeusza Mozarta, Josepha Haydna), której przypisuje się terapeutyczne oddziaływanie na kobietę brzemienną: regulację procesu oddychania i wspomaganie przemiany materii.

Regularne słuchanie muzyki przez ciężarną znacząco obniża ryzyko wystąpienia depresji poporodowej

Wybrane badania wykazują, iż regularne słuchanie muzyki przez ciężarną przez minimum trzydzieści minut dziennie znacząco obniża ryzyko wystąpienia depresji poporodowej. Dobór muzyki winien być jednak podyktowany przede wszystkim indywidualnymi preferencjami kobiety, ma działać na nią pozytywnie i relaksująco. Trudno sobie wyobrazić sytuację, że osoba bez szczególnych preferencji w stronę muzyki klasycznej przed okresem ciążowym będzie umiała się zrelaksować przy tych dźwiękach. Jednocześnie zapewne wiele matek w trosce o dobry rozwój dziecka i chęci podążania za powszechną (w tym przypadku słuszną!) opinią, że dźwięki muzyki klasycznej pozytywnie wpływają na dobrostan psychiczny dziecka w okresie prenatalnym, sięga po popularne składanki z cyklu „muzyka dla bobasa” dostępne na półkach sklepowych, lecz nie umie się przy nich zrelaksować, wręcz przeciwnie.

Z tego względu raz jeszcze należy podkreślić, iż muzyka powinna być dobrana do indywidualnych preferencji jednostki, a muzyka klasyczna to nie tylko propozycje ze składanek dla przyszłych mam. To także np. piękne, liryczne pieśni Franza Schuberta, pełne spokoju kołysanki Johannes Brahmsa czy groteskowe, pełne pozytywnej energii fragmenty z opery *Dziadek do orzechów* Piotra Czajkowskiego.

Zagadnienie związku osobowościowych i temperamentalnych uwarunkowań preferencji muzycznych jest przedmiotem wielu badań naukowych. Prace badawcze C. Burta zdefiniowane po raz pierwszy w roku 1939 dały początek badaniom nad uwarunkowaniami osobowościowymi preferencji muzycznej jednostki.

Podobne, pozytywne działanie na dobrostan psychiczny matki ma śpiew. Implikuje on konieczność brania głębszego oddechu, dzięki czemu poprawia się wentylacja płuc i usprawnia praca serca. Dodatkowo mogą zostać ujawnione i odreagowane emocje i napięcia psychofizyczne, co skutkuje osiągnięciem równowagi emocjonalnej.

Należy w tym miejscu raz jeszcze przypomnieć szczególną zależność między dobrostanem psychofizycznym ciężarnej kobiety a właściwym rozwojem dziecka w okresie prenatalnym. Podsumowując: tylko spokojna i zrelaksowana matka może zapewnić swojemu dziecku harmonijny rozwój, a jednym z narzędzi do uzyskania tego stanu jest muzyka.

Doświadczenia wskazujące na pozytywne znaczenie muzykoterapii przyczyniły się do wzrostu zainteresowania tą metodą wśród położników i neonatologów. Lidia Hirnle, Monika Wróbel oraz Anna Parkita zauważają, iż celem współczesnego położnictwa jest otoczenie pacjentki holistyczną opieką, mając na względzie jej dobrostan zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Lekarze opiekujący się rodzącą oraz noworodkiem, świadomi konieczności podejścia interdyscyplinarnego do swoich dziedzin, powinni zwrócić uwagę na doniesienia o pozytywnym wpływie muzykoterapii w wielu istotnych aspektach położnictwa oraz neonatologii. Warto zwrócić uwagę, że jest to również metoda niewymagająca dużych nakładów finansowych, a rozsądnie stosowana — pozbawiona działań ubocznych. Niezbędne są dalsze badania oceniające rolę muzyki podczas ciąży, porodu oraz rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego, szczególnie z uwzględnieniem jej długoterminowego wpływu. Dotychczasowe doniesienia wskazują jednak, że muzykoterapia przez swoje wielopłaszczyznowe działanie może w przyszłości stać się elementem standardowej opieki nad pacjentką ciężarną oraz noworodkiem¹³.

Również w następnych etapach rozwoju dziecka muzyka pełni ważną funkcję. Muzykoterapia jest skuteczną metodą wspomagającą uzewnętrznienie i opanowanie emocji u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Pozytywny wpływ rytmiki będącej dziedziną kształcenia muzycznego jako pierwszy zdefiniował szwajcarski kompozytor i pedagog Émile Jacques-Dalcroze pod koniec XIX wieku. Proces badawczy nad tym zagadnieniem doprowadził Jacques'a-Dalcroze'a do wniosków, iż działanie muzyki nie dotyczy tylko

Muzykoterapia jest skuteczną metodą wspomagającą uzewnętrznienie i opanowanie emocji u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym

¹³ L. Hirnle, M. Wróbel, A. Parkita. Znaczenie muzykoterapii w położnictwie i ginekologii. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2018;17,2(63):62.

słuchu, ale całego systemu mięśniowego i nerwowego, rytm i dynamika znajdują odpowiednik w systemie mięśniowym oraz że pierwotnym instrumentem jest ciało ludzkie, zatem wszystkie odmiany tempa i energii muzycznej można odtwarzać ruchami ciała. Wnioski te w formie wykładów po raz pierwszy zaprezentował publicznie w Lozannie i Arrau w roku 1902 oraz w formie wykładów i pokazów ruchowych w Soleur w 1905 roku. W roku 1976 metoda rytmiki Emila Jaques'a-Dalcroze'a zaistniała w Polsce w programach nauczania w klasach I–III szkół muzycznych I stopnia.

Badania nad pozytywnym wpływem muzyki na rozwój dziecka na przełomie XIX i XX wieku prowadził także Carl Orff, niemiecki kompozytor, pedagog i dyrygent. Orff opracował indywidualną metodę wychowania muzycznego dzieci, której głównym elementem jest śpiew i gra na prostych instrumentach perkusyjnych (tzw. instrumentarium Orffa, w skład którego wchodzi: bębni, tamburyna, kołatki, grzechotki, trójkąty, dzwonki melodyczne). Duży nacisk kładzie się w niej na improwizację i rozwijanie ekspresji, najważniejszym elementem w muzykowaniu jest rytm. Współcześnie w polskich placówkach przedszkolnych z powodzeniem funkcjonują właśnie metody Orffa.

Paweł Cylulko do technik stosowanych w terapii dziecięcej zalicza: śpiewanie piosenek, muzykowanie elementami dźwiękonaśladowczymi, grę na instrumentach perkusyjnych, ćwiczenia słuchowe, słuchanie muzyki, zabawy muzyczno-ruchowe, tańce, ćwiczenia poczucia rytmu, ćwiczenia mowy, ćwiczenia dotykowe, improwizacje wokalne, improwizacje instrumentalne, improwizacje muzyczno-ruchowe, psychodramę i pantomimę, interpretacje słowne i plastyczne muzyki, relaks z podkładem muzycznym, dyskusje terapeutyczne. Każda z nich wpływa na rozwój dziecka na innej płaszczyźnie. I tak na przykład śpiewanie piosenek rozwija muzykalność, poprawia wymowę, powiększa zasób słów, pobudza wyobraźnię, pogłębia wiedzę ogólną dziecka, wywiera korzystny wpływ na narządy oddechowe i układu krążenia, rozwija słuch i sprawność głosową. Dodatkowo wspólne śpiewanie integruje grupę. Gra na instrumentach perkusyjnych stwarza możliwość nauczania dzieci gry z uwzględnieniem kontrastów agogicznych i dynamicznych; poprawia ich sprawność manualną, koordynację i plastyczność ruchów.

Dzięki ćwiczeniom słuchowym dzieci uczą się spostrzegać, analizować, rozpoznawać i naśladować odgłosy otoczenia. Słuchanie muzyki, w tym piosenek, utworów instrumentalnych, zarówno muzyki „poważnej”, jak i opracowań rozrywkowych, może powodować uspokojenie, rozluźnienie psychofizyczne, radość, aktywizację, mobilizację psychoruchową. Pobudzana jest również wyobraźnia. Wykorzystanie zabaw muzyczno-ruchowych umożliwia dzieciom osiągnięcie określonego poziomu sprawności ruchowej. W ruchu dziecka uwzględniane są także reakcje na takie elementy dzieła muzycznego, jak: tempo, artykulacja, wysokość, barwa i czas trwania dźwięku. W ćwiczeniach poczu-

cia rytmu wyróżnia się: a) echo rytmiczne, b) rozpoznawanie i wykonywanie rytmów znanych piosenek i tańców, c) tworzenie własnych rytmów, d) łańcuch rytmiczny, e) kanon rytmiczny. Improwizacje instrumentalne według A. Janickiego „pobudzają twórcze zachowania, dają możliwość wspólnych przeżyć”. Improwizacje muzyczno-ruchowe doskonają wyobraźnię przestrzenno-ruchową, spontaniczność ruchów, uczą uzewnętrznienia własnych stanów emocjonalnych, rozwijają ekspresję twórczą. Dobrze wpływają na doskonalenie motoryki dużej. Relaks z podkładem muzycznym wpływa na pamięć, samopoczucie, zmniejsza napięcie mięśniowe i emocjonalne, zwiększa samoocenę i poczucie własnej wartości. Dyskusje terapeutyczne prowadzone bezpośrednio po treningu stwarzają możliwość do uzyskania informacji zwrotnych od pacjentów.

Muzyka także w życiu młodzieży odgrywa rolę szczególną. L. Konieczna-Nowak napisała, że: „muzyka staje się wytyczną stylu życia, światopoglądu. Jest istotnym elementem wizerunku, podkreśla poczucie tożsamości i przynależności do grupy; wybory w obrębie muzyki określają pozycję w młodzieżowej społeczności”¹⁴. Szczególnie w tej grupie społecznej muzyka

Muzyka stanowi naturalną potrzebę nastolatków do wyrażania emocji

często jest narzędziem do odzwierciedlenia problemów codziennych i emocjonalnych. Stanowi naturalną potrzebę nastolatków do wyrażania emocji. Może mieć także pozytywne znaczenie terapeutyczne.

Pozytywnym przykładem dobrego wpływu muzyki na rozwój dzieci i młodzieży jest sylwetka Louisa Armstronga, który jako reprezentant tzw. trudnej młodzieży przebywał w poprawczaku. W amerykańskich poprawczakach już od końca XIX wieku dzieci i młodzież mają możliwość nauki gry na instrumentach muzycznych. L. Armstrong początkowo śpiewał w działającym w ośrodku chórze, a następnie pobierał naukę gry na perkusji, wreszcie na kornecie i sygnałównce. Kilkadziesiąt lat później stał się Armstrong jednym z twórców i wiodącym przedstawicielem tzw. jazzu tradycyjnego. Czy udałoby się do tego doprowadzić, gdyby nie terapeutyczna rola muzyki w jego życiu?

Pozytywny wpływ muzykoterapii wykazano w przypadku wielu schorzeń, np. neurologicznych. Mirosława Cyłkowska-Nowak i Sławomir Tobis uważają, że: „osoby żyjące z zaburzeniami układu nerwowego doświadczają różnych symptomów — niedowładu, osłabienia mięśni, zaburzenia koordynacji, zmniejszenia lub utraty czucia, dezorientacji, zaburzenia pamięci, całkowitej lub częściowej utraty mowy, bólu [...] Muzyka jest przetwarzana w wielu ośrodkach

¹⁴ L. Konieczna-Nowak. Preferencje muzyczne a właściwości psychiczne młodzieży w świetle badań empirycznych. Chowania I. Katowice: Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego; 2014, s. 87.

mózgu. Ta właściwość czyni z niej doskonałe narzędzie terapeutyczne [...] Muzykoterapia może także stać się środkiem do osiągnięcia szczegółowych celów terapeutycznych, takich jak: poprawa napięcia mięśni, równowagi i koordynacji ruchowej, rozwój kluczowych umiejętności motorycznych, [...] poprawa kontroli oddychania, na przykład poprzez wykorzystanie instrumentów dętych”¹⁵.

W przypadku pracy z pacjentami cierpiącymi na inne dolegliwości (m.in. zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność ruchowa i intelektualna, aleksytymia) muzykoterapia również z powodzeniem może wspomagać inne formy terapii, tj. rehabilitację kardiologiczną, pulmonologiczną, onkologiczną, pedagogikę specjalną. Aktywna twórczość ruchowa ma pozytywny wpływ także na pacjentów z niedorozwojem intelektualnym i ruchowym.

Agnieszka Łuciuk-Wojczuk w swoich rozważaniach na temat wpływu muzyki na człowieka podaje, że ma ona znaczenie terapeutyczne w czterech kontekstach:

1. W kontekście ciała — w wyniku bezpośredniego rezonansu somatycznego, zachodzącego podczas percepcji utworu muzycznego.
2. W kontekście emocji — może je wzbudzać, uaktywniać lub tonować w zależności od jej rodzaju. Badania psychoimmunologiczne wykazały, że muzyka może stanowić rodzaj wsparcia emocjonalnego.
3. W kontekście duchowości — skłania do refleksji na poziomie egzystencjalnym i pogłębia jakość przeżywania, stanowiąc wsparcie duchowe dla każdego, kto się na nią otworzy. Kontakt z muzyką pogłębia się od słyszenia, po słuchanie, wsłuchiwanie się i ekstatyczne jej przeżywanie.
4. W kontekście zmiany świadomości — słuchanie muzyki relaksacyjnej i koncentracja na niej może prowadzić do zrelaksowania się, uspokojenia myśli, zmiany nastawienia do siebie i otaczającej rzeczywistości oraz osiągnięcia pełnego zrozumienia. Muzyka aktywizująca za to daje wiarę we własne siły i pobudza kreatywność.

Warto podkreślić, że proces terapeutyczny powinien być realizowany na kilku płaszczyznach. Są to: praca w grupie, zajęcia indywidualne, współdziałanie z innymi pracownikami placówki, współpraca z domem rodzinnym pacjenta, edukacja szeroko pojętego środowiska społecznego. Połączenie ich powoduje lepsze efekty podejmowanych działań. Należy jednak pamiętać, aby wymagania stawiane przez muzykoterapeutę i/lub grupę były adekwatne do możliwości pacjenta, aby nie stracił on chęci do współpracy. O tym wszystkim powinien wiedzieć dobrze wykształcony i odpowiednio przygotowany do sprawowanej profesji pomocowej muzykoterapeuta.

¹⁵ M. Cylkowska-Nowak, W. Strzelecki (red.). Szczegółne znaczenie terapii śpiewem w neurologii — przegląd wybranych badań. W: Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją..., s. 350–351.

Muzykoterapia a muzycy

Dobroczynny wpływ muzyki na życie i zdrowie człowieka wydaje się być bezdyskusyjny. Muzyka poprawia nastrój, dostarcza pozytywnych bodźców emocjonalnych, ułatwia wyrażanie emocji. Czy to oznacza, że grupę zawodową związaną z muzyką omijają złe nastroje, a jej przedstawiciele bez żadnych problemów radzą sobie w codziennym życiu, jak i łagodniej przechodzą procesy rehabilitacyjne przy rozmaitych schorzeniach? Czy przez fakt, że muzycy mają wysoki poziom interleukiny, która ma kluczowe znaczenie dla wzmocnienia systemu odpornościowego człowieka, ta grupa mniej choruje? Oczywiście nie. Muzyka a postawa życiowa jest zależnością wyłącznie indywidualną dla każdej jednostki, niezależnie od profesji. Niemniej można zaryzykować twierdzenie, że jakość życia duchowego reprezentantów profesji z obszaru muzyki jest wyższa niż przeciętnie.

Muzyka poprawia nastrój,
dostarcza pozytywnych
bodźców emocjonalnych,
ułatwia wyrażanie emocji

Na przestrzeni dziejów znajdziemy także liczne przykłady sytuacji, gdy muzyka, a konkretnie kompozycja, miała znaczenie autoterapeutyczne. Kompozytor C. Debussy pisał: „szmer morza, linia horyzontu, wiatr wśród liści, krzyk ptaka, pozostawiają w nas rozmaite wrażenia, i nagle, bez względu na to, czy się tego chce, czy nie, jedno z tych wspomnień wylewa się w nas i wyraża w języku muzycznym. Niesie swoją własną harmonię. I jakkolwiek by się wysilało, niepodobna znaleźć lepszej ani bardziej szczerzej. Tylko w ten sposób dusza oddana muzyce dokonuje najpiękniejszych odkryć”¹⁶.

Silne emocje, stres, cierpienie i inne uczucia towarzyszące kompozytorom znajdowały, i nadal znajdują, odzwierciedlenie w ich dziełach. Przykładami takich utworów mogą być np.: poematy symfoniczne Mieczysława Karłowicza, *Koncert na flet i orkiestrę* Jacquesa Iberta, którego materiał muzyczno-ekspresyjny II części *Andante* wyraża ból kompozytora po śmierci jego ojca, czy też *II Koncert fortepianowy* Sergiusza Rachmaninowa. Po krytycznym odbiorze jego *I Symfonii* w 1897 roku Rachmaninow jeszcze przez kolejne kilka lat odczuwał bóle na tle nerwowym, które uniemożliwiały mu dalszą pracę twórczą. Pod wpływem terapii u moskiewskiego neurologa dr. Mikołaja Dahla S. Rachmaninow powrócił do komponowania. Pierwszym utworem, który powstał po okresie rekonwalescencji, jest właśnie *II Koncert fortepianowy*. Jak ocenili go krytycy i publiczność, od czasów Czajkowskiego publiczność rosyjska nie spo-

¹⁶ C. Debussy. *Monsieur Croche...*, s. 130.

tknęła się z taką dawką emocji, charyzmy i elektryzującej komunikatywności w muzyce. Nieco odmienne okoliczności towarzyszą powstaniu *Concertina* na flet i fortepian skomponowanego przez Cécile Chaminade. Jedną z teorii badająca genezę utworu głosi, iż inspiracją do jego powstania było porzucenie kompozytorki przez jej ukochanego, *nota bene* flecistę, a sam utwór miał być celowo tak trudny, że zupełnie niewykonalny dla niego.

Muzyka może w każdej dziedzinie znaleźć zastosowanie wspomagające proces dążenia do dobrostanu człowieka

Przykładów autoterapeutycznej funkcji muzyki historia zna wiele. Wszystkie one potwierdzają pozytywny wpływ muzyki na dobrostan psychiczny i fizyczny człowieka. Badania z zakresu dziedziny muzykoterapii, która posługuje się muzyką lub jej elementami w celu przywracania zdrowia lub poprawy funkcjonowania osób z różnorodnymi problemami natury emocjonalnej, fizycznej lub umysłowej, obejmują coraz więcej obszarów. Muzyka, ze względu na swoją plastyczność, może w każdej dziedzinie znaleźć zastosowanie wspomagające proces dążenia do dobrostanu człowieka. W każdym przypadku należy pamiętać o indywidualnych potrzebach, predyspozycjach i możliwościach oraz przynależności kulturowej jednostki.

„Czym jest muzyka? Nie wiem.
Może po prostu niebem
z nutami zamiast gwiazd.
Może mostem zaklętym,
po którym instrumenty przeprowadzają nas”
[L.J. Kern]

Bibliografia

1. Benyamin A. Islam wobec muzyki. W: Bliższy Wschód; społeczeństwa — polityka-tradycje. Nr 8. Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej; 2011.
2. Cyłkowska-Nowak M, Strzelecki W (red.). Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2017.
3. Cyłkowska-Nowak M, Strzelecki W (red.). Szczegółne znaczenie terapii śpiewem w neurologii — przegląd wybranych badań. W: Muzykoterapia. Między wglądem a inkluzją. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; 2017.
4. Debussy C. Monsieur Croche [przekład z języka francuskiego Anna Porębowiczowa; posłowie Stefan Jarociński]. Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne; 1961.
5. Eliade, M, Music and Religion [hasło], W: The Encyclopedia of Religion. Nowy Jork: Macmillan Publishing Company; 1978, Tom 10, s. 172.

6. Hirnle L, Wróbel M, Parkita A. Znaczenie muzykoterapii w położnictwie i ginekologii. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018;17,2(63).
7. Galińska E. Dzieje poglądów na lecznicze działanie muzyki. *Archiwum historii i filozofii medycyny*. 1987;2:235–255.
8. Galińska E. Psychoterapeutyczne założenia muzykoterapii i ich realizacja. *Psychoterapia*. 1977;22:21–32.
9. Gąsiennica-Szostak A. *Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003.
10. Kierył M, Gurgoń B. Wykorzystanie muzyki ocenianej przez odbiorców jednoznacznie jako muzyka relaksująca lub aktywizująca. *Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu*. 2000;76.
11. Kierył M. *Muzyczna apteczka, czyli profilaktyka i terapia muzyczna na co dzień*. Warszawa; 1996.
12. Kłosiński M. *Człowiek w sytuacji kontaktu z muzyką*. Instytut Kultury. Warszawa; 1995.
13. Konieczna-Nowak L. Preferencje muzyczne a właściwości psychiczne młodzieży w świetle badań empirycznych. *Chowanna 1*. Katowice; Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego; 2014.
14. Kostrzewska H. *Analogia i muzyka. Z filozoficznych zagadnień muzyki*. Poznań: Wydawnictwo Akademii Muzycznej im. Ignacego Jana Paderewskiego; 2001.
15. Kronberger M. *Muzykoterapia. Wykorzystanie technik aktywnych i receptywnych w profilaktyce stresu*. Łódź; 2004.
16. Kukielczyńska-Krawczyk K. *Współczesne badania nad zastosowaniem muzyki w medycynie*. W: Karolak W, Kaczorowska B (red.). *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi; 2008.
17. Łuciuk-Wojczuk A. *Muzykoterapia w procesie odzyskiwania zdrowia przez pacjentów z chorobami onkologicznymi*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Muzycznej w Krakowie; 2010.
18. Mazurek A. *Istota dźwięku w klasycznej muzyce Indii Północnych w oparciu o utwór Raviego Shankara „L'aube Enchantée” na flet i harfę*. Poznań: Akademia Muzyczna im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu; 2017.
19. Michalski G, Obniska E, Swolkień H, Waldorff J. *Dzieje muzyki polskiej w zarysie* (red. T. Ochlewski). Warszawa: Wydawnictwo Impresja.
20. Nalewajko B. *Rola wybranych form muzykoterapii w rehabilitacji fizycznej i psychicznej dzieci w sanatorium przeciwreumatycznym*. *Zeszyty Naukowe PWSM we Wrocławiu*. 1978;17:17–28.
21. Nęcka E. *Psychologia twórczości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
22. Pałosz P. *Przegląd badań na uwarunkowaniach preferencji muzycznych*. *Przegląd Psychologiczny*. Tom 52, nr 2. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2009.
23. Pasternak A. *Rytmika Emila Jaques-Dalcroze’a jako metoda kształcenia polisensorycznego*. W: Sbrujewa A (red.). *Nauki pedagogiczne: teoria, historia, technologie innowacyjne*. T. 7. Sumy: Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny im. A. Makarenki; 2012, s. 373–385.
24. Pielasińska W. *Ekspresja — jej wartość i potrzeba*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1983.
25. Pietrasiński Z. *Myślenie twórcze*. Warszawa: PZWS; 1969.
26. Polony L. *Polski kształt sporu o istotę muzyki*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Muzycznej w Krakowie; 1991.
27. Read H. *Wychowanie przez sztukę*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk; 1976.
28. Rickets L. *Music and handicapped children*. *Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1976;26:585–587.
29. Rueger Ch. *Muzyczna apteczka. Na każdy nastrój od A do Z*. Klub Świat Książki. Warszawa; 2000.
30. Schulz von Thun F. *Sztuka rozmawiania. Analiza znaczeń*. Kraków: Wydawnictwo WAM; 2002.
31. Szczepańska M. *Edukacja kulturalna dziecka w wieku wczesnoszkolnym*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”; 2000.
32. Stachyra K (red.). *Podstawy muzykoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2014.
33. Stadnicka J, *Terapia dzieci muzyką, ruchem, mową*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.
34. Strzałecki S, Furmański J. *Temperamentalny i osobowościowy wymiar percepcji*

- muzyki. W: Człowiek — muzyka — psychologia (red.). Jankowski W, Kamińska B, Miśkiewicz A. Warszawa: Akademia Muzyczna im. Fryderyka Chopina; 2000.
35. Strzelecki W. Rola muzyki rockowej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych młodzieży. W: Bartkowiak G (red.). Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne człowieka na przestrzeni życia. Teoria i praktyka. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego; 2008.
 36. Stróżewski W. Dialektyka twórczości, Kraków: Polskie Wydawnictwo Muzyczne; 1983.
 37. Stuart-Hamilton I. Psychologia starzenia się. Wprowadzenie. Poznań: Wydawnictwo Zysk i s-ka; 2006.
 38. Szulc W. Kulturoterapia. Wykorzystanie sztuki i działalności kulturalno-oświatowej w leczeniu. Poznań: Akademia Medyczna; 1994.
 39. Szulc W. Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2005.
 40. Szwed E. Zarys historii muzykoterapii, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Edukacja Muzyczna. 1;177-182:177.
 41. Tatariewicz W. Historia estetyki. Estetyka starożytna. Warszawa: PWN; 1960.
 42. Trzebiński J. Twórczość a struktura pojęć. Warszawa: PWN; 1981.
 43. Wierszyłowski J. Psychologia muzyki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1979.

Maria Nowosadko, Rafał Staszewski

Komunikacja wielokulturowa w relacji lekarz-pacjent

W tym rozdziale:

Wprowadzenie	81
Zasady komunikacji z pacjentem	83
Budowanie zaangażowania pacjenta poprzez komunikację	84
Specyficzne problemy w komunikacji z pacjentem wielokulturowym	86
Sposoby poprawienia skuteczności relacji z pacjentem wielokulturowym	88
Komunikacja z pacjentem pediatrycznym	94
Komunikacja z pacjentem psychiatrycznym	95
Komunikacja z rodziną pacjenta wielokulturowego dotycząca dawstwa organów i ksenotransplantacji wykorzystania komórek macierzystych	95
Nowe technologie w komunikacji z pacjentem wielokulturowym	97
Komunikacja a błędy medyczne	98
Podsumowanie	99

Komunikacja wielokulturowa w relacji lekarz-pacjent

Wprowadzenie

Refleksja nad pojęciem komunikacji jest niezwykle złożona, jednak wszelkie sposoby jej definiowania odnoszą się zasadniczo do jednego z dwóch znaczeń tego słowa [1], a tym samym dwóch modeli: transmisyjnego, czyli służącego do przekazywania informacji, wiedzy, idei, uczuć czy emocji, oraz konstytutywnego odpowiedzialnego przede wszystkim za tworzenie związków i więzi społecznych w ramach interakcji społecznych [2]. Nauka o komunikowaniu posługuje się wieloma teoriami, które dotyczą kwestii poznawczych, komunikowania interpersonalnego, rozwoju więzi interpersonalnych i ich podtrzymywania, przetwarzania informacji, wpływu na ludzi, procesu podejmowania decyzji w grupie, komunikacji instytucjonalnej, komunikowania masowego czy komunikowania międzynarodowego [3].

W teorii komunikacji wyodrębnia się szereg definicji komunikacji związanych z procesem porozumiewania się, m.in.: komunikowanie społeczne, komunikowanie masowe, komunikowanie interpersonalne, komunikowanie o zdrowiu czy komunikowanie kliniczne. Komunikowanie społeczne jest w takim rozumieniu traktowane jako najszersza kategoria pojęciowa. Szczególny nacisk kładzie się w niej na proces tworzenia, modyfikowania i przekazywania informacji pomiędzy osobami, grupami czy organizacjami społecznymi [4].

W obrębie tej kategorii możemy mówić o dwóch sposobach przekazywania informacji: komunikacji masowej i interpersonalnej. Komunikowanie maso-

we charakteryzuje się: szerokim zasięgiem, dużą częstotliwością oraz asymetrycznością. Rolę nadawcy pełni tutaj instytucja, a odbiorca jest anonimowy. Bardziej symetrycznym procesem jest komunikacja interpersonalna, która dokonuje się między dwoma osobami mającymi możliwość osobistego kontaktu i angażowania się. Proces ten jest zindywidualizowany, a przekaz dostosowany do potrzeb uczestników komunikacji. Komunikowanie się definiowane jest jako intencjonalna wymiana werbalnych i niewerbalnych znaków (symboli) mająca na celu przekazywanie informacji od jednej osoby do drugiej [5].

Teoria komunikacji stała się przyczynkiem do rozwoju badań dotyczących komunikowania klinicznego, które jest systemem relacji pomiędzy różnymi podmiotami dotyczących zagadnień medycznych lub związanych z medycyną. W zakres tego problemu badawczego wchodzi zarówno relacje międzyinstytucjonalne, między pracownikami medycznymi, jak i — najbardziej nas tutaj interesujące — między pracownikami medycznymi a pacjentem [6].

Zasady szkolenia lekarzy do podstawowych kompetencji komunikacyjnych, sformułowane przez Europejskie Stowarzyszenie Komunikacji w Ochronie Zdrowia EACH (*The European Association for Communication in Healthcare*) prezentują podstawowe korzyści wynikające z komunikacji lekarz-pacjent, które zobrazowano w tabelach 1 i 2 [7].

Liczne badania nad procesem komunikacji z pacjentem nie pozostawiają wątpliwości, że właściwa komunikacja między personelem medycznym a chorym

Właściwa komunikacja między personelem medycznym a chorym jest jednym z czynników warunkujących skuteczność leczenia

jest jednym z czynników warunkujących skuteczność procesu leczenia [8]. Nawiązanie kontaktu z pacjentem odgrywa ważną rolę, ponieważ przyczynia się zarówno do postawienia prawidłowej i w miarę możliwości szybkiej diagnozy, jak i do skuteczności samego procesu leczenia. Umiejętności profesjonalnej komunikacji pomagają przeprowadzić wywiad lekarski z chorym,

ułatwią zrozumienie zachowania pacjenta oraz udzielenie mu właściwej pomocy i rzetelnych informacji na temat stanu jego zdrowia. Szczególne znaczenie mają one w leczeniu chorób o charakterze przewlekłym lub terminalnym, gdzie dobra komunikacja może być zasadniczą formą terapii [9].

Prowadzenie rozmowy z pacjentem jest umiejętnością, której trzeba się nauczyć i nieustannie ją doskonalić. Skuteczne komunikowanie się z chorym wymaga poznania i zastosowania specyficznych technik oraz przyjęcia odpowiedniej postawy wobec chorego. Badania dowodzą, że tylko 7% informacji przekazywanych jest werbalnie, 93% to przekaz niewerbalny. W przekazie niewerbalnym 33% to sposób mówienia, a 55% — mowa ciała [10].

Tabela 1. Korzyści dla lekarza wynikające z komunikacji lekarz-pacjent [7]

Korzyści dla lekarza
- Spadek napięcia emocjonalnego u pacjenta, co pozwala na dalszą komunikację i wymianę informacji.
- Uzyskanie dokładnych danych, co pozwala skutecznie rozpoznać chorobę (np. z historii dolegliwości uzyskanej z przekazu rodzinnego).
- Zmniejszenie się oporu pacjenta wobec terapii i lekarza.
- Wzrost zaufania pacjenta wobec lekarza, dzięki temu można pacjenta nakłonić do różnych sposobów terapii.
- Wzrost aktywności pacjenta w terapii, nie trzeba go kontrolować, sam dba o swoje dobro, a wspomaga go w tym rodzina.
- Wzrost satysfakcji z wykonywanego zawodu.
- Wzrost poziomu satysfakcji pacjenta, a co za tym idzie maleje liczba skarg na poszczególnych lekarzy i ogólnie na służbę zdrowia. Pacjenci częściej są wdzięczni niż agresywni.
- Wzrost samooceny lekarza.

Tabela 2. Korzyści dla pacjenta wynikające z komunikacji lekarz-pacjent [7]

Korzyści dla pacjenta
- Poczucie dbałości o swoje potrzeby (np. wystarczający w opinii pacjenta czas konsultacji).
- Poczucie bezpieczeństwa i godności oraz poufności informacji.
- Poczucie kontroli nad własnym stanem zdrowia – pełna informacja na temat choroby.
- Poczucie bycia słuchanym i rozumianym – sprawienie, że pacjent mówiący o swojej chorobie czuje się swobodnie.
- Poczucie relacji z lekarzem opartej na więzi – możliwość leczenia się stale u tego samego lekarza.
- Uzyskanie wiedzy umożliwiającej decyzyjność w terapii – m.in. informacji na temat prewencji chorób.

Zasady komunikacji z pacjentem

Komunikacja z pacjentem towarzyszy każdej aktywności profesjonalisty medycznego, niezależnie od wykonywanego zawodu. Oczywiście szczególnego wymiaru nabiera w przypadku lekarza i pielęgniarki. Ważne zatem, by w procesie tym przestrzegać określonych zasad.

Podstawowe uwarunkowania skutecznej komunikacji z pacjentem to:

- unikanie pośpiechu,
- zapewnienie intymności i względnej ciszy, unikanie rozmów w korytarzu, na sali, w której znajdują się inni pacjenci,
- skupienie uwagi na pacjencie,
- aktywne słuchanie, czyli dawanie pacjentowi poczucie, że jest słuchany i rozumiany,
- zrozumienie i akceptacja (unikanie sformułowań oceniających),
- uwzględnienie sytuacji społecznej pacjenta,
- uporządkowany jasny przekaz — jak wynika z badań pacjenci nie potrafią zapamiętać 56% wskazówek i zaleceń oraz 48% informacji dotyczących terapii,
- indywidualne podejście do pacjenta,
- przekaz prosty i szczery [11].

W procesie komunikacji z pacjentem należy unikać:

- upominania i krytykowania,
- ignorowania tego, co mówi pacjent i przerywania wypowiedzi,
- osądzania, obwiniania,
- nieadekwatnego pocieszania [12].

Szczególną uwagę w komunikacji z pacjentem należy zwrócić na komunikację niewerbalną. Główne miejsce w komunikacji niewerbalnej lekarz-pacjent zajmuje dotyk. Należy pamiętać, że nie jest on tylko elementem badania przedmiotowego, ale ma głębsze znaczenie — może być bowiem nośnikiem zaangażowania i wsparcia, ale też może naruszać podstawową intymność chorego.

Bardzo ważny w komunikacji niewerbalnej jest również kontakt wzrokowy, który może zachęcić pacjenta do wejścia w relację z lekarzem albo wprost przeciwnie — wzbudzić lęk i zakłopotanie. Podobne znaczenie ma wyraz twarzy.

Szczególną uwagę
w komunikacji
z pacjentem należy
zwrócić na komunikację
niewerbalną

Kolejnym elementem komunikacji niewerbalnej jest głos. Aby pacjent odebrał komunikat zgodnie z intencją lekarza, ważna jest właściwa modulacja głosu — ciepły, życzliwy ton zmniejsza poczucie lęku u pacjenta, a tym samym poprawia komunikację [8].

Budowanie zaangażowania pacjenta przez komunikację

Zaangażowanie pacjenta (*patient engagement*) jest jednym z kluczowych wyzwań w aspekcie podnoszenia jakości świadczeń medycznych, a tym samym wzmocnienia bezpieczeństwa pacjentów. Tworzenie przestrzeni do zaangażowania

pacjenta opiera się m.in. na edukacji w kierunku bycia aktywnym pacjentem. W praktyce oznacza to edukację ukierunkowaną na budowanie świadomości informacyjnej wobec profesjonalistów medycznych. Zachęca się przy tym pacjenta do wyrażania jak najszerszych oczekiwań, które pozwolą mu na

Zaangażowanie pacjenta jest jednym z kluczowych wyzwań w aspekcie podnoszenia jakości świadczeń medycznych

dokładne zrozumienie problemu zdrowotnego podczas jego pobytu w szpitalu, jak i w okresie późniejszym. Zatem pacjent, który ma być poddany badaniu diagnostycznemu — poprzez edukację budującą zaangażowanie — zachęcany jest podczas kontaktu z profesjonalistą medycznym do zweryfikowania następujących kwestii:

- Co określa/mierzy dane badanie?
- Dlaczego potrzebuję tego badania?
- Co by się stało, gdybym nie zrobił tego badania?
- Czy są jakieś inne, alternatywne metody badania?
- Jak dokładnie jest ten test/badanie?
- Jak często daje on błędny wynik pozytywnie dodatni i ujemny?
- Czy badanie wiąże się z bólem lub dyskomfortem?
- Co może pójść źle?
- Jak powinienem przygotować się do badania?
- Jak będę się czuł po badaniu — czy mogę wrócić do pracy?
- Kiedy będą wyniki?
- Jakie laboratorium wykonuje to badanie i czy posiada ono akredytację?
- Co mam zrobić po otrzymaniu wyników? [13].

Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) — narodowa amerykańska instytucja akredytująca szpitale — podkreśla w swoich standardach znaczenie komunikacji z pacjentem. Szpital, który chce uzyskać akredytację tej amerykańskiej organizacji, musi zapewnić hospitalizowanym i ich rodzinom odpowiednią informację i edukację zdrowotną, wspierać przy podejmowaniu decyzji, podczas całego procesu opieki oraz leczenia. W wielu krajach prowadzi się kampanie na rzecz budowania postawy aktywnego pacjenta, jak np. program SPEAK UP (*speak up, pay attention, educate yourself, ask, know, use accredited hospitals, participate*), w których wprost zachęca się pacjentów do zaangażowania w cały proces terapii:

- wyrażaj głośno swoje wątpliwości,
- zwracaj uwagę na swoją opiekę i oczekuj przestrzegania standardów,
- dowiedz się jak najwięcej o swojej chorobie i leczeniu,
- poproś rodzinę/znajomych, by wspierali cię w leczeniu,
- wiedz, jakie leki zażywasz i dlaczego,

- wybieraj akredytowane szpitale,
- współuczestnicz w decyzjach dotyczących twojego zdrowia.

Specyficzne problemy w komunikacji z pacjentem wielokulturowym

Zagadnienie komunikacji z pacjentem wielokulturowym jest problemem dwupłaszczyznowym, łączy bowiem kwestie komunikacji z pacjentem oraz komunikacji z osobą odmienną kulturowo. Te dwie kwestie same w sobie są złożone i obciążone wieloma trudnościami, dlatego właściwe połączenie ich jest niezwykle istotne z punktu widzenia skuteczności procesu komunikacji z pacjentem.

Istnieje szereg dowodów wskazujących, że efektywność świadczeń zdrowotnych jest determinowana także poprzez czynniki społeczno-kulturowe,

Różnice kulturowe
oznaczają
różnice sposobów
spostrzegania świata

we, pochodzenie etniczne i rasę pacjenta oraz znajomość języka. Różnice społeczno-kulturowe pomiędzy pacjentem a profesjonalistą medycznym wpływają na proces komunikacji, a tym samym na decyzje krytyczne. Warto zauważyć, że skuteczna komunikacja wpływa na satysfakcję pa-

cyjenta, wzmacnia jego zdolność do przestrzegania zaleceń terapeutycznych i przyczynia się do efektywniejszego leczenia [14].

Nie można mówić o komunikowaniu się z pacjentem wielokulturowym, nie bazując na podstawowych założeniach komunikacji z pacjentem, jednak bez uwzględnienia odmienności kulturowej komunikacja może być niesatysfakcjonująca zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. W ujęciu psychologicznym różnice kulturowe oznaczają różnice sposobów spostrzegania świata. Każdy z uczestników interakcji spostrzega i interpretuje doświadczaną sytuację oraz jej poszczególne składowe, przyjmując jako punkt odniesienia przede wszystkim własną kulturę, oczekiwania i doświadczenia [15]. Oczywistym problemem w komunikacji jest **nieznajomość języka**, którym posługuje się pacjent. I o ile w warstwie technicznej jest ona prosta do rozwiązania przez odwołanie się do pomocy tłumacza, to rodzi poważny problem związany z wprowadzeniem do procesu komunikacji osoby trzeciej. Taka sytuacja niesie ryzyko wprowadzenia dodatkowego stresora, który utrudni proces komunikacji, dlatego wymaga od lekarza okazania szczególnej wrażliwości i taktu. W sytuacji, kiedy tłumaczem jest osoba bliska dla pacjenta, np. członek rodziny, daje to lekarzowi możliwość pozytywnego wykorzystania potencjału dodatkowego uczestnika komunikacji poprzez zmniejszenie stresu pacjenta. Problemy mogą pojawić się również w sytuacji, kiedy zarówno lekarz, jak i pacjent posługują się tym samym języ-

kiem, jednak dla żadnego z nich nie jest to język natywny. Nieporozumienia mogą wynikać z niedostatecznej znajomości języka lub z przypisywaniu tylko jednego lub zbyt wielu znaczeń słowom, których używamy oraz z nieznanymi specyficznymi terminologiami medycznymi [15]. W takich sytuacjach szczególnie ważne jest uzyskanie od pacjenta informacji zwrotnej dotyczącej prawidłowego zrozumienia wypowiedzi lekarza. Pomocna może być tu technika parafrazowania wypowiedzi. W sytuacji, kiedy lekarz nie ma pewności, czy dobrze rozumiał wypowiedź, powtarza ją pacjentowi swoimi słowami — pozwala to pacjentowi doprecyzować wypowiedź, a lekarzowi lepiej go zrozumieć.

Jedną z poważniejszych trudności w komunikacji z pacjentem wielokulturowym jest **ignorowanie różnic kulturowych**, czyli założenie, że wszyscy jesteśmy podobni. Błąd polega na oczekiwaniu, że pacjent-obcokrajowiec będzie zachowywał się tak jak każdy, czyli posługiwał się znanym kodem kulturowym [16].

Nieuwzględnienie różnic może utrudnić, a nawet uniemożliwić komunikację. Oczywiście lekarz nie musi znać sposobu bycia czy myślenia osób wywodzących się z różnych kultur, dlatego warto, aby był szczególnie uważny w takiej komunikacji, obserwował reakcje pacjenta i dostosowywał swój przekaz do tego, co widzi i słyszy.

Nieuwzględnienie różnic kulturowych może utrudnić, a nawet uniemożliwić komunikację

Dodatkową trudnością jest tutaj kwestia **różnic w sposobie komunikacji niewerbalnej**. Z powodu nieznanymi języka niewerbalnego innej kultury może dojść do błędnej interpretacji sygnałów pozawerbalnych. Podobny wyraz twarzy czy zachowanie może w innej niż nasza kulturze oznaczać zupełnie coś innego, dlatego należy się upewnić, czy zostało się dobrze zrozumianym oraz zwrócić szczególną uwagę na wyjaśnianie swoich zachowań.

Japończycy na niezręczną czy stresującą sytuację lub w odpowiedzi na złą wiadomość reagują śmiechem, a zaistniała w gabinecie cisza jest wyrazem dezaprobaty ze strony lekarza. Bułgarzy w ramach akceptacji i potwierdzenia kręcą głową (czyli odwrotnie niż my), Włosi i Francuzi żywo gestykują, a Chińczycy w trosce o dobre relacje zgadzają się na wszystko [15].

W komunikacji lekarz-pacjent nie warto zakładać, że to pacjent powinien sobie poradzić ze zrozumieniem przekazu lekarza, pozostawienie odpowiedzialności za proces komunikacji po stronie pacjenta może skutkować błędami nie tylko w komunikacji, ale też w procesie leczenia.

Kolejną ważną kwestią są **różnice w modelach prowadzenia rozmowy**. Rozmowa to nie tylko język werbalny i niewerbalny, ale też pewien zwyczajowy scenariusz. W kulturach hierarchicznych skrypt komunikacyjny oparty jest na jednostronnym przekazywaniu informacji przez osobę będącą wyżej w hierar-

chii społecznej, natomiast w kulturach egalitarnych komunikacja odbywa się raczej na zasadach partnerskich.

W kontaktach z pacjentem wielokulturowym mogą pojawić się również trudności wynikające z funkcjonowania w różnych systemach wartości oraz posługiwania się stereotypami. Dotyczy to zarówno lekarza, jak i pacjenta. Sytuacja kontaktu lekarz-pacjent wiąże się z chorobą, może więc wywoływać w chorym **lęk**. W przypadku kontaktu z pacjentem wielokulturowym lekarz musi mieć świadomość, że chory zmaga się z lękiem nie tylko z poziomu lekarz-pacjent, ale również związanym z barierami kulturowymi. Należy zwrócić na to uwagę, ponieważ może to powodować wyolbrzymianie innych przeszkód w komunikacji.

Sposoby poprawienia skuteczności relacji z pacjentem wielokulturowym

Jak wskazano powyżej, istotną funkcją komunikacji jest jej wpływ na wyniki leczenia. Niestety pacjenci wielokulturowi częściej wykazują problemy ze zrozumieniem lekarzy, wyrażają wątpliwość, czy personel medyczny we właściwy sposób odczytał ich przekaz, także zdecydowanie rzadziej mają odwagę na zadawanie pytań medycznych [17]. W jednym z przeprowadzonych badań w populacji osób dorosłych o różnym pochodzeniu etnicznym wykazano znaczące różnice w problemach komunikacyjnych. W populacji osób białych średnio 16% osób deklarowało trudności komunikacyjne w relacji z lekarzem. W przypadku Afroamerykanów odsetek ten wzrósł do 23%, a u osób pochodzenia azjatyckiego wyniósł aż 27% [14].

Wszystkie techniki stosowane w celu ułatwienia czy poprawienia komunikacji z pacjentem mogą mieć zastosowanie w przypadku pacjentów wielokulturowych. Szczególnie ważna wydaje się **uwaga**, czyli obserwacja pacjenta z **uwzględnieniem różnic kulturowych**. Przydatna jest tutaj podstawowa znajomość kręgu kulturowego rozmówcy. Uwzględnienie takich różnic, jak podejście do czasu, przestrzeni, przyzwolenie (lub brak) na wyrażanie emocji, różnice w postrzeganiu władzy i hierarchii społecznej, koncentracja na relacjach lub zadaniach pozwala uniknąć niezrozumienia intencji rozmówcy.

W przypadku wizyt jednorazowych może pojawić się trudność ze zdobyciem dodatkowej wiedzy, jednak gdy problem dotyczy choroby przewlekłej, wówczas zadanie sobie trudu zdobycia informacji na temat kultury pacjenta może zaowocować znaczną poprawą komunikacji. Należy pamiętać, że dzięki uwadze zmniejsza się lęk obydwu stron aktu komunikacji.

Edward T. Hall, amerykański antropolog, podzielił kultury na grupy tzw. wysokiego i niskiego kontekstu. Podział ten dotyczy sposobu, w jaki przebiega komunikacja między ludźmi [18]. Kultury niskiego kontekstu to takie, w których

ludzie komunikują się wprost. Komunikaty są jednoznaczne i dosyć precyzyjnie oddają intencje mówiącego. Jest tu niewiele miejsca na swobodną interpretację. Ten sposób komunikacji charakterystyczny dla kultur, w których wartością nadrzędną jest jednostka, występuje w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej (np. Niemcy, Austria, Szwajcaria, kraje Beneluksu, Wielka Brytania, USA, Kanada, Skandynawia). Kulture wysokiego kontekstu to takie, w których przekaz nie jest bezpośredni i mocno uwarunkowany kontekstem kulturowym, aby go prawidłowo zrozumieć trzeba znać społeczne normy i formy używanego języka. Komunikaty pełne są dwuznaczności, oczekiwania nie są wyraźnie wyrażone. Forma wypowiedzi jest zazwyczaj uprzejma i ostrożna, a sedno sprawy ukryte pomiędzy wierszami. Do takich kultur należą między innymi kultury krajów Azji i Bliskiego Wschodu [18].

Kolejną ważną kwestią jest umiejętność zapanowania nad własnymi emocjami — zwłaszcza negatywnymi. Ułatwia ona racjonalną analizę sytuacji i przyjęcie komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Pozwala też udzielić pacjentowi **wsparcia emocjonalnego**, które również zmniejsza lęk i napięcie.

Pomocna w procesie komunikacji z pacjentem wielokulturowym jest również wiedza na temat **etapu adaptacji kulturowej**, w którym pacjent się znajduje. Na przebieg kontaktu ma wpływ również konkretny moment, w jakim interakcja ma miejsce. Na etapie adaptacji

Istnieje szereg technik wspierających skuteczną komunikację w praktyce medycznej

kulturowej osoby są w stanie komunikować się w różny sposób. Wpływ na to ma zarówno sfera emocjonalna — im lepsza adaptacja, tym mniej lęku i negatywnych emocji — jak i rozumienie sytuacji i kultury w jakiej pacjent się znajduje.

Istnieje szereg technik wspierających skuteczną komunikację w praktyce medycznej — dwie z nich są szczególnie przydatne. Są to dialog motywujący oraz skoncentrowany na pacjencie pięcioetapowy model zbierania wywiadu. Dialog motywujący (*motivational interviewing*) jest techniką przydatną zwłaszcza w przypadku leczenia pacjentów chorych przewlekle, gdzie kluczowego znaczenia nabiera przekonanie pacjenta do zmiany określonych zachowań i przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Istotą dialogu motywującego jest takie prowadzenie rozmowy z pacjentem, by wzmocnić jego motywację do zmiany. W praktyce polega to na zachęceniu pacjenta do pokonania ambiwalentnego stosunku wobec zmiany będącej konsekwencją decyzji terapeutycznych. Korzenie tej techniki wywodzą się z psychologii i psychiatrii, ale z powodzeniem mogą być zastosowane w celu budowania relacji z pacjentem wielokulturowym. W praktyce oznacza to wykorzystanie tzw. narzędzi OARS (wiosła) [19]:

- pytania otwarte (*Open questions*),
- dowartościowania (*Affirmation*),

- odzwierciedlanie (*Reflective listening*),
- podsumowania (*Summarizing*).

Posługiwanie się pytaniami otwartymi w kontekście pacjentów wielokulturowych może być tym ważniejsze, że pozwala zrozumieć swoiste ograniczenia społeczne, kulturowe i ekonomiczne warunkujące efektywność terapii. Podobnie odzwierciedlanie daje pacjentowi poczucie bycia słuchanym, a przede wszystkim rozumianym. Kluczowego znaczenia nabiera natomiast podsumowanie dialogu dokonywane przez lekarza, które daje pacjentowi zarówno poczucie bezpieczeństwa, jak i pewność zrozumienia wszystkich aspektów terapii.

Druga wspomniana tu technika, czyli skoncentrowany na pacjencie model zbierania wywiadu sprawdza się zwłaszcza w pierwszym kontakcie z pacjentem. Podobnie jak dialog motywujący pozwala na zbudowanie właściwej relacji z pacjentem, ale i zapewnia optymalne warunki do zebrania wywiadu i podjęcia dalszych działań terapeutycznych. Poniżej zaprezentowano poszczególne działania w danych krokach rozmowy z pacjentem [20].

Etap 1

Zaaranżuj miejsce zbierania wywiadu (budowanie zaufania i komfortu):

- Przywitaj pacjenta.
- Używaj imienia pacjenta.
- Przedstaw się i określ swoją rolę/swoje zadanie.
- Zapewnij pacjentowi prywatność i upewnij się, że jest gotowy.
- Usuń wszystkie czynniki zakłócające komunikację.
- Zapewnij pacjentowi wygodę i psychiczny komfort.

Etap 2

Ustal powód wizyty i plan działania:

- Poinformuj o długości wizyty (np. „Możemy dzisiaj spędzić 20 minut”).
- Poinformuj o kwestiach wynikających z twoich potrzeb (np. „Uważam, że musimy omówić wyniki przeprowadzonych wczoraj badań krwi”).
- Poproś o listę wszystkich kwestii, które pacjent chce omówić; specyficzne objawy, prośby, oczekiwania, rozumienie problemu (np. „Ale zanim do tego przejdziemy, omówmy kwestie, o których chciałby Pan/chciałaby Pani porozmawiać dzisiaj”).
- Podsumuj; uzgodnij szczegóły, jeśli zbyt wiele kwestii zostało poruszonych.

Etap 3

Rozpocznij zbieranie wywiadu, pomagając pacjentowi wypowiedzieć się:

- Rozpocznij pytaniami/prośbami otwartymi („Proszę opowiedzieć o swoim bólu głowy”).

- Wykorzystuj nieskupiające uwagi umiejętności otwarte (uważne słuchanie): cisza, wypowiedzi neutralne, zachęty niewerbalne.
- Zbierz dodatkowe informacje poprzez analizę komunikacji niewerbalnej: sygnały niewerbalne, cechy fizyczne, rzeczy osobiste pacjenta, otoczenie, samego pacjenta.
- Wykorzystaj umiejętności skupiające uwagę, aby dowiedzieć się więcej na temat objawów i ich oddziaływania na osobiste doświadczenia i emocje pacjenta.
- Zbierz wywiad objawów fizycznych; zbierz opis objawów, korzystając z umiejętności otwartych, skupiających uwagę, takich jak:
 - › echo — powtórz słowa pacjenta, np. „rozdzierający ból, tak?”.
 - › podsumowanie („Najpierw miał Pan/miała Pani gorączkę, następnie, dwa dni później Pana/Pani kolano zaczęło boleć, a wczoraj zaczął Pan/zaczęła Pani utykać”).
 - › prośby („Czy może powiedzieć Pan/Pani coś więcej o tym”).
- Zbierz wywiad osobisty.
- Korzystając ponownie z umiejętności otwartych, skupiających uwagę, poszerz osobisty/psychospołeczny kontekst objawów, wierzeń/atrybucji (przypuszczeń) pacjenta (np. „W jaki sposób to wpłynęło na Pana/Panią?”, „Jak Pan/Pani sądzi, co się może dziać?”).
- Zbierz wywiad emocjonalny — zadaj pytania wywołujące emocje:
 - › bezpośrednio: „Jak Pan/Pani sobie z tym radzi?” lub „Jak to wpływa na Pana/Pani samopoczucie?”.
 - › pośrednio: „W jaki sposób ból kolana wpływa na Pana/Pani rodzinę?” lub „Co według Pana/Pani wywołuje ten ból?”.
- Powtórz cykl, omawiając każdy z głównych problemów/dolegliwości.

Etap 4

Przejdź do drugiej fazy (skoncentrowanej na lekarzu) zbierania wywiadu:

- Przedstaw krótkie streszczenie.
- Podkreśl, że zarówno treść oraz styl zebranego wywiadu mogą ulec zmianie, jeśli pacjent będzie gotowy takie wprowadzić („Spójrzmy na ten problem raz jeszcze — zadam Panu/Pani kilka pytań, aby lepiej zrozumieć co się dzieje”).
- Kontynuuj zbieranie wywiadu, koncentrując się na aspektach lekarskich.

Poza powyższymi technikami komunikacji usprawniającej proces, które wymagają od profesjonalisty medycznego nieco treningu, warto zwrócić uwagę na wytyczne opracowane przez American Medical Association, przydatne zwłaszcza w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnych wśród studentów i osób zaczynających pracę w opiece zdrowotnej. Nazwano ją RESPECT (szacunek), jako akronim od angielskich słów oznaczających kolejne kroki w procesie komunikacji. Idea RESPECT wywodzi się z założenia, że tylko wówczas można

skutecznie leczyć pacjenta, jeśli rozwijana będzie umiejętność komunikacji i budowania relacji z pacjentem. Nie jest to schemat postępujących po sobie kolejnych kroków w komunikacji, a raczej zbiór zasad wpisujących się w ideę profesjonalizmu medycznego. RESPECT oznacza [21]:

- Porozumienie (*Report*) — oznacza pierwsze zbudowanie zaufania niezbędne w dalszych krokach; w praktyce to zarówno nawiązanie kontaktu wzrokowego, personalne zwracanie się do pacjenta, ale i uważne słuchanie pacjentów.
- Wyjaśnienie (*Explain*) — zaleca się zadawanie pacjentowi pytań otwartych, tak by zachęcić go do pełnego zaangażowania się w rozmowę, np. „Co mogę zrobić, aby Pani/Panu pomóc?”, „Czy może Pan/Pani powiedzieć coś więcej o sobie?”.
- Okazanie (*Show*) — dla pacjentów jednym z silniejszych motywatorów w komunikacji jest okazanie współpracy przez profesjonalistę medycznego; oznacza to brak moralizowania, a wyraża się przez wspólną rozmowę na temat procesu diagnozy, planu terapii, czy też poprzez zastosowanie technik omówionego wcześniej dialogu motywującego. Prostą techniką jest tu przekazanie pacjentom wiedzy na temat choroby i jej uwarunkowań, polecając np. odpowiednie strony internetowe dotyczące problematyki zdrowotnej czy też przekazując i omawiając broszury, ulotki dotyczące danego problemu zdrowotnego.
- Ćwiczenie (*Practice*) — nie należy bać się pytań do pacjentów weryfikujących umiejętności komunikacyjne. Dlatego też cenną rzeczą jest prośba o *feedback* w procesie komunikacji od pacjenta, a także identyfikowanie barier komunikacyjnych oraz doskonalenie różnych technik ze współpracownikami.
- Empatia (*Empathy*) — okazywanie szacunku i unikanie osądu uwarunkowane jest zarówno komunikacją werbalną, jak i niewerbalną (o której czasami w relacji z pacjentem zapomina się).
- Wyjaśnienie (*Explain*) — zawsze należy wyjaśniać wszelkie zalecenia lekarskie, a także w trakcie wykonywania określonych czynności informować pacjenta, co będzie wykonywane i w jakim celu.
- Technologia (*Technology*) — należy korzystać z nowych technologii w komunikacji z pacjentem, choć trzeba też pamiętać, że żadna z technologii nie zastąpi rozmowy. Rolą lekarza jest tu adekwatny do możliwości percepcyjnych pacjenta dobór narzędzia (np. Internet, aplikacje na telefony), jednakże należy zachować umiar w rekomendacjach nowoczesnych technologii, tak by pacjent miał szansę skorzystać z nich we właściwy sposób.

Należy także pamiętać, iż pomimo stosowania określonych technik usprawniających proces komunikacji, część barier dotyczyć będzie pacjentów i organizacji systemu opieki zdrowotnej. Wymienia się wśród nich [22]:

- Akceptację dla niskiej kultury komunikacji — zdarzają się zarówno systemy opieki zdrowotnej, jak i grupy społeczne (np. osoby gorzej wykształco-

ne), które uznają za niewłaściwe zadawanie pytań profesjonalistom medycznym — w takim przypadku należy zachęcać pacjentów do dopytywania się, ograniczając ich lęk i dyskomfort związany np. z poczuciem niższości wobec profesjonalisty.

Tabela 3. Typowe pułapki w komunikacji wielokulturowej lekarz-pacjent [31]

- Niedocenianie różnic kulturowych.
- Kierowanie się jedynie własnym systemem wartości w rozmowie.
- Uznanie jedynie paradygmatu medycznego (jestem od leczenia, a nie od rozmowy z pacjentem).
- Postrzeganie indywidualnego pacjenta przez stereotyp grupy, do której przynależy.
- Używanie żargonu medycznego.
- Niesprawdzenie zrozumienia przez pacjenta przekazu.
- Brak wyrażania empatii wobec pacjenta.
- Brak przekazywania wyrażenia empatii przez tłumacza.
- Brak uznania wydarzeń historycznych (np. emigracja) i społecznych mogących kształtować przekonania pacjenta.

Tabela 4. Wytyczne w komunikacji wielokulturowej [31]

- Oceń własne postawy i przekonania kulturowe:
- określ swoją tożsamość kulturową,
 - zidentyfikuj obszary Twojego dyskomfortu,
 - określ obszary, które mogą tworzyć stronniczość ocen po Twojej stronie,
 - sprawdź przyjęte założenia w relacji z pacjentem.
- Dokonaj weryfikacji pacjenta pod kątem wielokulturowości:
- zidentyfikuj przynależność kulturową pacjenta (np. poprzez pytanie),
 - zapytaj pacjenta o preferencje dotyczące podejmowania decyzji i udzielania informacji,
 - oceń poziom wykształcenia pacjenta, jego historii, zdarzeń emigracyjnych, duchowości,
 - oceń przekonania i postawy zdrowotne pacjenta, odnosząc się do ogólnych informacji o danej grupie, jednakże na podstawie szczegółowej rozmowy z pacjentem.
- Zbuduj zaufanie:
- omów plan leczenia,
 - wyrażaj empatię,
 - określ preferencje pacjenta dotyczące zaangażowania rodziny i bliskich,
 - zachęcaj pacjenta do zadawania pytań,
 - stosuj podsumowania i parafrazowanie w rozmowie.
- Uznaj, że skuteczna komunikacja wymaga ciągłego zaangażowania i oceny.
- Zapamiętaj, że komunikacja z pacjentem wielokulturowym wymaga każdorazowo uznania kontekstu kultury.

- Zaufanie — stereotypy dotyczące np. danej grupy etnicznej mogą tworzyć barierę w relacji pacjent-profesjonalista, co nie tylko utrudnia komunikację, ale wręcz prowadzi do ukrywania określonych danych przez pacjentów.
- *Health literacy* — zdolność pacjentów do rozumienia przekazu medycznego może warunkować skuteczność komunikacji. Jeśli pacjenci mają niewielkie umiejętności w tym zakresie, tym bardziej należy używać prostego i obrazowego słownictwa w celu opisanego procesu leczenia.

Komunikacja z pacjentem pediatrycznym

Na szczególną uwagę zasługuje **komunikacja z pacjentem pediatrycznym**, ponieważ związana jest ona z koniecznością komunikacji z rodzicami lub opiekunami pacjenta. Choroba dziecka dla większości rodziców, niezależnie od tego z jakiej kultury się wywodzą, jest sytuacją stresującą, wywołującą lęk i niepewność, a co za tym idzie zwiększa ryzyko zachowań nieprzewidywalnych (agresja, płacz, bezradność). W przypadku pacjentów wielokulturowych dodatkowym stresorem jest znalezienie się w sytuacji związanej z nieznanymi realiami przychodni czy szpitala w obcym dla nich kraju [23].

W zależności od wieku pacjenta interakcja odbywać się będzie wyłącznie z rodzicem lub też z rodzicem i dzieckiem. Na to, czy lekarz powinien rozmawiać z dzieckiem i w jaki sposób, ma oczywiście wpływ kultura, z jakiej pacjent pochodzi.

Zachowanie rodziców chorego dziecka zależy zarówno od czynnika kulturowego, ale też od specyfiki choroby dziecka — inne będzie w chorobie przewlekłej, a inne w przypadku typowych chorób wieku dziecięcego nieupośledzających trwale zdrowia, niezagrożających życiu dziecka [23].

Barierą komunikacyjną w przypadku kontaktu z rodzicami chorego dziecka jest wysoki poziom lęku mający negatywny wpływ na odbiór i zapamiętywanie informacji. W przypadku bardzo silnego stresu pojawia się często u rodziców mechanizm zaprzeczenia. Niepokój rodzica często też niekorzystnie wpływa na zachowanie dziecka, co w przypadku bariery kulturowej czyni komunikację jeszcze

W kontakcie z rodzicem-obcokrajowcem szczególne znaczenie ma udzielenie wsparcia emocjonalnego

trudniejszą. W kontakcie z rodzicem-obcokrajowcem należy szczególnie zwrócić uwagę na udzielenie wsparcia emocjonalnego. Rodzic, którego emocje zostały należycie przyjęte, jest w stanie lepiej zrozumieć i zaopiekować się swoim dzieckiem. Należy pa-

miętać również o tym, że ostatecznie lekarz pozostawia odpowiedzialność za leczenie w rękach rodzica, dlatego upewnienie się, że zrozumiał on sytuację i zaufał lekarzowi, jest kluczem do powodzenia terapii.

Komunikacja z pacjentem psychiatrycznym

W zakresie kontaktów z pacjentem psychiatrycznym odpowiedzi możemy szukać w badaniach prowadzonych w obszarze **psychiatrii transkulturowej**. Jest to dział psychiatrii społecznej badający zależności zaburzeń psychicznych od kultury i warunków środowiska. W drugiej połowie XX wieku przeprowadzono szereg badań nad różnorodnością zaburzeń psychicznych i ich objawów uwarunkowanych kulturowo [24].

Zaburzenia psychiczne związane z określoną kulturą są rodzajem patologii wynikającej ze społeczno-kulturowych i religijnych konfliktów czy też charakterystycznego dla danej kultury myślenia [24]. Badacze podjęli próbę systematyzacji uwarunkowanych kulturowo zespołów zaburzeń psychicznych; obszerny ich katalog można znaleźć w książce *Psychiatria transkulturowa*.

Poza zaburzeniami charakterystycznymi dla określonych kultur w obszarze kontaktu z pacjentem-obcokrajowcem można zauważyć również problem odmiennego manifestowania objawów w chorobach typowych także dla kultury europejskiej. Przykładowo w obrazie schizofrenii objawami typowymi dla mieszkańców Europy czy Ameryki Północnej jest depresja, zaburzenia myślenia i urojenia, a dla mieszkańców krajów afrykańskich czy azjatyckich halucynacje i niepokój, w Nigerii zachowania agresywne, a w Indiach zaburzenia afektu. Mieszkańcy krajów Ameryki Łacińskiej częściej mają urojenia na tle religijnym, a Afrykańczycy dotyczące spraw lokalnej społeczności [24].

Poważnym problemem dostrzeżonym w obszarze psychiatrii transkulturowej są zaburzenia związane z emigracją, imigracją i akulturacją. Niezależnie od przyczyn opuszczenia własnego kraju większość ludzi doświadcza problemów adaptacyjnych, które w niektórych przypadkach prowadzą do poważniejszych zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania lub nałogów. Przyczyną tego zjawiska może być tzw. „szok kulturowy”. Ważne są też powody emigracji, inaczej proces adaptacji odbędzie się u osób, które wyjechały dobrowolnie, inaczej natomiast u uchodźców czy osób zmuszonych sytuacją życiową do opuszczenia kraju. Częstym zjawiskiem u uciekinierów z krajów objętych działaniami wojennymi będzie zespół stresu pourazowego, który mocno utrudnia zdolność adaptacji w nowym kraju [24].

Komunikacja z rodziną pacjenta wielokulturowego dotycząca dawstwa organów i ksenotransplantacji wykorzystania komórek macierzystych

Rozmowa z rodziną pacjenta na temat dawstwa organów jest trudna, niezależnie od tego z jakiej kultury wywodzi się chory. W przypadku pacjentów wielokulturowych wydaje się ona niezwykle złożona. Poza podstawowymi trudnościami związanymi z komunikacją wielokulturową pojawiają się tu bowiem niejednokrotnie ograniczenia związane z niezajomością podejścia rodziny chorego do zagadnienia dawstwa narządów wynikające z uwarunkowań kulturowych i religijnych.

Wiedza na temat podejścia różnych religii do kwestii przeszczepów i dawstwa narządów może ułatwić rozmowę poprzez zmniejszenie obaw personelu związanych z naruszeniem wrażliwej dla wielu pacjentów przestrzeni przekonań religijnych.

W religii chrześcijańskiej, wszystkich jej wyznaniach (katolicyzmie, prawosławiu i protestantyzmie), szanuje się człowieka i ciało ludzkie od poczęcia do naturalnej śmierci za jaką uznawana jest również śmierć mózgową. Tym samym nie ma żadnych przesłanek religijnych uniemożliwiających czy też utrudniających przekazanie do przeszczepu narządów osoby deklarującej się jako chrześcijanin [25].

Prawo żydowskie nie sprzeciwia się pobraniu i przeszczepieniu narządów — zarówno parzystych jak i pojedynczych. Praktyka różni się jednak niejednokrotnie od teorii, ponieważ judaizm jest religią bardzo różnorodną, w której równolegle funkcjonują rozbieżne poglądy. Wyznawcy judaizmu w sytuacjach wątpliwych często uciekają się do rady swoich rabinów, co niestety przedłuża proces decyzji [26].

Według wierzeń buddyjskich dusza ludzka opuszcza ciało dopiero po trzech dniach od orzeknięcia śmierci klinicznej. Do tego czasu lekarze — przez szacunek dla pacjenta i jego rodziny — nie powinni pobierać narządów od zmarłego.

W islamie natomiast nie ma jednoznacznego i spójnego stanowiska na temat pobierania narządów do przeszczepu od dawcy, u którego stwierdzono śmierć mózgową. Większość krajów arabskich pozwala jednak na przeszczepianie organów od dawców spełniających kryteria śmierci mózgowej. Warto zwrócić uwagę również na fakt, że przekazanie do przeszczepu organu wyznawcy islamu osobie nie będącej muzułmaninem jest zabronione. Dozwolone jest natomiast przeszczepienie muzułmaninowi organu osoby z innej religii.

Świadkowie Jehowy akceptują przeszczepianie organów, jednak pod warunkiem pozbawienia ich całkowicie krwi, której przetaczanie jest zabronione w ich doktrynie. Romowie są przeciwni pobieraniu narządów od zmarłego, ponieważ wierzą, że dusza człowieka pozostaje w ciele jeszcze rok po śmierci. Religią bezwzględnie sprzeciwiającą się przeszczepianiu narządów jest szintoizm (tradycyjna religia Japonii), który uznaje ciało zmarłego za nieczyste i niebezpieczne.

Odrębnym problemem w zakresie komunikacji z pacjentem wielokulturowym są ksenotransplantacje, czyli przeszczepy pomiędzy dwoma różnymi ga-

tunkami [27]. Tego rodzaju zabiegi obarczone są dużym ryzykiem odrzucenia przeszczepionych tkanek czy narządów; dodatkowo istnieje ryzyko przeniesienia na człowieka zwierzęcych czynników chorobotwórczych.

Ostatnim, niemniej ważnym z transkulturowego punktu widzenia dylematem jest kwestia etyczna, ponieważ ksenotransplantacje stwarzają potencjalne ryzyko genetycznej manipulacji organów odzwierzęcych [27].

Prawo religijne wszystkich z wymienionych wcześniej religii dopuszcza ksenotransplantacje, również od świni, jednak praktyka pokazuje, że przetrwałe przekonania i poglądy oraz niejednorodność religii — zwłaszcza islamu i judaizmu — mogą znacząco wpłynąć na sposób postrzegania tej kwestii przez konkretnych pacjentów. Zasadnicze znaczenie będzie miała tu więc wiedza lekarza i jego umiejętności komunikacyjne, które pozwolą pacjentowi na podjęcie decyzji.

Nowe technologie w komunikacji z pacjentem wielokulturowym

Rozwój myśli technologicznej ma niezaprzeczalny wpływ na sposoby komunikacji międzyludzkiej. Nowe technologie, jak każde narzędzie używane przez człowieka, mogą pomagać lub utrudniać komunikację. W przypadku pacjentów wielokulturowych, szczególnie w początkowym etapie komunikacji, mogą one być pomocne [28].

Analizując, w jaki sposób wykorzystuje się obecnie nowe technologie w kontakcie z pacjentem, należy zwrócić uwagę na te, które ułatwią lekarzowi kontakt z pacjentem wielokulturowym.

Elektroniczne umawianie wizyt pozwala uniknąć stresu związanego z niedostateczną znajomością języka, błędami wymowy, zbyt szybkim mówieniem itp. Zwiększa to komfort zarówno pacjenta jak i osoby, z którą się kontaktuje.

Komunikacja drogą elektroniczną lub za pomocą wiadomości sms pozwala pacjentowi uzyskać dodatkowe informacje, o które z różnych powodów nie zapytał w czasie wizyty. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych, gdyż upraszcza kontakt pacjenta z lekarzem i pozwala uniknąć kolejnych wizyt lub niepewności. Zaletą takiej komunikacji w przypadku pacjentów wielokulturowych jest jasność i precyzja przekazu. Nawet przy barierach językowych każda ze stron procesu ma przestrzeń potrzebną do zrozumienia tekstu.

Komunikacja za pomocą mediów elektronicznych niesie ze sobą również zagrożenia. Brak kontaktu osobistego wiąże się z niemożliwością udzielenia wsparcia emocjonalnego, uniemożliwia obserwację pacjenta i natychmiastową reakcję. Ten rodzaj komunikacji nie pozwala również na przekazanie wszyst-

Nowe technologie
mogą pomagać
w komunikacji
lub ją utrudniać

kich informacji (np. niepomyślnej diagnozy), a przez to wprowadza w pułapki komunikacyjne. Pacjent, któremu została udzielona niepełna informacja, czuje się dezorientowany, co może wywołać dodatkowy lęk.

Dostępność wyników badań on-line również niesie pewne zagrożenie. Niedługo pacjenci, zanim uda się z wynikami do lekarza, dokonują własnej interpretacji, posługując się wiedzą dostępną w Internecie [29].

Komunikacja a błędy medyczne

Wadliwa komunikacja stanowi jedną z podstawowych przyczyn błędów medycznych

Uznaje się, że wadliwa komunikacja stanowi jedną z podstawowych przyczyn błędów medycznych. Jest to zarówno kwestia błędnej komunikacji z pacjentem, jak i pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego. Istnieje szereg dowodów naukowych potwierdzających, że zastosowanie określonych technik w zespole terapeutycznym,

zwłaszcza w sytuacjach wymagających szybkiej interwencji, zmniejsza ryzyko błędów medycznych. Jedną z takich technik, adaptowaną do opieki zdrowotnej z obszaru wojskowości, jest technika SBAR (*situation, background, assessment, recommendation*). To technika przekazywania krytycznych informacji, dla których wymagana jest natychmiastowa reakcja i działanie w odniesieniu do pacjenta. SBAR opiera się na ustrukturalizowanej procedurze komunikacji. Z powodzeniem może być stosowana w wielu dziedzinach opieki zdrowotnej, choć szczególnie jest przydatna w anestezjologii i intensywnej terapii, a także w przypadku pomocy doraźnej (Szpitalne Oddziały Ratunkowe). Dlatego też zastosowanie SBAR ma duże znaczenie, bowiem pacjenci wielokulturowi często mogą korzystać z oddziałów ratunkowych (np. obcokrajowcy). Technika SBAR w zespole terapeutycznym obejmuje następujące kroki [30]:

- Sytuacja (*Situation*):
 - › przedstaw siebie i poinformuj z jakiego oddziału dzwoniysz lub rozmawiasz bezpośrednio,
 - › zidentyfikuj pacjenta po imieniu i nazwisku oraz problemie zdrowotnym,
 - › opisz zwięźle z jakim problemem dzwoniysz/rozmawiasz bezpośrednio;
- Tło (*Background*):
 - › podaj powód przyjęcia pacjenta,
 - › wyjaśnij historię medyczną,
 - › przekaż rozmówcy informacje pochodzące od pacjenta (powód przyjęcia, data przyjęcia, wyniki diagnostyczne, którymi dysponuje pacjent);
- Ocena (*Assessment*):
 - › parametry życiowe,

- › prognozy kliniczne,
- › obawy;
- Zalecenia (*Recommendation*):
 - › wyjaśnij czego potrzebujesz,
 - › zasugeruj,
 - › sprecyzuj oczekiwania,
 - › powtórz otrzymane zalecenia.

Tabela 5. SBAR w praktyce [30]

S	Situation – Sytuacja Nazywam się A (imię i nazwisko), jestem lekarzem na oddziale ... Dzwonię w sprawie pacjenta X Dzwonię, ponieważ martwię się, że X ma ... (np. niskie/wysokie ciśnienie krwi, wolny/szybki puls itp.)
B	Background – Tło Pacjent X został przyjęty w dniu ... z ... (np. ostrym zespołem wieńcowym) Pacjent X przeszedł ... (operację/zabieg/badanie) Stan pacjenta X zmienił się w ciągu ostatnich ... minut Obecny stan pacjenta X jest ... (np. zdezorientowany, bez bólu)
A	Assessment – Ocena Myślę, że problemem jest ... Nie jestem pewien, na czym polega problem, ale stan pacjenta X pogarsza się
R	Recommendation – Rekomendacje Konieczne jest wykonanie badania ... Proszę skontrolować stan pacjenta X w ciągu następnych ... minut Czy jest coś, co można zrobić dla pacjenta X

Podsumowanie

Migracja to niewątpliwie jedno z wyzwań XXI wieku, które z racji zmian gospodarczych dotyczy również Polski. Liczba cudzoziemców osiedlających się w Polsce lub przejeżdżających przez nasz kraj oraz korzystających z usług polskiej służby zdrowia wciąż wzrasta. Rodzi to coraz większą potrzebę edukacji w zakresie kompetencji kulturowych. Zagadnienie komunikacji z pacjentem odmiennym kulturowo jest wielopłaszczyznowe. Każda kultura, z którą się stykamy, stawia nas przed innymi wyzwaniami. Podniesienie poziomu kompetencji w zakresie odmienności kulturowej i religijnej w sferze udzielania pomocy medycznej może znacznie obniżyć poziom trudności przeżywanych w tej kwestii zarówno przez pacjenta, jak i przez lekarza. Umiejętności te w znacznym stopniu mogą przyczynić się do zminimalizowania nieporozumień, poprawy komunikacji, a co za tym idzie podwyższenia jakości udzielanej pomocy oraz zadowolenia pacjenta.

Bibliografia

1. O'Sullivan T, Hartley J, Saunders D, Montgomery M, Fiske J. Kluczowe pojęcia w komunikowaniu i badaniach kulturowych. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2005.
2. Kulczyński E. Teoretyzowanie komunikacji. Poznań: Wydawnictwo Naukowe IF UAM; 2012.
3. Nowina-Konopka M. Komunikacja lekarz-pacjent. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo ToC; 2016.
4. Dobek-Ostrowska B (red.). Współczesne systemy komunikowania. Wrocław; 1998, s. 11.
5. Smolski R. Słownik Encyklopedyczny Edukacja Obywatelska. Wrocław: 1999; s. 89.
6. Goban-Klas T (red.). Komunikowanie o ochronie zdrowia — interpersonalne, organizacyjne i medialne. Warszawa; 2014.
7. Włoszczak-Szubzda A, Jarosz MJ. Rola i znaczenie komunikacji w relacji lekarz — pacjent — rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2012;3(18):210.
8. Kaczor M, Michalak A. Przychodzi pacjent do lekarza... czyli psychologiczne aspekty komunikacji lekarza z pacjentem... *Sztuka leczenia*. 2010;1–2(20):51–58.
9. Hebanowski M, Kliszcz J, Trzeciak B. Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Warszawa; 1999.
10. Ociepka A. Komunikacja z pacjentem. W: Trzcieniecka-Green A (red.). *Psychologia*. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych. Kraków; 2006.
11. Bishop GD. *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2007.
12. Gordon T, Sterling EW. *Rozmawiać z pacjentem*. Warszawa; 2009.
13. Roizen M. *The Smart Patient: An Insider's Handbook for Getting the Best Treatment Paperback*. 2006.
14. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D. *Harrison's Principles of Internal Medicine*.
15. Błęszyńska K. Komunikacja międzykulturowa jako negocjowanie znaczeń. *Pogranicze. Studia Społeczne*. 2013;21: 139–154.
16. Szopski M. *Komunikowanie międzykulturowe*. Warszawa; 2005.
17. *From the Institute of Medicine: Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: National Academy Press; 2002.
18. Hall ET. *Poza kulturą*. Warszawa; 2001.
19. Miller WR, Rollnick S. *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
20. Stein J, Smith RC. *Patient Centered Interviewing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. Za: Three Challenging Medical Interviews, Annual AAPA Conference, 2005 May 28, 2005, Orlando, FL Auguste H. Fortin VI, MD, MPH; Yale University Robert C. Smith, MD; Michigan State University.
21. <https://www.ama-assn.org/residents-students/medical-school-life/6-simple-ways-master-patient-communication>.
22. Bigby JA, Fernandez A. *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*.
23. Ziółkowska B. *Dziecko chore w domu, w szkole i u lekarza*. Gdańsk; 2010.
24. Krzyżowski J. *Psychiatria transkulturowa*. Warszawa; 2002.
25. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. 2296.
26. Górska KM. Związek medycyny i religii. Podobieństwa i różnice w poglądach na temat transplantacji organów wśród przedstawicieli judaizmu, buddyzmu i islamu. *Acta Erasmina*. 2015;8:195–198.
27. Baum E. Komórki macierzyste jako bietyczny problem współczesnej medycyny. Poznań: Wydawnictwo UMP; 2010.
28. Czerw A, Religioni U, Matuszka A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D. *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*. *Hygeia Public Health*. 2012; 47(3):247–253.
29. Gałuszka M. Nowe zjawiska w relacji lekarz—pacjent w kontekście rozwoju internetu. *Przegląd Socjologiczny*. 2012;61(2):119–151.
30. SBAR communication tool — Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools situation, background, assessment, recommendation, NHS Improvement.
31. Bigby JA, Fernandez A. *Navigating Cross-Cultural Communication*. W: King TE Jr., Wheeler M, Fernandez A, Schillinger D, Bindman A, Grumbach K i wsp (red.). *Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations*. New York: McGraw-Hill; 2006.

Katarzyna B. Głodowska

Procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym. Wybrane aspekty



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	103
Przygotowanie i opracowanie procedury przyjęcia pacjenta obcojęzycznego	104
Dobre praktyki w zakresie tworzenia procedury w pracy z pacjentem obcojęzycznym	108
Nowoczesne technologie a pacjent obcojęzyczny	111
Podsumowanie	112

Procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym. Wybrane aspekty

Wprowadzenie

Według Głównego Urzędu Statycznego w 2018 roku w Poznaniu zamieszkiwało blisko 538 633 obywateli [1], spośród których około 5 tys. stanowili studenci obcojęzyczni, a 2,7 tys. osób złożyło wnioski o zezwolenie na pobyt. Szacując liczbę obcokrajowców zamieszkujących stolicę Wielkopolski, należy uwzględnić jeszcze jedno źródło informacji: oświadczenie składane przez pracodawcę o chęci zatrudnienia cudzoziemca. Po zestawieniu wszystkich danych liczba obcokrajowców w Poznaniu może wzrosnąć nawet do 42 400 osób [1]. W praktyce oznacza to, że co trzynasta napotkana osoba na ulicach tego miasta prawdopodobnie będzie pochodziła z innego kraju, a tym samym możemy domniemywać, że będzie posługiwała się innym językiem niż język polski bądź będzie go znała w niewystarczającym stopniu, co może powodować problemy w komunikacji.

Przytoczone dane powinny zainteresować osoby zarządzające poznańskimi placówkami ochrony zdrowia z tego względu, że obcokrajowiec prawdopodobnie będzie leczony w poznańskich oddziałach szpitalnych. Dlatego też warto, aby pracownicy ochrony zdrowia byli przygotowani na taką ewentualność, że w gabinecie specjalisty pojawi się pacjent posługujący się językiem obcym,

który będzie potrzebował pomocy medycznej. W związku z tym warto, aby placówki ochrony zdrowia rozważyły wdrożenie procedur związanych z pracą z pacjentem obcojęzycznym. Dzięki takiemu działaniu, czyli opracowaniu rozwiązań, które ułatwi komunikację obu stronom (zarówno specjalistom, jak i pacjentom obcojęzycznym), możliwe będzie sprawne poprowadzenie procesu leczenia, pielęgnacji czy rehabilitacji.

Z prawnego punktu widzenia istotną kwestią w pracy z pacjentem jest pozyskanie w poprawny sposób świadomej zgody na wykonanie procedur medycznych [2].

Poprawne uzyskanie świadomej zgody na wykonanie procedur medycznych jest bardzo istotne

W związku z tym sprawna i zrozumiała komunikacja na linii pacjent — specjalista będzie odgrywała kluczową rolę. Dlatego też w kontakcie z osobą obcojęzyczną trzeba zachować należyłą staranność w celu uzyskania świadomej zgody na zabiegi medyczne. Związane jest to z faktem, że może wystąpić bariera językowa. Lekarz czy pielęgniarka powinni

upewnić się, czy pacjent zrozumiał przekazany przez nich komunikat, ponieważ istnieje podwyższone ryzyko podważenia formy uzyskania świadomej zgody na zabieg medyczny od cudzoziemca. Publiczne i niepubliczne ośrodki ochrony zdrowia powinny zatem rozważyć sposób i metodę pracy z pacjentem komunikującym się w obcym języku w celu uniknięcia ewentualnych roszczeń ze strony chorego.

Przygotowanie i opracowanie procedury przyjęcia pacjenta obcojęzycznego

Pracownicy służby zdrowia, przygotowując się do wprowadzenia procedury pracy z obcokrajowcem, powinni rozważyć kilka kwestii.

Pierwsza z nich wiąże się z rozpoznaniem, ilu pracowników danej placówki medycznej zna język obcy i może poprowadzić w nim proces medyczny. Najprostsze narzędzie pozwalające szybko odpowiedzieć na to pytanie stanowi przeprowadzenie ankiety wśród zatrudnionych osób. Jesteśmy w stanie szybko pozyskać dane liczbowe pokazujące, jakimi językami posługują się nasi pracownicy. Niestety, mankamentem tej metody jest fakt, że nie określa ona poziomu umiejętności językowych, a to właśnie od nich zależy, czy będziemy w stanie pracować z pacjentem będącym cudzoziemcem. Dlatego kolejnym krokiem w opracowywaniu metody przyjęcia pacjenta obcojęzycznego powinno być ustalenie poziomu umiejętności językowych personelu medycznego pracującego w danej jednostce medycznej.

Najprostszy sposób to dostarczenie certyfikatów językowych, którymi legitymują się pracownicy. Obecni absolwenci szkół medycznych mogą złożyć suplement kadrze zarządzającej, w którym znajduje się ocena z języka obcego na szczeblu B2 [3], czyli poziomie umożliwiającym swobodną komunikację. W trakcie zajęć na lektoratach student jest zobowiązany do zapoznania się z terminologią medyczną, powinien potrafić poradzić sobie z przyjęciem pacjenta obcojęzycznego. Pozostali pracownicy, którzy kończyli studia jeszcze przed wprowadzeniem takich wymagań, mogą dostarczyć certyfikat, np. Cambridge lub certyfikat umiejętności posługiwania się językiem migowym.

Istotne wydaje się, aby osoby zarządzające w placówkach medycznych, ustalając poziom językowy, zwróciły także uwagę na fakt, że ocena w suplemencie może nie w pełni odzwierciedlać umiejętności komunikacyjne. Dlatego też warto sprawdzić, jaką przerwę w posługiwaniu się językiem obcym ma nasz pracownik. Jak bowiem wskazano w dokumencie *Raport tematyczny z badania. Badanie umiejętności mówienia w języku angielskim* [3], brak stosowania języka obcego w codziennej praktyce powoduje znaczne obniżenie tej kompetencji¹⁷. Z tego powodu warto rozważyć sprawdzenie poziomu sprawności językowej pracowników przez profesjonalnego lektora, który wystawiłby stosowne zaświadczenie.

Warto rozważyć
sprawdzenie poziomu
sprawności językowej
pracowników przez
profesjonalnego lektora

W sytuacji, gdy posiadamy już listę zdeklarowanych, zweryfikowanych językowo i wydelegowanych osób do pomocy w pracy z pacjentem obcojęzycznym, kolejnym krokiem w przygotowywaniu procedury pracy powinno być stworzenie zakresu zadań i obowiązków tej grupy. Warto także określić zakres odpowiedzialności, jaka będzie spoczywać na reprezentantach społeczności medycznej, która najczęściej wolontaryjnie będzie wspomagać swoje koleżanki i kolegów w pracy z pacjentem cudzoziemcem¹⁸. Ustalając obszar zadań, należy nie tylko wskazać i określić, czy dana osoba będzie pomagać w podstawowej komunikacji, ale także czy będzie zobowiązana do tłumaczenia zasad prowadzenia procedury medycznej, wyjaśnienia wskazań i przeciwwskazań do przeprowadzenia danego zabiegu medycznego, a tym samym będzie zobowiązana do uzyskania świadomej zgody na dany zabieg medyczny od pacjenta obcojęzycznego.

¹⁷ Istnieje prawdopodobieństwo, że pracownik, który posiada certyfikat komunikacji w języku migowym, kurs ukończył dwa lata wcześniej i w codziennej pracy nie stosował języka, może mieć niewystarczające umiejętności do tłumaczenia i pozyskania świadomej zgody na zabieg medyczny.

¹⁸ Wniosek został sformułowany na podstawie rozmów przeprowadzonych z pracownikami szpitali, którzy nie spotkali się z tym, że za pomoc w tłumaczeniu otrzymali dodatkowe wynagrodzenie.

Należy wspomnieć, że takie rozwiązania funkcjonują już w polskim systemie ochrony zdrowia i zostały wprowadzone przez jednostki, które przygotowywały się do akredytacji, czyli wprowadzenia Systemu Zarządzania Jakością ISO. Z rozmów przeprowadzonych z pracownikami poznańskich szpitali wynika, że najczęstszą metodą stosowaną przy ustaleniu liczby osób, które posługują się językiem obcym, był właśnie kwestionariusz¹⁹. Ponadto respondenci najczęściej wskazywali język angielski jako ten, którym mogą wspomóc się przy przyjęciu pacjenta obcojęzycznego. Jest to zrozumiałe i powszechne, wynika między innymi z faktu, że w obecnym systemie kształcenia w polskich szkołach język angielski jest językiem obowiązkowym. Warto podkreślić, że dla ponad 340 milionów ludzi język angielski to język ojczysty, natomiast 1,5 miliarda osób posługuje się tym językiem w celach komunikacyjnych. Z informacji uzyskanych od Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu wynika, że pracownicy szpitala najczęściej wskazywali język angielski jako ten, którym mogą dodatkowo posługiwać się, poza językiem polskim, w pracy z pacjentem obcokrajowcem [4].

Pożądanym byłoby
zapewnienie pacjentom
obcojęzycznym kompletu
przetłumaczonych
dokumentów

Skoro istnieje duże prawdopodobieństwo, że cudzoziemiec będzie rozmawiać z nami w języku angielskim [5], warto rozważyć posiadanie w tym języku kompletu przetłumaczonych dokumentów, m.in. karty pacjenta czy zgody na zabiegi medyczne.

Każda jednostka publicznej czy niepublicznej ochrony zdrowia, w której została opracowana procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym, podnosi nie tylko standard jakości obsługi, ale przede wszystkim bezpieczeństwa zarówno pacjenta cudzoziemca, jak i personelu medycznego pracującego na terenie jednostki szpitalnej. Istotny jest fakt, że lekarz, pielęgniarka czy fizjoterapeuta, a także sam pacjent w każdym momencie może skorzystać z pomocy w tłumaczeniu tzw. nieprofesjonalnego tłumacza, tym samym otrzymując wsparcie w tym zakresie od osób wydelegowanych do tego zadania.

Należy jednak zwrócić uwagę, że to rozwiązanie do końca nie zaspokaja potrzeby bezpieczeństwa personelu medycznego, jak i samego pacjenta. Dlatego też może być stosowane jedynie doraźnie. Wynika to z faktu, że nawet jeśli mamy dostęp do listy pracowników wyznaczonych do tłumaczenia, to osiągalność takiej osoby może być ograniczona. Niedostępność doraźnego tłumacza może

¹⁹ Szpitale, które przygotowywały się do akredytacji, bają opracowane listy pracowników, którzy posługują się językami obcymi, jednak nadal nie istnieje opracowana procedura pracy z pacjentem obcojęzycznym.

być spowodowana choćby nieobecnością w danym dniu w pracy lub brakiem możliwości oderwania się od obowiązków służbowych w trakcie trwającego dyżuru. Dlatego też nie może być to jedyny sposób wypracowany w placówce ochrony zdrowia w pracy z pacjentem cudzoziemcem. W związku z tym warto, aby kadra zarządzająca pochyliła się nad wdrożeniem dodatkowych metod, zaś pracownicy czuli potrzebę wprowadzenia opcjonalnych rozwiązań w tym obszarze, dbając o swoje bezpieczeństwo.

Zgodnie z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [2] pacjent ma prawo do uzyskania komunikatu medycznego w zrozumiały dla niego sposób, który umożliwi mu podjęcie świadomej zgody na wykonanie procedur medycznych. Analogicznie należy rozumieć, że zapis ten zobowiązuje nas również w przypadku pracy z pacjentem obcojęzycznym. Niestety, ustawodawca nie określił, w jaki sposób dyrektorzy placówek medycznych mają wykonać to zadanie. Kadry zarządzającej pozostawiono dowolność w tym obszarze. Wydaje się więc zasadne wprowadzenie tzw. stałej współpracy z profesjonalnym tłumaczem, który biegle posługuje się terminologią medyczną. Mankamentem tego rozwiązania jest to, że ustawodawca nie zarezerwował dodatkowych środków finansowych ani nie wskazał źródła finansowania. Kadra zarządzająca polskich szpitali samodzielnie musi znaleźć środki w budżecie szpitala na to działanie.

Opracowując procedurę pracy z chorym cudzoziemcem, istotne jest, aby w grupie osób obcojęzycznych umieścić także pacjenta głuchego [6, 7], który może wybrać jedną z trzech form komunikacji: PJM, czyli polski język migowy, interpretowany jako naturalny wizualno-przestrzenny język komunikowania się, SJM, a więc system językowo-migowy, czyli podstawowy środek komunikowania się osób niesłyszących²⁰, i SKOGN²¹, stworzony do porozumiewania się osób głuchoniewidomych. Mimo braku zapisu w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, że pacjent głuchy ma prawo do zapewnienia mu tłumacza, ustawodawca dokładnie wskazał przepisami Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się [8, 9] prawo obywatela niesłyszącego do zapewnienia tłumacza w przypadku, gdy pojawi się kwestia problemowa z porozumiewaniem się [10–12].

Pacjent ma prawo do uzyskania komunikatu medycznego w zrozumiały dla niego sposób

²⁰ SJM to forma językowa, w której znaki migowe wspierają wypowiedź dźwiękowo-artykulacyjną.

²¹ SKOGN stanowi formę podstawowego środka komunikacji, w której sposób przekazu komunikatu zależy od dysfunkcji narządu wzroku i słuchu, dostosowany do potrzeb wynikających z łącznego występowania dysfunkcji narządu wzroku i słuchu.

Warto zauważyć fakt, że w placówkach administracji publicznej osoba głucha ma zagwarantowane prawo do otrzymania wsparcia tłumacza, zaś w sytuacji, gdzie również istotne jest, aby komunikat był przekazany w sposób czytelny i zrozumiały, ponieważ może on znacząco wpłynąć na stan zdrowia pacjenta głuchego, brak takiego wskazania (Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) [2, 12]. W związku z tym niepubliczne i publiczne zakłady ochrony zdrowia niestety zobowiązane są do samodzielnego wypracowania rozwiązań w tym zakresie i znalezienia środków finansowych na ten cel.

Dobre praktyki w zakresie tworzenia procedury w pracy z pacjentem obcojęzycznym

Należy rozpocząć dyskusję na poruszany temat, by zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi i personelowi medycznemu. Warto wspomnieć, że angielski system ochrony zdrowia ma wypracowane w tej kwestii rozwiązania, które warto wprowadzić do polskiego systemu ochrony zdrowia. Wielka Brytania w standardzie obsługi pacjenta ma wypracowaną metodę pracy z osobą obcojęzyczną [13–15]. Lekarz w trakcie pierwszej wizyty ocenia poziom umiejętności językowych chorego. W przypadku gdy stwierdzi, że istnieje ryzyko braku sprawnej komunikacji z pacjentem, zgłasza zapotrzebowanie na pracę tłumacza medycznego.

Ponieważ większość procedur medycznych odbywa się w trybie planowym, nie stanowi problemu zamówienie tłumacza, aby towarzyszył w trakcie danej wizyty. Wymaga to tylko sprawnie zorganizowanego systemu biur tłumaczeń medycznych, a taki standardowo działa w Wielkiej Brytanii. Wizyta odbywa się w sposób trójstronny. Następuje również odnotowanie w dokumentacji medycznej faktu, że w czasie badania personelowi medycznemu towarzyszył tłumacz. Wielka Brytania ma też zorganizowany system rozmów wideo, w trakcie których lekarz w czasie rzeczywistym łączy się z tłumaczem [16]. Przekład odbywa się na zasadzie trójstronnego spotkania, przy czym wykorzystywany jest sprzęt typu tablet czy komputer, co nie zobowiązuje tłumacza do osobistego pojawienia się w szpitalu [14, 17].

W obecnym systemie organizacji polskiej ochrony zdrowia nie ma opracowanego systemu pracy z biurami tłumaczy medycznych, ponadto Polska nie posiada dobrze opracowanych rozwiązań technologicznych w omawianym zakresie.

Wydaje się jednak, że istotną różnicą w zakresie przepisów między Wielką Brytanią a Polską jest fakt, iż w Polsce nie dookreślono źródła finansowania w kwestii pracy z tłumaczem medycznym. W związku z czym powstała absurdalna sytuacja, gdzie pacjent ma prawo do przekazania komunikatu w zrozumiałym sposobie, ale ustawodawca nie wskazał, a także nie zagwarantował źródła



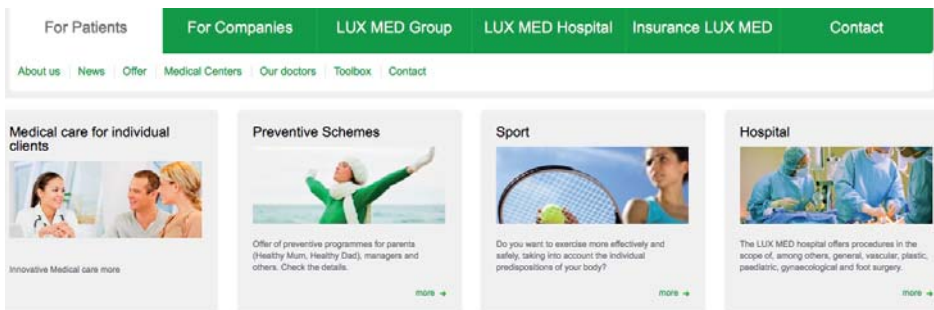
Rycina 1. System rozmów wideo lekarza z tłumaczem. Źródło: Materiały promocyjne firmy Migam

finansowania możliwości pracy z tłumaczem. Dlatego też tylko nieliczne szpitale korzystają ze współpracy z profesjonalnymi biurami tłumaczeń.

Ważnym aspektem uzyskania świadomej zgody na procedurę medyczną od pacjenta obcojęzycznego jest odpowiedź na następujące pytania [14]:

- Czy pacjent, który zgłosił się do naszej placówki, posługuje się językiem polskim w takim stopniu, aby mógł zrozumieć nasze komunikaty, polecenia i prośby?
- Czy w sytuacji, gdy sami nie mamy wystarczającej umiejętności komunikacyjnej, jesteśmy w stanie przyjąć pacjenta, korzystając np. z pomocy innej osoby pracującej z nami, członka rodziny pacjenta bądź aplikacji do tłumaczenia?
- Jaka jest jakość tłumaczenia przy posługiwaniu się w czasie rzeczywistym aplikacją w sytuacji, gdy profesjonalny tłumacz lub osoba mówiąca biegle w danym języku są niedostępni?
- Jaki jest przekaz tłumaczenia, gdy korzystamy z pomocy rodziny pacjenta? Czy w takiej sytuacji mamy pewność, że wszystko zostanie odpowiednio przekazane, bez zatajenia bądź pomijania istotnych informacji?
- Czy mamy prawo obciążać bliskich, np. dzieci, aby przekazywały informacje medyczne swoim rodzicom?
- Czy w sytuacji, gdy zdecydujemy się skorzystać z zaangażowania rodziny bądź użyć aplikacji do tłumaczenia, pacjent będzie w stanie podjąć świadomą zgodę na zaproponowane przez nas procedury medyczne?

Jeśli na większość pytań została udzielona odpowiedź przecząca, z całą pewnością należy rozważyć zasadność wprowadzenia w placówkach ochrony zdrowia procedury pracy z tłumaczem medycznym w przypadku pojawienia się osoby obcojęzycznej. Niepubliczne i publiczne zakłady ochrony zdrowia powinny mieć przygotowany, opracowany i wdrożony sposób pracy z pacjentem obcojęzycznym, uwzględniając przy tym współpracę z tłumaczem medycznym.



Rycina 2. Przeznaczona dla pacjentów anglojęzycznych strona internetowa zawierająca m.in. przetłumaczone niezbędne druki medyczne. Źródło: Grupa LUX MED

Niedysponowanie wypracowanym rozwiązaniem w tym obszarze może powodować, że personel szpitala będzie brał na siebie dodatkową odpowiedzialność ze względu na brak prawidłowo uzyskanej świadomej zgody pacjenta na zabieg medyczny, istnieje też ryzyko błędnie postawionej diagnozy, ponieważ nieprawidłowo zrozumieliśmy pacjenta [2, 18, 19]. Jednostkami, które mają wdrożony taki schemat pracy na linii personel medyczny — pacjent obcojęzyczny — translator, są między innymi Szpital Kliniczny Przemienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu czy Grupa LUX MED.

Grupa LUX MED [20] w standardzie obsługi osoby obcojęzycznej wprowadziła kompleksowe rozwiązania polegające na obsłudze pacjenta anglojęzycznego, począwszy od infolinii w języku angielskim, poprzez podanie na stronie internetowej dostępnych specjalistów komunikujących się w języku angielskim. Ponadto każdy pacjent, który ma wykupiony abonament w Grupie LUX MED, posiada indywidualne internetowe konto klienta. W standardzie swojego profilowanego konta chory może korzystać z dwóch wersji językowych: polskiej lub angielskiej. Jeśli pacjent wybierze wersję anglojęzyczną, na spersonalizowanym koncie znajdzie różnego rodzaju dokumenty, między innymi zgody na zabiegi medyczne, takie jak na przykład szczepienia czy badania endoskopowe.

Istotny jest fakt, że jeśli lekarz na wizycie zweryfikuje, że pacjent nie ma wystarczających umiejętności językowych, specjalista zgłasza potrzebę pracy z translatoem i odnotowuje ten fakt w dokumentacji medycznej. Ponadto badany samodzielnie może dokonać wydruku dokumentu i pojawić się z podpisaną zgodą na zabieg w gabinecie lekarskim. Takie rozwiązanie powoduje zmniejszenie ilości czasu na drukowanie dokumentów, zaś zaoszczędzony czas jest przeznaczany na udzielenie odpowiedzi na nurtujące pacjenta pytania. Specjalista przede wszystkim może skupić się na przedstawianych przez chorego wątpliwościach lub niejasnościach w zakresie wykonywanej procedury. To rozwiązanie jest bardzo podobne do tego, które funkcjonuje w Wielkiej

Brytanii oraz w Stanach Zjednoczonych, gdzie lekarz w czasie pierwszej wizyty weryfikuje znajomość języka obcego u swojego pacjenta, w razie potrzeby wzywa tłumacza, który bierze udział w wizycie lekarskiej²².

Nowoczesne technologie a pacjent obcojęzyczny

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt w kwestii przygotowywania procedury dotyczącej pracy z osobą obcojęzyczną, który związany jest z zastosowaniem nowoczesnych technologii w komunikacji z pacjentem. Jak wykazały badania Martin-Khan [21–24], zastosowanie wideorozmów, czyli wprowadzenie tzw. telemedycyny, w znaczący sposób może obniżyć koszty związane z prowadzeniem opieki nad chorym. Warto zatem, aby placówki medyczne wzięły pod uwagę dostępne w Polsce metody umożliwiające tłumaczenie rozmów oparte na wideorozmowach [17]. Z takiego właśnie środka korzysta między innymi Biuro Rzecznika Praw Pacjenta do komunikacji z pacjentem głuchym [25].

Przykład takiego rozwiązania stanowi aplikacja Migam. Każdy obywatel, który zgłosi przez stronę internetową Rzecznika Praw Pacjenta potrzebę skorzystania z tłumaczenia, automatycznie przekierowany jest do translatora zdalnego, który w imieniu klienta łączy się on-line z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta i przez cały okres przedstawienia sprawy urzędnikowi biura towarzyszy osobie głuchej [26]. Warto podkreślić, że aplikacja Migam daje możliwość wybrania opcji komunikacji w polskim języku migowym, jak i syste-



Rycina 3. Trójstronna forma rozmowy pomiędzy pacjentem a specjalistą z udziałem tłumacza z wykorzystaniem smartfona czy tabletu. Źródło: Materiały promocyjne firmy Migam

²² W wywiadzie przeprowadzonym przez redaktora Macieja Kautza dla Radia Poznań w audycji International Poznań (odcinek 159) prof. dr hab. Maria Siemionow wskazała, że w swojej pracy zawodowej zawsze korzysta z pomocy tłumacza medycznego, pomimo dobrej znajomości języka hiszpańskiego.

mie językowo-migowym [27]. Narzędzie to bazuje na rozwiązaniu cyfrowym, umożliwiając połączenie dźwiękowe i rozmowę wideo, którą można przeprowadzić przy użyciu telefonu, tabletu czy komputera. Warto zauważyć, że wiele instytucji państwowych czy firm korzysta z takiego systemu, między innymi Najwyższa Izba Kontroli, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, PZU czy operator sieci komórkowej Orange. Niestety, niewiele jednostek służby zdrowia współpracuje w ten sposób z pacjentem głuchym. Należy podkreślić, że aplikacja nie tylko umożliwia przeprowadzenie w kompleksowy i sprawny sposób komunikacji na linii specjalista — osoba głucha, tym samym zmniejszając możliwość wykluczenia tej grupy obywateli z życia społecznego, ale i pozwala w szybki sposób porozumieć się osobie głuchej w sytuacji, gdy tego potrzebuje.

Niestety, w Polsce tego typu rozwiązania to jednostkowy przykład. Brakuje takich metod w innych językach obcych. Dlatego warto, aby podmioty medyczne

Dobrze by było, aby podmioty medyczne dysponowały listą biur tłumaczeń specjalizujących się w języku medycznym

dysponowały listą biur tłumaczeń specjalizujących się w języku medycznym. Jednak wymaga to od kadry zarządzającej opracowania tych list, ponieważ nie istnieją systemowe rozwiązania, z których szpitale mogłyby skorzystać. Nie ma także opracowań dotyczących chociażby liczby tłumaczy medycznych pracujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w związku

z czym każda placówka medyczna zobowiązana jest do wdrożenia samodzielnie wypracowanych rozwiązań w tym obszarze.

Oczywiście praca z tłumaczem będzie wymagała od personelu medycznego przyswojenia nowej umiejętności, takiej jak praca z tłumaczem, który w tym przypadku będzie korzystał z tłumaczenia konsekwentnego. Istotne jest to właśnie z tego względu, że w sytuacji korzystania z takiego tłumaczenia należy uwzględnić fakt, że nastąpi wydłużenie czasu trwania wizyty nawet dwukrotnie. Natomiast w celu sprawnego poprowadzenia procesu tłumaczenia konieczne jest, aby lekarz, pielęgniarka czy pacjent formułowali krótkie zdania. Jest to istotne, ponieważ autor przekładu może mieć problem z wiernym przełożeniem komunikatu na język obcy przy dłuższych zdaniach.

Podsumowanie

W dobie globalizacji, prawa do swobodnego przemieszczania się pomiędzy krajami, kontynentami, zwiększających się ruchów migracyjnych ludności przed polską ochroną zdrowia stoją nowe wyzwania i konieczność dostosowania

wania procedur do otaczającej rzeczywistości. Publiczne i niepubliczne podmioty ochrony zdrowia zobowiązane będą więc do tego, aby dostosować swoje metody pracy z pacjentem obcojęzycznym w celu zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom, a także pacjentom, tym samym zmniejszając ryzyko prawdopodobnych roszczeń wynikających z nieprawidłowo uzyskanej świadomej zgody na zabieg czy błędnie postawionej diagnozy.

Bibliografia

1. Liczba ludności w Poznaniu. <http://www.poznan.pl/mim/info/news/liczba-ludnosci-w-poznaniu,121374.html> (data dostępu: 15.06.2019).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 417 z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Szkolnictwa Wyższego z dnia 26.07.2019). w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U.2019.1573, akt obowiązujący od 21 sierpnia 2019 r.).
4. Gajewska-Dyszkiewicz A, Męziński M, Rycielska L, Chandler D, Ellis M. Raport tematyczny z badania. Badanie umiejętności mówienia w języku angielskim. Instytut Badań Edukacyjnych. Marzec 2014.
5. Rozmowa z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, mgr Anną Roszak. 9.07.2019.
6. Tomaszewski P, Rosik P. Czy polski język migowy jest prawdziwym językiem? W: Jastrzębska G, Tarkowski Z (red.). Człowiek wobec ograniczeń. Niepełnosprawność — Komunikacja — Terapia. Lublin: Fundacja ORATOR, s. 133–168.
7. Komisja Europejska, Języki migowe. W: Propagowanie nauki języków obcych i różnorodności językowej. http://ec.europa.eu/languages/policy/linguistic-diversity/sign-languages_pl.htm (data dostępu: 2.07.2019).
8. Najwyższa Izba Kontroli. NIK o przygotowaniu urzędów do kontaktu z niesłyszącymi. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/administracja/nik-o-pzygotowaniu-urzedow-do-kontakt>
-z-nieslyszacymi.html (data dostępu: 2.07.2019).
9. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. 2011 nr 209 poz. 1243).
10. Tłumacz Języka Migowego, Rzecznik Praw Pacjenta. <https://www.rpp.gov.pl/kontakt/kontakt-dla-osob-z-trudnosciami-w-komunikowaniu-sie> (data dostępu: 15.07.2019).
11. Mreńca E. Podsumowanie konferencji naukowej „Glusi jako mniejszość językowa i kulturowa”. <https://www.pfron.org.pl/download/5/635/08-ElzbietaMreńca.pdf> (data dostępu: 2.07.2019).
12. Rzecznik Praw Obywatelskich, Edukacja głuchych — materiały konferencyjne. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Edukacja_gluchych_materiały_konferencyjne.pdf (data dostępu: 2.07.2019).
13. Rozmowa z Martą Wutke, Menedżer Adult Workforce Londyn Wielka Brytania. 20.08.2019.
14. Munoz C, Luckmann J. Transcultural communication in nursing. Second edition. New York: Thomson Delmar Learning; 2005.
15. Limbo Sagar P. Transcultural nursing education strategies. New York: Springer Publishing Company; 2014.
16. Rozmowa z mgr Dorotą Modzelewską, Nurse w Luton and Dunstable University Hospital NHS Foundations Hospital Trust w Wielkiej Brytanii. 18.07.2019.
17. Rozmowa z mgr Anną Upham, Nurse w Warrington and Halton Hospitals NHS Foundations Trust Wielka Brytania. 15.07.2019.
18. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 537, 577, 730, 1590).

19. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położonej (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 576, 577, 1490, 1590).
20. Rozmowa z mgr Moniką Tomaszewską, dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Grupie Lux Med. 20.07.2019.
21. Martin-Khan M, Flicker L, Wootton R, Loh PK, Edwards H, Varghese P, Byrne GJ, Klein K, Gray LC. The diagnostic accuracy of telegeriatrics for the diagnosis of dementia via video conferencing. *J Am Med Assoc.* 2012 Jun;13(5):487.e.19–24.
22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22572552#> (data dostępu: 22.05.2019).
23. Russel TG, Martin-Khan M, Khan A, Wade V. Method-comparison studies in telehealth: Study design and analysis considerations. *Telemed Telecare.* 2017 Oct;23(9):797-802 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28893117> (data dostępu: 22.05.2019).
24. Gray LC, Edirippulige S, Smith AC, Beattie E, Theodoros D, Russell T, Martin-Khan M. Telehealth for nursing homes: the utilization of specialist services for residential care. *J Telemed Telecare.* 2012 Apr;18(3):142-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22362837> (data dostępu: 22.05.2019).
25. Głodowska KB. Aplikacje mobilne dla pielęgniarek i położnych. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki dla pielęgniarek.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018, s. 70–86.
26. Kontakt dla osób z trudnościami w komunikowaniu się, Rzecznik Praw Pacjenta. <https://www.rpp.gov.pl/kontakt/kontakt-dla-osob-z-trudnosciami-w-komunikowaniu-się> (data dostępu: 10.05.2019).
27. Rozmowa z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta, 10.07.2019).
28. Rozmowa z Przemysławem Kuśmierkiem, CEO grupa migam interaktywna grupa bez barier. 10.07.2019. www.migam.org (data dostępu: 20.05.2019)

Marcin Michalak

Pacjent obcojęzyczny a uzyskanie świadomej zgody na proces leczenia przez pracowników ochrony zdrowia

W tym rozdziale:

Wprowadzenie	117
Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych jako fundamentalne prawo pacjenta	118
Prawo do zgody „poinformowanej”	120
Prawo do zgody „poinformowanej” a pacjent obcojęzyczny	122
Prawo pacjenta obcojęzycznego do zrozumiałej informacji o procesie leczenia w ujęciu prawnoporównawczym	123
Podsumowanie	128

Pacjent obcojęzyczny a uzyskanie świadomej zgody na proces leczenia przez pracowników ochrony zdrowia

Wprowadzenie

Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest jednym z fundamentalnych praw pacjenta. Jest ono gwarantowane zarówno w aktach prawa międzynarodowego [1], dokumentach organizacji zajmujących się ochroną zdrowia [2–4], jak też przez polski system prawny [5, 6]. Stanowi ono reminiscencję rozkwitu koncepcji ochrony praw człowieka po II wojnie światowej, łącząc się z koncepcją autonomii jednostki, wywodzoną z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka [7, 8]. Przejawem owej autonomii jest prawo do decydowania o samym sobie, w tym o wyborze metody i sposobu leczenia.

Zarówno na poziomie prawa międzynarodowego, jak i krajowego podkreśla się, że zgoda pacjenta na zabieg musi mieć charakter tzw. zgody „świadomej”, „objaśnionej” czy też „poinformowanej”. Sprowadza się to do uznania, że nie chodzi wyłącznie o sam fakt zaaprobowania przez pacjenta ewentualnego udzielenia mu określonych świadczeń zdrowotnych, ale o wyrażenie przez niego świadomej zgody na podstawie rzetelnej, przystępnej i zrozumiałej informacji

na temat podstaw, przyczyn, ryzyka i skutków zabiegów lekarskich. W konsekwencji o skutecznie wyrażonej zgodzie na udzielenie świadczeń zdrowotnych można mówić jedynie wówczas, gdy pacjent przed jej wyrażeniem otrzymał jasne, klarowne i zrozumiałe dla siebie informacje o stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych następstwach ich zastosowania, a także rokowaniach. Ta rzetelna i przystępnie przekazana informacja jest na gruncie obowiązujących uregulowań prawnych warunkiem legalności zgody [9].

W świetle ścisłego związku pomiędzy wyrażeniem zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych a skutecznym poinformowaniem pacjenta o okolicznościach związanych z procesem leczenia zasadniczego charakteru nabiera znaczenie wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych w sytuacji, w której pacjent nie posługuje się tym samym językiem co personel medyczny.

W polskim systemie prawnym brak jest szczegółowych regulacji w tym przedmiocie. Właściwych przepisów brakuje również na poziomie prawodawstwa Unii Europejskiej [10, 11]. Jednocześnie w obliczu postępującego procesu globalizacji, a także systematycznie zwiększającej się liczby obcokrajowców w Polsce warto przyjrzeć się, jakie rozwiązania w przedmiocie wyrażania świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez pacjentów obcojęzycznych funkcjonują na gruncie innych ustawodawstw. Komparatystyczne ujęcie problemu stwarza przestrzeń do poszukiwania pożądanych kierunków rozwoju uregulowań legislacyjnych w Polsce tak, aby sprostać wyzwaniu, jakim jest problem skutecznego wyrażenia świadomej zgody na proces leczenia przez pacjentów obcojęzycznych.

Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych jako fundamentalne prawo pacjenta

Dynamiczny ruch na rzecz tworzenia praw człowieka po II wojnie światowej, w szczególności przyjęcie przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948), uchwalenie Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (1950) czy przyjęcie Międzynarodowego Paktu Praw Człowieka (1966) stanowiło asumpt do działań na rzecz pacjentów i tworzenia odpowiednich aktów prawnych [9]. Koncepcja „przyrodzonej godności” człowieka i wynikające z niej prawa osoby ludzkiej w dużej mierze ukształtowały spektrum praw przynależnych pacjentowi jako osobie [12].

W tym kontekście prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych wiąże się z jedną z fundamentalnych wartości ściśle złą-

czonej z prawami człowieka, jaką jest autonomia osoby [8, 13]. Prawo to jest przedłużeniem wynikającej z przyrodzonej godności ludzkiej samodzielności i niezależności jednostki do decydowania o sobie samym.

Zasadniczą rolę autonomii pacjenta w decydowaniu o podejmowanych wobec niego czynnościach w procesie leczenia podkreśla się zarówno w aktach prawa międzynarodowego z zakresu prawa medycznego, dokumentach organizacji międzynarodowych zajmujących się ochroną zdrowia, jak również w polskim ustawodawstwie. I tak Europejska Konwencja Bioetyczna Rady Europy z 4 kwietnia 1997 r., stanowiąca jeden z najważniejszych dokumentów regulujących problematykę prawnomedyczną na poziomie europejskim, w art. 5 stanowi, że „nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej”. Jednocześnie „osoba poddana interwencji może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę” [1].

Prawo pacjenta
do wyrażenia zgody
na udzielenie świadczeń
zdrowotnych jest jedną
z fundamentalnych wartości

Europejska Karta Praw Pacjenta, dokument sporządzony w 2002 r. przez organizację Active Citizenship Network we współpracy z 12 innymi organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej, stanowiąca istotne źródło dla identyfikacji katalogu praw pacjenta w Europie, w art. 5 stanowi, że każda osoba ma prawo do swobodnego wyboru tak spośród różnych metod leczenia, jak i spośród różnych podmiotów udzielających świadczeń medycznych, na podstawie odpowiednich informacji uzyskanych w tym względzie [2].

Podobnie Deklaracja o Promocji Praw Pacjenta w Europie przyjęta w 1994 r. pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako fundamentalne wskazuje prawo pacjenta do samostanowienia podkreślając, że „świadoma zgoda pacjenta jest warunkiem każdej interwencji medycznej” [3].

Wreszcie Deklaracja Lizbońska o Prawach Pacjenta Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (przyjęta w Lizbonie w 1981 r., cytowana wersja z 2015 r.) także wśród zasadniczych praw pacjenta gwarantuje prawo do samostanowienia w procesie leczenia [4].

W ślad za uregulowaniami przyjętymi na poziomie międzynarodowym idzie polskie ustawodawstwo. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 16 stanowi, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9” [5]. Podobnie ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty w art. 32 podkreśla, że „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta” [6].

Dzięki temu, że prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych wywodzą się z przysługującej każdemu człowiekowi autonomii w podejmowaniu decyzji dotyczących swojej osoby, to tym bardziej podkreśla się wagę świadomej zgody nie tylko w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, ale również wśród zasad deontologii zawodu lekarza. W rezultacie także Kodeks Etyki Lekarskiej w art. 15 ust. 1 stanowi, że „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem” [14].

Prawo do zgody „poinformowanej”

We wszystkich przytoczonych powyżej aktach prawnych i dokumentach organizacji międzynarodowych wyraźnie podkreśla się, że elementem koniecznym wyrażenia skutecznej zgody na zabieg jest uprzednie klarowne i rzetelne poinformowanie pacjenta o proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, spodziewanych następstwach ich zastosowania, a także o rokowaniach.

W Europejskiej Konwencji Bioetycznej zwrócono uwagę, że interwencji medycznej nie można przeprowadzić „bez swobodnej i świadomej zgody (*free and informed consent*) osoby jej poddanej”, a przed dokonaniem interwencji pacjent powinien „otrzymać odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku” [1] [podkreślenie własne].

Każda osoba ma
prawo wolnego wyboru
procedury leczenia oraz
świadczonodawcy

W treści Europejskiej Karty Praw Pacjenta podkreślono, że każda osoba ma prawo wolnego wyboru procedury leczenia oraz świadczeniodawców na podstawie rzetelnej informacji [podkreślenie własne]. W artykule 4. przedmiotowego dokumentu wskazano natomiast, że „każda osoba ma prawo dostępu do

wszelkich informacji, które mogłyby jej umożliwić aktywne uczestniczenie w decyzjach dotyczących jej zdrowia. Posiadanie takiej informacji jest warunkiem wstępnym dla podjęcia jakichkolwiek kroków w przedmiocie leczenia [...]” [2].

Również przywołana wyżej Deklaracja o Promocji Praw Pacjenta w Europie Światowej Organizacji Zdrowia wyraźnie stanowi, że zgoda pacjenta ma mieć charakter świadomy, po wcześniejszym poinformowaniu (*informed consent*). Ponadto w dokumencie *expressis verbis* zwrócono uwagę, że „pacjenci mają prawo być w pełni poinformowani o swoim stanie zdrowia, w tym o faktach medycznych dotyczących ich stanu; o proponowanych procedurach medycz-

nych wraz z potencjalnym ryzykiem i korzyściami każdej procedury; o alternatywach wobec proponowanych procedur, w tym o skutkach braku leczenia oraz o diagnozie, prognozowaniu i postępie leczenia” [3].

Podobnie Deklaracja Lizbońska o Prawach Pacjenta zaraz po stwierdzeniu, że pacjent ma prawo do samostanowienia w procesie leczenia, podkreśla, że lekarz ma obowiązek „poinformować pacjenta o konsekwencjach jego decyzji” [4].

Również na gruncie polskiego ustawodawstwa zaznacza się ścisły i konieczny związek pomiędzy wyrażeniem zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych a rzetelną oraz przystępną informacją na temat procesu leczenia. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 16 stanowi, że „pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9” [5]. Art. 9 ust. 1 stanowi zaś, że „Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia”; a w ust. 2 wskazuje, że „pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami” [5]. Z kolei w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w art. 31, podkreślono, że „Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” [6] [podkreślenia własne].

Jak wynika z treści przytoczonych przepisów, na gruncie obowiązującego ustawodawstwa pacjent ma prawo, aby informacje dotyczące świadczeń zdrowotnych, którym ma być poddany były „przystępne”. Oznacza to, że pacjent powinien otrzymywać te informacje „przy użyciu słów, określeń i nazw, które będą dla niego zrozumiałe” [8]. Wymaga to dostosowania sposobu informowania pacjenta do poziomu jego wykształcenia, wieku, stanu psychofizycznego itp. [8]. Co istotne w literaturze podkreśla się również, że przystępna informacja musi być udzielona właściwym językiem, tzn. pozbawionym medycznego żargonu, opartego na różnych fachowych terminach, tak aby pacjent mógł faktycznie zrozumieć znaczenie i konsekwencje podejmowanych wobec niego czynności medycznych [15].

Należy dostosować sposób informowania pacjenta do poziomu jego wykształcenia, wieku, stanu psychofizycznego itp.

Uwaga ta ma zasadnicze znaczenie w kontekście dalszych rozważań dotyczących skutecznego wyrażenia zgody przez pacjenta obcojęzycznego. Jest bowiem przedmiotem powszechnego konsensusu naukowego, że „zgoda wyrażona po uzyskaniu informacji przekazanej w sposób niezrozumiały [...] jest nieskuteczna, co pozbawia ją znaczenia prawnego” [8]. Zatem poinformowanie pacjenta o procesie leczenia w zrozumiały dla niego sposób jest warunkiem legalności zgody. Na fakt ten wyraźnie zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z 16 maja 2012 r. wskazując, że nie wystarczy „sama aprobata dokonania zabiegu”, ale konieczne jest, aby pacjent uzyskał „przystępną informację” o nim. Dopiero wówczas można mówić o skutecznej zgodzie na zabieg w rozumieniu art. 32 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (III CSK 227/11).

Prawo do zgody „poinformowanej” a pacjent obcojęzyczny

Na tle powyższych rozważań rodzi się zasadne pytanie dotyczące zgody na zabieg, której ma udzielić osoba posługująca się językiem obcym. Pytanie to zyskuje na aktualności w świetle rosnącej liczby obcokrajowców w Polsce, a w konsekwencji zwiększającej się liczby pacjentów obcojęzycznych korzystających z polskiego systemu ochrony zdrowia. Zarówno jednak Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak i Ustawa o wykonywaniu zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz inne akty prawne nie odnoszą się do problemu skutecznego wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez osoby obcojęzyczne. Tymczasem w świetle znaczenia, jakie nadaje się „świadomeму”, „objaśnionemu” czy też „poinformowanemu” wyrażeniu zgody, zagadnienie to wydaje się mieć istotne znaczenie.

Wobec braku regulacji prawnych w tym zakresie komunikacja personelu medycznego w Polsce z pacjentami obcojęzycznymi nie jest w żaden sposób ustandaryzowana. Pracownicy służby zdrowia podejmując próby porozumienia się z takimi osobami, korzystają z różnych metod. Część posiłkuje się programami komputerowymi służącymi do tłumaczeń, inni starają się bazować na własnej znajomości języków obcych, niektórzy usiłują przekazać niezbędne informacje gestami. Częstą praktyką jest także korzystanie z pomocy osób obcojęzycznych pracujących w danej placówce medycznej, ale nieposiadających profesjonalnej wiedzy w zakresie tłumaczeń medycznych [16].

Prowadzone dotychczas badania jednoznacznie wykazały, że brak należytej uwagi wobec problemu bariery językowej w toku świadczenia pomocy medycznej oraz brak jednolitych standardów odnoszących się do sposobu komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi może prowadzić do brzemiennych w skutkach nieporozumień, przekładających się bezpośrednio na jakość świadczonej opie-

ki zdrowotnej i bezpieczeństwo pacjenta [17–20]. Uciekanie się do prowizorycznych metod porozumiewania się z pacjentem obcojęzycznym w oczywisty sposób rzutuje również na prawną skuteczność wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W kontekście braku odpowiednich rozwiązań normatywnych na gruncie polskiego systemu prawnego w zakresie właściwego sposobu komunikacji z pacjentem obcojęzycznym, w tym możliwości wyrażenia przez niego świadomej zgody na udzielenie świadczeń medycznych, warto przyrzeć się sposobom radzenia sobie z tym problemem na gruncie ustawodawstw innych państw, z nadzieją odnalezienia inspiracji do wprowadzenia pożądanых zmian w prawie rodzimym.

Prawo pacjenta obcojęzycznego do zrozumiałej informacji o procesie leczenia w ujęciu prawnoporównawczym

W niniejszym podrozdziale omówiono regulacje prawne dotyczące komunikacji z pacjentem obcojęzycznym na gruncie wybranych systemów prawnych. Wyselekcjonowane państwa stanowią przykład krajów, gdzie problem komunikacji z pacjentami obcojęzycznymi występuje ze znaczną intensywnością, a jednocześnie kwestia ta jest przedmiotem bezpośredniej regulacji prawnej.

Wielka Brytania

Na gruncie brytyjskiego systemu prawnego problem dostępu do informacji medycznej w języku, którym posługuje się pacjent, wiąże się z ustawodawstwem antidyskryminacyjnym. Equality Act z 2010 r. stanowi normatywną podstawę do ochrony przed dyskryminacją zarówno w miejscu pracy, jak i w dostępie do usług prywatnych i publicznych, zakazując m.in. dyskryminacji na tle rasowym [21]. Jednocześnie w systemie prawnym Wielkiej Brytanii za element dyskryminacji rasowej uważa się dyskryminację ze względu na język. W konsekwencji ograniczenie dostępu do usług publicznych wynikające z bariery językowej uznawane jest za naruszenie Equality Act. W związku z tym publiczne instytucje opieki zdrowotnej są zobowiązane do świadczenia usług w zakresie językowego równouprawnienia, a naruszenie tego obowiązku traktuje się jako praktykę dyskryminacyjną [11].

Pomimo że Equality Act formalnie nakłada na podmioty publiczne, w tym te udzielające świadczeń medycznych, obowiązek udzielania pacjentom in-

formacji w języku dla nich zrozumiałym, to ustawodawstwo szczegółowe nie przewiduje form w jakich ma to następować. To w gestii samych zakładów opieki zdrowotnej pozostaje sposób zapewnienia dostępu do usług tłumaczeń pisemnych i ustnych i to one ostatecznie ponoszą odpowiedzialność za zaspokojenie potrzeb językowych pacjentów oraz przestrzeganie przepisów gwarantujących równość w dostępie do służby zdrowia [11]. W świetle tej swobody w doborze środków zmierzających do zagwarantowania językowego równouprawnienia stosowane są różne podejścia do problemu. Irlandia Północna na przykład zdecydowała się na regionalną strategię świadczenia usług poprzez utworzenie Służby ds. tłumaczeń na potrzeby Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Irlandii Północnej (*Northern Ireland Health and Social Care Interpreting Service* w skrócie NIHSCIS) [11]. Instytucja ta jest odpowiedzialna za organizację usług tłumaczeniowych dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej i społecznej w Irlandii Północnej. Ta regionalna służba zatrudnia, szkoli i przydziela tłumaczy do poszczególnych placówek, a także prowadzi współpracę z prywatnym przedsiębiorstwem świadczącym usługi tłumaczenia telefonicznego [11].

W innych regionach Wielkiej Brytanii podobnej centralnej instytucji nie ustanowiono. W konsekwencji poza „wzorcem irlandzkim” instytucje opieki zdrowotnej w dwojaki sposób radzą sobie z obowiązkiem zapewnienia dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów obcojęzycznych. Pierwszy model zakłada zatrudnienie przez taką instytucję na stałe wykwalifikowanych tłumaczy najbardziej powszechnych języków obcych spotykanych wśród jej pacjentów [11]. Kadra wewnętrznych tłumaczy jest uzupełniana usługą tłumaczenia telefonicznego dla mniej popularnych języków. Rozwiązania te dotyczą zarówno tłumaczeń ustnych, jak i pisemnych.

Drugi model sprowadza się do pełnego powierzenia przez instytucje opieki zdrowotnej usług tłumaczeniowych przedsiębiorstwom zewnętrznym. Dotyczy to w szczególności mniejszych jednostek, dla których koszty związane z bezpośrednim zatrudnieniem tłumaczy są zbyt duże. W takich przypadkach często zawierane są umowy o świadczenie usług tłumaczeniowych przez prywatne agencje kilku instytucjom publicznym (np. szpital i posterunek policji) wspólnie [11].

Konkludując rozważania dotyczące rozwiązań brytyjskich należy zauważyć, że związanie w tamtejszym systemie prawnym problemu komunikacji z pacjentem obcojęzycznym z kwestią prawa antydyskryminacyjnego obliguje placówki medyczne do zapewnienia takim pacjentom możliwości korzystania z usług tłumaczy czy to bezpośrednio, czy też w drodze kontaktu telefonicznego. Na szczególną uwagę zasługuje rozwiązanie przyjęte w Irlandii Północnej, gdzie za system tłumaczeń medycznych na potrzeby pacjentów o ograniczonej znajomości języka angielskiego odpowiada specjalnie w tym celu powołana jednostka administracyjna na szczeblu centralnym.

Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej prawo dostępu do informacji medycznej dla osób o ograniczonej znajomości języka angielskiego (*Limited English Proficiency Patients*), podobnie jak w Wielkiej Brytanii, związane jest z ustawodawstwem antydyskryminacyjnym. Zasadniczą podstawę normatywną dla kwestii dostępu tych pacjentów do świadczeń medycznych w zrozumiałym dla siebie języku stanowi tytuł VI ustawy *Civil Rights Act* z 1964 r. [22]. Zgodnie z treścią tego przepisu żadna osoba w Stanach Zjednoczonych Ameryki nie może być dyskryminowana ze względu na kolor skóry, rasę lub pochodzenie narodowe w ramach jakiegokolwiek programu lub działalności otrzymującej federalne wsparcie finansowe. Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, interpretując ten przepis, wskazał, że dyskryminacja ze względu na pochodzenie narodowe obejmuje również dyskryminację językową [23]. W konsekwencji instytucje, które działają w oparciu o finansowanie federalne, muszą jednakowo traktować osoby anglojęzyczne i nieanglojęzyczne. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (*Department of Health and Human Services*) w oświadczeniu z 1980 r. wskazał, że „Żadna osoba nie może być narażona na dyskryminację ze względu na pochodzenie narodowe w programach zdrowotnych, dlatego tylko, że jej podstawowym językiem nie jest angielski” [24].

Istotnym krokiem do zapewnienia pełnego i równego dostępu do służby zdrowia pacjentom obcojęzycznym było wydanie przez prezydenta Billa Clintona w 2000 r. Rozporządzenia Wykonawczego nr 13166 dotyczącego poprawy dostępu do usług publicznych dla osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego [22]. Rozporządzenie, rozwijając tytuł VI ustawy *Civil Rights Act* z 1964 r., nakazywało odbiorcom funduszy federalnych, aby ich programy i usługi były równo dostępne dla osób o ograniczonej znajomości języka angielskiego, konkretyzując wytyczne w tym względzie. W oparciu o rozporządzenie Biuro Praw Obywatelskich (OCR) Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej wydało rekomendacje wskazujące, że biorąc pod uwagę charakter i znaczenie usług opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy mają szczególny obowiązek zapewnienia swoim pacjentom dostępu do usług w języku dla nich zrozumiałym [22].

W ostatnim okresie przepisy federalne odnoszące się do dostępu do informacji medycznej pacjentów o ograniczonej znajomości języka angielskiego uległy dalszemu rozwojowi i doprecyzowaniu. W 2014 r. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej zaktualizował Krajowe Standardy Usług w Opiece Zdrowotnej tak, aby były one z „kulturowego” i „językowego” punktu widzenia właściwe. Standardy te stawiają następujące wymagania przed podmiotami finansowanymi z funduszy federalnych, zajmującymi się ochroną zdrowia:

1. Po pierwsze wskazano, że instytucje te są zobligowane oferować pomoc językową osobom, które mają ograniczoną biegłość w języku angielskim lub

inne potrzeby komunikacyjne, bez narażania pacjentów na dodatkowe koszty z tego tytułu.

2. Po drugie na podmiotach tych ciąży obowiązek informowania zarówno ustnie, jak i pisemnie, pacjentów mogących tego potrzebować, o dostępności usługi pomocy językowej w ich preferowanym języku.
3. Po trzecie instytucje te są zobligowane do zapewnienia odpowiedniego poziomu kompetencji osób udzielających pomocy językowej. Wskazano, że należy unikać korzystania z niewykwalifikowanych osób i/lub nieletnich jako tłumaczy.
4. Po czwarte na podmioty te nałożono obowiązek oznakowania placówek ochrony zdrowia w językach powszechnie używanych przez ludność, na obszarze których świadczą swoje usługi [25].

Najnowsze zmiany w prawie amerykańskim w zakresie uprawnień przysługujących pacjentom z ograniczoną znajomością języka angielskiego wprowadziła nowelizacja Sekcji 1557 *Affordable Care Act* z 2016 r. Zgodnie z przyjętymi zmianami instytucje świadczące usługi w zakresie opieki zdrowotnej są zobligowane do zapewnienia pacjentom z ograniczoną znajomością języka angielskiego dostępu do „wykwalifikowanych tłumaczy” (*qualified interpreters*). Taka regulacja ma na celu ograniczenie posługiwania się przez lekarzy tłumaczeniami pochodzącymi od osób do tego nieprzygotowanych. W regulacji wprost zakazuje się korzystania z tłumaczeń dokonywanych przez dzieci, chyba że istnieje bezpośrednie zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjenta, a nie można zapewnić natychmiastowego dostępu do wykwalifikowanego tłumacza [25]. Przedmiotowa nowelizacja jednoznacznie rozstrzygnęła także w sprawie możliwości wniesienia na podstawie Sekcji 1557 ACA powództwa obejmującego roszczenia z tytułu szkód poniesionych w wyniku braku właściwego dostępu do informacji medycznej w języku zrozumiałym dla pacjentów o ograniczonej znajomości języka angielskiego [25].

Należy również dodać, że ustawodawstwo federalne uzupełnione jest szczegółowymi rozwiązaniami w tym zakresie na poziomie stanowym. Jako przykład można wskazać stan Michigan, w którym zgodnie z prawem wymaga się, aby placówki medyczne na terenie stanu dostarczały pacjentkom, wobec których planowane jest przeprowadzenie zabiegu aborcji, formularze zgody na poddanie się tej procedurze medycznej w trzech wersjach językowych: po angielsku, hiszpańsku i aramejsku [22].

Podsumowując rozważania w tym zakresie należy wskazać, że prawo amerykańskie na poziomie federalnym kompleksowo reguluje problematykę dostępu pacjentów o ograniczonej znajomości języka angielskiego do informacji medycznej w zrozumiałym dla nich języku. Na bazie regulacji antydyskryminacyjnych placówki medyczne w Stanach Zjednoczonych Ameryki otrzymujące fundusze federalne mają obowiązek zapewnić tym

pacjentom dostęp do wykwalifikowanych tłumaczy, tak aby jakość świadczonej opieki zdrowotnej nie odbiegała od tej, którą otrzymują obywatele anglojęzyczni.

Republika Federalna Niemiec

W odróżnieniu od rozwiązań brytyjskich i amerykańskich w niemieckim systemie prawnym co do zasady nie ma regulacji, które kompleksowo gwarantowałyby pacjentom posługującym się językiem inny niż niemiecki dostęp do wsparcia językowego w toku leczenia [11]. Od tej reguły istnieje jednak wyjątek. Prawo niemieckie wprost wymaga, aby świadoma zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych była wyrażona po otrzymaniu rzetelnej i przystępnej informacji w języku zrozumiałym dla pacjenta [11].

W konsekwencji zakłady opieki zdrowotnej w Niemczech dostarczają arkusze informacyjne w różnych wersjach językowych dotyczące wszystkich standardowych procedur medycznych. Za druk arkuszy odpowiedzialni są wydawcy komercyjni i na nich spoczywa odpowiedzialność za poprawne tłumaczenie broszur [11]. Takie arkusze informacyjne dostępne dla pacjentów z ograniczoną biegłością w języku niemieckim są standardem w niemieckich szpitalach.

W literaturze podkreśla się, że poza otrzymaniem pisemnej informacji na temat podstaw, przyczyn, ryzyka i skutków zabiegów lekarskich pacjenci mają także prawo do ustnego skonsultowania treści zawartych w broszurze bezpośrednio z lekarzem [11]. Przyjętą praktyką jest, że w przypadku kontaktów bezpośrednich w rozmowie z pacjentami, którzy nie mówią po niemiecku, dotyczących świadomej zgody świadczeniodawcy mogą polegać na tłumaczach *ad hoc*, takich jak pielęgniarki lub krewni pacjentów, lub mogą uznać ograniczoną biegłość pacjentów w języku niemieckim za wystarczającą do celów danej rozmowy [11]. Należy jednak podkreślić, że jeżeli zostanie wykazane, że bariera językowa faktycznie utrudniła pacjentowi zrozumienie informacji dostarczonych przez lekarza przy zastosowaniu tych form tłumaczenia, zgodę uznaje się za nieświadomą i w konsekwencji nie jest ona prawnie wiążąca.

Rozwiązanie funkcjonujące na gruncie niemieckiego systemu prawnego pokazuje, że nawet jeżeli problematyka udzielania informacji medycznych pacjentowi obcojęzycznemu w toku leczenia nie jest kompleksowo uregulowana, tak jak ma to miejsce np. w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych Ameryki, to warto poddać właściwym rozwiązaniom prawnym choćby tak newralgiczne obszary, jak zgoda pacjenta na udzielenie świadczeń medycznych i w tym obszarze ustalić minimalne wymagania dotyczące sposobu informowania pacjenta obcojęzycznego o zastosowanych wobec niego procedurach medycznych.

Podsumowanie

Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń medycznych jest jednym z fundamentalnych praw pacjenta, którego wagę podkreśla się zarówno w aktach prawa międzynarodowego, jak

Prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń medycznych jest jednym z fundamentalnych praw pacjenta

i w polskim ustawodawstwie. Aby pacjent mógł skutecznie wyrazić swoją zgodę na zastosowanie wobec niego określonych procedur medycznych, muszą być one poprzedzone rzetelną i zrozumiałą dla niego informacją na temat podstaw, przyczyn, ryzyka i skutków zabiegów lekarskich. Innymi słowy, dla swej prawnej skuteczności zgoda musi być udzielona świadomie, na podstawie przystępnej informacji przekazanej przez personel medyczny.

Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia wobec pacjentów, którzy nie porozumiewają się w tym samym języku co osoby udzielające świadczeń medycznych. Wobec wymagania, aby zgoda miała charakter poinformowany, powinny istnieć mechanizmy prawne zapewniające pacjentom obcojęzycznym uzyskanie informacji w zrozumiałym dla nich języku, tak żeby świadczenie medyczne mogło być udzielone zgodnie z wolą pacjenta, skutecznie i bezpiecznie dla niego.

W polskim systemie prawnym nie ma regulacji dotyczących postępowania w sytuacji wyrażania zgody na udzielenie świadczeń medycznych przez pacjenta obcojęzycznego. Stosowanie nieustandaryzowanych sposobów komunikacji z takimi pacjentami i uciekanie się do improwizowanych metod, jak tłumaczenia za pomocą programów komputerowych, przekazywanie niezbędnych informacji gestami czy korzystanie z pomocy niewykwalifikowanego w tym zakresie personelu obcojęzycznego szpitala, może przekładać się na prawną skuteczność wyrażonej zgody, a w szerszej perspektywie także na bezpieczeństwo pacjentów.

Dotychczas przeprowadzone badania nie pozostawiają wątpliwości, że jedynym sposobem zapewnienia efektywnej i bezpiecznej dla pacjenta obcojęzycznego formy komunikacji jest dostęp do wykwalifikowanych tłumaczy medycznych. Podstawą dla wprowadzenia takiego standardu jest stworzenie odpowiednich rozwiązań prawnych gwarantujących pacjentom obcojęzycznym dostęp do profesjonalnych tłumaczy, tak jak ma to miejsce w ustawodawstwie brytyjskim czy amerykańskim.

Bibliografia

1. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny z 4 kwietnia 1997 r. — ETS No. 164. <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf98> (data dostępu: 9.07.2019).
2. Europejska Karta Praw Pacjenta. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf (data dostępu: 9.07.2019).
3. Deklaracja o Promocji Praw Pacjenta w Europie (1994). https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (data dostępu: 9.07.2019).
4. Deklaracja Lizbońska o Prawach Pacjenta Światowego Stowarzyszenia Lekarzy przyjęta w Lizbonie w 1981 r. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/> (data dostępu: 9.07.2019).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1127).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 537).
7. Krakowska D. Prawa Pacjenta. Warszawa; 2009, s. 42–51.
8. Krakowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa; 2012, s. 255, 173–174.
9. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Toruń; 2016, s. 13, 160.
10. Angelelli CV. Healthcare Interpreting Explained. Routledge; 2019, s. 34.
11. Angelelli CV. Study on Public Service Translation in Cross-border Healthcare Final Report for the European Commission Directorate-General for Translation Reference: DGT/2014/TPS, 2015. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6382fb66-8387-11e5-b8b7-01aa75ed71a1> (data dostępu: 9.07.2019).
12. WHO. Patient's rights. <https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en> (data dostępu: 9.07.2019).
13. Talbott WJ. Which Rights Should Be Universal? Oxford; 2005, s. 133–136.
14. Obwieszczenie Nr 1/04/IV Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej.
15. Filar M. Lekarskie prawo karne. Kraków; 2000, s. 262.
16. Pochrzęst-Motyczyńska A. Przychodzi cudzoziemiec do lekarza, a ten mu rękoma tłumaczy, że miał zawał. <https://www.prawo.pl/zdrowie/jak-ma-sie-porozumiec-lekarz-z-pacjentem-ktory-jest-obcokrajowcem,374398.html> (data dostępu: 9.07.2019).
17. Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, Loeb JM. Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study. *Int J Qual Health Care*. 2007;19:60–67.
18. Ku L, Flores G. Pay now or pay later: providing interpreter services in health care. *Health Aff (Project Hope)*. 2005;24:435–444.
19. Yeo S. Language barriers and access to care. *Annu Rev Nurs Res*. 2004;22:59–73.
20. Bischoff A, Bovier P, Rrustemi I, et al. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral rates. *Soc Sci Med*. 2003;57:503–512.
21. Equality Act. 2010. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/notes/division/2/1>.
22. Chen AM, Youdelman MK, Brooks J. The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond. *J Gen Intern Med*. 2007;22(Suppl 2):362–364.
23. *Lau v. Nichols*, 414 U.S. 563 (1974).
24. 45 Fed. Reg. 82972 (Dec. 17, 1980) (Notice) za Chen AM, Youdelman MK, Brooks J. The Legal Framework for Language Access in Healthcare Settings: Title VI and Beyond. *J Gen Intern Med*. 2007;22(Suppl 2):363.
25. Medical Interpretation and The Law: Regulations in The U.S. <https://unitedlanguagegroup.com/wp-content/uploads/2017/02/ebook-16.pdf> (data pobrania 9.07.2019)

Radostaw Zalewski, Marek Dąbrowski

Pacjent wielokulturowy jako wyzwanie dla zespołów ratownictwa medycznego



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	133
Wezwanie zespołu PRM do pacjenta wywodzącego się z innego kręgu religijnego i kulturowego	135
Zespół PRM a pacjent obcojęzyczny	136
Zespół PRM a pacjent wywodzący się z innego kręgu kulturowego i religijnego — wyzwania	138
Podsumowanie	139

Pacjent wielokulturowy jako wyzwanie dla zespołów ratownictwa medycznego

Wprowadzenie

W Polsce za bezpieczeństwo obywateli podczas nagłych stanów zagrożenia życia i zdrowia odpowiedzialny jest system Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Organizacja pomocy osobom poszkodowanym stanowi niezwykle ważny element całego systemu opieki zdrowotnej. Personel wykonujący czynności ratunkowe związane z bezpośrednim zagrożeniem zdrowotnym musi być odpowiednio przygotowany do tego typu zadań. System PRM ma zapewnić opanowanie skutków zdarzeń, w których bierze udział pojedynczy pacjent, ale również zdarzeń mnogich (większa liczba poszkodowanych) czy zdarzeń o charakterze masowym i katastrof (duża, zróżnicowana liczba osób biorących udział w zdarzeniu). Zadaniem systemu PRM jest rozpoznanie zagrożeń, wezwanie pomocy, szybkie dotarcie zespołu ratownictwa medycznego (ZRM), podejmowanie działań, w tym medycznych czynności ratunkowych, oraz pilny transport do szpitala w celu podjęcia czynności specjalistycznych [1].

Polskie prawodawstwo w Ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym zawarło zapis, iż system PRM powstał, aby

realizować zadania państwa, które polegają na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie zagrożenia życia. Do wypełnienia powyższego zapisu system Państwowego Ratownictwa Medycznego został zbudowany w następujący sposób:

- zespoły ratownictwa medycznego (część mobilna):
 - › zespoły podstawowe,
 - › zespoły specjalistyczne,
 - › lotnicze pogotowie ratunkowe;
- szpitalne oddziały ratunkowe (część stacjonarna) [1].

W skład zespołów podstawowych ZRM wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (MCR), w tym ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, natomiast w zespole specjalistycznym zawsze jest lekarz oraz dwie osoby dodatkowe (ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu) uprawnione do wykonywania MCR. W zespołach wyjazdowych jedna z osób jest kierowcą ambulansu. W lotniczym ZRM pełnią obowiązki co najmniej trzy osoby, w tym przynajmniej jeden zawodowy pilot, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

Dodatkowo system wspierają wyznaczone jednostki współpracujące z PRM. Należą do nich:

- Państwowa Straż Pożarna (PSP) wraz z Ochotniczą Strażą Pożarną (OSP) wpisaną do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,
- Policja oraz Straż Graniczna,
- jednostki wojskowe podległe Ministrowi Obrony Narodowej,
- Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR),
- Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR),
- jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa,
- podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego [2].

Ratownik medyczny
musi mieć podstawową
wiedzę z każdej
dziedziny medycyny

Zawód ratownika medycznego, jak wynika z definicji, powstał w celu niesienia pomocy osobom w stanie zagrożenia zdrowia czy życia. Jest to praca wymagająca bardzo rozbudowanych kompetencji zarówno technicznych, jak i komunikacyjnych. Ratownik medyczny

musi mieć podstawową wiedzę z każdej dziedziny medycyny. Sytuacje, które może napotkać personel zespołu ratownictwa medycznego podczas pracy zawodowej, są pod każdym względem niesłychanie zróżnicowane. Ratownik medyczny musi wykazywać się decyzywnością, empatią, zrozumieniem dla każdego pacjenta oraz charakteryzować się sprytem i radzeniem sobie w każdej sytuacji niezależnie od tego, z jakim pacjentem przyjdzie mu pracować. Jest to z jednej strony zawód bardzo ciekawy i atrakcyjny, jednak z drugiej — niezwy-

kle trudny i wymagający. Niespotykana do tej pory migracja ludzi pochodzących z różnych zakątków świata zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia wśród nich zagrożenia zdrowia lub życia. Ratownik medyczny najczęściej będzie pierwszym pracownikiem systemu ochrony zdrowia udzielającym pomocy pacjentowi niezależnie od jego pochodzenia, wieku, wyznania czy orientacji seksualnej. Spotkanie z pacjentem wielokulturowym jest dużym wyzwaniem dla zespołów ratownictwa medycznego ze względu na różnego rodzaju zasady panujące w określonych narodowościach czy wyznaniach religijnych. Znajomość tych podstawowych zasad jest niezbędna, aby móc określić, jakich granic nie należy przekraczać w pracy z takim pacjentem. Brak zrozumienia lub, co gorsza, piętnowanie odmienności może doprowadzić do problemów komunikacyjnych oraz utraty zaufania do systemu opieki zdrowotnej. Sytuacja ta może mieć duży wpływ na dalszy proces leczenia.

Wezwanie zespołu PRM do pacjenta wywodzącego się z innego kręgu religijnego i kulturowego

Ratownicy medyczni stanowią najliczniejszą grupę personelu pracującego w PRM, świadczącego medyczne czynności ratunkowe. Udzielając świadczeń w systemie PRM, pracownicy i personel wszystkich powyższych jednostek mają możliwość spotkania międzykulturowego pacjenta czy poszkodowanego.

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie przykładowych sytuacji, z jakimi stykają się ratownicy na różnych etapach niesienia pomocy.

Autorzy zaplanowali układ rozdziału, biorąc pod uwagę ogniwa łańcucha przeżycia. Został on opracowany przez Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne. Łańcuch obrazuje najistotniejsze działania ratownicze podczas postępowania z osobami, których życie lub zdrowie są zagrożone. Każdy łańcuch jest tak mocny jak jego najsłabsze ogniwo, dlatego wszystkie z czynności ratujących życie należy wykonać prawidłowo i w odpowiednim czasie, aby zwiększyć szanse na uratowanie pacjenta [3].



Rycina 1. Łańcuch przeżycia według Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego [3]

Pierwsze ogniwo to jak najszybsze rozpoznanie nagłego przypadku i poinformowanie systemu PRM. Artykuł 4 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym określa obowiązek niezwłocznego powiadomienia podmiotów powołanych do niesienia pomocy osobom, u których wystąpiło jakiegokolwiek zagrożenie zdrowia [1].

W Polsce do tego celu zostały zbudowane centra powiadamiania ratunkowego (CPR) w osiemnastu różnych lokalizacjach. Są one stworzone do obsługi zgłoszeń alarmowych numeru 112 — europejskiego numeru powiadamiania alarmowego. Polskie numery alarmowe to 997 — policja, 998 — straż pożarna, 999 — ratownictwo medyczne. CPR stanowią jednolity system, do którego spływają informacje ze wszystkich trzech wyżej wymienionych służb, jak i innych jednostek współpracujących z systemem. Rola CPR jest nieoceniona i dotyczy przede wszystkim koordynacji służb i kierowania nimi. To tu zapadają decyzje dotyczące mobilizacji konkretnych służb, dysponowania odpowiednimi jednostkami systemu PRM, koordynowanie działań podejmowanych przez ZRM w miejscu zdarzenia oraz w trakcie transportu pacjentów do szpitali, łącznie z ich rozlokowaniem w odpowiednich jednostkach ochrony zdrowia [4].

Dyspozytorzy i operatorzy numeru alarmowego 112 są zobligowani do przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz, co ważne, do instruowania świadków zdarzenia o sposobie udzielania pierwszej pomocy [1].

Zespół PRM a pacjent obcojęzyczny

Bardzo poważnym wyzwaniem dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego może stać się udzielanie świadczeń obcokrajowcom. Dyspozytorzy medyczni i operatorzy numeru alarmowego 112 mogą napotkać problemy komunikacyjne wynikające z barier językowych, kulturowych i środowiskowych. Osoby wzywające pomoc, mówiące w obcym języku, nie tylko mogą mieć trudności z samym jej wezwaniem, ale również ze zrozumieniem wskazówek dyspozytora dotyczących udzielania pierwszej pomocy. System centrów powiadamiania ratunkowego jest przygotowany na taką ewentualność. Zarówno operatorzy numeru alarmowego 112, jak i dyspozytorzy medyczni muszą znać co najmniej jeden język obcy w stopniu komunikatywnym. Umiejętność ta jest weryfikowana podczas procesu rekrutacji. Każdy z nich ma stworzony swój indywidualny profil, na którym widnieje, jakimi językami się posługuje. Kiedy operator numeru alarmowego 112 czy dyspozytor medyczny przyjdzie do pracy i zaloguje się do systemu jako osoba gotowa do przyjmowania zgłoszeń, aktywuje się informacja, iż dany pracownik będzie potrafił rozmawiać w konkretnym języku. Operatorzy numeru alarmowego 112 ani dyspozytorzy medyczni nie wiedzą, kto będzie chciał wzywać pomocy. Jeżeli któryś z dys-

pozytorów odbierających połączenie nie będzie mógł porozumieć się z osobą dzwoniącą, niezwłocznie uruchamiana jest procedura mająca na celu ustalić, jakim językiem posługuje się dzwoniący. Poszczególne centra powiadamiania ratunkowego na terenie naszego kraju tworzą krajową sieć CPR. Kiedy obsługiwane jest zgłoszenie od cudzoziemca, jak w wyżej opisanym przypadku, operator ma możliwość zdalnego połączenia się z dowolnym ośrodkiem w Polsce, w którym w systemie dyżurowym zalogowała się osoba władająca odpowiednim językiem. Obecnie w polskim systemie powiadamiania ratunkowego jest zarejestrowanych 14 języków obcych. Jeżeli sytuacja tego wymaga, istnieje możliwość dołączenia do rozmowy operatora z osobą zgłaszającą tłumacza spoza CPR lub dyspozytora medycznego z operatorem numeru alarmowego 112, który w tej rozmowie będzie sprawował funkcję tłumacza. Jeżeli okazuje się, że obecnie w systemie nie ma osoby, która jest w stanie obsłużyć zgłoszenie w danym języku, istnieje możliwość połączenia się z operatorem, który zna wymagany język i jest obecny w którymś z centrów powiadamiania ratunkowego na terenie Unii Europejskiej. Ostatnie rozwiązanie systemowe umożliwiające porozumienie się z obcokrajowcem to łączenie rozmowy pomiędzy zgłaszającym a dyspozytorem z ambasadą danego kraju. Jest to rozwiązanie najtrudniejsze, gdyż do przygotowania takiej formy rozmowy potrzeba czasu [5, 6].

Przedstawione w tabeli 1 dane pochodzące z Urzędu ds. Cudzoziemców dotyczą liczby osób, którym wojewodowie wydali zezwolenia na czasowy pobyt w Polsce. Dane te świadczą o coraz większym wzroście liczby osób pochodzących z Ukrainy, Wietnamu i Chin [7].

Obecnie niedostępne są statystyki świadczące o ilości wezwań karetek pogotowia do osób pochodzenia ukraińskiego, jednak ratownicy medyczni pracujący w dużych aglomeracjach na terenie całej Polski zgodnie potwierdzają, iż na każdym dyżurze zdarza im się nawet kilka wezwań do osób w stanie zagrożenia zdrowotnego pochodzących z Ukrainy.

Tabela 1. Obcokrajowcy, którym w latach 2007–2018 wydano zezwolenia na czasowy pobyt w Polsce (najliczniejsze obywatelstwa) – stan na dzień 1.03.2018 [7]

Obywatelstwo	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Suma
Ukraina	7381	8307	8490	8477	8165	9906	9795	17103	37833	57257	70268	11806	254788
Wietnam	1673	2580	2389	2243	1915	3844	2120	3643	2789	2689	3479	606	29970
Chiny	672	1205	1963	2260	2727	2813	2848	2962	3447	3583	3870	559	28909
Białoruś	1992	2380	2452	2274	1832	1856	1637	1727	1699	1656	2257	442	22204
Rosja	1273	1468	1365	1392	1323	1617	1605	1895	2041	2189	2150	372	18690
Pozostate	10249	12925	13904	14080	13691	14442	14248	15227	17117	19270	21195	3370	166348
Ogółem	23240	28865	30563	30726	29653	34478	32253	42557	64926	86644	103219	17155	524279

Olbrzymim utrudnieniem dla ratowników medycznych, podkreślanym przez nich samych, jest również fakt, że obcokrajowcy, do których wzywana jest pomoc, bardzo często są pod wpływem alkoholu. Tutaj występuje nie tylko bariera językowa, ale również problemy wynikające z wpływu alkoholu na organizm człowieka.

Przykład ilości zgłoszeń cudzoziemców dobrze obrazuje wywiad z dyrektorem Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łodzi. W artykule przedstawiono, iż w jednym miesiącu pracy WSPR odnotowano aż 204 zgłoszenia obywateli z takich krajów, jak: Anglia, Szwecja, Austria, Kuba, Birma, Tajwan, Ukraina, Rosja, Niemcy. Pokazuje to, jak często ratownicy medyczni spotykają osoby spoza swojego kraju, które potrzebują pomocy medycznej [8].

Zespół PRM a pacjent wywodzący się z innego kręgu kulturowego i religijnego – wyzwania

Przygotowany przez Instytut Spraw Publicznych raport z 2016 roku, dotyczący przygotowania różnego rodzaju instytucji na przyjęcie uchodźców oraz osób przesiedlonych, zawiera ważne wnioski. Coraz częściej osoby spoza naszego kręgu kulturowego korzystają z polskiego systemu opieki zdrowotnej. Niestety najczęściej w stanie zagrożenia życia. Często wynika to z obaw ujawnienia swojego nielegalnego pobytu lub braku wiedzy o tym, jak funkcjonuje system ochrony zdrowia. Odkładają one często wizytę u lekarza do czasu powrotu do swojego kraju, co często prowadzi do licznych powikłań zdrowotnych i w konsekwencji pojawiającego się zagrożenia życia [9].

W Narodowym Spisie Powszechnym Ludności i Mieszkań z 2002 roku zarejestrowano 12 731 osób pochodzenia romskiego, co stanowi 0,03% ogółu społeczeństwa. Jest to jedna z kultur, która uwarunkowuje stan zdrowia i choroby od przynależności do grupy społecznej. Podobnie postępują osoby pochodzące z chińskiego kręgu kulturowego czy latynoskiego, a także muzułmanie. Członkowie rodzin w tych narodowościach biorą czynny udział w procesie leczenia i podejmowania decyzji medycznych. Udzielają choremu wsparcia nie tylko materialnego, ale i emocjonalnego w radzeniu sobie z chorobą. W naszej kulturze przyzwyczajeni jesteśmy do tego, że pacjent sam podejmuje decyzje dotyczące procesu leczenia. Inaczej sytuacja wygląda w społeczności romskiej. Ratownicy medyczni bardzo często spotykają się z problemami braku decyzyjności ze strony pacjentów. Do tego bardzo często członkowie rodziny za wszelką cenę chcą przez cały czas być z chorym, co powoduje problemy z transportem pacjenta do szpitala. Wielokrotnie do szpitalnego oddziału ratunkowego, na który trafia chory, Romowie przyjeżdżają całymi rodzinami, powodując problemy organizacyjne na oddziale, czasami nawet blokując jego pracę.

Z danych pochodzących z Urzędu ds. Cudzoziemców wynika, że w Polsce przebywa obecnie 586 tys. obcokrajowców. Do naszego kraju w 2015 roku przybyło 279 uchodźców z Syrii [10].

W kulturze muzułmańskiej kobiety mają zupełnie odmienny status. Tutaj mężczyzna decyduje o tym, jakiego rodzaju badania mogą być wykonane. Kobieta może odpowiedzieć jedynie na pytania związane ze swoim stanem zdrowia wyłącznie za pozwoleniem męża. Takie uwarunkowania mogą spowodować duże problemy, szczególnie w pracy ratowników medycznych, którzy badanie i ocenę pacjenta muszą wykonać szybko i dokładnie, gdyż czas jest jednym z ważniejszych czynników wpływającym na proces leczenia i czynności medyczne, od których zależy dalsze rokowanie [12].

W systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego dużą grupę pracowników stanowią kobiety. Według Głównego Urzędu Statystycznego z raportu sporządzonego na dzień 31 grudnia 2017 roku liczba personelu medycznego wchodzącego w skład zespołów ratownictwa medycznego wynosiła 14,2 tys. osób, spośród których blisko 12% stanowiły pielęgniarki systemu. Raport ten nie rozgranicza pracowników ze względu na płeć, natomiast należy spodziewać się, że dane te są znacznie wyższe, gdyż coraz więcej kobiet kończy kierunek studiów licencjackich ratownictwo medyczne i pracuje jako personel zespołów ratownictwa medycznego [13]. Wizyta ratownika medycznej płci może być i często jest szczególnie kłopotliwa dla części cudzoziemców wyznania muzułmańskiego. W społecznościach, w których występuje tradycyjny podział ról, a mężczyznom z trudem przychodzi akceptacja autorytetu kobiety medyka, stanowi to kolejne wyzwanie przed personelem ZRM.

Podsumowanie

Ze względu na trudności o charakterze kulturowym pojawiające się w pracy z migrantami w środowisku medycznym konieczne jest położenie nacisku na rozwijanie wśród personelu medycznego umiejętności w zakresie kompetencji kulturowych. Jest to niezbędne, aby pomoc niesiona obcokrajowcom była udzielana na jak najwyższym poziomie. Umożliwi to również uniknięcie problemów komunikacyjnych i konfliktów na podłożu religijnym czy kulturowym. Wiedza z zakresu wielokulturowości powinna być przekazywana w formie szkoleń lub w trakcie studiów medycznych na każdym kierunku, a w szczególności studentom ratownictwa medycznego. To oni w swojej przyszłej pra-

Wiedza z zakresu wielokulturowości powinna być przekazywana w formie szkoleń lub w trakcie studiów medycznych

cy zawodowej jako pierwsi spotkają się z pacjentem wielokulturowym, któremu trzeba będzie udzielić pomocy, pamiętając o tym, że wymaga on specjalnego podejścia. Zajęcia powinny kłaść szczególny nacisk na indywidualne i podmiotowe podejście do każdego pacjenta.

Bibliografia

1. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410).
2. Szarpak Ł. Organizacja ratownictwa medycznego w Polsce. Warszawa: Promotor; 2012.
3. Gonzales L, Lynch MW, Bork S, Buldra MA, Fernandez T. Heartsaver. Pierwsza pomoc RKO i AED Podręcznik uczestnika kursu. American Heart Association. Wydanie pierwsze, marzec 2011, s. 10–11.
4. Witt M, Dąbrowska A, Dąbrowski M. Ratownictwo medyczne. Kwalifikowana pierwsza pomoc. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2014, s. 15.
5. Sikora-Wojtarowicz K, Nienartowicz A. Funkcjonowanie Systemu Powiadamiania Ratunkowego w Polsce. Założenia i praktyka. Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego. 2015;9:221–237.
6. Nowacki G, Walendzik M, Krysiuk C. Funkcjonowanie centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) w ogólnoeuropejskim systemie eCall. Logistyka i Nauka. Logistyka. 2014;4:940–950.
7. <https://udsc.gov.pl/statystyki/raporty-specjalne/top-5-legalizacja-pobytu> (data dostępu: 10.05.2019).
8. <https://expressilustrowany.pl/lodzkie-pogotowie-ratuje-obcokrajowcow-zakaretke-nie-placa/ar/8987768> (data dostępu: 10.05.2019).
9. Baczyński-Sielaczek R, Korniyuchuk A, Owczarek D, Sitko A. Analiza przygotowania lokalnych instytucji do przyjęcia uchodźców z programu relokacji i przesiedleń raport końcowy z badań fokusowych. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa; 2016.
10. Kiszka J, Ozga D, Mach A, Krajewski R. Udzielanie pomocy pacjentom odmienным kulturowo na tle współczesnych migracji ludności w Europie. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2018;17(1):30–36.
11. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA). Program integracji społeczności romskiej w Polsce na lata 2014–2020. 7.10.2014. Warszawa; s. 4.
12. Mroczkowska R. Odmienność kulturowa jako nowe wyzwanie w praktyce pielęgniarstwa i położnej. Pielęgniarstwo Spec. 2013;1(1(1)):27–31.
13. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/14/2/1/pomoc_dorazna_i_ratownictwo_medyczne_w_2017_r.pdf (data dostępu: 10.05.2019).

Aleksandra Bendowska

Wybrane aspekty opieki położniczej nad kobietą pochodzącą z kręgu kultur muzulmańskiej, żydowskiej, romskiej i azjatyckich



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	143
Krąg kultury muzułmańskiej	145
Kultura żydowska	149
Kultura romska	151
Kultury azjatyckie	152
Podsumowanie	154

Wybrane aspekty opieki położniczej nad kobietą pochodzącą z kręgu kultur muzułmańskiej, żydowskiej, romskiej i azjatyckich

Wprowadzenie

Przekonania na temat opieki zdrowotnej i zachowań prozdrowotnych związane z ciążą, porodem i rodzicielstwem są głęboko zakorzenione w kontekście kulturowym. Kultura to zestaw zachowań, przekonań i praktyk, system wartości przekazywany z pokolenia na pokolenie [1]. To więcej niż kolor skóry, język lub kraj pochodzenia. Kultura wpływa na sposób myślenia, działania i podejmowane decyzje, również te dotyczące macierzyństwa. Stopień, w jakim kobieta przestrzega praktyk kulturowych, wierzeń i rytuałów, zależy od wielu czynników, m.in. od akulturacji i asymilacji, uzyskiwanego wsparcia społecznego, czasu spędzonego poza granicami ojczyzny, więzi i relacji rodzinnych. Nawet w obrębie jednego kręgu kulturowego można zaobserwować ogromną heterogeniczność. Kobiety mogą mieć wspólne miejsce urodzenia lub język, ale nie zawsze będą dzieliły te same tradycje kulturowe [2].

Niezależnie od miejsca zamieszkania kobiety, religii i kultury, z którą się utożsamia, czas ciąży, porodu i połogu budzi podobne emocje i odczucia. Każ-

dej ciężarnej towarzyszy lęk i niepewność o zdrowie dziecka oraz radość po jego szczęśliwym narodzeniu, jednak sposób ekspresji tych emocji jest uwarunkowany kulturowo i może być różny.

Elementem, który łączy kobiety, niezależnie od szerokości geograficznej, jest odczuwanie bólu porodowego, jednak zidentyfikowano wiele różnic kulturowych związanych z jego postrzeganiem. Niektóre kobiety uważają, że ból jest naturalną częścią porodu i że stwarza okazję do samorozwoju, kształtowania charakteru. Inne określają go jako dehumanizujący. Ból związany z porodem jest opisywany przez kobiety w bardzo różny sposób.

W badaniach przeprowadzonych przez zespół prof. Callister [3] z Uniwersytetu Brigham Younga w Provo (USA, Utah) ból porodowy był opisywany przez ankietowane jako straszny i rozdzierający. Ból związany z nacięciem kroczka — jako powodujący dyskomfort, a ból poporodowy był określany mianem od łagodnego do bardzo uciążliwego. Koreańskie kobiety opisywały ból słowami „czułam, jakbym umierała”. Amerykanki pochodzenia meksykańskiego postrzegały ból jako doświadczenie fizyczne, ale mające wymiar osobisty, społeczny i duchowy. Skandynawskie kobiety wykazywały wysoki poziom odporności i wytrzymałości na ból porodowy, podobnie jak kobiety pochodzące z Australii. Jedna z badanych Australijek opisywała poród jako symbol wyzwań stawianych na drodze życia „Poród czyni cię bardziej odpornym. Wiesz, że jesteś w stanie poradzić sobie z rzeczami, które wcześniej wydawały się zbyt trudne i nie do osiągnięcia. Myślę, że to daje siłę, ponieważ dzięki temu wiesz, że możesz poradzić sobie z wieloma innymi wyzwaniami” [3].

Artykulacja, manifestacja odczuć bólowych i dyskomfortu porodowego, a także sposoby radzenia sobie z nim są również uwarunkowane kulturowo. Popularnym sposobem łagodzenia bólu porodowego wśród Hiszpanek jest rytmiczne wydawanie niskich dźwięków oraz pocieranie ud lub brzucha. Wyrażanie swojego bólu w głosie jest również popularną praktyką wśród Portorykanek. Podczas porodu kobiety haitańskie niechętnie przyjmują leki przeciwbólowe i w zamian stosują naturalne metody, takie jak: masaż, ruch i zmianę pozycji. Kobiety pochodzące z Filipin wierzą, że hałas i nadmierna aktywność wokół rodzącej zwiększają odczuwanie bólu porodowego, dlatego też sprawowanie opieki nad tymi pacjentkami powinno odbywać się w atmosferze ciszy i spokoju. Z pozytywnego wpływu wyciszenia korzystają również Indianki. Podczas porodu są powściągliwe, medytują, korzystają z technik samokontroli i tradycyjnych ziół, aby zniwelować ból porodowy [1].

Kolejnym elementem łączącym wszystkie ciężarne kobiety są oczekiwania. Każda kobieta ciężarna je ma. Nie jest istotne, skąd ta pacjentka pochodzi, jaką wyznaje religię, z jaką kulturą się utożsamia, jakie są jej poprzednie doświadczenia porodowe. Każda kobieta ma oczekiwania, jednak ich treść może być różna i zależna od wyżej wymienionych czynników. Identyfikacja oczekiwań, życzeń,

potrzeb i obaw kobiet daje pracownikom ochrony zdrowia możliwość osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest pozytywne doświadczenie porodowe. Kluczem do osiągnięcia tego sukcesu jest rozmowa, która oswoi lęki pacjentki, da poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, zniweluje stres położnej i przede wszystkim pozwoli na poznanie i zrozumienie punktu widzenia obu stron.

W tym rozdziale zostaną omówione najczęściej praktykowane zwyczaje związane z okresem okołoporodowym, które położna może zaobserwować, sprawując opiekę nad pacjentką z islamskiego, żydowskiego, romskiego kręgu kulturowego oraz kręgów kultur azjatyckich. Rozdział powstał z myślą o pacjentkach, aby mogły czuć się „zaopiekowane” w polskich szpitalach, gdzie ich prawo do poszanowania intymności, godności oraz życia prywatnego będzie przestrzegane, oraz z myślą o położnych, aby mogły czuć się bezpiecznie, swobodnie i kompetentnie, współpracując z kobietami z odmiennego kręgu kulturowego.

Krąg kultury muzułmańskiej

Narodziny dziecka są znaczącym wydarzeniem w życiu każdej kobiety, odzwierciedleniem jej osobistych przekonań w kwestii posiadania i wychowywania dzieci oraz wyrazem więzi łączącej rodziców. W przypadku kobiet muzułmańskich posiadanie dzieci jest ponadto spełnieniem zaleceń zawartych w Koranie.

W islamskich tekstach kanonicznych matki opisywane są jako przedmioty czci. Ból porodowy i trudności w opiece nad dziećmi nie są postrzegane jako kara za grzechy, jak opisano to w biblijnej Księdze Rodzaju, ale raczej jako okazja do ogromnej wdzięczności. Narodziny zdrowego niemowlęcia to triumf, a karmienie piersią wiąże się z nagrodą. W jednym z hadisów — opowieści o życiu Mahometa — możemy przeczytać: „za każdy łyk mleka matka otrzymuje nagrodę jak za jeden dobry uczynek, a jeśli w nocy obudzi ją dziecko, otrzymuje nagrodę tego, który uwalnia siedemdziesięciu niewolników dla Boga” [4]. Koran wskazuje również, iż każdy muzułmanin powinien czcić swoją matkę, ponieważ matka „nosiła go pośród wielu trudów” (Koran 31:14) [5].

Ważnym elementem życia, jeśli nie najważniejszym, każdej muzułmanki jest zachowywanie skromności. Jest to uważane za normę kulturową, która ma odzwierciedlenie w interakcjach międzyludzkich i zachowaniach społecznych oraz ubiorze kobiety, który dla personelu medycznego może być pierwszym sygnałem wskazującym na pochodzenie kulturowe pacjentki.

Ważnym elementem życia każdej muzułmanki jest zachowywanie skromności

Oczekuje się od muzułmanek zakrywania tułowia, ramion do nadgarstków, nóg do kostek oraz włosów [6]. Strój jest ważnym czynnikiem, który odzwierciedla przestrzeń intymną, osobistą kobiety. Elementem stroju muzułmanki zależnym, w głównej mierze, od kraju jej pochodzenia i szkoły islamu może być: hidżab, szajla, al-amira, chimar, czador, nikab lub burka. Hidżab to najczę-

Strój jest ważnym
czynnikiem, który
odzwierciedla
przestrzeń intymną,
osobistą muzułmanki

ściej spotykane w Polsce nakrycie głowy muzułmanek, które okrywa włosy, uszy i szyję. Szajla jest zakrywającą głowę chustą opadającą na ramiona, spod której mogą wystawać włosy. Al-amira to dwuczęściowe nakrycie — jedna chusta otacza głowę, druga ramiona. Chimar zakrywa głowę, ramiona oraz górną

część ciała, kończąc się nad talią, jednak nie zakrywa twarzy. Czador to czarna tkanina w kształcie półkola noszona głównie w Iranie. Nikab jest czarną zasłoną na twarz z wycięciem na oczy, noszoną z abają — długą obszerną suknią. Burka zasłania całe ciało, nawet oczy (zakryte siatką).

Dla wielu hidżab jest oznaką skromności, cnoty i szacunku, dlatego też pozabawianie pacjentki możliwości jego noszenia jest naruszeniem jej godności, intymności oraz wolności.

Muzułmanki w domu, w swoim prywatnym życiu, spędzają czas z innymi kobietami lub mężczyznami będącymi ich *Mahram*. *Mahram* oznacza osoby spokrewnione ze sobą w sposób zabraniający im zawarcia związku małżeńskiego. Pokrewieństwo to wynika z więzów krwi, karmienia dzieci piersią lub więzów małżeńskich. *Mahram* dla kobiety są: ojciec, dziadek, syn, wnuk, brat, wuj lub stryj (brat taty lub mamy), teść, zięć, przybrany syn, brat mleczny — dziecko, które karmiła piersią jej matka, ale niebędące biologicznym synem matki. Tylko im może ukazywać te części swojego ciała, które są widoczne podczas wykonywania prac domowych, oraz twarz i dłonie [7]. Zalecenia te wynikają z nauki Koranu, który mówi: „Powiedz wierzącym kobietom, żeby spuszczały skromnie swoje spojrzenia i strzegły swojej czystości; i żeby pokazywały jedynie te ozdoby, które są widoczne na zewnątrz; i żeby narzucały zasłony na piersi, i pokazywały swoje ozdoby jedynie swoim mężom lub ojcom, albo ojcom swoich mężów, albo swoim synom lub synom swoich mężów, albo swoim braciom, albo synom braci, lub synom swoich siostr; lub ich żonom, lub tym, którymi zawładnęły ich prawice; albo swoim służącym spośród mężczyzn, którzy nie są owładnięci pożądaniem cielesnym; albo też chłopcom, którzy nie poznali nagości kobiet. I niech one nie stąpają tak, aby było wiadomo, jakie ukrywają ozdoby. Nawracajcie się wszyscy do Boga, o wy wierzący! Być może, będziecie szczęśliwi!” (Koran 24:31), „O proroku! Powiedz swoim żonom i swoim córkom, i kobietom wierzącym, aby się szczelnie zakrywały swoimi okryciami.

To jest najodpowiedniejszy sposób, aby były poznawane, a nie były obrażane. A Bóg jest Przebaczający, Litościwy!” (Koran 33:59).

Ze względu na obawy związane z pokusą seksualną islam nakazuje, aby mężczyźni i kobiety, którzy nie są małżeństwem lub najbliższą rodziną, nie przebywali w odosobnieniu i nie dotykali się. Dotyczy to również kontaktów z pracownikami ochrony zdrowia. Dbając o to, aby granice nie zostały naruszone, personel medyczny opiekujący się muzułmanką powinien składać się z kobiet. Jeśli to niemożliwe, należy zapewnić osobie towarzyszącej, którą najczęściej jest krewna pacjentki, możliwość przebywania obok niej podczas wykonywania procedur medycznych [8]. Islamscy bioetycy opisują hierarchię preferencji dotyczącą płci i statusu personelu medycznego sprawującego opiekę nad muzułmanką. Najbardziej pożądanym medykiem jest kobieta muzułmanka, następnie kobieta nie-muzułmanka, mężczyzna muzułmanin oraz mężczyzna nie-muzułmanin, jednak w przypadku stanu zagrożenia życia najwyższą wartością jest jego ratowanie i płeć personelu medycznego nie ma znaczenia [9].

Personel medyczny
opiekujący się
muzułmanką powinien
składać się z kobiet

Dobrym rozwiązaniem i dobrą praktyką w kontakcie z pacjentami pochodzącymi z kręgu kultury muzułmańskiej jest witanie ich nie poprzez uścisk dłoni, a poprzez położenie ręki na swoim sercu [10] oraz stosowanie rękawiczek, aby ograniczyć kontakt skóra do skóry [9].

Warto pamiętać, że rodzina w islamie pełni bardzo ważną funkcję. Muzułmańskie rodziny są często bardzo zaangażowane w proces choroby i zdrowienia swoich krewnych, co jest postrzegane przez wielu pacjentów jako ważny i pozytywny aspekt leczenia [11]. Zasięg i zakres udziału rodziny w opiece zdrowotnej nad muzułmanką jest różny. W skrajnych przypadkach kobieta może nie otrzymać pozwolenia na kontakt z podmiotami świadczącymi opiekę zdrowotną, chyba że będzie jej towarzyszył mąż, ojciec lub brat [12], co może zniechęcić kobiety do swobodnego ujawniania wrażliwych kwestii i rozmowy na tematy takie jak: zdrowie prokreacyjne, miesiączkowanie, współżycie płciowe.

Rodzina często prosi też personel medyczny o poinformowanie o poważnych problemach medycznych, aby jej członkowie mogli zdecydować, które informacje chcą przekazać pacjentowi. Dlatego też pracownicy ochrony zdrowia powinni rozmawiać z muzułmańskimi kobietami na temat ich preferencji dotyczących włączania członków rodziny do dyskusji na temat opieki zdrowotnej i starać się angażować wybranych przez kobietę krewnych w proces leczenia.

Z okresem okołoporodowym związanych jest wiele tradycyjnych obrzędów, które są kultywowane przez wierzących muzułmanów i niosą w sobie bogatą symbolikę. Pierwszym rytuałem, z którym położne mogą spotkać się bez-

pośrednio po porodzie, jest szeptanie ojca dziecka lub zasłużonego członka lokalnej społeczności muzułmańskiej do ucha noworodka. Do prawego ucha szeptane jest wezwanie do modlitwy, a do lewego słowa: „Nie ma Boga prócz Allaha, a Muhammad jest Jego Wysłannikiem”. Obie modlitwy są fundamentem życia codziennego każdego muzułmanina, stąd ich symboliczne znaczenie przy narodzinach. Cała ceremonia trwa zaledwie kilka minut i rodzice noworodka bardzo doceniają, jeśli położna umożliwi jej przeprowadzenie na sali porodowej [13].

Kolejnym obrzędem, który rodzice mogą chcieć odbyć na sali porodowej, jest *tahneek*. Polega on na podaniu noworodkowi, wkrótce po urodzeniu, a najlepiej przed pierwszym karmieniem, zmiękczonego mięszu daktyla w postaci ciemnobrunatnej papki. W krajach, w których daktyle są trudno dostępne stosuje się zamienniki, takie jak miód. Rytuał ten jest wykonywany przez szanowanego członka rodziny lub ojca w nadziei, że niektóre z jego pozytywnych cech zostaną przekazane nowo narodzonemu dziecku [13].

Bezpośrednio po porodzie na nadgarstek dziecka lub jego szyję zawieszają się czarny kawałek sznurka z małą sakiewką zawierającą tekst modlitwy — *taweez*. Ma to chronić dziecko przed chorobą i złym stanem zdrowia [13].

Okres połogu to czas nieczystości położnicy. Przez 6 tygodni nie współżyje, nie zachowuje postów ani nie uczestniczy w modlitwach. Połóg spędza w domu w towarzystwie krewnych kobiet. Kiedy krwawienie połogowe ustanie, położnica bierze oczyszczającą kąpiel nazywaną *ghusl*. Jest to obmycie całego ciała zalecane przez Koran: „O wy, którzy wierzycie! Kiedy stajecie do modlitwy, to obmyjcie wasze twarze i ręce aż do łokci; przetrzyjcie lekko wasze głowy, a nogi myjcie — aż do kostek. A jeśli jesteście w stanie nieczystym, to oczyszczajcie się. A jeśli jesteście chorzy albo w podróży, albo jeśli ktoś z was przyszedł z ustronnego miejsca, albo jeśli dotykaliście kobiet, a nie znajdziecie wody, to poszukajcie dobrego piasku i wycierajcie nim twarze i ręce. Bóg nie chce sprawiać wam trudności, lecz chce was tylko oczyścić i chce w pełni obdarzyć was Swoją dobrocią. Być może, będziecie wdzięczni!” (Koran 5,6), czy w innym miejscu: „Będą ciebie pytać o okres miesięczny. Powiedz: «To jest cierpienie». Trzymajcie się więc z dala od kobiet podczas okresu miesięcznego i nie zbliżajcie się do nich, dopóki one się nie oczyszczą. A kiedy się oczyszczą, to przychodźcie do nich, tak jak nakazał wam Bóg. Zaprawdę, Bóg miłuje nawracających się i miłuje oczyszczających się!” (Koran 2,222) [14].

W okresie połogowym popularnym zabiegiem wśród muzułmanek jest obwiązywanie brzucha, stosowanie pasów [15], które mają przyspieszyć involucję macicy i spłaszczyć brzuch, co z medycznego punktu widzenia może niekorzystnie wpływać na mięśnie brzucha i dna miednicy, dlatego też ważna jest edukacja pacjentek w tym zakresie i zwrócenie uwagi na skutki uboczne stosowania takich rozwiązań.

Kultura żydowska

Tradycyjne wierzenia i praktyki żydowskie wywodzą się z Tory. Przykazanie „Bądźcie płodni i rozmnażajcie się” (Księga Rodzaju 1, 28) uważane jest za wezwanie do posiadania potomstwa, które umożliwia kontynuowanie kultu Boga przez kolejne pokolenia. Dzieci są postrzegane jako dziedzictwo od Pana. Chociaż wielu żydów identyfikuje się raczej z kulturą judaistyczną niż przekonaniami religijnymi, ortodoksyjni żydzi nadal przestrzegają ścisłej interpretacji starożytnych praw biblijnych w ramach *halacha* lub tradycyjnego prawa żydowskiego [16].

Prawo i tradycja żydowska zalecają szczególną dbałość o dobre samopoczucie ciężarnej. Zdjęty jest z niej obowiązek przestrzegania postów, w zamian pojawiają się nowe obowiązki i nakazy, których celem jest rozwój duchowy. Kobieta jest zobowiązana do uczestniczenia w licznych nabożeństwach, studiowania Tory, modlitwy i częstego przebywania w synagodze [17].

Prawo i tradycja żydowska zalecają szczególną dbałość o dobre samopoczucie ciężarnej

Wierząca żydówka oczekuje opieki medycznej w czasie ciąży, porodu i połogu, która nie wyklucza przestrzegania przez nią prawa żydowskiego, tradycji, zwyczajów i praktyk będących częścią jej codziennego życia. Te kwestie kulturowe obejmują w głównej mierze prawo związane z zachowaniem intymności między mężem i żoną — *niddah*, prawa dietetyczne — *kaszrut* i przestrzeganie szabatu [18].

Niddah oznacza „oddalony” lub „odsunięty”. Często jest błędnie interpretowany jako „nieczysty”, co nie oddaje sensu oraz głębi tego wyrażenia. Prawo *niddah* odnosi się do wstrzemięźliwości od kontaktu fizycznego pomiędzy żoną i mężem w przypadku, kiedy kobieta krwawi z macicy, do czego dochodzi np. w czasie miesiączki lub porodu. W przypadku miesiączki okres wstrzemięźliwości obowiązuje od momentu wystąpienia krwawienia do 7 dni od jego ustania [16]. Moment przejścia kobiety w stan *niddah* w czasie porodu różni się w zależności od interpretacji autorytetów religijnych. Może to nastąpić od momentu pojawienia się krwawienia towarzyszącego odejściu czopa śluzowego, pęknięcia błon płodowych, aktywnego krwawienia z szyjki macicy, wystąpienia skurczy macicy uniemożliwiających samodzielne poruszanie się lub w momencie pełnego rozwarcia szyjki macicy [18]. Od tego momentu mąż uczestniczący przy porodzie nie może dotykać kobiety ani podawać jej rzeczy. Nie może w żadnym aspekcie wspierać jej fizycznie. Nie może również zobaczyć żadnej części jej nagiego ciała, która normalnie jest ukryta pod ubraniem, dlatego też czasami mężczyźni nie uczestniczą w porodach swoich

zon lub stoją za zasłoną, która oddziela ich od sali porodowej lub stoją za wezłowiek łóżka rodzącej i nie spoglądają w jej stronę. Pomimo tego, że te zasady religijne, restrykcyjnie przestrzegane głównie przez ortodoksyjnych żydów, ograniczają możliwość wspierania kobiet, nie są negatywnie odbierane przez rodzące żydówki. Wsparcie mężów odczuwają poprzez ich modlitwy, czytanie psalmów i konsultowanie się z rabinem. W badaniu przeprowadzonym przez dr Callister i wsp. (1999) jedna z respondentek odpowiedziała: „Rodziłam, a mój mąż wspierał mnie duchowo. Modlił się w mojej intencji i to było największe wsparcie” [19].

Położna sprawująca opiekę nad rodzącą żydówką powinna zwrócić uwagę, aby ciało pacjentki nie było niepotrzebnie odsłonięte — szczególnie okolice krocza. Warto również zapytać parę, w jakim stopniu chce przestrzegać zasad *niddah*, czy mężczyzna będzie uczestniczył w porodzie, do jakiego momentu będzie obecny w sali porodowej.

Szczególnej uważności wymaga od personelu medycznego sprawowanie opieki nad żydówką w czasie szabatu

Szczególnej uważności wymaga od personelu medycznego sprawowanie opieki nad pacjentką z kręgu kultury żydowskiej w czasie szabatu, gdyż w tym okresie może ona potrzebować szczególnego wsparcia i pomocy. Szabat rozpoczyna się w każdy piątek przed zachodem

słońca i kończy ok. 45 minut po zachodzie słońca w sobotę. To szczególny czas celebrowania pamiętki stworzenia świata, związany z przestrzeganiem wielu rytuałów oraz powstrzymywania się od czynności dnia codziennego. Czynności, których nie wolno wykonywać religijnym żydom w czasie szabatu, to m.in.: zapalanie światła, podgrzewanie żywności wymagające włączenia elektryczności lub rozpalenia ognia, jazda środkami transportu, takimi jak samochód, autobus, wciskanie przycisków w windzie, pisanie, przenoszenie oraz noszenie przedmiotów, posługiwanie się pieniędzmi, rozmowa przez telefon, korzystanie z elektrycznego laktatora. Zakaz dotyczy również wykonywania tych czynności przez nie-żyda (np. personel medyczny) dla żyda, dlatego też praktykujący żydzi wolą, aby procedury medyczne i administracyjne były wykonywane poza szabatem. Jednak w sytuacji zagrożenia życia lub poważnego pogorszenia się stanu chorego wszystkie reguły szabatowe zostają zniesione. Dotyczy to również kobiet ciężarnych, rodzących, w połogu i tych, które przeszły poronienie lub zabieg aborcji — traktowane są one jako osoby w sytuacji zagrożenia życia, które mogą odstąpić od przestrzegania zasad rządzących szabatem, jednak pozostawia się to ich prywatnej decyzji [16].

Jednym z obrzędów żydowskich okresu poporodowego, z którym w swojej praktyce może spotkać się położna, jest obrzezanie noworodków płci męskiej.

Następuje to w ósmym dniu po narodzinach chłopca. Podczas ceremonii chłopcu nadawane jest imię. Obrzęd polega na usunięciu lub przecięciu napletka, co symbolizuje przymierze Abrahama z Bogiem oraz oddanie chłopca pod opiekę Boga. Zabieg przeprowadza *mohel*. W dzisiejszych czasach obrzęd przeprowadza lekarz w szpitalu, a nie, jak miało to miejsce w przeszłości, w synagogach. W przypadku choroby dziecka, np. żółtaczkę, czy wcześniactwa obrzezanie można odroczyć lub odstąpić od niego, jeśli dziecko cierpi np. na hemofilię. Jeśli chłopiec urodził się z bardzo małym napletkiem lub bez niego — symbolicznie utacza się kroplę krwi [16].

Kultura romska

Romowie są jedną z najbardziej niejednorodnych i zróżnicowanych grup mniejszościowych w Polsce. Społeczność ta jest przede wszystkim zróżnicowana ze względu na grupy etniczne i język, jakim się posługują (dialekty języka romani, które stanowią wyróżnik i identyfikator grupy), organizację społeczną, zwyczaje i obrzędowość rodzinną, tryb życia, miejsce zamieszkania i status ekonomiczny. Wyróżniamy cztery główne grupy romskie zamieszkujące Polskę:

Romowie są jedną z najbardziej niejednorodnych i zróżnicowanych grup mniejszościowych w Polsce

Polska Roma to grupa, która do lat 60. XX wieku prowadziła wędrowny tryb życia i zachowała tradycję; Bergitka Roma (Romowie górscy) to grupa, która od XVIII wieku prowadzi osiadły tryb życia i dlatego zatraciła wiele elementów tradycji związanej z wędrownym trybem życia; Lowarzy i Kalderasze przybyli do Polski w latach 70. XIX wieku z Siedmiogrodu i Wołoszczyzny, obecnie zamieszkują teren całego kraju [20].

Romowie z grupy Polska Roma, Kalderasze i Lowarzy kształtowali swą tradycję i kulturę w oparciu o Romanipen — niepisany kodeks praw i tabuistycznych zakazów, zawierający najistotniejsze wzorce postępowania, normy i zasady współżycia [21]. Skutkiem nieprzestrzegania zakazów jest skalanie (*mageripen*). Pojęcie skalania odnosi się do zachowań, przedmiotów, osób, czasu, przestrzeni, kategoryzując je na czyste i nieczyste. Wyraża się to w rozdzieleniu od pasa w górę do pasa w dół, ciała wewnętrznego od ciała zewnętrznego, przestrzeni wewnętrznej od zewnętrznej, Romów od nie-Romów, tym samym wartościując wszelkie zachowania związane ze spożywaniem pokarmów, higieną, wiekiem, płcią oraz funkcjonowaniem grup romskich w społecznościach nie-romskich [22].

Dzieci oraz osoby starsze nie ulegają skalaniu. Jednak w przypadku dzieci osiągnięcie dojrzałości płciowej oraz zawarcie związku małżeńskiego jest równoznaczne z zakończeniem okresu ochronnego. Niższa pozycja kobiety w stosunku do mężczyzny w społeczności romskiej w dużej mierze wynika z magerpien, który zakłada, że kobieta przez większą część swojego życia jest skalana. Okresem szczególnego skalania dla kobiety jest czas ciąży, porodu i połogu.

Narodziny dziecka są dla rodziny szczególnie ważnym wydarzeniem. Dziecko w kulturze romskiej jest symbolem radości i szczęścia.

Podczas porodu i tuż po nim kobieta stanowi największe potencjalne źródło skalania osób, miejsc i przedmiotów z założenia „czystych”. Dawniej, w czasie wędrowek, kobieta usuwała się ze społeczności, przeprowadzała się np. do specjalnego namiotu — tam oczekiwała porodu i tam pozostawała przez jakiś czas po porodzie. Miała swoje naczynia i pościel. Nie mogła przygotowywać posiłków dla mężczyzn nawet przez kilka tygodni. Później namiot i wszystkie przedmioty, z których kobieta korzystała w czasie izolacji, były palone [22].

Romowie starają się wybierać takie kliniki, w których rodząca może mieć samodzielny pokój i zajmują się nią wyłącznie kobiety

Obecnie porody odbywają się najczęściej w szpitalach bądź sporadycznie w domu rodzącej. Podczas porodu w sali nie jest obecny ojciec dziecka. Romowie starają się wybierać takie kliniki, w których rodząca może mieć samodzielny pokój i zajmują się nią wyłącznie kobiety. Czasem potrzebna jest konsultacja mężczyzny lekarza,

jednak w tym przypadku pomija się aspekt płci (mężczyzna, nie-Rom), traktując osoby pracujące w szpitalu przedmiotowo, jako potrzebne do osiągnięcia celu, czyli zdrowia kobiety i dziecka. Hospitalizacja rodzącej kobiety jest dobrym sposobem na radzenie sobie z „nieczystym” charakterem tego aktu. Szpital jest miejscem wyizolowania kobiety poza społeczność romską [22].

Również po porodzie właściwości kalające kobiety są wyjątkowo silne, dlatego praktykowany jest okres odseparowania kobiety na czas połogu [23]. „Nieczyste” właściwości krwi kobiecej, menstruacyjnej i poporodowej zostały zamknięte w systemie skalań. Skalana jest nie tylko kobieta i jej wydzieliny, ale wszystkie przedmioty, z jakich korzystała w okresie „nieczystości”.

Kultury azjatyckie

Azja często nazywana jest kontynentem wielkich kontrastów geograficznych. Jest również kontynentem o bardzo zróżnicowanej kulturze i tradycji. Niniejsze opracowanie nie ma na celu przedstawienia zwyczajów i tradycji związa-

nych z okresem okołoporodowym Azjatek w zależności od wyznawanej religii, lecz ma dostarczyć ogólnej wiedzy dotyczącej różnic kulturowych, które mogą wpłynąć na komunikację z pacjentką.

W kontakcie z personelem medycznym migrantki z krajów azjatyckich zazwyczaj sprawiają wrażenie miłych i uśmiechniętych. Warto pamiętać, że uśmiech w tej kulturze oznacza nie tylko zadowolenie i radość, ale może również maskować negatywne emocje, tj. złość, rozczarowanie, zawstydzenie, zakłopotanie, zmartwienie. Opiekując się rodzącą w sali porodowej i obserwując jej uśmiechniętą twarz, można odnieść błędne wrażenie, że akcja porodowa nie postępuje, a skurcze nie przybierają na sile. Będąc w takiej sytuacji, warto poprosić pacjentkę o wskazanie na skali bólu aktualnie odczuwany dyskomfort i na podstawie pomiaru wdrożyć adekwatne postępowanie [24].

Istotną rolę w komunikacji niewerbalnej odgrywa kontakt wzrokowy. W naszym kręgu kulturowym niepodtrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą może zostać odebrane jako nieuprzejmość, brak szacunku czy wręcz oszukiwanie. Jednak w krajach azjatyckich normą i oznaką poważania jest unikanie kontaktu wzrokowego, szczególnie w kontakcie z osobą o wyższym statusie społecznym, m.in. personelem medycznym.

W krajach azjatyckich dużą wagę przywiązuje się do równowagi pomiędzy ciepłem a zimnem w okresie okołoporodowym. Ma to odzwierciedlenie zarówno w ubiorze, temperaturze pomieszczeń, w których przebywają kobiety, jak i w diecie.

Jedną z najbardziej znanych filozofii, która wpływa na starożytną medycynę wschodnioazjatycką, taką jak tradycyjna medycyna chińska, jest wiara w dualizm przeciwstawnych sił w formie *yin* i *yang*. *Yin* opisuje właściwości takie jak ciemność, zimno, wilgotność, miękkość, spokój i kobiecość, podczas gdy *yang* opisuje przeciwieństwo i obejmuje takie właściwości jak: jasność, ciepło, suchość, twardość, aktywność i męskość. W konsekwencji tego żywność w wielu kulturach może być sklasyfikowana jako „gorąca” lub „zimna” na podstawie przypuszczalnej wewnętrznej właściwości żywności. Zwykle uważa się to za niezależne od temperatury pokarmu, z wyjątkiem specyficznych interpretacji lub idiosyncrasykarnych przekonań.

W wielu kulturach krew i stan samej ciąży są często postrzegane jako stan „gorąca” i odwrotnie, okres poporodowy jest postrzegany jako stan „zimny”. Gorące potrawy są zatem polecane w okresie połogu do przywrócenia harmonii i równowagi hormonalnej, podczas gdy zimnych potraw w tym czasie należy unikać. Przykładami ciepłych produktów spożywczych są: mleko,

W krajach azjatyckich normą i oznaką poważania jest unikanie kontaktu wzrokowego

jaja, słone, kwaśne oraz ostre potrawy, kurczak. Do zimnych można zaliczyć: surowe owoce i warzywa, słodkie potrawy, jogurty, zimną wodę, soczyste i kwaśne owoce [25].

Wiara w stan „zimny” podczas połogu może objawiać się również niechęcią do brania prysznic przez kilka dni po porodzie, nakładaniem dodatkowych warstw ubrań, pomimo wysokich temperatur otoczenia, zakazem otwierania okien w sali położniczej z obawy przed wychłodzeniem i przewianiem ciała. W takim przypadku nie należy za wszelką cenę przekonywać pacjentek ani negatywnie komentować ich wyborów. Taki sposób postępowania nie wynika z braku nawyków higienicznych, lecz z chęci jak najlepszego zadbania o swoje samopoczucie i szybki powrót do sił po porodzie [24]. Co ciekawe, również cięcie cesarskie jest postrzegane jako zabieg, podczas którego może dojść do wychłodzenia organizmu i „przewiania” i z tego powodu nie jest pożądaną formą ukończenia ciąży.

Oprócz opisanych praktyk dietetycznych istnieją szczególne tradycje kulturowe związane z karmieniem piersią. Wśród niektórych Hindusów krewne położnicy symbolicznie myją piersi matki przed rozpoczęciem karmienia piersią [26]. Tajki masują piersi, aby stymulować je do produkcji i wydzielania mleka [27]. Ze względu na przekonania dotyczące siary karmienie piersią może być opóźnione. Wśród kobiet z Azji Południowej siara jest postrzegana jako niestrawna, a praktyka niepodawania jej dziecku jest powszechna [28]. Gatrad i wsp. zauważyli, że hinduskie rodziny czekają dwa dni przed rozpoczęciem karmienia piersią [26]. Może to być częściowo związane ze starożytnym pismem indyjskim Sushruty, które opowiada się za karmieniem piersią w piątym lub szóstym dniu po porodzie [29]. Wśród Azjatek długość karmienia piersią jest różna. Arabskie matki często karmią piersią przez dwa lata, podczas gdy matki hinduskie odstawiają niemowlę około szóstego miesiąca po ceremonii *annaprasana* [28].

Podsumowanie

Podsumowując: wrażliwość na osobiste, duchowe i kulturowe wymiary porodu oraz wyrażanie szacunku dla tych przekonań są kluczowymi aspektami holistycznej opieki medycznej. Rolą położnej jest towarzyszenie kobiecie, wspiera-

Położna w swojej pracy z kobietami z różnych kręgów kulturowych powinna przyjąć postawę relatywizmu kulturowego

nie jej, bycie uważną i otwartą na jej potrzeby — również te duchowe i wynikające z pochodzenia kulturowego. Kulturowo kompetentne i wrażliwe duchowo położne wspierają rytuały religijne i praktyki duchowe ważne dla rodzącej i jej rodziny.

Położna w swojej pracy z kobietami pochodzącymi z różnych kręgów kulturowych powinna przyjąć postawę relatywizmu kulturowego, który zakłada poznanie i rozumienie innych kultur według ich właściwych wartości, ponieważ to, co pożądane i oczekiwane jako poprawne w jednej kulturze, jest naganne i odrzucane w innej. Strategia relatywizmu kulturowego pozwala uniknąć pomyłek i nieporozumień m.in. w zakresie komunikacji pozawerbalnej, w tym dotyku.

Zasadniczym pytaniem, które należy sobie zadać, sprawując opiekę nad rodzącą, jest to, w jaki sposób kobieta zapamięta swoje doświadczenie porodowe. W jaki sposób kompetentne kulturowo i wrażliwe duchowo położne mogą pełniej okazywać szacunek kobietom? Odpowiadając na te pytania warto pamiętać, że pozytywne doświadczenie porodowe może wzmocnić kobietę, wpłynąć pozytywnie na przebieg macierzyństwa, może wzmocnić związki rodzinne, a umożliwienie przestrzegania zasad religijnych w okresie okołoporodowym może być przyczyną osobistego rozwoju duchowego kobiety.

Warto również zapytać siebie o to, jakie są moje obawy i lęki związane ze sprawowaniem opieki nad pacjentką z odmiennego kręgu kulturowego. Z czego one wynikają? Czy powodem jest brak wiedzy, brak doświadczenia, bariera językowa? A może stereotypy i uprzedzenia względem określonych grup? Czy jest coś, co mogę zrobić dla siebie, aby ten lęk zminimalizować?

Warto pamiętać, że sprawowanie opieki nad kobietami z odmiennego kręgu kulturowego nie polega na wypełnianiu listy kontrolnej zawierającej spis wszystkich rytuałów i tradycji przypisanej danemu kręgu kulturowemu, ale na towarzyszeniu, uważności i otwartości na drugą osobę.

Bibliografia

1. Callister LC. When caring for childbearing women and families. W: Selin H (red.). *Childbirth Across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum*. Netherlands: Springer; 2009, s. 33–39.
2. Moore ML, Moos MK, Callister LC. Cultural competence: An essential journey for perinatal nurses. *Education & Health Promotion, March of Dimes*. 2010.
3. Callister LC, Holt SF, Kuhre MW. Giving birth: The voices of Australian women. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2010;24(2):128–136.
4. Giladi A. *Muslim Midwives. The Craft of Birthing in the Premodern Middle East*. Cambridge University Press; 2015.
5. Oh I. *Motherhood in Christianity and Islam: critiques, realities, and possibilities*. The Journal of Religious Ethics. 2010; 38(4):638–653.
6. Padela AI, del Pozo PR. Muslim patients and cross-gender interactions in medicine: An Islamic bioethical perspective. *Journal of Medical Ethics*. 2011;37(1): 40–44.
7. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Religious and cultural determinants of Muslim needs during health and illness. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–114.
8. Simpson JL, Carter K. Muslim women's experiences with health care providers in a rural area of the United States. *Journal of Transcultural Nursing*. 2008;19(1): 16–23.
9. Inhorn MC, Serour GI. Islam, medicine, and Arab-Muslim refugee health in Ame-

- rica after 9/11. *Lancet*. 2011;378(9794): 935–943.
10. Tackett S, Young JH, Putman SB, Wiener CM, Deruggiero K, Bayram JD. Barriers to healthcare among Muslim women: A narrative review of the literature. *Women's Studies International Forum*. 2018; 69:190–194.
 11. Padela AI, Murrar S, Adviento B, Liao C, Hosseinian Z, Peek M, Curlin F. Associations between religion-related factors and breast cancer screening among American Muslims. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2014;17(3):660–669.
 12. Lawrence P, Rozmus C. Culturally sensitive care of the Muslim patient. *Journal of Transcultural Nursing*. 2001;12(3): 228–233.
 13. Gatrad AR, Sheikh A. Muslim birth customs. *Archives of Disease in Childhood: Fetal & Neonatal*. 2001;84:F6–F8.
 14. Zino M bin J. The pillars of Islam and Iman and what every Muslim must know about the religion. *Dar Us Salam*; 2000, s. 63–73.
 15. Dennis CL, Fung K, Grigoriadis S, Robinson GE, Romans S, Ross L. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Women's Health*. 2007;3(4):487–502.
 16. Berkowitz B. Cultural aspects in the care of the Orthodox Jewish Woman. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2008;53(1):62–67.
 17. Olszewska J, Czerwińska-Osipiak A, Michalik A, Kunat K. Pregnancy and childbirth through the prism of various religions. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013;21(4): 534–541.
 18. Noble A, Rom M, Newsome-Wicks M, Engelhardt K, Woloski-Wruble A. Jewish Laws, Customs, and Practice in Labor, Delivery, and Postpartum Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 2009;20(3): 323–333.
 19. Callister LC, Semenik S, Foster JC. Cultural and spiritual meanings of childbirth: Orthodox Jewish and Mormon women. *Journal of Holistic Nursing*. 1999;17(3):280–295.
 20. Szymańczak J. Społeczność Romów w Polsce. *Analizy BAS*. 2011;1(45):1–8.
 21. Talewicz-Kwiatkowska J. Pozycja kobiety w społeczności romskiej w Polsce. *Politeja*. 2007;2(8):423–436.
 22. Kowarska AJ. *Polska Roma: tradycja i nowoczesność*. Warszawa; 2005.
 23. Edden N, Hughes KA, McCormack E, Prendergast C. A Study Investigating the Cultural Traditions and Customs of the Romani Community in Gorton, Manchester. The University of Manchester, 2011. <https://romani.humanities.manchester.ac.uk/downloads/2/traditions.pdf> (data dostępu: 27.06.2019).
 24. Kosowicz A, Piegat-Kaczmarczyk M. Kobiety świata — wielokulturowość w opiece okołoporodowej. Projekt Jestem mamą w Polsce. Izabelin; 2015.
 25. Dennis CL, Fung K, Grigoriadis S, Robinson GE, Romans S, Ross L. Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review. *Women's Health*. 2007;3(4):487–502.
 26. Gatrad AR, Ray M, Sheikh A. Hindu birth customs. *Archives of Disease in Childhood*. 2004;89(12):1094–1097.
 27. Kaewsarn P, Moyle W, Creedy D. Traditional postpartum practices among Thai women. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;41(4):358–366.
 28. Callister LC. Giving birth: Guatemalan women's voices. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1998;27(3):289–295.
 29. Choudhry UK. Traditional practices of women from India: pregnancy, childbirth, and newborn care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 1997;26(5):533–539.

Katarzyna Pastusiak

Żywienie pacjentów innych religii i kultur



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	159
Islam	160
Judaizm ortodoksyjny	161
Buddyzm	161
Hinduizm	162
Katolicyzm	163
Kultura romska	163
Wegetarianizm	164
Podsumowanie	164

Żywnienie pacjentów innych religii i kultur

Wprowadzenie

Postęp technologiczny sprawia, iż coraz sprawniej przemierzamy się i chętniej podróżujemy po świecie. Coraz częściej decydujemy się także na życie poza granicami swoich państw, nierzadko w miejscach o zupełnie odmiennej kulturze. Zróżnicowanie kulturowe generuje konieczność osvajania się z nowymi modelami zachowań zarówno wśród pacjentów, jak i pracowników ochrony zdrowia. Jedzenie stanowi nieodłączny element codziennego życia ludzi na całym świecie. Spożywanie pokarmów jest nie tylko sposobem na dostarczenie odpowiedniej ilości energii i składników odżywczych, ale często jest także sposobem na komunikowanie się z otoczeniem. Sposób odżywiania stanowi istotny element dziedzictwa kulturowego; nierzadko jest także niezwykle istotnym elementem kultu religijnego. Powszechna Deklaracji Praw Człowieka gwarantuje każdemu człowiekowi prawo do wolności myśli, sumienia i wyznania; prawo zmiany wyznania lub wiary oraz swobodę głoszenia swego wyznania, poprzez nauczanie, praktykowanie, uprawianie kultu i przestrzeganie obyczajów [1].

W związku z tym zadaniem personelu medycznego, w tym dietetyka, jest nie tylko poszanowanie poglądów pacjenta, ale — zgodnie z najlepszą wie-

dzą — udzielenie mu pomocy w skomponowaniu jadłospisu zgodnego z jego przekonaniami, a jednocześnie dostosowanego do jednostek chorobowych, a także w miarę możliwości zapewnienie warunków do przestrzegania obyczajów w trakcie hospitalizacji. Brak znajomości zasad kulturowych i religijnych innych nacji często przyczynia się do trudności w relacji z pacjentami, przekładając się na mniejszą efektywność terapii. Zatem pacjent powinien mieć zapewnioną całościową profesjonalną opiekę medyczną, respektującą jego przekonania, w tym także w zakresie sposobu odżywiania dostosowanego nie tylko do jego potrzeb fizycznych, ale także duchowych. Zwłaszcza w XXI wieku, kiedy w większości szpitali funkcjonuje catering i bez przeszkód można zaplanować pacjentowi posiłek zgodnie z jego potrzebami religijnymi i kulturowymi, przekazując dyspozycję do diety klinicznej.

W poniższym rozdziale znajdą Państwo krótkie charakterystyki modeli żywienia innych religii i kultur, które, mam nadzieję, ułatwią Państwu przygotowywanie rekomendacji żywieniowych oraz wybieranie rodzajów diet dla pacjentów wielokulturowych.

Islam

Dla wyznawców islamu kultywowanie wiary jest centralnym punktem życia, a Koran jest nie tylko źródłem praw i obowiązków moralnych, ale także poradnikiem dotyczącym życia codziennego, w tym sposobu odżywiania. Zgodnie z Koranem żywność dzieli się na dozwoloną (zwaną *halal*) oraz zakazaną (nazywaną *haram*). Do żywności zakazanej należą przede wszystkim mięso i przetwory wieprzowe oraz mięso i krew zwierząt zabitych w nierytualny sposób oraz alkohol [2]. Należy pamiętać także, że część produktów dozwolonych może zawierać dodatki lub składniki, które są *haram*, np. galaretka na bazie wieprzowej żelatyny czy ekstrakt waniliowy na bazie alkoholu. Zadaniem personelu medycznego jest zapewnienie chorym odpowiednio zbilansowanej diety z wykluczeniem pokarmów zabronionych, ale dostarczającej adekwatnej ilości energii oraz składników odżywczych. Przy przygotowywaniu pełnowartościowych posiłków dla muzułmanina odpowiednimi produktami będą drób, ryby, nabiał, tłuszcze roślinne. Pracownicy kuchni powinni pamiętać, że posiłek dla muzułmanina nie powinien mieć bezpośredniego kontaktu z daniami wieprzowymi, co oznacza m.in. używanie oddzielnych talerzy i sztućców. Ważny jest także sposób spożywania posiłków.

W islamie jest zalecane, aby muzułmanin spożywał posiłki prawą ręką, a jeżeli nie jest to możliwe, to może jeść lewą ręką. Integralną częścią islamu jest także post jako środek do oczyszczania zarówno ciała, jak i ducha. Podczas Ramadanu zdrowi, dorośli muzułmanie poszczą od wchodu do zachodu słoń-

ca (powstrzymują się od jedzenia i picia w tym czasie). Osoby przewlekle chore są zwolnione z tego obowiązku i mogą ofiarować w zmian *fidyah* (czyli posiłek dla biednego), powinniśmy jednak wziąć pod uwagę, że osoby w lepszej kondycji zdrowotnej, przebywające w szpitalu np. z powodu unieruchomienia kończyny, mogą mimo wszystko wyrażać chęć przestrzegania nakazu postu w tym okresie [2–4].

Judaizm ortodoksyjny

Podobnie jak w przypadku islamu w judaizmie ortodoksyjnym odpowiedni sposób żywienia stanowi istotny element praktykowania wiary. Żydzi wierzą, że odpowiedni pokarm uświęca ciało. Żywność dozwolona do spożycia, powszechnie znana jako koszerna, określona jest w Księdze Powtórzonego Prawa, Księdze Kapłańskiej, a opracowane przez rabinów i spisane zasady znajdują się w Misznie i Talmudzie. Ortodoksyjni żydzi m.in. nie spożywają mięsa zwierząt parzystokopytnych (m.in. wieprzowiny), owadów, owoców morza i mięsa zwierząt niepoddanych ubojowi rytualnemu [5].

Ortodoksyjni żydzi mogą jeść tylko wykrwawione mięso zwierząt zabitych w humanitarny sposób, przez przeszkoloną do tego osobę (*Shochet*). Nie mogą też spożywać tłuszczu ani nerwu kulszowego. Warto zwrócić uwagę, iż wiele na pozór koszerne produktów spożywczych może zawierać składniki pochodzenia zwierzęcego, które koszerne nie są, jak np. żelatyna wieprzowa. Jedną z najważniejszych zasad diety koszernej jest niełączenie w jednym posiłku dań mięsnych i nabiałowych, łącznie ze stosowaniem do tego typu produktów oddzielnej zastawy stołowej. Dlatego należy zadbać, aby pacjent miał możliwość korzystania z naczyń jednorazowych. Jeżeli nie mamy możliwości zapewnienia choremu diety koszernej, możemy zaproponować dietę wegetariańską lub — jeszcze lepiej — wegańską albo poprosić o pomoc w przygotowywaniu posiłków rodzinę pacjenta, zabezpieczając dla niego jedynie oddzielne miejsce w lodówce do przechowywania żywności w zamkniętych naczyniach oraz możliwość jej podgrzewania w kuchenke mikrofalowej, odnotowując ten fakt w dokumentacji medycznej [5–8].

Buddyzm

Ważnym aspektem w tej religii jest fakt, iż wszelkie wytyczne związane z praktykami religijnymi zostały przekazane przez Buddę Siakjamuni, twórcę religii, dlatego też to w jego przekazach należy szukać interpretacji dotyczącej stosowania diety przez buddystów. Wartym podkreślenia elementem

jest kwestia, iż w Polsce funkcjonują przynajmniej trzy wspólnoty buddyistów i nie wszystkie zachowują wstrzeźliwość od posiłków mięsnych. Z wywiadu przeprowadzonego z Przewodniczącym Buddyjskiego Związku Drogi Diamentowej dowiadujemy się, że buddystów nie należy klasyfikować jedynie jako wegetarian, ponieważ w dokumentach Buddy Siakjamuni nie znajdujemy zapisu dotyczącego zakazu spożywania mięsa, a nakazu spożywania tylko posiłków z eliminacją wszystkich produktów mięsnych i pochodzenia zwierzęcego.

Dlatego też zachowanie od wstrzymywania się od przyjmowania posiłków bezmięsnych będzie związane z elementem kulturowym, czyli zależnym od tego, z jakiego kraju, regionu pochodzi wyznawca Buddy. I tak osoby, które praktykują buddyzm, a pochodzą np. z Indii, będą mogły wstrzymywać się od posiłków bezmięsnych, zaś Polak wyznawca buddyzmu może chcieć spożywać mięso. Dlatego też nie powinien nas zaskoczyć fakt, że pacjent, który pojawi się w naszym szpitalu, a będzie wyznawcą buddyzmu, spożyje posiłek mięsny.

Hinduizm

Jedną z najbardziej znanych zasad żywieniowych Hindusów jest niespożywanie mięsa wołowego, gdyż zgodnie z wierzeniami krowa uznawana jest za zwierzę święte. Niedozwolone jest także spożywanie mięsa wieprzowego, gdyż uchodzi za nieczyste. Wielu Hindusów, wierząc w zasadność niestosowania przemocy, także wobec zwierząt, oraz iż niewegetariańskie jedzenie utrudnia rozwój duchowy, decyduje się na dietę lakotowegetariańską (wykluczają mięso, drób, ryby i jaja, ale dopuszczają spożycie produktów mlecznych). Musimy pamiętać, że restrykcyjni wegetarianie nie mogą korzystać z naczyń i sztucców, które miały wcześniej kontakt z produktami wykluczonymi. Wielu wyznawców hinduizmu stosuje się do zasad Ajurwedy, która zakłada podział produktów spożywczych, pod względem ich wpływ na kondycję psychofizyczną, na gorące oraz zimne. Do pokarmów gorących zaliczamy pokarmy słone, kwaśne i zawierające dużo białka zwierzęcego, podczas gdy zimne to produkty słodkie i gorzkie. Niektórzy restrykcyjni Hindusi unikają także cebuli i czosnku, gdyż uznają ich zły wpływ na praktyki duchowe. Co istotne, część Hindusów będzie jadła pożywienie jedynie prawą ręką i tylko prawą ręką serwowane.

Nierozzerwalną częścią hinduizmu jest także poszczenie, które uznawane jest za środek do oczyszczania ciała i duszy, pracy nad samodyscypliną i uzyskaniem równowagi emocjonalnej. Może być praktykowany w określone dni tygodnia, podczas świąt lub w połączeniu ze specjalnymi modlitwami. Wśród

Hindusów post jest kwestią indywidualną i każdy może sam zdecydować się na całkowite powstrzymanie się od jedzenia i picia lub powstrzymanie się od niektórych pokarmów. Hinduski pacjent nie ma obowiązku pościć w trakcie hospitalizacji, ale musimy pamiętać, że niektórzy pacjenci mogą chcieć zachować post także w trakcie choroby [9].

Katolicyzm

Kościół rzymskokatolicki nie narzuca wyznawcom szczegółowych przykazań dotyczących rodzaju spożywanych pokarmów. Zaleca powstrzymywanie się od spożycia pokarmów mięsnych w piątki, na pamiątkę śmierci Chrystusa. Jedynie dwa dni w roku, w Środę Popielcową oraz w Wielki Piątek, obowiązuje post ścisły. Tego dnia praktykujący katolik spożywa jedynie jeden bezmięсны posiłek do syta oraz dwa mniejsze. Z postu zwolnione są dzieci (od 14. roku życia wskazana jest rezygnacja ze spożycia mięsa) oraz osoby starsze i chore. Dodatkowo w wierze katolickiej obowiązuje post eucharystyczny, który polega na wstrzymaniu się od spożywania pokarmów na godzinę przed przyjęciem Komunii Świętej [11].

Kultura romska

Kuchnia romska jest zróżnicowana i obejmuje zdecydowanie mniej zakazów i nakazów, jednak kodeks Romanipen określający prawo zwyczajowe odnosi się także do sposobu postępowania w kwestiach odżywiania. Po pierwsze nad przyrządzaniem pokarmu tradycyjnie czuwa kobieta. Podczas gotowania kobieta dba o higienę oraz m.in. to, aby włos przypadkiem nie wpadł do jedzenia. Ponadto na spódnicę, która dotyka dolnych partii ciała kobiety, zazwyczaj nakładany jest fartuch, ponieważ nic, co miało kontakt z dolnymi partiami ciała, podłogą czy przedmiotami uważanymi za nieczyste rytualnie, nie powinno mieć kontaktu z żywnością. Dania w kulturze romskiej są obfite, zaś dieta wysokokaloryczna, bogata w tłuszcze. Romowie kładą nacisk, aby posiłek był starannie przygotowany ze świeżych produktów z zachowaniem zasad higieny. Za świeże danie uważa się tylko to, które zostało przygotowane w dniu spożycia, stąd nie dziwny się, gdy pacjent odmówi spożycia dania z poprzedniego dnia. Niedozwolone jest mięso końskie i psie [9].

Romowie są także bardzo rodzinni, często dzielą się posiłkami z krewnymi i przyjaciółmi oraz odczuwają silną potrzebę towarzyszenia choremu w trakcie hospitalizacji [10, 11].

Wegetarianizm

Wielu pacjentów niezależnie od narodowości, ze względów religijnych, moralnych, etycznych, ekologicznych, społecznych czy też zdrowotnych, decyduje się na dietę wegetariańską. Wyróżniamy kilka podstawowych rodzajów diet wegetariańskich:

- dieta wegańska — najbardziej restrykcyjna, wykluczająca spożycie mięsa, ryb i wszystkich produktów odzwierzęcych, tj. mleko, jaja, miód,
- dieta laktowegetariańska — dopuszczająca spożycie mleka i przetworów mlecznych,
- dieta lakotowegetariańska — dopuszczająca spożycie mleka, przetworów mlecznych i jaj,
- dieta pescowegetariańska — dopuszczająca spożycie mleka, przetworów mlecznych, jaj i ryb,
- dieta semiwegetariańska — dopuszczająca spożycie mleka, przetworów mlecznych, jaj, ryb i drobiu.

Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiego Towarzystwa Dietetycznego dobrze zbilansowana dieta wegetariańska może być stosowana na każdym etapie życia, z uwzględnieniem okresu ciąży, karmienia, niemowlęctwa oraz dzieciństwa i dorastania. Naszym zadaniem jest więc uszanowanie decyzji pacjenta i zapewnienie mu żywienia odpowiadającego jego potrzebom. Modyfikacja menu dla pacjenta na diecie wegetariańskiej/wegańskiej powinna obejmować nie tylko wykluczenie pokarmów mięsnych czy nabiałowych, ale zastąpienie ich alternatywnymi źródłami białka, tj. nasionami roślin strączkowych [12, 13].

Podsumowanie

Każda kultura charakteryzuje się typowym dla siebie sposobem żywienia i celebrowania posiłków. Tak długo, jak określony styl żywienia nie stanowi bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia pacjenta, powinniśmy czynić wszystko,

W dobrym tonie
jest znajomość
odmienności zasad
żywieniowych w religii
i kulturze chorego

by pozwolić choremu na zachowanie swoich zwyczajów. W dobrym tonie jest znajomość odmienności zasad żywieniowych w religii i kulturze chorego, natomiast stopień restrykcji jest kwestią bardzo indywidualną, dlatego też pytamy naszych pacjentów o zwyczaje żywieniowe, ograniczenia, nakazy i zakazy, bo nawet krótki,

ale szczegółowy wywiad żywieniowy może znacznie poprawić jakość życia pacjenta podczas pobytu w szpitalu i przyczynić się do poprawy naszych relacji,

a tym samym efektywności leczenia. Współpracujmy z dietetykami klinicznymi, którzy będą nam mogli pomóc w tym aspekcie, ponieważ stosowanie odpowiedniej diety umożliwi szybszy powrót do zdrowia pacjenta.

Bibliografia

1. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka. http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka.pdf (data dostępu: 23.05.2019).
2. Islamic Council of Queensland: Health Care Providers Handbook On Muslim Patients Secend Editions. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0034/155887/islamgde2ed.pdf (data dostępu: 1.05.2019).
3. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–111.
4. Głodowska KB. Wywiad z przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Imamem Yossefem Chaddidem. W: Głodowska KB, Baum E, Staszewski R, Murawska E (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2019, s. 201–206.
5. Głodowska KB, Staszewski R. Wywiad z Naczelnym Rabinem Polski Michałem Schudrichem. W: Głodowska KB, Baum E, Staszewski R, Murawska E (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2019, s. 197–200.
6. Kostka A, Krzemińska S, Durlej-Kot S, Borodzicz A, Chabowski M, Janczak D. Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(7):986–997.
7. Jewish Visiting: Jewish Dietary Law. <https://www.jvisit.org.uk/jewish-dietary-laws/> (data dostępu: 1.05.2019).
8. Health care providers' handbook on Hindu patients. https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0024/156255/hbook-hindu.pdf (data dostępu: 1.05.2019).
9. Baum E, Głodowska KB. Wywiad z Gabriellą Tobiłą i Justyną Matkowską. W: Głodowska KB, Baum E, Staszewski R, Murawska E (red.). *Kulturowe uwarunkowania opieki nad pacjentem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UMP; 2019, s. 220–226.
10. Harjot K. Health Care and Religious Beliefs. 2015. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/programs/ps-1026227-health-care-religious-beliefs.pdf> (data dostępu: 1.05.2019).
11. Kwiecińska M, Szewczyk M. Prosto z garnka. Tradycje kulinarne Romów. https://www.academia.edu/35836510/Prosto_z_garnka.Tradycje_kulinarne_Rom%C3%B3w.pdf (data dostępu: 1.05.2019).
12. Ma G. Food, eating behavior, and culture in Chinese society. *Journal of Ethnic Foods*. 2015;2:195–199.
13. American Dietetic Association: Position of the American Dietetic Association: Vegetarian Diets. *Journal of the American Dietetic Association*. 2009;109(7):1266–1282.

Bogusław Stelcer

Japonia – wybrane aspekty kultury, pojmowania zdrowia, choroby i leczenia



W tym rozdziale:

Wprowadzenie	169
Kilka podstawowych faktów	170
Religie Japonii	173
Shinto	174
Buddyzm	175
Praktyki zdrowotne	176
Podejście do leczenia	177
Ikigai	178
Komunikacja w relacji leczenia medycznego	180
Podsumowanie	181

Japonia – wybrane aspekty kultury, pojmowania zdrowia, choroby i leczenia

Wprowadzenie

Dwudziesty pierwszy wiek jest okresem wzrastającej dominacji ekonomicznej, ale i kulturowej Azji w świecie. W tym procesie, obok tak ważnych gospodarczo i kulturowo krajów jak Indie czy Chiny, Japonia jawi się jako kraj o szczególnie wyrazistej kulturze i formach organizacji życia społecznego. Kontynent azjatycki, mimo iż największy na globie, nie jest dobrze znany obywatelom świata zachodniego zarówno w aspekcie praktyk duchowych, religijnych, jak i życia codziennego. Warto zatem przybliżyć pojęcia, na które zwraca uwagę coraz większa liczba badaczy reprezentujących szeroko rozumiane dziedziny nauk społecznych, zajmująca się problematyką postaw Japończyków wobec zdrowia i choroby. Innym aspektem, jest przygotowanie lekarzy do zawodu, które stawia przed osobami zainteresowanymi tym procesem konieczność skonfrontowania się z szerokim zakresem obowiązków obejmujących należyłą edukację lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych. Utrzymanie kontaktu z aktualną wiedzą i trendami dynamicznie rozwijającej się medycyny jest jednym z obowiązków edukatorów i wymaga intensywnego samokształcenia. Ustawiczne samokształcenie zapewnia dostęp do podstawowej wiedzy

medycznej, która jest niezbędna do osiągnięcia celu stojącego przed następną generacją pracowników służby zdrowia. Równie ważne w tej edukacji jest, by nauczyć prawidłowych interakcji międzyludzkich, które muszą pojawić się między lekarzami a pacjentami. Kompetencje komunikacyjne mają kluczowe znaczenie dla diagnozy i leczenia chorób [1]. Ta interakcja wymaga takich form komunikacji i relacji międzyludzkich, które zbudują zaufanie między lekarzami i pacjentami. Rolą lekarzy jest skłonić pacjentów do zaakceptowania porady medycznej i podążania za nią, zwłaszcza w zakresie przestrzegania zaleceń medycznych. Pierwszym krokiem na drodze zbudowania więzi terapeutycznej opartej na wzajemnej ufności jest poznanie tożsamości kulturowej pacjenta i sposobu przeżywania przez niego świata w kontekście historycznych i kulturowych uwarunkowań. Celem tego opracowania jest przybliżenie czytelnikowi historycznych i kulturowych uwarunkowań leżących u podłoża postaw wzorców zachowań i oczekiwań Japończyków.

Kilka podstawowych faktów

Kultura japońska jest wielopłaszczyznowa i zarazem bardzo wyrazista. Jej cechy charakterystyczne rozwijały się dynamicznie w minionych stuleciach. Postęp technologiczny zapoczątkowany w XX stuleciu oraz przyjęcie przez rząd po II wojnie światowej praw demokratycznych doprowadziły do rozkwitu kraju i ukształtowania się nowego stylu życia dla jego mieszkańców. Owe nowoczesne rozwiązania i technologie często wydają się niespójne z tradycyjnymi cnotami kultury japońskiej. Trudno orzec, czy to rzeczywisty czy pozorny kontrast pomiędzy tradycyjną japońską kulturą, w której kładzie się nacisk na cierpliwość, łagodność, uprzejmość i harmonijny sposób życia, a dziś powszechnie występującym zjawiskiem upychania ludzi do pociągów w Tokio. Inną cechą współczesnej Japonii są długie godziny spędzane w pracy bez odpoczynku. Niemniej jednak wiele tradycyjnych wartości Japonii nadal stanowi podstawę jej kultury.

Doskonałym przykładem, które pozostaje przewodnim motywem życia w Japonii (wa/和), jest dążenie do harmonii, zwłaszcza życia codziennego rodziny, a także jako reguła prowadzenia biznesu [2]. Praca w harmonii jest postrzegana jako kluczowy element wydajności. Tak więc Japończycy w kontaktach międzyludzkich mają predyspozycje do bycia osobami stonowanymi, nie wyrażającymi wprost swej krytyki, łagodnymi i uprzejmymi, nawet jeśli nie zgadzają się z rozmówcą. Rezerwa, odmowa czy niezgoda zawsze wyrażana będzie w sposób stonowany. Ten etos współpracy jest wdrażany w szkołach japońskim dzieciom już w młodym wieku. Systemy edukacyjne podkreślają dominującą rolę wzajemnych relacji nad niezależnością. Sposób postrzegania sie-

bie przez Japończyka różni się od skrajnego indywidualizmu rodem z Ameryki. Ja Japończyka jest ponadjednostkowe, to określenie swej tożsamości poprzez grupę odniesienia [2, 3].

Taka wrażliwość na poszanowanie relacji w społeczeństwie przejawia się w wielu postawach behawioralnych, obserwowanych przez obcokrajowców w Japonii (takich jak nacisk na grzeczność i pracę zespołową). Rzadko zdarza się, aby Japończycy nie zgadzali się otwarcie lub wyrażali jakąkolwiek opinię, która mogłaby wywołać tarcia i konflikty. Jednak nieśmiałość zaczyna być uważana za mniejszą zaletę, a bardziej jako ograniczenie, zwłaszcza dla niektórych przedstawicieli młodszego pokolenia [2].

O tym, że poczucie harmonii jest nieustannie znaczącym czynnikiem określającym codzienność Japonii, niechaj świadczy nazwa nowej ery „Reiwa” — „czas pięknej harmonii” (令和), jaka rozpoczęła się w Japonii z dniem 1 maja 2019, związana z objęciem tronu cesarskiego przez 126. cesarza Naruhito.



Rycina 1. Ideogram „Reiwa”. Źródło: <https://www.youtube.com/watch?v=rHGko-qhWDQ>

Znaczenie i waga harmonii oznacza również, że nacisk kładzie się na to, by relacje międzyludzkie były skromne i łagodne. W związku z tym niezrozumiała dla Europejczyka koncepcja twarzy (kao/顔) pozostała bardzo istotna dla japońskiej komunikacji. Twarz to jakość osadzona w większości azjatyckich kultur, która wskazuje na reputację, wpływ, godność i poczucie honoru danej osoby. Komplementując ludzi, okazując im szacunek lub robiąc coś, aby zwiększyć ich poczucie własnej wartości, rozmówca wzmacnia wszystkie pozytywne znaczenia ukrywające się za pojęciem *kao*. Podobnie ludzie mogą stracić twarz (na przykład poprzez niehonorowe zachowanie) lub uratować ją w innym przypadku. Dlatego Japończycy zwykle działają umyślnie, w sposób rozważny i z powściągliwością, w celu ochrony własnej wartości i swego dobrego imienia. Zachowanie konserwatywne, pełne rezerwy jest zatem normą, ponieważ ludzie nie chcą się wyróżniać, ale też ryzykować utraty twarzy, robiąc coś niewłaściwego. Dla wielu Japończyków lęk przed opuszczeniem rodziny lub społeczeństwa dominuje prawie we wszystkim. Jednak i w tym aspekcie pojawia się rozluźnienie norm i dla części młodszego pokolenia status społeczny i stan

posiadania danej osoby stał się obecnie ważnym sposobem utrzymania twarzy i uzyskania statusu w hierarchii społecznej. W rezultacie niektórzy Japończycy stają się mniej zainteresowani wagą swojego zachowania [2, 3].

Kultura japońska, o czym wspomniano, jest bardzo kolektywistyczna. Osoby często postrzegają siebie jako członków „grupy”, a nie autonomiczne podmioty. Grupy te określają tożsamość, przynależność, wszystko to, kim są jej członkowie, często domagając się wysokiego stopnia lojalności. W zamian jednostka zyskuje poczucie przynależności, ochrony i jedności z grupą. Należy pamiętać, że ponad 98% obywateli Japonii ma to samo japońskie pochodzenie etniczne, co czyni ten kraj jednym z najbardziej jednorodnych społeczeństw na świecie. Istnieje tendencja do automatycznego i wyjątkowego wycucia grupy należącej do tego samego narodu. Dzieliąc się wspólnym dziedzictwem, historią, kulturą i tożsamością, ludzie w Japonii z dużym wyprzedzeniem oczekują, że ich postrzeganie świata będzie spójne z innymi Japończykami [4].

Język japoński jest bardzo formalny i staranny, określa również sposób postrzegania sytuacji i siebie nawzajem przez ludzi. Różni się w różnych stylach mowy i stosowanych formach gramatycznych w zależności od statusu osoby i jej pozycji społecznej. Na przykład, naturalne reguły mowy są bardziej wypełnione formami grzecznościowymi, gdy ludzie rozmawiają z kimś starszym czy stojącym wyżej w hierarchii społecznej. Uczeń wobec nauczyciela, dziecko w relacji do rodzica etc. są przykładami zastosowania tej reguły. To, co odróżnia odrębne hierarchie w społeczeństwie, wpisane jest w reguły komunikacji społecznej, ponieważ szacunek i przestrzeganie ról społecznych są naturalnie implikowane przez język [2, 3].

Japońska kultura kładzie duży nacisk na uczestnictwo, zaangażowanie, włączenie się we wspólne dzieło, pracowitość i wydajność w życiu zawodowym ludzi

Kolejną ważną cechą, na którą należy zwrócić uwagę jest fakt, że japońska kultura kładzie duży nacisk na uczestnictwo, zaangażowanie, włączenie się we wspólne dzieło, pracowitość i wydajność w życiu zawodowym ludzi. Pracownicy są bardzo oddani swej misji i istnieje duża presja na dążenie do doskonałości.

Elementem ich kultury jest pragmatyzm, mający wiele zbieżnych cech z prakseologią Tadeusza Kotarbińskiego rozumianą jako metodologia skutecznego działania [5]. Japończycy rozważają, czemu ma służyć dana rzecz, a następnie zastanawiają się, jakie rozwiązania sprawią, że będzie ona posiadała najlepsze parametry pod kątem jej przyszłego zastosowania? Przykładem tego dążenia do doskonałości mogą być perfekcyjnie wykonane miecze samurajskie czy doskonałe technicznie japońskie samochody.

Zagrożeniem społecznym i dużym problemem jest obecnie niepokojący trend w japońskim społeczeństwie, mianowicie przepracowywanie się. Wielu Japończyków (w szczególności mężczyzn) pracuje aż do całkowitego wyczerpania, a czasem nawet śmierci z wyczerpania (karoshi/過勞死). Japońska młodzież może odczuwać niepokój, przewidując dzień, w którym będą musieli dołączyć do siły roboczej. Są świadomi, że prawdopodobnie będzie to wiązało się z rezygnacją z wielu luksusów, których doświadczają jako nieletni. Japonia jest niezwykle produktywna i zaawansowana technologicznie, ale jest jednym z najbardziej pozbawionych snu krajów rozwiniętego świata. Brak efektywnego snu jest problemem osób zatrudnionych zawodowo, powszechny jest widok śpiących ludzi w wagonach pociągów wracających z pracy do domu.

Warto pamiętać, że to ogólne podsumowanie nie dotyczy wszystkich Japończyków. Japonia złożona jest bowiem z wielu niejednorodnych mikro kultur, które wnoszą różne cechy zarówno do społeczności wiejskiej, jak i miejskiej. Pojawia się także różnorodność stylów życia, gdy ludzie oceniają swoje cele i wartości we współczesnym świecie. Jednak skromność, honor i kultura uprzejmości są cenione przez większość. Japończycy są w dużej mierze skromnymi, ceniącymi prywatność, cierpliwymi i refleksyjnymi ludźmi [6, 7].

Skromność, honor
i kultura uprzejmości
są cenione przez większość
Japończyków

Religie Japonii

Konfucjanizm wywarł silny wpływ zarówno na kulturę i filozofię chińską, jak i japońską. Jedną z jego cech jest brak rozróżnienia pomiędzy systemem filozoficznym i religijnym, w rozumieniu bliskim światu kultury zachodniej. Konfucjanizm jako kodeks etyczny ma wpływ na życie wielu Japończyków. Dużą wagę przykładają do wartości rodzinnych i porządku społecznego. Dla umysłowości wschodniej niewielka jest różnica pomiędzy wiarą a wiedzą. Termin „religia” w chińskim znaczeniu oznacza „Chiao” i z definicji służy określeniu czynności nauczania lub opisowi systemu nauk. W szczególności dotyczy systemu nauk moralnych. W pojęciu „Chiao” zawiera się wykształcenie w ludziach wiary w bóstwo, jednak zarazem słowo to zawiera system nauk i przykazań, jak żyć moralnie, by osiągnąć wygląd, zdrowie i spełnienie. Przyjęty od Chińczyków Konfucjanizm funkcjonuje jako kodeks etyczny, który ma silny wpływ na codzienne życie wielu Japończyków. Dużą wagę przykładają do wartości rodzinnych i porządku społecznego. Harmonia społeczna jest jednym z głównych aspektów życia społecznego Japonii [2, 3].

Głównymi religiami Japonii są shintoizm i buddyzm, a wielu Japończyków przyznaje się do praktykowania i przynależności do obu religii. Około dwóch procent ludności stanowią chrześcijanie. Shintoizm jest starożytną rdzenną religią Japonii istniejącą jeszcze przed pojawieniem się buddyzmu. Statystyki pokazują, że około dwie trzecie, tj. 66,8% Japończyków to buddyści, 1,5% chrześcijanie, a 7,1% stanowią inne religie [4, 6]. Jednak przytłaczająca liczba Japończyków (79,2%) również praktykuje shintoizm, często w połączeniu z inną religią (taką jak buddyzm). Oznacza to, że większość obywateli Kraju Kwitnącej Wiśni formalnie przyznaje się do przynależności do dwóch systemów religijnych i nie dostrzega w tym żadnej sprzeczności [4, 6, 7]. Zwyczajowo ceremonie ślubne odbywają się według obrządku shintoistycznego, a pogrzebowe zgodnie z regułami buddyjskimi. Prawie wszyscy Japończycy celebrować zwyczaje wywodzące się z buddyzmu lub shintoizmu, ale wielu może określić się jako niewierzący. Jest to powszechne, ponieważ religijne obrzędy, szczególnie shintoizmu, zaczęły być uważane bardziej za tradycje „kulturowe” niż „duchowe”.

Shinto

Shinto to rdzenna religia Japonii. Nie ma swego założyciela ani świętego pisma w postaci spisano kanonu. Shintoizm jest jednakże zakorzeniony w japońskich wierzeniach i tradycjach od początków istnienia państwa. Jego filozofia opiera się na uznaniu wartości, jaką jest więź i odpowiednia relacja człowieka z naturą. Głównym założeniem shinto jest to, że świat jest pełen duchów, a raczej bogów „kami” (神), które symbolizują pewne koncepcje życia lub świata fizycznego, np. wiatr, pioruny, woda, płodność, księżyc, góry, słońce i drze-

Wśród Japończyków naturalne jest poczucie pokory, a nawet trwogi przed niszczącą siłą żywiołów

wa. Shinto jest systemem, który nie ma formalnego dogmatu i spisanych reguł teologicznych i charakteryzuje się czcią duchów natury i przodków. Trzeba pamiętać, że szacunek dla sił natury w Japonii znajduje dodatkowe uzasadnienie, albowiem pojawiają się tam regularnie trzęsienia ziemi wyzwalamyjące potężne ilości energii mechanicznej. Japończyk, jak

mało kto, świadomy jest ich istnienia, a tajfuny, tsunami i trzęsienia ziemi od wieków stały się elementem codzienności. Naturalne jest więc poczucie pokory, a nawet trwogi przed ich niszczącą siłą [8–10].

Bogowie Kami, jeśli są odpowiednio traktowani, to ingerują w życie ludzi, aby im pobłogosławić i z hojnością obdarowywać dobrami. Wielu Japończyków czci wybranych Kami w kapliczkach lub miejscach, w których uważa się,

że Kami mieszkają, zapewniając sobie w ten sposób ich przychylność przez całe życie. Jest to optymistyczna wiara, która zakłada przekonanie, że ludzie są z natury dobrzy, a wszelkie zło jest manifestacją lub skutkiem złych duchów. Shinto podkreśla także szacunek dla przodków, rytualną czystość i szacunek dla piękna świata przyrody. Czasem w domach obecne są niewielkie ołtarze shintoistyczne kamidana (神棚), gdzie domownicy stawiają amulety świątynne, sake dla bogów, zapalają świece oraz modlą się [2, 9].

Nie wszyscy Japończycy wyznają shinto, jednak większość mieszkańców Japonii uczestniczy w praktykach tej wciąż żywej tradycji. W pewnym sensie shinto może być postrzegane przez Japończyków jako aspekt kultury narodowej (zamiast religii). Shintoizm, dzięki temu, że nie jest systemem monoteistycznym, może harmonijnie i bezkonfliktowo współistnieć z innymi religiami, takimi jak buddyzm.

Buddyzm

Buddyzm (bukkyo/仏教) jest systemem zbudowanym na przekonaniu, że ludzie mogą osiągnąć stan oświecenia, w którym uzyskują miłość, mądrość i jasność umysłu, aby wyraźnie widzieć rzeczywistość i istnieć wyłącznie w niej. Wiele nauk opiera się na zbiorze prawd o rzeczywistości, znanych jako „Cztery Szlachetne Prawdy”. Są to następujące reguły:

- istnieje cierpienie,
- cierpienie ma przyczynę,
- cierpienie ma koniec,
- istnieje ścieżka prowadząca do końca cierpienia (tzw. Ośmioraka Ścieżka).

Być buddystą — to podążać ścieżką prowadzącą do moralnego życia. Dąży się także do

rozwijania mądrości i zrozumienia rzeczywistości oraz do bycia świadomym własnych myśli i działań poprzez wzrost samoświadomości. Osiąga się to poprzez praktykowanie metody, takiej jak medytacja, aby stopniowo pokonać negatywne nastawienie do świata. Buddyzm, najkrócej mówiąc, postrzega ludzkie życie jako ciągły powtarzający się cykl narodzin i śmierci jako istoty zmierzającej w kierunku oświecenia [9, 10].

Japońską odmianą buddyzmu jest buddyzm zen (zenshu/禪宗), który podkreśla ścisły związek z naturą i rolę nauczyciela prowadzącego ucznia (w przeciwieństwie do bóstw w prowadzeniu ku duchowej wiedzy). Nauki zen cenią stymulację własnej intuicji poprzez wiersze i zagadki oraz wyko-

Buddysta dąży do rozwijania mądrości i zrozumienia rzeczywistości oraz do bycia świadomym własnych myśli i działań poprzez wzrost samoświadomości

nywanie ekspresyjnego myślenia poprzez malowanie. Buddyzm zen pojawił się w Japonii w okresie Kamakura (1185–1333), wraz z mnichami przybyłymi z Chin i szybko stał się religią samurajów. Jednocześnie zawiera elementy prowadzące do wyciszenia duchowego spotykane na przykład w ceremonii herbacianej. Prawda wedle tej tradycji odsłania się poza parawanem słów. Oświecenie może być osiągnięte na drodze medytacji i treningu wyciszenia własnego umysłu. Buddyści zen stanowią dziś mniejszość w całej społeczności buddyjskiej w Japonii. Jednak jego doktryna odcisnęła swój pozytywny ślad obecny chociażby w aranżacji wielu ogrodów przyświątynnych i zabytkach architektury sakralnej.

Praktyki zdrowotne

W kulturach niezachodnich postrzeganie choroby wydaje się odzwierciedlać czynniki społeczne i moralne [11]. Japończycy, pod wpływem kolektywistycznej orientacji współzależności, współpracy i wzajemnego dzielenia się dobrami, są uważani za wrażliwych na społeczną harmonię i etykietę interpersonalną. Elementem ich kultury jest poczucie odpowiedzialności za podejmowanie zachowania

Japończyk nie tylko dba o zdrowie własne, ale też kieruje się troską o społeczeństwo

zapobiegającego chorobom, aby zapewnić zdrowie jednostce, ale też prawidłową regulację procesów społecznych. Dlatego uzasadnione jest założenie, że zachowanie związane z zapobieganiem chorobom jest kierowane nie tylko przez związane

ze zdrowiem przekonania dotyczące jednostki, ale także przez troskę o społeczeństwo i konsekwencje złego zachowania dla jego ogólnej kondycji [2, 4, 6]. Stąd też przeziębiony Japończyk nie będzie miał oporów, by wyjść na ulicę z maseczką chroniącą inne osoby przed ryzykiem zakażenia drogą kropelkową, którego mógłby być źródłem.

W szczególności dwa rodzaje obaw mogą wpływać na zachowania profilaktyczne: troska o społeczeństwo i troska o siebie. Pierwsza odnosi się do troski o wartości społeczne i konsekwencje własnego zachowania dla społeczeństwa. Troska dotyczy refleksji nad skutkami złego, nieakceptowanego zachowania, które prowadzi do dezaprobaty społecznej, i związana jest z postawami zorientowanymi na inne osoby, które promują zachowania mające na celu poprawę dobrobytu innych. Druga z diskutowanych postaw odnosi się do zachowań nastawionych na siebie, które kontrolują i hamują określone jej formy w celu spełnienia oczekiwań społecznych. Innymi słowy, czy jednostka dokłada wszelkich starań, by spełnić oczekiwania otoczenia wobec pełnionej roli. Na ten aspekt zwrócił uwagę między

innymi Claude Lévi-Strauss, pisząc jak bardzo uderzające jest w Japonii dążenie do tego, by starannie i z poświęceniem wykonywać swoje zadanie. Japończycy z radością i poświęceniem wykonują wszystko to, co do nich należy. Obecny jest im syndrom demoralizacji [9].

Podejście do leczenia

W Japonii nie ma przeciwwskazań, aby pacjenci łączyli tradycyjne, zachodnie terapie z medycyną swego ojczystego kraju. Są w tym względzie elastyczni. Wskazane jest, aby zapytać japońskich pacjentów, czy stosują jakiegokolwiek inne metody leczenia swych schorzeń. Typowe tradycyjne praktyki zdrowotne obejmują: kampo, palenie moksy (moxibustion), shiatsu i akupunkturę, każda z nich wymaga szczegółowego omówienia:

- **Kampo** to stosowanie leków ziołowych w celach leczniczych; metoda ta powstała w Chinach około VII wieku. Zioła stosowane do leczenia są zazwyczaj w postaci sproszkowanej lub granulowanej.
- **Moxibustion** (brak precyzyjnego polskiego odpowiednika dla tego terminu) obejmuje palenie wysuszonej bylicy w dokładnie określonych punktach skóry w celu stymulowania energii życiowej i przepływu krwi, działa też przeciwzapalnie. Jako skutek uboczny może to powodować siniaki na skórze. Technika ta zawiera też włączenie do terapii okrągłych szklanych kubków (stawianie baniek), które zawierają podświetlony stożek i są wciskane w skórę, aby stymulować krążenie.
- **Shiatsu** to forma terapii wykorzystującej techniki masażu, koncentrująca się na punktach nacisku ciała, aby przekierować lub wznowić przepływ energii i przywrócić równowagę fizjologiczną.
- **Akupunktura** polega na wprowadzaniu igieł w określone punkty na ciele w celu wyeliminowania toksyn i łagodzenia bólu [12].

W shintoizmie stan zdrowia jest związany z czystością, nie tylko w sensie fizycznym; rytualne obmycie rąk towarzyszy Japończykom każdorazowo wchodzącym na teren świątynny. Japońscy pacjenci zatem mogą często myć ręce i używać mokrych ręczników, które są w powszechnym użyciu w Japonii. Warte uwagi jest refleksja, że w Japonii powszechne jest przekonanie, że Japończycy rodzą się zgodnie z regułami shinto, ale umierają, będąc buddystami i obrządku pogrzebowe dokonują się według reguł buddyjskich [2, 3]. Zgodnie z rytualnym pojmowaniem czystości choroba i śmierć są uważane za zjawiska negatywne i nieczyste, dlatego szczere i otwarte dyskusje na temat śmierci i umierania mogą być trudne i kłopotliwe. Wielu Japończyków zwraca się ku buddyzmowi w późniejszym życiu. Dla buddystów śmierć jest naturalnym procesem, w którym życie toczy się w formie odrodzenia do nowej formy egzystencji. Japońscy

pacjenci, którzy są buddystami, mogą być bardziej otwarci na dyskusję o śmierci i umieraniu niż agnostycy. Wielu Japończyków uważa, że słabość charakteru jest przyczyną chorób psychicznych i może być niechętna do otwartego dyskusowania kwestii zaburzeń nastroju, ponieważ są one uważane za oznaki słabości psychicznej, wskazujące raczej na wątplą konstrukcję psychiczną osobowości

Ze względu na bariery językowe czy różnice kulturowe Japończyk może być przez nas odbierany jako tzw. trudny pacjent

niż uleczone uwarunkowania medyczne [13, 14].

Japoński pacjent może być tzw. trudnym pacjentem, albowiem bariery w dostępie do usług zdrowotnych i ich wykorzystania, w tym usługi w zakresie zdrowia psychicznego,

obejmują język, różnice kulturowe, brak odpowiednich informacji i komunikację. W Japonii istnieje tendencja do stygmatyzowania, która pojawia się w odniesieniu do chorób psychicznych, w wyniku czego niektórzy ludzie mogą unikać opieki psychiatrycznej lub poradnictwa psychologicznego, traktując je jako przedmiot wstydu przed rodziną i bliskimi. Podkreślmy raz jeszcze — w tradycyjnym japońskim społeczeństwie choroba psychiczna członka rodziny może wiązać się z poczuciem wstydu dla jej zdrowych członków [13–15].

Ikigai

W Japonii rozwinęto specyficzne formy postrzegania życia dobrego, udanego, dającego zdrowie i spokój. *Ikigai* (生きがい) jest charakterystycznym japońskim wynalazkiem ilustrującym wyobrażenie o życiu, zdrowym, spełnionym i szczęśliwym, którego pozytywne skutki przenoszone są na następne pokolenia [16]. W celu promocji zdrowia i aktywności w okresie starości Japońskie Ministerstwo Zdrowia i Dobrostanu opracowało Narodowy Program Promocji Zdrowotnej, celem którego jest promowanie stylu życia i zachowań sprzyjających zdrowiu oraz pogłębiających poczucie sensu życia. W Europie czy Ameryce to ostatnie zwłaszcza może wprawić w zdziwienie, jednakże w systemie japońskim oznaczało nawiązanie do obecnego w tradycji shintoistycznej terminu *ikigai*. Stare, japońskie słowo *ikigai* oznacza źródło wartości obecnych w ludzkim życiu, czyniącym to życie wartym przeżycia. *Ikigai* jest terminem szerszym niż „dobrostan psychiczny”, bowiem jest w większym stopniu zorientowane na przyszłość. W Japonii szczególnie ważna jest dbałość o pozostawienie po sobie dobrego śladu, wspomnienia czy rzeczy. W rozmowach mogą pojawić się pytania: *Co po sobie zostawiasz? Jakie jest Twoje ikigai? Co jest celem Twego życia?* etc. Pytania te pojawiają się w najgłębszym sensie tego sło-

wa. W *ikigai* jest troska o to, by z życia coś wynikało dla następnych pokoleń, dzieci i wnuków. Potomkowie są postrzegani jako przyszłość własnych przodków. Jeszcze jednym aspektem *ikigai* są złożone czynniki mentalne i duchowe, dzięki którym jednostka uznaje swe życie za wartościowe. Właśnie *ikigai* czyni życie ludzkie wartym przeżycia. Kolejną ważną jakością tego terminu jest jego osobisty charakter, odzwierciedlając wewnętrzne „JA”, wiernie i prawdziwie wyraża je na zewnątrz. *Ikigai* stabilizuje, wzmacnia i ugruntowuje wewnętrzny świat jednostki, pozwalając jej w pełni czuć się sobą.

Ikigai, jak widać, odnosi się do wielu sfer życia, stanowiąc o jego wartości. Nie pomija przyjemności w hedonistycznym sensie, tj. dającej jednostce zadowolenie. Obejmuje też zadowolenie z przejawianej aktywności, która oznacza więcej niż spełnianie się w roli zawodowej. Przyjemność obejmuje także satysfakcję z osiągniętych relacji międzyludzkich, zwłaszcza tych, które dotyczą więzi rodzinnych i przyjaźni.

W wyczerpującym opracowaniu dotyczącym tego pojęcia Kamiya wymienia siedem potrzeb wynikających z realizowania *ikigai* w życiu człowieka [16]. Wśród nich wskazuje na znaczenie potrzeby dopełnienia cyklu życiowego, której wymowa w szczególności nawiązuje do współczesnej myśli psychoanalitycznej i nurtów psychologii humanistycznej. Obok niej Kamiya zwraca uwagę na potrzebę dokonywania zmian i rozwoju. W dalszej kolejności wymienia potrzeby posiadania perspektyw na przyszłość, uzyskania potwierdzenia dla własnej egzystencji, swobody i wolności. Wreszcie, wg autora, istnienie *ikigai* implikuje potrzeby samoaktualizacji oraz posiadania znaczenia i wartości obecnych w życiu jednostki [lit].

Mimo ogromnej modernizacji kraju tradycyjne wartości są nadal obecne w codziennym życiu przeciętnego Japończyka. Wciąż jeszcze *ikigai* oznacza pragnienie realizacji najwyższej wartości, związana z kultywowaniem wewnętrznego potencjału lub też tego, który nadaje jednostkowemu życiu znaczenie. Jak z powyższego zarysu wynika *ikigai* jest szerokim pojęciem obejmującym integralne komponenty dobrostanu psychicznego, jakości życia oraz zdrowia. Brak *ikigai* w życiu Japończyka pociąga za sobą złe konsekwencje, zwłaszcza dla ludzi starych, wybitnie bowiem obniża to, co w terminologii naukowej nazywane jest dobrostanem psychicznym i społecznym. Ludzie starzy mogą cieszyć się udanym życiem, z którego czerpią zadowolenie i przyjemność, postrzegając ów stan jako obecność *ikigai* w ich życiu, sytuując się jako integralny czynnik zdrowia i zadowolenia.

Porównując *ikigai* do pojęć bliższych umysłowości zachodniej, warto podkreślić podobieństwa do idei obecnych w zasadniczych nurtach psychologii humanistycznej. Samorealizacja, samospełnienie, dojrzała osobowość czy wreszcie hierarchia potrzeb Masłowa jednoznacznie korespondują z przesłaniem, jakie daje to piękne, dynamiczne i wieloaspektowe japońskie słowo.

Komunikacja w relacji leczenia medycznego

Japońscy pacjenci mogą poczuć się niezręcznie, jeśli zostaną im przekazane wrażliwe informacje medyczne obejmujące diagnozę i prognozy leczenia. Czasem mogą nie chcieć poznać szczegółów diagnozy swojej choroby bezpośrednio od lekarza i mogą preferować otrzymywanie informacji pośrednio przed wizytą,

W Japonii informacje na temat stanu zdrowia chorego są zwykle udzielane najpierw jego rodzinie

aby mogli być przygotowani na rozmowę z lekarzem. W Japonii informacje medyczne są zwykle udostępniane rodzinie, jako najbliższym osobom stanowiącym naturalne otoczenie chorego. Stąd też lekarz może najpierw poinformować członków najbliższej rodziny o stanie chorego. Jest to jedna z zasadniczych różnic dotyczących podejścia do informowania o stanie zdrowia.

Podobnie wydaje się, że takie administracyjne świętości europejskie jak RODO w Kraju Kwitnącej Wiśni nie mają szerszego zastosowania [17].

W wielu przypadkach japońscy pacjenci mogą ukrywać swe rzeczywiste reakcje i nie chcieć, aby ich lekarz poznał rzeczywisty stan ich ducha i zorientował się, że są zdenerwowani czy załamani psychicznie po wysłuchaniu złych wieści o swojej chorobie. Pocieszanie przez lekarza pacjenta, który pograżył się w smutku i żalu, może być bardzo dla niego kłopotliwe [4, 17].

- Japończycy kłaniają się, używając tego gestu na powitanie. Kłaniają się również, gdy okazują szacunek i wdzięczność. Głębokość pokłonu zależy od kontekstu i statusu społecznego zaangażowanych osób.
- Japoński uśmiech może być trudny do zinterpretowania, ponieważ może być użyty do przekazania szczęścia, złości, zamieszania, zakłopotania, smutku lub rozczarowania. Swojego niezadowolenia i irytacji nie komunikują wprost, zatem uśmiech należy odczytywać zgodnie ze znaczeniem kontekstu sytuacyjnego, w którym się pojawia.
- Japończycy w sposób charakterystyczny kiwają głowami, aby pokazać porozumienie lub koncentrację na rozmówcy podczas rozmowy.
- Japończycy dokładają wszelkich starań, aby zachować harmonię i mogą to zrobić, niezależnie od poziomu zrozumienia lub prawdziwej zgody.
- Odpowiedź negatywna jest sygnalizowana przez trzymanie ręki przed twarzą i machanie nią do tyłu i do przodu [6].
- Zazwyczaj zwracamy się do Japończyków najpierw wypowiadając nazwisko, czyli dla przykładu: Tanaka Yumiko, Okazaki Haruko etc. Podane imiona są używane tylko dla dzieci lub między bliskimi przyjaciółmi. Tytuły typu *Sensei* (先生) lub *San* (さん) mogą zostać dodane na końcu nazwiska, aby wskazać rangę lub pozycję społeczną określonej osoby. *San* jest odpowied-

nikiem tytułu *Pan/Pani* (np. Pani Kowalska). Termin *Sensei* jest zazwyczaj używany dla nauczycieli lub lekarzy (profesor, doktor, nauczyciel).

- Zaleca się unikanie bezpośredniego kontaktu wzrokowego z japońskim pacjentem podczas omawiania choroby, w tym diagnozy i rokowania [10]. Japończycy skupiają wzrok na czole drugiej osoby podczas rozmowy z nim.

Podsumowanie

Celem niniejszego opracowania było przybliżenie postaw właściwych mieszkańcom współczesnej Japonii. Ten nowoczesny kraj, mimo nieustannie dokonujących się przemian i modernizacji, nadal podtrzymuje żywe tradycje społeczne, wynikające ze szczególnego dorobku duchowego i wypracowanych na przestrzeni kilkudziesięciu stuleci orientacji światopoglądowych [18]. Poznając inne kultury i panujące w nich zasady i zwyczaje, możemy lepiej poznać i zrozumieć siebie i własne postawy.


Poznając inne kultury
i panujące w nich zasady
i zwyczaje, możemy lepiej
poznać i zrozumieć siebie
i własne postawy

Bibliografia

1. Andresen J. Cultural competence and health care: Japanese, Korean and Indian patients in the United States. *Journal of Cultural Diversity*. 2001;8:109–121.
2. Boye Lafayette De Mente B, Botting G. *Etykieta japońska*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2017.
3. Benedict R. *Chryzantema i miecz. Wzory kultury japońskiej*. Warszawa: PIW; 1999.
4. Central Intelligence Agency (CIA). *The world fact book*. CIA; 2010. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook>.
5. Kotarbiński T. *Traktat o Dobrej Robocie*. Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum; 1982.
6. Parkes G. *Ścieżki Japońskiej Umysłowości*. W: Wilkoszewska K (red.). *Estetyka Japońska, estetyka życia, piękno umiarkowania*. Kraków: Universitas; 2005.
7. Coulthard C. *Japan: A cultural profile*. Anti-Racism, Multiculturalism and Native Issues (AMNI) Centre, Faculty of Social Work University of Toronto. Toronto; 2001. <http://www.cp-pc.ca/english/japan/index.html>.
8. Lemecha M. *Obrzędy przejścia we współczesnej Japonii*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie; 2014.
9. Lévi-Strauss C. *Druga strona księżycy. Pisma o Japonii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013.
10. Blocker GH, Starling CL. *Filozofia japońska*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008.
11. Rodgers BL, Wen-Juan Y. Re-thinking nursing science through the understanding of Buddhism. *Nursing Philosophy*. 2002;3:213–221.
12. Hikoyeda N, Tanabe M. Health and health care of Japanese American older adults. W: Periyakoil VS (red.). *eCampus Geriatrics*. Stanford CA: Stanford School of Medicine; 2010.

13. Heiby EM, Dubanoski JP, Kameoka V, Saito A. Psychometric Evaluation of the Japanese Version of the Elder Life Adjustment Interview for Depression. *Journal of Clinical Geropsychology*. 2002 October;8(4): 313–322.
14. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: A comparison of Japan and Australia. *BioMed Central Psychiatry*. 2005;5:33–35.
15. Radford MH. Transcultural issues in mood and anxiety disorders: A focus on Japan. *CNS Spectrum*. 2004:6–13.
16. Kamiya M. *Ikigai*. Tokyo: Misuzu Shobo; 1966.
17. Long SO. Family surrogacy and cancer disclosure: physician-family negotiation of an ethical dilemma in Japan. *Journal Of Palliative Care*. 1999 Autumn;15(3): 31–42.
18. Suzuki DT. *Wprowadzenie do buddyzmu ZEN*. Warszawa: Czytelnik; 1979.

CZEŚĆ II



W tym rozdziale:

Wywiad z Księdzem Arcybiskupem Stanisławem Gądeckim	185
Wywiad z Naczelnym Rabinem Polski Michaelem Schudrichem	197
Wywiad z przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Imamem Yossefem Chadidem	201
Wywiad z księżmi prawosławnymi Pawłem Minajewem i dr. Włodzimierzem Misijukiem	207
Wywiad z Michałem Siwkim, nauczycielem Drogi Diamentowej	211
Wywiad z przedstawicielem Świadków Jehowy w Polsce, pracownikiem Służby Informacji o Szpitalach	217
Wywiad z Gabrielą Tobołą i Justyną Matkowską	220
Wywiad z Maho Ikushimą	227

Wywiad z Księdzem Arcybiskupem Stanisławem Gądeckim

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w religii/kulturze Księcia Arcybiskupa. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Trudno mówić o rytuałach związanych bezpośrednio z narodzinami dziecka w kulturze i tradycjach chrześcijańskich. Nowe życie traktowane jest zawsze jako wielki Boży dar, który powierzony rodzicom ma się rozwijać w wymiarze osobowego wzrostu, formacji, wychowania, kształtowania osobowości nowo narodzonego człowieka. To nowe życie powierzone jest rodzicom, którzy w duchu odpowiedzialności wobec Boga wypełniają swoje powołanie.

W aktualnie istniejących uwarunkowaniach religijnych z narodzeniem dziecka związany jest pierwszy sakrament, który na mocy wiary rodziców udzielany jest dziecku, czyli chrzest. Sakrament ten, jako pierwszy z tzw. sakramentów „inicjacji chrześcijańskiej”, gładzi to, co w doktrynie chrześcijańskiej nazywa się „grzechem pierworodnym”, konstytuuje osobową więź człowieka z Chrystusem i włącza człowieka we wspólnotę Kościoła, umożliwiając — w przyszłości — czynny udział w życiu wspólnoty wierzących i korzystanie z pozostałych sakramentów. W normalnych warunkach sakrament ten udzielany jest kilka lub kilkanaście tygodni po narodzeniu dziecka. To sprawia, że nie jest on związany bezpośrednio z narodzeniem, a zwłaszcza nie angażuje w żaden sposób pracowników służby zdrowia. Są jednak sytuacje, w których ten problem może ich bezpośrednio dotyczyć. Mam na myśli urodzenie dziecka, które jest w bezpośrednim niebezpieczeństwie śmierci. Zważywszy na znaczenie tego sakramentu dla chrześcijan, należy go udzielić takiemu dziecku jak najszybciej. W tym kontekście chciałbym podać kilka zasad, których trzeba przestrzegać, żeby sakrament chrztu został udzielony prawidłowo i ważne.

Po pierwsze, sakramentu udzielamy człowiekowi żyjącemu. Jeżeli więc nastąpił poród martwego dziecka, wtedy tego sakramentu nie udziela się. Udziela się go jednak, jeżeli istnieje prawdopodobieństwo, że dziecko jeszcze żyje. Nie ma przy tym znaczenia fakt, że poród był terminowy lub że nastąpił wcześniej. Istotne są jakiegokolwiek oznaki życia i, oczywiście, woła rodziców.

Po wtóre, sakramentu chrztu może udzielić każdy człowiek, nawet niebędący chrześcijaninem, jeżeli wykona określone czynności we właściwy sposób i uczyni to zgodnie z wolą Kościoła. *Katechizm Kościoła Katolickiego* stwierdza: „Zwyczajnym szafarzem chrztu jest biskup i prezbiter, a w Kościele łacińskim także diakon. W razie konieczności może ochrzcić każda osoba nawet nieochrzczona, mająca wymaganą intencję. Wymagana intencja polega na tym, aby chcieć uczynić to, co czyni Kościół, gdy chrzci, i zastosować trynitarną formułę chrzcielną. Kościół widzi uzasadnienie tej możliwości w powszechnej woli zbawczej Boga oraz konieczności chrztu do zbawienia” (KKK 1256). Wynika z tego, że w razie konieczności dziecko może zostać ochrzczone przez kogoś z rodziców, lekarza, pielęgniarkę, położną czy inną osobę, którą rodzice dziecka o to poproszą.

Po trzecie, należy przypomnieć, w jaki sposób należy ochrzcić dziecko. Sakramentu chrztu udziela się przez polanie głowy dziecka wodą i wypowiedzenie słów: „(Imię dziecka), ja ciebie chrzczę, w imię Ojca i Syna, i Ducha Świętego”. W przypadku takiego chrztu używa się wody „naturalnej”, czyli takiej, którą stosuje się do celów spożywczych czy higienicznych.

Po czwarte, udzielający sakramentu chrztu pracownik służby zdrowia powinien to potwierdzić odręcznie napisanym oświadczeniem o zaistniałej sytuacji i fakcie chrztu. Jest to ważne dla dziecka i jego rodziców, gdyż w przypadku gdy dziecko przeżyje, sakramentu chrztu nie powtarza się, a tylko uzupełnia pozostałe obrzędy i wpisuje się w księgach parafialnych.

W tym miejscu chciałbym wyrazić wdzięczność wszystkim pracownikom służby zdrowia, którzy kierując się wrażliwością wobec trudnych przeżyć rodziców zagrożonego śmiercią noworodka, w ten sposób spieszą im z niezwykle cenną pomocą duchową i wpisują się w całościowo pojętą opiekę nad powierzonymi im pacjentami.



Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w religii/kulturze Księstwa Arcybiskupa. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Temat umierania i śmierci chciałbym ująć w dwóch aspektach — jako doświadczenia ludzkiego i jako doświadczenia religijno-duchowego. Obydwa aspekty w sposób bezpośredni dotyczą sytuacji „szpitalnych”, a więc angażują personel medyczny.

W pierwszym, ogólnoludzkim wymiarze umieranie i śmierć są nieuniknionym, wieńczącym życie faktem, do którego człowiek może i powinien podejść w sposób jak najbardziej osobowy, to znaczy świadomy. W taki sam, a więc osobowy, podmiotowy sposób człowiek winien być traktowany przez otoczenie, w tym przez pracowników służby zdrowia. Trudno tu oczywiście o objęcie całego bogactwa tematów, problemów, trudności i znaków zapytania, jakie mogą się pojawić w kontekście zbliżającej się śmierci. Zważywszy, że śmierć pojmowana w duchu chrześcijańskim jest przejściem do innego życia i jako taka jest ostatecznym spotkaniem się z Bogiem, należałoby podkreślić konieczność osobistego przygotowania się na ten moment. Ma to szczególne znaczenie wtedy, gdy umieranie jest związane z procesem chorobowym, który — według wszelkich danych wiedzy medycznej — prowadzi człowieka ku końcowi życia. Już to stawia nas wobec niezwykle ważnego i trudnego tematu, jakim jest przekazanie choremu informacji o jego stanie zdrowia i rokowaniach — zwłaszcza jeżeli są one niekorzystne. Zagadnienie to — jak doskonale wiedzą lekarze i pielęgniarki — jest uregulowanie w zasadach etyki medycznej, która nakłada obowiązek udzielania pacjentowi informacji dotyczących stanu jego zdrowia.

Informacja o zbliżającej się w sposób nieunikniony śmierci ma ogromne znaczenie dla chorego i jego otoczenia. Pozwala przeżyć ostatni okres życia w sposób świadomy, może zmobilizować do uporządkowania pewnych kwestii — zarówno duchowych, jak i życiowych, wręcz materialnych. Pozwala wreszcie — co ma znaczenie w chrześcijańskim sposobie widzenia tego tematu — przygotować się na odejście z tego świata, będąc pojedymanym z Bogiem. Należy zwrócić uwagę na sposób przekazywania informacji, zwłaszcza trudnych dla chorego. Wydana przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia *Karta Pracowników Służby Zdrowia* podkreśla: „Obowiązek przekazania prawdy śmiertelnie choremu wymaga od personelu (...) taktu ludzkiego. (...) Prawda nie powinna być przemilczana, ale nie powinna być również po prostu komunikowana w swojej brutalnej rzeczywistości. Powinna być powiedziana z pełną miłością, wzywając włączenia się do tej komunii wszystkich tych, którzy z różnych racji asystują choremu” (nr 157).

Mówiąc o odpowiednim sposobie traktowania umierającego pacjenta, warto wspomnieć o takich zagadnieniach jak zrozumienie jego stanów ducha, dyskrekcja, możliwość obecności bliskich itp. Są to tematy niezwiązane z wąsko pojmowanym chrześcijańskim sposobem widzenia śmierci, więc ich nie rozwijam, a tylko sygnalizuję, traktując je jako postulat wobec służby zdrowia — także w czysto organizacyjnym wymiarze jej pracy.

W wymiarze czysto religijnym pojawia się w kontekście umierania temat posługi sakramentalnej wobec osoby chorej i umierającej. Tę sakramentalną posługę może spełnić tylko kapłan — kapelan szpitala lub inny ksiądz, który jest o to przez chorego poproszony.

Jeżeli mówimy o sytuacji pacjenta, jego prawach i o powinnościach ze strony szpitala, to chciałbym podkreślić kilka kwestii.

Pierwszą jest problem współpracy pracowników poszczególnych oddziałów szpitalnych z kapłanem. Z zasady w szpitalu jest jeden kapłan i już to sprawia, że jego obecność na poszczególnych oddziałach musi być dobrze zorganizowana i wkomponowana w organizację całości pracy szpitala. Po raz kolejny kieruję słowa wdzięczności za życzliwość i zrozumienie wobec posługi kapłanów.

Innym problemem jest aktywna współpraca pracowników służby zdrowia z kapłanem. Myślę w tej chwili o przekazie informacji — z zachowaniem wszelkich zasad prawnych — o sytuacjach zagrożenia. Należałoby rozróżnić przypadki nagłe od tych, które są bardziej przewidywalne.

W kontekście religijnego przygotowania do śmierci należy wyróżnić trzy sakramenty: spowiedź, komunię św. i sakrament namaszczenia chorych. Pierwsze dwa udzielane są chorym przytomnym, świadomym, z którymi jest możliwy dialog. Sakrament namaszczenia chorych może być udzielony także osobie nieprzytomnej, ale żyjącej. W tym przypadku, obok zasadniczego skutku sakramentu, jakim jest umocnienie w sytuacji choroby i cierpienia, następuje także odpuszczenie grzechów (por. KKK 1532). Przy okazji udzielania sakramentów w szpitalu ważne są: informowanie pacjenta i jego rodziny o możliwości skorzystania z posługi kapłana, wezwanie kapłana — zwłaszcza w nagłych przypadkach zagrożenia życia, zapewnienie warunków udzielania sakramentów (w przypadku spowiedzi chodzi o minimum dyskrecji). W nagłych przypadkach i przy braku kontaktu z chorym (nieprzytomny pacjent przywieziony do szpitala) decyzję o udzieleniu sakramentu namaszczenia podejmuje kapłan, ale personel szpitala ma także do odegrania ważną rolę — przede wszystkim kontakt z kapłanem i umożliwienie spełniania przez niego posługi wobec umierającego pacjenta.



Czy mógłby Ksiądz Arcybiskup odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Jego religii/kulturze lub czym ono jest?

To bardzo szeroki temat. W odpowiedzi na pytanie o sposób widzenia cierpienia w chrześcijaństwie pozwolę sobie na pójście tropem myśli zawartej w jednym z dokumentów Ojca św. Jana Pawła II poświęconego właśnie cierpieniu. Chodzi o list apostolski *Salvifici doloris*, który opublikowany został w 1984 roku. Święty Jan Paweł II, opisując fenomen cierpienia, zwraca uwagę na jego powszechność i złożoność. Podkreśla przede wszystkim to, iż cierpienie człowieka jest specyficznym doświadczeniem osobowym, odmiennym od bólu przeżywanego przez przedstawicieli świata zwierzęcego: „Cierpienie zdaje się przynależeć do transcendencji człowieka: jest jednym z tych punktów, w których człowiek zostaje niejako «skazany» na to, ażeby przerastał samego siebie —

i zostaje do tego w tajemniczy sposób wezwany” (SD 2). Tym wyróżnikiem przeżywania cierpienia przez człowieka jest przede wszystkim świadomość cierpienia w historii ludzkości i w historii osoby. Człowiek jest świadomy tego, że cierpienie było i będzie jego udziałem.

Kolejną specyficzną cechą ludzkiego cierpienia jest jego wielopłaszczyznowość. „Jakiś pogląd na tę sprawę daje nam rozróżnienie pomiędzy cierpieniem fizycznym a cierpieniem moralnym. Rozróżnienie to przyjmuje za podstawę dwoisty wymiar ludzkiego bytu, wskazuje na pierwiastek cielesny i duchowy jako bliższy czy też bezpośredni podmiot cierpienia. O ile można do pewnego stopnia używać zamiennie wyrazów «cierpienie» i «ból» — to cierpienie fizyczne zachodzi wówczas, gdy w jakikolwiek sposób «boli ciało», cierpienie moralne natomiast jest «bólom duszy». Chodzi zaś o ból natury duchowej, a nie tylko o «psychiczny» wymiar bólu, który towarzyszy cierpieniu zarówno moralnemu, jak i fizycznemu. Rozległość i wielorakość cierpienia moralnego jest z pewnością nie mniejsza niż fizycznego, równocześnie zaś zdaje się ono jakby mniej zidentyfikowane i mniej objęte terapią” (SD 5).

Święty Jan Paweł dostrzega następnie różnorodność cierpień ze względu na ich przyczyny. „Mysząc o świecie cierpienia w jego osobowym i wielościowym zarazem znaczeniu, nie można wreszcie nie zauważyć, iż ów świat w pewnych momentach czasu i obszarach miejsc ludzkiego bytowania jak gdyby szczególnie się zagęszcza. Dzieje się to np. w wypadkach klęsk naturalnych, epidemii, katastrof i kataklizmów, różnorodnych klęsk społecznych, jak np. klęska nieurodzaju i związana z nią — albo też z innym jeszcze szeregiem przyczyn — klęska głodu. Wreszcie — wojna. Mówię o niej w sposób szczególny. Dwie ostatnie wojny światowe, z których druga sprowadziła z sobą daleko większe żniwo śmierci oraz daleko intensywniejszą kumulację ludzkich cierpień” (SD 8). Są więc cierpienia spowodowane siłami natury i są te spowodowane sprawczo przez człowieka.

Tym, co decyduje o specyficznym chrześcijańskim podejściu do cierpienia, jest zasadnicze pytanie: „W głębi każdego z osobna cierpienia doświadczanego przez człowieka, a zarazem u podstaw całego świata cierpień, nieodzownie pojawia się pytanie: dlaczego? Jest to pytanie o powód, o rację, zarazem pytanie o cel (po co?), w ostateczności zaś zawsze pytanie o sens” (SD 9).

Jest to pytanie trudne, wręcz paradoksalne, bo jak można pytać o sens (dobro) czegoś, co jest złem? Złożoność tego pytania podkreśla św. Jan Paweł II: „Jedno i drugie pytanie jest trudne, gdy stawia je człowiek człowiekowi, ludzie ludziom — a także, gdy stawia je człowiek Bogu. Człowiek bowiem nie stawia tego pytania światu, jakkolwiek cierpienie wielokrotnie przychodzi do niego od strony świata, ale stawia je Bogu jako Stwórcy i Panu świata. I jest rzeczą dobrze znaną, że na gruncie tego pytania dochodzi nie tylko do wielorakich załamania i konfliktów w stosunkach człowieka z Bogiem, ale bywa i tak, że dochodzi do samej negacji Boga” (SD 9).

Można tu postawić problem: czy człowiek może nadać sens czemuś bezsensownemu? Odpowiedź chrześcijańska jest pozytywna, a zbudowana jest na osobie i dziele Jezusa Chrystusa, który „przybliżył się do świata ludzkiego cierpienia przez to, że sam to cierpienie wziął na siebie” (SD 16). Pojęciem, w którym skupia się to zagadnienie, jest Krzyż. „W Krzyżu Chrystusa nie tylko Odkupienie dokonało się przez cierpienie, ale samo cierpienie ludzkie zostało też odkupione. Chrystus — bez żadnej własnej winy — wziął na siebie «całe zło grzechu». Doświadczenie tego zła wyznaczyło nieporównywalną miarę cierpienia Chrystusa — tego cierpienia, które stało się ceną Odkupienia” (SD 19).

Zdaję sobie sprawę, że to rozważanie skupiło się na płaszczyźnie duchowej, wręcz religijnej. Tymczasem poszukujemy odpowiedzi na pytanie o sposób widzenia cierpienia w kontekście cierpiącego człowieka i ludzi stojących obok. W odkrywaniu sensu cierpienia w takim kontekście św. Jan Paweł II dokonuje analizy biblijnej przypowieści o miłosiernym Samarytaninie, zwracając uwagę, że sytuacja cierpienia wyzwoliła w ludziach określone postawy. Ograniczmy się do pozytywnych. „Idąc za ewangeliczną przypowieścią, można by powiedzieć, że cierpienie, które pod tyłu różnymi postaciami obecne jest w naszym ludzkim świecie, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwać w człowieku miłość, ów właśnie bezinteresowny dar z własnego «ja» na rzecz innych ludzi, ludzi cierpiących. Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przestanku inny świat: świat ludzkiej miłości — i tę bezinteresowną miłość, jaka budzi się w jego sercu i uczynkach, człowiek niejako zawdzięcza cierpieniu” (SD 29).

Zwieńczeniem tego wątku jest kolejny ewangeliczny tekst. Chodzi o obraz sądu ostatecznego z Ewangelii wg św. Mateusza. Święty Jan Paweł II pisze: „Przypowieść ta wejdzie na końcu swoją istotną treścią do tych wstrząsających słów o sądzie ostatecznym, jakie Mateusz zapisał w swej Ewangelii: „Pójdźcie, błogosławieni Ojca mego, weźcie w posiadanie królestwo, przygotowane wam od założenia świata! Bo byłem głodny, a daliście Mi jeść; byłem spragniony, a daliście Mi pić; byłem przybyszem, a przyjęliście Mnie; byłem nagi, a przyodzialiście Mnie; byłem chory, a odwiedziliście Mnie; byłem w więzieniu, a przyszliście do Mnie” (Mt 25, 34–36)” (SD 30).

Nie ulega wątpliwości, że cierpienie pozostanie zawsze tajemnicą, zawsze wzbudzi pytanie, na które nie można udzielić oczywistych odpowiedzi, ale chrześcijaństwo próbuje i faktycznie dokonuje swoistej reinterpretacji sumienia na dwóch płaszczyznach — religijnej i egzystencjalno-moralnej. Ta pierwsza w doświadczeniu cierpiącego chrześcijanina rozgrywa się w jego osobowej relacji z Chrystusem w rozmaitych doświadczeniach duchowych, zwłaszcza sakramentach i modlitwie, które są — jak wynika to z całości naszego wywodu — istotnymi składnikami duchowej opieki nad chorym pacjentem. Druga płaszczyzna — egzystencjalno-moralna — pozwala wyzwolić w człowieku współczucie, miłość,

wewnętrznie go poruszyć i zmobilizować do działań na rzecz cierpiącego. Czy nie myślimy w tej chwili o wszystkich opiekujących się chorym i cierpiącym pacjentem i leczących go? Zawsze otwarte pozostają kwestie zdolności człowieka cierpiącego do takiego przeżycia cierpienia, gotowości i możliwości innych do pospieszenia mu z pomocą. Nie ulega jednak wątpliwości, że chrześcijański obraz ludzkiej osoby i jej relacji z Bogiem jest pomocny w „usensownieniu” cierpienia, a przez to w przeżyciu go w sposób najbardziej właściwy z możliwych. Nie oznacza to bynajmniej, że chrześcijaństwo poszukuje cierpienia. Próbuje zgłębić coś, co jest powszechnym, wręcz nieuniknionym doświadczeniem.



Czy Ksiądz Arcybiskup mógłby odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak religia/kultura Księdza Arcybiskupa definiuje to pojęcie?

Zdrowie jest niewątpliwie dobrem osoby ludzkiej w wymiarze jego stanu duchowego i cielesnego i jako takie jest w chrześcijaństwie pojmowane jako wartość, którą należy chronić i promować. Wpisuje się ono w wizję człowieka jako stworzenia Bożego. Sobór Watykański II w *Konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym* naucza: „Człowiek stanowiący jedność ciała i duszy skupia w sobie dzięki swej cielesnej naturze elementy świata materialnego, tak że przez niego dosięgają one swego szczytu i wznoszą głos w dobrowolnym chwaleniu Stwórcy. Nie wolno więc człowiekowi gardzić życiem ciała, lecz przeciwnie, powinien on uważać ciało swoje, jako przez Boga stworzone i mające być wskrzeszone w dniu ostatecznym, za dobre i godne szacunku” (KDK 14). Zdrowie jest więc pewnym dobrostanem człowieka we wszystkich wymiarach jego osobowej struktury.

Zdrowie znalazło się w obszarze zainteresowania Chrystusa w okresie Jego działalności, kiedy to z miłością i współczuciem podchodził do ludzi cierpiących i ich uzdrawiał. Uzdrawienia te należy widzieć w kontekście tematów istotnych dla misji Jezusa — objawienie Jego boskiej natury i wiara człowieka w Jego boskość (por. Łk 7, 50).

Już to pokazuje, że w czysto religijnym wymiarze zdrowie jest dobrem stojącym w relacji do wartości wyższych duchowych, co nie wyklucza traktowania zdrowia jako autentycznego dobra osobowego.

Niezwykle ważnym i trudnym tematem jest pytanie o przyczynę choroby i cierpienia. Jak już wskazałem wyżej, Jezus jednoznacznie odcina się od tradycyjnej mentalności żydowskiej uznającej związek przyczynowo-skutkowy między grzesznością człowieka i jego chorobą (por. J 9, 1–3).

Z faktu widzenia zdrowia jako osobowego dobra chrześcijaństwo wyprowadza moralną powinność dbałości o zdrowie i leczenia w razie choroby. Dbałość o zdrowie i leczenie chorych wpisało się na stałe w misję Kościoła, który —

wierny nakazowi Chrystusa — łączy dzieło ewangelizacji z troską o chorych (por. Łk 10, 11). Tak było na przestrzeni historii chrześcijaństwa. Tak jest i dzisiaj. Wystarczy powiedzieć, że w wymiarze globalnym Kościół jest największym podmiotem organizującym służbę zdrowia.

Z zakazu pogardy wobec życia cielesnego czy zakazu jego lekceważenia należy wyprowadzić dwa obszary powinności. Pierwszy to powinność unikania tego, co szkodzi zdrowiu człowieka. Wystarczy przywołać negatywne skutki stosowania środków bezpośrednio szkodzących ludzkiemu zdrowiu — zarówno w wymiarze cielesnym, jak i psychicznym — np. nadużywania alkoholu, a zwłaszcza stosowania narkotyków. *Katechizm Kościoła Katolickiego* stwierdza jednoznacznie: „Używanie narkotyków wyrządza bardzo poważne szkody zdrowiu i życiu ludzkiemu. Jest ciężkim wykroczeniem, chyba że wynika ze wskazań ściśle lekarskich. Nielegalna produkcja i przemyt narkotyków są działaniami gorszącymi; stanowią one bezpośredni współdział w działaniach głęboko sprzecznych z prawem moralnym, ponieważ skłaniają do nich” (KKK 2291). Cytowana już *Karta Pracowników Służby Zdrowia* uzupełnia to stwierdzenie: „Z punktu widzenia moralnego przyjmowanie narkotyków jest zawsze niegodziwe, ponieważ oznacza nieuzasadnioną i irracjonalną odmowę myślenia, pragnienia i działania jako człowiek wolny” (nr 94). Do tego należałoby dodać bardziej generalną zasadę moralną negatywnie oceniającą wszelkie działania ryzykowne dla ludzkiego życia i zdrowia podejmowane z niskich motywów, a nie w imię heroicznej miłości bliźniego.

Drugim obowiązkiem związanym ze zdrowiem jest jego ratowanie w przypadku choroby. Człowiek ma moralny obowiązek stosowania metod i środków terapeutycznych, które w jego konkretnej sytuacji uznawane są za zwyczajne, czyli powszechnie stosowane, naukowo zweryfikowane pod względem skuteczności i bezpieczeństwa. Chory ma prawo, chociaż nie obowiązek, stosować także środki nadzwyczajne, które nie spełniają warunków środków zwyczajnych, a są dla niego pewną, czasami ostatnią szansą ratunku. Jednak nieprzyjęcie ich nie byłoby ze strony chorego sprzeniewierzeniem się powinności dbałości o zdrowie.

Jak widać, zdrowie w doktrynie i kulturze chrześcijańskiej jest autentycznym dobrem osoby ludzkiej i – jako takie — widziane jest jako Boży dar, którego nie wolno marnować i o który należy dbać.



Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Jak każda wiedza dotycząca człowieka, tak psychologia i psychiatria powinny odznaczać się solidnością i uczciwością w podejściu do przedmiotu swoich poszukiwań i wykorzystywać swoje odkrycia dla dobra tegoż. Kościół wykazuje

gotowość współpracy z przedstawicielami tych nauk, np. postulując, aby całościowa opieka nad chorym łączyła w sobie działania psychologa i kapelana. Innym obszarem współpracy, na który chciałbym zwrócić uwagę, jest pomoc osobom, co do których zachodzi podejrzenie wejścia w osobisty kontakt ze złym duchem; stan ten określa się jako „zniewolenie” czy „opętanie”. Kapłani upoważnieni do niesienia duchowej pomocy tym ludziom, tzw. egzorcyci, są wręcz zobowiązani do kierowania takich osób do psychiatry celem zdiagnozowania ewentualnej choroby psychicznej i dokonania wyboru sposobu działania.

Kościół nie zgłasza żadnych zastrzeżeń co do stosowania leków zaordynowanych przez lekarza psychiatrę. Warunki stawiane przez chrześcijańską doktrynę moralną w tym temacie nie odbiegają od powszechnie uznawanych zasad dotyczących farmakologii — bezpieczeństwo i skuteczność.



Proszę o wskazanie świąt, które w religii/kulturze Księdza Arcybiskupa mają największe znaczenie, a które chciałby Ksiądz Arcybiskup obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

Należy wymienić święta Wielkiej Nocy i Bożego Narodzenia. Do tych świąt, zwłaszcza do Wielkanocy, można podejść w wymiarze liturgicznym i w wymiarze kulturowo-obyczajowym. Ten pierwszy wymiar nie dotyczy oczywiście pracowników ochrony zdrowia, a nawet — na marginesie — nie może być jakoś szczególnie celebrowany w warunkach szpitalnych przez kapelana. W tym liturgicznym wymiarze pozostaje celebrowanie mszy św. w kaplicy szpitalnej — według odpowiedniego formularza liturgicznego.

Jeżeli zaś chodzi o płaszczyznę kulturowo-obyczajową, to rozbudowana jest ona zwłaszcza w odniesieniu do świąt Bożego Narodzenia. Obyczajowość, szczególnie w Polsce, jest bardzo bogata. Można wręcz mówić o swoistej „domowej liturgii”, którą da się w jakimś zakresie przeżyć w warunkach szpitalnych. Takie elementy jak choinka, kolędy odtwarzane z wykorzystaniem sprzętu nagłaśniającego, a przede wszystkim wieczerza wigilijna, przeżywana 24 grudnia wieczorem, którą rozpoczyna się od przełamania się opłatkiem, a potem spożywa się tradycyjne potrawy świąteczne, są z całą pewnością możliwe do zorganizowania w warunkach szpitalnych. Jeśli zaś pacjentom dano by szansę spędzenia tego wieczoru wspólnie z bliskimi, poza szpitalem, liczba pacjentów byłaby wtedy bardzo mocno ograniczona, co, jak sądzę, nie spowodowałoby jakichś większych perturbacji w działalności danego zakładu lecznictwa.

Ze świętami Wielkiej Nocy związana jest tradycja świątecznego śniadania z symbolicznymi potrawami. Z pewnością pacjenci byliby wdzięczni, gdyby chociaż część tych potraw znalazła się na ich stole. Nie wiem, czy nie oczekuję

zbyt wiele, ale może warto byłoby pomyśleć o zorganizowaniu tych posiłków przy wspólnym stole w jakiejś świetlicy czy innej sali... Pozostaje oczywiście problem pacjentów leżących.

Na pewno najważniejszym oczekiwaniem pacjentów jest jeszcze większy ładunek życzliwości — choć doznają jej na co dzień, dobrze byłoby, gdyby w święta wyraziła się ona w słowach życzeń i bardziej osobistej rozmowy.



Czy w trakcie pobytu Księdza Arcybiskupa w szpitalu byłyby jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?



Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mógłby Ksiądz Arcybiskup sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

Chciałbym te dwa pytania połączyć. One się zająbiają. Ponieważ moje doświadczenia z pobytów w szpitalu są w aspekcie religijnym pozytywne, dlatego odpowiem raczej w perspektywie oczekiwań, a nie postrzeganych braków.

Sądzę, że nie chodzi w tych pytaniach o ewentualne działania medyczne, które w sposób jednoznaczny naruszałoby zasady chrześcijańskiej religii i moralności, jak np. działania, które w sposób zaplanowany i zamierzony zmierzałyby do zniszczenia ludzkiego życia w jakiegokolwiek jego fazie. Chodzi raczej o zwyczajną praktykę szpitalnego życia. Chrześcijaństwo, jako rzeczywistość duchowa, ale i obyczajowa, jest systemem bardzo otwartym i – w dobrym tego słowa znaczeniu — tolerancyjnym. Sytuacje szczególne traktuje często jako zwalniające z obowiązku zachowania norm wynikających z prawa kościelnego, np. wstrzemięźliwość od potraw mięsnych w piątek nie obowiązuje osoby chorej, korzystającej z żywienia zbiorowego. Tego dyspensowania nie ma jedynie w Środę Popielcową i Wielki Piątek, więc prośba o postne posiłki zwłaszcza w te dwa dni.

Można by wymienić kilka innych kwestii, wobec których oczekiwałbym określonych zachowań. Dotyczą one szpitalnej codzienności. Do takich zaliczyłbym, np. zapewnienie dyskrecji pacjentom korzystającym z sakramentu pojednania. Spowiedź zawiera w sobie dialog między penitentem a kapłanem, poruszane są tematy bardzo osobiste. Czasami są to spowiedzi po wielu latach, często z sakramentu pokuty i pojednania korzystają osoby zdające sobie sprawę, że ich życie zmierza ku końcowi. Gdyby można zapewnić jakiś ustronny kącik na przeprowadzenie takiej rozmowy... Oczywiście znów pozostaje problem pacjenta leżącego.

Innym momentem godnym uwagi jest udzielanie komunii św. chorym leżącym na oddziałach. Gdyby można na te dwie minuty powstrzymać się od

wykonywania innych czynności przy chorych w sali, do której wchodzi w tym momencie kapelan. Kapelan ma do obejścia cały szpital, więc trudno mu wpaść się w okresy większego spokoju w salach chorych.

Zdaję sobie sprawę z czysto technicznych, lokalowych i logistycznych uwarunkowań na oddziałach, ale... Może trochę więcej świadomości i dobrej woli u wszystkich, a nasi pacjenci czuliby się lepiej. Bo przecież „dobro chorego najwyższym prawem”.



Czy mógłby Ksiądz Arcybiskup wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

Odwołam się nie tyle do osobistego doświadczenia, ale do pewnych badań, które przeprowadzono jakiś czas temu w jednym z poznańskich szpitali²³. Dotyczyły one właśnie duchowej opieki nad pacjentem. Pewne wyniki są ciekawe i godne rozważenia.

Zadano pacjentom szereg pytań dotyczących opieki duchowej w trakcie ich pobytu w szpitalu i ich oczekiwań w tym względzie. Z pozytywnym zaskoczeniem przyjąłem fakt, że większość pacjentów bardzo pozytywnie odniosła się do idei całościowej, w tym także duchowej opieki nad pacjentem. Respondenci zwrócili uwagę, że w trakcie pobytu w szpitalu istnieje możliwość praktykowania swojej wiary przez osobistą modlitwę, korzystanie z sakramentów i udział w mszy św. Jednak najbardziej uderzyło mnie to, iż znaczny odsetek pacjentów oczekiwał szeroko pojętej duchowej opieki nie tylko od kapelana, ale także od personelu szpitala.

Większość określiła swój stan jako stresujący i budzący niepokój. W tej sytuacji ponad połowa wyraziła chęć przeżycia kontaktu z Bogiem, wysłuchania przez otoczenie i odczuwała potrzebę dostępu do treści duchowych. Dla zdecydowanej większości respondentów wiara jest źródłem siły potrzebnej do radzenia sobie z ciężarem choroby i pomaga im przeżyć to trudne doświadczenie możliwie najlepiej. Zdecydowana większość chorych podejmowała osobistą modlitwę, korzystała z sakramentów. Była też grupa, która zadeklarowała ofiarowanie swojego cierpienia za innych.

W tym kontekście zostały sformułowane oczekiwania względem personelu medycznego. W kolejności częstotliwości były one następujące:

- wyjaśnienie, na czym polega choroba i leczenie,
- przekazanie prawdy o rokowaniu,

²³ Prezentacja badań w opracowaniu dr. Macieja Klimasińskiego.

- wspólna modlitwa,
- wykazywanie troski, zainteresowania i szczerości,
- okazanie życzliwości, empatii i współczucia,
- poświęcenie więcej czasu na towarzyszenie,
- wskazanie kogoś, z kim można porozmawiać na tematy duchowe,
- rozmowa na tematy związane ze śmiercią.

Przypomnę, że są to oczekiwania pacjentów kierowane pod adresem pracowników opieki zdrowotnej. Formułowane były one w zdecydowanej większości przez katolików, ale wśród ankietowanych byli też przedstawiciele innych wyznań chrześcijańskich i innych religii.

Wspominane badania wskazują, że w ocenie około połowy pacjentów oczekiwania te były zaspokojone. Wielu postulowało rozbudowanie systemu wsparcia duchowego przez zaangażowanie (zatrudnienie) dodatkowych osób. Najbardziej znaczące jest wyartykułowanie tych potrzeb, co dla personelu szpitala staje się powinnością.

Dziękuję za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska

Wywiad z Naczelnym Rabinem Polski Michaelem Schudrichem

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w religii/kulturze Pana Rabina. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Nie ma żydowskich rytuałów związanych z narodzinami czy nowymi dziećmi ani praktyk religijnych, które powinny wpływać na rodzaj czy jakość opieki, którą otrzymuje nowa matka i dziecko. Prawo żydowskie najbardziej troszczy się o zdrowie matki i dziecka i należy zrobić wszystko, aby zapewnić matce szybki powrót do pełni sił oraz ułatwić dziecku aklimatyzację w nowym świecie. Żydowski chłopcy są obrzezani ósmego dnia po urodzeniu, pod warunkiem, że są w pełni zdrowi. Obrzezanie organizowane jest przez lokalną społeczność żydowską.

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w religii/kulturze Pana Rabina. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Przed śmiercią należy zrobić wszystko, aby uratować życie pacjenta. Nasza tradycja dyktuje, iż po śmierci ciało powinno być pochowane tak szybko, jak to możliwe, i że nie należy ciała uszkadzać, nie czynić inwazji. W związku z tym sekcje są zasadniczo zabronione, jeśli ktoś uzna to za konieczne z powodów

prawnych lub medycznych, należy skonsultować się z biurem Naczelnego Rabina Polski w celu uzyskania wskazówek technicznych. Zawsze prosimy o dobrą wolę i pomoc administracji szpitala w celu jak najszybszego wydania ciała, aby móc je jak najszybciej pochować.



Czy mógłby Pan Rabin odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Jego religii/kulturze lub czym ono jest?

Nasza tradycja uznaje, że ból i cierpienie są subiektywne, a zatem nasza definicja i pomiar cierpienia opiera się na własnym twierdzeniu pacjenta. Dozwolone jest każde działanie ograniczające lub łagodzące cierpienie, bez narażania życia pacjenta. Nie można skrócić życia, by uniknąć bólu czy cierpienia, dlatego eutanazja czy samobójstwo z udziałem lekarza jest zabronione. Jednocześnie należy w miarę możliwości unikać cierpienia, dlatego osoba cierpiąca na przewlekły ból nie musi poddawać się zabiegom przedłużającym życie i przedłużającym cierpienie.



Czy mógłby Pan Rabin odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak religia/kultura Pana Rabina definiuje to pojęcie?

Życie jest najwyższą wartością w naszej tradycji, w celu jego ratowania można unieważnić każde przykazanie, z wyjątkiem morderstwa, cudzołóstwa i kultu bożków. Podobnie zdrowie i uzdrowienie są bardzo ważne w naszej tradycji. W naszej tradycji lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy służby zdrowia są partnerami Boga w procesie przywracania zdrowia pacjenta. Nasza tradycja zachęca do korzystania ze wszystkich narzędzi, którymi dysponują pracownicy służby zdrowia, w celu leczenia chorych.



Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Dolegliwości psychologiczne są nie mniej istotne niż dolegliwości fizyczne. Zdolność psychologa do leczenia i ratowania życia nie jest kwestionowana i są oni traktowani jak każdy inny profesjonalista zaangażowany w proces ratowania życia, leczenia chorych i przywracania zdrowia.

Farmaceutyki i leczenie dolegliwości psychicznych mają ten sam status, co stosowane w przypadku czysto fizycznych dolegliwości. Choroby psychiczne, takie jak depresja i anoreksja, są uważane za potencjalnie zagrażające życiu, jak choroby takie jak rak czy cukrzyca.



Proszę o wskazanie świąt, które w religii/kulturze Pana Rabina mają największe znaczenie, a które chciałby Pan Rabin obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

Święta żydowskie są liczne, niektóre odbywają się co tydzień, niektóre co miesiąc, a inne co roku.

Ich harmonogram zgodny jest z kalendarzem żydowskim, który różni się i zmienia co roku w stosunku do kalendarza chrześcijańskiego. Dodatkowo każdy żyd ma inną tradycję dotyczącą tego, w jaki sposób przestrzegać różnych aspektów każdego ze świąt. Najważniejszym świętem jest szabat, odbywa się co tydzień, od zachodu słońca w piątek do momentu, gdy trzy gwiazdy są widoczne w sobotnią noc. Pozostałe najważniejsze święta zostały wymienione poniżej wraz z datami dla aktualnego roku. Wszystkie święta zaczynają się o zachodzie słońca i kończą pojawieniem się trzech gwiazd na niebie:

- Rosz ha-Szana — 29.09.–1.10.2019,
- Jom Kipur — 8.10.–9.10.2019,
- Sukkot — 13.10.–15.10.2019,
- Szmini Aceret/Simchat Tora — 20.10.–22.10.2019,
- Chanuka — 22.12.–30.12.2019,
- Pesach — 8.04.–10.04.2020 oraz 14.04.–16.04.2020,
- Szawuot — 28.05.–30.05.2020.

Jeśli chodzi o właściwy sposób ich uczczenia, jest tutaj zbyt wiele szczegółów, aby o nich pisać, i zależy to od pragnień żydowskiego pacjenta. Biuro Naczelnego Rabina chętnie się z Państwem skonsultuje na temat konkretnego święta oraz pacjentów.



Czy w trakcie pobytu Pana Rabina w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

Największe wyzwanie, przed którym z reguły stoją żydowscy pacjenci w polskich szpitalach, to dostęp do koszernej żywności.



Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mógłby Pan Rabin sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

Leczenie to nie tylko czynność fizyczna. Postawa i zachowanie personelu oraz pacjentów ma duży wpływ na zdrowie i proces leczenia każdego pacjenta. Im

bardziej pozytywna i pełna szacunku jest atmosfera panująca w szpitalu, tym większa jest szansa na osiągnięcie optymalnego zdrowia.




Czy mógłby Pan Rabin wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

Prosty akt odwiedzania chorych i aktywnego informowania ich, że są kochani i troszczymy się o nich, jest jednym z największych możliwych działań duchowych.

Dziękujemy za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska, Rafał Staszewski

Wywiad z przewodniczącym Rady Naczelnej Ligi Muzułmańskiej w RP Imamem Yossefem Chadidem

 Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w religii/kulturze Pana Imama. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Opieka podczas porodu

Kobieta muzułmanka (część kobiet), jeśli jest to możliwe, woli znajdować się pod opieką żeńskiego personelu. Jest to szczególnie ważne podczas porodu, gdzie ścisłe poczucie prywatności i intymności jest niezbędne. Ekspozycja ciała powinna być ograniczona do minimum. Pozycja podczas porodu powinna być uzgodniona z rodzącą i być jej wyborem. Obecność męża przy porodzie jest kwestią indywidualną, wiążącą się z ewentualnością poczucia wstydu lub zakłopotania.

Noworodek

Po narodzinach dziecka rodzina może chcieć wyszeptać specjalną modlitwę do ucha noworodka (jest to modlitwa zalecana, ale nie jest obowiązkowa).

Może to być osoba z rodziny lub imam. Jeśli noworodek nie wymaga natychmiastowej porady lekarskiej, należy pozwolić na ten rytuał, nie zajmie to dłużej niż kilka minut.

Obrzezanie noworodka płci męskiej w zależności od kultury czy tradycji danego kraju wykonywane jest do siódmego dnia po narodzeniu lub też później. Zabieg może wykonać jedynie osoba wykwalifikowana tak, aby nie do-

szło do kalectwa. Większość rodziców zarówno w kraju muzułmańskim, jak i w Polsce wykonuje ten zabieg na noworodku u znajomego lekarza, który ma doświadczenie w takich zabiegach.

Aborcja

Według większości uczonych muzułmańskich aborcja jest dozwolona w przypadku zagrożenia życia ciężarnej kobiety lub wówczas, gdy jej płód jest następstwem gwałtu (lepiej, aby była dokonana przed upłynięciem dwunastego dnia ciąży kobiety). W islamie płód od dwunastego dnia ma nie tylko ciało, ale i duszę. Słowa proroka Muhammada: „Každy z was powstał w łonie matki jako zarodek przez 40 dni, a później tyle samo jako płód w kształcie pijawki, a potem tyle samo jako płód w kształcie ugryzienia, a później będzie wysłany do niego anioł i tchnie w niego ducha i zostaną zapisane cztery rzeczy: należne mu codzienne zaopatrzenie, jego śmierć, jego czyny i to czy będzie szczęśliwy czy nieszczęśliwy”.



Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w religii/kulturze Pana Imama. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Ochrona życia jest główną wartością islamu. Jednakże islam uznaje, że śmierć jest nieodłączną częścią ludzkiej egzystencji, dlatego członkowie rodziny umierającego mogą sprawiać wrażenie niezwykle spokojnych. Islam nakłada obowiązek prowadzenia leczenia dopóty, dopóki jest nadzieja na wyzdrowienie. Tak samo należy ulżyć cierpieniu przewlekle chorym i nieść im pomoc. Personel medyczny powinien z wyprzedzeniem odbyć rozmowy z pacjentami cierpiącymi na nieuleczalne choroby oraz z ich rodzinami.

Eutanazja, jak i samobójstwo są zakazane przez islam.

W sytuacji zbliżającej się śmierci rodzina może chcieć dokonać specjalnych rytuałów religijnych. Nie są to obrzędy skomplikowane, najczęściej polegają na czytaniu wersetów z Koranu oraz modlitwie mającej zagwarantować spokój duszy.

Pracownicy służby zdrowia powinni w jak najmniejszym stopniu ingerować w ciało pacjenta oraz traktować je z należyтым szacunkiem. Muzułmanie wierzą, że ciało odczuwa najmniejsze napięcie i dotyk po śmierci i dlatego m.in. w islamie kremacja zwłok jest niedozwolona. Wierzą również, że dusza pozostaje w bliskim kontakcie z ciałem, aż do momentu pogrzebu. Wszelkie zabiegi, wkłucia i ingerencje w ciało zmarłego należy ograniczyć do minimum.

Jeśli to możliwe, kontakt z ciałem powinna mieć osoba tej samej płci. Ciało powinno być obmyte, ponieważ stanowi to ważny element obrzędu pogrzebowego. W miarę możliwości należy umożliwić rodzinie obmycie ciała zmarłej osoby, jest to bowiem rytuał bardzo istotny w islamie. Obmycie zmarłego może mieć miejsce także w domu pogrzebowym.



Czy mógłby Pan Imam odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Jego religii/kulturze lub czym ono jest?

Cierpienie jest nieodzownym elementem życia człowieka na ziemi. Jest to element wpisany w jego naturę. Cierpienie może mieć różne postacie:

- cierpienie fizyczne ciała spowodowane chorobą, urazem czy też oparzeniem,
- cierpienie ciała przez niedosyt: brak lub niedobór elementów do utrzymania człowieka przy życiu, także brak możliwości spełnienia potrzeb fizjologicznych,
- cierpienie ciała doznane przy przestrzeganiu nakazów, powstrzymaniu się przed różnymi zakazami w codziennym życiu. Jest rodzaj cierpienia, po którym następuje satysfakcja z przestrzegania porządku, mimo trudu, i takie cierpienie idzie szybko w niepamięć, a zastępuje je radość,
- cierpienie duszy z powodu choroby, urazu psychicznego, w tym również problemy codzienne, i utraty bliskich czy majątku,
- cierpienie ciała i duszy, które może mieć miejsce wtedy, kiedy cierpi ciało i dusza razem, w takich sytuacjach, jak np. rozstanie się z ukochaną osobą — dlatego zauważamy, że w zgodzie z naturą człowieka pierwszym gestem przy spotkaniu takiej osoby jest objęcie jej ramionami!

Cierpienie w islamie jest wynagradzane bardzo wysoko, im cierpienie jest większe, tym wynagrodzenie jest większe. Wynagrodzenie zależy też od sposobu podejścia do cierpienia — jeżeli cierpienie jest przyjmowane pokornie i bez narzekania, to wówczas wynagrodzenie jest większe. Muzułmanin zawsze prosi Boga, aby pozwolił mu uniknąć cierpienia. Jednym z filarów wiary według proroka Muhammada jest wiara w przeznaczenie dobra i zła. Prorok mówił, że: „Podziwiam wiernego, bo kiedy spotyka go coś dobrego, to dziękuje za to Bogu i to jest dobre dla niego, ale kiedy spotyka go coś złego, wtedy on jest cierpliwy i to również jest jemu dobre”. Przez ludzkie cierpienie Bóg zamazuje grzechy człowieka. Historia proroka Hioba przedstawiona w Koranie pokazuje, że przez jego cierpliwość w cierpieniu Bóg go za nią wynagrodził.

Cierpienie jest lekcją w naszym życiu, gdyż uczy nas cierpliwości i wzmacnia nas. Ponadto nasze cierpienie powoduje, że zwracamy uwagę na cierpiące wokół nas osoby i daje nam do zrozumienia, z czym takie osoby się borykają, co skłania nas do udzielania pomocy lub starania się o taką pomoc dla cierpiących.



Czy mógłby Pan Imam odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak religia/kultura Pana Imama definiuje to pojęcie?

Zdrowie jest darem od Boga, o które trzeba się troszczyć i je pielęgnować. Nie można także go rujnować lub doprowadzać do niebezpieczeństwa. Dlatego islam daje nam wskazówki, jak dbać o swoje zdrowie oraz o zdrowie

najbliższych. Wskazówki te znajdujemy w codziennych nakazach religii: wczesne wstawanie, modlitwa poranna, ablucja, kąpiel, post w ramadanie czy nakazy, aby spożywać wyłącznie zdrowe produkty. Oprócz tego znajdujemy w islamie różne zakazy, które mają na celu ochronę zdrowia: zakaz zażywania substancji odurzających, zakaz spożywania potraw, które mogą narażać zdrowie człowieka na niebezpieczeństwo. Ochronę zdrowia w islamie znajdziemy również w zakazach zawarcia związku małżeńskiego z najbliższą rodziną. Cudzołóstwo jest zabronione w islamie, aby uniknąć chorób wenerycznych.

Chory ma obowiązek leczyć się i szukać pomocy, jeżeli jego zdrowie narażone jest na jakieś niebezpieczeństwo. Obowiązek ten ciąży na człowieku, aby chronił się przed chorobami wszelkimi dostępnymi i dozwolonymi środkami. Nie ma sposobu, aby zdefiniować zdrowie, lecz podoba mi się takie opisanie zdrowia: „Zdrowie jest koroną na głowach zdrowych, którą widzą tylko chorzy”.






Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Psychiatra i psycholog są terapeutami, którzy pomagają w odzyskaniu naszego zdrowia. Do tych specjalistów zwracamy się, gdy mamy problemy ze zdrowiem psychicznym. Zawód lekarza — niezależnie od specjalizacji — jest bardzo wysoko ceniony, bowiem niesie pomoc w cierpieniu oraz daje wskazówki, jak chronić dar, jakim jest nasze zdrowie. Lekarz odpowiada za nasze zdrowie i pacjent zwraca się do niego z pełnym zaufaniem. Rygorystycznie przestrzega jego zaleceń i przyjmuje regularnie zapisane mu medykamenty.



Proszę o wskazanie świąt, które w religii/kulturze Pana Imama mają największe znaczenie, a które chciałby Pan Imam obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

W islamie są dwa święta, są one ruchome względem kalendarza gregoriańskiego. Ruchomość ta wynika stąd, że te święta są zależne od kalendarza księżycowego. Pierwsze święto, Eid al Fitr, jest obchodzone od razu po miesiącu postu (ramadan) — zaś drugie, Eid al Adha, przypada w okresie pielgrzymowania do Mekki. Natomiast w codziennym życiu muzułmanina są modlitwy, które musi praktykować. W sumie jest pięć modlitw, każda z nich trwa ok. 10 minut. Pacjent powinien mieć możliwość odmówienia takich modlitw, gdyż nie są one uciążliwe dla personelu ani sąsiadujących pacjentów.

-  Czy w trakcie pobytu Pana Imama w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?
-  Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mógłby Pan Imam sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?
-  Czy mógłby Pan Imam wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

Pozwolę sobie odpowiedzieć na te trzy powyższe pytania razem.

Podstawowe zasady opieki zdrowotnej znajdują zastosowanie wobec wszystkich ludzi, niezależnie od ich pochodzenia kulturowego czy języka, jakim się posługują. Jednakże każdy system opieki zdrowotnej opiera się na dominującej kulturze i systemie medycznym i każdy z nas kieruje się swoją kulturą.

Ważne jest, aby zdawać sobie sprawę z własnych wartości, przekonań, oczekiwań i praktyk kulturowych oraz zastanowić się, ponieważ mogą one wpłynąć na nasze reakcje i na świadczenie usług osobom z innych kultur.

Procedury w służbie zdrowia oraz presja czasu mogą się przekładać na używane słowa i język, a tym samym na jakość komunikacji. W celu wymiany jak najszerszego zakresu informacji zarówno medycznej, jak i pozamedycznej między pacjentem a personelem medycznym konieczna jest obecność tłumacza. W przypadku gdy pacjent i personel medyczny posługują się wspólnym językiem, pomocne mogą okazać się poniższe wskazówki:

1. Bycie świadomym własnego sposobu komunikacji, w tym:
 - tempa mówienia,
 - zawilości językowych, np. specyfiki terminologii medycznej,
 - konieczności dostosowania poziomu komunikacji do kontekstu sytuacji i indywidualnych cech pacjenta.
2. Szacunek dla przekonań pacjenta:
 - ludzie mogą w różny sposób reagować w obliczu choroby, życia i śmierci, dlatego pomocne może okazać się poznanie osobistych przekonań, pomysłów, postrzegania, rozumienia i oczekiwań pacjentów i ich najbliższych. Pominięcie możliwości wyrażenia przez pacjenta jego przekonań odnośnie zdrowia i choroby może stworzyć barierę w procesie komunikacji.
3. Bycie uważnym:
 - bycie wrażliwym na mowę ciała, odczytywanie sygnałów, ponieważ zachowanie się danej osoby może stanowić wskazówki do lepszego zrozumienia jej problemów zdrowotnych, bycie świadomym, że ta sama mowa

ciała może wyrażać inne komunikaty w różnych kulturach, np. nieutrzymanie kontaktu wzrokowego może być oznaką szacunku, a uśmiech oznaką lęku lub niezrozumienia.

Kluczowe elementy w leczeniu muzułmanina to sprawna komunikacja oraz akceptacja i zrozumienie religijnych przekonań i preferencji osoby chorej. Te dwa elementy pozwalają personelowi medycznemu na udzielenie najefektywniejszej pomocy i ułatwiają to oraz zapewniają współpracę i zaangażowanie ze strony pacjenta.

W opiece zdrowotnej nad muzułmańskim pacjentem istotnymi aspektami są: włączanie członków rodziny w proces podejmowania decyzji odnośnie leczenia, zrozumienie obaw zarówno osoby chorej, jak i jej najbliższych i w miarę możliwości zadbanie o ich komfort, a także informowanie o stanie zdrowia pacjenta najpierw najbliższej rodziny, a potem osoby chorej.

Odwiedzanie chorych jest ważnym obowiązkiem muzułmanów i jest wymagane przez islam. Muzułmańscy pacjenci mogą mieć dużą liczbę gości, również spoza najbliższej rodziny. Pracownicy służby zdrowia powinni omówić z pacjentem i jego rodziną liczbę odwiedzających i wpływ, jaki może to mieć na odpoczynek lub potrzeby innych pacjentów.

Indywidualne podejście do kwestii wiary

Islam jest religią uniwersalną, praktykowaną niemalże na całym świecie. Jednak są czynniki indywidualne i kulturowe, związane bardziej z tradycją i z miejscem pochodzenia, a nie z samą religią. Z powodu tych różnic ważne jest, aby pracownicy służby zdrowia skonsultowali z pacjentem jego indywidualne potrzeby religijne.

Nie powoduje to konieczności traktowania muzułmańskich pacjentów jako grupy „specjalnej”, wymagającej szczególnej uwagi ze strony służby zdrowia. Zgodnie z naukami islamu wszystkie aspekty życia, w tym również zdrowie, są wolą Boga, dzięki czemu muzułmańscy pacjenci są bardziej skłonni do akceptowania trudnych sytuacji i postępowania zgodnie z instrukcjami medycznymi.

Dziękuję za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska

Wywiad z księżmi prawosławnymi Pawłem Minajewem i dr. Włodzimierzem Misijukiem²⁴



Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w Księży religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Paweł Minajew — Kościół prawosławny ma bardzo rozbudowane czynności liturgiczne. Już w dniu narodzin dziecka odmawiana jest modlitwa nad matką i noworodkiem. Ósmego dnia ma miejsce nadanie dziecku imienia, a czternastego odmawiane są modlitwy nad matką i następuje chrzest dziecka sprawowany razem z bierzmowaniem. Oczywiście w przypadku konieczności chrzest może być sprawowany każdego dnia. Jest to skrócony formularz w przypadku zagrożenia życia noworodka.

Włodzimierz Misijuk — W dniu narodzin duchowny prawosławny powinien wypowiedzieć *Modlitwy odmawiane pierwszego dnia, gdy kobieta urodzi dziecko*. Zawierają one prośby o wszechstronną Bożą opiekę nad matką i nowo narodzonym dzieckiem. Gdy narodziny są przedwczesne, gdy dziecko jest chore, osłabione i może umrzeć, powinno być niezwłocznie ochrzczone. Wezwany duchowny wypowiada *Skrócone modlitwy świętego chrztu* przewidziane na okoliczność chrztu dziecka w obliczu śmierci. Po chrzcie niemowlę niezwłocznie namaszczone jest świętą mirrą — udzielany mu jest dar Ducha Świętego w misterium bierzmowania.

²⁴ Ksiądz Paweł Minajew — proboszcz z parafii prawosławnej pw. św. Mikołaja w Poznaniu; ksiądz dr Włodzimierz Misijuk — wikariusz z parafii prawosławnej pw. Zaśnięcia Najświętszej Marii Panny w Białymstoku Starosielcach.

Gdy stan niemowlęcia jest krytyczny i nie ma czasu na wezwanie duchowego, chrztu „w imię Ojca i Syna i Ducha Świętego” może dokonać obecny przy porodzie chrześcijanin, mężczyzna lub kobieta.

Gdy pobyt matki i dziecka w szpitalu przedłuża się, ósmego dnia po urodzeniu dziecka wypowiedana jest *Modlitwa nadania dziecku imienia*.

Jestem prawosławnym kapłanem w szpitalu i z tego, co zauważyłem, wynika, że personel jest przeważnie zorientowany w tych kwestiach.



Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w Księżu religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

P.M. — Również w tym przypadku mamy znacznie więcej obrzędów. Poza udzielaniem komunii chorym są to: sakrament namaszczenia chorych zwany „obrzędem świętego oleju” (istnieje jego krótsza wersja „w obliczu śmierci”) oraz modlitwy odmawiane w czasie agonii. Wszystkie teksty liturgiczne są dostępne w trzech tomach ksiąg liturgicznych Euchologion. Poza tym są na stronie www.liturgia.cerkiew.pl w zakładce: tłumaczenia — euchologion (trebnik).

W.M. — W obliczu śmierci przy chorym czytane są modlitwy: *Kanon modlitewny do Pana naszego Jezusa Chrystusa i Najświętszej Bogarodzicy Matki Pana, odmawiany przy rozłączeniu duszy i ciała każdego prawosławnego*. Sprawowany może być również *Obrzęd na rozłączenie duszy i ciała, gdy człowiek długo cierpi*.



Czy mogliby Księża odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Waszej religii/kulturze lub czym ono jest?

P.M. — Prawosławie traktuje cierpienie, podobnie jak katolicyzm, jako wynik upadku człowieka, ale ma ono moc zbawczą poprzez udział i odniesienie cierpień człowieka do męki Jezusa Chrystusa.

W.M. — Ból, cierpienie, choroby i śmierć to konsekwencje upadku pierwszych ludzi.



Czy mogliby Księża odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak Księżu religia/kultura definiuje to pojęcie?

P.M. — Zdrowie jest uważane za wartość, o którą należy się troszczyć. Niedbanie o własne zdrowie odnosi się do przykazania „Nie zabijaj” w tym sensie, że narażanie własnego zdrowia lub niedbanie o zdrowie jest traktowane jako grzech.

W.M. — Podpisałbym się pod definicją zdrowia przyjętą przez WHO — „Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności, ale stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu” — ale szcze-

gólnie podkreśliłbym też znaczenie dokonanego w ostatnich latach uzupełnienia tej definicji o wymiar duchowy życia człowieka.

? Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

P.M. — Nie mamy zastrzeżeń do jakichkolwiek form leczenia, ale pod jednym warunkiem: nie mogą i nie powinny one szkodzić zdrowiu i narażać życia pacjenta.

W.M. — Psycholog i psychiatra zajmują się psychicznym stanem człowieka, czyli sferą duszy — gr. *psyche*. Zaburzenia psychiczne mogą być leczone farmakologicznie. Leki te nie sięgają jednak głębszej sfery duszy, którą określamy jako sferę ducha. Leczenie człowieka powinno być zatem działaniem całościowym, holistycznym i obejmować sfery ciała, duszy i ducha. W tym procesie powinni uczestniczyć nie tylko lekarze ciała i umysłu (duszy), ale również duchowni, angażowana powinna być również cała wspólnota religijna.

? Proszę o wskazanie świąt, które w Księżu religii/kulturze mają największe znaczenie, a które chcieliby Księża obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

P.M. — Największym świętem w prawosławiu jest Wielkanoc, zwana Paschą. Wielkich świąt jest dwanaście, ale dwa z nich — Boże Narodzenie (24 grudnia/7 stycznia) i Objawienie Pańskie (6/19 stycznia) — mają szczególne znaczenie. Ponieważ wierni obchodzą święta według starego i nowego kalendarza, mogą to być w różnych regionach Polski inne daty [podane w nawiasach — przyp. red.]. Poza tym wszystkie niedziele w roku.

W.M. — Najważniejsze święto w prawosławnym chrześcijaństwie to Pascha Chrystusowa — Zmartwychwstanie Jezusa Chrystusa. W prawosławnym kalendarzu liturgicznym wyodrębnionych jest dwanaście wielkich świąt, spośród których największe znaczenie przypisywane jest świętu Narodzenia Chrystusa, określanym również jako Zimowa Pascha.

? Czy w trakcie pobytu Księżu w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

P.M. — Przede wszystkim chodzi o eksperymenty medyczne z człowiekiem. Prawosławie jest zdecydowanie temu przeciwnie. Pracownicy służby zdrowia nie powinni też wywierać żadnych nacisków w kwestiach odnoszących się do

praktyk religijnych, powinni natomiast informować chorego lub jego rodzinę o stanie zdrowia pacjenta, o rokowaniach i jego chorobie.

W.M. — Prawosławne chrześcijaństwo podkreśla znaczenie postu. W prawosławnym kalendarzu liturgicznym post zajmuje ponad pół roku (są to środy i piątki oraz cztery kilkutygodniowe postne okresy). Choć w podróży czy w czasie choroby reguł postu trudno przestrzegać i mogą zostać pominięte, wielu prawosławnych pacjentów szpitali z pewnością czułoby się lepiej, gdyby istniała możliwość wyboru postnych posiłków w środy i piątki, a szczególnie w okresie Wielkiego Postu.



Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mogliby Księża sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

P.M. i W.M. — Uszanowanie religii i zasad z niej wynikających.



Czy mogliby Księża wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

P.M. — Bycie blisko chorego, empatia.

W.M. — Podkreśliłbym znaczenie odwiedzin członków rodziny i przyjaciół. Spotkania i rozmowy z personelem również mają ogromne znaczenie. Jednak ostatnimi laty lekarze i pielęgniarki wypełniają coraz więcej „formularzy” i zdecydowanie mniej czasu spędzają z pacjentami.

Dziękuję za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska

Wywiad z Michałem Siwkiem²⁵, nauczycielem Drogi Diamentowej

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w Pana religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Ogólnie nie mamy rytuałów duchowych, które by przywiązywały specjalną wagę do narodzin dziecka. W buddyzmie przede wszystkim nie ma koncepcji chrztu. Dzieci (pomijam tu klasztory buddyjskie w Azji, które po części pełnią funkcję opieki społecznej) są za małe na praktykę duchową, najlepiej więc jak mają ok. 16 lat i są w stanie już świadomie wybrać ścieżkę praktyki i coś z niej zrozumieć.

Krótko mówiąc, cieszymy się, jak inni, narodzinami nowego człowieka, tym, że mama jest zdrowa, ale nie wiążemy z tym żadnego specjalnego obrzędu duchowego.

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w Pana religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Tutaj sytuacja jest diametralnie inna. Chciałbym rozpocząć trochę od teorii. Według buddyzmu wszystko pochodzi od umysłu. Wszelkie zjawiska, w tym życie i śmierć, powstają w umyśle, rozgrywają się w nim, a także i z powrotem

²⁵ Michał Siwek przyjął Schronienie u Lamy Ole w 1996 roku. Na jego prośbę od 2015 r. naucza podstaw buddyzmu Diamentowej Drogi. W latach 2001–2002 był rezydentem ośrodka buddyjskiego w Hamburgu. Odbył też kilka podróży na Wschód, w tym do Bhutanu, a także Nepalu, gdzie organizował m.in. zbiórkę pieniędzy na odbudowę klasztorów buddyjskich po trzęsieniu ziemi. Jest przewodniczącym Buddyjskiego Związku Diamentowej Drogi Linii Karma Kagyu w Polsce oraz założycielem Fundacji Stupa House. Na co dzień aktywnie wspiera warszawski ośrodek medytacyjny Stupa House. Z zawodu prawnik, na stałe mieszka z rodziną w Warszawie. Źródło: <http://buddyzm.szczecin.pl/michal-siwiek-06-2017.html>.

w nim się rozpuszczają. Ponieważ umysł nie ma początku i jest niezniszczalny, śmierć go nie dotyczy. Dlatego też po śmierci to właśnie ciało umiera, ale nie świadomość, tzw. strumień świadomości opuszcza ciało i łączy się z innym, w momencie połączenia się plemnika ojca z jajem matki, i odradza się w nowej, konkretnej egzystencji, której jakość, miejsce odrodzenia, rodzice oraz ogólne nastawienie do życia zależą od własnej karmy. Co do zasady ten proces pomiędzy śmiercią a połączeniem się świadomości z nowym życiem nigdy nie trwa dłużej niż 49 dni.

Całość można porównać do sytuacji aktora, który gra w pewnym kostiumie przez cały sezon i utożsamia się z jedną rolą. Potem sztuka się kończy, aktor studiuje i poznaje nową rolę oraz zakłada kolejny kostium. Ale jest to wciąż ten sam aktor z pewnymi charakterystycznymi właściwościami, stylem gry itd.

Jeśli chodzi o otoczenie umierającego buddysty, to dobrze jest, aby:

- miał jasny, przejrzysty pokój bez telewizora, Internetu i innych niepotrzebnych „rozpraszaczy”, jednak z przyjemną atmosferą,
- wokół niego było przyjemne, ale nieekscytujące otoczenie, pokój winien być w miarę przestronny, by umierający chętnie głęboko wdychał powietrze i nie odczuwał dyskomfortu w tym względzie,
- w swoim polu widzenia miał zdjęcia nauczycieli, form Buddów, lamów, innych symboli buddyjskich itd., żeby pamiętać o tym, co istotne,
- mógł włączyć regularne i stabilne medytacje do planu dnia,
- mógł oglądać i słuchać nauk buddyjskich, aby mógł przypominać sobie o nauczycielu i metodach buddyjskich.

Co do samego procesu śmierci — w samym procesie umierania najważniejsze jest, aby przejść przez niego z odprężonym oraz rozluźnionym stanem umysłu, ale jednocześnie być skoncentrowanym i nierozproszonym. Nasz nauczyciel Lama Ole Nydahl uważa, iż: „Jeśli zrozumiemy, że każdy tak czy inaczej umrze, i nie ulegniemy poczuciu własnej wyjątkowości, umysł się rozluźni i wypełni coraz bardziej radością i spokojem”. Taka postawa umożliwi osobie umierającej spokojne odejście i pożegnanie się z tym światem. Lepiej jest bez obciążeń zająć się procesem umierania, zamiast na koniec zmagać się ze śmiercią w kurczowym uścisku, by tę walkę i tak przegrać.

Obok akceptacji śmierci, według buddyzmu, istotne jest też uświadomienie sobie, że jest to ważny i dogodny moment „przejścia”, w którym możemy dokonać szybkiego „skoku” w procesie własnego rozwoju duchowego, włącznie z możliwością osiągnięcia oświecenia w momencie śmierci. Istotne jest tutaj również, w jaki sposób świadomość opuszcza ciało. Ogólnie według nauk buddyjskich świadomość opuszcza ciało poprzez jeden z siedmiu otworów górnych oraz dwóch (u mężczyzn) i trzech (u kobiet) otworów dolnych.

Najlepiej, gdy świadomość opuści ciało przez otwór na samym czubku głowy albo przez lewą dziurkę od nosa. Jako buddyści staramy się sobie wyobrazić,

że wszystko, co najpiękniejsze, ponadosobiste i radosne, znajduje się ponad naszą głowę i czynimy życzenia, by tam się udać.

Z tego też powodu znaczenie ma pozycja, jaką przyjmujemy w momencie śmierci. Są tu dwie możliwości:

- Pierwsza pozycja, tzw. pozycja lwa, którą w momencie śmierci przyjął sam Budda. Kładziemy się na prawym boku, lewa noga leży na prawej, a lewa ręka leży na udzie. Prawe ramię trzymamy pod głową. Prawą dłońią, jeśli jest to możliwe, możemy również blokować „niższe” otwory (mały palec kładziemy na ustach, serdeczny uciska dziurkę, środkowy na oko, wskazujący na ucho, a kciuk na prawą aortę — to jest już mocno techniczne i przytaczam tylko dla porządku), tak żeby świadomość wyszła przez lewą dziurkę i osiągnęła wyższy stan świadomości. Opuszczenie ciała niższymi otworami będzie nas kierować w stronę uwarunkowanych egzystencji i będzie nam utrudniać rozstanie się z obecnym życiem.
- Druga pozycja, tzw. pozycja siedząca. Wygodna pozycja siedząca z dobrym oparciem dla pleców jest najlepsza dla wspomagania życzenia, aby świadomość opuściła ciało poprzez otwór na czubku głowy i dotarła do najpiękniejszego miejsca, które jest nad naszą głową. Tam — jeśli za życia zbudowaliśmy związek — możemy spotkać konkretnego Buddę albo ogólniej — udać się do miejsca, gdzie po śmierci będziemy dalej rozwijać swoje ponadosobiste właściwości, będziemy się uczyć, by w przyszłej egzystencji przynieść jeszcze więcej pożytku innym.

W jaki zaś sposób osoby towarzyszące umierającemu mogą się zachować, aby pomóc mu odejść?

- Rodzina i przyjaciele powinni raczej siedzieć lub stać wokół głowy umierającego. Niewłaściwe jest stanie przy nogach, robienie masażu stóp itp. Jeśli umierający czuje ból w dolnej części ciała, powinien dostać wystarczającą ilość środków przeciwbólowych, żeby świadomość nie koncentrowała się na tym obszarze, lecz mogła się skoncentrować na szczycie czaszki.
- Przyjaciele nie powinni odwiedzać umierającego o dowolnej porze, lecz tylko na początku procesu umierania; ważne jest, by odwiedzający zachowali dobry nastrój. Wchodzenie i wychodzenie warto ograniczyć. Osoby towarzyszące umierającemu powinny mieć z nim naprawdę głębokie i dobre związki. Najlepiej, aby jakiś członek rodziny lub przyjaciel przyjął rolę „bramkarza”, który potrafi powiedzieć: „Nie. Teraz, proszę, pozwólm w spokoju odejść naszemu bliskiemu”.
- Towarzyszący powinni pomóc umierającemu w unikaniu pozbawionych znaczenia, powierzchownych i małostkowych tematów i kierować jego koncentrację na to, co istotne, tzn. na wyzwolenie się z ciała, które obecnie jest źródłem ograniczenia i bólu.

- Umierającemu warto przyjaźnie i wspinałomyślnie pomóc „oczyścić” do końca wszystkie związki z bliskimi.
- Najlepsza rzecz, jaką można zrobić dla umierającego, to przypominać mu, że wszystko, co najpiękniejsze, jest nad jego głową i że chce się on tam udać.



Czy mógłby Pan odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Pana religii/kulturze lub czym ono jest?

Buddyzm to nauka, której celem jest przede wszystkim ludzkie szczęście. Ponieważ wszystkie istoty pragną szczęścia i chcą uniknąć cierpienia, Budda osiągnąwszy oświecenie, swoje pierwsze nauki poświęcił właśnie przyczynie cierpienia oraz sposobowi wyjścia z niego.

Znów nieco teorii. Według buddyzmu źródłem całego ludzkiego cierpienia jest identyfikacja z koncepcją indywidualnego „ja”, które w istocie jest iluzją. Utożsamiając się z „ja”, wszystko, co nie jest nami, staje się tobą, tamtym etc. Fałszywie oddzielamy siebie od reszty świata albo inaczej — dzielimy to, co wewnątrz, i to, co na zewnątrz, co powoduje powstanie określonych relacji. Staramy się przyciągnąć to, co przyjemne (i w ten sposób powstaje przywiązanie), uniknąć i odepchnąć to, co nieprzyjemne (tak powstaje awersja), bądź mamy do czegoś stosunek beznamiętny (powstaje ignorancja). Z tych trzech podstawowych uczuć — przywiązania, awersji i ignorancji — powstają kolejne przeszkadzające uczucia, takie jak duma, zazdrość, chciwość itd. A z tych z kolei powstają następne przeszkadzające emocje — Budda powiedział, że w sumie jest 84 000 kombinacji takich uczuć.

Wymienione powyżej emocje to przeszkadzające uczucia, a konkretniej — to, co myślimy, mówimy lub robimy pod ich wpływem, jest głównym źródłem naszych nieszczęść i całego cierpienia. Drogą wyjścia z tego są metody buddyjskie, a szczególnie zaś medytacja, która stwarza niezbędny dystans, aby przeszkadzające uczucia przestały wodzić nas za nos, ale abyśmy nauczyli się je kontrolować.

Ponadto wierzymy, że to, na ile cierpimy w życiu, to, czy odrodziliśmy się w zamożnej Szwajcarii czy pełnej cierpienia Syrii, czy mamy atletyczne, zdrowe czy też kruche, chorowite ciało, zależy od naszej karmy. Ta zaś zależy od naszych nawyków, które stworzyły nasze wcześniejsze myśli, słowa i działania, które były nakierowane na to, co pozytywne, bądź też na to, co negatywne. Znaczenie ma również fakt, czy rozwinęliśmy altruistyczną czy też raczej egocentryczną postawę wobec życia.

Schodząc na bardziej praktyczny poziom, ból fizyczny w czasie choroby powinien być uśmierzany środkami przeciwbólowymi. Ważne jest tylko, aby były one w dawkach, które pozwolą buddyście pozostać cały czas świadomym.



Czy mógłby Pan odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak Pana religia/kultura definiuje to pojęcie?

Ogólnie biorąc, odrodzenie się jako człowiek nie jest jedyną istniejącą możliwością. Buddyzm wyróżnia aż sześć rodzajów egzystencji (z których za pomocą naszych zmysłów możemy obcować tylko z jedną taką egzystencją, czyli zwierzętami), w których możemy się odrodzić. W świecie ludzkim powszechnym cierpieniem są choroba, starość i śmierć. Nie można tego uniknąć (poza może przypadkiem, gdy ktoś był zdrowy przez całe życie i zginął w nagłym wypadku) — przynajmniej na jakąś jedną chorobę trzeba umrzeć.

Tak jak już wspomniałem, zdrowie jest w dużej mierze kwestią karmy. Decyduje ona bowiem o czterech rzeczach: (1) o tym, co się będzie działo z nami po śmierci, tzn. jakiego rodzaju doświadczenia towarzyszyć nam będą w stanie pośrednim między jednym a drugim życiem, (2) gdzie się odrodzimy, w jakim otoczeniu (np. Szwajcaria czy Somalia) i jakich będziemy mieć rodziców, (3) jakie będziemy mieć geny, jakie ciało — zdrowe czy chorowite, krótko czy długo żyjące, (4) jakie będzie nasze ogólne nastawienie do życia, zwłaszcza czy będziemy mieć skłonność do robienia czegoś pozytywnego czy raczej negatywnego. W tym kontekście więc co do zasady nasze zdrowie zależy od rodzaju naszej karmy.

Z innej strony mówimy też o tzw. Cennym Ludzkim Ciele. Oznacza to, że musi się zejść wiele warunków, żebyśmy odrodzili się jako człowiek i w porównaniu z innymi gatunkami jest to rzadkie odrodzenie (wystarczy pomyśleć np. ile jest mrówek na świecie i zestawić tę liczbę z całkowitą liczbą ludności). Dlatego też jako buddyści dbamy o ciało, jemy witaminy, staramy się dobrze odżywiać, uprawiamy sport itd. Życie w zdrowiu pomaga nam koncentrować się na praktyce duchowej i byciu użytecznymi dla innych.



Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Buddyzm mogą praktykować jedynie ludzie zdrowi psychicznie. Praktyka buddyjska wymaga pewnego psychicznego nadmiaru. Na ścieżce duchowej pojawiają się bowiem nieuchronnie różne przeszkody, które trzeba pokonać, „oczyszczać” się stare, czasem zatwardziałe wzorce mentalne itd. Wszystko to wymaga wytrwałości, pełnej świadomości, dobrej motywacji, czasem też i odwagi.

Dlatego ludzie z problemami psychicznymi, patologiami psychiatrycznymi winni oddać się pod opiekę specjalistów i przyjmować przepisane przez nich leki. Buddyzm nie ma z tym żadnego problemu. Kiedy już staną na własnych nogach, zaczną znowu funkcjonować jako zdrowi psychicznie ludzie, praktyka buddyjska będzie stała dla nich otworem.



Proszę o wskazanie świąt, które w Pana religii/kulturze mają największe znaczenie, a które chciałby Pan obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

W buddyzmie nie mamy żadnych specjalnych świąt, które byśmy obchodzili. To znaczy, owszem, cieszymy się np. z rocznicy narodzin Buddy, może zorganizujemy sobie bardziej radosny wieczór z okazji nowego roku tybetańskiego, ale nie są to okazje, abyśmy np. zwalniali się ze szkoły, pracy itd. Jednak należy zwrócić uwagę na fakt, że istotne dla nas jest, gdy do naszego albo pobliskiego miasta przyjeżdża nauczyciel albo lama prowadzący wykłady czy warsztaty medytacyjne. Chcemy wówczas tam być i staramy się tak zorganizować przestrzeń w życiu codziennym (wolny czas), aby w takim wydarzeniu wziąć udział.



Czy w trakcie pobytu Pana w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

Pomoc w stworzeniu warunków dla regularnej półgodzinnej/godzinnej medytacji. Wymaga ona względnej ciszy w tym czasie. Dobrze, aby mogła się ona odbywać o stałych porach dnia. W razie potrzeby, poprzez kontakt z jednym z ośrodków buddyjskich, dobrze byłoby też ewentualnie pomóc w zorganizowaniu jakiejś literatury buddyjskiej do czytania. W całej Polsce mamy prawie 70 ośrodków, więc nie powinien być to problem.



Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mógłby Pan sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

Myślę, że jako buddyści niczym nie różnimy się tutaj od innych. Jak wszyscy chcielibyśmy, by personel medyczny charakteryzował się: ludzkim podejściem, pewnym stopniem wyrozumiałości i cierpliwości, brakiem pośpiechu i zainteresowaniem chorym. Nic innego nie przychodzi mi do głowy.




Czy mógłby Pan wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?


Wróciłem właśnie ze szpitala w Lublinie i tamtejszemu personelowi mogę wystawić tylko 5 z plusem.

Dziękuję za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska


Wywiad z przedstawicielem Świadków Jehowy w Polsce, pracownikiem Służby Informacji o Szpitalach

 Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w Pana religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Świadkowie Jehowy nie mają szczególnych rytuałów w związku z narodzinami dziecka. Jeśli wystąpi zdaniem lekarzy sytuacja, w której konieczna jest transfuzja krwi lub jej podstawowych składników, wówczas zespół lekarski może się porozumieć z Komitetem Łączności ze Szpitalami, który działa na rzecz Świadków Jehowy, i uzyskać informację o strategiach alternatywnych wobec transfuzji lub skonsultować się ze specjalistą mającym doświadczenie w tej dziedzinie.

 Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w Pana religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Świadkowie Jehowy nie mają szczególnych obrzędów, które należałoby odprawić nad umierającym. Uważają, że należy podejmować wszelkie rozsądne wysiłki, by nieść takim osobom pomoc medyczną i duchową.

 Czy mógłby Pan odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Pana religii/kulturze lub czym ono jest?

Świadkowie Jehowy wierzą, że cierpienie nigdy nie wchodziło w zakres pierwotnego zamierzenia Jehowy Boga wobec stworzeń ludzkich. Pojawiło się ono

na świecie wskutek odejścia pierwszych ludzi od sprawiedliwych mierników Bożych. Bóg jest miłością i dlatego cierpienie Jego stworzeń pobudza Go do okazywania miłosierdzia (Psalm 41:2, 3). Świadkowie Jehowy starają się naśladować Go pod tym względem. Tkliwe współczucie pobudza ich do działania na rzecz będących w ciężkiej potrzebie. Pomoc współwyznawców oraz pociecha i wsparcie od Boga łagodzą udrękę cierpiących (List 1 Jana 3:17, 18).

? Czy mógłby Pan odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak Pana religia/kultura definiuje to pojęcie?


Świadkowie Jehowy wierzą, kierując się naukami Biblii, że pierwsi ludzie zostali stworzeni doskonali i zarówno ich ciała, jak i umysły nie miały żadnych wad. W związku z tym cieszyli się oni doskonałym zdrowiem i mogli żyć bez końca. Chociaż obecnie nie mamy doskonałego zdrowia, Świadkowie Jehowy traktują życie jako dar od Boga i poczuwają się wobec Niego do obowiązku dbania o zdrowie. Dlatego nie palą tytoniu, nie zażywają narkotyków, nie nadużywają alkoholu ani nie biorą udziału w niczym, co narażałoby ich zdrowie lub życie na poważne ryzyko.

? Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Chociaż Świadkowie Jehowy nie przyjmują krwi ani jej podstawowych składników, to o wyborze innych procedur leczniczych lub diagnostycznych, które nie wymagają użycia krwi, łącznie z zasięgnięciem porady specjalisty zdrowia psychicznego, każdy z nich decyduje osobiście. Niektóre metody diagnostyczne lub lecznicze stosowane w psychologii lub psychiatrii mają podłoże religijne, dlatego w oczach Świadków Jehowy są nie do przyjęcia.

? Proszę o wskazanie świąt, które w Pana religii/kulturze mają największe znaczenie, a które chciałby Pan obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?


Dwa razy w tygodniu Świadkowie Jehowy mają swoje spotkania religijne. Pojedynczy wyznawcy, którzy z powodu stanu zdrowia nie mogą być na nich obecni, mogą słuchać programu. Jeśli warunki techniczne na to pozwalają, takie osoby mogą również uczestniczyć w zebraniu drogą transmisji telefonicznej. Świadkowie przebywający w szpitalu, którym stan zdrowia pozwala na skorzystanie z tych możliwości, byłiby wdzięczni za udostępnienie miejsca, w którym mogliby słuchać przekazu bez rozpraszania uwagi.

 Czy w trakcie pobytu Pana w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

Według spostrzeżeń pewnego chirurga²⁶, który z powodzeniem wykonał trzysta dużych operacji u jedenastu różnych pacjentów będących Świadkami Jehowy, „pacjenci ci ustosunkowują się pozytywnie do zabiegu i pooperacyjnego okresu rekonwalescencji, jeśli nie mają obaw, czy przypadkiem nie otrzymają transfuzji”. Wypowiedź ta ilustruje, że powstrzymanie się od negatywnych komentarzy i zastąpienie ich wiarygodnym, rzetelnym zapewnieniem wywiera ogromny wpływ psychologiczny i jest niezwykle pomocne²⁷.

 Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mógłby Pan sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

Świadkowie Jehowy cenią sobie otwarte i szczerze podejście pracowników ochrony zdrowia, którzy uczciwie ich poinformują, czy zajmą się ich przypadkiem, czy też nie.

 Czy mógłby Pan wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?


W obrębie swojej sieci Komitetów Łączności ze Szpitalami Świadkowie Jehowy utworzyli Grupy Odwiedzania Chorych, które niosą wsparcie duchowe pacjentom przebywającym w szpitalach nawet w odległych częściach świata. To postanowienie co do duchowego wsparcia jest szczególnie pomocne, jeśli pacjent będący Świadkiem ulega nieszczęśliwemu wypadkowi z dala od miejsca zamieszkania.

Dziękuję za rozmowę
Katarzyna B. Głodowska

²⁶ A.A. Kambouris. Major Abdominal Operations on Jehovah's Witnesses. The American Surgeon. 1987 June;53:350-356.

²⁷ Tamże.

Wywiad z Gabriellą Tobołą²⁸ i Justyną Matkowską²⁹

 Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w Pań religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Gabriela Toboła — Po narodzinach dziecka, w domu romskim panuje naturalna radość związana z witaniem na świecie nowego członka rodziny. Niekiedy organizowane są rodzinne biesiady towarzyszące temu wydarzeniu. Jeśli chodzi o opiekę medyczną — to Romowie na ogół rozumieją dobrze wyższą konieczność takiej sytuacji, ale mimo wszystko, mogą przeżywać rozterki lub nawet wykazywać w związku z tym pewne obawy.

²⁸ Gabriela Toboła, ur. 1976 r. w Poznaniu. Magister sztuki, menedżerka kultury, pedagog, gitarzystka, działaczka społeczna związana z poznańskimi organizacjami pozarządowymi. Ukończyła studia magisterskie na wydziale instrumentalnym Uniwersytetu Muzycznego im. I.J. Paderewskiego w Poznaniu oraz studium podyplomowe z zakresu pedagogiki instrumentalnej na tej samej uczelni, a także studia podyplomowe o specjalności zarządzania placówką kultury w Wyższej Szkole Umiejętności Społecznych w Poznaniu. Nauczała gry na gitarze w POSM I st. w Poznaniu oraz w ZSM w Gnieźnie. W środowisku romskim działa od 2001 r. Od 2002 r. związana z poznańską Fundacją „Bahtale Roma”, którą pomagała współtworzyć i prowadzić. W fundacji zajmuje się m.in. koordynacją projektów artystycznych, kulturalnych, integracyjnych, edukacyjnych i społecznych.

²⁹ Pełnomocnik Wojewody Dolnośląskiego ds. mniejszości narodowych i etnicznych w latach 2016–2019. Doktorantka Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Wrocławskiego, Adjunct na Hawai’i Pacific University College of Liberal Arts oraz członek Komisji Wspólnej Rządu i Mniejszości Narodowych i Etnicznych do spraw finansowania zadań oświatowych służących podtrzymywaniu tożsamości narodowej, etnicznej i językowej mniejszości. Nowa Pełnomocnik ma w połowie romskie, a połowie polskie pochodzenie, stąd problemy i specyfika mniejszości narodowych i etnicznych nie są jej obce. Do zadań Pełnomocnik należy koordynowanie działań organów administracji rządowej realizujących działania na rzecz mniejszości, rozwiązywanie problemów oraz przeciwdziałanie dyskryminacji na obszarze Dolnego Śląska. Źródło: <https://www.duw.pl/pl/biuro-prasowe/aktualnosci/11672,Nowa-pełnomocnik-Wojewody-Dolnoslaskiego.html>.

Rekomendacje dla personelu medycznego:

- Jeśli to możliwe - to kobietę powinna badać lekarka, a mężczyznę lekarz.
- Starać się udzielić pacjentce jak największe wsparcia i zrozumienia.
- Prowadzić działania edukacyjne w odniesieniu do romskich mężczyzn: mężów, ojców, braci pacjentki, przy okazji ich wizyt w placówce zdrowia (przychodni, szpitalu), m. in. rozmawiać nt. konieczności opieki nad kobietą ciężarną/ rodzącą/ wychowującą dziecko oraz o potrzebie i sposobach opieki nad dzieckiem.
- W razie wątpliwości, jak się zachować w danej sytuacji, zaleca się po prostu spytać pacjenta lub jego rodzinę i poprosić o wyjaśnienie.
- W sytuacjach spornych próbować znaleźć rozsądny kompromis.

Justyna Matkowska — Niezwykle oczekiwanym i pożądanym okresem życia każdej kobiety romskiej jest ciąża, ponieważ stanowi ona przypieczętowanie małżeństwa. Narodziny dziecka są ważnym i szczęśliwym wydarzeniem dla społeczności romskiej. Kobieta uznaje się za dojrzałą dopiero po urodzeniu pierwszego dziecka choć dojrzałość osiągnięta jest wraz z pierwszą menstruacją. Sam poród z perspektywy romskiej stanowi akt rytualnie nieczysty i kalający. W trakcie porodu matka z dzieckiem jest okresowo odseparowana od reszty w obawie przed skalaniem innych członków rodziny. Dlatego też kobiety romskie chętnie rodzą w szpitalach. Jest on traktowany jako miejsce odosobnienia, w trakcie rytualnej nieczystości. W czasie porodu kobiecie romskiej mogą towarzyszyć jedynie inne kobiety (najlepiej) spoza społeczności romskiej. Istotny jest także fakt, iż w kulturze romskiej obowiązuje całkowity zakaz przerywania ciąży, które zgodnie z romanipen (podstawową normą moralno-etyczną będącą wykładnią romskiej tożsamości) jest interpretowane jako celowe pozabawienie życia, co uznaje się za grzech ciężki.



Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w Pań religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

G.T. — Nie ma rytuałów związanych ze śmiercią, które byłyby szczególnie istotne z punktu widzenia służby zdrowia. Zdarza się, że cała rodzina pragnie czuwać przy ciężko chorym. Po jego śmierci, u niektórych Romów, bliższa i dalsza rodzina pozostaje przy zmarłym aż do momentu pogrzebu śpiewając i popijając alkohol, którego część wylewana jest zwyczajowo na ziemię. Członkowie rodziny wspominają zmarłego, goszczą się wzajemnie. Panuje smutek i ogólna żałoba.

Rekomendacje dla personelu medycznego:

- Zezwolić rodzinie na czuwanie przy chorym, o ile nie zakłóci to spokoju innych pacjentów i nie wpłynie na dezorganizację pracy szpitala.

J.M. — Śmierć jest doniosłym i jednocześnie tragicznym wydarzeniem dla społeczności romskiej. Rodzina pogrążona jest w bólu i rozpacz. Przy zmarłym gromadzą się krewni, którzy licznie przybywają na ostatnie pożegnanie. Romowie przywiązują ogromną wagę do rozgrzeszenia umierającego oraz obecności duchownego w czasie pochówku. Zamknięcie trumny poprzedza pożegnanie nieboszczyka przez rodzinę poprzez pocałunek w czoło. Następnie w czasie wnoszenia trumny trzykrotnie uderza się nią o próg mieszkania, tak aby zmarły pożegnał się z domem. Pogrzeb odbywa się trzeciego dnia po śmierci. Żałoba trwa rok. W kulturze romskiej kultowi zmarłych towarzyszą liczne zwyczaje i obrzędy, związane z wyobrażeniem życia po śmierci. O zmarłych nie powinno się mówić źle. Wynika to z wiary w dusze, które żyją pośród bliskich. Istotna z perspektywy romskiej jest także pamięć zmarłym. Spożywając alkohol – niezależnie od okazji – pierwsze krople należy wylać na ziemię, wypowiadając przy tym słowa: *lokhi phuv mulorenge*, co bliskie jest polskiemu zwrotowi: „Niech mu ziemia lekką będzie”.



Czy mogłyby Panie odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Pań religii/kulturze lub czym ono jest?

G.T. — Cierpienie definiowane i przeżywane jest przez Romów podobnie, jak przez przedstawicieli innych kultur europejskich. Związane jest z bólem fizycznym lub psychicznym, stratą, najczęściej kogoś bliskiego. W obliczu cierpienia jedni drugim współczują, pocieszają się wzajemnie, pomagają sobie przetrwać żałobę. Czasem cierpienie może uwidaczniać się poprzez nieco większą egzaltację, niż powszechnie spotykana, przejawiającą się w lamencie lub płaczu.

J.M. — Cierpienie jest stanem bólu emocjonalnego lub fizycznego. Jest to przykre i bolesne uczucie spowodowane doświadczeniami, problemami, stanem zdrowia lub utratą bliskiej osoby. W trakcie tych zmagania można jednak liczyć na pomoc i wsparcie bliskich, którzy nigdy nie zawodzą.



Czy mogłyby Panie odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak Pań religia/kultura definiuje to pojęcie?

G.T. — Zdrowie jest jedną z najwyższych wartości. W jego pojmowaniu nie ma zasadniczej różnicy pomiędzy Romem, a przedstawicielem innej nacji europejskiej. Pewna różnica uwidacznia się w sposobie realizowania tej wartości. Romowie, na ogół, starają się bardzo dbać o zdrowie, co można niekiedy odebrać jako przesadną dbałość o siebie. Aczkolwiek dieta większości Romów jest bardzo niezdrowa - opiera się na tłustych produktach mięsnych, zamiłowaniu do biesiadowania przy obficie zastawionym stole, co w połączeniu z siedzącym

trybem życia, zwłaszcza wśród mężczyzn, oraz nagminnym używaniem tytoniu, prowadzi do wielu poważnych chorób układu krążenia, stawów, kręgosłupa, itp. Wśród członków społeczności romskiej, ze względu na otyłość, często diagnozowana jest cukrzyca lub nadciśnienie tętnicze.

Większość Romów ma ogromne, często nawet przesadne zamięłowanie do czystości. Mieszkania, samochody i ubrania Romów lśnią na co dzień nieskazitelną czystością, a w ich otoczeniu panuje nienaganny porządek. To umiłowanie czystości jest korzystne dla zdrowia oraz higieny. Wypracowany przez nich samych wizerunek Romów dbających o czystość i schludny wygląd jest zniekształcany przez grupy tzw. „żebrzących Rumunów. Romowie bardzo ubolewają z tego powodu, gdyż w związku z postępowaniem tych osób, oni sami nazywani są niekiedy „brudasami”, co jest bardzo krzywdzące i nie ma żadnego uzasadnienia w rzeczywistości. Romowie - jak sami twierdzą - handlują, ale nie żebrzą, i podobnie jak inne osoby, a może nawet jeszcze bardziej, są oburzeni procederami wyłudzenia pieniędzy stosowanymi przez tzw. „Romów rumuńskich” na ulicach miast. M.in. w związku z takimi sytuacjami, Romowie jeszcze usilniej starają się dbać o czystość i nieskazitelną wygląd. Bardzo często przestrzegają pod tym względem bardzo surowych kryteriów, stanowiąc nierzadko godny wzór do naśladowania przez rdzennych Europejczyków. Jako przykład mogą posłużyć chociażby drobne czynności domowe: niektóre kobiety romskie mają zwyczaj wielokrotnego płukania ziemniaków przed ugotowaniem i niekiedy konkurują ze sobą co do liczby zastosowanych płukań. W domu romskim nie wolno stawiać na podłogę garnków, ani innych naczyń używanych do przygotowywania żywności. Kobiety nie mogą myć ani obrabiać produktów spożywczych poza kuchnią. Bywa, że artykuły, takie, jak ręczniki czy pościele składane są w wymyślny, wykwintny sposób, a mieszkania urządzone gustownie, w oparciu o standardy spotykane w najznakomitszych domach czy hotelach w Europie i na świecie.

J.M. — Zdrowie stanowi ważną wartość. Jednak często zapominamy o nie zadbac, co niestety stanowi problem wielu Romów.



Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

G.T. — Z kulturowego punktu widzenia nie ma przeciwwskazań do przyjmowania leków zaordynowanych przez lekarza psychiatrę.

J.M. — Podejście do kwestii leczenia psychologicznego i psychiatrycznego jest w społeczności romskiej neutralne. W sytuacji, kiedy terapia jest niezbędna Romowie stosują do zaleceń lekarza i personelu medycznego.



Proszę o wskazanie świąt, które w Pań religii/kulturze mają największe znaczenie, a które chciałoby Panie obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?

G.T. — Romowie, jako lud, nie mają swojej religii. Przejmują oni wierzenia popularne w miejscach, w których zamieszkują. Tak więc w Polsce, wśród Romów jest wielu katolików. Są też wyznawcy lub zwolennicy religii Świadców Jehowy oraz Zielonoświątkowcy, Chrystianie, a także nieliczni przedstawiciele innych wyznań. Nierzadko Romowie praktykują daną religię na swój własny, zindywidualizowany sposób, przetwarzając dogmaty wiary przez pryzmat rodzimych tradycji kulturowych oraz własnych potrzeb. Najlepiej jest zatem spytać daną osobę, jakie święta obchodzi.

J.M. — Romowie obchodzą święta zgodnie z wyznawaną religią. W Polsce Romowie są najczęściej katolikami, prawosławnymi, świadkami Jehowy lub członkami Kościoła Zielonoświątkowego, co oznacza, że praktyki religijne są przez nich wypełniane zgodnie z wiarą.



Czy w trakcie pobytu Pań w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

G.T. — Nie znane są takie przypadki. Ze względu na pomoc medyczną otrzymywaną w szpitalu, Romowie bardzo cenią służbę zdrowia i coraz częściej z niej korzystają, również jeśli chodzi o badania i profilaktykę. Z tego powodu, podczas pobytu w szpitalu, często odstępują od wielu praw obowiązujących w kulturze romskiej. Najlepiej zapytać pacjenta wprost o zwyczaje, nakazy lub zakazy, których zobowiązany jest przestrzegać w ramach swojej kultury.

J.M. — Chciałabym zwrócić uwagę na częstotliwość oraz liczbę odwiedzających chorego. W kulturze romskiej silnie rozbudowane są więzi rodzinne i klanowe stąd ważne z perspektywy romskiej jest wsparcie rodziny w przypadku problemów, w tym problemów zdrowotnych. Nie powinno więc dziwić, że w sytuacji, kiedy osoba ze społeczności romskiej jest hospitalizowana, jej rodzina pragnie wspierać ją oraz jej bliskich w tych trudnych momentach. Jednak przeważnie wiąże się to także z dużą liczbą odwiedzających oraz czuwającym przy chorym, a także gwarem, co może także bezpośrednio wpływać na komfort pracy personelu szpitalnego. Nie jest to wynikiem złej woli lub braku kultury przedstawicieli społeczności romskiej, lecz właśnie przestrzeganiem zasad kultury romskiej. W tej sytuacji wskazane jest uprzejmie zwrócenie się do najstarszej osoby ze społeczności romskiej lub najbliższego krewnego, z prośbą o opuszczenie sali w trakcie przeprowadzania badań lub podawania

leków oraz — w razie potrzeby — umiarkowane ściszenie głosu. Rodzina na pewno to wykaże się zrozumieniem i zastosuje się do prośby.



Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mogłyby Panie sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

G.T. — Podobnie jak ogół pacjentów, Romowie oczekują od służby zdrowia godnego traktowania (z uszanowaniem uwarunkowań kulturowych), prawa do wyboru metody leczenia, profesjonalizmu, wysokich standardów, rzetelnej informacji, przyjaznej atmosfery, cierpliwości i empatii. W zamian za profesjonalnie wykonywaną pracę postulują godne, odpowiednio wysokie płace dla personelu szpitala, licujące z odpowiedzialnością osób, którym powierza się ratowanie zdrowia i życia człowieka.

J.M. — Tolerancja, akceptacja oraz szacunek do drugiego człowieka niezależnie od przynależności narodowej, etnicznej, religijnej czy kulturowej.



Czy mogłyby Panie wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

G.T. — Romowie bardzo cenią sobie szeroko pojętą opiekę medyczną. Sami jednak nie mogą być pracownikami służby zdrowia, ponieważ zabrania im tego tradycja nakazująca trzymanie się z dala od zwłok i wszelkich nieczystości. Lekarze dotykają umarłych, operują ludzi, tnąc ich ciała skalpelem, i w jakiś sposób zadając ból fizyczny, cierpienie - choć jest ono konieczne, medycznie uzasadnione. W wyobraźniach Romów - lekarze - w pewnym sensie decydują o życiu i śmierci człowieka. Tego wszystkiego Romom czynić nie wolno. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę, jakie cenne wartości humanitarne związane z poszanowaniem ludzkiego ciała, zdrowia i życia, leżą u podstaw romskiego systemu aksjologicznego.

W szpitalu umierają ludzie, a Romowie, zarówno starzy, jak i młodzi, bardzo boją się ciemności i duchów, dlatego pragną oni czuwać cały czas przy chorym, żeby ten czuł się w pełni bezpieczny.

Romowie często spotykają się ze stosowaniem wobec nich tzw. odpowiedzialności zbiorowej, dlatego proszą, by nie oceniano wszystkich przez pryzmat ewentualnego nie właściwego zachowania danej osoby/pacjenta.

Romom bardzo zależy na możliwości codziennego dostarczania choremu świeżego, domowego jedzenia przez rodzinę, o ile nie wyklucza tego dieta pacjenta. Romowie bardzo cenią sobie domowe, tradycyjne posiłki. Ponadto przesadnie obawiają się panujących w szpitalu chorób. Dlatego, w trosce o własne zdrowie i dobre samopoczucie, proszą o zezwolenie na dostarczanie romskim pacjentom specjalnie przygotowanych przez ich rodziny posiłków.

Niekiedy zdarza się, że personel szpitalny zirytowany jest widząc krewnych odwiedzających chorego. Słyszą: „Znowu tu jesteście?!”, „Przeszkadzacie!”. Romowie proszą, żeby w takiej sytuacji uprzejmie zwrócić uwagę rodzinie pacjenta. Będą się starali dostosować.

Czasem spotyka się nieprzychylnie reakcje ze strony szpitalnego personelu na rozmowy prowadzone przez Romów w ich ojczystym języku. Jest to przejaw dyskryminacji i nie może być akceptowany.

Rekomendacje dla personelu medycznego:

- W razie konieczności — uprzejmie zwracać uwagę.
- Zezwalać na dostarczanie pacjentom świeżych posiłków przez ich rodziny.

J.M. — W trakcie pobytu w jednym z wrocławskich szpitali moja mama otrzymała potrzebne wsparcie duchowe od kapelana szpitalnego. Odwiedzał mamę codziennie, udzielał komunii oraz odmawiał modlitwę. Okazało się to niezwykle wartościową pomocą, dającą nadzieję i siłę choremu.

Dziękujemy za rozmowę
Ewa Baum, Katarzyna B. Głodowska

Wywiad z Maho Ikushimą³⁰

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane z narodzinami występują w Pani religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

W Japonii kobiety rodzą w szpitalach. Szpitale są odpowiednio wyposażone i nowoczesne. Opieka jest zapewniona ze strony lekarza i całego zespołu medycznego. Nie ma szczególnych różnic w sposobie rodzenia i podejściu do kobiety rodzącej w Japonii i w Polsce. Nie wiem na czym polega różnica? Lekarze chcą się opiekować i pacjenci chcą mieć zaufanie do lekarzy.

? Proszę o wyjaśnienie, jakie rytuały związane ze śmiercią występują w Pani religii/kulturze. Na które pracownicy ochrony zdrowia powinni zwracać uwagę i jakich zasad mają przestrzegać?

Japończyk umiera po buddyjsku, rodzi się według Shinto. Kiedy umiera człowiek pojawia się firma pogrzebowa, która zajmuje się całą ceremonią. To jest zorganizowane w Japonii i powszechnie praktykowane, że firmy zajmują się tą pracą. Przyjeżdżają do domu, gdzie obmywają ciało zmarłego. Umyte ciało ubierają w białe kimono, w którym zmarły będzie podróżował w zaświaty. Biały to kolor czystości. Zmarły ma strój na podróż. Na nogi zakładają specjalne sandały waraji. Na czole kładzie się kawałek białego płótna w kształcie trójkąta. To symbol buddyjski. Pierwszego dnia wieczorem przychodzi mnich i inicjuje modlitwę. Całą noc pali się kadzidło, które nie może zgasnąć. Japończycy nie znają i nie używają świec przy takich okazjach. Tej pierwszej nocy dom jest

³⁰ Maho Ikushima — pracownik Wydziału Neofilologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, nauczycielka kaligrafii z Japonii, autorka monografii „Praktyczny kurs gramatyki języka japońskiego”.

pełen gości, przychodzi dużo członków rodziny i znajomych, którzy modlą się całą noc z kapłanem. W tym czasie domownicy mogą jeść wspólnie posiłki. Drugiego dnia, po nocy modlitw, rozpoczyna się pogrzeb. Przed ołtarzem domowym stawia się kwiaty, jedzenie, owoce oraz, co ważne, jakiś przedmiot, którym zmarły posługiwał się za życia. Murarzowi pozostawia się na przykład kielnię, cieśli jakieś narzędzie jego codziennej pracy itp. Powinien to być przedmiot, który każdego dnia zmarły używał w pracy. W większości przypadków, w domach są miejsca na takie ołtarze. Następnego dnia odbywa się pogrzeb. Mnich recytuje sutry. Zwyczajowo ktoś z rodziny dziękuje wszystkim obecnym za przybycie na pogrzeb. Pogrzeb jest ceremonią okazania sobie wzajemnego wsparcia. Goście pogrzebowi, zgodnie ze zwyczajem, przynoszą osieroconej rodzinie pieniądze. W zamian rodzina ma już przygotowane drobne prezenty, którymi obdarowuje gości. Zazwyczaj są to ręczniczki albo inne drobiazgi, jak na przykład dobra zielona herbata. Osoby przychodzące na pogrzeb wpisują się do księgi pamiątkowej przygotowanej na tę okazję. Gdy mnich kończy recytować sutry, każdy z uczestników pogrzebu podchodzi i zapala zmarłemu kadzidło, które stawia przy ołtarzu. Potem odbywa się ceremonia kremacji ciała. Czuwający nad tym procesem łamie zwęglone kości i wsuwa je do urny. Rolą rodziny jest przenieść ich zwęglone fragmenty do urny, dotykając kości pałeczkami, nie wolno tego robić rękoma. Jak ta czynność jest zakończona rodzina udaje się na posiłek. Gdy ceremonia się kończy, osierocona rodzina zabiera urnę z prochami zmarłego i wraca z nią do domu. Urna przez siedem tygodni będzie w domu. Zmarłemu nadaje się nowe — pośmiertne — imię, którym będzie się posługiwał w zaświatach. Przez ten czas raz w tygodniu do domu przychodzi mnich i odmawia sutry. Po siedmiu tygodniach urna przenoszona jest na cmentarz i to formalnie kończy proces żałoby.

Zakonnik buddyjski pojawia się w domu jeszcze w drugą i siódmą rocznicę śmierci, wtedy także z rodziną odmawia sutry. Cały ten czas jest intensywny i wiele się dzieje. Znacznie więcej niż w Polsce. Modlitwy i wizyty zakonnika mają rodzinie pomóc przejść przez ten trudny czas. Wzajemne obdarowywanie się prezentami podkreśla, w myśl zasady, którą wielu kieruje się w życiu, że jeżeli cokolwiek otrzymałeś powinieneś oddać.

Autor wywiadu zaobserwował kilkakrotnie interesującą reakcję Japończyków. Podczas pobytu w Japonii, kiedy fotografował cmentarz, wzbudzało to reakcję śmiechu u przechodniów, którzy dziwili się, że cudzoziemiec znajduje tak dziwny temat do fotografowania. Przyjmowano jednak ze zrozumieniem tłumaczenie, że cmentarz wygląda inaczej niż chrześcijańskie w Polsce i to jest powodem zainteresowania. Cmentarz jako temat zainteresowania najwidoczniej nie istnieje w powszechnym rozumieniu Japończyków. Japończycy są przesądni, a śmierć jest szczególnie ważnym tematem, którego, jeśli to możliwe, unikają.



Czy mogłaby Pani odpowiedzieć na pytanie, jak postrzega się/definiuje się cierpienie w Jej religii/kulturze lub czym ono jest?

Cierpienie czasami jest potrzebne, to trudno go unikać, jest nieodłączną częścią życia, jest nieuniknione. Hm... Może ktoś inaczej rozumie słowo cierpienie, ja nie rozumiem go inaczej. Trzeba je akceptować, w życiu spotykają nas różne sytuacje i cierpienie jest zawsze obecne. Japończyk akceptuje jego istnienie w życiu (kurushimi/苦しみ).



Czy mogłaby Pani odpowiedzieć, patrząc przez pryzmat swej religii, jaką wartością jest zdrowie? Jak Pani religia/kultura definiuje to pojęcie?

Zdrowie jest w życiu najważniejsze, (kenko/健康). Ważniejsze jest być zdrowym niż mieć pieniądze i być bogatym. Trzeba dbać o siebie, dużo zależy od własnego zachowania. Styl życia jest ważny, duże znaczenie ma jedzenie, dieta oraz ruch czy dobry sen. Ważne by ograniczyć spożywanie alkoholu, papierosów etc. Nazywa się to „seikatsu shiukan” (生活習慣) albo „seikatsu stailu” (生活スタイル). Zdrowe jedzenie podlega zasadzie, by podczas posiłku nie wypełniać łożądka do pełna lecz maksymalnie w ośmiu dziesiątych (hara hachi bu/腹八部).




Proszę o udzielenie informacji na temat podejścia religii/kultury do takich zagadnień jak: psychologia, psychiatria, a także przyjmowanie farmaceutyków zaordynowanych przez specjalistę psychiatrę.

Psychologowie i psychiatrzy w obecnych czasach są ważni. Wzrosło znaczenie ich zawodu. Dużo Japończyków ostatnio cierpi na depresję, z tego powodu idą do psychologa albo psychiatry po lekarstwo. Japończycy dużo pracują, są zmęczeni, bo dużo czasu spędzają w pracy, dlatego korzystają z konsultacji psychiatrycznej lub psychologicznej. Konsultanci pracują w szpitalach, ostatnio ich znaczenie jest większe, pomagają zwalczyć depresję, tym głównie się zajmują. Karoshi (śmierć z przepracowania/過労死) czasem też się zdarza z powodu nadmiernej pracy. Rola psychologa czy psychiatry jest podobna do tej jaką obserwujemy na Zachodzie.



Proszę o wskazanie świąt, które w Pani religii/kulturze mają największe znaczenie, a które chciałaby Pani obchodzić, przebywając w szpitalu. Na jakie elementy powinni zwrócić uwagę pracownicy ochrony zdrowia?


Japończycy szczególnie uroczyste obchodzą Nowy Rok (Oshioigatsu). W Japonii świętuje się co najmniej trzy dni. Popularne są wróżby noworoczne etc. To jest ważne święto dla Japończyków. Festiwale lokalne nie są tak ważne w kontekście tego, o czym tutaj mówimy.

 Czy w trakcie pobytu Pani w szpitalu były jakieś obszary (w aspekcie religijnym), które pracownicy ochrony zdrowia zaniedbywali, a warto byłoby, aby zwrócili oni na nie uwagę?

Trudne znowu to pytanie. Nie wiem, jaka jest szczególna różnica. Japończyk chce, żeby lekarz wytłumaczył, jaki jest stan obecny chorego. Jak zamierza prowadzić leczenie? Jak ono się potoczy? Pacjent chce usłyszeć, jak długo to potrwa i w jaki sposób lekarz będzie postępował, jaki ma plan, harmonogram (yotei/予定).

 Czy patrząc przez pryzmat religii/kultury, mogłaby Pani sformułować swe oczekiwania względem pracowników ochrony zdrowia?

Oczekuje wyjaśnień i spokojnej rozmowy o swojej chorobie, jej przyczynach, leczeniu i skutkach. Lekarz w Polsce za mało tłumaczy, tylko zapisuje lekarstwo i mówi o skutkach ubocznych przepisanych leków. Lekarz nie tłumaczy obecnego stanu, jego przyczyn, skupia się na lekarstwie.

 Czy mogłaby Pani wrócić pamięcią do swojego ostatniego pobytu w szpitalu lub też pobytu bliskiej osoby i zastanowić się, czy otrzymali Państwo wsparcie duchowe? Jeśli tak się stało, to na czym ono polegało?

Ksiądz? Nie miałam pomocy duchowej. Byłam w szpitalu, ale nie myślałam o tym, by pójść do księdza. On też do mnie nie podszedł. Nie myślałam o tym, by podejść do niego i szukać pomocy. W Japonii, gdy człowiek idzie do szpitala, lekarz wszystko wyjaśnia, co się będzie działo, kiedy, kto i jak długo. Jak lekarz ładnie tłumaczy to dobrze, to zależy od osobowości. W Japonii może jest więcej opieki i troski.

Pytania są trudne, gajdzińskie. To uwaga pani Maho po wywiadzie...

Dziękuję za rozmowę
Bogusław Stelcer

CZĘŚĆ III

Katarzyna B. Głodowska, Aleksandra Bendowska

Wybrane modele postępowania z pacjentami z różnych kręgów kulturowych – aspekty praktyczne



W tej części:

Buddyzm	233
Hinduizm	236
Islam	238
Judaizm ortodoksyjny	241
Katolicyzm	244
Prawosławie	246
Protestantyzm	248
Romowie	250
Shintoizm	252
Świadkowie Jehowy	254

Buddyzm

Obrzędy związane z narodzinami

- W buddyzmie brak jest rytuałów duchowych, związanych z narodzinami dziecka.
- W buddyzmie nie ma koncepcji chrztu. Uznaje się, że dzieci (należy tu wykluczyć klasztory buddyjskie w Azji, które po części pełnią funkcję opieki społecznej) są za małe na praktykę duchową. Dlatego w wieku ok. 16 lat, kiedy są w stanie podjąć świadomą decyzję, wybierają ścieżkę praktyki.
- Buddyści cieszą się z narodzin nowego człowieka, a także z faktu, że mama jest zdrowa. Buddyści nie wiążą z narodzinami dziecka żadnego specjalnego obrzędu duchowego.

Obrzędy związane ze śmiercią

Dla wyznawców buddyzmu bardzo ważna jest pozycja ułożenia ciała w momencie zbliżającej się śmierci:

- Pierwsza pozycja, tzw. pozycja lwa, którą w momencie śmierci przyjął sam Budda. Należy ułożyć się na prawym boku, lewa noga leży na prawej (nogi powinny być nieco zgięte w kolanach), lewa dłoń — na lewym udzie, prawa — pod policzkiem, a mały palec zamyka prawą dziurkę nosa, tak żeby świadomość wyszła przez lewą dziurkę i osiągnęła wyższy stan świadomości. Opuszczenie ciała niższymi otworami będzie nas kierować w stronę uwarunkowanych egzystencji i będzie nam utrudniać rozstanie się z obecnym życiem.
- Druga pozycja, tzw. pozycja siedząca. Wygodna pozycja siedząca z dobrym oparciem dla pleców jest najlepsza dla wspomagania życzenia, aby świadomość opuściła ciało poprzez otwór na czubku głowy.

W jaki sposób osoby towarzyszące umierającemu mogłyby się zachować, aby pomóc mu odejść? Rodzina i przyjaciele powinni raczej stać u wezglowia umierającego. Niewłaściwe jest stanie przy nogach. Jeśli umierający czuje ból, powinien dostać wystarczającą ilość środków przeciwbólowych, żeby świadomość nie koncentrowała się na fizycznych dolegliwościach, lecz mogła się skoncentrować na szczycie czaszki. Bliscy i przyjaciele nie powinni odwiedzać umierającego o dowolnej porze, lecz tylko na początku procesu umierania. Nie powinni też okazywać smutku i przygnębienia. Towarzyszący powinni pomóc umierającemu poprzez kierowanie jego uwagi na to, co w tym momencie najważniejsze, tzn. na wyzwoleniu się z ciała. Umierającemu warto pomóc „oczyścić” do końca wszystkie związki z bliskimi.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

W Polsce funkcjonują przynajmniej trzy wspólnoty buddystów — nie wszystkie zachowują wstrzemięźliwość od posiłków mięsnych. Wstrzymywanie się od przyjmowania posiłków mięsnych będzie związane z elementem kulturowym, czyli zależnym od tego, z jakiego kraju, regionu pochodzi wyznawca Buddy. I tak osoby, które praktykują buddyzm, a pochodzą np. z Indii, będą wstrzymywać się od posiłków mięsnych, zaś Polak — wyznawca buddyźmu — będzie spożywał mięso.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Budda doradził swym uczniom „częste spotkanie się w dużych gromadach”, aby zagwarantować dalszy rozwój duchowy. Stąd święta buddyjskie tradycyjnie przyciągają wiele osób i są duszą wspólnoty buddyjskiej. Stwarzają one okazję dla wyrażenia swego oddania oraz wdzięczności dla Buddy i jego nauczania.

- **Wesak** — święto upamiętniające narodziny Buddy, Jego oświecenie oraz śmierć. Przypada podczas pełni księżyca w maju.
- **Dzień Dharmy** — święto upamiętniające spotkanie Buddy ze swoimi byłymi uczniami wkrótce po oświeceniu i przekazanie im tego doświadczenia. Tego dnia buddyści odczuwają i wyrażają wdzięczność dla Buddy i innych oświeconych mistrzów za to, iż podzielili się oni

swymi naukami z resztą ludzi. Obchodzone jest podczas pełni księżyca w lipcu.

- **Dzień Sanghi** jest obchodzony podczas pełni księżyca w listopadzie. Buddyści oddają wtedy cześć zarówno tej idealnej wspólnotie duchowej, jak i tej istniejącej lub tworzonej przez nich samych. Dzień Sanghi to czas dawania prezentów i jest bardzo popularny wśród buddystów na Zachodzie.

Inne

Szacuje się, że w Polsce żyje ok. 6 tys. wyznawców buddyzmu i kilka wspólnot buddyjskich, z czego największa liczba osób skupiona jest w Buddyjskim Związku Diamentowej Drogi linii Karma Kagyu, która jest jedną z czterech głównych szkół buddyzmu tybetańskiego.

Wyznawcy buddyzmu ponadto zamieszkują takie kraje, jak: Birma, Bhutan, Chiny, Indie, Japonia, Kambodża, Korea, Laos, Mongolia, Nepal, Tajlandia, Tybet, Wietnam.

Hinduizm

Obrzędy związane z narodzinami

Dla Hindusów małżeństwo i macierzyństwo są stanami świętymi. Gdy małżeństwo jest bezdzietne, traci swój sakralny charakter, dlatego też Hindusi dążą do posiadania licznego potomstwa. Wyznawcy hinduizmu wierzą, że dusza dziecka, czerpiąc z elementów wody, ziemi, ognia, powietrza i eteru, ewoluuje i uzyskuje kształt zależny od uczynków w poprzednim wcieleniu. Tuż po narodzinach ojciec dziecka odprawia rytuały, których celem jest odstraszenie złych mocy od dziecka. Niemożność posiadania potomstwa, poronienie lub śmierć dziecka mogą być uznawane za karę dla kobiety i może to prowadzić do gorszego jej traktowania przez krewnych.

Obrzędy związane ze śmiercią

Hinduizm zakłada, że każda istota posiada duszę, która po śmierci wciela się w kolejną istotę, którą może być zwierzę, owad, człowiek itd. Rodzaj wcielenia wynika z sumy dobrych i złych uczynków z poprzedniego życia.

Śmierć nie jest postrzegana negatywnie — jest ona szansą na lepsze wcielenie. Moment, w którym nieśmiertelna dusza wnika do nowego ciała, nie zawsze jest taki sam — czasami odbywa się bezpośrednio po śmierci, czasami po dłuższym okresie.

Wszelkiego rodzaju sztuczne podtrzymywanie przy życiu jest sprzeczne z podstawowym pojęciem karmy, prawa przyczynowo-skutkowego. Intubacja, sztuczne karmienie lub inne przejawy uporczywego podtrzymywania życia mogą być zrozumiane jako sprzeczne z hinduizmem.

Religijni Hindusi wierzą, że tuż przed śmiercią należy podać do ust umierającego liść świętej rośliny tulsii (bazylii azjatyckiej, *Ocimum tenuiflorum*) z paroma kroplami wody ze świętej rzeki Ganges, co ma ułatwić jego duszy łagodniejsze przejście z jednego wcielenia w drugie.

Najstarszy syn ma obowiązek szeptania umierającemu do ucha imion bóstw związanych z wierzeniami rodzowymi. W tym czasie śpiewa się też pieśni religijne i mantry. Opiekujący się umierającym utrzymują z nim

kontakt, jednak po śmierci nie dotykają ciała, gdyż uznawane jest za nieczyste. Istnieje wyspecjalizowana kasta, która zajmuje się przygotowaniem zwłok do kremacji.

Kremacja zwłok jest jednym z najstarszych obyczajów związanych ze śmiercią. Zwłoki pali się, aby umożliwić bytom żyjącym osiągnięcie wyzwolenia. Dzieci do lat 10 oraz joginów nie poddaje się kremacji.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Hindusi stosują głównie dietę wegetariańską. Wszystkie owoce i warzywa dzielą się na dwie główne grupy: powodujące ochłodzenie organizmu bądź jego rozgrzanie. Zasady odżywiania przy poszczególnych schorzeniach są ściśle ustalane na bazie tego podziału. Wyznawcy hinduizmu nie spożywają wołowiny, gdyż krowa jest dla Hindusów ucieleśnieniem bogini Prythiwi, Matki Ziemi. Hindusi nie spożywają również koniny.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Kalendarz używany do ustalania dat świąt hinduskich jest inny niż zachodni kalendarz gregoriański, to kalendarz księżycowy.

- **Diwali, Dipawali** — obchodzone na przełomie października i listopada święto świąteł, trwające kilka dni. Zazwyczaj wiąże się je z bogami Ramą i Kryszną i boginią Lakszmi. Podczas Diwali zapala się lampki i zazwyczaj wymienia prezentami.
- **Holi** — obchodzone w marcu święto związane z pokonaniem żeńskiego demona Holiki. Świętujący zazwyczaj obsypują się kolorowym proszkiem lub oblewają farbami w atmosferze zabawy i żartów.

Inne

Hinduizm jest jednym z największych pod względem liczby wyznawców systemem religijnym świata. Wyznaje go prawie miliard ludzi, z których ogromna większość zamieszkuje Indie. W Polsce zamieszkuje ok. tysiąc wyznawców hinduizmu.

Obrzędy związane z narodzinami

Tradycja muzułmańska mówi o tym, że od chwili poczęcia nad nowym życiem czuwa anioł, a ciężarna w gorliwej modlitwie prosi Boga o opiekę na czas ciąży i porodu.

Podczas porodu ciało rodzącej jest okryte, a narządy płciowe są odsłaniane tylko i wyłącznie wtedy, kiedy zachodzi konieczność zbadania pacjentki.

Ogromną wartością dla każdej muzułmanki jest honor, skromność, wstydlivość i nieposzlakowana opinia, dlatego też przy porodzie nie powinni być obecni mężczyźni: lekarz ginekolog położnik lub położny, lecz kobiety wykonujące te zawody. W kulturze muzułmańskiej znane są obrzędy związane z porodem. Bezpośrednio po urodzeniu dziecka jego ojciec lub zasłużony członek lokalnej społeczności muzułmańskiej szepcze do jego prawego ucha wezwanie do modlitwy, a do lewego — wyznanie wiary: „Nie ma Boga prócz Allaha, a Muhammad jest Jego Wysłannikiem”. Oba te fundamentalne oświadczenia są osią, wokół której obraca się życie każdego muzułmanina, stąd ich symboliczne znaczenie przy narodzinach. Cała ceremonia trwa zaledwie kilka minut i rodzice noworodka bardzo doceniają, jeśli mają możliwość dokonania tego obrzędu w prywatności.

Wkrótce po urodzeniu, a najlepiej przed pierwszym karmieniem niemowlęcia, niewielki kawałek zmiękczonego daktyla delikatnie wciera się w jego podniebienie. Tam, gdzie daktyle nie są łatwo dostępne, można stosować zamienniki, takie jak miód. Rytuał ten jest wykonywany przez szanowanego członka rodziny lub ojca w nadziei, że niektóre z jego pozytywnych cech zostaną przekazane nowo narodzonemu dziecku.

Obrzędy związane ze śmiercią

Ponieważ muzułmanie wierzą, że śmierć następuje wtedy, kiedy Bóg uzna to za słuszne, nie postrzegają jej jako formy kary, gdyż następuje ona w najbardziej odpowiednim, wybranym przez Boga momencie.

W przekonaniu tym opierają się na słowach Proroka Mahometa, który po śmierci syna swej córki powiedział jej: „Bóg zabrał to, co do Niego należy, bo dał, co należało do Niego. Wszystko dzieje się zgodnie z Jego wolą”.

Umierający muzułmanie starają się ułożyć na prawym boku z twarzą zwróconą w kierunku Mekki, jeśli nie jest to możliwe, układają się na wznak w taki sposób, aby twarz i podeszwy ich stóp zwrócone były w kierunku Mekki. Ta zasada jest istotna dla umierających muzułmanów i ich bliskich, toteż należy ją uszanować.

W przypadku śmierci muzułmanina jego ciało jest myte zwykle przez członka rodziny lub innego muzułmanina tej samej płci. Jest to istotny element posługi religijnej. Z tego też powodu, jeśli zmarły jest osobą samotną, należy powiadomić najbliższy ośrodek muzułmański, który przyśle kogoś, kto zajmuje się myciem zwłok. Jeśli choroba zmarłego nie pozwala na obmycie, jego ciało zostaje tylko polane wodą.

Ciało zmarłego zostaje spowite w biały całun zrobiony z prostego płótna i — o ile jest to możliwe — przenosi do meczetu, gdzie odbywają się ceremonie pogrzebowe. W przypadku gdy jest to niemożliwe, ceremonia pogrzebowa odbywa się na cmentarzu. Uważa się, że muzułmanin powinien być pochowany w ciągu trzech dób po śmierci, przy czym niektórzy wyznawcy islamu uważają, iż pogrzeb powinien odbyć się w ciągu 24 godzin, najlepiej przed zachodem słońca. Zmarłego chowa się z twarzą zwróconą w kierunku Mekki.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Muzułmanie nie spożywają wieprzowiny oraz produktów jej pochodnych (np. żelatyny), mięsa zwierząt pociągowych oraz domowych (koń, osioł, pies, kot), drapieżnych oraz zabitych wskutek uduszenia czy brutalnego ciosu. Zwierzęta, których mięso się spożywa, zabijane są w sposób rytualny. Ponieważ w islamie krew postrzegana jest jako pierwiastek życia, muzułmanie nie spożywają jej w żadnej postaci. Muzułmanie nie piją alkoholu.

Podczas spożywania posiłków muzułmanie rozpoczynają jedzenie od produktów znajdujących się najbliżej nich, a nie ze środka talerza. Wynika to z wiary, iż błogosławieństwa zsyłane są na pokarm w środku, a zatem powinno się go zostawić na koniec. Jest to istotna zasada, której przestrzeganie obowiązuje również osoby karmiące chorego muzułmanina. W kulturze muzułmańskiej nie pochwała się jedzenia na leżąco, dlatego też pacjenci będą starali się przyjmować pozycję siedzącą do posiłku.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

- **Ramadan** — trwa 30 dni i odbywa się zawsze w dziewiątym miesiącu roku księżycowego, w związku z tym wypada on w różnych okresach roku słonecznego. Post zaczyna się od świtu, a kończy wraz z zachodem słońca i w tym czasie należy całkowicie powstrzymać się od jedzenia i picia. Podczas postu, częściej też niż zwykle, cytuje się Koran. Spora część nocy jest poświęcana na ćwiczenia duchowe. Podczas dnia zaleca się, oprócz zaprzestania jedzenia i picia, także powstrzymywanie się od próżnych rozmów, sprzeczek, kłótni i aktów seksualnych.
- **Id Al Fitr** (Ramadan Bajram) — to święto rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca Szawal (dziesiąty miesiąc kalendarza muzułmańskiego), na zakończenie postu w miesiącu Ramadan. Trwa trzy dni. Modlitwa świąteczna jest bardzo uroczysta, odprawiana jest rano pierwszego dnia świąt. Składa się z dwóch rakatów oraz kazania. Modlitwę poprzedza śpiewanie tekbirów (wspominanie Allaha — Boga).

Święta dla muzułmanów są jednym z głównych elementów przyczyniających się do ich integracji. Stanowią doskonałą okazję do spotkań rodzinnych i utrzymywania relacji. Jednak święta te nie mają jedynie towarzyskiego charakteru. Główny nacisk kładziony jest na sferę religijną i duchową. Podniosła atmosfera świąt skłania do zadumy i refleksji. Zmusza do zastanowienia się nad własnym postępowaniem oraz zbliża do Boga. Święta dla muzułmanów mają ogromną wartość emocjonalną.

Inne

Szacuje się, że w Polsce żyje ok. 5 tys. wyznawców islamu.

Judaizm ortodoksyjny

Obrzędy związane z narodzinami

Narodziny dziecka we wspólnocie żydowskiej związane są z wielką radością, gdyż dziecko to dar od Boga, jednak sposób celebrowania narodzin jest zależny od płci dziecka. Jeśli urodzi się chłopiec, w pierwszy piątkowy wieczór po urodzinach w gronie rodziny, przyjaciół, znajomych oraz sąsiadów obchodzi się Szalom Zachar. W przypadku narodzin dziewczynki ojciec podaje jedynie w najbliższą sobotę po urodzinach do publicznej wiadomości imię córki i zaprasza na Kidusz (błogosławieństwo nad winem) oraz lekki posiłek po nabożeństwie szabatowym.

W ósmym dniu po narodzinach chłopca dokonuje się obrzezania, podczas którego chłopcu nadawane jest imię. Obrzęd polega na usunięciu lub przecięciu napletka, co symbolizuje przymierze Abrahama z Bogiem oraz oddanie chłopca pod opiekę Boga. Zabieg jest przeprowadzany przez *mohela*. W przypadku choroby dziecka, np. żółtaczkę, obrzezanie można odroczyć lub odstąpić od niego, jeśli dziecko cierpi np. na hemofilię. Jeśli chłopiec urodził się z bardzo małym napletkiem lub bez niego — symbolicznie utacza się kroplę krwi.

Obrzędy związane ze śmiercią

Wskazane jest, by konający w godzinie śmierci zrobił rachunek swojego sumienia i pojednał się z Bogiem. Umierający powinien także pojednać się z ludźmi oraz pożegnać się z rodziną. Dla wszystkich wskazówką jest obraz śmierci patriarchy Jakuba, który kolejno błogosławił swoje dzieci i nakładał na nie swoje ręce. Tradycja nakazuje, aby czuwać przy konającym, przy czym absolutnie nie należy pomagać mu w działaniach, których celem jest doprowadzenie do śmierci, bowiem aktywna eutanazja traktowana jest jako morderstwo. Pasywna eutanazja jest pod pewnymi warunkami dopuszczalna.

Choremu leżącemu na łożu śmierci oraz jego rodzinie pomocą służy Bractwo Pogrzebowe Chewra Kadisza (tłum. Święte Stowarzyszenie),

które dba o zaspokojenie wszystkich potrzeb zarówno religijnych, jak i społecznych wynikających z zaistniałej sytuacji.

Gdy człowiek skona, należy wylać wszelką wodę z naczyń znajdujących się w domu zmarłego, bowiem uważa się ją za skażoną przez Anioła Śmierci. Poza tym obecni rozdierają szaty i wypowiadają następujące słowa: „Bądź błogosławiony, Sędzio pełen prawdy”. Następnie potomek, a najlepiej najstarszy syn, powinien zamknąć oczy umarłemu, co jest odniesieniem do słów skierowanych przez Boga do patriarchy Jakuba: „Ja pójdę z tobą do Egiptu, Ja cię stamtąd wyprowadzę, a Józef zamknie ci oczy”. Następnie zebrani biorą do ręki białą płachtę i kładą ją na twarz zmarłego, mówiąc: „Błogosławiony bądź Ty, Przedwieczny, nasz Boże, Ty, Królu wszechświata, prawdziwy Sędzio”.

Gdy zgon zostanie stwierdzony, należy natychmiast przystąpić do przygotowywania pogrzebu. Ciało obmywa się w sposób przewidziany rytuałem (zajmuje się tym Chewra Kadisza) i owija czystym, lnianym całunem.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

W judaizmie ważnym zagadnieniem jest koszerność. Zasady koszerności zostały oparte na zakazie spożywania niektórych gatunków mięsa; muszą być też respektowane sposoby przygotowywania żywności wymienione w Księdze Powtórzonego Prawa oraz Księdze Kapłańskiej, a rozwinięte przez wieki przez rabinów i spisane w Misznie oraz Talmudzie. Zasady koszerności zabraniają m.in. spożywania owoców morza, owadów, wieprzowiny, mięsa zwierząt nieparzystokopytnych (np. króliki, zające, konie), mięsa zwierząt niepoddanych ubojowi rytualnemu (*szchita*), mięsa zawierającego nerw kulszowy, produktów zawierających krew, wyrobów zawierających jednocześnie mięso i produkty mleczne lub które zostały przygotowane lub podane w naczyniach służących wcześniej do gotowania niektórych produktów.

W przypadku gdy lekarz uważa, że przestrzeganie zasad koszerności lub niezajęcie odpowiedniego leku (np. niekoszerniej kapsułki zawierającej żelatynę wieprzową) może mieć negatywny wpływ na powrót do zdrowia pacjenta — chory może zdecydować o przyjęciu niekoszerniej substancji. Wskazana jest tu konsultacja z rabinem.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

- **Szabat** rozpoczyna się w każdy piątek przed zachodem słońca i kończy ok. 45 min po zachodzie słońca w sobotę. To szczególny czas celebrowania pamiątki stworzenia świata, związany z przestrzeganiem wielu rytuałów oraz powstrzymywaniem się od czynności dnia codziennego. Czynności, których nie wolno wykonywać religijnym żydom, to m.in.: zapalanie światła, podgrzewanie żywności wymagające włączenia elektryczności lub rozpalenia ognia, jazda środkami transportu, takimi jak: samochód, autobus, wciskanie przycisków w windzie, pisanie, przenoszenie oraz noszenie przedmiotów, posługiwanie się pieniędzmi, rozmowa przez telefon. Zakaz dotyczy również wykonywania tych czynności przez nie-żyda (np. personel medyczny) dla żyda, dlatego też praktykujący żydzi wolą, aby procedury medyczne i administracyjne były wykonywane poza szabatem. Jednak w sytuacji zagrożenia życia lub poważnego pogorszenia się stanu chorego wszystkie reguły szabatowe zostają zawieszane. Dotyczy to również kobiet ciężarnych, rodzących, w połogu i tych, które przeszły poronienie lub zabieg aborcji — traktowane są one jako osoby w sytuacji zagrożenia życia, które mogą odstąpić od przestrzegania zasad rządzących szabatem.
- **Pesach** to trwające osiem dni święto upamiętniające wyjście Żydów z niewoli egipskiej. W tym czasie żydzi zobowiązani są przestrzegać zakazu spożywania *chamecu* — pieczywa i innych produktów ze sfermentowanych zbóż, nasion roślin strączkowych, maku i sezamu. Zakazane jest również spożywanie alkoholi, takich jak wódka lub piwo, wyprodukowanych ze zboża. Nakazem zaś jest spożywanie macy — płaskich, kwadratowych lub okrągłych placków wypiekanych z niezakwaszonej mąki.
- **Jom Kippur** — Dzień Wybaczenia. Tradycyjni żydzi uważają, że tego dnia odbywa się sąd nad światem i jego dalszymi losami. W związku z tym przez cały dzień żydzi pokutują, modlą się i poszczą. W tym czasie obowiązuje również zakaz kąpieli i zmiany ubrań.

Inne

Przed II wojną światową mniejszość żydowska w Polsce liczyła 3,5 mln, stanowiąc największą grupę mniejszościową w Europie, a drugą na świecie. Obecnie liczebność tej populacji szacuje się, zależnie od przyjętych kryteriów, na 5–20 tys. osób (Centrum Mojżesza Schorra podaje liczbę ok. 100 tys., a według innych danych jest to nawet 150 tys.).

Katolicyzm

Obrzędy związane z narodzinami

Okres ciąży jest dla katolików szczególnie ważny; wierzą oni, że dar życia jest wielką tajemnicą, której doświadcza kobieta w stanie błogosławionym. Z tego względu wykazują dużą troskę o matkę w położu i okresie ciąży. Opiekę nad nią i rozwijającym się w jej ciele płodem powinna sprawować nie tylko rodzina, ale i wspólnota, do której należy, a także personel medyczny. Przyjęcie do wspólnoty wierzących odbywa się przez sakrament chrztu świętego. Zwykle sakramentu tego udziela ksiądz w lokalnej parafii, ceremonia sakramentu odbywa się w trakcie mszy świętej, podczas której wspólnota z wielką radością wita chrzczone dziecko. W sytuacji gdy jest zagrożone życie dziecka, sakramentu tego udzielić może każda, nawet niewierząca osoba. Aby sakrament był ważny, muszą być spełnione dwa warunki: musi nastąpić polanie wodą głowy oraz wypowiedzenie odpowiedniej formuły.

Obrzędy związane ze śmiercią

Katolicy wierzą, że po śmierci dusza opuszcza ciało. Jednak wyznają też, że po Sądzie Ostatecznym ciało zmartwychwstanie, zostanie odnowione i dusza znów zjednoczy się z ciałem. Z tego względu w religii katolickiej wykazuje się dużą troskę o ciało zmarłego, które winno być traktowane z szacunkiem i poszanowaniem jego godności. Kościół nie jest przeciwny kremacji ciał, jednak opowiada się za tradycyjnym pochówkiem. Nie ma przeciwwskazań, by dokonać sekcji zwłok, jeśli badanie to jest wykonywane na zlecenie sądu lub też jest elementem prac naukowych.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Katolicy wierzą, że ciało jest świątynią dla Ducha Świętego, dlatego dbanie o higienę i zdrowie ciała jest obowiązkiem każdego wiernego, co objawia się również poprzez stosowanie zdrowej, zbilansowanej diety. Zaleca się, aby wierni utrzymywali umiarkowanie w jedzeniu i piciu, gdyż spożywanie nadmiernych ich ilości prowadzi do jednego z grzechów głównych — obżarstwa. Oprócz powyższych zaleceń wierni zobowiązani są do przestrzegania postów jakościowych i ilościowych, które wiążą się m.in. z okresami pokuty. Wierni od 14. r.ż. winni zachować wstrzeźliwość od pokarmów mięsnych w każdy piątek (poza uroczystościami) oraz Środę Popielcową i Wielki Piątek, a ponadto wiernych od 18. do 60. r.ż. w Środę Popielcową oraz w Wielki Piątek obowiązuje post ścisły, tj. zakaz spożywania pokarmów mięsnych oraz ograniczenie liczby posiłków w ciągu dnia do trzech (jeden posiłek do syta, dwa mniej obfite). Istnieje możliwość nieprzestrzegania postu przez osoby, u których wymaga tego stan zdrowia.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Katolicy posiadają bogate kalendarium świąt i uroczystości, które wynikają z tradycji Kościoła. Każda niedziela jest dla katolika dniem świątecznym, w którym oddaje on cześć Bogu, przeżywa radość wynikającą ze zmartwychwstania Pańskiego, pełni uczynki miłosierdzia, a także dba o wypoczynek dla duszy i ciała. Najważniejszymi świętami dla katolików są święta Wielkiej Nocy, podczas których przeżywają pamiątkę zmartwychwstania Syna Bożego — Jezusa Chrystusa. Kolejne święta, które są szczególnie obchodzone i wiążą się z bogatą tradycją, to święta Bożego Narodzenia. W tych świątecznych dniach modlitwa i uczestniczenie w eucharystii połączone jest z celebrowaniem czasu z rodziną i najbliższymi osobami. Katolicy spotykają się przy stołach, by wspólnie spożywać tradycyjne dla danego święta potrawy.

Inne

W Polsce ok. 88% ludności to katolicy (33,8 mln).

Prawosławie

Obrzędy związane z narodzinami

Kościół prawosławny określa rodzinę jako „małą domową Cerkiew”, w której dokonuje się duchowe oświecenie. Prawosławni wierzą, że w momencie poczęcia dziecko obdarowywane jest duszą, która może odczuwać dobro i zło wypowiedzianych przez matkę słów, dlatego ważne jest, aby od pierwszych chwil jego życia otoczone było modlitwą, szczególnie ze strony matki. Chrzest dziecka, czyli jego duchowe narodziny, następuje ósmego dnia po narodzinach i jest połączony z dwoma kolejnymi sakramentami: bierzowaniem i eucharystią. Podczas sakramentu chrztu dziecko zanurzane jest trzykrotnie w wodzie lub oblewane jest całe jego ciało, po czym zostaje nadane mu imię świętego patrona, następnie dziecko otrzymuje krzyżyk i ikonę. Rodzice, którzy nie ochrzczą swojego dziecka przez pięć pierwszych miesięcy jego życia, polegają osądowi kanonicznemu jako ci, którzy zgrzeszyli lekkomyślnością. Czterdzieści dni po narodzinach dziecka praktykowany jest obrzęd ukościelnienia poprzez wprowadzenie do świątyni, symboliczne poświęcenie Bogu i przystąpienie do wspólnoty Kościoła.

Obrzędy związane ze śmiercią

Przed pogrzebem ciało zmarłego jest przygotowywane m.in. poprzez obmycie, odświętne ubranie, włożenie w dłonie ikonki, zawieszenie krzyżyka prawosławnego na szyi, po czym ciało składane jest do trumny. W przypadku gdy śmierć nastąpiła w domu, domownicy rozpoczynają całodobowe czuwanie przy ciele zmarłego. Pogrzeb odbywa się drugiego dnia po śmierci, do tego czasu bliscy i krewni odwiedzają dom zmarłego, w którym przy zapalonych świecach modlą się za jego duszę; trumna z ciałem zmarłego pozostaje otwarta aż do chwili złożenia go do grobu. Prawosławni unikają kremacji zwłok, opowiadając się tym samym za tradycyjnym pochówkiem. Trzeciego, dziewiątego, dwudziestego i czterdziestego dnia po śmierci odprawiane są msze za duszę zmarłego, a po każdej z nich rozdawany jest poświęcony pokarm, który spożywany jest przez wspólnotę, a towarzyszy

temu modlitwa w intencji zmarłego. Krewnych pierwszego stopnia obowiązuje roczny okres żałoby, który przejawia się m.in. czarnym ubiorem.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Kościół prawosławny nakazuje swoim wiernym umiarkowany styl życia, wydzielając dni i okresy obowiązkowej wstrzemięźliwości — posty. Reguły postu w Kościele prawosławnym są bardzo surowe. W ciągu całego niemal Wielkiego Postu i Wielkiego Tygodnia nie spożywa się mięsa, ryb i wszelkich produktów pochodzenia zwierzęcego (w tym nabiału). Cerkiew prawosławna nawołuje do przestrzegania tych samych zasad postnych podczas innych postów, nie wyłączając środy i piątku. Posty dzielą się na jednodniowe i wielodniowe, a kalendarium postów jest bardzo bogate. Istnieją też tygodnie, podczas których nie obowiązuje żaden post, m.in. tydzień wielkanocny, tydzień po Pięćdziesiątnicy oraz tzw. swiatki — od święta Bożego Narodzenia do wigilii święta Chrztu Pańskiego. Dopuszcza się pewną ulgę w surowości postu dla osób chorych, ciężko pracujących oraz matek karmiących, aby post nie dorodził do wyczerpania sił, potrzebnych im do niezbędnej pracy i modlitwy.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

W Kościele prawosławnym życie liturgiczne wyznaczone jest według dwóch różnych kalendarzy: juliańskiego, tzw. starego stylu, i gregoriańskiego, tzw. nowego stylu. Według nowego stylu rok liturgiczny zaczyna się 1 września, natomiast według starego — 14 września. Według jednego i drugiego Pascha to „święto wszystkich świąt”. Oprócz święta Wielkiej Nocy w kalendarium świąt prawosławnych istnieje dwanaście świąt głównych, które wspomagają rozumienie Zmartwychwstania. Uczestnictwo w nabożeństwach świątecznych nie jest jedynie wspomnieniem, pamiętką przeszłych wydarzeń, a ich rzeczywistym, realnym przeżywaniem.

Inne

Polski Autokefaliczny Kościół Prawosławny liczy 504 400 wiernych.

Protestantyzm

Obrzędy związane z narodzinami

Wśród wyznawców protestantyzmu istnieje wiele poglądów na temat obrzędów związanych z narodzinami dziecka, głównie dotyczą one zagadnienia sakramentu chrztu świętego. W większości kościołów ewangelicznych praktykowany jest chrzest niemowląt, natomiast w wielu kościołach ewangelikalnych sakrament chrztu udzielany jest osobie dorosłej, która świadomie deklaruje swoją wiarę i nawrócenie. Wśród kościołów protestanckich istnieją też takie, które odrzucają całkowicie sakrament chrztu świętego.

Obrzędy związane ze śmiercią

Protestanci wierzą, że po śmierci dusza człowieka trafia do piekła lub do nieba. Pogrzeb jest więc uroczystością, która w głównej mierze skupić ma się na udzieleniu wsparcia cierpiącej stracie rodzinie i osobom bliskim. Ma być też wyrazem nadziei i radości, która płynie z Łaski Zbawienia. W niektórych wspólnotach organizowane są liturgie upamiętniające zmarłych. Kremacja ciała jest dozwolona, jednak zabronione jest rozrzucanie prochów zmarłej osoby — muszą być one pogrzebane w jednym miejscu.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Wśród protestantów są osoby, które ze względu na wiarę stosują różnego rodzaju diety, np. wegetariańską, wzorowaną na opisie jedzenia przyjmowanego przez biblijnych Adama i Ewę. Większość protestantów nie przestrzega szczególnej wstrzemięźliwości od napojów i pokarmów,

jednak czasem ze względu na tradycję rodzinną czy też historyczną zachowują post, np. w okresie Wielkiego Postu, ograniczając spożycie określonych pokarmów i napojów, jak i substancji psychoaktywnych.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Głównymi świętami obchodzonymi przez protestantów są święta: Bożego Narodzenia, Paschy oraz Zesłania Ducha Świętego. Oprócz świąt, których wydarzenia zostały opisane w Biblii, protestanci obchodzą też święto Reformacji. Święto to zostało ustanowione na pamiątkę początku odnowienia Kościoła chrześcijańskiego, kiedy to Marcin Luter 31 października 1517 r. ogłosił w Wittenberdze 95 tez. Święto Reformacji ma charakter ponadwyznaniowy i obchodzone jest przez różne kościoły protestanckie, także te, które uformowały się w późniejszym czasie.

Inne

W Polsce mieszka około 122 tys. protestantów.

Romowie

Obrzędy związane z narodzinami

W kulturze romskiej przyjście na świat dziecka budzi radość i szczęście, chociaż sam poród oraz czas poporodowy uważane są za najbardziej nieczyste stany w życiu kobiety. Kobieta przed porodem i po porodzie wraz z dzieckiem jest odseparowywana od reszty rodziny. W obawie przed skalaniem przy porodzie nie uczestniczy ojciec dziecka.

Niektórzy Romowie wierzą, choć bardzo rzadko, w moc amuletów i talizmanów, którymi otaczane jest dziecko.

Obrzędy związane ze śmiercią

Śmierć stanowi bardzo doniosłe wydarzenie dla społeczności romskiej.

W czasie umierania Romom towarzyszy licznie zgromadzona rodzina, okazując w ten sposób szacunek i przywiązanie.

Zwyczaje pogrzebowe i żałobne obrzędy praktykowane i podtrzymywane są we wszystkich romskich grupach w Polsce, jednak w największym stopniu przestrzegają je grupy o tradycjach wędrownych.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Kuchnia romska jest zróżnicowana, podobnie jak sama społeczność romska. Niektóre grupy, np. Kalderasze, preferują ostre potrawy. Ze względu na swój koczowniczy styl życia zapożyczyli oni liczne dania z kuchni wielu krajów, m.in. hinduskiej czy bałkańskiej.

Dania są obfite. Dieta jest wysokokaloryczna, bogata w tłuszcze. Niedozwolone pożywienie to mięso końskie i psie.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Od momentu rozpoczęcia romskich wędrówek oraz wkroczenia do Europy — w celu uniknięcia represji i prześladowań na tle wyznaniowym — Romowie przyjmowali wiarę dominującą na danym terytorium. Do dziś można jednak zaobserwować w tej kulturze elementy wierzeń pochodzących najprawdopodobniej z Indii.

Szacuje się, iż w Polsce 76% Romów wyznaje katolicyzm. Pozostała część to wyznawcy prawosławia, członkowie Kościoła Zielonoświątkowego oraz Świadkowie Jehowy. Znaczna część obchodzonych świąt związana jest z wyznawaną wiarą.

Inne

W Polsce zamieszkuje ok. 17 tys. Romów. Tradycyjnie wyróżnia się cztery zasadnicze językowo-etnograficzne grupy Romów mieszkających w Polsce: Polska Roma, Bergitka Roma, Kalderasze, Lowarzy.

Grupy romskie różnią się zwyczajami, sposobem życia i dialektem, jakim się posługują.

Shintoizm

Obrzędy związane z narodzinami

Hatsumiyamairi — pierwsza wizyta nowo narodzonego dziecka w sanktuarium, w celu objęcia go opieką kami. Dziecko staje się wówczas członkiem wspólnoty sanktuarium. Rytuał ma miejsce trzydziestego drugiego dnia po narodzinach chłopca i trzydziestego trzeciego dnia po urodzinach dziewczynki.

Tradycyjnie do sanktuarium dziecko było zabierane przez babcię, ponieważ matka uważana była za nieczystą od porodu, ale obecnie bardzo często zanoszą ją matka.

Obrzędy związane ze śmiercią

Śmierć jest postrzegana jako nieczysta i sprzeczna z zasadniczą czystością sanktuariów shinto. Z tego samego powodu cmentarze nie są budowane w pobliżu sanktuariów shinto.

W rezultacie większość Japończyków ma pogrzeby buddyjskie lub świeckie. Pogrzeby shinto, nazywane *sosai*, w dużej mierze są zaczerpnięte z buddyjskich obrzędów pogrzebowych.

Ceremonia pogrzebowa zazwyczaj prowadzona jest przez osoby świeckie, a nie kapłanów, ponieważ kontakt z ciałem zmarłego wiązałby się z ich skalaniem.

Wierzy się, że po śmierci wszyscy stają się kami — duchami, które znajdują się we wszystkim, co nas otacza: kamieniu, ziarnku piasku, wodzie czy powietrzu.

Po kremacji zwłok najbliżsi zmarłego, od najstarszych do małych dzieci, biorą pałeczki i przenoszą kości do małego pojemnika. Często dwie osoby naraz przenoszą jakąś część na znak wspólnoty. Według tradycji wybrane kości zostają zabrane do domu i umieszczane w specjalnej urnie, wraz z portretem zmarłego, przed *butsudan*, czyli domowym ołtarzykiem. Pozostają tam, dopóki nie zostaną pochowane w rodzinnym grobie.

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Brak restrykcji dotyczących diety, jednak mięso jest uważane za nieczyste, w związku z tym preferowane są ryby i owoce morza.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Japończycy obchodzą wiele świąt związanych z shintoizmem, chodzą na niezwykle popularne festiwale (*matsuri*), które odbywają się bardzo często, modlą się w świątyniach.

Shichi-go-san obchodzony jest 15 listopada lub w najbliższą tej dacie niedzielę. Tego dnia rodzice przyprowadzają na uroczystość chłopców w wieku trzech i pięciu lat oraz dziewczęta w wieku trzech i siedmiu lat, aby podziękować bogom za zdrowe życie i modlą się o bezpieczną i udaną przyszłość. Nazwa festiwalu związana jest z wiekiem dzieci biorących w nim udział — siedem (*shichi*), pięć (*go*), trzy (*san*).

Inne

Shinto jest religią wyznawaną przez Japończyków i może być praktykowana na równi z buddyzmem.

Świadkowie Jehowy

Obrzędy związane z narodzinami

W dostępnej literaturze przedmiotu nie odnaleziono informacji dotyczących wierzeń, obrzędów i rytuałów związanych z czasem narodzin. Warto zaznaczyć, że Świadkowie Jehowy nie chrzczą niemowląt. Chrzt jest przyjmowany wyłącznie osoby dorosłe, które potrafią zrozumieć jego znaczenie.

Biblia wskazuje, że ze względu na wierne postępowanie chrześcijańskich rodziców Bóg uznaje ich małe dzieci za święte, czyli czyste (1 Kor 7:14).

Chrzt polega na całkowitym zanurzeniu ciała w wodzie poprzedzonym dwoma pytaniami zadawanymi kandydatowi do chrztu. Zgodnie z wiarą Świadców Jehowy chrzt wyobraża coś bardzo ważnego. Zanurzenie w wodzie oznacza, że w sensie przerośnym człowiek umarł, czyli porzucił poprzedni styl życia. Z kolei wynurzenie oznacza rozpoczęcie nowego życia, które zostaje poświęcone na spełnianie woli Bożej.

Chrzt oraz prowadzące do niego kroki to Boże postanowienie, dzięki któremu ludzie mogą uzyskać czyste sumienie na podstawie wiary w okup złożony przez Jezusa Chrystusa (1 P 3:21). Dlatego Jezus uczył, że Jego naśladowcy powinni zostać ochrzczeni (Mt 28:19, 20).

Obrzędy związane ze śmiercią

W dostępnej literaturze przedmiotu nie odnaleziono informacji dotyczących wierzeń, obrzędów i rytuałów towarzyszących umieraniu. Biblia obiecuje, że przyjdzie czas, kiedy „nie będzie już śmierci” (Obj 21:4).

Jehowa powiedział, że kiedy człowiek umiera, to przestaje istnieć. Śmierć jest przeciwieństwem życia. Dlatego po śmierci człowiek nie ma żadnych uczuć ani wspomnień. Nie może widzieć, słyszeć ani myśleć.

Biblia mówi również, że „umarli nic nie wiedzą”. Nie mogą kochać ani nienawidzić. „W grobie (...) nie wykonuje się pracy ani nie układa się planów, nie ma tam wiedzy ani mądrości” (Kazn 9:5, 6, 10). Biblia uczy, że umarli są w grobie, oczekując na zmartwychwstanie (J 5:28, 29).

Nie cierpią ani nie odczuwają żadnego bólu, ponieważ „nie są świadomi niczego” (Kazn 9:5). Jezus przyrównał śmierć do głębokiego snu (J 11:11–14). Zgodnie z wiarą Świadków Jehowy wskrzeszając zmarłych, Bóg pokona śmierć na zawsze (1 Kor 15:26, 55; Obj 21:4).

Uroczystość pogrzebowa może być zorganizowana w wybranym miejscu, takim jak sala Królestwa, dom pogrzebowy, dom prywatny, krematorium czy cmentarz.

Podczas uroczystości pogrzebowej zostaje wygłoszone przemówienie, które ma pocieszyć pogrążonych w smutku najbliższych tym, co Biblia mówi o śmierci i nadziei zmartwychwstania (J 11:25; Rz 5:12; 2 P 3:13). W trakcie pogrzebu można przywołać zalety zmarłej osoby, na przykład zwrócić uwagę na jej wierną postawę (2 Sm 1:17–27).

Niekiedy śpiewa się też pieśń opartą na Piśmie Świętym (Kol 3:16). Uroczystość jest kończona pokrzepiającą modlitwą (Flp 4:6, 7).

Wymogi dietetyczne w danej religii/kulturze

Świadkowie Jehowy nie spożywają pokarmów zawierających krew zwierzęcą.

Najważniejsze święta w danej religii/kulturze

Świadkowie Jehowy na całym świecie co roku upamiętniają śmierć Jezusa. W ten sposób stosują się do jego nakazu: „Czyńcie to na moją pamiątkę” (Łk 22:19).

Celem Wieczery Pańskiej jest upamiętnienie Jezusa oraz wyrażenie wdzięczności za ofiarę, jaką złożył (Mt 20:28; 1 Kor 11:24). Uroczystość ta nie jest sakramentem ani obrzędem religijnym, w wyniku którego dostępuje się łaski czy przebaczenia grzechów. Według Biblii grzechy mogą być przebaczone jedynie na podstawie wiary w Jezusa, a nie dzięki jakimś rytuałom (Rz 3:25; 1 J 2:1, 2).

Świadkowie Jehowy odrzucają tradycyjne rytuały, święta, wywodzące się z kultury ludowej bądź obchodzone indywidualnie — jak urodziny czy imieniny — czy ustanowione święta państwowe oraz święta religijne, jeśli te naruszają przykazania lub zasady biblijne, np. związane lub wywodzące się z niezgodnych ich zdaniem z Biblią poglądów i praktyk religijnych, stanowią element kultu państwa lub nadmiernej czci oddawanej ludziom.

Świadkowie Jehowy cenią życie jako dar od Boga. W razie choroby szukają jak najlepszej opieki medycznej. Zgadzają się na większą część procedur medycznych i form leczenia, za wyjątkiem transfuzji krwi obcej — krwi pełnej oraz jej podstawowych składników: krwinek czerwonych, krwinek białych, płytek krwi i osocza. Osobistej decyzji wiernego pozostawiają użycie frakcji osoczowych (albumin, immunoglobulin, fibrynogenu i innych czynników krzepnięcia), frakcji komórkowych bądź płytkowych, np. roztworów hemoglobiny czy płytkowych czynników wzrostu.

Świadkowie Jehowy przygotowują i noszą przy sobie specjalny dokument — Dyspozycje i pełnomocnictwo w sprawie opieki zdrowotnej. Zawiera on osobiste decyzje pacjenta w sprawie opieki zdrowotnej oraz dane pełnomocnika upoważnionego do działania w imieniu pacjenta, jeśli ten byłby do tego niezdolny. Zgodnie z Postanowieniem Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. „(...) należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza — jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości — wiążące. Zważywszy, że oświadczenie takie stanowi zgodę lub jej antonim, wystarczające jest zachowanie formy wymaganej dla wyrażenia zgody, przewidzianej w art. 32 ust. 7 i art. 34 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza”. W zgodzie z tymi zasadami prawnymi dokument przygotowany przez Świadków Jehowy zawiera następujące stwierdzenie: „Jestem Świadkiem Jehowy i w żadnym wypadku nie wyrażam zgody na transfuzję krwi pełnej ani krwinek białych, krwinek czerwonych, krwinek płytkowych i osocza, nawet gdyby w ocenie lekarzy było to konieczne do ratowania mojego życia. Odmawiam wcześniejszego pobrania i przechowywania mojej własnej krwi w celu późniejszego jej przetoczenia”.

Aby wesprzeć Świadków Jehowy w komunikacji z personelem medycznym i przeprowadzaniu rozmów nt. braku zgody na transfuzję krwi i metod alternatywnych do tego zabiegu, powołano Komitet Łączności ze Szpitalami. Komitet świadczy usługi w zakresie udostępniania informacji i artykułów naukowych na temat leczenia bez przetaczania krwi obcej, ułatwia bezpośredni kontakt z wykwalifikowanymi specjalistami, pomaga w przeniesieniu pacjenta do innego ośrodka medycznego, przeprowadza prezentacje dla lekarzy, pielęgniarek, etyków, studentów

i specjalistów z zakresu szpitalnictwa i prawa medycznego, wyjaśnia pacjentom i lekarzom kwestie etyczne związane z opieką medyczną nad Świadkiem Jehowy, organizuje opiekę duszpasterską i służy praktyczną pomocą hospitalizowanym Świadkom Jehowy.

W Polsce żyje ok. 137 tys. Świadków Jehowy.

Bibliografia

1. Krajewska-Kułał E, Lankau A, Guzowski A, Bejda G (red.). Pacjent odmienny kulturowo. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum; 2015.
2. Krajewska-Kułał E, Guzowski A, Bejda G, Lankau A. Pacjent Inny wyzwaniem opieki medycznej. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum; 2016.
3. Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek-Tęcza B (red.). Pielęgniarstwo transkulturowe. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
4. Wilczura A. Śmierć i życie pozagrobowe w żydowskich wierzeniach ludowych. *Studia Bliskowschodnie*. 2010;1(4):33–40.
5. Chrzan-Rodak A, Bąk J, Machul M, Bieniak M, Chałdaś-Majdańska J, Dobrowolska B. Chosen aspects of medical care in Poland for patients from the Islamic culture. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7:392–399.
6. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Religious and cultural determinants of Muslim needs during health and illness. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–114.
7. Tackett S, Young H, Putman S, Wiener Ch, Deruggiero K. Barriers to healthcare among Muslim women: A narrative review of the literature. *Women's Studies International Forum*. 2018;69:190–194.
8. Gatrad AR, Sheikh A. Muslim birth customs. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2001;84:F6–F8.
9. Chrześcijańskie wychowanie. Rozważania i porady dla prawosławnej rodziny, Prawosławny Monaster w Turkowicach. 2014:15.
10. Wyznania religijne w Polsce 2012–2014. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny; 2016.
11. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5500/5/1/1/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_pol_2012-2014.pdf (data dostępu: 19.05.2019).
12. Proszyk J. Obrządek pogrzebowy w tradycji żydowskiej. Pochówki zwłok, świętych ksiąg i przedmiotów kultu religijnego. <http://poznan.jewish.org.pl/index.php/Cmentarze-og/Obrzadek-pogrzebowy-w-tradycji-zydowskiej.html> (data dostępu: 19.05.2019).
13. International recognition of the Day of Vesak at United Nations Headquarters and other United Nations offices. United Nations. General Assembly. 8.02.2000. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/54/115 (data dostępu: 19.05.2019).
14. <http://www.bbc.co.uk/religion/religions/shinto> (data dostępu: 19.05.2019).
15. Oficjalny serwis internetowy Świadków Jehowy [https://www.jw.org/pl/Świadkowie-jehowy/faq/pogrzeb/#?insight\[search_id\]=ddae0a09-408e-4418-b3bc-c2a671b4a541&insight\[search_result_index\]=2](https://www.jw.org/pl/Świadkowie-jehowy/faq/pogrzeb/#?insight[search_id]=ddae0a09-408e-4418-b3bc-c2a671b4a541&insight[search_result_index]=2) (data dostępu: 20.05.2019).
16. Oficjalny serwis internetowy Świadków Jehowy [https://www.jw.org/pl/publikacje/czasopisma/wp20150301/jezus-chleb-wino/#?insight\[search_id\]=b562fd11-e377-45fe-bc43-8a616ece5dffa&insight\[search_result_index\]=8](https://www.jw.org/pl/publikacje/czasopisma/wp20150301/jezus-chleb-wino/#?insight[search_id]=b562fd11-e377-45fe-bc43-8a616ece5dffa&insight[search_result_index]=8) (data dostępu: 20.05.2019).
17. Postanowienie Sądu Najwyższego RP z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05.
18. Czego naprawdę uczy Biblia? Watch Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania. 2005.
19. Grzegorej JN. Gdzie kończy się tradycja władzy — cygańskie prawa a romska rzeczywistość. *Związek Romów Polskich*. 2007.
20. Szewczyk M. Unia Europejska i Romowie. System wobec kultury etnicznej. Rzeszów — Tarnów: Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania; 2016.
21. Romopedia. Potrawy dawne i tradycyjne oraz cygańska dieta http://romopedia.pl/index.php?title=Potrawy_dawne_i_tradycyjne_oraz_cyga%C5%84ska_dieta (data dostępu: 20.05.2019).
22. Struktura narodowo-etniczna, językowa i wyznaniowa ludności Polski — Narodowy Spis Powszechny. Główny Urząd Statystyczny. 2011.



POZnań*

ISBN 978-83-7597-399-0

ISBN 978-83-7768-219-7



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNAŃU



Wydawnictwo
Miejskie
Poznań